HOSPITAL DE LOURES

RELATÓRIO INTERCALAR

EQUIPA DE PROJETO

constituída e nomeada ao abrigo do Despacho n.º 8323/2018, de 16 de agosto, da Coordenadora da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

13 de dezembro de 2019



ÍNDICE

0. SUMÁRIO EXECUTIVO	9
1. CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS	11
1.1. COLOCAÇÃO DO PROBLEMA	11
1.2. Antecedentes	
1.3. OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS DA EQUIPA DE PROJETO	
1.3.1. Despacho n.º 8323/2018	
1.3.2. Organização dos trabalhos	
1.4. Objeto do presente Relatório	
1.5. Sequência	
2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO	
2.1. ENQUADRAMENTO E PRESSUPOSTOS	
2.1. ENQUADRAMENTO E PRESSUPOSTOS 2.2. DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA	
v -	
2.3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA	
2.3.1. Primeiro momento de análise	
2.3.2. Segundo momento de análise	
3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA AO HOSPITAL DE LOURES	
•	
3.1. CARATERIZAÇÃO DA PPP DO HOSPITAL DE LOURES	
3.1.1. Contexto e enquadramento legal	
3.1.2. Conceção do modelo contratual de parceria	
3.1.3. Programa de PPP hospitalares em que se insere o Hospital de Loures	
3.1.4. Estudo, lançamento e contratualização da PPP relativa ao Hospital de Loures	
3.1.5. Perfil assistencial, dimensão e área de influência	
3.1.6. Mecanismos de remuneração e de determinação anual da produção	
3.1.6.1. MECANISMOS DE REMUNERAÇÃO CONTRATUAL	
3.1.6.2. Remuneração pela produção clínica efetiva	
3.1.6.4. Regime de remuneração e transferência de risco	
3.1.6.5. Protocolos Adicionais	
3.2. AVALIAÇÃO DO MODELO DE PPP	
3.2.1. Avaliação do Contrato de Gestão em vigor	
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	
3.2.1.1.2. Análise da evolução da produção e da remuneração	
3.2.1.1.3. Comparação do CPC (ajustado pela produção efetiva) com os valores reais	
3.2.1.1.4. Comparação entre o previsto no caso base e o real	
3.2.1.1.5. Simulação dos potenciais encargos do Estado com o Hospital de Loures, caso fossem apl	
os termos de contratualização aplicáveis aos hospitais EPE	
de melhoria 149	recent
3.2.1.1.7. Processos de arbitragem e reservas de direito	151
3.2.1.1.8. Análise histórica dos principais indicadores de eficiência	
3.2.1.1.9. Análise histórica dos principais indicadores de eficácia e de qualidade	
3.2.1.1.10. Breve análise económico-financeira do parceiro privado	
3.2.1.2.11. Análise crítica à (in)sustentabilidade do parceiro privado	
3.2.1.2. POSICIONAMENTO RELATIVO DA PARCERIA	
3.2.1.2.1. Definição do Grupo de Referência	
3.2.1.2.2. Cálculo do doente padrão	207
3.2.1.2.4. Análise da eficiência em termos relativos face ao Grupo de Referência EP	219
2.2.2.2	d'an
	202 207 p19
Página 2	de 331
	X

2.º Relatório Intercalar da Equipa de Projeto constituída pelo Despacho n.º 8323/2018

	3.2.1.2.5. Análise da qualidade/eficácia em termos relativos face ao Grupo de Referência EP	231
	3.2.1.3. AVALIAÇÃO DA PPP NA ÓTICA DO GESTOR DO CONTRATO	241
	3.2.1.4. Avaliação da parceria na ótica dos demais stakeholders	255
	3.2.2. Estudo da ERS sobre o modelo das PPP no sector da saúde	260
	3.2.3. Riscos do cenário de internalização	265
	3.2.4. Da resposta à "primeira questão central"	273
	3.3. Avaliação do exercício da faculdade contratual de renovação do Contra	TO DE
	GESTÃO PELO ESTADO PORTUGUÊS	277
	3.3.1. Alterações a introduzir no Contrato de Gestão, identificadas pela ARSLVT	277
	3.3.2. Análise jurídico-financeira das alterações a introduzir	286
	3.3.3. Análise do cumprimento dos requisitos previstos para a renovação do Contrato de Gestão ou da respo	sta à
	"segunda questão central"	316
4.	PROPOSTA DE DECISÃO	323
5.	PASSOS SUBSEQUENTES	324
6.	ANEXOS	327
7.	ANÁLISE DO IMPACTO ORÇAMENTAL DA PPP DE LOURES	328

Página 3 de 331

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em internamento,
entre 2013 e 2017
Gráfico 2 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em ambulatório,
entre 2013 e 201776
Gráfico 3 – Taxas de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em consulta
externa, entre 2013 e 2017
Gráfico 4 – Taxas de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em hospital de dia, entre 2013 e 2017
Gráfico 5 – Lista de espera para primeira consulta e tempo médio de espera para primeira consulta, por
especialidade, no final de 201780
Gráfico 6 – Percentagem de consultas realizadas fora do tempo máximo de resposta garantido, por
especialidade, em 201782
Gráfico 7 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas, entre 2013 e 201783
Gráfico 8 – Doente padrão desagregado por linha de produção (AP21) e respetiva taxa de variação face ao
período homólogo, entre 2013 e 201785
Gráfico 9 – Produção em internamento e em ambulatório, entre 2013 e 201786
Gráfico 10 – Produção em urgência, entre 2013 e 2017
Gráfico 11 – Repartição do número de atendimentos em urgência, por tipo de urgência, tendo por base o
sistema de triagem de Manchester, entre 2013 e 2017
Gráfico 12 – Tempo médio de espera para atendimento em urgência, por tipo de urgência, entre 2014 e 2017
Gráfico 13 – Produção em consulta externa, entre 2013 e 201790
Gráfico 14 – Repartição do número de primeiras consultas, por especialidade, em termos médios entre 2013 e
2017
Gráfico 15 – Produção em hospital de dia, por tipo de sessão, e respetiva taxa de crescimento, entre 2013 e
2017
Gráfico 16 – Repartição do número de utentes por área de influência, entre 2013 e 2017
Gráfico 17 – Repartição do número de útentes por área de ninuencia, entre 2013 e 2017
Gráfico 18 – Evolução da remuneração base anual, desagregada pelos efeitos de preço, quantidade e ICM,
entre 2013 e 2017
Gráfico 19 – Evolução da remuneração total acumulada, entre 2013 e 2017
Gráfico 20 – Demora média e ICM do internamento (AP21), entre 2013 e 2017
Gráfico 21 – Remuneração em internamento e em ambulatório, entre 2013 e 2017
Gráfico 22 – N.º de episódios de internamento no CPC Inicial e no CPC Atualizado
Gráfico 23 – Demora média combinada global e ICM do internamento no CPC Inicial e no CPC Atualizado
Gráfico 24 – Taxa de ocupação e lotação do hospital no CPC Inicial e no CPC Atualizado107
Gráfico 25 – N.º de atendimentos em urgência no CPC Inicial e no CPC Atualizado107
Gráfico 26 – N.º de consultas externas no CPC Inicial e no CPC Atualizado108
Gráfico 27 – N.º de sessões de hospital de dia no CPC Inicial e no CPC Atualizado109
Gráfico 28 – Custos operacionais no CPC Inicial e no CPC Atualizado111
Gráfico 29 – Custos operacionais, por serviço, no CPC Atualizado112
Gráfico 30 – Receitas de terceiros no CPC Inicial e no CPC Atualizado
Gráfico 31 – N.º de episódios de internamento no CB Inicial e no CB Atualizado119
Gráfico 32 – N.º episódios de ambulatório no CB Inicial e no CB Atualizado120
Gráfico 33 – N.º de episódios de internamento e de ambulatório no CB Inicial e no CB Atualizado121
Gráfico 34 – N.º de doentes equivalentes no CB Inicial e no CB Atualizado
Gráfico 35 – ICM global no CB Inicial e no CB Atualizado
Gráfico 36 – N.º de consultas externas, por tipo, no CB Inicial e no CB Atualizado124
Gráfico 37 – N.º de consultas externas no CB Inicial e no CB Atualizado
Gráfico 38 – N.º de atendimentos em urgência, por tipo, no CB Inicial e no CB Atualizado
Cráfico 30 Nº de atendimentos em urgência no CB Inicial e no CB Apalizado
Gráfico 39 – N.º de atendimentos em urgência no CB Inicial e no CB Atualizado
M HOM
Gráfico 38 – N.º de atendimentos em urgência, por tipo, no CB Inicial e no CB Atualizado

Gráfico 40 – N.º de sessões de hospital de dia no CB Inicial e no CB Atualizado	126
Gráfico 41 – N.º de sessões de hospital de dia no CB Atualizado por tipologia	
Gráfico 42 – Receitas operacionais no CB Inicial e no CB Atualizado	
Gráfico 43 – Evolução, em termos acumulados, das receitas operacionais, por tipologia de atividade	
entre o CB Inicial e o CB Atualizado	
Gráfico 44 - Evolução, em termos acumulados, das receitas operacionais, por tipo de pagador, entre	
Inicial e o CB Atualizado	
Gráfico 45 – Custos operacionais no CB Inicial e no CB Atualizado	133
Gráfico 46 – EBITDA e margem EBITDA no CB Inicial e no CB Atualizado	
Gráfico 47 – Evolução das margens EBITDA reais e previstas no CB Inicial, no CB Atualizado e no	
Atualizado sem limites	
Gráfico 48 – Evolução da taxa de crescimento anual dos preços para as linhas de produção do Hosp	
Loures, entre 2013 e 2017	
Gráfico 49 – Evolução das taxas de crescimento anual dos preços definidos para os hospitais EPE,	
2013 e 2017	
Gráfico 50 – Índice de demora média ajustada, demora média e ICM do internamento (APR31), ent	
2017	
Gráfico 51 – Percentagem de cesarianas no total de partos, entre 2013 e 2017	
Gráfico 52 – Percentagem de cirurgias de ambulatório no total de cirurgias programadas para proces	
ambulatorizáveis, entre 2013 e 2017	
Gráfico 53 – Índice de satisfação dos utentes, por linha de atividade e em termos globais, entre 2013	
Gráfico 54 – Repartição do número de parâmetros de desempenho de resultado, por parâmetros ob	
não, de avaliação, entre 2013 e 2017	, para 1 and -1 and 100
Gráfico 55 – Repartição do número de parâmetros de desempenho de resultado avaliados que se en	
em incumprimento, por parâmetros que originaram, ou não, penalização, entre 2013 e 2017	
Gráfico 56 – Nível de satisfação global dos profissionais, entre 2013 e 2017	
Gráfico 57 – Percentagem de produção relativa a utentes não pertencentes à área de influência, entre	
2017	
Gráfico 58 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas entre 2013 e 2017	170
Gráfico 58 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas, entre 2013 e 2017 Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017 171
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017 171 asultas
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201. Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras con	3 e 2017 171 asultas 172
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras con realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017 171 asultas 172 175
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras con realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017 171 asultas 172 175
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras cor realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017 171 asultas 172 175 176
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras con realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017171 asultas172175176177
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras cor realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017171 asultas172175176177178 ratos PPP
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras con realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017171 asultas172175176177178 ratos PPP197
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras con realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017171 asultas172175176177178 aratos PPP197 atos PPP
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017171 asultas172175176177178 ratos PPP197 ratos PPP198
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017171 asultas172175176177178 aratos PPP197 atos PPP198199
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017171 asultas172175176177178 ratos PPP197 ratos PPP198199 n199
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017171 asultas172175176177178 ratos PPP197 ratos PPP198199 n199 os, entre
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras con realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras con realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras con realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201 Cráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras con realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017	3 e 2017
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017
Gráfico 69 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017
Gráfico 69 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017
Gráfico 69 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017
Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 201	3 e 2017

Gráfico 73 – Gastos operacionais do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP e
relação com a média de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2017220
Gráfico 74 – Gastos operacionais do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP por
doente padrão e relação com a média de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP por
doente padrão, em 2017
Gráfico 75 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência
•
EP por doente padrão e relação com a média de gastos ajustados com pessoal dos hospitais do Grupo de
Referência EP por doente padrão, em 2017
Gráfico 76 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência
EP por doente padrão, entre 2013 e 2017
Gráfico 77 – Produtividade dos recursos humanos do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de
Referência EP por doente padrão, em termos médios, entre 2013 e 2017
Gráfico 78 – Índice de demora média ajustada no internamento do Hospital de Loures e dos hospitais do
Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017227
Gráfico 79 – Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias do Hospital de Loures e dos
hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017227
Gráfico 80 – Taxa de reinternamentos em 30 dias do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de
Referência EP, entre 2013 e 2017
Gráfico 81 – Percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para
procedimentos ambulatorizáveis do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre
2013 e 2017229
Gráfico 82 – Percentagem de cesarianas no total de partos do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo
de Referência EP, entre 2013 e 2017230
Gráfico 83 – Sépsis pós operatória por 100 000 episódios do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de
Referência EP, entre 2013 e 2017231
Gráfico 84 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus do Hospital de
Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017232
Gráfico 85 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus, do Hospital de
Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em termos médios, entre 2013 e 2017233
Gráfico 86 – Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas do Hospital de Loures e dos
hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017
Gráfico 87 – Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas do Hospital de Loures e dos
hospitais do Grupo de Referência EP, em termos médios, entre 2013 e 2017234
Gráfico 88 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas do Hospital de Loures e dos hospitais
do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017235
Gráfico 89 – Lista de espera para primeiras consultas (pedidos não concluídos) do Hospital de Loures e dos
hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2016 e 2017
Gráfico 90 – Lista de inscritos para cirurgia do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência
EP, entre 2013 e 2017
Gráfico 91 – Percentagem da lista de inscritos para cirurgia com tempo de espera menor ou igual ao TMRG
do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017238
Gráfico 92 – Lista de inscritos para cirurgia versus percentagem de operados (cirurgia programada) com
tempo médio menor ou igual ao TMRG do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP,
em 2017239
Gráfico 93 – Percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG do Hospital de
Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017239
Gráfico 94 – Lista de espera para consultas (pedidos não concluídos) versus percentagem de primeiras
consultas realizadas em cumprimento do TMRG do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de
Referência EP, em 2017240

Página **6** de **331**

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Prazo para notificação, pela EPC à EGEST, da eventual decisão de renovação do Contrato de	
Gestão	
Esquema 2 – Árvore de decisão subjacente à Metodologia	
Esquema 3 – Cenários relativos ao futuro dos Contratos de Gestão no sector da saúde39	
Esquema 4 – Passos necessários ao apuramento da remuneração a pagar pela produção efetiva	
Quadro 5 – Poupança do CPC (negociação final)	
Quadro 6 – Produção prevista	
Quadro 7 – Produção proposta pela EGEST, produção prevista e produção efetiva sem limites	
Quadro 8 – Proporção da produção efetiva com limites na produção efetiva sem limites, entre 2013 e 2017.79	
Quadro 9 – Produção efetiva reportada pela EGEST e produção efetiva sem limites, entre 2013 e 201784	
Quadro 10 – Remuneração anual da EGEST	
Quadro 11 – Produção efetiva após aplicação dos limites contratuais	
Quadro 12 – Pressupostos de inflação	
Quadro 13 – Pressupostos de crescimento nominal dos salários da função pública	
Quadro 14 – Pressupostos de IVA	
Quadro 15 – Custos operacionais clínicos cobertos pelo SNS no CPC Atualizado	
Quadro 16 – Encargos (contratuais) suportados pelo parceiro público	
Quadro 17 – Encargos suportados pelo parceiro público versus custos operacionais clínicos cobertos pelo	
SNS no CPC Atualizado	
Quadro 18 – Pressupostos de inflação	
Quadro 19 – Pressupostos de IVA	
Quadro 20 – Repartição das receitas operacionais, por tipo de pagador, no CB Inicial e no CB Atualizado.129	
Quadro 21 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação	
dos termos de contratualização definidos para os hospitais EPE e a remuneração decorrente da aplicação dos preços, limites e restantes termos contratuais estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2013 e 2017	
Quadro 22 – Comparação entre os preços definidos para os hospitais EPE e os preços estabelecidos no	
Contrato de Gestão, entre 2013 e 2017141	
Quadro 23 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação	
dos preços definidos para os hospitais EPE, após pagamento aos mesmos dos valores de convergência, e a	
remuneração que resulta da aplicação dos preços e limites estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2013 e	
2017	
Quadro 24 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação	
dos preços definidos para os hospitais EPE, após pagamento aos mesmos de valores de convergência e	
realização de aumentos de capital, e a remuneração que resulta da aplicação dos preços e limites estabelecidos	
no Contrato de Gestão, entre 2013 e 2017	
Quadro 25 – Processos de arbitragem	
Quadro 26 – Reservas de direito	
Esquema 27 – Mecanismos de controlo e garantia da qualidade dos serviços prestados pelo parceiro privado	
159	
Quadro 28 – Avaliação global de desempenho da EGEST, entre 2013 e 2017161	
Quadro 29 – Deduções aplicadas à EGEST, entre 2012 e 2017	
Quadro 30 – Multas aplicadas à EGEST	
Quadro 31 – Principais indicadores operacionais, entre 2013 e 2018	
Quadro 32 – Comparação dos principais indicadores operacionais com os estimados no caso base, entre 2013	
e 2018	
Quadro 33 – Evolução dos outros rendimentos e ganhos, gastos e perdas e resultados, entre 2013 e 2018181	
Quadro 34 – Comparação dos outros rendimentos e ganhos, gastos e perdas e resultados com os estimados	
no caso base, entre 2013 e 2018	
Quadro 35 – Estrutura de financiamento, entre 2013 e 2018	PA
Quadro 36 – Comparação da estrutura de financiamento com a estimada no caso base, entre 2013 e 2018.185	17
	· m
Quadro 37 – Simulação do impacto de toda a remuneração efetiva	Hu
alı/ V)
Página 7 de 331	م
R X	U

2.º Relatório Intercalar da Equipa de Projeto constituída pelo Despacho n.º 8323/2018

Página 8 de 331

0. SUMÁRIO EXECUTIVO

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

Neste contexto, foi atribuída à Equipa de Projeto a função de desenvolver os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões que se precipitam no quadro da caducidade dos referidos contratos de gestão. Desde logo, 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, assegurar a conclusão em tempo útil tanto da análise (entretanto concluída) da parceria relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira, como da (presente) análise da parceria referente ao Hospital de Loures, devendo a hipotética decisão de renovação desta última ser notificada até 18 de janeiro de 2020.

Tendo em vista a prossecução do mandato que lhe foi confiado e o princípio assumido de aplicar uma metodologia comum à avaliação de todas as parcerias público-privadas de gestão clínica, foi aplicada pela Equipa de Projeto na avaliação da parceria público-privada relativa ao Hospital de Loures, constante do presente Relatório, uma metodologia idêntica à aplicada às avaliações das parcerias relativas ao Hospital de Cascais e ao Hospital de Braga, nos 1.º e 2.º relatórios intercalares, respetivamente, da equipa de projeto constituída pelo Despacho n.º 8300/2016, e à avaliação da parceria relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira, no 1.º relatório intercalar da Equipa de Projeto constituída pelo Despacho n.º 8323/2018, que contempla, entre o mais, 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.

dy

Página 9 de 331

A esta luz, a Equipa de Projeto procurou, no caso específico do Hospital de Loures, 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 Loures, exercer a sua faculdade de renovação do Contrato de Gestão, na parte relativa à 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 Loures, 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 um claro value for money da parceria 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 prorrogação premial do Contrato de Gestão por um período de 10 anos.

Neste sentido, e para o efeito previsto na alínea *a*) do n.º 1 do Despacho n.º 8323/2018, de 16 de agosto, 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 pré-contratual tendente à formação do novo contrato para a gestão clínica do Hospital de Loures.

Página 10 de 331

1. Considerações introdutórias

1.1. Colocação do problema

- 1. Os atuais contratos de gestão, em parceria público-privada ("PPP"), existentes no sector da saúde (relativos aos hospitais de Cascais, Braga¹, Loures e Vila Franca de Xira) assentam 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 cuidados de saúde.
- 2. No que diz respeito à *gestão do estabelecimento hospitalar*², os preditos contratos têm uma <u>duração de dez anos</u> a contar da data da transmissão do estabelecimento hospitalar ou, no caso do Hospital de Loures e no que para efeitos do presente Relatório releva, a contar da entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar ³.

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

A June

Página 11 de 331

Note-se que o Contrato de Gestão do Hospital de Braga, na parte relativa à gestão clínica, deixou de produzir efeitos a 31 de agosto de 2019, mantendo-se aquele, consequentemente, apenas em vigor no que respeita ao edificio hospitalar. Não obstante, para melhor se compreender a similitude entre as primeiras PPP da Saúde, manter-se-ão, no presente Relatório, algumas menções ao Contrato de Gestão do Hospital de Braga, mesmo no que respeita à gestão clínica daquele.

Relativamente à gestão do edifício, a cargo das EGED, o prazo é de trinta anos a contar da data de assinatura de cada contrato – gfr. 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 (gfr. n.º 1 e 2 da cláusula 140.ª).

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.º 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" (cfr. n.º 1 da cláusula 38.ª e n.º 1 da cláusula 1.ª).

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, de:

- a) O resultado das avaliações de desempenho realizadas ser qualificado, em todos os anos, no mínimo, como "bom";
- 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 parceiras definido no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto⁵, especialmente o disposto na alínea e) do artigo 3.º desse diploma⁶".
- 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 renovação⁷.

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.

5. No *Anexo 1* ao presente Relatório poderá ser encontrado um quadro-síntese dos termos e prazos de vigência dos <u>contratos de gestão relativos aos hospitais de Vila Franca de</u>

⁷ 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.



July 1

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.

Oesta 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 respectiva suportabilidade financeira".

<u>Xira e de Loures</u>, que evidencia que, no que diz respeito à vertente clínica, caso aqueles não sejam renovados, os mesmos <u>atingirão</u> o seu termo em maio de 2021 e em janeiro de 2022, <u>respetivamente</u>.

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 pela Entidade Pública Contratante ("EPC") à respetiva EGEST até às datas-limite abaixo indicadas:

Quadro 1 – Prazo para notificação, pela EPC à EGEST, da eventual decisão de renovação do Contrato de Gestão

CONTRATO DE GESTÃO (EGEST)	Prazo para notificação
HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA	Até 31.05.2019
HOSPITAL DE LOURES	Até 18.01.2020

Fonte: Contratos de Gestão.

Perante a iminência de caducidade dos mencionados contratos de gestão na parte relativa à gestão dos estabelecimentos hospitalares, surgiu a necessidade de o Estado Português⁸ 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. Sendo esta a premissa básica na génese deste Relatório, importa conhecer, antes de mais, os circunstancialismos e as opções que conduziram à constituição da presente equipa de projeto por via do Despacho n.º 8323/2018, de 27 de agosto, da Coordenadora da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos ("Equipa de Projeto") e que relevam na definição do mandato que lhe foi conferido e, consequentemente, na condução dos trabalhos e na definição do objeto do presente Relatório.

1.2. Antecedentes

Página 13 de 331

⁸ O parceiro público, nestas PPP, ou, como contratualmente designado, a Entidade Pública Contratante.

- 6. Em face da iminência da caducidade dos contratos de gestão, em especial dos relativos aos hospitais de Cascais e de Braga, foram promovidas diligências e definidas posições e orientações internas, que aqui, de novo, 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").
- 7. Logo em 10 de novembro de 2014, foi proferido Despacho do Senhor Ministro da Saúde, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete, datada de 6 de novembro de 2014 (cfr. Anexo 2 ao presente Relatório), na qual se alertava para o aproximar do termo do prazo inicial dos contratos de gestão, relativos ao Hospital de Cascais e ao Hospital de Braga, e se assinalava 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".

Propôs-se, para o efeito, que a ACSS diligenciasse 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".

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

- Renovação do contrato com a EGEST;
- Lançamento de novo procedimento pré-contratual para seleção de novo cocontratante;
- Reversão, para o Estado, do estabelecimento e da responsabilidade de prestação de cuidados de saúde aos utentes da respetiva área de influência.

constantes do peesso de decisão

Página 14 de 331 Recomendava-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

[fosse] homogéneo em todas as PPP no sector da saúde, [...] assegurando o tratamento equitativo de todos os parceiros privados".

Em conformidade com o solicitado, 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 3 ao presente Relatório.

No cenário de "Renovação" (Cenário A.), eram ponderadas as seguintes alternativas:

- Mera renovação com a atual EGEST, ou seja, manutenção dos termos e condições a) do contrato de gestão, sem modificações, apenas incluindo eventuais atualizações necessárias (Cenário A.1);
- b) Negociação do contrato de gestão seguida da sua renovação, que pressupunha 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.), analisaram-se as seguintes hipóteses:

- Estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP na vertente clínica, pela implementação a) do procedimento previsto nos artigos 9.º a 14.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio ("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 pré-contratual que fosse acoplado ao procedimento de lançamento, nos termos previstos no Código dos Contratos Públicos ("CCP") (Cenário B.1);
- 6) Adoção de outro modelo de contratação de gestão clínica, pela implementação de um procedimento diferente do modelo de PPP (Cenário B.2);
- Internalização dos serviços clínicos no Serviço Nacional de Saúde ("SNS"), através da c) implementação do mecanismo contratual de reversão do estabelecimento para o 1 St. Estado (Cenário B.3).

Página 15 de 331

Neste documento, advertiu-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. 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.

9. Mais tarde, após o cumprimento das formalidades para o efeito previstas no Decreto-Lei n.º 111/2012, através do Despacho n.º 8300/2016, de 16 de junho, do (então) Coordenador da UTAP ("Despacho n.º 8300/2016"), foi criada uma equipa de projeto para o desenvolvimento dos trabalhos necessários com vista a suportar as decisões públicas que se precipitavam no quadro da caducidade do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais e do Contrato de Gestão do Hospital de Braga.

Através desse despacho, determinou-se, entre o mais, que os trabalhos da equipa deveriam avançar a dois tempos, a saber:

- (a) Num primeiro momento, cumpriria à equipa (i) identificar e avaliar tecnicamente os diferentes modelos passíveis de garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o termo do prazo inicial dos contratos; e, (ii) de entre esses modelos e tendo por base os procedimentos e pressupostos previstos no Decreto-Lei n.º 111/2012, com as devidas adaptações, propor aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, se entendesse dever ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse 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; e
- (b) Num segundo momento, e na sequência da decisão política que fosse tomada, caberia à equipa desenvolver todas as fases, ações e procedimentos necessários à implementação do modelo escolhido, devendo, nos casos em Página 16 de 331 que tal se imponha e justifique, ser assegurado o cumprimento dos

mecanismos procedimentais necessários e ainda não cumpridos, previstos nos artigos 9.°, 10.°, 21.° e 22.° do Decreto-Lei n.° 111/2012.

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

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

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

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

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

Página 17 de 331

- 11. Volvido algum tempo, em 27 de fevereiro de 2018, perante a iminência de caducidade agora dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares de Vila Franca de Xira e de Loures, através do Despacho da (então) Senhora Secretária de Estado da Saúde, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete, de 26 de fevereiro de 2018 (doravante "Proposta Fundamentada"), foi proposto que fossem desencadeados os "(...) procedimentos tendentes à constituição de uma Equipa de Projeto para os Contratos PPP (na vertente EGEST) de VFX e Loures, da mesma forma que o foram, para as PPP de Cascais e Braga, mediante o Despacho n.º 8300/2016 do Coordenador da UTAP, publicado no DR de 17 de junho de 2016", e que "de modo similar [às PPP de Cascais e Braga], (...) submet[esse] à tutela um "relatório fundamentado, para efeitos de tomada de uma decisão política intercalar a esse respeito, sobre aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro deve ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público, incluindo a sua fundamentação económica e respetiva viabilidade financeira e propondo os passos procedimentais, ainda não cumpridos, necessários para a sua implantação", bem como assegurar os passos posteriores que vierem a decorrer da decisão política a tomar oportunamente" (cfr. Anexo 4 ao presente Relatório).
- 12. A pedido do Senhor Secretário de Estado Adjunto das Finanças, foi proferida sobre esse despacho a Informação n.º 14/2018, de 18 de abril, da UTAP, junta ao presente Relatório como *Anexo 5*.

De acordo com essa Informação, concluiu-se ser importante que, seguindo uma metodologia idêntica à que foi aplicada na avaliação das parcerias de gestão clínica de Cascais e de Braga¹⁰, essa equipa ficasse incumbida de identificar e avaliar os diferentes modelos (ou cenários) passíveis de garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o termo do prazo inicial dos contratos, e, de entre esses modelos, propusesse aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, entendesse dever ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público.

Lê-se na Informação: "Essa via permite, desde logo, que seja garantido um tratamento homogéneo, em termos de pressupostos decisórios, em todas as PPP na saúde, independentemente daquela que seja a

Página 18 de 331

⁹ Cfr. pp. 3 e 4 da mencionada Nota Interna.

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

entidade pública concretamente responsável pela gestão e monitorização dos contratos, assegurando o tratamento equitativo de todos os parceiros privados no sector da saúde e uma gestão pública coordenada. Para além disso, a manutenção do mesmo regime de "internalização" da análise possibilita beneficiar da experiência já acumulada ao nível do setor público com o trabalho anteriormente efetuado, potenciando o desenvolvimento e a consolidação do know how adquirido nesta matéria, evitando a necessidade, cada vez menos recorrente mas ainda existente, de recurso a consultores externos para a realização deste tipo de análises, eliminando-se os gastos públicos com este tipo de serviços e a dispersão do saber adquirido por múltiplas entidades do setor privado".

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

- 13. Em sequência, foi proferido despacho pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças, o qual foi lavrado sobre a Informação da UTAP n.º 14/2018, de 18 de abril (cfr. Anexo 4 ao presente Relatório), nos termos do qual se considerou pertinente e avisado que, à semelhança do que foi efetuado aquando da proximidade da caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares de Cascais e de Braga e que serviu de base às decisões políticas que foram tomadas a respeito desses contratos —, fosse criada uma equipa de projeto com a função (i) de desenvolver os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões que se precipitam no quadro do término iminente dos Contratos de Vila Franca de Xira e de Loures; e (ii) de assegurar a realização dos passos posteriores que vierem a decorrer dessas decisões.
- 14. Em conformidade, e como antes referido, a Equipa de Projeto signatária do presente Relatório foi constituída ao abrigo do Despacho n.º 8323/2018, de 16 de agosto, da Coordenadora da UTAP, publicado no Diário da República, n.º 164, 2.ª Série, de 27 de agosto de 2018 ("Despacho n.º 8323/2018", que constitui o *Anexo* 6 ao presente Relatório), o qual foi alterado por via do Despacho n.º 2626/2019, publicado no Diário da República,

Página 19 de 331

n.º 52, 2.ª Série, de 14 de março de 2019 ("**Despacho n.º 2626/2019**", que constitui o *Anexo* 7 ao presente Relatório), tendo sido nomeados os seguintes elementos¹¹:

a) Presidente:

Vítor Manuel Batista de Almeida, por indicação da UTAP;

b) Restantes membros efetivos:

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

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

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

Rita Domingues dos Santos da Cunha Leal, por indicação da UTAP;

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

Inês Margarida Costa Bernardo, por indicação da UTAP;

c) Membros suplentes:

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

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

Ana Sofia Arsénio Viana Fernandes, por indicação da UTAP;

Filipa Sequeira Leite Brás Monteiro, por indicação da UTAP.

1.3. Objetivos e Competências da Equipa de Projeto

1.3.1. Despacho n.º 8323/2018

Página 20 de 331 (

2. HA

¹¹ A Equipa de Projeto foi originalmente constituída pelos seguintes membros (cfr. Despacho n.º 8323/2018):

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

b) Restantes membros efetivos: José Carlos Caiado, por indicação da Secretária de Estado da Saúde; João Luís Lemos de Matos, por indicação da Secretária de Estado da Saúde; Maria Suzete Pereira Cardoso, por indicação da Secretária de Estado da Saúde; Rita Domingues dos Santos da Cunha Leal, por indicação da UTAP; Isabel Maria Lobo de Lima Mayer Martinha, por indicação da UTAP; e Pedro Faria Henriques Rodrigues Nicolau, por indicação da UTAP.

c) <u>Membros suplentes</u>: Pedro Nobre da Veiga Neto Miranda, por indicação da Secretária de Estado da Saúde; Nuno José Martins Botelho, por indicação da Secretária de Estado da Saúde; Ana Sofia Arsénio Viana Fernandes, por indicação da UTAP; e Ana Sofia Rodrigues Matos, por indicação da UTAP.

15. Em linha com as experiências anteriores e em consonância com as orientações traçadas, o Despacho n.º 8323/2018 veio mandatar a Equipa de Projeto para desenvolver os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões que se precipitam no quadro da caducidade dos contratos de gestão dos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures.

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

- Num primeiro momento, cumpre: a)
 - Identificar e avaliar tecnicamente os diferentes modelos passíveis de garantir i)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;
- 6) 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.
- 16. Focando-se sobretudo na primeira fase, de formação de uma proposta de decisão que é aquela que releva para efeitos do presente Relatório - o Despacho n.º 8323/2018 identifica algumas diretrizes, já anunciadas supra, que vêm em linha com as experiências anteriores, nomeadamente a necessidade de:
 - Garantir a continuidade, sem interrupções e da melhor forma possível, da a) Página 21 de 331 prestação de cuidados de saúde às populações servidas pelos hospitais;
 - Avaliar o impacto dos cenários nas contas públicas; b)

- 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. Organização dos trabalhos

- 17. Sem prejuízo da prévia realização de alguns trabalhos preparatórios, os trabalhos tendentes à apresentação das conclusões vertidas no presente Relatório foram formalmente iniciados em 13 de dezembro de 2018, data em teve lugar a primeira reunião da Equipa de Projeto, na qual foram acordados os principais pressupostos das tarefas a empreender nesta primeira fase, dos quais se destaca:
 - a) A aplicação, à avaliação das parcerias relativas aos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures e em linha com as orientações recebidas, da metodologia definida e utilizada no âmbito dos processos de avaliação das parcerias relativas aos hospitais de Cascais e de Braga;
 - 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, pretendeu-se, não só assegurar a conclusão em tempo útil da análise relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira (cujo hipotético cenário de renovação teria de ser implementado até 31 de maio de 2019), como aproveitar os cerca de sete meses e meio de diferença de prazo para o Hospital de Loures para introduzir alguma melhoria no processo e metodologia adotada que se revelasse necessária ou adequada em face da curva de aprendizagem que porventura decorresse da experiência (anterior) do Hospital de Vila Franca de Xira; e
 - c) A consideração de prazos internos para a conclusão dos trabalhos de análise pela Equipa de Projeto e estabilização das propostas de relatório para o Hospital de Vila Franca de Xira e para o Hospital de Loures, respetivamente, e submissão das respetivas versões finais e assinadas, poucos dias depois, às tutelas sectorial e das finanças, para aprovação.

Página 22 de 331

18. Desde então, foram realizadas reuniões presenciais e não presenciais, de âmbito alargado ou específico, entre os membros da Equipa de Projeto, tendo em vista o adequado desenvolvimento dos trabalhos.

19. Quanto aos trabalhos relativos Hospital de Vila Franca de Xira, no início do mês de maio de 2019, a Equipa apresentou um relatório intercalar, de acordo com o qual recomendou a adoção de um modelo de PPP, em detrimento de um cenário de internalização, e o lançamento de um procedimento concursal para a formação e celebração de um novo contrato de gestão para aquele hospital, bem como a prossecução dos passos subsequentes para a aprovação do seu lançamento.

Em consequência, através do Despacho n.º 5481/2019, o Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças e o Senhor Secretário de Estado da Saúde aprovaram formalmente o Relatório Intercalar relativo ao contrato de gestão dos serviços clínicos do Hospital de Vila Franca de Xira na parte em que a Equipa de Projeto concluiu pelo lançamento de um procedimento concursal por não se encontrarem reunidos os requisitos para uma decisão de renovação do referido contrato de gestão pelo período de 10 anos, pela necessidade de se introduzirem alterações ao clausulado que extravasam os limites dos poderes de modificação contratual do referido Contrato.

1.4. Objeto do presente Relatório

20. 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 8323/2018, que dispõe que a Equipa de Projeto, depois de identificar e avaliar tecnicamente os diferentes cenários de decisão possíveis, deve propor ao Governo, 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 Loures.

Página 23 de 331

1.5. Sequência

21. O presente Relatório, em linha com o exposto nos capítulos 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 Loures celebrado em 31 de dezembro de 2009 ("Contrato de Gestão" ou "Contrato").

Com esse objetivo, iniciar-se-á o presente estudo pela apresentação da metodologia adotada pela Equipa de Projeto para avaliar, "do ponto de vista técnico, jurídico e económicofinanceiro", 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 capítulo referente à caraterização da realidade, clínica e contratual, sobre a qual a análise vai incidir, ao que se segue a avaliação, propriamente dita, da PPP relativa ao Hospital de Loures. 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 Loures, 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 referenciação.

Página 24 de 331 A completar a comparação efetuada entre a manutenção do modelo de PPP e o cenário de gestão pública dos serviços clínicos, o Relatório contempla ainda um capítulo dedicado aos riscos do cenário de internalização.

Com base nestas análises, o presente Relatório apresentará um capítulo síntese do qual se deduzirá acerca da superioridade ou inferioridade 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 de 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 adotada pela Equipa de Projeto como necessários a uma decisão de renovação.

Por fim, o Relatório culmina com uma proposta de decisão dirigida ao Governo, 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.

Página 25 de 331

2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

2.1. Enquadramento e pressupostos

22. Definido o objeto do presente Relatório e conhecidos os objetivos traçados pelo Despacho n.º 8323/2018, importa agora apresentar a metodologia 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").

23. A Metodologia de avaliação utilizada pela Equipa de Projeto foi a mesma que a definida no âmbito do 1.º Relatório Intercalar da equipa de projeto constituída pelo Despacho n.º 8300/2016, relativo à avaliação da parceria público-privada de gestão clínica do Hospital de Cascais 12, 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 clínica¹³.

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

¹² Em linha com as orientações recebidas pelas equipas de projeto constituídas pelo Despacho n.º 8300/2016 e pelo Despacho n.º 8323/2018, a Metodologia foi também utilizada no contexto da elaboração dos relatórios intercalares relativos à avaliação das parcerias público-privadas de gestão clínica do Hospital de Braga e do Hospital de Vila França de Xira.

Página 26 de 331 13 Cfr., a título de exemplo, e pela sua precedência cronológica, as posições referidas nos pontos 7, 11 e 12 supra.

money do mesmo numa lógica ex post, a demonstração da vantagem da opção em causa¹⁴ e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público.

24. Não obstante esta preocupação de adoção de uma metodologia única para a avaliação das atuais quatro parcerias público-privadas na área da saúde, 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 caraterísticas 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".

São, assim, ainda atendidos os 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.

Com efeito, o Despacho n.º 8323/2018 admite que a adoção de "um tratamento homogéneo, em termos de pressupostos decisórios, em todas as parcerias público-privadas na área da saúde, independentemente daquela que seja a entidade pública concretamente responsável pela gestão e monitorização dos contratos, assegurando o tratamento equitativo de todos os parceiros privados no sector da saúde e uma gestão pública coordenada (...) não prejudica (...) que as decisões que venham a ser tomadas sobre a solução a adotar em cada um dos contratos em análise, possam ser diferentes das decisões já tomadas quanto a Cascais e Braga".

25. 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.

Importa aqui ter presentes, desde logo, os contornos da figura da renovação contratual, bem como os limites que comummente são erguidos ao recurso à mesma. A título exemplificativo, refira-se o entendimento do Tribunal de Contas de que a "renovação contratual

Página 27 de 331 14 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.

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 dezembro¹⁵). 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.

26. 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 relembrar 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, que não tem associadas, de forma expressa, quaisquer condições ou restrições adicionais nos casos 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" 16.

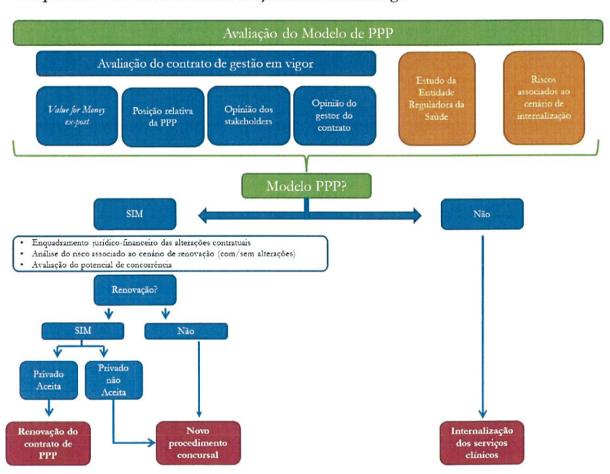
Página 28 de 331

¹⁵ Em sentido idêntico, cfr. Acórdão do Tribunal de Contas n.º 6/2013, de 9 de julho.

Note-se, contudo, que tendo em consideração o princípio assumido pelas equipas de projeto, assumiu-se como ponto de partida comum a todos os contratos os requisitos adicionais previstos para a renovação do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, pelo que também nos casos de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira foram os mesmos considerados.

2.2. Definição da Metodologia

27. Assentes os pressupostos enunciados, a Equipa de Projeto 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:



Esquema 2 - Árvore de decisão subjacente à Metodologia

Fonte: Equipa de Projeto.

28. Daqui decorre que, como ponto prévio e prioritário a qualquer análise e à seleção dos vários cenários equacionáveis, considerou-se 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?"

Página 29 de 331

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 do respetivo contrato de gestão, bem como o resultado da sua execução de facto¹⁷.

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".

- 29. Num segundo momento, respondida a "primeira questão central", verifica-se que:
- Nos casos em que o cenário escolhido seja o "cenário da internalização", a <u>a</u>) aplicação da Metodologia fica, de imediato, concluída, inferindo-se a partir daí o sentido da proposta de decisão da Equipa de Projeto;
- Nos casos em que se encontre justificada a decisão de continuidade do "cenário b) 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 précontratual?"

Neste caso, 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".

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

Página 30 de 331

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 propostas pelas entidades públicas encarregues da gestão dos contratos (a ARSLVT, no caso do Contrato de Gestão do Hospital de Loures), 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

30. Uma vez definida a abordagem metodológica adotada pela Equipa de Projeto – a qual se propôs ser aplicada, de forma uniforme e transversal, a todas as PPP da saúde e, tal como já foi aplicada às PPP dos hospitais de Cascais, de Braga e de Vila Franca de Xira, será também aplicada à PPP do Hospital de Loures, que constitui, em conjunto com a de Vila Franca de Xira, 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 de análise

- 31. Em linha com a estrutura avançada anteriormente e tal como decorre do Esquema 2, no primeiro momento da análise, relativo à "avaliação do modelo PPP", a Metodologia incorpora:
 - a) Não só a avaliação do contrato em vigor (cfr. capítulo 3.2.1. do presente Relatório); mas também;
 - Os resultados da avaliação técnica independente levada a cabo pela Entidade 6) Reguladora da Saúde ("ERS")18, 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

O reiendo estudo, cujas conclusões se detalham no capítulo 3.2.2. do presente Relatório, foi elaborado por pedido expresso do Ministério da Saúde, tendo o mesmo sido concluído em 23 de fevereiro de 2016.

Página 31 de 331 O referido estudo, cujas conclusões se detalham no capítulo 3.2.2. do presente Relatório, foi elaborado por

- vertentes de eficiência relativa, de eficácia, de qualidade clínica e de custos de regulação (cfr. capítulo 3.2.2. do presente Relatório); e
- c) Os riscos associados à implementação de um cenário de internalização 19 (cfr. capítulo 3.2.3. do presente Relatório).
- 32. No que respeita à componente relativa à "avaliação do contrato em vigor" (referida na alínea *a*) do parágrafo 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 se 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 (cfr. capítulo 3.2.1.1. do presente Relatório); e
 - 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 capítulo 3.2.1.2. do presente Relatório) comparáveis com esse hospital, o designado "Grupo de Referência EP" ("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

Página 32 de 331

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

contexto da performance individual da PPP), com os quais o hospital se relaciona, no quadro do Contrato de Gestão, designadamente ao nível das redes de referenciação.

33. 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 fins²⁰. 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.

Assim, 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, 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 elabore "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

Página 33 de 331

Com as alterações recentemente introduzidas no Decreto-Lei n.º 111/2012, através do Decreto-Lei n.º 170/2019, de 4 de dezembro, o anterior elenco de pressupostos de lançamento de PPP constante da anterior versão do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 111/2012 desapareceu, passando os pressupostos de lançamento e de adjudicação de parcerias a ser definidos, caso a caso, por Resolução do Conselho de Ministros. Entendese, não obstante, que as exigências mencionadas no texto do presente Relatório, nomeadamente de se demonstrar os benefícios para o sector público da parceria relativamente a formas alternativas de alcançar os mesmos fins, se mantêm, por força da atual redação dos artigos 12.º, n.º 2, e 14.º., n.º 2.

b) Do artigo 18.º da Lei de Enquadramento Orçamental, aprovada pela Lei n.º 151/2015, de 11 de setembro, que dispõe que "[a] assunção de compromissos e a realização de despesa pelos serviços e pelas entidades pertencentes aos subsetores que constituem o setor das administrações públicas estão sujeitas ao princípio da economia, eficiência e eficácia".

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.

34. De acordo com o disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, uma PPP constitui um "contrato por via do qual uma entidade privada, designada por parceiro privado, se obriga 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 em face de outros modelos de contratação.

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, <u>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</u>

Página 34 de 331 (

economia, eficiência e eficácia na afetação dos recursos públicos, devendo nesse caso a mesma revelar claramente um valor acrescentado para o erário público em face das demais alternativas (value for money).

35. 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 em face da alternativa puramente pública, que suporte inequivocamente a escolha do modelo de PPP.

Assim, e no que concerne à <u>parte quantitativa da referida análise</u>, 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 privado²¹, mas também para avaliar a estimativa da incidência orçamental líquida do projeto e respetiva comportabilidade.

O CPC assume-se, pois, 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 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



²¹ De acordo com o n.º 2 do artigo 18.º da Lei Enquadramento Orçamental, "[a] economia, a eficiência e a eficácia consistem na:

a) Utilização do mínimo de recursos que assegurem os adequados padrões de qualidade do serviço público;

b) Promoção do acréscimo de produtividade pelo alcance de resultados semelhantes com menor despesa;

c) Utilização dos recursos mais adequados para atingir o resultado que se pretende alcançar."

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 pelo qual é adjudicado o contrato –, por natureza mais subjetiva e meramente estimada, em bom rigor, a verdadeira e mais correta medida do valor acrescentado de uma parceria é a que, de forma mais objetiva e factual, pode ser aferida ao longo ou após o período de execução.

2.3.2. Segundo momento de análise

36. 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 caso 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 a esta "segunda questão central", a Metodologia parte da aferição da medida do cumprimento dos requisitos previstos para a renovação do Contrato de Gestão do Hospital de Loures (cfr. n.º 2 da cláusula 38.ª).

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: "[e] mbora 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".

Página 36 de 331

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

- 37. 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 3, 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, concretizada pela implementação de um procedimento distinto do modelo de PPP^{22} ;

Página 37 de 331 22 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, dado que, conforme consta da Nota Interna do Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde, de 12 de dezembro de 2015, "por ser pouco compaginável com a manutenção, em paralelo, da contratação em PPP da componente do edifício".

 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:

Página 38 de 331

EGEST aceita renovação Notificação à EPC, como Renovação do contrato acordo à renovação Parcela de remuneração devida pelo serviço de gestão hospitalar EGEST não aceita serviços clínicos no SNS estabelecimento para o renovação Internalização dos Reversão do Estado Esquema 3 - Cenários relativos ao futuro dos Contratos de Gestão no sector da saúde DECISÃO DE NÃO RENOVAÇÃO DO RENOVAÇÃO DO DECISÃO DE CONTRATO CONTRATO para adjudicação de novo (nomeação da Equipa de Estudo e preparação de Adjudicação e assinatura Procedimento concursal Decisão de lançamento lançamento da PPP contrato de PPP do contrato Nova PPP de PPP Projeto) Análise e proposta de soluções que podem ser de dois tipos (devendo financeiro e do interesse público). fundamentada, do ponto de vista técnico, jurídico, económicoqualquer uma ser devidamente

Fonte: Equipa de Projeto.

& Zin

3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA AO HOSPITAL DE LOURES

38. 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, caraterizar devidamente a realidade, clínica e contratual, sobre a qual a análise a encetar vai incidir.

3.1. Caraterização da PPP do Hospital de Loures

3.1.1. Contexto e enquadramento legal

39. No final da década de 90 e perante a necessidade de realizar intervenções de renovação e de reorganização da rede do SNS, foi equacionada, 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.

40. 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 à intervenção

o, fiscalização

Página 40 de 331 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.

Já mais tarde, 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.

Ainda no que respeita ao Decreto-Lei n.º 185/2002, cumpre salientar que a Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprovou a nova Lei de Bases da Saúde, prevê, no seu artigo 3.º, a integral revogação daquele decreto-lei. No entanto, essa revogação apenas produzirá efeitos com a aprovação da legislação de desenvolvimento que defina os termos da gestão /

Página 41 de 331

pública dos estabelecimentos do SNS, nos termos da Base 6 da nova Lei de Bases da Saúde – o que ainda não sucedeu, pelo que se deverá, na presente data, considerar aquele Decreto-Lei n.º 185/2002, ainda aplicável.

3.1.2. Conceção do modelo contratual de parceria

41. 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 Hospital de Loures, se insere.

42. 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 remuneração igualmente distintos, gerando fluxos de pagamento independentes, de modo a permitir uma adequada afetação, entre as duas entidades gestoras, dos riscos transferidos pela EPC.

Página 42 de 331

- 43. 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 inicial 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 médico, internamento cirúrgico, ambulatório médico, cirurgia de ambulatório, 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 resultado ou 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 assim, 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, do Hospital de Braga e do Hospital de Vila Franca de Xira, o operador privado ficou igualmente responsável pela gestão clínica do hospital a substituir durante o período em que Página 43 de 331 decorreu a construção das novas instalações. Desta forma, a responsabilidade pela

transferência das operações da antiga unidade hospitalar para a nova unidade foi igualmente assumida pelo parceiro privado.

3.1.3. Programa de PPP hospitalares em que se insere o Hospital de Loures

44. 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.

Em 2001, com vista a implementar o programa de PPP hospitalares acima descrito, incluindo o Hospital de Loures, 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 (cfr. 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).

45. 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 Página 44 de 331 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.

46. 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.

3.1.4. Estudo, lançamento e contratualização da PPP relativa ao Hospital de Loures

47. Conforme consagrado nas Grandes Opções do Plano para 2005-2009 e nas Grandes Opções do Plano para 2007, foi dada continuidade (i) ao plano de construção de novos hospitais em regime PPP no âmbito dos cuidados diferenciados, orientando-se o investimento público nesta área para a remodelação, ampliação e beneficiação das estruturas existentes e para a criação de serviços que potenciassem a prestação de serviços em regime ambulatório; e (ii) ao processo de racionalização hospitalar, através do lançamento de novos hospitais em regime de PPP e da reorganização das capacidades hospitalares existentes, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Página 45 de 331

Neste quadro, foi nomeada, em abril de 2006, a comissão de acompanhamento incumbida de preparar todas as ações necessárias à fase de preparação e avaliação prévia do projeto relativo ao Hospital de Loures.

- 48. O Hospital de Loures constituiu um projeto de parceria em saúde dirigido para a construção de um novo estabelecimento hospitalar, até então inexistente na região de Lisboa e Vale do Tejo não se tendo tratado, assim, de um projeto assente na substituição de um estabelecimento hospitalar já existente à data, ao contrário dos outros projetos lançados na primeira vaga de projetos PPP.
- 49. Tendo como objetivo fundamental avaliar a necessidade de construir uma infraestrutura hospitalar no concelho de Loures e, em caso afirmativo, enquadrar as decisões de perfil assistencial e de área de influência a adotar, procedeu-se a uma análise estratégica de opções, tendo sido colocadas em confronto as seguintes opções fundamentais:
 - a) "Opção 0", que consistiria em "não fazer nada", mantendo a situação existente de satisfação das necessidades da população residente na área de influência do Hospital de Loures pelas unidades hospitalares situadas no centro de Lisboa e em Torres Vedras;
 - b) "Opção 1", que previa a construção de uma unidade hospitalar em Loures.
- 50. A análise da "Opção 0" justificou-se pelo facto de a mesma constituir uma alternativa possível à construção de uma nova unidade hospitalar, uma vez que, na realidade, as necessidades de cuidados hospitalares da população residente na área de influência do Hospital de Loures, já estavam a ser satisfeitas com base em capacidade então existente que, de outra forma, se tornaria excedentária.
- **51.** Contudo, atenta a necessidade de implementação de um processo de reestruturação da capacidade hospitalar existente no centro de Lisboa, considerou-se que a opção de "nada fazer" deveria ser afastada.

Neste contexto, foi, então, considerada a "Opção 1", que apontava para a construção de um hospital localizado no concelho de Loures e que se admitia poder proporcionar um

Página **46** de **331** 💆

conjunto de benefícios adicionais, designadamente aos residentes na área de influência do hospital, face à situação existente à data, como sejam (i) a garantia e comodidade de acesso, (ii) a qualidade assistencial dos cuidados prestados, (iii) a deslocalização da capacidade, (iv) a reorganização da rede de cuidados hospitalares e (v) a existência de benefícios financeiros associados, quer à libertação de terrenos e edifícios decorrente desta reorganização da rede de cuidados hospitalares, quer à introdução de maiores níveis de eficiência.

A "Opção 1" encerrava, em si mesma, um conjunto de outras opções, a saber:

- a) Opção 1A (i), que previa a manutenção da área de influência do Hospital de Loures inalterada face à definida no anterior concurso²³,
- b) Opção 1A (ii), que previa a reformulação da área de influência do Hospital de Loures.

Ponderadas as duas opções mencionadas, optou-se pela reformulação da área de influência considerando (i) as alterações de contexto entretanto havidas ao nível da oferta hospitalar, nomeadamente a decisão de construir o Hospital de Lisboa Oriental na zona oriental de Lisboa (Chelas), e (ii) os resultados do estudo de acessibilidades, elaborado por uma empresa de consultoria especializada em matéria de mobilidade, acessibilidades e transportes.

Concluiu-se, então, que muito embora os concelhos de Sobral de Monte Agraço e de Odivelas devessem ser mantidos, na sua globalidade, na área de influência do Hospital de Loures, dadas as melhores acessibilidades que se encontravam previstas para este hospital face ao futuro Hospital de Lisboa Oriental, já no caso do concelho de Loures, as freguesias de Bobadela, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém, Santa Iria da Azóia e São João da Talha deviam ser redirecionadas para a área de influência do Hospital de Lisboa Oriental, dada a melhor acessibilidade prevista para este hospital e o maior grau de diferenciação do seu perspetivado perfil assistencial (hospital central).

Concluiu-se ainda, mediante a análise dos resultados do referido estudo de acessibilidades, que o Hospital de Loures constituiria uma alternativa à deslocação ao então designado Centro Hospitalar de Torres Vedras²⁴, bem como aos hospitais localizados na

²⁴ Atualmente, o Hospital de Torres Vedras está integrado no Centro Hospitalar do Oeste, EPE.

²³ O primeiro concurso relativo ao Hospital de Loures foi lançado a 30 de dezembro de 2003, tendo, em setembro de 2005, a Comissão de Avaliação de Propostas do Hospital de Loures submetido à consideração dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde o relatório final de avaliação de propostas no qual propôs a não adjudicação do procedimento por incomparabilidade das propostas e inaceitabilidade das mesmas. O Ministro da Saúde do XVII Governo decidiu solicitar, ainda nesse ano, o parecer da Procuradoria Geral da República sobre o processo. Este parecer foi negativo e recomendou a extinção do procedimento, o que viria ser concretizado por despacho ministerial conjunto de 8 de março 2006. Nesse mesmo ano viria a ser Página 47 de 331 preparado um novo procedimento para este hospital, o qual seria lançado já no primeiro trimestre de 2007.

cidade de Lisboa, para a população residente nas freguesias da Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro do concelho de Mafra, considerando-se, desta forma, adequada a sua inclusão na área de influência do Hospital de Loures.

c) Opção 1B, que correspondia à instalação, ou não, de uma unidade de cuidados intensivos neonatais.

Analisada a questão pelas entidades do Ministério da Saúde e por um consultor especializado em matéria de gestão clínica, foi considerada adequada a não instalação de uma unidade de cuidados intensivos neonatais no Hospital de Loures, tendo sido recomendada, em alternativa, a concentração dos recursos necessários num hospital de referência dada a casuística insuficiente para garantir o aproveitamento de economias de escala e o treino dos profissionais e a inexistência de previsão, no perfil assistencial do Hospital de Loures, de valências cirúrgicas de neonatologia mais diferenciadas.

d) Opção 1C, que correspondia à inclusão, ou não, no perfil assistencial do Hospital de Loures, de cuidados de convalescença e de cuidados paliativos

Esta questão foi ponderada tendo por base um parecer emitido pela então Coordenadora Nacional de Cuidados de Saúde a Idosos e Pessoas em situação de Dependência, do qual resultaram as seguintes decisões:

- i) não inclusão de camas específicas destinadas a cuidados de convalescença no Hospital de Loures, devendo, em alternativa, o hospital articular-se, através de uma eficaz equipa de gestão de altas, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ("RNCCI"); e
- ii) manutenção da prestação de cuidados paliativos no perfil assistencial do Hospital de Loures, com o nível I de diferenciação, tendo por referência o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, desenvolvido, à data, pela Direção-Geral da Saúde, o qual apresentaria as seguintes características principais:
 - prestação de cuidados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos, denominadas de equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos; e
 - estruturação dos cuidados através de equipas móveis que não dispõem de camas de internamento específicas para cuidados paliativos, mas dispõem de espaço próprio para sediar a sua atividade.

Página 48 de 331

- 52. No âmbito dos trabalhos desenvolvidos, e justificada que se considerava a necessidade de construção de um complexo hospitalar, procedeu-se à análise e definição da via mais ajustada para implementar esse projeto, tendo-se optado pela adoção do modelo PPP, na medida em que apresentava vantagens potenciais em face da alternativa tradicional de promoção direta do projeto pelo Estado, entre as quais se destacaram as seguintes:
 - (i) O potencial para inovação mediante a introdução de novas formas de gestão hospitalar;
 - (ii) O potencial de inovação ao nível da conceção do projeto de engenharia hospitalar, favorecendo a adoção de modernos conceitos de engenharia funcional;
 - (iii) As sinergias resultantes da integração das fases de conceção, construção, conservação e exploração operacional da nova unidade;
 - (iv) O potencial para a transferência de riscos do setor público para o setor 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 a 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;
 - (v) Os incentivos ao controlo de custos de investimento e exploração, bem como da qualidade do serviço prestado;
 - (vi) A possibilidade de benchmarking da gestão e da performance hospitalar.

53. Terminada a fase de preparação e avaliação prévia do projeto do Hospital de Loures e após emissão dos pareceres legalmente previstos, foi exarado o Despacho Conjunto n.º 2025/2005, de 19 de janeiro, do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, que aprovou o lançamento do procedimento prévio para a celebração de uma parceria público-privada relativa à construção e gestão do novo Hospital de Loures, incluindo o programa do procedimento e o caderno de encargos, tendo o procedimento sido lançado através de anúncio de 23 de março de 2007, publicado no Diário da República, n.º 67, 2.ª Página 49 de 331 Série, de 4 de abril de 2007.

No âmbito desse procedimento concursal e decorridas as respetivas fases, a negociação competitiva culminou com a adjudicação e assinatura de um contrato de gestão, em 31 de dezembro de 2009, entre a ARSLVT, em representação do Estado Português, a SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. (na qualidade de EGEST) e a HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A. (na qualidade de EGED).

Após a remessa desse contrato para fiscalização prévia pelo Tribunal de Contas, foi obtido visto em 15 de junho de 2010.

Com a produção de efeitos do Contrato de Gestão, que ocorreu na data da sua assinatura, em 31 de dezembro de 2009, foi dado início à construção do edifício hospitalar pela EGED e, após a conclusão da construção, em finais de 2011, iniciou-se, em 19 de janeiro de 2012, a prestação dos cuidados de saúde pela EGEST.

3.1.5. Perfil assistencial, dimensão e área de influência

54. De acordo com o perfil assistencial definido no Contrato de Gestão, o Hospital de Loures presta cuidados de saúde nas áreas *médica*, *cirúrgica* e de *diagnóstico e terapêntica* nas especialidades seguidamente descritas:

- Especialidades médicas:
 - Cardiologia
 - Dermato-venerologia
 - Doenças infeciosas
 - Endocrinologia
 - Gastrentereologia
 - Imunoalergologia
 - Medicina interna
 - Nefrologia
 - Neurologia
 - Oncologia médica
 - Pediatria
 - Pneumologia
 - Psiquiatria e psiquiatria da infância e adolescência

Página 50 de 331

- Reumatologia
- Especialidades cirúrgicas:
 - Angiologia e cirurgia vascular
 - Cirurgia geral
 - Cirurgia plástica e reconstrutiva
 - Obstetrícia / ginecologia
 - Oftalmologia
 - Ortopedia e traumatologia
 - Otorrinolaringologia
 - Urologia
- Diagnóstico e terapêutica:
 - Anatomia patológica
 - Anestesiologia
 - Imunohemoterapia
 - Medicina física e de reabilitação
 - Medicina nuclear
 - Patologia clínica
 - Radiodiagnóstico.

Adicionalmente, presta ainda cuidados da subespecialidade de medicina intensiva.

No internamento normal, o Hospital de Loures dispõe de unidades de tratamento-tipo destinadas ao tratamento de utentes hospitalizados que não requerem cuidados de internamento de graus intermédio ou intensivo.

Ao nível do internamento especial, presta cuidados intensivos, intermédios e especiais.

Relativamente à urgência, dispõe de um serviço de urgência médico-cirúrgica que se desenvolve em três unidades autónomas:

- Urgência geral
- Urgência ginecológica / obstétrica
- Urgência pediátrica.

Página 51 de 331

No que respeita à *consulta externa*, o Hospital de Loures presta atendimento nas seguintes especialidades:

- Anestesiologia
- Angiologia e cirurgia vascular
- Cardiologia
- Cirurgia geral
- Cirurgia plástica e reconstrutiva e estética
- Dermato-venerologia
- Doenças infeciosas
- Endocrinologia
- Gastrentereologia
- Imunoalergologia
- Imunohemoterapia
- Medicina física e de reabilitação
- Medicina interna
- Nefrologia
- Neurologia
- Obstetrícia / ginecologia
- Oftalmologia
- Oncologia médica
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Patologia clínica
- Pediatria
- Pneumologia
- Psiquiatria e psiquiatria da infância e da adolescência
- Reumatologia
- Urologia.

O Hospital de Loures trata ainda os doentes em regime de ambulatório através de:

• Hospital de Dia Médico, constituído por três áreas distintas:

Página 52 de 331

- Hospital de dia médico polivalente
- Hospital de dia médico psiquiátrico
- Hospital de dia médico de hemodiálise.
- Cirurgia de Ambulatório.
- 55. O Hospital de Loures foi dimensionado tendo em conta o definido no Anexo I ao Contrato de Gestão, que estipula, como requisitos mínimos de capacidade: 417 camas no internamento; 8 salas de cirurgia (3 para cirurgia programada, 2 para cirurgia de urgência e 3 para cirurgia de ambulatório); 39 gabinetes de consulta; 6 a 9 camas no bloco de partos; 27 postos no Hospital de Dia (14 no Hospital de Dia Médico e 13 no Hospital de Dia de Hemodiálise) e 2 salas, cada uma para 10 utentes, no Hospital de Dia Médico de Psiquiatria.
- 56. Por fim, o Hospital de Loures tem como área de influência o concelho de Loures, com exceção das freguesias de Bobadela, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém, Santa Iria da Azóia e São João da Talha, o concelho de Odivelas, o concelho de Sobral de Monte Agraço e ainda as freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro do concelho de Mafra²⁵, com uma população de aproximadamente 289 000 habitantes, de acordo com o Censos de 2011.

Página 53 de 331

Refira-se que, na sequência da reorganização administrativa do território das freguesias operada pela Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro, a EPC desencadeou junto da Tutela, o pedido de alteração da área de influência do Hospital de Loures, por forma a integrar a União de Freguesias de Malveira e São Miguel de Alcainça, cuja aprovação se aguarda.

3.1.6. Mecanismos de remuneração e de determinação anual da produção

3.1.6.1. MECANISMOS DE REMUNERAÇÃO CONTRATUAL

57. 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 62.ª a 71.ª do Contrato de Gestão.

Para além desta remuneração base, verdadeiramente central para o desenvolvimento da atividade contratada, o Contrato de Gestão prevê ainda:

- a) A possibilidade de fixação de contrapartidas específicas para a prática de determinados atos ou atividade, como sejam os atos clínicos adicionais conformes ao perfil assistencial (cfr. cláusula 32.ª, n.º 3) ou as atividades específicas relacionadas com a promoção ou a prevenção da saúde nos termos das cláusulas 35.ª e 68.ª; bem como,
- b) O ressarcimento de encargos decorrentes da dispensa de medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar não associados a atos de produção realizados pelo estabelecimento hospitalar (cfr. cláusula 47.ª, n.º 8).

Adicionalmente, constituem receitas da EGEST, nos termos do Contrato de Gestão (cfr. cláusula 64.ª, n.º 2), (i) uma parte da diferença positiva entre a receita devida por terceiros pagadores e a parcela a cargo de terceiros pagadores; e (ii) uma parte das receitas comerciais de terceiros.

- 58. Voltando à remuneração base anual da EGEST, esta é composta pelas seguintes componentes²⁶:
 - a) Uma componente relativa aos serviços clínicos efetivamente prestados através do Hospital de Loures nas linhas de internamento médico, internamento cirúrgico, ambulatório médico e cirurgia de ambulatório, internamento de utentes elegíveis para a RNCCI, urgência, consulta externa, hospital de dia médico e casos e atos específicos);

Página 54 de 331

²⁶ Cfr. cláusula 62.ª e Anexo VI ao Contrato de Gestão.

- b) Uma componente relativa à disponibilidade de serviços hospitalares específicos, no caso, do serviço de urgência; e
- c) Uma componente correspondente a *ajustamentos a efetuar em função da prescrição de medicamentos* pelo Hospital de Loures e adquiridos nas farmácias comunitárias.

As componentes *supra* referidas são <u>pagas</u> (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 (cfr. cláusula 64.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.

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 Loures (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 (*cfr.* cláusula 62.ª e Anexo VI 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.

Mas vejamos, em maior pormenor e com maior relevância para o presente Relatório, a componente remuneratória relativa aos serviços clínicos efetivamente prestados através do Hospital de Loures.

3.1.6.2. REMUNERAÇÃO PELA PRODUÇÃO CLÍNICA EFETIVA

59. 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 atividades²⁷:

Página 55 de 331

²⁷ Cfr. cláusula 62.ª e Anexo VI ao Contrato de Gestão.

- Preço por doente equivalente no internamento médico, no internamento cirúrgico, no ambulatório médico e na cirurgia de ambulatório;
- Preço por diária de internamento de utentes elegíveis para a RNCCI;
- Preço por atendimento em urgência;
- Preço por primeira consulta;
- Preço por consulta subsequente;
- Preço por sessão de hospital de dia psiquiatria;
- Preço por outras sessões de hospital de dia;
- Preços fixados por caso e ato específico, que no caso de doentes com ventilação prolongada corresponde à diária de internamento.

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 ("INE") e referente ao mês de janeiro de cada ano ("IPC")²⁸.

No internamento e ambulatório²⁹ 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 escalão³⁰.

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

Página 56 de 331

De acordo com o Anexo VI ao 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, tendo esse diferencial, de acordo com o n.º 10 da cláusula 62.ª do Contrato de Gestão, sido 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.

Com a utilização do termo "internamento" referimo-nos quer ao internamento cirúrgico, quer ao internamento médico. Do mesmo modo, o termo "ambulatório" utilizado no parágrafo supra deve ser interpretado como abrangendo tanto o ambulatório médico como a cirurgia de ambulatório. Este entendimento deve ser aplicado em todas as demais referências a "internamento" ou "ambulatório" constantes dos capítulos subsequentes do presente Relatório, salvo se do contexto resultar claramente o contrário.

Adicionalmente, na urgência, o atendimento de utentes cuja situação, após triagem, não configure uma emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica e que no sistema de triagem de Manchester não corresponda às cores vermelho, laranja ou amarelo, são, para efeitos de pagamento, considerados como consultas subsequentes (gr. alínea a) do n.º 3 da cláusula 45.ª do Contrato de Gestão).

Por outro lado, na urgência, não existe limite à produção (número de atendimentos em urgência – *cfr.* cláusula 62.ª e Anexo VI ao Contrato de Gestão).

60. De salientar, ainda, que, de entre as principais linhas de produção (internamento e 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 ambulatório, a remuneração pela atividade produzida resulta da multiplicação da quantidade de doentes equivalentes pelo preço e pelo denominado Índice de *Case-Mix* ("ICM")³¹, que reflete a complexidade da unidade hospitalar relativamente à atividade no internamento médico, no internamento cirúrgico, no ambulatório médico e na cirurgia de ambulatório, no caso, calculado para a produção do Hospital de Loures.

Na realidade, a introdução do ICM no cálculo da remuneração da linha de internamento médico, de internamento cirúrgico, de ambulatório médico e de cirurgia de ambulatório (todas as 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 de contratos programa. A grande diferença entre os hospitais PPP e os hospitais que têm a natureza de entidade pública empresarial ("hospitais EPE") resulta de:

Nos hospitais em regime de PPP, a parcela a cargo do SNS em função da produção efetiva nesta linha de atividade, considerar o ICM real. 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

Página 57 de 331

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.

 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.

3.1.6.3. PRODUÇÃO E PAGAMENTO

61. 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 deve ser 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 contratada para cada ano, à exceção da linha de internamento e de ambulatório (em que a EGEST é remunerada até 110% da produção contratada), da linha da urgência e das diárias de internamento de doentes elegíveis para a RNCCI.

62. 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 iniciativa e proposta 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 e do valor previsível da parcela a cargo do SNS. Nesta situação, a produção prevista deve ser determinada (i) no ano de entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar, dentro dos limites inferior e superior verificados nos hospitais que serviram uma percentagem significativa da população da área de influência do Hospital de Loures, ou (ii) após a entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar, dentro dos limites inferior e superior

Página 58 de 331

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

³³ Cfr. cláusula 70.ª do Contrato de Gestão.

verificados nos cinco anos imediatamente anteriores, ou nos anos disponíveis, se inferiores a cinco.

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 e 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;
- À verificação da eventual existência de sessões do serviço de urgência afetadas por indisponibilidade;
- Ao apuramento do valor, positivo ou negativo, a considerar na remuneração, em função do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos do Hospital de Loures e adquiridos nas farmácias comunitárias;
- Ao apuramento da produção prestada a utentes cuja responsabilidade caiba a terceiros pagadores (a deduzir à remuneração base anual);
- 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 devidas (a deduzir à remuneração base anual);
- Ao apuramento do montante das receitas comerciais de terceiros que caibam à EPC em função do mecanismo de partilha das receitas comerciais totais auferidas (a deduzir à remuneração base anual); e

Página 59 de 331

³⁴ Cfr. cláusula 65.ª do Contrato de Gestão.

- À verificação da existência de falhas específicas e ao cálculo do respetivo montante, a deduzir à remuneração base anual.
- 63. Cumpridos todos estes procedimentos, deve a EPC efetuar um pagamento de reconciliação, apurado até ao final do primeiro semestre do ano imediatamente subsequente àquele a que diga respeito, com base no valor efetivo da parcela a cargo do SNS.

Em suma, os passos necessários ao apuramento da remuneração a pagar pela produção efetiva encontram-se ilustrados no esquema que se segue:

Esquema 4 – Passos necessários ao apuramento da remuneração a pagar pela produção efetiva



Fonte: Equipa de Projeto.

Página 60 de 331

3.1.6.4. REGIME DE REMUNERAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE RISCO

64. Outro aspeto que importa destacar no mecanismo de remuneração dos hospitais PPP e, concretamente, no previsto no Contrato de Gestão do Hospital de Loures, prendese 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 de urgência, os ajustamentos previstos e, ainda, as deduções pela ocorrência de falhas de desempenho (de resultado, de serviço ou específicas). Trata-se, como também já notado, de um mecanismo de remuneração que assenta numa lógica de outputs e resultados.

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

Risco de procura

66. 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 uma importância acrescida com a introdução do Livre Acesso e Circulação, na medida em que os utentes passaram a poder, desde 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 Página 61 de 331 daí inerentes) poderá vir a resultar sobredimensionada face à procura efetiva.

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

Risco de preço

67. 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, consequentemente e por outro lado, eventual incapacidade para fazer face ao serviço da dívida e para remunerar os seus acionistas.

Risco de exploração

- **68.** Crê-se que o parceiro privado assume um 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.
- 69. 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

Página 62 de 331

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 possível 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;
- Verba de convergência para reposição salarial e para alteração das 40 para as 35 horas semanais; 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 Loures, em particular, são assumidos pelo parceiro privado, nomeadamente através 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.

Página 63 de 331

3.1.6.5. Protocolos Adicionais

Ao abrigo do Despacho nº 3571/2013, de 27 de fevereiro, do Senhor Secretário de Estado Adjunto da Saúde e das cláusulas 35.ª e 68.ª do Contrato de Gestão, foi celebrado em 2018, entre a Entidade Pública Contratante e a SGHL- Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A., um Protocolo para a realização de telerrastreios dermatológicos que incluía, aquando da triagem clínica dos utentes pelo Serviço de Dermatologia do Hospital, a realização de atos de consulta não presencial (consulta de telerrastreio).

3.2. Avaliação do Modelo de PPP

70. Descrita, ainda que abreviadamente, a realidade clínica e contratual da PPP relativa ao Hospital de Loures, cumpre agora, tendo por base a Metodologia (tal como descrita no capítulo 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 (cfr. Anexo 9 ao presente Relatório).

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

- A evolução da produção e do valor de remuneração do hospital, procurando-se a) 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, Página 64 de 331 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;
- 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") (cfr. Anexo XIII 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 Loures 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.
- 71. Os principais Key Performance Indicators ("KPI") utilizados nas análises que se protagonizam, quer no capítulo 3.2.1.1., quer no capítulo 3.2.1.2., podem ser agregados em quatro grandes categorias:
 - a) <u>Indicadores de atividade:</u> destacando-se, nomeadamente, a lotação, a taxa de ocupação, o número de doentes saídos por cama, o peso de cada uma das áreas de atividade do hospital no total da produção e respetiva evolução e ICM;
 - b) <u>Indicadores de qualidade</u>: destacando-se, nomeadamente, o índice de 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, o montante, a evolução e desagregação por áreas de atividade dos encargos suportados pelo SNS, com utilização do conceito do doente padrão, 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;

Página 65 de 331

- d) <u>Indicadores de eficiência:</u> destacando-se, nomeadamente, a produtividade dos recursos humanos, a demora média, a evolução das listas de espera e do tempo médio de espera.
- 72. Num segundo momento (cfr. capítulo 3.2.1.2. do presente Relatório), procurase, recorrendo à figura do benchmarking, comparar o modelo de PPP, no caso concreto do Hospital de Loures, 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 Loures.

A este respeito, incorporam-se, nos capítulos 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 Loures 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 pública³⁵, considerados comparáveis com o Hospital de Loures (cfr. capítulo 3.2.1.2.1. do presente Relatório);
- Os níveis de eficiência relativa do Hospital de Loures face àqueles que são verificados em unidades hospitalares comparáveis, mas que se encontram em gestão direta do sector público; e
- Os níveis de eficácia relativa do Hospital de Loures 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 Decreto-Lei n.º 111/2012, designadamente na parte em que se definem 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.

Página **66** de **331**

³⁵ Considerando apenas os custos destes hospitais relativos à prestação dos serviços clínicos.

Por outro lado, e tendo em consideração que, ao nível da repartição de responsabilidades, o modelo de PPP se destaca 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 capítulos aferir em que medida, durante o período de execução do contrato, esta transferência se materializou efetivamente na esfera do parceiro privado.

73. Para efeito das análises dos capítulos seguintes, foi considerado o período de 2013 a 2017, pelo facto de se admitir que este representa o período de velocidade cruzeiro da parceria.

Com efeito, não obstante o Contrato de Gestão ter sido celebrado e começado a produzir efeitos a 31 de dezembro de 2009, a entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar apenas se verificou a 19 de janeiro de 2012, depois de concluída a construção do edifício hospitalar e após a abertura das consultas de pediatria e dermatologia, tendo a conclusão da entrada em funcionamento ocorrido a 27 de fevereiro do mesmo ano, com a abertura do serviço de urgência geral. O ano de 2013 constitui, portanto, o primeiro ano completo de atividade do Hospital de Loures.

Por outro lado, considerou-se 2017 como o último ano de análise, uma vez que é o último ano relativamente ao qual existe informação de execução disponível. No que concerne ao ano de 2018, o mesmo não foi considerado na análise, uma vez que, não obstante serem conhecidos os valores pagos pelo parceiro público ao parceiro privado durante este ano, os mesmos não são representativos da totalidade dos encargos relativos a este exercício, uma vez que se encontram ainda em falta os valores de reconciliação, que à data se desconhecem, dado não ter ainda sido concluído o respetivo procedimento de reconciliação do ano.

3.2.1. Avaliação do Contrato de Gestão em vigor

74. Tal como decorre da Metodologia, a "avaliação do contrato de gestão em vigor", no caso concreto do Hospital de Loures 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 capítulo Página 67 de 331 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 capítulo 3.2.1.2.;
- A avaliação da performance do parceiro privado na ótica do gestor do Contrato, constante do capítulo 3.2.1.3.; e
- A avaliação da performance do parceiro privado na ótica dos diversos stakeholders, descrita no capítulo 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

75. Aquando da fase de preparação do lançamento do procedimento com vista à formação do contrato de gestão relativo ao Hospital de Loures, 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 Hospital de Loures, (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 aferido e justificado o valor acrescentado da opção de PPP (Value for Money da parceria) em face de um modelo de gestão pública, sob a égide dos princípios da economia, eficiência e eficácia.

Com este enquadramento, foi, por um lado, calculado o valor do CPC, que, em termos J. Py 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 e redução de custos de operação

"Mediante a definição contratual dos preços a praticar, dos objectivos de quantidade e de qualidade a cumprir e dos mecanismos de revisão de preços a aplicar ao longo do período da parceria atinge-se, do ponto de vista do sector público, uma importante redução do grau de incerteza relativamente à evolução futura dos custos com a prestação de cuidados hospitalares.

Paralelamente, dada a inerente exposição à concorrência, os projectos desenvolvidos em regime de parceria público-privada permitem que os custos dos respectivos serviços públicos sejam referenciados a valores de mercado, o que potencia a maximização dos ganhos para o sector público.

Por último, ao promover uma melhor gestão dos riscos do projecto, tanto em termos da sua identificação e mitigação, como da respectiva alocação à entidade melhor preparada para os gerir, as PPP têm, inerentemente, um potencial acrescido na obtenção de ganhos de eficiência em termos do custo associado a esses riscos, face a modelos de contratação tradicionais.".

Maior incentivo para o desempenho

"Na medida em que os pagamentos ao parceiro privado ocorrem apenas mediante o cumprimento dos padrões de serviço exigidos, a contratação por via de um modelo PPP promove a optimização da performance associada à prestação de serviços contratada ao sector privado".

Melhor qualidade de serviço

"A experiência internacional em parcerias público-privadas sugere que a qualidade do serviço prestado ao abrigo de uma PPP é superior à qualidade obtida por via do regime tradicional, em virtude (i) da introdução de novas e inovadoras formas de gestão, centradas na satisfação das necessidades do utente, (ii) da adopção de mecanismos de pagamento que penalizam a fraca performance e (iii) da melhor integração dos serviços com os activos que os suportam".

Maior potencial para geração de receitas adicionais

Página 69 de 331

"Por via da transferência da responsabilidade pela exploração de uma nova unidade hospitalar para o parceiro privado, as parcerias público-privadas podem promover a geração de receitas adicionais com terceiros, a partilhar com o sector público".

Promoção de benchmarking de performance entre unidades hospitalares

"[O] estabelecimento de parcerias público-privadas na prestação de cuidados de saúde hospitalares apresenta o benefício adicional de possibilitar o benchmarking da performance dos hospitais públicos tradicionais, em termos de qualidade e custos, o que poderá ter impactos indirectos em termos de ganhos de eficiência noutras unidades hospitalares.".

76. Tendo por base as anteriores premissas e depois de avaliada a proposta do concorrente vencedor — o agrupamento Consis Loures —, a comissão de avaliação de propostas concluiu, no seu relatório final, datado de 8 de setembro de 2009, 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 janeiro de 2008, uma poupança de 31,2%, por comparação do valor da proposta adjudicada (que decorre da negociação final) com o valor do CPC.

Quadro 5 – Poupança do CPC (negociação final)

Valores em milhares de euros

Análise do CPC	
Valor CPC	644 000
Valor proposta adjudicada	443 329
% de poupança no CPC	-31,2%

Notas: O valor do CPC apresentado inclui apenas a componente de gestão clínica e respeita ao cenário de eficiência.

O valor da proposta adjudicada refere-se apenas à gestão clínica.

<u>Fonte</u>: Estudo estratégico e económico-financeiro relativo ao Hospital de Loures e relatório final da comissão de avaliação.

3.2.1.1.2. Análise da evolução da produção e da remuneração³⁶

ção dos dados dução, ou seja,
Página 70 de 331

De forma garantir a comparabilidade dos valores analisados, 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.

77. A produção prevista é, tal como melhor descrito no ponto 61 do presente Relatório, definida anualmente por acordo entre as partes, salvo quando não é possível chegar a acordo, casos em que cabe à EPC efetuar a fixação unilateral da produção prevista para o ano em causa, nos termos do previsto no n.º 4 da cláusula 70.ª do Contrato de Gestão.

Note-se, no entanto, que até ao momento esta prorrogativa de fixação unilateral da produção prevista nunca foi utilizada pela ARSLVT, uma vez que foi sempre alcançado o acordo entre as partes.

78. No quadro seguinte, apresentam-se os valores da **produção prevista** determinados em cada ano, por área de atividade, considerando já os anos de 2018 e de 2019.

Quadro 6 - Produção prevista

Valores nas unidades de produção aplicáveis

Produção Prevista	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	CAGR 2013-2017	CAGR 2013-2019
Internamento e Ambulatório								AND A STATE OF	THE REAL
N.º de episódios	n.d.	37 548	37 357	37 859	38 859	39 742	41 391		
Internamento	n.d.	20 333	18 678	18 422	18 603	19 564	20 178	To a second	181.5
Ambulatório	n.d.	17 215	18 679	19 437	20 256	20 178	21 213		-
Doentes equivalentes	34 349	36 885	36 880	37 380	38 380	39 230	40 853	2,8%	2,9%
Internamento	18 139	19 670	18 201	17 943	18 123	19 052	19 640	0,0%	1,3%
Ambulatório	16 210	17 215	18 679	19 437	20 257	20 178	21 213	5,7%	4,6%
ICM global	0,660	0,648	0,662	0,720	0,715	0,713	0,721	2,0%	1,5%
Internamento RNCCI									
N.º de dias	926	2 5 6 0	5 038	8 528	10 480	8 480	9 988	83,4%	48,6%
Consulta Externa									
Primeiras consultas	80 541	84 056	91 332	90 805	90 805	88 989	90 805	3,0%	2,0%
Consultas subsequentes	161 087	167 148	182 585	181 610	181 610	177 978	181 278	3,0%	2,0%
N.º de consultas	241 628	251 204	273 917	272 415	272 415	266 967	272 083	3,0%	2,0%
Urgência								Segrification	
1.º Escalão	62 346	69 719	74 165	80 774	80 774	80 774	80 774	6,7%	4,4%
Atendimentos verdes e azuis	79 521	97 307	92 878	77 274	94 160	94 160	102 872	4,3%	4,4%
N.º de atendimentos	141 867	167 026	167 043	158 048	174 934	174 934	183 646	5,4%	4,4%
Hospital de Dia									
Psiquiatria	3 365	4 500	4 606	4 743	4 743	5 000	5 000	9,0%	6,8%
Outras sessões	3 451	6 000	6 209	8 542	9 000	9 715	9 800	27,1%	19,0%
N.º de sessões	6 816	10 500	10 815	13 285	13 743	14 715	14 800	19,2%	13,8%

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT.

Dos valores apresentados conclui-se o seguinte:

 Em termos globais, entre 2013 e 2017, todas as áreas de atividade registaram taxas de crescimento médio anuais da produção prevista positivas, destacando-se as áreas de hospital de dia, urgência e internamento RNCCI, cujas taxas de crescimento foram mais significativas.

A área do ambulatório, cuja produção prevista cresceu a uma média anual de 5,7%, aumentou o seu peso relativo no total dos doentes equivalentes de internamento e

Página **71** de **331**

Z Ch

ambulatório, de 47% em 2013 para 53% em 2017 (e 52% em 2019). Esta evolução reflete, fundamentalmente, o reforço da contratação no âmbito da cirurgia de ambulatório, que cresceu a uma taxa média anual de 16% entre 2013 e 2014 – em grande medida impulsionada pela contratação de procedimentos do foro oftalmológico –, bem como o aumento do número de sessões de hemodiálise realizadas em ambulatório médico em igual período, ainda que este último tenha sido parcialmente compensado pela diminuição do número de sessões de quimioterapia também realizadas em ambulatório médico.

- Quando considerados os anos de 2018 e 2019, verifica-se que os níveis de produção prevista evidenciaram, na generalidade das linhas de produção, uma manutenção da tendência positiva observada entre 2013 e 2017, ainda que as respetivas taxas de crescimento médio anuais evidenciem uma evolução positiva ligeiramente menos acentuada que a registada no mesmo período.
- 79. 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 de Loures, antes de aplicados os limites estabelecidos no Contrato de Gestão para efeitos de determinação da remuneração da EGEST.

Página **72** de **331**

Quadro 7 – Produção proposta pela EGEST, produção prevista e produção efetiva sem limites

Valores nas unidades de produção aplicáveis

	2013					2014						
P EGEST vs PPrevista vs PE sem limites	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	VS		
Internamento e Ambulatório	51460	. 1	26.022		00/	52 (25	27 540	20 512	420/	F9/		
N.º de episódios Internamento	51 460 24 993	n.d. n.d.	36 022 19 418		0% 0%	53 635 24 800	37 548 20 333	39 512 20 436	43% 22%	5% 1%		
Ambulatório	26 467	n.d.	16 604		0%	28 835	17 215	19 076	67%	11%		
Doentes equivalentes	49 815	34 349	35 486	45%	3%	52 077	36 885	39 016	41%	6%		
Internamento	23 348	18 139	18 882	29%	4%	23 242	19 670	19 940	18%	1%		
Ambulatório	26 467	16 210	16 604	63%	2%	28 835	17 215	19 076	67%	11%		
ICM global	0,636	0,660	0,721	-4%	9%	0,614	0,648	0,732	-5%	13%		
Internamento RNCCI	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,						,	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	1			
N.º de dias	3 000	926	2 971	224%	221%	2 675	2 560	4748	4%	85%		
Consulta Externa				Advancement								
Primeiras consultas	97 791	80 541	83 139	21%	3%	99 968	84 056	84 643	19%	1%		
Consultas subsequentes	193 108	161 087	156 079	20%	-3%	192 190	167 148	183 629	15%	10%		
N.º de consultas	290 899	241 628	239 218	20%	-1%	292 158	251 204	268 272	16%	7%		
Urgência												
1.º Escalão	74 428	62 346	62 346	19%	0%	72 870	69 719	69 719	5%	0%		
2.º Escalão	0	0	9 560	0%	100%	0	0	10 798	0%	100%		
Atendimentos verdes e azuis	94 931	79 521	99 403	19%	25%	101 878	97 307	101 887	5%	5%		
N.º de atendimentos	169 359	141867	171 309	19%	21%	174 748	167 026	182 404	5%	9%		
Hospital de Dia				ED-SHIPPOCHERS THE	NECKSTH THE SHARE A				transport design	TV PROCESSOR DATES		
Psiquiatria	7 450	3 365	3 758	121%	12%	6 896	4 500	4 5 3 4	53%	1%		
Outras sessões	14 290	3 451	5 241	314%	52%	18 626	6 000	5 966	210%	-1%		
N.º de sessões	21 740	6 816	8 999	219%	32%	25 522	10 500	10 500	143%	0%		
	Section 19 Section 19 Section 19				A TOTAL OF THE PARTY OF THE PAR					S 40 Sept 7 1		
P EGEST			2015			计操作		2016				
P EGEST vs			2015	Domin	Danis			2016	Dasvis	Daguia		
Control of the Contro	P	p		Desvio	Desvio	p	P		Desvio	Desvio		
vs	P EGEST	P Prevista	2015 PE s/lim	P EGEST vs	Desvio PE s/lim. vs PPrevista	P EGEST	P Prevista	2016 PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	PE s/lim. vs		
vs PPrevista vs	Action to the last of the last			P EGEST vs	PE s/lim. vs		AND THE RESERVE		P EGEST vs	PE s/lim. vs		
vs PPrevista vs PE sem limites	Action to the last of the last			P EGEST vs	PE s/lim. vs		AND THE RESERVE		P EGEST vs	PE s/lim. vs		
vs PPrevista vs PE sem limites Internamento e Ambulatório	EGEST	Prevista	PE s/lim	P EGEST vs PPrevista	PE s/lim. vs PPrevista 10%	EGEST	Prevista	PE s/lim	P EGEST vs PPrevista	PE s/lim. vs PPrevista		
vs PPrevista vs PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios	45.622	Prevista 37.357	PE s/lim	P EGEST vs PPrevista 22%	PE s/lim. vs PPrevista 10%	43.217	Prevista 37.859	PE s/lim	P EGEST vs PPrevista 14%	PE s/lim. vs PPrevista 10%		
vs PPrevista vs PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento	45.622 22.565	37.357 18.678	PE s/lim 41.017 20.349	P EGEST vs PPrevista 22% 21%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9%	43.217 21.599	37.859 18.422	PE s/lim	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9%		
vs PPrevista vs PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Internamento Ambulatório Doentes equivalentes Internamento	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917	37.357 18.678 18.679	PE s/lim 41.017 20.349 20.668	P EGEST vs PPrevista 22% 21% 23% 22% 20%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% 17%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9%		
vs PPrevista vs PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Internamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório Ambulatório	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668	P EGEST vs PPrevista 22% 21% 23% 22% 20% 23%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 9% 11% 10%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% 17% 11%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9% 11%		
vs PPrevista vs PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Internamento Ambulatório Doentes equivalentes Internamento Ambulatório ICM global	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885	P EGEST vs PPrevista 22% 21% 23% 22% 20%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% 17%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9%		
vs PPrevista vs PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Internamento Ambulatório Doentes equivalentes Internamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726	P EGEST vs PPrevista 22% 21% 23% 22% 20% 23%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 9% 11% 10%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% 17% 11% -5%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 9% 11% -2%		
VS PPrevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668	P EGEST vs PPrevista 22% 21% 23% 22% 20% 23%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 9% 11% 10%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% 17% 11%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 9% 11% -2%		
PPrevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726	P EGEST vs PPrevista 22% 21% 23% 22% 20% 23% 2%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 10%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% 17% -5%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9% 21%		
PPrevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639	P EGEST vs PPrevista 22% 21% 23% 22% 20% 2% -2%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% 17% -5% -43%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9% 21% 22%		
PPrevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas Consultas subsequentes	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639 87.316 195.905	P EGEST vs PPrevista 22% 21% 23% 22% 20% 23% 2% 10% 10%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4% 7%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528 90.805 181.610	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323 92.714 187.354	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% 17% -43% -43% 11%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% -2% 21% 2% 3%		
PPrevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas Consultas subsequentes N.º de consultas	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639	P EGEST vs PPrevista 22% 21% 23% 22% 20% 2% -2%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4% 7%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% 17% -5% -43%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9% 21% 22% 3%		
PPrevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas Consultas subsequentes N.º de consultas Urgência	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941 100.477 200.946 301.423	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038 91.332 182.585 273.917	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639 87.316 195.905 283.221	22% Prevista 22% 21% 23% 22% 22% 20% 20% 10% 10%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4% 7% 3%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843 100.848 201.573 302.421	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528 90.805 181.610 272.415	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323 92.714 187.354 280.068	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 11% -5% -43% 11% 11%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% -2% 21% 22% 33% 33%		
PPrevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas Consulta subsequentes N.º de consultas Urgência 1.º Escalão	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941 100.477 200.946 301.423	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038 91.332 182.585 273.917	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639 87.316 195.905 283.221 74.165	P EGEST VS PPrevista 22% 23% 22% 23% 22% 10% 10% 10% 10%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4% 7% 3% 0%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843 100.848 201.573 302.421	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528 90.805 181.610 272.415	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323 92.714 187.354 280.068	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 17% 11% -5% -43% 11% 11% 11%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% -2% 21% 22% 3% 3% 3% 0%		
PPrevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas Consulta subsequentes N.º de consultas Urgência 1.º Escalão 2.º Escalão	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941 100.477 200.946 301.423	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038 91.332 182.585 273.917 74.165 0	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639 87.316 195.905 283.221 74.165 3.958	22% Prevista 22% 21% 23% 22% 20% 23% 20% 10% 10% 10% 10% 0%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4% 7% 3% 0% 100%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843 100.848 201.573 302.421	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528 90.805 181.610 272.415	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323 92.714 187.354 280.068 80.774 2.245	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 11% -5% -43% 11% 11% 11% 0%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9% 21% 22% 33% 3% 3% 10%		
PPrevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas Consulta Externa Primeiras consultas Urgência 1.º Escalão 2.º Escalão Atendimentos verdes e azuis	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941 100.477 200.946 301.423 75.963 0 99.933	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038 91.332 182.585 273.917 74.165 0 92.878	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639 87.316 195.905 283.221 74.165 3.958 105.360	P EGEST vs PPrevista 22% 21% 23% 22% 20% 23% 2% 10% 10% 10% 8%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4% 7% 3% 0% 100% 13%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843 100.848 201.573 302.421 79.671 0 103.330	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528 90.805 181.610 272.415 80.774 0 77.274	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323 92.714 187.354 280.068 80.774 2.245 110.193	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 11% -5% -43% 11% 11% 11% 0% 34%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9% 21% 22% 3% 3% 100% 43%		
Prevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas Consultas subsequentes N.º de consultas Urgência 1.º Escalão 2.º Escalão Atendimentos verdes e azuis N.º de atendimentos	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941 100.477 200.946 301.423	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038 91.332 182.585 273.917 74.165 0	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639 87.316 195.905 283.221 74.165 3.958	22% Prevista 22% 21% 23% 22% 20% 23% 20% 10% 10% 10% 10% 0%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4% 7% 3% 0% 100% 13%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843 100.848 201.573 302.421 79.671 0 103.330	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528 90.805 181.610 272.415	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323 92.714 187.354 280.068 80.774 2.245	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 11% -5% -43% 11% 11% 11% 0%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 9% 21% 22% 3% 3% 100% 43%		
Prevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas Consulta subsequentes N.º de consultas Urgência 1.º Escalão 2.º Escalão Atendimentos verdes e azuis N.º de atendimentos Hospital de Dia	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941 100.477 200.946 301.423 75.963 0 99.933 175.896	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038 91.332 182.585 273.917 74.165 0 92.878 167.043	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639 87.316 195.905 283.221 74.165 3.958 105.360 183.483	P EGEST VS PPrevista 22% 21% 21% 22% 20% 23% 2% 10% 10% 10% 5%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4% 7% 3% 0% 100% 13% 10%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843 100.848 201.573 302.421 79.671 0 103.330 183.001	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528 90.805 181.610 272.415 80.774 0 77.274 158.048	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323 92.714 187.354 280.068 80.774 2.245 110.193 193.212	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% -5% -43% 11% -1% 0% 34% 16%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 9% 11% -2% 21% 2% 3% 3% 0% 100% 43% 22%		
PPrevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Internamento Ambulatório Doentes equivalentes Internamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas Consultas subsequentes N.º de consultas Urgência 1.º Escalão 2.º Escalão Atendimentos verdes e azuis N.º de atendimentos Hospital de Dia Psiquiatria	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941 100.477 200.946 301.423 75.963 0 99.933 175.896	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038 91.332 182.585 273.917 74.165 0 92.878 167.043	### PE s/lim 41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639 87.316 195.905 283.221 74.165 3.958 105.360 183.483 5.002	P EGEST VS PPrevista 22% 21% 21% 22% 20% 20% 10% 10% 10% 5%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4% 7% 3% 100% 13% 10%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843 100.848 201.573 302.421 79.671 0 103.330 183.001	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528 90.805 181.610 272.415 80.774 0 77.274 158.048	PE s/lim 41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323 92.714 187.354 280.068 80.774 2.245 110.193 193.212 4.675	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% -5% -43% 11% -1% 0% 34% 16%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 9% 11% -2% 21% 2% 3% 3% 10% 43% 22%		
Prevista VS PE sem limites Internamento e Ambulatório N.º de episódios Intemamento Ambulatório Doentes equivalentes Intemamento Ambulatório ICM global Internamento RNCCI N.º de dias Consulta Externa Primeiras consultas Consulta subsequentes N.º de consultas Urgência 1.º Escalão 2.º Escalão Atendimentos verdes e azuis N.º de atendimentos Hospital de Dia	45.622 22.565 23.057 44.974 21.917 23.057 0,679 4.941 100.477 200.946 301.423 75.963 0 99.933 175.896	37.357 18.678 18.679 36.880 18.201 18.679 0,662 5.038 91.332 182.585 273.917 74.165 0 92.878 167.043	41.017 20.349 20.668 40.553 19.885 20.668 0,726 5.639 87.316 195.905 283.221 74.165 3.958 105.360 183.483	P EGEST VS PPrevista 22% 21% 21% 22% 20% 23% 2% 10% 10% 10% 5%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 10% 10% 12% -4% 7% 3% 0% 100% 13% 10% 9% 20%	43.217 21.599 21.618 42.600 20.982 21.618 0,682 4.843 100.848 201.573 302.421 79.671 0 103.330 183.001 5.588 12.373	37.859 18.422 19.437 37.380 17.943 19.437 0,720 8.528 90.805 181.610 272.415 80.774 0 77.274 158.048	41.642 20.072 21.570 41.106 19.536 21.570 0,703 10.323 92.714 187.354 280.068 80.774 2.245 110.193 193.212	P EGEST vs PPrevista 14% 17% 11% 14% -5% -43% 11% -1% 0% 34% 16%	PE s/lim. vs PPrevista 10% 9% 11% 9% 11% -2% 21% 2% 3% 3% 10% 43% 22% -1% 16%		

Página **73** de **331**

KSW

P EGEST	2017								
vs PPrevista vs PE sem limites	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	vs	Desvio PE s/lim. vs PPrevista				
Internamento e Ambulatório									
N.º de episódios	40.553	38.859	41.860	4%	8%				
Internamento	19.024	18.603	20.191	2%	9%				
Ambulatório	21.529	20.256	21.669	6%	7%				
Doentes equivalentes	39.921	38.380	41.337	4%	8%				
Internamento	18.392	18.123	19.668	1%	9%				
Ambulatório	21.529	20.257	21.669	6%	7%				
ICM global	0,699	0,715	0,715	-2%	0%				
Internamento RNCCI									
N.º de dias	10.480	10.480	8.957	0%	-15%				
Consulta Externa			***************************************						
Primeiras consultas	90.805	90.805	90.531	0%	0%				
Consultas subsequentes	181.610	181.610	183.244	0%	1%				
N.º de consultas	272.415	272.415	273.775	0%	0%				
Urgência									
1.º Escalão	80.774	80.774	80.774	0%	0%				
2.º Escalão	0	0	1.418	0%	100%				
Atendimentos verdes e azuis	77.274	94.160	107.363	-18%	14%				
N.º de atendimentos	158.048	174.934	189.555	-10%	8%				
Hospital de Dia									
Psiquiatria	4.743	4.743	4.900	0%	3%				
Outras sessões	10.636	9.000	9.975	18%	11%				
N.º de sessões	15.379	13.743	14.875	12%	8%				

Notas: Os valores apresentados relativamente (i) à produção prevista refletem a produção que foi acordada em cada um dos anos pelas partes e (ii) à produção sem limites refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT³⁷.

Da análise dos referidos quadros é possível concluir que entre 2013 e 2017 (i) a produção proposta pela EGEST apresentou-se quase sempre acima da produção efetivamente contratada (produção prevista) na generalidade das linhas de produção, o que naturalmente se compreende, seja porque o processo de determinação da produção prevista é um processo negocial, seja porque em alguns anos 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 diminuindo ao longo do período, ainda que tenham sido relativamente significativas, e (iii) em termos globais, a produção efetiva sem limites ficou tendencialmente acima da produção prevista.

Página 74 de 331

Os relatórios de reconciliação produzidos em março de 2019 foram-no na sequência da abertura dos processos de reconciliação relativos aos anos de 2012, 2013, 2014, 2015 e 2017, após processo de mediação despoletado pela EGEST, por diferendos entre as partes, na metodologia de validação dos atos que configuram Produção Efetiva.

80. Analisando a evolução da taxa de crescimento anual da produção prevista por comparação com a taxa de crescimento anual da produção efetiva, por áreas de atividade, conclui-se, da leitura do gráfico seguinte, e no que ao internamento diz respeito, que à exceção do verificado em 2015, a evolução da produção efetiva sem limites acompanhou, em larga medida, a evolução da produção prevista, tendo toda a produção efetiva realizada sido acomodada dentro dos primeiro e segundo escalões de produção previstos contratualmente para a área do internamento, e, consequentemente, toda a produção efetiva foi remunerada.

Gráfico 1 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em internamento, entre 2013 e 2017



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST.

Da mesma forma, e tal como se constata a partir do gráfico seguinte, também na área do <u>ambulatório</u> o crescimento da produção efetiva foi idêntico ao da produção prevista na generalidade do período analisado, exceto em 2014, ano em que o crescimento da produção efetiva superou de forma relativamente significativa o crescimento da produção prevista, constatando-se, no entanto, que neste ano, à semelhança do observado nos restantes, não existiram doentes equivalentes não remunerados, na medida em que toda a produção foi também acomodada nos primeiro e segundo escalões, tendo assim toda a produção realizada sido efetivamente remunerada.

Página 75 de 331

Gráfico 2 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em ambulatório, entre 2013 e 2017



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

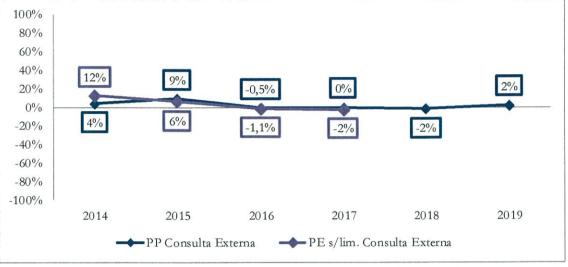
Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST.

Na área da consulta externa, constata-se que, à semelhança do observado ao nível do ambulatório, o crescimento da produção efetiva foi praticamente idêntico ao da produção prevista ao longo da generalidade do período analisado, exceto no ano de 2014, em que o crescimento da produção efetiva superou o crescimento da produção prevista de forma significativa, verificando-se, desde então, a existência de produção não remunerada (em virtude de a produção efetiva ter sempre ultrapassado os limites à produção efetiva, impostos para efeitos da remuneração, *cfr.* melhor detalhado no capítulo 3.1.6.2. do presente Relatório).

Página 76 de 331

Gráfico 3 – Taxas de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em consulta externa, entre 2013 e 2017

Valores subjacentes em número de consultas



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST.

No caso do <u>hospital de dia</u>, constata-se não ter existido uma tendência uniforme da evolução das taxas de crescimento da produção prevista e da produção efetiva, sendo que, sem prejuízo da divergência verificada, as mesmas foram sempre positivas. Em 2014, devido ao facto de a produção prevista ter registado um crescimento significativamente superior ao registado pela produção efetiva, esta última foi integralmente remunerada, situação que não se verificou de 2015 em diante, com a existência de sessões não remuneradas (dado terem sido ultrapassados os limites à produção efetiva para efeitos da remuneração previstos contratualmente, *cfr.* melhor detalhado no capítulo 3.1.6.2. do presente Relatório).

Página 77 de 331

Gráfico 4 – Taxas de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em hospital de dia, entre 2013 e 2017

Valores subjacentes em número de sessões 100% 80% 60% 23% 40% 18% 7% 3% 20% 0% 17% 2% -20% -40% -60% -80% -100% 2014 2015 2016 2017 2018 2019 PP Hospital de Dia →PE s/lim. Hospital de Dia

Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST.

81. Relativamente à **produção efetiva**, como referido, o Contrato de Gestão prevê a aplicação de limites (*cfr.* capítulo 3.1.6.2. do presente Relatório) à produção 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 não ser remunerada. Com efeito, de acordo com os dados do quadro seguinte, e como mencionado anteriormente, verifica-se que, ao longo do período analisado, nas áreas da consulta externa (sobretudo no caso das consultas subsequentes) e do hospital de dia (sobretudo no caso das outras sessões, mas também nas de psiquiatria) verificou-se a existência de produção efetiva acima dos limites relativos à remuneração e, consequentemente, a existência de produção não remunerada.

Página 78 de 331

Quadro 8 - Proporção da produção efetiva com limites na produção efetiva sem limites, entre 2013 e 2017

Valores subjacentes nas unidades de produção aplicáveis

PE com limites / PE sem limites	2013	2014	2015	2016	2017
Internamento e Ambulatório					
Doentes equivalentes (Int e Amb.)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
ICM global	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Internamento RNCCI					
N.º de dias	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Consulta Externa					
N.º de consultas	100,0%	93,6%	97,2%	97,3%	99,5%
Urgência					
N.º de atendimentos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Hospital de Dia		***************************************	***************************************		
N.º de sessões	75,7%	100,0%	87,0%	91,2%	92,4%

Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores considerados relativamente à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

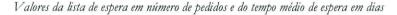
Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

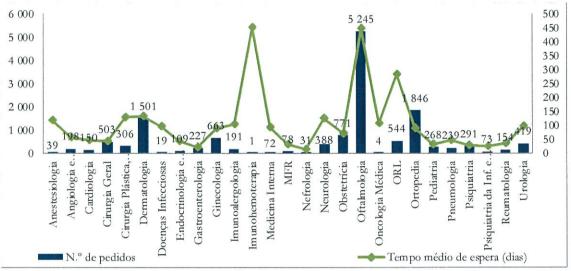
Quanto à questão das diferenças entre a produção efetiva com limites e a produção efetiva sem limites no caso das consultas externas, cumpre sublinhar que, não obstante a EPC ter contratado, entre 2013 e 2015, um nível crescente de primeiras consultas e de consultas subsequentes, a produção efetiva da EGEST superou, ainda assim, a produção prevista para 2014 e 2015. Em 2016 verificou-se uma ligeira redução do número de ambos os tipos de consultas contratadas, tendo o mesmo apresentado uma manutenção em 2017. Apesar de nestes dois anos ter também superado a produção prevista, a produção efetiva realizada pelo parceiro privado apresentou uma redução, sobretudo ao nível das consultas subsequentes, que diminuíram em ambos os exercícios. Com efeito, apesar de em 2016 a produção prevista de primeiras consultas ter diminuído, a produção efetiva do parceiro privado aumentou, ao contrário do observado em 2017, em que o número de primeiras consultas efetivamente realizadas diminuiu, o que poderá justificar que no final de 2017 existissem determinadas especialidades (cfr. se verifica no gráfico seguinte38) que, para a primeira consulta, apresentavam elevados tempos médios de espera e número de pedidos em lista de espera, com destaque para a especialidade de oftalmologia. Não obstante, assistiu-se em 2018 a uma redução da contratação de consultas externas, tanto de primeiras como de

Página 79 de 331 Faz-se notar que o gráfico em apreco retrata apenas os pedidos de primeira consulta de origem externa, proveniente da referenciação vinda dos cuidados de saúde primários, o que, no Hospital de Loures, representa menos de 20% da lista de espera total do Hospital.

subsequentes, tendo-se verificado em 2019 um ligeiro aumento da contratação, para níveis idênticos aos de 2017.

Gráfico 5 – Lista de espera para primeira consulta e tempo médio de espera para primeira consulta, por especialidade, no final de 2017





Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT³⁹.

Com efeito, de acordo com o gráfico seguinte, é possível verificar que a especialidade de oftalmologia corresponde àquela em que se verificou (em 2017) o maior número de consultas realizadas fora do Tempo Máximo de Resposta Garantido ("TMRG") ⁴⁰, constatando-se que apenas pouco mais de 20% das primeiras consultas desta especialidade foram realizadas em cumprimento do mesmo.

Página 80 de 331

Relativamente aos dados da lista de espera para primeira consulta externa, monitorizada no SNS através do sistema ADW-CTH, desde o início da parceria que subsistem problemas de integração de dados entre o sistema de informação do Hospital de Loures e o referido sistema. Estes problemas de integração impedem a operação, por parte do Hospital, de ações como, a título de exemplo, o simples cancelamento de consultas por não comparência do utente, o que resulta, caso os dados sejam extraídos do ADW-CTH, num número elevado de consultas que mais não são do que erros. Sem prejuízo das inúmeras interações entre o Hospital e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde ("SPMS"), nas quais a ARSLVT esteve presente desde sempre, o problema nunca foi sanado de forma definitiva, carecendo de intervenção manual dos SPMS para regularizar os pedidos identificados pelo Hospital. Assim, os dados apresentados resultam da revisão, pelo Hospital de Loures, da lista de espera externa e não da lista de espera extraída do ADW-CTH.

Definido pela Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que estabelece como tempos máximos de resposta admissíveis para a realização de primeira consulta, consoante o grau de prioridade do pedido seja muito prioritário, prioritário ou normal, respetivamente, 30, 60 ou 150 dias, o último vigente até 31 de dezembro de 2017, data a partir da qual o TMRG admissível para a realização de primeira consulta com prioridade normal passou a ser de 120 dias seguidos contados a partir do registo do pedido da consulta.

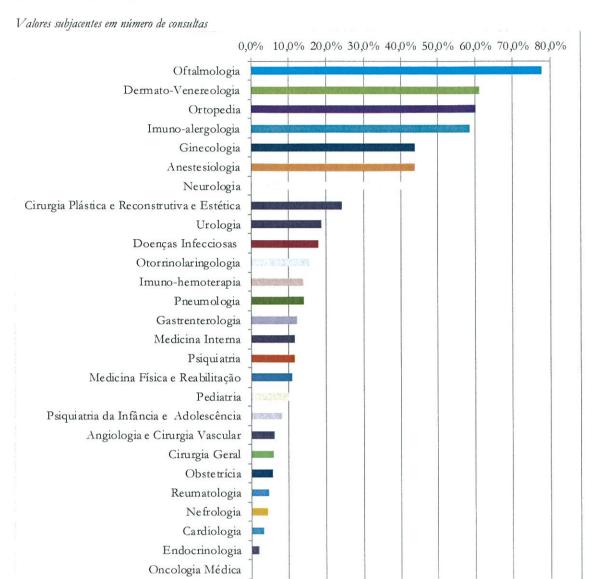
Embora a EGEST tenha superado os valores de produção prevista nesta linha de atividade em quase todos os anos analisados, existiam ainda muitas outras especialidades cujos tempos médios de espera verificados em 2017 superavam o TMRG, mesmo considerando o valor máximo de 150 dias relativo às consultas de prioridade normal.

Adicionalmente, comparativamente com os hospitais do grupo de referência considerado pela Equipa de Projeto, o Hospital de Loures apresentava, no final de 2017, uma lista de espera para primeira consulta superior à da média dos referidos hospitais, *cfr.* Gráfico 89. Importa, no entanto, ressalvar que, devido à inclusão de hospitais com diferentes dimensões nesta análise, a comparação de valores absolutos efetuada deve ser encarada com algumas reservas.

Página 81 de 331

B

Gráfico 6 – Percentagem de consultas realizadas fora do tempo máximo de resposta garantido, por especialidade, em 2017

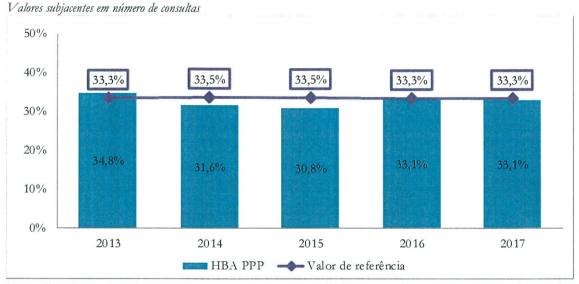


Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT39.

No que diz respeito ao peso das primeiras consultas no total das consultas externas verifica-se, no gráfico seguinte, que o mesmo registou uma tendência relativamente estável entre 2013 e 2017, tendo-se situado o mesmo ligeiramente abaixo do valor de referência estabelecido pelo parceiro público nos últimos quatro anos em análise, salientando-se, no entanto, que neste período, tanto a produção efetiva de primeiras consultas como a de consultas subsequentes superou a contratada (exceto em 2015 e em 2017, anos em que a produção efetiva de primeiras consultas ficou aquém da prevista).

Página 82 de 331

Gráfico 7 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas, entre 2013 e 2017



Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados em cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação do respetivo parâmetro de desempenho.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

82. No que concerne à produção efetiva elegível sem limites, relativamente à qual são posteriormente aplicados os limites de produção contratualmente previstos para efeitos de cálculo da remuneração base anual da EGEST, importa referir que a mesma não coincide necessariamente com os valores de produção efetiva reportados pelo parceiro privado, uma vez que esses valores são, no contexto do processo de reconciliação, submetidos a um processo de verificação por parte da EPC, procedendo esta à realização de expurgos, que correspondem a episódios não elegíveis e que, portanto, não são considerados na produção efetiva apurada pelo parceiro privado 41, quer para efeitos de remuneração, quer para confronto da produção efetiva com os respetivos limites contratuais.

No quadro seguinte, apresentam-se os valores da produção efetiva tal como reportada pela EGEST (designadamente no que respeita à elegibilidade da produção por este considerada), e a repartição da mesma efetuada pela EPC entre produção elegível e produção não elegível relativamente aos anos de 2013 e de 2015, correspondendo os valores da produção efetiva sem limites apresentados para 2016 aos apurados pelo parceiro privado, em processo de validação pela EPC. Como se pode constatar, quando existentes, os expurgos

Página 83 de 331

K5 /

Note-se que o próprio parceiro privado procede a uma repartição da sua produção entre produção elegível e produção não elegível.

realizados pela EPC são quase sempre superiores aos do parceiro privado, existindo alguns casos em que as diferenças existentes são relativamente significativas.

Quadro 9 – Produção efetiva reportada pela EGEST e produção efetiva sem limites, entre 2013 e 2017

Valores nas unidades de produção aplicáveis

是国际特别的		2013			2014			2015		2016			2017		
PE EGEST vs PE sem limites	PE EGEST	PE s/lim	Desvio PE s/lim vs PE EGEST	PE EGEST	PE s/lim	Desvio PE s/lim vs PE EGEST	PE EGEST	PE s/lim	Desvio PE s/lim vs PE EGEST	PE EGEST	PE s/lim	Desvio PE s/lim vs PE EGEST	PE EGEST	PE s/lim	Desvio PE s/lim vs PE EGEST
Internamento e Ambulatório															
N.º de episódios	37 155	37 155	0%	41 419	41 4 19	0%	42 865	42 865	0%	43 299	43 299	0%	43 704	43 704	0%
Elegível	37 096	36 022	-3%	39 927	39 512	-1%	41 542	41 017	-1%	41 642	41 642	0%	42 203	41 860	-1%
Não elegível	59	1 133	1820%	1 492	1 907	28%	1 323	1 848	40%	1 657	1 657	0%	1 501	1 844	23%
Doentes equivalentes															
Elegível	36 479	35 486	-3%	39 353	39 016	-1%	40 999	40 553	-1%	41 106	41 106	0%	41 620	41 337	-1%
Internamento RNCCI															
N.º de dias	2 971	2 971	0%	5 144	5 144	0%	5 644	5 644	0%	10 323	10 323	0%	9 026	9 030	0%
Elegível	2 788	2 971	7.%	5 144	4 748	-8%	5 644	5 639	0%	10 323	10 323	0%	9 026	8 957	-1%
Não elegível	183	0	-100%	0	396	n.a.	0	5	n.a.	0	0	n.a.	4	73	1725%
Consulta Externa															
N.º de consultas	243 172	243 172	0%	275 464	275 464	0%	291 142	291 142	0%	305 137	305 137	0%	301 131	301 131	0%
Elegível	242 373	239 218	-1%	272 381	268 272	-2%	287 513	283 221	-1%	280 068	280 068	0%	276 984	273 775	-1%
Não elegível	799	3 954	395%	3 083	7 192	133%	3 629	7 921	118%	25 069	25 069	0%	24 147	27 356	13%
Urgência															
N.º de atendimentos	186 018	186 018	0%	197 980	197 980	0%	200 358	200 358	0%	208 715	208 715	0%	205 580	205 580	0%
Elegível	172 141	171 309	0%	183 362	182 404	-1%	185 065	183 483	-1%	193 212	193 212	0%	191 061	189 555	-1%
Não elegível	13 877	14 709	6%	14 618	15 576	7%	15 293	16 875	10%	15 503	15 503	0%	14 519	16 025	10%
Hospital de Dia							313000000000000000000000000000000000000		Marca 10000 A M 2000 E O			2002/02/03/2			
N.º de sessões	9 302	9 302	0%	10 718	10 718	0%	13 551	13 551	0%	14 561	14 561	0%	15 106	15 106	0%
Elegível	9 302	8 999	-3%	10718	10 500	-2%	13 548	12 435	-8%	14 545	14 545	0%	15 018	14 875	-1%
Não elegível	0	303	0%	0	218	. 0%	3	1 116	37100%	16	16	0%	88	231	163%

Notas: Os valores apresentados relativamente à produção sem limites refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

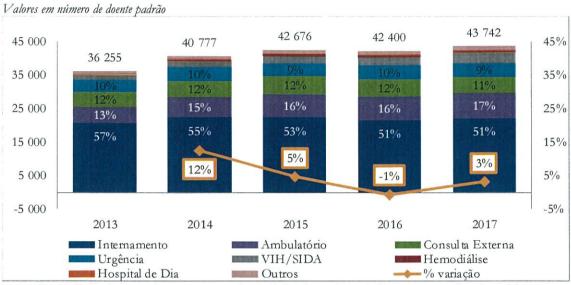
83. Uma vez analisada a produção prevista e a produção efetiva em termos globais, importa agora analisar a evolução da produção por áreas de atividade. Nesse sentido, e porque as unidades de medida da produção utilizadas nas diferentes áreas não são semelhantes entre si, calcularam-se, para cada ano do período de análise, os valores de doente padrão⁴², tendo por base a metodologia definida pela Equipa de Projeto (cfr. melhor descrito no capítulo 3.2.1.2.2. do presente Relatório), que permite comparar os valores do referido indicador dentro de uma série temporal.

Página 84 de 331

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

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

Gráfico 8 – Doente padrão desagregado por linha de produção (AP21) e respetiva taxa de variação face ao período homólogo, entre 2013 e 2017



Notas: O cálculo do doente padrão, no que se refere às linhas de produção de internamento e de ambulatório, teve por base a produção codificada em GDH, através do agrupador AP21, bem como o ICM desagregado por área de internamento, de ambulatório médico e de cirurgia de ambulatório, tendo para o efeito sido utilizada a base de dados de GDH's da ACSS, que não inclui as sessões de hemodiálise realizadas em ambulatório. Para as restantes linhas de atividade, foi considerada a produção efetiva da EGEST antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da respetiva remuneração.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

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

Tal como se constata, a partir do gráfico anterior, os valores de doente padrão do Hospital de Loures apresentaram uma tendência de crescimento ao longo do período analisado, exceto em 2016, em que se assistiu a uma ligeira redução. Para a evolução positiva registada entre 2013 e 2017 terão contribuído de forma mais expressiva o crescimento da produção efetiva observado na área de internamento em 2014 e 2017 e o crescimento da produção registado pela área de ambulatório em praticamente todo o período (áreas de atividade que em conjunto representam as mais onerosas do hospital), mas também o aumento registado pela generalidade das restantes linhas de produção entre 2013 e 2017.

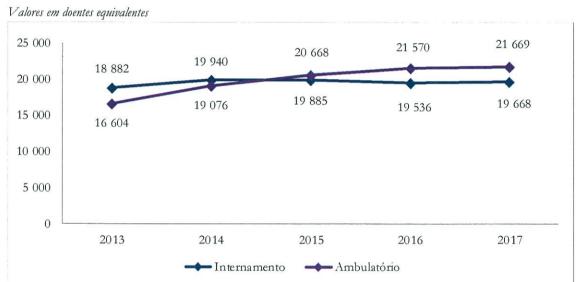
Com efeito, em termos globais, as áreas de atividade que ao longo do período analisado mais contribuíram para a tendência de aumento dos valores de doente padrão do Hospital

Página 85 de 331

de Loures foram as de internamento e ambulatório, não obstante a ligeira redução do conjunto dos seus pesos no total do doente padrão.

84. No que respeita à produção na área de internamento e ambulatório, o período analisado caracterizou-se por evoluções distintas, com a área de internamento a registar crescimentos apenas em 2014 e 2017, e a área de ambulatório a registar um crescimento ao longo de todo o período, tendo esta última passado a assumir maior expressão que a do internamento de 2015 em diante.

Gráfico 9 – Produção em internamento e em ambulatório, entre 2013 e 2017



Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

85. Em relação à urgência, importa referir o aumento contínuo do número de atendimentos ao longo do período analisado, sendo relevante relembrar que, ao contrário do que acontece nas demais áreas de atividade, apenas existe um limite ao número de atendimentos considerados para efeitos de remuneração no primeiro escalão, no que concerne aos atendimentos cuja prioridade corresponda às cores vermelho, laranja ou amarelo, não existindo qualquer limite à produção considerada para efeitos de remuneração no segundo escalão nem relativamente aos atendimentos cuja prioridade corresponda às cores verde ou azul.

Página 86 de 331

Valores em número de atendimentos 250 000 193 212 189 555 183 483 182 404 200 000 171 309 150 000 100 000 50 000 0 2013 2014 2015 2016 2017 N.º de atendimentos

Gráfico 10 - Produção em urgência, entre 2013 e 2017

Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada.

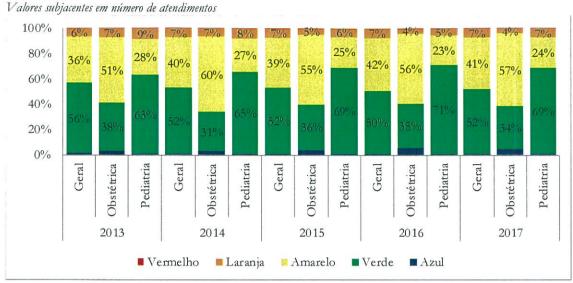
Com referência ao ano de 2016, o valor apresentado respeita a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

Relativamente à distribuição dos atendimentos em urgência do Hospital de Loures, ilustra-se seguidamente a respetiva produção, entre os anos de 2013 e 2017, de acordo com o sistema de triagem de Manchester, concluindo-se que os atendimentos cuja prioridade corresponde à cor verde representaram a maioria dos atendimentos de urgência, seguindose-lhe a cor amarelo em termos de representatividade.

Página 87 de 331

Gráfico 11 – Repartição do número de atendimentos em urgência, por tipo de urgência, tendo por base o sistema de triagem de Manchester, entre 2013 e 2017



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

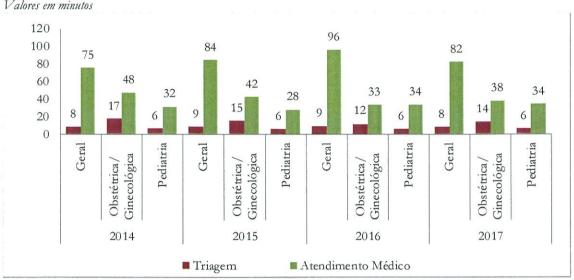
Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT.

O gráfico precedente tem por base a produção efetiva da EGEST, pelo que não traduz totalmente a distribuição por nível de prioridade efetivamente verificada para a totalidade dos episódios de urgência. Com efeito, a percentagem de episódios não elegíveis (que se verificam, na sua maior parte, por darem lugar a episódios de internamento) é mais elevada nos atendimentos com maior prioridade atribuída na triagem, pelo que o seu peso tende a diminuir na produção efetiva, com especial ênfase nas cores amarelo e laranja.

Tal como se constata no gráfico seguinte, o tempo médio de espera para atendimento em urgência, quer no que respeita ao tempo médio de espera para triagem, quer relativamente ao tempo médio de espera para observação médica, apresentou alguma volatilidade ao longo dos quatro anos analisados, destacando-se o facto de em 2016, ao nível do tempo médio de espera para observação médica na urgência geral, se ter registado o maior valor no período em análise, de 96 minutos.

Págiha 88 de 331

Gráfico 12 - Tempo médio de espera para atendimento em urgência, por tipo de urgência, entre 2014 e 2017 Valores em minutos

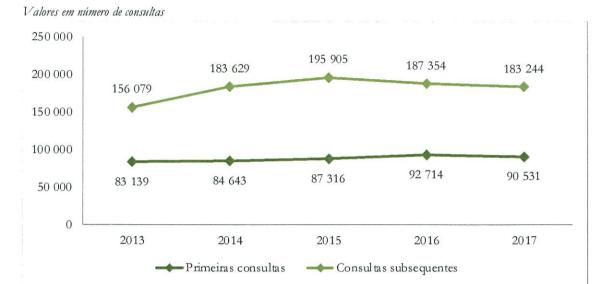


Fonte: Relatórios de avaliação de desempenho elaborados pela ARSLVT.

86. No caso da consulta externa, a evolução no período analisado foi em crescendo relativamente a ambos os tipos de consulta entre 2013 e 2015, tendo, em sentido contrário, a produção, no seu conjunto, evidenciado uma redução em 2016 e 2017, impulsionada pela diminuição das consultas subsequentes em ambos os anos e também pela diminuição das primeiras consultas em 2017, como se pode constatar de seguida.

Página 89 de 331

Gráfico 13 - Produção em consulta externa, entre 2013 e 2017



Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

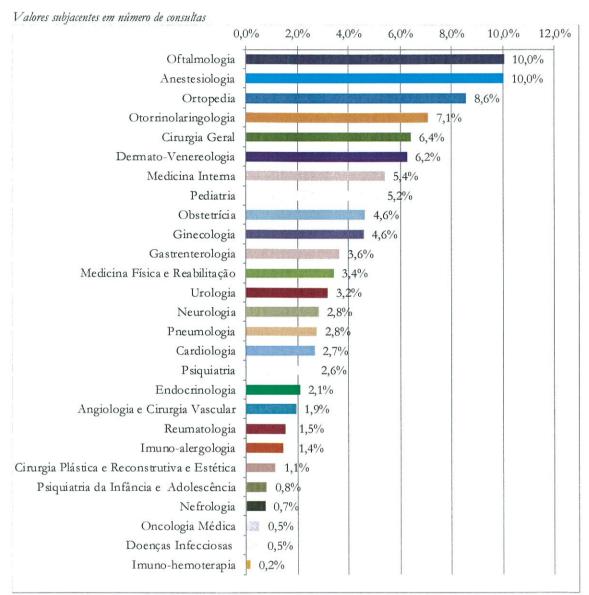
Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

<u>Fonte</u>: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 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 oftalmologia, anestesiologia, ortopedia, otorrinolaringologia e cirurgia geral, por corresponderem àquelas que representam maior peso no total das consultas.

áoina 90 de 331

Gráfico 14 – Repartição do número de primeiras consultas, por especialidade, em termos médios entre 2013 e 2017



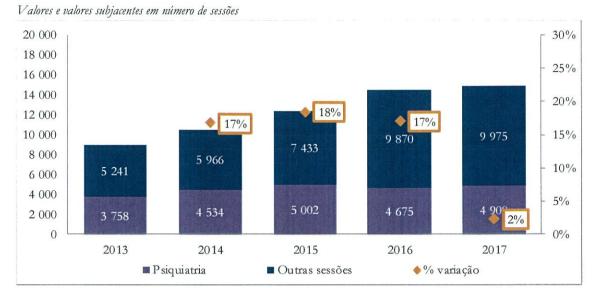
Notas: Os valores apresentados têm por base, com referência ao ano de 2016, dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT.

87. No que à área de hospital de dia diz respeito, o período analisado caracterizouse por uma tendência de crescimento em termos globais, sobretudo impulsionada pelas "outras sessões", que registaram um aumento superior ao das sessões de psiquiatria, incrementando assim o seu peso face ao total entre 2013 e 2017, como se pode constatar de seguida.

Página 91 de 331

Gráfico 15 – Produção em hospital de dia, por tipo de sessão, e respetiva taxa de crescimento, entre 2013 e 2017



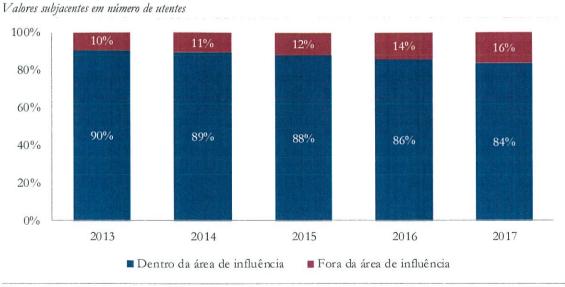
Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

88. Por fim, apresenta-se a repartição do número de utentes do Hospital de Loures entre aqueles que pertencem à área de influência e os que não pertencem.

Gráfico 16 – Repartição do número de utentes por área de influência, entre 2013 e 2017



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

Página 92 de 331

Remuneração

- 89. De acordo com o exposto no ponto 57 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 ambulatório, consulta externa, hospital de dia e urgência, ao internamento prolongado de doentes elegíveis para a RNCCI e ainda aos casos e atos específicos⁴³);
 - A remuneração pela disponibilidade do serviço de urgência;
 - Os ajustamentos, positivos ou negativos, calculados em função da prescrição de medicamentos pelo Hospital de Loures e adquiridos nas farmácias comunitárias; e
 - O valor das deduções a efetuar em virtude da ocorrência de falhas de desempenho.
 - 90. No quadro seguinte apresentam-se os encargos totais do parceiro público com o Hospital de Loures, no período compreendido entre 2013 e 2017, os quais incluem (i) o valor da remuneração base anual da EGEST, tendo por referência os valores de produção efetiva final disponíveis à data de realização da presente análise 44, deduzida do valor relativo aos terceiros pagadores, às taxas moderadoras e outros acertos, bem como (ii) o valor da remuneração relativa ao programa centralizado de financiamento da Hepatite C, entre 2015 e 2017, e ainda (iii) outros pagamentos e/ou deduções (onde se incluem, designadamente, os pagamentos relativos a medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar não associados a atos de produção realizados pelo estabelecimento hospitalar, as deduções por falhas de desempenho e as multas as últimas que, naturalmente, abatem ao valor a cargo do SNS).

Página **93** de **331**

⁴³ A inclusão de casos e atos específicos na produção efetiva está sujeita a aprovação da EPC, nos termos previstos contratualmente.

Hefira-se, a este respeito, que o fecho de contas de 2016 foi efetuado mediante a realização de um apuramento provisório, com base em dados de produção disponibilizados pela EGEST, em processo de validação pela EPC.

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

Quadro 10 - Remuneração anual da EGEST

Valores em milhares de euros

Remuneração da EGEST	2013	2014	2015	2016	2017
Internamento e Ambulatório	50 316	55 905	56 995	56 385	58 636
Internamento RNCCI	48	77	91	167	147
Consulta Externa	13 903	14 587	15 819	15 860	16 065
Urgência	13 760	14 915	14 852	15 854	15 823
Disponibilidade do Serviço de Urgência	2 812	1 864	2 816	2 854	2 891
Hospital de Dia	722	1 140	1 171	1 489	1 568
Casos e Atos Específicos	0	330	444	471	866
Ajustamento por produtos farmacêuticos	281	-395	-401	0	-39
Remuneração base anual da EGEst	81 843	88 422	91 787	93 081	95 958
Taxa de crescimento	0-1	8,000	3.800	1,700	3.100
Falhas específicas	-60	-19	-73	0	0
Falhas de resultado	-204	-645	-668	-1 030	0
Falhas de serviço	-162	-363	-1 268	-3 152	-1 080
Deduções	-426	-1027	-2008	-4182	-1080
Remuneração anual da EGEst	81 417	87 395	89 779	88 899	94 878
Parcela a cargo de terceiros pagadores	-751	-761	-829	-758	-839
Taxas moderadoras	-2 879	-3 193	-3 267	-2 721	-2 534
Partilha de receita devida por terceiros pagadores	-24	-24	-24	-24	-41
Parcela a cargo do SNS	77 763	83 416	85 659	85 396	91 464
Duodécimo	66 432	68 933	71 026	76 009	78 771
Valor de reconciliação	11 331	14 483	14 633	9 387	12 692
Outros	212	72	833	1 620	1 135
Remuneração total da EGEst	77 975	83 488	86 492	87 016	92 598

Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

Note-se que a remuneração que se apresenta no quadro anterior tem por base os valores da produção efetiva ⁴⁵ do Hospital de Loures, depois de aplicados os limites

ente.
Página 94 de 331

A rubrica "Outros" respeita, na sua maioria, aos pagamentos efetuados pela EPC à EGEST relativamente: (i) a medicamentos biológicos cedidos em farmácia hospitalar; e (ii) ao programa de financiamento centralizado para a hepatite C crónica. Em 2015, a estes pagamentos foram deduzidos os valores das multas aplicadas pela EPC à EGEST, *fr.* ponto 125 do Relatório.

⁴⁵ Os quais, relativamente a 2016, poderão ainda ser objeto de revisão, como referido anteriormente.

contratualmente aplicáveis para efeitos de determinação da remuneração, para cada um dos escalões de produção (cfr. quadro seguinte).

Quadro 11 - Produção efetiva após aplicação dos limites contratuais

Unidade de produção aplicável

Produce a Efficient		CAGR				
Produção Efetiva	2013	2014	2015	2016	2017	2013-2017
Internamento e Ambulatório						E Made Parket
N.º de episódios	36 022	39 512	41 017	41 642	41 860	3,8%
Internamento	19 418	20 436	20 349	20 072	20 191	1,0%
Ambulatório	16 604	19 076	20 668	21 570	21 669	6,9%
Doentes equivalentes	35 486	39 016	40 553	41 106	41 337	3,9%
Internamento	18 882	19 940	19 885	19 536	19 668	1,0%
Ambulatório	16 604	19 076	20 668	21 570	21 669	6,9%
ICM global	0,721	0,732	0,726	0,703	0,715	-0,2%
Internamento RNCCI						
N.º de dias	2 971	4 748	5 639	10 323	8 957	31,8%
Consulta Externa						
Primeiras consultas	83 139	84 056	87 316	90 805	90 531	2,2%
Consultas subsequentes	156 079	167 148	188 066	181 610	181 984	3,9%
N.º de consultas	239 218	251 204	275 382	272 415	272 515	3,3%
Urgência						
1.º Escalão	62 346	69 719	74 165	80 774	80 774	6,7%
2.º Escalão	9 560	10 798	3 958	2 245	1 418	-37,9%
Atendimentos verdes e azuis	99 403	101 887	105 360	110 193	107 363	1,9%
N.º de atendimentos	171 309	182 404	183 483	193 212	189 555	2,6%
Hospital de Dia						
Psiquiatria	3 365	4 534	4 606	4 675	4 7 4 3	9,0%
Outras sessões	3 451	5 966	6 209	8 587	9 000	27,1%
N.º de sessões	6 816	10 500	10 815	13 262	13 743	19,2%

Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

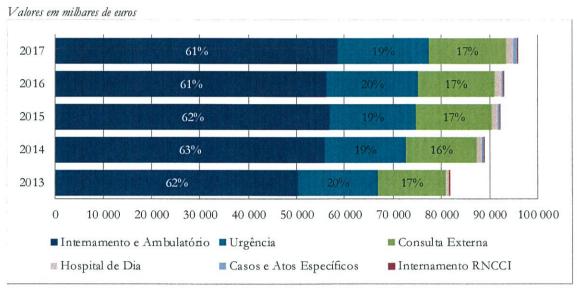
91. De seguida representa-se graficamente a evolução da remuneração base anual da EGEST ⁴⁶ por linha de produção. Em termos contributivos, destaca-se a área de internamento e ambulatório como aquela que mais contribuiu para o aumento da remuneração verificada entre 2013 e 2017, tendo a mesma representado cerca de 59% do

Página 95 de 331

⁴⁶ Que, recorde-se, não inclui o programa específico de financiamento da Hepatite C.

total desse aumento, seguindo-se-lhe a urgência (cujo pagamento pela disponibilidade do respetivo serviço relativo a 2014 foi prejudicado pela aplicação de deduções por indisponibilidade de montante relativamente significativo⁴⁷) e a consulta externa, com um peso de cerca de 15%, cada.

Gráfico 17 – Repartição da remuneração base anual, por área de atividade, entre 2013 e 2017



Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

<u>Fonte</u>: Dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Em 2017, a remuneração base anual da EGEST (antes da aplicação de deduções por falhas de desempenho) ascendeu a cerca de 96,0 milhões de euros, representando a linha de produção de internamento e ambulatório um peso de 61% do total, seguida da consulta externa (com 17%) e da urgência (com 16%).

Efetuando a desagregação da evolução da remuneração base anual, no período compreendido entre 2013 e 2017, em termos de efeitos de preço, quantidade e ICM, concluise que o crescimento da remuneração resulta, em primeira instância, do aumento da

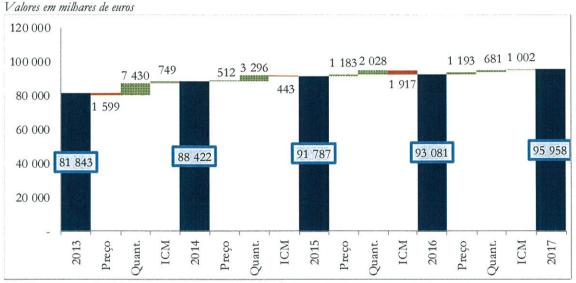
de 331

agina **96** de **331**

⁴⁷ Deduções resultantes na sua quase totalidade da verificação de sessões indisponíveis por incumprimento dos tempos de espera até primeiro atendimento médico após triagem de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester.

produção, seguindo-se o efeito decorrente do fator preço⁴⁸, sendo que a complexidade média da produção de internamento e ambulatório conduziu a uma redução da remuneração em 2015 e em 2016, face aos anos imediatamente anteriores, na sequência da diminuição dos ICM de internamento médico e de cirurgia de ambulatório registada, respetivamente, em ambos os exercícios e em 2016.

Gráfico 18 – Evolução da remuneração base anual, desagregada pelos efeitos de preço, quantidade e ICM, entre 2013 e 2017



Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Equipa de Projeto, com base em dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

No gráfico seguinte apresenta-se a desagregação do valor total da remuneração acumulada no período entre 2013 e 2017. Do total de 427,0 milhões de euros auferidos pelo parceiro privado neste período, conclui-se que cerca de 65% foi referente à área de internamento e ambulatório, seguindo-se, por ordem de importância, a remuneração relativa à consulta externa e à urgência.

Página 97 de 331

Note-se que em 2014 o efeito negativo decorrente do fator preço se encontra influenciado, para além da evolução (negativa) registada pela inflação, (i) pela realização de um ajustamento em função da prescrição de medicamentos pelo Hospital de Loures e adquiridos nas farmácias comunitárias, que em 2014, ao contrário do verificado em 2013, foi negativo, e (ii) pela aplicação de deduções por indisponibilidade do serviço de urgência de valor significativo. Por sua vez, em 2015 o efeito positivo decorrente do fator preço reflete exclusivamente o facto de neste exercício as deduções por indisponibilidade do serviço de urgência terem sido de montante substancialmente inferior ao registado em 2014, já que em 2015 os preços tornaram a ser negativamente influenciados pela evolução registada pela inflação (negativa).

Cumpre mencionar que o montante total pago pela EPC ao parceiro privado se encontra deduzido do valor a cargo dos terceiros pagadores e dos utentes, que ascendeu, no período analisado, a cerca de 18,5 milhões de euros, representando cerca de 4% da remuneração base anual da EGEST (após as deduções de falhas específicas, de serviço e de resultado).

Valores em milhares de euros 88 441 6 091 2 112 500 000 3 872 450 000 8 723 3 93814 595 554 400 000 138 350 000 529 300 000 250 000 451 091 423 698 427 570 200 000 150 000 278 238 100 000 50 000 Parcela a cargo do SNS Inter. e Amb. Externa Remuneração Outros Remuneração Inter. RNCCI Consul ta Ajustamento por produtos Deduções Urgência pagadores Taxas moderadoras Casos e Atos Específicos Hospital de Di base anual farmacêuticos

Gráfico 19 - Evolução da remuneração total acumulada, entre 2013 e 2017

Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Equipa de Projeto, com base em dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

92. No caso da área de internamento e ambulatório, a remuneração do parceiro privado é calculada tendo por base (i) o volume de produção, medida em doente equivalente, (ii) a relatividade do Hospital de Loures face aos demais, em termos da complexidade da sua casuística, medida pelo ICM (sendo considerado, para efeitos de apuramento da remuneração o ICM desagregado por atividade de internamento médico, internamento cirúrgico, ambulatório médico e cirurgia de ambulatório), e ainda (iii) os preços unitários contratualmente estabelecidos, devidamente atualizados pela taxa de inflação, nos termos contratualmente previstos.

ágina 98 de 331

A atividade de internamento e ambulatório é classificada em GDH, através do agrupador na versão All Patient DRG 21 ("AP21")⁴⁹. Os episódios de internamento médico e de internamento cirúrgico 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 GDH⁵⁰. 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.

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

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

- Entre 2013 e 2015, não obstante o efeito decorrente da inflação (negativa), verificou-se um aumento da remuneração da área de internamento e ambulatório (cfr. gráficos seguintes), permitida, não só pelo aumento da demora média e da complexidade registadas na área de internamento, como também, e sobretudo, pelo aumento do número de episódios verificado no ambulatório (cfr. Quadro 11);
- Em sentido contrário, em 2016 o valor da remuneração desta área de atividade registou uma ligeira redução, dado que, não obstante a atualização dos preços pela inflação ter tido um impacto positivo e o número de episódios de ambulatório ter tornado a registar um aumento, assistiu-se a uma ligeira redução do número de episódios de internamento, a par de uma diminuição do rácio de doente equivalente por episódio e, simultaneamente, do ICM de internamento;

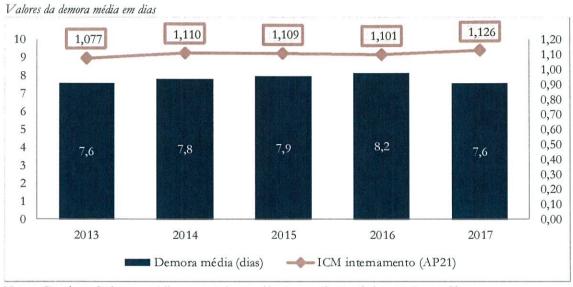
e

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

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

 Em 2017, a remuneração da área de internamento e de ambulatório registou uma recuperação, em virtude da conjugação dos efeitos positivos resultantes do aumento do ICM do internamento, da atualização dos preços e do ligeiro aumento do número de episódios, quer de internamento, quer de ambulatório.

Gráfico 20 - Demora média e ICM do internamento (AP21), entre 2013 e 2017



Notas: Os valores da demora média apresentados consideram a produção relativa a recém-nascidos.

Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

<u>Fonte</u>: Equipa de Projeto, com base em dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

100 de 331

Valores em milhares de euros 70 000 58 636 56 995 56 385 55 905 60 000 50 316 50 000 40 000 30 000 20 000 10 000 0 2013 2014 2015 2016 2017 Internamento e Ambulatório

Gráfico 21 - Remuneração em internamento e em ambulatório, entre 2013 e 2017

Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, o valor apresentado tem por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Equipa de Projeto, com base em dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

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

93. 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 na PPP de Loures, 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 31,2%;
- 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 da PPP de Loures;

hoje, decorridos já mais de metade do período de execução do Contrato de Gestão, um dos indicadores fundamentais a ter em consideração na avaliação do Value for Money da parceria

Página 101 de 331

of of

numa lógica ex post – tal como se pretende – terá necessariamente de 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 hospital⁵¹, que hoje se conhece, se materializaram efetivamente.

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

94. O desenvolvimento do CPC ("CPC Original") envolveu a elaboração do modelo de projeção respeitante ao período de construção e operação, o "CPC_Loures_v11_enviado CA 13.11.2006".

A presente análise foi efetuada utilizando este modelo de projeção, com data de Dezembro de 2006⁵² e preparado pelo Banco BPI, S.A., sendo que à data de elaboração do CPC Original se previa que o período de construção do hospital ocorresse entre os anos de 2008 e 2010, iniciando-se o período de operação no ano de 2011.

Contudo, e tal como mencionado anteriormente, o período de execução do Contrato de Gestão foi apenas iniciado a 19 de janeiro de 2012, com a entrada em funcionamento do Hospital de Loures, tendo a conclusão da instalação de todos os serviços ocorrido a 27 de fevereiro de 2012.

Verificou-se, desta forma, a necessidade da realização de adaptações ao CPC Original relacionadas com a atualização das datas inicialmente consideradas, assim como de outras atualizações que se consideraram relevantes, de forma a garantir a sua representatividade para efeitos da presente análise ("CPC Inicial").

95. A metodologia utilizada para a elaboração do CPC Inicial teve, assim, por base a atualização do CPC Original, para o período compreendido entre 19 de janeiro de 2012 -

Jan Py ⁵¹ 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.

⁵² Data do Estudo Estratégico e Económico Financeiro do Hospital de Loures.

data da entrada em funcionamento do Hospital de Loures e, por conseguinte, do início da operação clínica do edifício hospitalar – e o final de 2017 – último ano com informação real disponível, através da incorporação das adaptações que seguidamente se apresentam:

- Atualização dos pressupostos macroeconómicos, nomeadamente no que concerne à evolução do IPC e à evolução dos ordenados e salários da função pública;
- Alteração da taxa de Imposto sobre o Valor Acrescentado ("IVA") incluída no Custo das Existências Vendidas e Consumidas ("CEVC") e nos custos com Fornecimentos e Serviços Externos ("FSE")⁵³;
- Alteração do ano de realização do investimento relativo a equipamentos médicos para 2011 (no CPC Original encontrava-se prevista a sua ocorrência em 2010), mas considerando a cristalização do respetivo montante, de 32 872 milhares de euros;
- Alteração da área bruta total do edifício hospitalar para 63 129 m² (o CPC Original previa uma área de 61 625 m²); e
- Alteração da lotação do edifício hospitalar para 418 camas (o CPC Original previa uma lotação de 425 camas).

96. Uma vez realizado o exercício anterior, o CPC Inicial representa a base – aderente à realidade da parceria, na sequência da realização dos ajustamentos *supra* referidos – sobre a qual se considerou o quadro de produção real do hospital, tendo em vista a aferição da poupança do parceiro público. Para o efeito, o CPC Inicial foi atualizado, mediante a incorporação das alterações que seguidamente se apresentam, resultando esta atualização no CPC Atualizado:

• Incorporação dos valores reais de produção verificados no Hospital de Loures,

nomeadamente no que concerne ao número de episódios de internamento (com e sem recém nascidos), de cirurgias, de consultas externas, de atendimentos em

urgência e de sessões de hospital de dia;

que a EGEST, não sendo sujeito passivo de IVA, tem que suportar os respetivos encargos.

Página **103** de **331**

Note-se que no CPC Inicial foi incluído IVA nos custos operacionais relativos a CEVC e FSE, uma vez

- Atualização de outros indicadores operacionais do hospital, tais como a taxa de ocupação, a capacidade instalada do hospital, a demora média e o ICM referente ao internamento; e
- Incorporação dos valores reais de receitas de terceiros.

Relativamente à estrutura de custos implícita no CPC Atualizado (e no CPC Inicial), importa referir que esta se manteve inalterada em face daquela que foi considerada no CPC Original 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, para além dos referidos anteriormente.

Em face do exposto, apresentam-se, de seguida, os principais resultados obtidos após o desenvolvimento das referidas adaptações ao CPC Original, comparando, sempre que possível, os valores obtidos (no CPC Atualizado) com aqueles inicialmente previstos (no CPC Inicial).

Adicionalmente, apresenta-se, no *Anexo 10* deste Relatório, a comparação entre os principais pressupostos assumidos no CPC Original e no CPC Inicial e o valor real dessas variáveis.

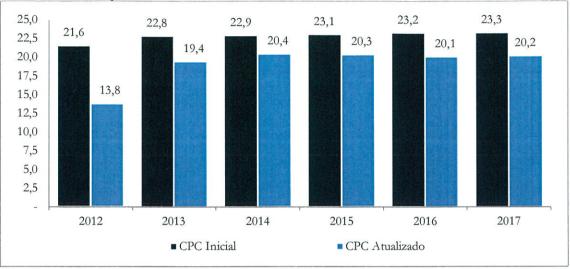
Importa referir, relativamente ao ano de 2012, que os desvios verificados se devem, fundamentalmente, ao início faseado da atividade até ao final de fevereiro, bem como ao facto de o Hospital de Loures não ser um hospital de substituição, com impacto direto ao nível da capacidade de atração do Hospital. Adicionalmente, de acordo com a EGEST, a produção registada pelo Hospital de Loures no primeiro ano de atividade foi ainda prejudicada (i) por uma tardia atualização da referenciação dos cuidados de saúde primários para os hospitais e (ii) por não se ter verificado qualquer reestruturação da oferta pública hospitalar na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

97. Após a incorporação dos valores reais de atividade efetivamente verificados (i) no período compreendido entre 19 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2017, verifica-se que, relativamente à área de internamento, os valores de episódios de internamento estimados e considerados no CPC Inicial são superiores aos valores reais, tal como se pode constatar através do gráfico infra.

ágina 104 de 331

Gráfico 22 - N.º de episódios de internamento no CPC Inicial e no CPC Atualizado





Notas: Os valores apresentados incluem os episódios de cirurgias programadas e urgentes.

Com referência ao ano de 2016, o valor do CPC Atualizado tem por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CPC Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

A estrutura de custos considerada no CPC Inicial, depende, essencialmente, do número total de episódios de internamento, bem como de outros indicadores operacionais, nomeadamente da demora média, da taxa de ocupação e do nível de complexidade dos atos praticados ao nível do internamento, medido pelo ICM do internamento.

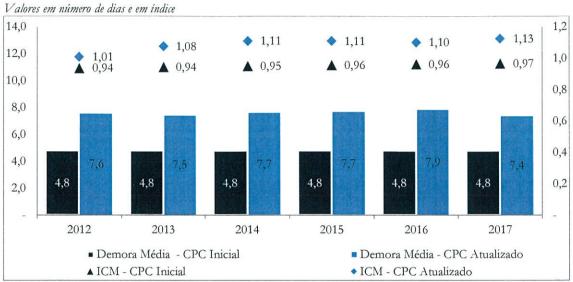
Após a atualização dos valores reais de produção, torna-se possível concluir que, ao nível da demora média combinada global do hospital⁵⁴, os valores inicialmente considerados no CPC são inferiores aos valores efetivamente verificados, tal como evidenciado no gráfico seguinte.

Do mesmo modo, no que concerne ao ICM do internamento, de acordo com a informação histórica do hospital, o mesmo foi, ao longo de todo o período em análise, superior ao inicialmente estimado no CPC Inicial, conforme se pode constatar através do gráfico *infra*.

Página 105 de 331

⁵⁴ Considerando os episódios de internamento sem recém-nascidos e os episódios de internamento de recém-nascidos.

Gráfico 23 – Demora média combinada global e ICM do internamento no CPC Inicial e no CPC Atualizado



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores do CPC Atualizado têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

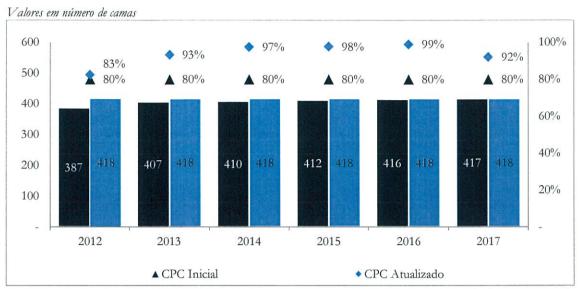
Fonte: CPC Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

De acordo com os dados reais disponibilizados pela ARSLVT à Equipa de Projeto durante a preparação do presente Relatório, a taxa de ocupação do hospital registada entre 2013 e 2017 correspondeu, em média, a aproximadamente 96%, cifrando-se em 92% em 2017. Tal como se pode verificar através do gráfico seguinte, estes valores são superiores aos inicialmente estimados aquando da elaboração do CPC Inicial.

A taxa de ocupação encontra-se diretamente relacionada com a lotação do hospital, isto é, com o número de camas efetivamente utilizadas, o que, tendo em conta a estrutura de custos considerada no CPC Inicial, representa uma métrica relevante para o cálculo dos custos com pessoal, tendo por base os custos unitários inicialmente estimados. Assim, considerando a capacidade instalada graficamente representada de seguida, torna-se possível verificar que, ao longo de todo o período analisado, a lotação foi maior do que a inicialmente estimada.

Página 106 de 331

Gráfico 24 - Taxa de ocupação e lotação do hospital no CPC Inicial e no CPC Atualizado

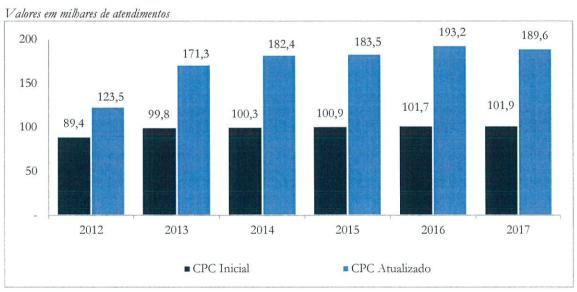


Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores do CPC Atualizado têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CPC Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Relativamente ao número de atendimentos em urgência, verifica-se que os valores reais são significativamente superiores aos estimados no CPC Inicial ao longo de todos os anos analisados, tal como se pode constatar através do gráfico *infra*.

Gráfico 25 - N.º de atendimentos em urgência no CPC Inicial e no CPC Atualizado



Nota: Com referência ao ano de 2016, o valor do CPC Atualizado tem por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CPC Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

A MAN

Página 107 de 331

Quando analisados os valores do serviço de consulta externa do hospital, mediante a análise do gráfico *infra* conclui-se que os valores reais são superiores aos estimados no CPC Inicial, com exceção do verificado ano de 2012, este último penalizado, como referido anteriormente, pelos constrangimentos verificados ao nível da referenciação dos utentes nas unidades dos cuidados de saúde primários.

Valores em milhares de consultas 283,2 300 273,8 280,1 268,3 236,4 239,2 237,5 238,9 240,8 241,3 250 211,8 200 122,1 150 100 50 2012 2013 2014 2015 2016 2017 ■ CPC Inicial ■ CPC Atualizado

Gráfico 26 - N.º de consultas externas no CPC Inicial e no CPC Atualizado

Nota: Com referência ao ano de 2016, o valor do CPC Atualizado tem por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

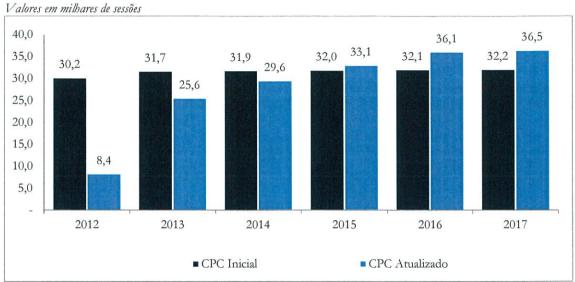
Fonte: CPC Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Relativamente ao serviço de hospital de dia, importa referir que no CPC Atualizado foram incluídos nesta linha de produção, para além das sessões de hospital de dia, os episódios de cirurgia de ambulatório e de ambulatório médico realizados pelo hospital⁵⁵, de forma a assegurar que toda a produção efetuada pelo hospital se encontra a ser considerada, garantindo, desta forma, a comparabilidade dos valores considerados na presente análise. Mediante a análise do gráfico *infra* conclui-se que, à exceção do verificado entre 2012 e 2014, os valores reais de produção no serviço de hospital de dias são superiores aos estimados inicialmente no CPC Inicial.

ina 108 de 331

⁵⁵ Por se admitir que os respetivos custos unitários não diferem de forma significativa entre si.

Gráfico 27 - N.º de sessões de hospital de dia no CPC Inicial e no CPC Atualizado



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

Com referência ao ano de 2016, o valor do CPC Atualizado tem por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CPC Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Relativamente aos pressupostos macroeconómicos, o CPC Atualizado incorpora os valores reais da inflação referente ao período compreendido entre 1999 e 2017, determinados através dos valores históricos publicados pelo INE e tendo em consideração a variação anual homóloga do IPC.

Adicionalmente, procedeu-se à atualização do crescimento nominal dos ordenados e salários da função pública verificado ao longo do período compreendido entre 2006 e 2017, considerando os valores também publicados pelo INE.

Nos quadros *infra*, apresentam-se os pressupostos incluídos no CPC Inicial e no CPC Atualizado, bem como os inicialmente considerados no CPC Original.

Quadro 12 - Pressupostos de inflação

Pressupostos de inflação	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CPC Original	2,30%	2,90° o	4,40%	3,6000	3,30%	2,40%	2,30° o	2,000 0	2,000 0	2,00%
CPC Inicial / CPC Atualizado	2,67%	2,05%	4,47%	3,54%	3,9000	2,20%	1,98%	2,680 0	2,54° o	2,83%

Pressupostos de inflação (cont.)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CPC Original	2,000 0	2,000 0	2,00%	2,000 0	2,000 0	2,00° a	2,00%	2,0000	2,000 0
CPC Inicial /CPC Atualizado	0,130 0	0,05%	3,680 0	3,5700	0,1100	-(),()3° o	-0,51° o	0,8100	1,30° o

Fonte: CPC Original e INE.

Página 109 de 331

Quadro 13 - Pressupostos de crescimento nominal dos salários da função pública

Crescimento salarial da função pública	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CPC Original	4,04%	4,04%	4,04%	4,04%	4,04%	4,04%
CPC Inicial /CPC Atualizado	-1,53%	1,03%	1,59%	3,18%	0,89%	-8,07%

Crescimento salarial da função pública (cont.)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CPC Original	4,04%	4,04%	4,04%	4,04%	4,04%	4,04%
CPC Inicial /CPC Atualizado	-12,76%	6,63%	$-3,54^{\circ}/_{\circ}$	0,37%	2,63%	2,00%

Fonte: CPC Original e INE.

Ao longo do período compreendido entre 2012 e 2017, foram ainda incorporadas, no CPC Inicial e no CPC Atualizado, as taxas de IVA legalmente em vigor em cada um dos anos, tal como evidenciado no quadro *infra*, onde são apresentados os valores atualizados face aos inicialmente considerados no CPC. Tal como mencionado anteriormente, esta alteração foi efetuada apenas ao nível dos custos operacionais relacionados com CEVC e com FSE, uma vez que os custos unitários considerados no CPC Inicial incluem IVA à taxa legalmente em vigor aquando da respetiva elaboração.

Quadro 14 - Pressupostos de IVA

Pressupostos de IVA	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CPC Original	21,0%	21,0%	21,0%	21,0%	21,00%	21,0%
CPC Inicial /CPC Atualizado			23,0%			

Fonte: CPC Original e Código do IVA.

Análise comparativa dos resultados do CPC Inicial e do CPC Atualizado

98. De forma a poder-se concluir acerca do valor previsto para a poupança do Estado Português, estimado aquando da elaboração do CPC Original, face aos valores efetivamente pagos pela EPC no âmbito do Contrato de Gestão, a Equipa de Projeto procedeu à atualização, nos termos referidos *supra*, do modelo financeiro subjacente (CPC Inicial), tornando-se este comparável com a realidade histórica verificada no hospital em termos de atividade (CPC Atualizado).

Tal como mencionado anteriormente, o CPC Atualizado mantém a estrutura de custos operacionais prevista no CPC Original, quer ao nível dos custos unitários considerados, quer

Página 110 de 331

X. APM

ao nível das métricas utilizadas para cálculo dos respetivos valores totais. Desta forma, o valor de encargos estimado para o Estado Português, caso este optasse por um modelo de gestão pública para a operação clínica do Hospital de Loures, não é desvirtuado quando aplicada a sua melhor estimativa de custos aos valores de produção efetivamente verificados ao longo do período em análise.

Uma vez assegurada a comparabilidade entre os modelos financeiros subjacentes, quer ao CPC Inicial, quer ao CPC Atualizado, apresentam-se os principais resultados obtidos, comparando, sempre que possível, os valores obtidos com aqueles inicialmente previstos.

Neste contexto, e como referido, os valores referentes ao CPC Original foram ajustados, contemplando assim o CPC Inicial não só a atualização das datas de execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, mas também os valores históricos verificados ao nível da evolução do IPC e dos ordenados e salários da função pública, isolando-se, deste modo, o efeito do crescimento dos preços do efeito subjacente à atualização dos valores de produção efetivamente verificados no hospital.

No gráfico infra, apresenta-se, para o período compreendido entre 19 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2017, a evolução dos custos operacionais resultantes, quer do CPC Inicial com os pressupostos macroeconómicos mencionados anteriormente, quer do CPC Atualizado nos termos referidos supra.

Valores em milhões de euros 41% 39% 150,0 125,0 115,4 110,8 107,1 102,3

Gráfico 28 - Custos operacionais no CPC Inicial e no CPC Atualizado



Os valores apresentados incluem IVA sobre as rubricas de CEVC e FSE, tal como assumido no CPC Original.

Fonte: CPC Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Página 111 de 331

Através do gráfico anterior, torna-se possível concluir que, mantendo-se a estrutura de custos inicialmente prevista, caso o Estado Português optasse pelo modelo de gestão pública relativamente à operação clínica do Hospital de Loures, o valor global dos custos operacionais verificados ao longo de todo o período em análise, tendo em consideração a produção efetivamente registada, seria superior ao inicialmente estimado aquando da elaboração do CPC Inicial.

Entre 2013 e 2017, este resultado deve-se ao aumento generalizado dos custos operacionais registado pelas diferentes linhas de produção, em virtude, sobretudo, (i) do maior nível de produção observado ao longo de todo o período analisado comparativamente com os valores inicialmente considerados no CPC Inicial, em todas as linhas de produção com exceção da linha de internamento e (ii) do facto de, no internamento, a complexidade, a demora média e a taxa de ocupação efetivamente verificadas na PPP de Loures serem, desde 2012, significativamente superiores às inicialmente consideradas no CPC Inicial.

No gráfico seguinte, apresenta-se a estrutura de custos operacionais, referente ao CPC Atualizado, por tipologia de serviço, através do qual se torna possível concluir que, ao longo de todo o período em análise, o internamento representa o serviço com maior peso no total dos custos operacionais, seguindo-se a consulta externa e o serviço de urgência.

Valores em milhões de euros 117,1 115,4 120,0 110,8 107,1 102,3 13% 100,0 11% 17% 17% 17% 18% 80,0 67,8 60,0 15% 40,0 48% 50% 49% 47% 51% 20,0 56% 2012 2013 2014 2015 2016 2017 ■ Internamento ■ Consulta Externa Urgências ■ Hospital de Dia ■ Não imputáveis

Gráfico 29 - Custos operacionais, por serviço, no CPC Atualizado

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Página 112 de 331

Adicionalmente, o CPC Original considerava a existência de receitas de terceiros, as quais correspondiam a cerca de 13,1% do valor total dos custos operacionais projetados para a PPP de Loures. Assim, para efeitos da atualização do referido CPC, foi ainda considerado o valor real das receitas verificado ao longo do período em análise, o qual inclui receitas referentes a terceiros pagadores, a taxas moderadoras, a receitas comerciais de terceiros e a produtos farmacêuticos.

Tal como se pode verificar através do gráfico seguinte, o nível real de receitas de terceiros foi, ao longo de todo o período em análise, substancialmente inferior ao estimado aquando da elaboração do CPC Inicial. Esta diferença justifica-se, em parte, pelo facto de, a partir de 1 de janeiro de 2010, os subsistemas públicos de saúde terem passado para a responsabilidade financeira do SNS, quando na altura da elaboração do CPC Original faziam parte dos Terceiros Pagadores.

Valores em milhões de euros 14,0 12,0 9.3 9,0 10,0 8,8 8,6 7,3 8,0 6,0 4,5 3,5 3,5 3,4 4,0 2,5 2,0 2012 2013 2014 2015 2016 2017 ■ CPC Inicial ■ CPC Atualizado ▲ Diferença (%) CPC Inicial vs CPC Atualizado

Gráfico 30 - Receitas de terceiros no CPC Inicial e no CPC Atualizado

Fonte: CPC Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Tal como referido anteriormente, o CPC Original considerava ainda, no ano anterior ao início da operação clínica no novo edifício hospitalar, a existência de custos de investimento relativos a equipamentos médicos, no montante de 32 872 milhares de euros, considerando a respetiva ocorrência no ano de 2010.

No CPC Inicial e no CPC Atualizado, por uma questão de prudência, optou-se por cristalizar o referido valor previsto para os equipamentos (considerando o mesmo em 2011), não obstante poder-se argumentar que o desfasamento temporal ocorrido poderia conduzir

John Ry

Página 113 de 331

a um aumento dos mesmos, tanto por via do efeito da taxa de inflação, como por via do aumento da taxa de IVA.

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

99. A presente análise tem como principal objetivo a comparação entre os custos da atividade clínica do Hospital de Loures, determinados através do CPC Atualizado, com o valor dos encargos que a PPP representou efetivamente para o erário público ao longo do período compreendido entre os anos de 2012 e 2017. Desta forma, torna-se possível aferir (i) em que medida a opção PPP se traduziu ou não numa poupança para o Estado Português, face ao custo que se estima que se teria verificado caso optasse por um modelo de gestão pública da operação clínica do Hospital de Loures, 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) no caso de se ter efetivamente verificado uma poupança para o erário público, em que medida é que a respetiva poupança é menor ou maior do que aquela que resultava da comparação entre o CPC Inicial e o valor final da proposta adjudicada ("Análise B").

100. Para efeitos da Análise A, referida *supra*, apresentam-se, no quadro seguinte, os custos da atividade clínica, por tipologia de serviço, assim como as receitas de terceiros, tendo por base o CPC Atualizado.

Página **114** de **331**

Quadro 15 - Custos operacionais clínicos cobertos pelo SNS no CPC Atualizado

Valores em milhares de euros

CPC Atualizado	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Custos operacionais							
Internamento		38.284	53.077	54.585	54.682	55.267	57.024
Consulta Externa		10.391	19.013	20.555	21.935	22.395	22.094
Urgências		14.524	18.402	18.413	18.627	20.225	19.818
Hospital de Dia		3.596	10.441	12.130	14.131	16.064	16.652
Não imputáveis		1.003	1.357	1.397	1.409	1.436	1.471
Total (A)		67.799	102.290	107.080	110.784	115.387	117.058
Custos de investimento Equipamentos médicos Total (B)	32.872 32.872	1.258 1.258	1.329	1.328 1.328	1.322	1.332	1.350 1.350
Receitas de terceiros							
Receitas de Terceiros Pagadores		612	751	761	829	758	839
Taxas moderadoras		1.866	2.879	3.193	3.267	2.721	2.534
Receitas comerciais de terceiros		23	24	24	24	24	41
Produtos Farmacêuticos	****	_	(281)	395	401	_	39
Total (C)		2.501	3.373	4.374	4.521	3.503	3.453
Custos cobertos pelo SNS (A+B-C)	32.872	66.556	100.245	104.034	107.585	113.215	114.955

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Por outro lado, apresenta-se, no quadro seguinte, o valor dos encargos do parceiro público com o Contrato de Gestão do Hospital de Loures, a partir da data de início da operação, ocorrida a 19 de janeiro de 2012, até ao final de 2017, último ano completo com informação real disponível.

De forma a garantir a comparabilidade do valor dos encargos efetivamente verificados face àqueles que tinham sido estimados aquando da elaboração do CPC Original, os valores apresentados no quadro seguinte não incluem encargos relativos a (i) medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e (ii) outros encargos que não estão diretamente relacionados com o Contrato de Gestão em vigor, uma vez que os respetivos custos não foram considerados no CPC Original.

Página 115 de 331

R

Quadro 16 - Encargos (contratuais) suportados pelo parceiro público

Valores em milhares de euros

Encargos incorridos pelo SNS	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contrato de Gestão - Duodécimo	53 066	66 432	68 933	71 026	76 009	78 771
Contrato de Gestão - Pagamento de reconciliação	(4 256)	11 331	14 470	14 633	9 387	12 692
Multas	0	0	(134)	0	0	0
Total	48 810	77 763	83 269	85 659	85 396	91 464

Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT.

Através dos valores apresentados nos quadros *supra*, torna-se possível concluir que <u>os</u> encargos suportados pelo parceiro público, no período compreendido entre janeiro de 2012 e dezembro de 2017, se afiguram inferiores aos custos que o Estado Português suportaria com a atividade de gestão clínica do Hospital de Loures, caso tivesse optado pelo modelo de gestão pública da referida atividade, tendo em consideração a estrutura de custos prevista no CPC Inicial, devidamente ajustada pelos valores reais da atividade operacional nesse período, assim como de outros valores mencionados anteriormente (*cfr.* CPC Atualizado).

Quadro 17 – Encargos suportados pelo parceiro público versus custos operacionais clínicos cobertos pelo SNS no CPC Atualizado

Valores em milhares de euros

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
-	48.810	77.763	83.269	85.659	85.396	91.464	472.361
32.872	66.556	100.245	104.034	107.585	113.215	114.955	639.464
(32.872)	(17.746)	(22.482)	(20.765)	(21.926)	(27.820)	(23.491)	(167.103)
estos do CPC	-26,7%	-22,4%	-20,0%	-20,4%	-24,6%	-20,4%	-26,1%
s do CPC	73,3%	77,6%	80,0%	79,6%	75,4%	79,6%	73,9%
	32.872 (32.872)	- 48.810 32.872 66.556 (32.872) (17.746) ustos do CPC -26,7%	- 48.810 77.763 32.872 66.556 100.245 (32.872) (17.746) (22.482) ustos do CPC -26,7% -22,4%	- 48.810 77.763 83.269 32.872 66.556 100.245 104.034 (32.872) (17.746) (22.482) (20.765) ustos do CPC -26,7% -22,4% -20,0%	- 48.810 77.763 83.269 85.659 32.872 66.556 100.245 104.034 107.585 (32.872) (17.746) (22.482) (20.765) (21.926) ustos do CPC -26,7% -22,4% -20,0% -20,4%	- 48.810 77.763 83.269 85.659 85.396 32.872 66.556 100.245 104.034 107.585 113.215 (32.872) (17.746) (22.482) (20.765) (21.926) (27.820) ustos do CPC -26,7% -22,4% -20,0% -20,4% -24,6%	- 48.810 77.763 83.269 85.659 85.396 91.464 32.872 66.556 100.245 104.034 107.585 113.215 114.955 (32.872) (17.746) (22.482) (20.765) (21.926) (27.820) (23.491) ustos do CPC -26,7% -22,4% -20,0% -20,4% -24,6% -20,4%

Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

101. Por outro lado, e no que se refere à Análise B, é possível concluir que a PPP atualmente em vigor no Hospital de Loures permitiu uma poupança acumulada, no período compreendido entre janeiro de 2012 e dezembro de 2017, de aproximadamente 167,1 milhões de euros, face aos custos de gestão pública, estimados de acordo com o CPC

agina 116 de 331

331 DE MAN

Atualizado, representando este valor uma poupança total, para o período em análise, de 26,1% face aos custos totais que se estima que o Hospital de Loures tivesse num modelo de gestão pública.

102. 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 de Loures gerado uma poupança significativa (em valor e em termos percentuais) para o Estado, tal como, na altura, se perspetivava que viesse a ocorrer.

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

103. A presente análise foi efetuada tendo por referência o caso base original "Anexo XIII_Modelo Financeiro EGEst_23.12.2009_v2" ("CB Original") da PPP de Loures (cfr. Anexo XIII ao Contrato de Gestão), elaborado pelo parceiro privado.

Esta análise tem como objetivo (i) comparar a remuneração que se estima que o parceiro privado teria, considerando a atualização do CB Original com informação real relativa à produção efetivamente verificada, face ao valor da remuneração que o parceiro privado tem efetivamente auferido (considerando as rubricas previstas no CB Original), e (ii) comparar os resultados operacionais do CB Original com os resultados operacionais de um caso base atualizado ("CB Atualizado"), mantendo-se uma estrutura de custos idêntica à considerada inicialmente, de forma a aferir em que medida, por um lado, os custos atualmente incorridos pelo parceiro privado na gestão da PPP representam um custo superior ou inferior aos que foram estimados no CB Original 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 Original para o período compreendido entre janeiro de 2012, data de início da execução do Contrato de Gestão do

M 117 do 221

Página 117 de 331



Hospital de Loures, e o final de 2017, último ano com informação real disponível, através da incorporação das seguintes adaptações ("CB Inicial"):

- Inclusão dos valores reais da inflação relativamente ao período compreendido entre 2009 e 2017, de acordo com os valores históricos publicados pelo INE e tendo em consideração a variação anual homóloga do IPC; e
- Alteração da taxa de IVA incluída no CB Original.

Sobre o CB Inicial, resultante do exercício anterior, foram realizadas, para o período em análise, as seguintes adaptações ("CB Atualizado"):

- Incorporação dos valores reais de produção hospitalar verificados na parceria, nomeadamente no que concerne ao número de episódios de internamento e de ambulatório, de doentes equivalentes, de dias de internamento prolongado, de consultas externas, de atendimentos em urgência e de sessões de hospital de dia;
- Atualização de outros indicadores operacionais do hospital, nomeadamente no que concerne ao ICM e ao número de casos e atos específicos;
- Inclusão, para efeitos de remuneração, da produção com limites, de acordo com os valores apresentados nos relatórios de reconciliação; e
- Incorporação dos valores reais de deduções, de sessões de indisponibilidade no serviço de urgência, de taxas moderadoras, de receitas de terceiros pagadores e de receitas comerciais de terceiros.

De seguida, apresentam-se os principais resultados obtidos após o desenvolvimento das referidas adaptações no CB Atualizado, comparando, sempre que possível, os valores obtidos com aqueles que haviam sido inicialmente previstos.

Adicionalmente, apresenta-se, no *Anexo 9* deste Relatório, a comparação entre os principais pressupostos assumidos no CB Inicial e no CB Atualizado e o valor real dessas variáveis.

Após a incorporação dos valores reais de atividade efetivamente verificados ao longo do período compreendido entre janeiro de 2012 e dezembro de 2017, mediante a análise dos gráficos apresentados de seguida constata-se que tanto o número de episódios de internamento como o número de episódios de ambulatório considerados no CB Inicial são superiores aos valores efetivamente verificados ao longo do período em análise.

Página 118 de 331

X. K. É

Para esta evolução contribuiu a vertente médica de ambas as atividades, tendo os episódios de internamento médico e os episódios de ambulatório médico efetivamente realizados ficado bastante aquém dos valores considerados no CB Inicial. Em sentido contrário, o número de episódios de internamento cirúrgico e o de cirurgias de ambulatório estimados no CB Inicial são, entre 2013 e 2017, inferiores aos valores efetivamente verificados, não sendo, contudo, a diferença tão significativa como a observada no número de episódios de internamento e de ambulatório médicos.

Valores em milhares de episódios 25,0 22,5 6,0 5,9 20,0 6,0 6,0 5,4 17,5 6,3 6,3 6,0 5,7 6,9 4,9 15,0 12,5 3,6 10,0 17,4 17,4 17,0 17,2 7,5 15,2 13,4 5,0 2,5 2012 2016 2017 2013 2014 2015 ■ CB Inicial Internamento Médico ■ CB Inicial Internamento Cirúrgico CB Atualizado Internamento Médico CB Atualizado Internamento Cirúrgico

Gráfico 31 - N.º de episódios de internamento no CB Inicial e no CB Atualizado

Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores do CB Atualizado têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

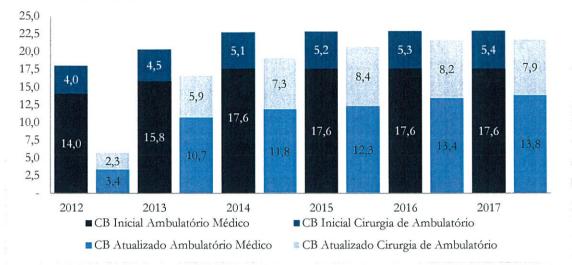
04

Página 119 de 331

Jan De Man

Gráfico 32 - N.º episódios de ambulatório no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de episódios



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores do CB Atualizado têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Tendo presente o exposto, apresenta-se, no gráfico seguinte, a evolução conjunta do número de episódios de internamento e de ambulatório verificando-se que, em termos globais, os valores considerados no CB Inicial são, naturalmente, superiores aos valores reais ao longo de todo o período analisado. Importa ainda notar que a diferença entre os valores inicialmente estimados ao nível do número de episódios de internamento e de ambulatório e os valores reais diminui ligeiramente nos anos mais recentes do período de análise, passando este diferencial (entre o CB Inicial e o CB Atualizado) de 14% em 2014 para 10% em 2017.

Página 120 de 331

Gráfico 33 – N.º de episódios de internamento e de ambulatório no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de episódios



Nota: Com referência ao ano de 2016, o valor do CB Atualizado tem por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Note-se que a remuneração da EGEST, relativamente às atividades de internamento e de ambulatório, é determinada através do número de doentes equivalentes do hospital, obtido, no caso do internamento, a partir da transformação da demora média dos episódios de curta duração e dos doentes transferidos de cada GDH em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respetivo GDH, ajustados pelo ICM e pelo preço contratado para estas linhas de atividade.

No que concerne ao número de doentes equivalentes, verifica-se que os valores estimados no CB Inicial foram constantemente superiores aos valores reais, ao longo de todo o período em análise, *cfr.* gráfico *infra*.

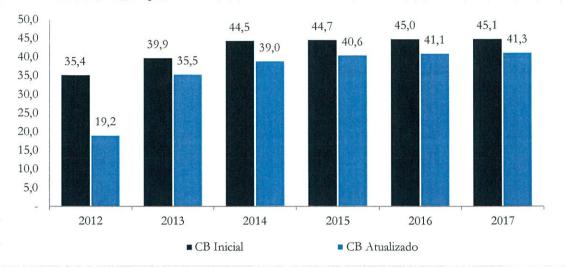
at & Man

Página 121 de 331



Gráfico 34 - N.º de doentes equivalentes no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de doentes equivalentes



Nota: Com referência ao ano de 2016, o valor do CB Atualizado tem por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

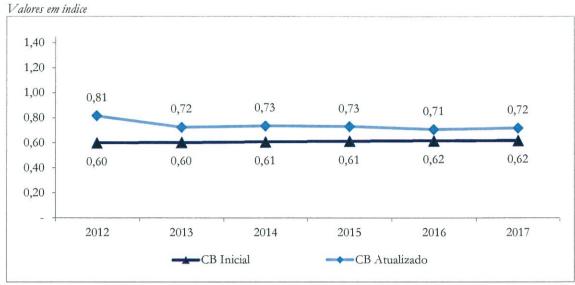
Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Em sentido contrário, e relativamente ao ICM global, verifica-se que os valores considerados no CB Inicial foram inferiores aos valores reais registados ao longo de todo o período analisado, cfr. gráfico infra, explicando-se o desvio registado, fundamentalmente, pela maior complexidade e maior produção verificadas no internamento cirúrgico, bem como pelo menor peso do ambulatório médico no total de episódios (ou de doentes equivalentes), face ao previsto inicialmente.

1 / na 122 de 331

R

Gráfico 35 - ICM global no CB Inicial e no CB Atualizado



Nota: Com referência ao ano de 2016, o valor do CB Atualizado tem por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Ao contrário do verificado no conjunto do internamento com o ambulatório, e como se pode verificar nos gráficos apresentados de seguida, o número de consultas externas inicialmente considerado no CB Inicial foi inferior ao número de consultas efetivamente realizadas no hospital ao longo de praticamente todo o período analisado, tanto no que respeita às primeiras consultas, como também, e sobretudo, às consultas externas subsequentes.

123 de 331

Página 123 de 331

& Aller

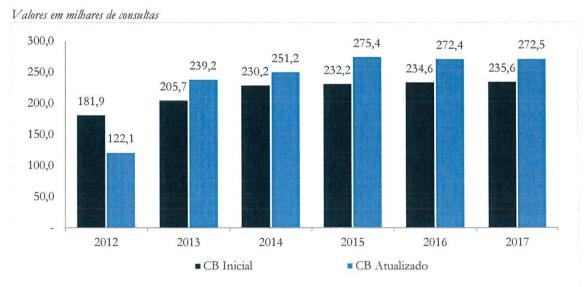
Gráfico 36 - N.º de consultas externas, por tipo, no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de consultas 300 250 200 188,1 188,1 182.0 167,1 145,5 146.1 156,1 144,0 142,8 150 127,6 100 62,2 50 89,5 88.2 89,1 0 2012 2013 2014 2016 2015 2017 ■ CB Inicial Consulta Externa - Primeiras ■ CB Inicial Consulta Externa - Subsequentes ■ CB Atualizado Consulta Externa - Primeiras CB Atualizado Consulta Externa - Subsequentes

Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores do CB Atualizado têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Gráfico 37 - N.º de consultas externas no CB Inicial e no CB Atualizado



Nota: Com referência ao ano de 2016, o valor do CB Atualizado tem por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

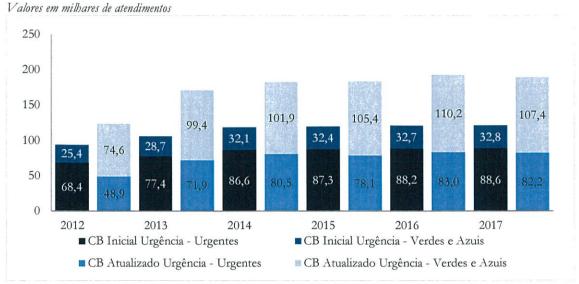
Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

No que concerne aos atendimentos em urgência, através da análise dos gráficos apresentados de seguida constata-se que os valores inicialmente estimados no CB Inicial foram significativamente inferiores aos valores reais em todos os exercícios analisados, devido ao maior número de atendimentos não urgentes (cores verde e azul) realizados, já que

Página 124 de 331

o número de atendimentos urgentes registado foi inferior ao previsto no CB Inicial ao longo de todo o período em análise.

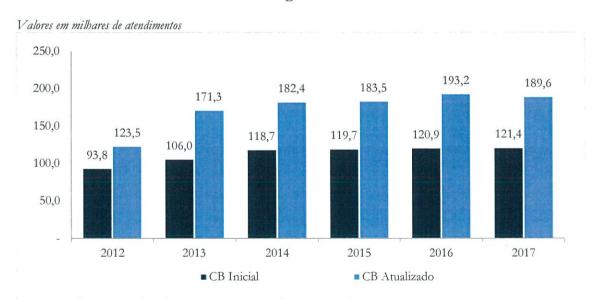
Gráfico 38 - N.º de atendimentos em urgência, por tipo, no CB Inicial e no CB Atualizado



Com referência ao ano de 2016, os valores do CB Atualizado têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Gráfico 39 - N.º de atendimentos em urgência no CB Inicial e no CB Atualizado



Com referência ao ano de 2016, o valor do CB Atualizado tem por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Página 125 de 331

No que ao número de sessões de hospital de dia diz respeito, conclui-se, através da incorporação dos valores de produção efetivamente verificados, que as estimativas consideradas no CB Inicial são significativamente inferiores aos valores reais apurados, como evidenciado de seguida.

Valores em milhares de sessões 16,00 13,7 13,3 14,00 12,00 10,8 10,5 10,00 8,00 6,8 6,7 6,7 6,7 6,7 6,0 5,4 6,00 4,00 2,00 2012 2013 2014 2015 2016 2017 ■ CB Inicial ■ CB Atualizado

Gráfico 40 - N.º de sessões de hospital de dia no CB Inicial e no CB Atualizado

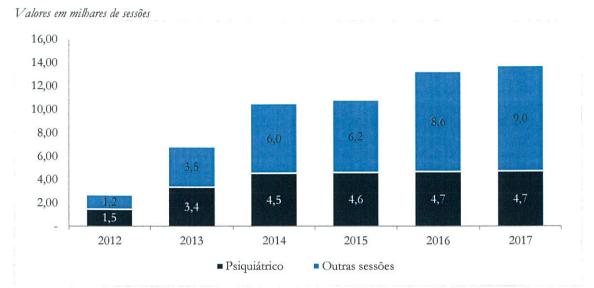
Nota: Com referência ao ano de 2016, o valor do CB Atualizado tem por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Apresenta-se ainda, no gráfico seguinte, a evolução do número de sessões de hospital de dia efetivamente verificadas, detalhadas por tipologia de sessão, através do qual se torna possível concluir que as "outras sessões" são a tipologia com maior e crescente representatividade em quase todo o período analisado.

Página 126 de 331

Gráfico 41 - N.º de sessões de hospital de dia no CB Atualizado por tipologia



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

No que concerne aos casos e atos específicos, que no CB Inicial foram estimados como sendo referentes a ventilação prolongada (75 dias em cada um dos anos analisados), apenas em 2017 se verificou a sua ocorrência (1 021 dias).

Relativamente aos pressupostos macroeconómicos, tanto o CB Inicial como o CB Atualizado incorporam os valores reais da inflação referente ao período compreendido entre 2009 e 2017, de acordo com os valores históricos publicados pelo INE e tendo em consideração a variação anual homóloga do IPC.

No quadro *infra*, apresentam-se os pressupostos incluídos no CB Inicial e no CB Atualizado, bem como os valores inicialmente considerados no CB Original.

Quadro 18 - Pressupostos de inflação

Pressupostos de inflação	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CB Original	0,50%	1,00%	1,50%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
CB Inicial/ CB Atualizado	0,13%	0,05%	3,68%	3,57%	0,11%	-0,03%	-0,51%	0,81%	1,30%

Fonte: CB Original e INE.

Ao longo do período compreendido entre 2012 e 2017, foram ainda incorporadas, no CB Inicial e no CB Atualizado, as taxas de IVA legalmente em vigor em cada um dos anos,

J. Py

Página 127 de 331

tal como evidenciado no quadro infra, onde são apresentados os valores atualizados em face dos inicialmente considerados no caso base.

Quadro 19 - Pressupostos de IVA

Pressupostos de IVA	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CB Original CB Inicial/ CB Atualizado	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
CB Inicial/ CB Atualizado	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%

Fonte: CB Original e Código do IVA.

Análise comparativa dos resultados do CB Inicial e do CB Atualizado

104. De forma a tornar possível a análise das diferenças existentes entre o CB Inicial e o CB Atualizado, a Equipa de Projeto procedeu à atualização do CB Original, nos termos referidos supra, tendo em vista a garantia de comparabilidade com a realidade histórica verificada no hospital em termos de atividade.

Tal como mencionado anteriormente, tanto o CB Inicial como o CB Atualizado mantêm a estrutura de custos operacionais prevista no CB Original, quer ao nível dos custos unitários considerados, quer ao nível das métricas utilizadas para cálculo dos respetivos valores totais, de forma a não desvirtuar os resultados obtidos com aquelas que eram as expetativas do parceiro privado à data de elaboração da proposta.

Neste contexto, e como referido, os valores referentes ao CB Original foram ajustados, contemplando os valores históricos verificados ao nível da evolução do IPC, isolando-se, assim, o efeito do crescimento dos preços, do efeito subjacente à atualização dos valores de produção efetivamente verificados no hospital.

Uma vez assegurada a comparabilidade entre os modelos financeiros subjacentes ao CB Inicial e ao CB Atualizado, apresentam-se, de seguida, os principais resultados obtidos, comparando, sempre que possível, os valores obtidos com aqueles inicialmente previstos.

No gráfico infra, apresenta-se, para o período compreendido entre 19 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2017, a evolução das receitas operacionais resultantes, quer do CB Página 128 de 331 Inicial, quer do CB Atualizado nos termos referidos supra.

Gráfico 42 - Receitas operacionais no CB Inicial e no CB Atualizado



Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Os valores apresentados no gráfico *supra* incluem a parcela da remuneração a cargo do SNS, assim como as receitas de terceiros pagadores, as receitas comerciais de terceiros e as taxas moderadoras, detalhados como apresentado no quadro seguinte:

Quadro 20 – Repartição das receitas operacionais, por tipo de pagador, no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de euros

Receitas operacionais	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Caso Base Inicial						
Pagamentos SNS	54 019	64 301	71 794	72 136	73 534	74 925
Terœiros pagadores	7 329	8 724	9 740	9 787	9 976	10 166
Taxas moderadoras	620	738	824	827	844	860
Receitas comerciais de terceiros	11	27	31	31	31	31
Outros proveitos operacionais	-	-	-	-	-	_
Total	61 979	73 789	82 389	82 781	84 385	85 981
Caso Base Atualizado						
Pagamentos SNS	48 810	77 532	83 480	85 612	84 920	90 997
Terœiros pagadores	612	751	761	829	758	839
Taxas moderadoras	1 866	2 879	3 193	3 267	2 721	2 534
Receitas comerciais de terceiros	23	24	24	24	24	41
Outros proveitos operacionais	_	_	-	_	-	-
'Total	51 311	81 186	87 459	89 732	88 424	94 411

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

129 de 331

Página 129 de 331

De forma a garantir a comparabilidade da remuneração efetivamente auferida pelo parceiro privado face àquela que tinha sido estimada no CB Original, os valores apresentados no gráfico *supra* não incluem receitas relativas a (i) medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e (ii) outras receitas não diretamente relacionadas com o Contrato de Gestão em vigor.

É importante referir, ainda, que a remuneração no CB Atualizado foi calculada tendo em conta os limites de produção impostos pelo Contrato de Gestão, tal como descrito no ponto 58 do presente Relatório.

Através do referido gráfico, torna-se possível concluir que, entre 2013 e 2017, o nível de receitas operacionais verificado, tendo em consideração a produção efetivamente registada no hospital, é superior ao inicialmente estimado no CB Inicial, refletindo, em termos globais, o maior nível de produção acordado entre a EGEST e a EPC para a generalidade das linhas de produção.

Em termos acumulados, para o período compreendido entre 2013 e 2017, a diferença entre o CB Atualizado e o CB Inicial deve-se a um conjunto de fatores, que seguidamente se apresentam desagradados, quer por tipologia de atividade clínica, quer por tipo de pagador, cfr. gráficos infra.

Da análise dos mesmos é possível concluir que, ao nível da atividade clínica:

- (i) a remuneração da atividade de internamento e ambulatório considerada no CB Inicial é inferior ao valor real registado, devido à maior complexidade da casuística apresentada pelo Hospital, traduzida no maior ICM global apurado face ao estimado (já que ao nível do número de doentes equivalentes o valor real foi menor que o estimado no CB Inicial, como referido anteriormente);
- (ii) a remuneração das atividades de consulta externa, urgência e hospital de dia prevista no CB Inicial é também inferior ao valor auferido pelo parceiro privado, devido ao maior nível de produção realizado face ao estimado;

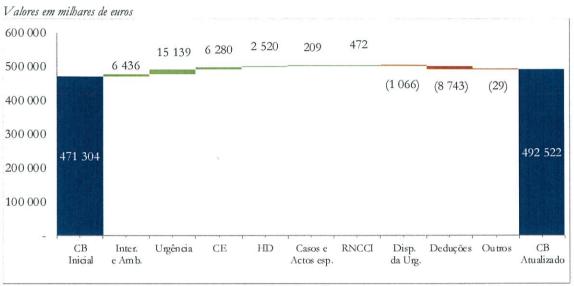
e, em sentido contrário,

a remuneração pela disponibilidade do serviço de urgência estimada no CB
 Inicial é superior à registada devido às sessões de indisponibilidade do serviço de urgência efetivamente verificadas;

Página 130 de 331

(ii) no CB Inicial não foram estimadas quaisquer deduções por falhas de desempenho, nas quais o parceiro incorreu efetivamente ao longo da execução do Contrato.

Gráfico 43 - Evolução, em termos acumulados, das receitas operacionais, por tipologia de atividade clínica, entre o CB Inicial e o CB Atualizado



Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Ao nível da evolução das receitas operacionais por tipo de pagador, tal como apresentado seguidamente, é possível concluir que é ao nível dos pagamentos do SNS e dos terceiros pagadores que se verificam as maiores diferenças entre as receitas estimadas no CB Inicial e os valores reais registados pelo parceiro privado. O facto de ambas as variações serem de sentido contrário resulta, como referido anteriormente, do facto de os subsistemas públicos de saúde terem passado para a responsabilidade financeira do SNS a partir de 1 de janeiro de 2010, quando na altura da elaboração do caso base faziam parte dos terceiros pagadores. Adicionalmente, note-se que no CB Inicial as receitas referentes a taxas moderadoras foram estimadas num montante muito reduzido quando comparado com aquele que veio a verificar-se, na sequência da alteração do regime jurídico das taxas moderadoras, com efeitos a 1 de janeiro de 2012, naturalmente não contemplada aquando da elaboração do caso base pelo parceiro privado.

Página **131** de **331**

Valores em milhares de euros 600 000 60 640 11 749 500 000 $(51\ 171)$ (1) 400 000 300 000 492 522 471 304 200 000 100 000 CB Pagamentos CB Terceiros Taxas Receitas Inicial SNS Atualizado pagadores comerciais de moderadoras terceiros

Gráfico 44 – Evolução, em termos acumulados, das receitas operacionais, por tipo de pagador, entre o CB Inicial e o CB Atualizado

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

No gráfico seguinte, apresentam-se os custos operacionais estimados no CB Inicial, bem como os que resultam da incorporação do nível de atividade efetivamente verificada no Hospital de Loures, tendo em consideração a estrutura de custos inicialmente projetada pelo parceiro privado aquando da elaboração da proposta.

Mediante a sua análise, torna-se possível verificar que, tal como seria expectável, a evolução dos custos operacionais acompanha a evolução das receitas, apresentando valores superiores aos considerados no CB Inicial.

Página 132 de 331

Gráfico 45 - Custos operacionais no CB Inicial e no CB Atualizado



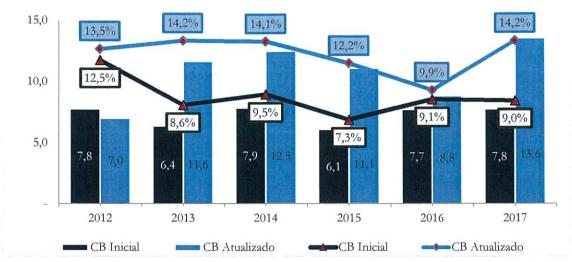
Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

105. Constata-se, adicionalmente, que por comparação com os valores do CB Inicial, custos operacionais que resultam do CB Atualizado apresentam desvios proporcionalmente inferiores aos das receitas, o que se traduz na apresentação de valores de EBITDA e respetivas margens no CB Atualizado substancialmente superiores às do CB Inicial, como ilustrado de seguida.

Página 133 de 331

Gráfico 46 - EBITDA e margem EBITDA no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhões de euros



Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Através do gráfico supra, é possível concluir que o aumento verificado ao nível das receitas operacionais, conjugado com o aumento proporcionalmente inferior verificado ao nível dos custos operacionais, face aos valores considerados no CB Inicial, resultam num acréscimo do EBITDA e da respetiva margem, em comparação com os valores inicialmente estimados pelo parceiro privado aquando da elaboração da respetiva proposta, resultando num nível de eficiência da EGEST superior àquele que esta havia inicialmente estimado. Contudo, importa desde já referir, a este respeito, que esta não foi a realidade verificada, uma vez que, tal como se demonstra no ponto 3.2.1.1.10 do presente Relatório, a EGEST tem evidenciado uma performance operacional bastante mais modesta do que a que resultaria de aplicar os valores reais da sua atividade à estrutura de custos prevista no seu CB Inicial, concluindo-se, portanto, que o parceiro privado subestimou a sua estrutura de custos aquando da elaboração das suas projeções iniciais.

Note-se, contudo, que, encontrando-se o risco operacional do serviço público realizado no Hospital de Loures na esfera do parceiro privado, a variação da eficiência operacional não se traduz num risco orçamental para o parceiro público⁵⁶,

Página 134 de 331

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.

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

106. Relativamente ao caso base, importa ainda analisar, com um nível de detalhe superior, as margens operacionais da PPP de Loures, com o objetivo de confirmar em que medida terá existido uma efetiva materialização da transferência do risco para o parceiro privado.

Assim, no gráfico *infra*, apresentam-se as margens EBITDA estimadas com base (i) no CB Inicial, (ii) no CB Atualizado e (iii) no CB Atualizado sem limites, este último correspondente ao CB Atualizado mas desconsiderando os limites de produção contratualmente estabelecidos para efeitos de remuneração. Adicionalmente, apresentam-se as margens EBITDA reais⁵⁷ da EGEST, tal como apresentadas adiante, nos pontos 130e 132 do presente Relatório, salientando-se que apesar de na sua determinação, tanto as receitas como os custos incluírem rubricas que não constam do modelo financeiro subjacente ao caso base — nomeadamente receitas e custos relacionados com i) medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e ii) outras receitas e custos que não estão diretamente relacionados com o Contrato de Gestão em vigor —, assume-se que o impacto daqui adveniente para efeitos da presente análise, que se pretende meramente comparativa com as margens EBITDA estimadas, não seja significativo.

Página 135 de 331

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 efetivamente apresentada pela EGEST (permitindo esta comparação aferir acerca da diferença entre o nível da eficiência operacional previsto inicialmente pela EGEST e o realmente verificado).

20.0% 15,0% 10,0% 5,0% -5,0% -10,0% -15,0% -20,0% 2012 2013 2014 2015 2016 2017 CB Inicial 12,5% 8,6% 9,5% 7,3% 9,1% 9,0% CB Atualizado 13,5% 14,2% 14,1% 12,2% 9,9% 14,2% CB Atualizado sem limites 13,5% 15,4% 16,1% 14,2% 11,9% 15,5% Real -15,0% 2,7% 3.0% -3,8% -0,8% 2,1% -CB Inicial CB Atualizado CB Atualizado sem limites ----Real

Gráfico 47 – Evolução das margens EBITDA reais e previstas no CB Inicial, no CB Atualizado e no CB Atualizado sem limites⁵⁸

Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

À luz 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 assunção do risco decorrente da variação da produção do hospital (risco de procura) pelo parceiro privado 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 custos⁵⁹.

Com efeito, o facto de as margens EBITDA reais terem sido substancialmente inferiores àquelas que decorrem do CB Atualizado – o qual, como referido, representa a rentabilidade operacional que seria expectável que o parceiro privado tivesse, com o nível de produção real e com a estrutura de custos que estimou aquando do processo de formação dos seus preços – confirma que os mecanismos contratualmente previstos implicaram, de facto, uma efetiva transferência do risco de exploração para o parceiro privado, na medida em que o impacto resultante do facto de a estrutura de custos inicialmente

W. XXX

⁵⁸ Como referido, no CB Atualizado sem limites considerou-se, para efeitos de determinação das receitas da EGEST, não só a produção sujeita aos limites contratuais, mas toda a produção efetiva.

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. Por esta razão, e tal como se verifica no gráfico, as margens EBITDA do CB Atualizado sem limites seriam naturalmente superiores às que decorrem do CB Atualizado (que apenas considera as receitas que resultam da produção com limites),

prevista ter ficado substancialmente aquém da que veio a verificar-se, foi integralmente absorvido pela EGEST, residindo, assim, na sua esfera não só o risco de procura, como também o decorrente da estimativa de custos (por si) efetuada, que para o período analisado não teve, de facto, aderência à realidade.

3.2.1.1.5. Simulação dos potenciais encargos do Estado com o Hospital de Loures, caso fossem aplicados os termos de contratualização aplicáveis aos hospitais EPE

107. Tendo em vista a aferição da economia do modelo de gestão privada do serviço público realizado pelo Hospital de Loures, face ao modelo de gestão pública, e financiamento, 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 Loures fosse remunerada nos termos definidos para os hospitais EPE (com base nos termos de referência para contratualização de cuidados de saúde, vertidos nos designados Contratos-Programa) e efetuada a sua comparação com a remuneração atualmente auferida pela EGEST, tendo por base o que se encontra estabelecido no Contrato de Gestão. Esta análise foi realizada tendo por base o período compreendido entre 2013 e 2017, encontrando-se o resultado do referido exercício ilustrado no quadro seguinte.

Página 137 de 331

Quadro 21 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação dos termos de contratualização definidos para os hospitais EPE e a remuneração decorrente da aplicação dos preços, limites e restantes termos contratuais estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2013 e 2017

Valores em milhares de euros

Remuneração Preços base SNS - EPE	2013	2014	2015	2016	2017
Internamento e Ambulatório	48 060	53 535	55 591	46 164	47 090
Internamento RNCCI	0	0	0	0	O
Consulta Externa (1)	10 820	11 634	12 283	11 772	11 424
Urgência	9 621	9 833	9 892	0	0
Disponibilidade do Serviço de Urgência	0	0	0	8 078	8 820
Hospital de Dia	297	374	426	523	602
Casos e Atos Específicos	0	330	444	471	747
VIH/SIDA	2 100	2 878	3 877	4 564	5 399
Hemodiálise	992	1 098	1 044	1 053	1 060
Remuneração base anual da EGEST	71 890	79 681	83 557	72 626	75 142

Remuneração Preços base Contrato de Gestão	2013	2014	2015	2016	2017
Internamento e Ambulatório (2)	50 316	55 626	56 731	56 117	58 362
Internamento RNCCI	48	77	91	167	147
Consulta Externa (3)	13 903	14 517	15 747	15 777	15 970
Urgência	13 760	14 915	14 852	15 854	15 823
Disponibilidade do Serviço de Urgência	2 812	1 864	2 816	2 854	2 891
Hospital de Dia	722	1 140	1 171	1 489	1 568
Casos e Atos Específicos	0	330	444	471	866
VIH/SIDA (3)	0	70	73	83	96
Hemodiálise (2)	0	279	264	268	274
Remuneração base anual da EGEST	81 562	88 818	92 188	93 081	95 996

Página 138 de 331

Remuneração Diferença	2013	2014	2015	2016	2017
Internamento e Ambulatório	-2 256	-2 091	-1 140	-9 953	-11 272
Internamento RNCCI	-48	-77	-91	-167	-147
Consulta Externa	-3 084	-2 884	-3 463	-4 005	-4 546
Urgência	-4 140	-5 082	-4 960	-15 854	-15 823
Disponibilidade do Serviço de Urgência	-2 812	-1 864	-2 816	5 224	5 929
Hospital de Dia	-426	-767	-745	-967	-966
Casos e Atos Específicos	0	0	0	0	-119
VIH/SIDA	2 100	2 808	3 804	4 481	5 303
Hemodiálise	992	819	780	784	786
Total	-9 672	-9 136	-8 630	-20 456	-20 854

Notas: (1) Na valorização da produção de Consulta Externa a preços SNS, por simplificação, não foi considerada a majoração (em 10%), aplicável aos hospitais EPE, das primeiras consultas realizadas que tenham sido referenciadas pelos cuidados primários através do CTH.

- (2) Nos termos do Contrato de Gestão, a atividade relativa à hemodiálise insere-se na linha de ambulatório médico. Para permitir a comparabilidade de valores, a remuneração da linha de internamento e ambulatório exclui o montante correspondente à hemodiálise, sendo esta apresentada separadamente, admitindo que a respetiva produção foi integralmente remunerada ao preço aplicável ao primeiro escalão nos termos contratualmente previstos.
- (3) Nos termos do Contrato de Gestão, a atividade relativa ao VIH/SIDA insere-se na linha de consulta externa. Para permitir a comparabilidade de valores, a remuneração da linha de consulta externa exclui o montante correspondente ao VIH/SIDA, sendo este apresentado separadamente.
- Os valores relativos à remuneração com os preços base SNS-EPE refletem a produção efetiva realizada antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.
- Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Equipa de Projeto, com base em Contratos-Programa, informação disponibilizada pela ACSS, dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT.

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

Os resultados apresentados no quadro anterior refletem, naturalmente, por um lado, 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 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 referência da contratualização dos EPE (não só ao nível dos preços, como também ao nível da produção contratualizada).

Por outro lado, no que diz respeito à área de internamento e ambulatório, os diferentes montantes de remuneração apresentados no quadro supra, para além do fator preco, refletem

The state of the s

ainda o efeito decorrente da adoção de diferentes agrupadores de GDH por parte do parceiro privado e dos hospitais EPE, ao longo dos anos, com impacto ao nível da quantificação da produção e da respetiva complexidade, constatando-se que no caso do Hospital de Loures os efeitos preço e agrupador são de sentido contrário. Efetivamente, como evidenciado adiante, os preços do internamento e ambulatório aplicáveis ao parceiro privado, definidos contratualmente, foram inferiores (relativamente a ambos os escalões de produção) ao preço (único) pelo qual os hospitais EPE são remunerados. Em sentido contrário, para a produção realizada pelo Hospital de Loures, os agrupadores de GDH aplicáveis aos hospitais EPE ao longo do período analisado (AP27 em 2013 e 2014 e APR31 de 2015 em diante) conduziriam ao apuramento de um número de doentes equivalentes e, de 2015 em diante, de um ICM global inferiores aos resultantes da adoção do agrupador de GDH contratualmente estabelecido (AP21). Acresce ainda o facto de, nos hospitais EPE, os ICM não terem necessariamente em conta a complexidade da produção efetiva de cada um dos anos, devido ao facto de a respetiva atualização não ser realizada com a periodicidade anual definida nos termos do Contrato de Gestão. Na medida em que o efeito decorrente da diferença de preços foi mais do que compensado pelo impacto resultante da adoção de diferentes agrupadores de GDH, a remuneração do parceiro privado na linha de internamento e de ambulatório foi superior à que seria auferida pelos hospitais EPE.

Adicionalmente, destaca-se ainda o facto de, nos termos contratualmente definidos, a remuneração da EGEST compreender uma componente destinada ao pagamento pela disponibilidade do serviço de urgência, no valor anual de aproximadamente 2,9 milhões de euros no período em análise (sujeito à aplicação de deduções por indisponibilidade), o que, pelo tipo de urgência de que o Hospital de Loures dispõe (urgência médico-cirúrgica), apenas passou a ter paralelo nos termos contratuais dos hospitais EPE em 2016, tendo, no entanto, o pagamento dos atendimentos urgentes passado a ser efetuado ao abrigo desta componente de disponibilidade⁶⁰. Deste modo, enquanto a EGEST foi, nos termos do Contrato de

A remuneração dos atendimentos urgentes passou, então, a ser efetuada, desde 2016, em função de duas componentes: (i) uma componente de valor fixo, dos quais 95% atribuídos em função da disponibilidade componentes: (i) uma componente de valor fixo, dos quais 95% atribuídos em função da disponibilidade de serviço nas três tipologias de urgência, e os restantes 5% atribuídos em função do desempenho, aferido

Página 140 de 331



⁶⁰ Em 2015, o SNS introduziu nos Contratos-Programa o pagamento por disponibilidade nos serviços de urgência, mas apenas aos hospitais EPE com serviço de urgência básica, no valor anual de 1,0 milhão de euros por unidade hospitalar, tendo por base, em 2016 e 2017, um volume de atividade médio expectável de 35.000 episódios. Nos Contratos-Programa de 2016 e de 2017, com o objetivo de cobrir os custos eficientes referentes à capacidade instalada no serviço de urgência, o SNS alargou o pagamento por disponibilidade do serviço de urgência aos serviços de urgência médico-cirúrgica - no valor anual de 5,0 milhões de euros, para um volume de atividade médio expectável de 100.000 episódios - e aos serviços de urgência polivalente - no valor anual de 17,0 milhões de euros, para um volume de atividade médio expectável de 170.000 episódios.

Gestão, remunerada em função do nível de atividade efetivamente prestado no serviço de urgência e pela respetiva disponibilidade ao longo de toda a execução contratual, os hospitais EPE com serviço de urgência médico-cirúrgica foram, em 2014 e 2015, remunerados exclusivamente em função da atividade produzida — constatando-se, pela análise do quadro apresentado de seguida, que os preços a estes pagos foram substancialmente inferiores aos do primeiro escalão da EGEST —, tendo os mesmos, em 2016 e 2017, passado a ser remunerados pelos atendimentos urgentes apenas através da componente de disponibilidade do serviço de urgência, cujo valor, apesar de superior ao da EGEST, foi inferior ao total da remuneração por esta auferida considerando a atividade realizada (atendimentos efetivos) e a disponibilidade de urgência.

Da mesma forma, a remuneração auferida pelo parceiro privado pela produção relativa à consulta externa superou aquela que caberia aos hospitais EPE, devido ao facto de os preços contratualmente estabelecidos (para ambos os tipos de consulta, primeiras e subsequentes) excederem o preço (único) pelo qual os hospitais EPE são remunerados.

Em sentido contrário, a atividade desenvolvida no Hospital de Loures para o tratamento de doentes com infeção VIH/SIDA, ao ser enquadrada no âmbito da consulta externa — paga mediante preço compreensivo ⁶¹ — foi remunerada por um valor substancialmente inferior àquele que decorreria da prestação de tais cuidados de saúde por parte dos hospitais EPE, os quais são remunerados no contexto do programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA, programa este inserido nos Contratos-Programa.

Apresentam-se, de seguida, os preços a que foram remuneradas as diversas linhas de produção do Hospital de Loures, nos termos do Contrato de Gestão — estes últimos estabelecidos em função da proposta apresentada pela EGEST no âmbito do procedimento concursal da parceria —, e os preços praticados nos hospitais EPE para essas mesmas linhas de produção.

Quadro 22 – Comparação entre os preços definidos para os hospitais EPE e os preços estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2013 e 2017

Página 141 de 331

através de indicadores de acesso e qualidade assistencial no serviço de urgência; e (ii) uma componente de valor variável, em função da atividade marginal e inesperada que seja necessária para além dos valores expectáveis e desejáveis contratados, a qual será remunerada a um preço marginal.

Nos termos da alínea b) do n.º 3.2. do Anexo VI ao Contrato de Gestão, os preços da consulta externa compreendem todos os serviços inerentes aos cuidados prestados, incluindo, entre outros, todos os cuidados médicos, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica e os medicamentos dispensados pela farmácia hospitalar.

Valores em euros

Preço unitário por linha de produção	2013	2014	2015	2016	2017
INTERNAMENTO E AMBULATÓRIO	2013		2013	2010	2017
1.º Escalão					
Contrato de Gestão HBA PPP	1 994€	1 994 €	1 983 €	1 999 €	2 025€
Hospitais EPE	2 142 €	2 120 €	2 285 €	2 285 €	2 285 €
Diferença	-148€	-127 €	-302€	-286€	-260 €
Dicteria	-7%	-6%	-13%	-12%	-11%
2.º Escalão		070	1370	12/0	11/0
Contrato de Gestão HBA PPP	1 646 €	1 646 €	1 637 €	1 650€	1 672€
Hospitais EPE	2 142 €	2 120 €	2 285 €	2 285 €	2 285 €
Diferença	-496€	-475€	-648€	-635€	-613 €
Diferença	-23%	-22%	-28%	-28%	-27%
DIAS DE INTERNAMENTO PROLONGADO	23 / 0		2070	2070	2770
Contrato de Gestão HBA PPP	16€	16€	16€	16€	16€
Hospitais EPE	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Diferença	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Dictorya	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a
CONSULTA EXTERNA			1110		
Primeiras consultas					
Contrato de Gestão HBA PPP	71 €	71 €	70€	71 €	72€
Hospitais EPE	45€	44€	44€	42€	42€
Section Section 2					
Diferença	25€	27 €	27 €	29 €	30 €
	56%	62%	61%	68%	71%
Consultas subsequentes					
Contrato de Gestão HBA PPP	52€	52€	51€	52€	53 €
Hospitais EPE	45€	44€	44€	42€	42€
Diferença	6€	8€	8€	10 €	11€
	14%	19%	18%	23%	25%
URGÊNCIA			All Control of the Co		
1.º Escalão - Atendimento					
Contrato de Gestão HBA PPP	122€	122€	122€	123 €	124€
Hospitais EPE	56€	54€	54€	n.a.	n.a
Diferença	66€	68€	68€	n.a.	n.a
	118%	127%	126%	n.a.	n.a
2.º Escalão - Atendimento					
Contrato de Gestão HBA PPP	104€	104€	103 €	104€	106€
Hospitais EPE	56€	54€	54€	n.a.	n.a
Diferença	48 €	50 €	50€	n.a.	n.a
	85%	93%	92%	n.a.	n.a
Verdes e azuis - Atendimento					
Contrato de Gestão HBA PPP	52€	52€	51€	52€	53 €
Hospitais EPE	56€	54€	54€	n.a.	n.a
Diferença	-4€	-2€	-2€	n.a.	n.a
	-8%	$-4^{0}/_{0}$	$-4^{0}/_{0}$	n.a.	n.a
Disponibilidade do Serviço de Urgência		1500.5	45.1 (5)	A (100) - 100	
Contrato de Gestão HBA PPP	2,85 M€	2,85 M€	2,83 M€	2,85 M€	2,89 M€
Hospitais EPE	n.a.	n.a.	n.a.	8,08 M€	8,82 M
Diferença	n.a.	n.a.	n.a.	-5,22 M€	-5,93 M€
z necenya	n.a.	n.a.	n.a.	-65%	-67%
	11.2.	11.2.	11.71.	-0370	-077

Página 142 de 331

Preço unitário por linha de produção	2013	2014	2015	2016	2017
HOSPITAL DE DIA					
Psiquiatria					
Contrato de Gestão HBA PPP	84€	84 €	84€	85€	86€
Hospitais EPE	32€	30 €	30€	30€	30€
Diferença	53 €	54€	53 €	54€	56€
	166%	177%	175%	178%	186%
Imunohemoterapia					
Contrato de Gestão HBA PPP	127 €	127 €	126€	127 €	129€
Hospitais EPE	306€	294€	294€	294€	294€
Diferença	-179 €	-167 €	-167€	-166€	-165€
	-58%	-57%	-57%	-57%	-56%
Outras especialidades					
Contrato de Gestão HBA PPP	127 €	127 €	126€	127 €	129€
Hospitais EPE	21 €	20 €	20€	20€	20€
Diferença	106€	107 €	106€	107€	109€
	505%	530%	527%	532%	545%

<u>Fonte</u>: Equipa de Projeto, com base em Contratos-Programa, informação disponibilizada pela ACSS, Contrato de Gestão do Hospital de Loures e dados disponibilizados pela ARSLVT.

108. Como se pode constatar, não obstante para a linha de internamento e ambulatório – que representa a linha de atividade que mais contribui para a remuneração da EGEST – o preço unitário nos hospitais EPE ter superado os preços unitários do Contrato de Gestão, o mesmo não se verificou relativamente à generalidade dos atos das restantes linhas de produção praticados nos hospitais EPE, cujos preços unitários foram inferiores aos do Contrato de Gestão.

No que concerne à evolução dos preços das linhas de produção, 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 Loures 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 uniformemente 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, razão pela qual a generalidade dos preços aplicados aos hospitais EPE, nos termos dos respetivos Contratos-Programa 62, apresentou praticamente uma manutenção face aos de 2014.

Página 143 de 331

⁶² Salientando-se que, no caso dos contratos PPP, não podendo repercutir-se sobre os preços das linhas de produção (dado que os mesmos, como referido, são estipulados ao abrigo dos respetivos contratos de gestão), as eventuais restrições orçamentais apenas se poderão fazer sentir ao nível da produção contratualizada numa base anual entre o parceiro público e o parceiro privado.

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

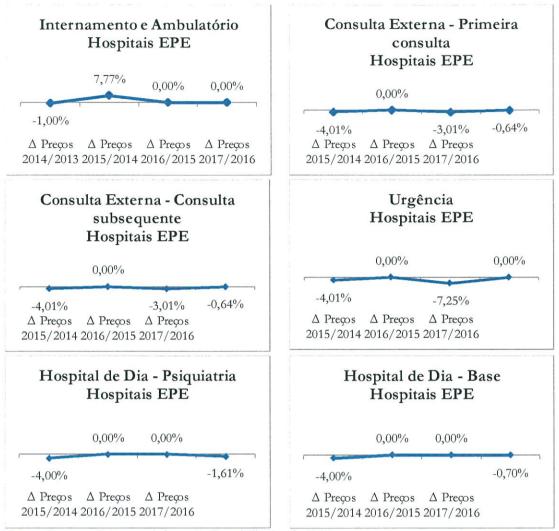
Gráfico 48 – Evolução da taxa de crescimento anual dos preços para as linhas de produção do Hospital de Loures, entre 2013 e 2017



Fonte: Contrato de Gestão do Hospital de Loures e dados disponibilizados pela ARSLVT.

Página 144 de 331

Gráfico 49 – Evolução das taxas de crescimento anual dos preços definidos para os hospitais EPE, entre 2013 e 2017



Fonte: Contratos-Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

109. Por outro lado, a diferença verificada entre os preços das linhas de produção do Hospital de Loures e os preços dos hospitais EPE deve-se ao facto de os do primeiro refletirem os valores propostos pela EGEST no âmbito do concurso tendente à celebração do Contrato de Gestão (sujeitos a atualização da inflação) tendo em vista a prossecução do objetivo de garantir a cobertura de todos os encargos que decorrem da sua atividade operacional, tanto ao nível da prestação de cuidados de saúde, como ao nível da remuneração dos investimentos que se revelem necessários durante toda a vigência do Contrato de Gestão, e ainda, por exemplo, o reembolso do eventual serviço da dívida e a remuneração dos acionistas da EGEST. 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

Página 145 de 331

AS .

tal raciocínio não pode ser aplicado, 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 face à estrutura de custos destes hospitais, e, portanto, induzir a geração de 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, em termos médios, no período compreendido entre 2013 e 2017 e para todos os hospitais EPE, 5,9% do valor das transferências efetuadas pelo SNS, quer através de aumentos de capital, representando estes, no mesmo período, cerca de 9,6% do total dessas transferências (considerando também os aumentos de capital).

Assim, caso na análise anteriormente protagonizada se considerassem, não apenas o resultado da aplicação dos termos 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.

ágina 146 de 331

Quadro 23 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação dos preços definidos para os hospitais EPE, após pagamento aos mesmos dos valores de convergência, e a remuneração que resulta da aplicação dos preços e limites estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2013 e 2017

Valores em milhares de euros

ALL DESCRIPTION OF SHARE STREET		2013	2014	2015	2016	2017
Remuneração Preços base SNS - EPE		71 890	79 681	83 557	72 626	75 142
Média do peso das convergências face ao total das transferências do SNS para os EPE entre 2013 e 2017	5,9%	4 237	4 697	4 925	4 281	4 429
Remuneração Preços base SNS - EPE com convergências		76 127	84 378	88 483	76 907	79 571
Remuneração Preços base Contrato de Gestão		81 562	88 818	92 188	93 081	95 996
Diferença		-5 435	-4 440	-3 705	-16 175	-16 425

Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Equipa de Projeto, com base em Contratos-Programa, informação disponibilizada pela ACSS, dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT, e dados disponibilizados pela ACSS.

110. Como referido, para colmatar os referidos défices dos hospitais EPE, o Estado tem também efetuado, para além do pagamento de valores de convergência, aumentos de capital nos hospitais EPE, os quais, no seu conjunto e em termos médios, representaram 9,6% do total de transferências e aumentos de capital efetuados no período em análise.

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

Página 147 de 331

Quadro 24 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação dos preços definidos para os hospitais EPE, após pagamento aos mesmos de valores de convergência e realização de aumentos de capital, e a remuneração que resulta da aplicação dos preços e limites estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2013 e 2017

Valores em milhares de euros

	2013	2014	2015	2016	2017
Remuneração Preços base SNS - EPE	71 890	79 681	83 557	72 626	75 142
Média do peso das convergências e dos aumentos de					
capital face ao total das transferências e aumentos de 9,60	% 6 912	7 661	8 034	6 983	7 225
capital do SNS para os EPE entre 2013 e 2017					
Remuneração Preços base SNS - EPE com	78 802	87 342	91 591	79 609	82 366
convergências e aumentos de capital	78 802	07 342	91 391	79 009	02 300
Remuneração Preços base Contrato de Gestão	81 562	88 818	92 188	93 081	95 996
Diferença	-2 760	-1 475	-597	-13 473	-13 630

Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

<u>Fonte</u>: Equipa de Projeto, com base em Contratos-Programa, informação disponibilizada pela ACSS, dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT, e dados disponibilizados pela ACSS.

111. Como referido, 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 ao internamento e ambulatório 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 ano, enquanto a remuneração aos hospitais EPE foi efetuada mediante a utilização de diferentes agrupadores de GDH entre 2013 e 2017, cuja maioria dos índices de *case-mix* de 2015 em diante são inferiores aos do agrupador utilizado pelo Hospital de Loures, não tendo os mesmos necessariamente 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.

112. Conclui-se, assim, que, pese embora os resultados apresentados acima pareçam denotar uma maior economia do modelo de EPE face ao modelo de PPP, importa ter em consideração que os preços da PPP de Loures 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

Página 148 de 331

realizados⁶³. 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 os mesmos ser reduzidos por questões de índole meramente orçamental, como poderá verificar-se no caso dos hospitais EPE -, como também a atualização anual do valor do ICM para efeitos de determinação da remuneração. Com efeito, no caso dos EPE, e ao contrário do que acontece com as PPP, quer os preços, quer o ICM, quer até os limites mínimos para a quantidade de produção, poderão ser alterados em função da realidade orçamental que se verificar em cada momento. Assim, a adoção do modelo de gestão pública dos hospitais EPE para a prestação do serviço público realizado no Hospital de Loures não permitiria qualquer transferência de riscos do parceiro público, ao contrário do verificado no modelo de PPP, em que os mesmos são transferidos para o parceiro privado. Acresce ainda, no caso dos hospitais EPE, que não obstante os aumentos de capital social já realizados, os mesmos se encontram, de uma forma geral, financeiramente desequilibrados, com capitais próprios negativos, o que indicia que estes aumentos de capital foram insuficientes para colmatar os défices de exploração gerados ao longo dos anos.

> 3.2.1.1.6. Constrangimentos à execução de facto de algumas disposições contratuais e aspetos que carecem de melhoria

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

Página 149 de 331 63 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.

Foi efetivamente o que sucedeu quanto à aplicação de alguns dos parâmetros de desempenho, onde, devido ao facto de os hospitais EPE não monitorizarem o mesmo tipo de parâmetros de desempenho que são avaliados no caso das PPP, não foi possível proceder ao exercício de *benchmark* previsto no Contrato para efeitos de avaliação da qualidade dos serviços assistenciais prestados pelo parceiro privado, que foram assim apenas avaliados numa lógica individual.

Por outro lado, tal como se refere no capítulo 3.2.1.1.9. do presente Relatório, a avaliação da "satisfação dos utentes" – que constitui uma das três dimensões do processo de avaliação global de desempenho do parceiro privado –, também por questões de falta de comparabilidade com os demais hospitais do SNS, não pôde ser considerada para efeitos do cômputo global da avaliação de desempenho no período analisado, embora o parceiro privado tenha ainda assim procedido à realização dos respetivos inquéritos, previstos contratualmente.

Neste contexto, entende-se que, nestes pontos em concreto, devem ser reforçados mecanismos que permitam, na execução do Contrato de Gestão, garantir a plena aplicabilidade de todos os instrumentos contratuais, sendo para tal fundamental, designadamente, uma maior uniformização ao nível, não só dos parâmetros de avaliação do desempenho das PPP e dos hospitais EPE, mas também do tipo de informação (e respetivas profundidade e periodicidade) prestada pelos diferentes hospitais.

Página 150 de 331

3.2.1.1.7. Processos de arbitragem e reservas de direito

114. No âmbito da execução do Contrato, foram despoletados pelo parceiro privado três processos de arbitragem para resolução de um litígio, tendo o mesmo efetuado ainda dez reservas de direito, que assinalam potenciais futuros pedidos de reposição do equilíbrio financeiro.

Resumem-se, nos quadros seguintes, os fundamentos associados aos referidos processos, os montantes peticionados pelo parceiro privado – quando aplicável –, bem como o ponto de situação de cada um deles, devendo salientar-se que, até ao momento, não foi paga qualquer compensação por parte do parceiro público a este respeito.

Quadro 25 - Processos de arbitragem

Tipo	Data de início	Evento gerador do processo	Montante do litígio	Data de resolução	Ponto de situação	Montante pago pela EPC
Arbitragem	02-09-2013	Responsabilidades pelos encargos com a formação dos médicos internos no âmbito da execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures em parceria público-privada.	4,6 M€	27-01-2017	Prolação, em 27 de janeiro de 2017, de decisão arbitral, nos termos da qual foi decidido, por maioria de votos dos árbitros, pelo não provimento integral da pretensão da EGEST. Na sequência de requerimento, a EGEST solicitou esclarecimentos e pronúncias adicionais, em sentença adicional, a respeito dos aspetos que não foram abordados na	
Mediação/ Arbitragem	17-09-2015	Determinação da entidade responsável pelos encargos financeiros decorrentes da prestação de cuidados de saúde em matéria de VIH/SIDA a utentes da AI do Hospital de Loures, incluindo o ressarcimento dos encargos já incorridos pela SGHL A EPC considera que os referidos cuidados estão incluidos no perfil assistencial do Hospital, nos termos do respetivo Contrato de	1 M€/ano	2	Processo de Mediação foi suspenso, uma vez que as partes não chegaram a acordo (27 de junho de 2019). A EGEST requereu a constituição do Tribinal Arbitral.	
Mediação	14-11-2017	Termos do apuramento do valor do pagamento de reconciliação nos anos 2012 a 2016 quanto: (i) ao momento inicial relevante para a elegibilidade de uma prestação de cuidados de saúde como Episódio de Internamento; (ii) à (in) elegibilidade de prestações de saúde registadas como Consultas Externas quando ocorridas no mesmo dia de um Episódio de Ambulatório Médico; (iii) à (in) elegibilidade como primeiras Consultas e prestações de saúde registadas como Consultas Externas pertencentes à mesma especialidade médica; (iv) à (in) elegibilidade como Atendimentos em Urgência de episódios de assistência realizados no SU a um mesmo Utente e ocorridos nas 48 horas anteriores a um Atendimento em Urgência que dé origem a um Episódio de Intermamento; e		-	Acordo conciliatório entre as Partes com sanação do litígio quanto a dois dos seis pontos em divergência, datado de 25 de janeiro de 2019.	

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

Página 151 de 331

Quadro 26 - Reservas de direito

Tipo	Data do Pedido	Evento Gerador do Pedido	Montante pedido	Data de Resolução	Ponto de Situação	Montante de compensação paga pela EPC
Reserva de direito	16-05-2017	Viaturas VMER	-	-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	
Reserva de direito	20-05-2016	Entrada em funcionamento do sistema de livre escolha e circulação de doentes no SNS	15	Œ	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	
Reserva de direito	20-07-2016	Implementação do sistema de codificação clínica ICD-10-CM/PCS	(-	-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	-
Reserva de direito	26-05-2017	Implementação da Portaria SIGA SNS, da Portaria TMRG e do Despacho relativo à	-	-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	-
Reserva de direito	27-06-2017	Dispensa obrigatória dos medicamentos aos cidadões de Profilaxia Pré- Exposição da	87	-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	-
Reserva de direito	28-09-2017	Novos regimes jurídicos das Carreias Farmacêutica e de Técnicos Superiores de Saúde	(7.)	-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	-
Reserva de direito	07-11-2017	Política de Cibersegurança da Saúde		-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	-
Reserva de direito	27-07-2018	Obrigatoriedade da utilização de telerrastreio dermatológico na referênciação para a primeira		-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	7
Reserva de direito	23-08-2018	Alteração ao programa de financiamento da terapêutica para o tratamento da Hepatice C		NT.	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	-
Reserva de direito	19-09-2018	Regime de prevenção e controlo da doença dos legionários (Legionella)	(3)	-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	*

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

3.2.1.1.8. Análise histórica dos principais indicadores de eficiência

115. Tendo por base os princípios subjacentes à Metodologia (cfr. capítulo 2.2 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, ao contrário do que acontece com os hospitais EPE – onde, com efeito, potenciais menores eficiências ao nível da estrutura de custos se materializam, a final, na esfera do Estado.

Com efeito, de acordo com a matriz de risco que em regra vigora nas PPP e que, no caso específico da parceria hospitalar de Loures, se aplica, os riscos operacional e de eficiência da estrutura de custos encontram-se alocados à esfera do parceiro privado, não sendo ao Estado imputados quaisquer eventuais impactos da deterioração da eficiência operacional do parceiro privado.

Tendo por base este enquadramento, no presente capítulo analisa-se a eficiência da PPP de Loures, numa lógica individual, tendo por base as obrigações previstas contratualmente, e recorrendo ao resultado dos indicadores que se apresentam de seguida:

Página 152 de 331

(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 para procedimentos ambulatorizáveis, remetendo-se a parte da análise da eficiência dos recursos humanos e dos custos operacionais para o capítulo 3.2.1.2.3 do presente Relatório.

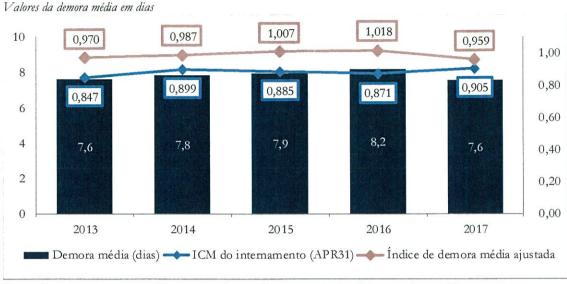
116. O índice de demora média ajustada ("IDMA") procede ao ajustamento da demora média da instituição hospitalar em função da distribuição de episódios pelos diferentes níveis de severidade da doença, correspondendo à demora média que o hospital apresentaria se tivesse a demora média por GDH do grupo, 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 em que se insere.

Tal como o demonstra o gráfico seguinte, o aumento da demora média e do ICM do internamento verificado entre 2013 e 2016 conduziram a um aumento do índice de demora média ajustada, que passou de 0,970 para 1,018 em igual período. Em sentido contrário, não obstante o ICM do internamento ter registado um novo aumento, assistiu-se em 2017 a uma diminuição da demora média, o que permitiu a redução do índice de demora média ajustada, para 0,959, valor que, sendo inferior a 1, demonstra a existência de eficiência relativa do Hospital de Loures.

Página 153 de 331

Gráfico 50 – Índice de demora média ajustada, demora média e ICM do internamento (APR31), entre 2013 e 2017



Notas: Os valores da demora média apresentados consideram a produção relativa a recém-nascidos.

Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT, e dados disponibilizados pela ACSS.

Refira-se que, de acordo com o relatório e contas do parceiro privado, a redução da demora média alcançada em 2017 resultou da implementação de um projeto específico para o efeito, o que se traduziu num aumento da sua eficiência operacional, patente na redução do número de dias de internamento e na libertação de camas e, consequentemente, na diminuição dos custos unitários por alta, com maior taxa de rotação e número de altas.

117. No que concerne ao indicador que mede a percentagem de cesarianas no total de partos, importa referir que, 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 aquilo que ditam 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

Página 154 de 331

Tal como se verifica pelo gráfico seguinte, o peso das cesarianas no total de partos do Hospital de Loures apresentou uma muito ligeira volatilidade ao longo do período de execução, tendo-se situado em todos os anos analisados abaixo dos respetivos valores de referência.

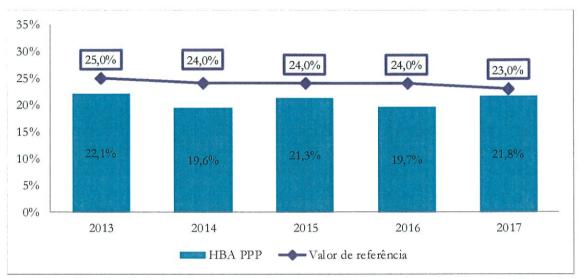


Gráfico 51 - Percentagem de cesarianas no total de partos, entre 2013 e 2017

Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados para cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação do respetivo parâmetro de desempenho.

<u>Fonte</u>: Informação disponibilizada pela ACSS e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

118. Apresenta-se, de seguida, o peso das cirurgias de ambulatório no total das cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis e identificadas já como procedimentos ambulatorizáveis, 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 sociofamiliares, económicos e psicológicos para o doente. De acordo com o gráfico seguinte, verifica-se que os resultados alcançados pelo Hospital de Loures ficaram todos os anos acima de 80%.

5 de 331

Página 155 de 331

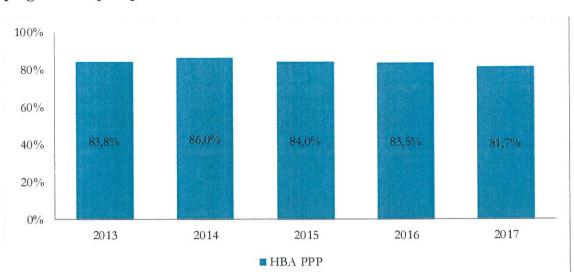


Gráfico 52 - Percentagem de cirurgias de ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, entre 2013 e 2017

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

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

119. Em linha com os princípios enunciados no capítulo 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 esta 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.

A este respeito, importa notar que, no caso das PPP em particular, 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

Página 156 de 331

atingido –, foi incluído⁶⁴ 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.

Com efeito, nos termos do previsto no Contrato de Gestão (cfr. cláusula 58.ª), o parceiro privado encontra-se obrigado a manter um sistema de gestão da qualidade do estabelecimento hospitalar, que integra, entre outras, as componentes apresentadas no esquema seguinte.



Assim, prevê o Contrato de Gestão um conjunto de mecanismos, não só de garantia da qualidade desejável, mas também de monitorização da atuação do parceiro privado no sentido de alcançar essa qualidade, tendo por base a eventual aplicação de deduções, a efetuar em função dos níveis de desempenho da EGEST em termos de resultados assistenciais, mediante a verificação do cumprimento de um vasto conjunto de parâmetros de desempenho de resultado e de serviço (cfr. cláusula 28.ª e Anexo IX ao Contrato de Gestão).

Para além da monitorização e avaliação dos resultados assistenciais alcançados, o processo de aferição da qualidade e do desempenho do parceiro privado engloba ainda um processo anual de avaliação global do seu desempenho, considerando para tal três dimensões:

Página 157 de 331

⁶⁴ No âmbito do procedimento que levou à formação do contrato.

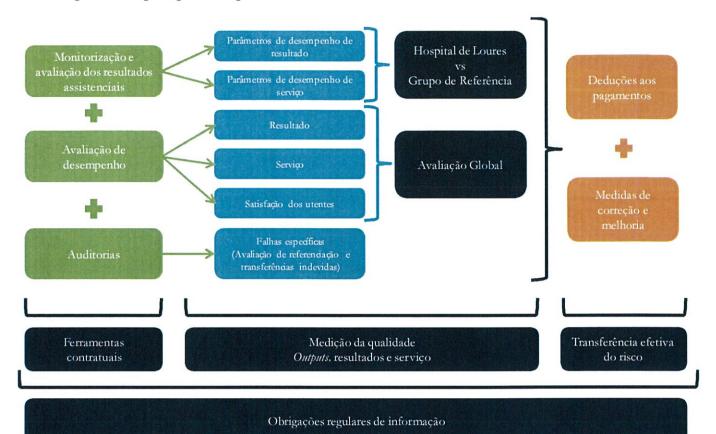
(i) resultados, (ii) serviço e (iii) satisfação dos utentes. No que se refere às dimensões de resultados e de serviço, as mesmas são avaliadas através da verificação do cumprimento dos parâmetros de desempenho de resultado e de serviço, respetivamente. Por sua vez, a dimensão relativa à satisfação dos utentes é avaliada através da realização de inquéritos e do posterior cálculo do índice de satisfação dos utentes. Os referidos parâmetros de desempenho são quantitativos e a sua medição é produzida automaticamente pelo sistema de informação da EGEST.

Paralelamente, o parceiro público recorre ainda a processos de auditoria, designadamente para aferir da existência de transferências e referenciação indevidas de utentes, o que, a verificar-se, constitui uma falha específica (nos termos da cláusula 72.ª do Contrato de Gestão), conduzindo, portanto, à aplicação de deduções ao parceiro privado.

Neste contexto, e tendo presente quer o referido potencial de aplicação de deduções aos pagamentos que o parceiro público faz à EGEST, quer a obrigatoriedade de o parceiro privado implementar um conjunto de medidas corretivas, tendentes a melhorar o seu nível de avaliação, quando o mesmo não atinja os níveis considerados desejáveis, entende-se que a arquitetura do Contrato de Gestão reúne as condições necessárias para ser assegurada uma efetiva transferência de risco para o parceiro privado, no que à qualidade diz respeito. Para este desiderato contribuem decisivamente, não só as ferramentas ao dispor do parceiro público — nas quais se inclui, a título de exemplo, a realização de auditorias e visitas inspetivas às várias áreas de atividade, designadamente ao funcionamento de serviços clínicos, incluindo dotação de recursos humanos e equipamentos e sistemas médicos, além de serviços /atividades não clínicas, como procedimentos de identificação de terceiros pagadores, entre outros —, mas também as obrigações regulares de prestação de informação a que o parceiro privado se encontra adstrito (cfr. esquema seguinte), que pretendem, na medida do possível, mitigar o "custo de agência" acima mencionado.

Página 158 de 331

Esquema 27 - Mecanismos de controlo e garantia da qualidade dos serviços prestados pelo parceiro privado



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

Ao longo da execução do Contrato, e no que se refere à vertente de avaliação da "satisfação dos utentes", importa notar que não foi possível avaliar esta componente em virtude da inexistência de um referencial de comparação dos resultados. Com efeito, nos termos da cláusula 74.ª do Contrato de Gestão, essa avaliação deve ser feita por comparação com os índices de satisfação de Utentes obtidos pelos hospitais públicos de classificação equivalente à do Hospital de Loures incluídos nos inquéritos de satisfação de Utentes realizados pelo Ministério da Saúde.

Sucede que durante a entrada em funcionamento do Hospital de Loures (2012) não foram realizados pelo Ministério da Saúde inquéritos de satisfação dos utentes, em termos que permitissem a comparação desses resultados com o nível de satisfação da PPP de Loures⁶⁵, o que impediu a avaliação, nos termos contratuais, da satisfação dos utentes.

Página 159 de 331

Refira-se que, apesar de em 2015 o Ministério da Saúde ter procedido à realização de inquéritos de satisfação dos utentes das instituições hospitalares, tal análise não foi efetuada ao nível dos serviços prestados por ¿

Sem prejuízo, nos termos da cláusula 58.ª e do Anexo IX ao Contrato de Gestão, caso "[...] o Ministério da Saúde não realize os inquéritos [...], a Entidade Gestora do Estabelecimento obrigase a realizar, de acordo com metodologia própria da Entidade Gestora do Estabelecimento aprovada pela Entidade Pública Contratante [...] inquéritos preparados e realizados por entidade independente, e a comunicar os resultados à Entidade Pública Contratante", tendo, como tal, aquela entidade elaborado avaliações próprias, recorrendo à empresa Qmetrics para o efeito.

As avaliações assim obtidas têm sido globalmente "muito positivas" (¿fr. gráfico seguinte), com as áreas de cirurgia de ambulatório e de hospital dia a registar os valores mais elevados, sendo a urgência a linha de atividade com pior avaliação por parte dos utentes.

85,1 82,0 83,1 80,3 100 80 60 40 20 Hospital Dia Internamento Hospital Dia Hospital Dia nternamento Cons. Externa Urgência nternamento Cons. Externa Hospital Dia Cons. Externa Internamento Cons. Externa Hospital Dia Internamento Cirurg. Ambul. Cons. Externa Cirurg. Ambul. Cirurg. Ambul. Urgência Cirurg. Ambul. Urgência Cirurg. Ambul. Urgência 2013 2014 2015 2016 2017 Índice de Satisfação Global

Gráfico 53 – Índice de satisfação dos utentes, por linha de atividade e em termos globais, entre 2013 e 2017

Nota: Classificação: negativo: [0;40]; neutro: [40;60]; positivo: [60; 80]; muito positivo: [80; 100].

Fonte: Equipa de Projeto, a partir dos relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

120. No que se refere às demais dimensões que compõem a avaliação global de desempenho, os "resultados" e o "serviço", constata-se terem registado alguma volatilidade entre 2013⁶⁶ e 2017, apresentando-se, no quadro seguinte, a classificação global efetivamente obtida pela EGEST ao longo do período de execução do Contrato. Com efeito, não se

Página **160** de **331**

My Hom

cada instituição (procedendo antes a uma avaliação macro da satisfação global dos utentes), o que inviabilizou a sua consideração para efeitos de avaliação global do desempenho do parceiro privado na vertente da "satisfação dos utentes".

Note-se que, nos termos do n.º 3.7 do Anexo IX ao Contrato de Gestão, no ano de 2012 – primeiro ano de funcionamento do Hospital de Loures – a EGEST apenas se encontrava obrigada a monitorizar os PDR do grupo A, sendo a avaliação e a eventual aplicação de deduções devidas apenas a partir de 2013.

verificou uma tendência clara de evolução da avaliação da componente de "serviço", que variou entre o "insatisfatório" e o "bom", tendo a avaliação da componente de resultado variado entre o "bom" e o "muito bom".

Quadro 28 - Avaliação global de desempenho da EGEST, entre 2013 e 2017

Avaliação de desempenho	2013	2014	2015	2016 (2)	2017 (3)
Resultados	Muito Bom	Bom	Bom	Bom	Muito Bom
Serviço	Bom	Satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Satisfatório
Satisfação dos utentes (1)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Global	Muito Bom	Bom	Bom	Satisfatório	Bom

Notas: (1) Não obstante o Contrato de Gestão estabelecer que a avaliação de desempenho da EGEST na componente de satisfação de utentes seja efetuada mediante a comparação entre os índices de satisfação dos utentes do Hospital de Loures 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, a partir de 2010, o Ministério da Saúde não ter realizado os inquéritos de satisfação dos utentes.

(2) Classificação provisória, dependendo da validação da produção efetiva por intermédio de auditorias clínicas, para efeitos de apuramento final do pagamento de reconciliação, o qual poderá ter impacto na finalização do processo de avaliação da performance da Entidade Gestora do Estabelecimento.

(3) Classificação provisória em virtude da revisão dos PDR relativos à atividade do Serviço de Urgência, e PDS conexos, considerando o recálculo aprovado pela EPC e recentemente apresentado pela EGEST.

<u>Fonte</u>: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos em março de 2019 pela ARSLVT e informação disponibilizada pela ARSLVT.

121. No quadro seguinte apresentam-se os valores das deduções aplicadas com referência ao período compreendido entre 2012 e 2017, sendo que o peso dos mesmos no total da remuneração representou entre 1% e 4% do total da remuneração, abaixo do valor máximo de 5% contratualmente estabelecido⁶⁷.

Página **161** de **331**

Py Men De Alem

Nos termos do previsto no n.º 4 da cláusula 73.ª do Contrato de Gestão, o montante a deduzir anualmente em resultado de falhas de serviço e de resultado não pode ultrapassar o limite máximo de 5% da remuneração base anual da EGEST.

Quadro 29 - Deduções aplicadas à EGEST, entre 2012 e 2017

Valores em milhares de euros

Deduções	2012	2013	2014	2015	2016 (1)	2017 (2)
Falhas específicas	19 809	60 437	19 414	72 620	0	0
Transferências indevidas do Internamento	19 809	60 262	19 414	72 444	0	0
Transferências indevidas RNCCI	0	175	0	175	0	0
Falhas de desempenho de resultado	0	203 666	644 664	667 680	1 029 784	0
Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efetiva	0	0	0	223 317	0	0
Número de Episódios de Cirurgia do Ambulatório e de Episódios de Ambulatório Médico da Produção Efetiva por GCD relativamente à AI do Estabelecimento Hospitalar face ao Número de Episódios de Cirurgia do Ambulatório e de Episódios de Ambulatório Médico verificados para a população da AI	0	0	27 455	0	0	0
Número de Episódios de Cirurgia do Ambulatório e de Episódios de Ambulatório Médico da Produção Efetiva por GCD relativamente à AI do Estabelecimento Hospitalar face à Produção Prevista	0	108 462	0	0	0	0
Taxa de infeção urinária em doentes internados algaliados	0	0	353 136	0	0	0
Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 0	0	0	0	7 159	0	0
Taxa de execução de relatórios operatórios sobre o total de Intervenções Cirúrgicas	0	17 924	133	0	0	0
Taxa de execução de técnicas com Consentimento Informado	0	77 280	60 613	0	0	0
Taxa de doentes que permanecem na urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 3 horas	0	0	0	26 159	56 058	0
Taxa de doentes que permanecem na urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 6 horas	0	0	19 431	108 974	225 490	0
Tempo médio de permanência no serviço de urgência	0	0	56 369	70 768	103 181	0
Taxa de utentes que abandonam o serviço de urgência após a	0	0	127 527	231 303	645 055	0
triagem sem serem atendidos		161 742	262 415	1 267 929	2 152 250	1.070.522
Falhas de desempenho de serviço	0	161 742			3 152 250	0 0
Codificação dos Episódios de Internamento e das Intervenções em Cirurgia de Ambulatório e dos Episódios de Ambulatório Médico é realizada dentro dos prazos estabelecidos no regulamento interno do núcleo de codificação.	0	79 920	98 149	9 087	12 775	0
Emtrega de toda a informação trimestral exigida nos termos da alínea a) do n.º 4 da Cláusula 18ª, excluindo a informação trimestral constante dos Parâmetros de Desempenho de Serviço da Entidade Gestora do Estabelecimento n.ºs 2, 6 e 13.	0	81 822	0	0	0	0
Valor satisfatório em 50% dos parâmetros de desempenho com resultados insatisfatórios em dois relatórios de avaliação consecutivos	0	0	0	117 992	1 256 600	215 905
Valor satisfatório em 100% dos parâmetros de desempenho com resultados insatisfatórios em dois relatórios de avaliação consecutivos	0	0	265 266	1 140 749	1 882 875	863 618
Total sem aplicação dos limites contratuais	19 809	425 845	1 027 493	2 008 128	4 182 034	1 079 523
Valor máximo aplicável (5% da remuneração base anual) às	2 567 417	4 092 147	4 421 106	4 589 343	4 654 074	4 797 878
falhas de desempenho de resultado e de serviço						

Notsa: (1) Os valores apresentados têm por base dados provisórios, dependentes da validação da produção efetiva por intermédio de auditorias clínicas, para efeitos de apuramento final do pagamento de reconciliação.

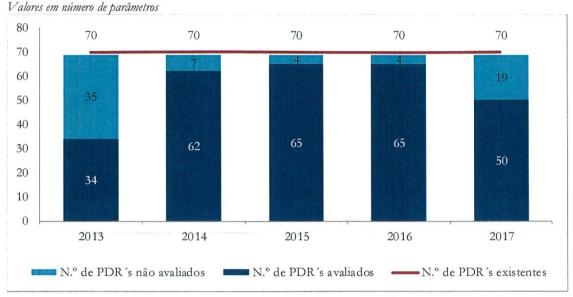
<u>Fonte</u>: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, com referência ao período compreendido entre 2012 e 2015 e 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Página 162 de 331

⁽²⁾ Os valores apresentados têm por base dados provisórios, dependentes da revisão dos PDR relativos à atividade do Serviço de Urgência, e PDS conexos, considerando o recálculo aprovado pela EPC e recentemente apresentado pela EGEST.

122. Nesta sede, importa ter presente que, como se pode constatar no gráfico seguinte, a avaliação do desempenho do parceiro privado ficou limitada pela verificação de vários constrangimentos que levaram a que, na prática, diversos parâmetros de resultado ("PDR") previstos no Contrato de Gestão não tenham sido objeto de avaliação no período em análise.

Gráfico 54 – Repartição do número de parâmetros de desempenho de resultado, por parâmetros objeto, ou não, de avaliação, entre 2013 e 2017



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

Desde logo, devido à não obtenção atempada ou inexistência de dados comparáveis dos hospitais do grupo de referência, que permitissem proceder ao ajustamento dos resultados do Hospital de Loures à casuística daqueles, nunca se afigurou possível a fixação de valores de referência que tivessem em consideração o exercício de ajustamento que o Contrato de Gestão prevê que se realize para quatro⁶⁸ dos parâmetros de desempenho de resultado definidos contratualmente. Ainda assim, e porque o Contrato de Gestão prevê um mecanismo de melhoria contínua, esta limitação não impediu a efetiva monitorização desses quatro parâmetros, tendo, no entanto, essa monitorização concretizado apenas numa lógica

Jan 19

Página **163** de **331**

Os parâmetros em causa são: taxa de mortalidade pós-operatória ajustada (PDR A21), taxa de mortalidade durante o ato operatório ajustada (PDR A22), taxa de mortalidade no internamento ajustada (PDR A23) e tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na urgência (PDR B26). Note-se que a indisponibilidade de dados dos hospitais do grupo de referência relativamente a estes parâmetros levou a EGEST a solicitar alterações à metodologia de apuramento dos mesmos, encontrando-se os mesmos em processo de revisão.

individual e não relativa, o que impediu a sua consideração para efeitos de avaliação global da Entidade Gestora do Estabelecimento.

No que diz respeito em concreto ao ano de 2013, importa referir que para os PDR do Grupo B, não havendo histórico de resultados do próprio Hospital, nem tampouco resultados dos hospitais do grupo de referência, não se afigurou possível definir quaisquer valores de referência. Daí que, relativamente aos PDR do Grupo B, no ano de 2013, apenas foram avaliados aqueles que tinham definidos no próprio Contrato um valor de referência, o que vale por dizer que apenas foram avaliados 7 PDR do Grupo B (de um total de 38). Relativamente aos PDR do Grupo A não foram ainda avaliados 2 PDR, devido à não disponibilização da versão definitiva da Base de Dados de GDH da ACSS por parte desta entidade.

Entre 2014 e 2017, para além dos quatro parâmetros cuja avaliação dependia da obtenção de informação dos hospitais do grupo de referência, não foi igualmente fixado qualquer valor de referência para o PDR B5d⁶⁹, por se ter identificado em relação àquele uma contradição metodológica na respetiva ficha técnica.

Adicionalmente, no que respeita aos parâmetros de avaliação de resultado que não foram avaliados importa referir o seguinte:

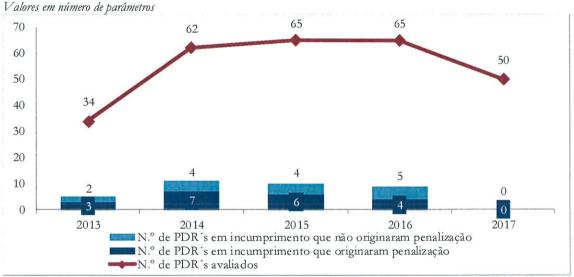
- a) Em 2014, a não avaliação deveu-se ainda à circunstância de, no decurso do processo negocial dos valores de referência a vigorar para esse ano, relativamente a três dos parâmetros cujos requisitos funcionais foram revistos no âmbito de um processo de uniformização das metodologias de monitorização e apuramento dos PDR nos três hospitais PPP da ARSLVT, não disporem as partes de resultados fiáveis que suportassem a fixação dos respetivos valores de referência a vigorar para 2014; e
- b) Em 2017, a não avaliação deveu-se ainda à alteração do sistema de codificação clínica (de ICD-9 para o ICD-10-CM/PCS) aplicável aos episódios codificados a partir de 1 de janeiro desse mesmo ano, tendo sido acordada a possibilidade de não aplicação de deduções por desvios aos valores de referência caso o fundamento dessas inobservâncias resultasse da implementação da ICD10-CM/PCS e fosse alheio à EGEST (15 PDR).

O parâmetro taxa de infeção de ferida cirúrgica em procedimentos cirúrgicos programados em utentes de risco 3.

Página 164 de 331

123. Por outro lado, cumpre ainda sublinhar que, em todos os anos, existiram parâmetros de desempenho de resultado que não obstante não terem sido cumpridos, o seu incumprimento não deu origem a deduções, entre outros motivos, por ter sido ultrapassada a produção prevista, caso em que não se aplica a dedução pelo não cumprimento dos respetivos tempos médios de espera de referência⁷⁰, ou por se tratarem de parâmetros de desempenho que preveem apenas a obrigatoriedade de apresentação de relatório justificativo do desvio pela EGEST, não sendo por isso suscetíveis de aplicação de deduções.

Gráfico 55 – Repartição do número de parâmetros de desempenho de resultado avaliados que se encontram em incumprimento, por parâmetros que originaram, ou não, penalização, entre 2013 e 2017



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

124. No que se refere às falhas específicas, importa esclarecer que, de acordo com o previsto contratualmente, as mesmas encontram-se relacionadas com a transferência ou a referenciação indevida de utentes para outros hospitais do SNS e para ingresso na RNCCI. A aferição deste tipo de falhas efetua-se de acordo com o previsto nas cláusulas 49.ª e 51.ª

Página 165 de 331

Incluem-se, nestes casos, nos termos do n.º 11.2 do Anexo IX ao Contrato de Gestão, os indicadores "tempo médio de espera para a realização de primeiras consultas externas", "tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado" e "tempo médio de espera para intervenção em cirurgia de ambulatório programada".

do Contrato de Gestão, respetivamente, sendo a monitorização da EPC a este respeito efetuada através de processos de auditoria e inspeções.

125. 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, salientando-se que, em todo o período analisado, apenas foram aplicadas duas multas, com referência a 2014, conforme apresentado de seguida, sendo os respetivos valores considerados reduzidos quando comparados com o valor total da remuneração auferida pelo parceiro privado.

Quadro 30 - Multas aplicadas à EGEST

Valores em euros

Multas	2013	2014	2015	2016	2017
Cumprimento defeituoso de obrigações estipuladas no Contrato de Gestão em matéria de planos de formação de recursos humanos.	0	57 444	0	0	0
Incumprimento reiterado e culposo de obrigações estipuladas no Contrato de Gestão em matéria de prestação de informações.	0	76 592	0	0	0
Total	0	134 036	0	0	0

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

126. Ainda ao nível do processo de monitorização da qualidade dos serviços prestados pela EGEST, importa referir o facto de o Contrato de Gestão prever a realização, não só do inquérito de satisfação dos utentes, mas também de um inquérito de satisfação dos profissionais — de acordo com uma metodologia previamente aprovada pela EPC⁷¹. Os resultados deste inquérito não se traduzem diretamente em qualquer tipo de penalização, mas apenas na eventual necessidade de implementação de medidas de melhoria e/ou correção, quando forem alcançados resultados insatisfatórios.

Neste contexto, apresenta-se, no gráfico seguinte, a evolução do índice de satisfação global dos profissionais, bem como do número de colaboradores existente à data de realização dos inquéritos e do número de inquéritos considerados válidos.

Como se pode constatar, a taxa de participação global dos colaboradores nos questionários registou uma tendência decrescente, de 72% em 2013, para apenas 55% em

Página 166 de 331

Nos inquéritos de satisfação é avaliado o nível de satisfação dos profissionais nas seguintes dimensões: Expectativas, Política e Estratégia, Envolvimento, Qualidade, Posto de Trabalho, Cooperação e Comunicação, Relações com Chefias, Contexto Organizacional, Lealdade, Satisfação, Mudança e Inovação, Reconhecimento e Recompensa.

2017, tendo o nível médio de satisfação apresentado igualmente uma evolução negativa em igual período, ao passar de 63,5 para 48,6 pontos (numa escala de 0 a 100), passando-se assim de um nível de satisfação considerado "alto" em 2013 para "neutro" em 2017.



Gráfico 56 - Nível de satisfação global dos profissionais, entre 2013 e 2017

Nota: Classificação: muito reduzido: [0;20]; reduzido: [20;40]; neutro: [40;60]; alto: [60; 80]; muito alto: [80; 100]. Fonte: Equipa de Projeto, a partir dos estudos de satisfação, lealdade e envolvimento dos colaboradores.

127. Relativamente aos indicadores de acesso previstos contratualmente vejamos, nomeadamente, (i) a percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas realizadas (cfr. gráfico 58), (ii) a percentagem da lista de inscritos para cirurgia ("LIC") com tempo de espera menor ou igual ao TMRG (cfr. gráfico 59) e (iii) a percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG (cfr. gráfico 60), bem como, ainda, (iv) o peso dos utentes fora da área de influência no total da produção prevista (cfr. gráfico 16), 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.

No que se refere ao peso dos utentes fora da área de influência, verifica-se que a EGEST apresentou quase sempre valores inferiores ao limite de 10% estabelecido contratualmente, tal como se constata a partir do gráfico seguinte.

Nos termos do n.º 9 da cláusula 41.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 Loures não pode incluir, em cada ano, em relação ao número de episódios de internamento, de episódios de cirurgia de ambulatório e de episódios de

Página 167 de 331

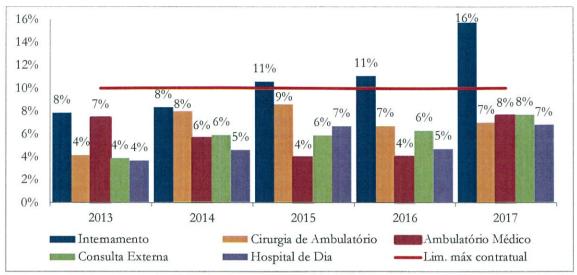
ambulatório médico, ao número de consultas externas ou ao número de sessões de hospital de dia, uma percentagem superior a 10% da produção prevista prestada a utentes que não pertençam à área de influência do Hospital de Loures.

O n.º 10 da mesma cláusula 41.ª estabelece que, sendo atingida a percentagem referida no parágrafo anterior, a EGEST deve referenciar ou transferir os utentes que não pertençam à área de influência do Hospital de Loures para outros estabelecimentos hospitalares do SNS.

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 Loures no período em análise, face à produção prevista para cada ano, constatando-se que a mesma se situou sempre aquém do referido limite contratual estabelecido em todas as linhas de atividade, à exceção da linha de internamento, cuja atividade superou o limite contratual em 2015, 2016 e 2017. Porém, na evidência de que o incumprimento observado se deveu ao atendimento de grávidas e recém-nascidos fora da área de influência, ao abrigo do Despacho n.º 7495/2006, de 14 de março, que consagra o direito conferido à mulher de escolher livremente o local onde deseja ter os seus filhos, e do previsto na ficha técnica destes indicadores, de exclusão dos casos autorizados pela EPC, o limite passou a ser considerado cumprido.

Página 168 de 331

Gráfico 57 – Percentagem de produção relativa a utentes não pertencentes à área de influência, entre 2013 e 2017



Nota: Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

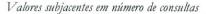
Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST.

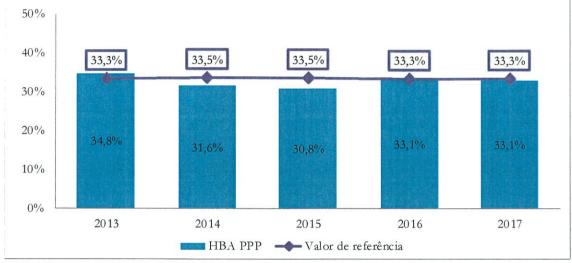
Relativamente à percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas realizadas, conclui-se, a partir do gráfico seguinte, que, nos últimos quatro anos, em análise a EGEST incumpriu os valores de referência⁷².

Página 169 de 331

Note-se, no entanto, não ter sido aplicada qualquer dedução pelo incumprimento deste parâmetro de desempenho de resultado (exceto em 2015), dado que, na sequência da revisão do PDR nos termos dos n.ºs 10 e 11 da cláusula 28.ª, em sede de avaliação do desempenho passou a ser desconsiderada, com efeitos a partir do ano de 2014, a aplicação de qualquer dedução em virtude do incumprimento do valor de referência do referido parâmetro, nos casos em que as primeiras consultas e as consultas subsequentes realizadas superem, em volume, as contratadas.

Gráfico 58 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas, entre 2013 e 2017





Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados em cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação do respetivo parâmetro de desempenho.

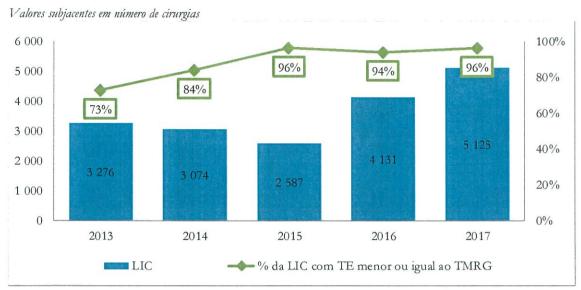
Com referência ao ano de 2016, os valores apresentados têm por base dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

Relativamente à percentagem de inscritos na lista de espera para intervenções cirúrgicas com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, conclui-se, a partir do gráfico seguinte, que a mesma apresentou uma tendência crescente, mantendo-se nos três últimos anos acima dos 90%, ainda que a lista de inscritos para cirurgia tenha registado um agravamento no mesmo período.

Página 170 de 331

Gráfico 59 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 2013 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Já no que se refere às consultas, e conforme anteriormente referido, desde o início da parceria que subsistem problemas de integração de dados entre o sistema de informação do Hospital de Loures e o sistema ADW-CTH. Com o avolumar de pedidos de consulta que configuravam erro de integração, a partir de 2016, inclusive, foi iniciado um processo de articulação sistemática com os SPMS a fim de regularizar a situação desses pedidos, o que explica, a partir de 2016, a redução da LEC para valores inferiores a metade, conforme apresentado no gráfico seguinte.

Página 171 de 331

Gráfico 60 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2013 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

128. Em face do exposto, conclui-se, no que ao processo de avaliação global do desempenho do parceiro privado diz respeito, que o mesmo foi prejudicado pela verificação de diversos constrangimentos que inviabilizaram a avaliação integral da dimensão relativa a "resultados", bem como a avaliação da dimensão respeitante à "satisfação dos utentes", designadamente pela inexistência de dados comparáveis dos hospitais do grupo de referência do Hospital de Loures. Relativamente à satisfação dos utentes, importa, contudo, referir as avaliações globalmente "muito positivas" atribuídas pelos utentes do Hospital nos inquéritos de satisfação anuais que a EGEST se encontra obrigada a realizar.

Por outro lado, no que concerne à satisfação dos profissionais, assistiu-se a uma redução do nível médio de satisfação dos colaboradores da EGEST ao longo do período analisado, tendo o mesmo sido considerado "neutro" em 2017.

Relativamente aos indicadores de acesso analisados, constata-se que a percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas realizadas ficou ligeiramente aquém dos valores de referência fixados para os últimos 4 anos analisados, salientando-se o facto de nestes anos o número de consultas realizadas ter superado o número de consultas contratadas. Contudo, das primeiras consultas realizadas, apenas entre 30% (em 2015) e 65% (em 2017) foram-no em cumprimento do TMRG.

No que concerne às listas de espera, importa referir, positivamente, que as LEC apresentadas pela EGEST no final dos dois últimos foram substancialmente inferiores às verificadas no final dos exercícios anteriores (na sequência da regularização de muitos

Página 172 de 331

pedidos de consulta que configuravam erro de integração), tendo, em sentido contrário, as LIC evidenciado um agravamento nos dois últimos anos. Salienta-se, ainda assim, o facto de nos três últimos anos a EGEST ter apresentado uma elevada percentagem (superior a 94%) da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG.

Por fim, conclui-se ter sido cumprido, na quase totalidade do período analisado, o limite definido no Contrato relativamente ao peso dos utentes fora da área de influência no total da produção prevista ao longo de todo o período analisado.

3.2.1.1.10. Breve análise económico-financeira do parceiro privado

129. A análise económico-financeira que se apresenta de seguida foi elaborada tendo por base (i) os relatórios e contas e os balancetes do parceiro privado relativos ao período compreendido entre 2013 e 2018, (ii) o modelo financeiro relativo ao caso base do projeto ("Anexo XIII_Modelo Financeiro EGEst_23.12.2009_v2"), e (iii) os relatórios anuais de avaliação de desempenho elaborados pela ARSLVT, não tendo a Equipa de Projeto procedido a qualquer validação ou auditoria destes elementos.

130. De acordo com o quadro seguinte, onde se apresentam os principais indicadores operacionais do parceiro privado, verifica-se que as receitas⁷³ evidenciaram uma tendência de crescimento entre 2013 e 2018, tendo passado, respetivamente, de 81,8 milhões de euros para 101,8 milhões de euros, a que correspondeu uma taxa de crescimento média anual de 4% neste período.

Página 173 de 331 73 Importa ter presente que as receitas incluem não só os pagamentos do Estado, mas também as demais receitas auferidas pelo parceiro privado (onde se incluem as receitas de terceiros pagadores e as taxas moderadoras).

Quadro 31 - Principais indicadores operacionais, entre 2013 e 2018

Valores em milhares de euros

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Reœitas	81 824	89 842	93 205	92 743	96 720	101 789
Taxa de crescimento	-	10%	4%	0%	4%	5%
CEVMC	(16 489)	(18 967)	(20 755)	(23 406)	(23 369)	(25 060)
FSE	(28 589)	(30 561)	(28 694)	(29 584)	(29 434)	(30 367)
Custos com pessoal	(35 260)	(38 009)	(41 161)	(43 477)	(44 894)	(47 517)
Outros	208	139	186	160	175	417
EBITDA	1 695	2 443	2 780	(3 564)	(801)	(738)
Margem EBITDA	2,1%	2,7%	3,0%	-3,8%	-0,8%	-0,7%

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos R&C e balancetes do parceiro privado.

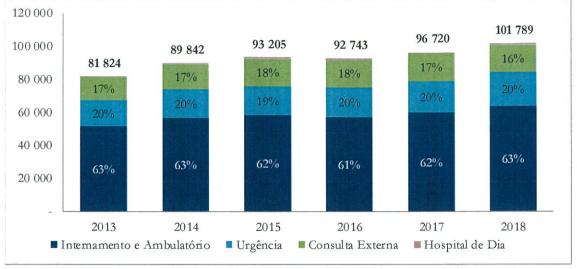
Como referido, em 2018 as receitas ascenderam aos 101,8 milhões de euros, representando um acréscimo de cerca de 5% face ao ano anterior, explicado, em grande medida, (i) pela maior produção na linha de internamento e ambulatório, cuja complexidade registou também um aumento face ao ano anterior, tendo-se alcançado genericamente o nível de produção hospitalar contratado com a EPC, que na maioria das linhas de produção superou o do ano anterior, e (ii) pela aplicação do mecanismo contratual de revisão dos preços dos serviços clínicos em função do IPC.

Relativamente à evolução das receitas operacionais por linha de produção, a partir do gráfico *infra* é possível concluir que a evolução positiva registada entre 2013 e 2018 se deveu à tendência de crescimento registada pelas diferentes linhas de produção, sobretudo pela linha de produção de internamento e ambulatório, mas também pelas de urgência e de consulta externa. Como mencionado anteriormente, o aumento das receitas relativas ao internamento e ambulatório é justificado pelo crescimento da produção hospitalar verificado nesta área de atividade e pelo efeito decorrente da atualização dos preços pela inflação (exceto em 2014 e 2015), tendo o contributo resultante da complexidade dos atos médicos registado alguma volatilidade entre 2013 e 2018.

Página 174 de 331

Gráfico 61 – Repartição das receitas operacionais, por linha de produção, entre 2013 e 2018





Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos R&C e balancetes do parceiro privado.

Da análise do gráfico apresentado, verifica-se, também, que a linha de internamento e ambulatório assumiu um peso preponderante no que respeita aos rendimentos obtidos pelo parceiro privado, representando mais de 60% do total das receitas operacionais ao longo do período compreendido entre 2013 e 2018, tendo neste período a generalidade das linhas de produção apresentado uma quase manutenção do respetivo peso no total das receitas do parceiro privado.

131. No que concerne aos gastos operacionais do Hospital de Loures, apresenta-se no gráfico *infra*, a evolução dos mesmos por rubrica, entre 2013 e 2018.

Página 175 de 331

Valores em milhares de euros 120 000 102 944 97 697 96 467 100 000 90 610 87 537 24% 80 338 24% 24% 80 000 23% 22% 21% 29% 60 000 30% 31% 32% 35% 36% 40 000 46% 46% 45% 20 000 45% 43% 44% 2013 2018 2014 2015 2016 2017 FSE's ■ Custos com pessoal ■ CMVMC

Gráfico 62 - Repartição dos gastos operacionais, por rubrica, entre 2013 e 2018

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos R&C e balancetes do parceiro privado.

Mediante a análise do gráfico apresentado, verifica-se que a evolução dos gastos se pautou também por uma tendência crescente, tendo por base uma taxa de crescimento média anual de cerca de 5% entre 2013 e 2018. Esta evolução decompõe-se, por rubrica, da seguinte forma: (i) custos com pessoal, principal rubrica de custos operacionais do Hospital de Loures, que apresentou uma taxa de crescimento média anual de 6%, aumentando, assim, o seu peso na estrutura de custos ao longo do período analisado, (ii) CMVMC, cuja taxa de crescimento média anual foi de 9%, e (iii) FSE, com uma taxa de crescimento média anual de 1%, reduzindo esta rubrica, deste modo, o seu peso na estrutura de custos entre 2013 e 2018.

Relativamente ao CMVMC e aos FSE, importa ainda referir que, dos valores totais apresentados no final de 2018 (de 25,1 milhões de euros e 30,4 milhões de euros, respetivamente), cerca de 13% e 9% (3,4 milhões de euros e 2,7 milhões de euros), pela mesma ordem, eram relativos a gastos incorridos com fornecimentos e serviços prestados por empresas do grupo do parceiro privado, relativos sobretudo a consumíveis clínicos e a serviços clínicos e informáticos.

132. Conjugada a evolução das receitas com a evolução dos gastos operacionais, assistiu-se entre 2013 e 2015 a uma evolução positiva da capacidade de geração de *cash flow* operacional do parceiro privado, que se inverteu de forma significativa em 2016, ano em que o EBITDA foi negativo em cerca de 3,6 milhões de euros. Em 2017, assistiu-se a uma

Página **176** de **331**

John Sp. 18m

recuperação da *performance* operacional do parceiro privado, que se manteve em 2018, apresentando-se, ainda assim, o EBITDA negativo em ambos os exercícios, tal como se observa no gráfico seguinte.

De acordo com os R&C do parceiro privado, no ano de 2017, "uma parte substancial do aumento da eficiência interna resultou da implementação do projeto de redução da demora média no internamento, o qual permitiu uma redução de 10 mil dias de internamento (...) — o que representa a libertação de 27 camas diárias —, com consequente diminuição dos custos unitários por alta e o crescimento da disponibilidade de lugares de internamento, com maior taxa de rotação de doentes e maior número de altas. Outras áreas em que se verificou aumento da eficiência estão relacionadas com a diminuição dos preços de alguns medicamentos, maior eficiência energética e redução de consumos de roupa tratada e resíduos." Já em 2018, "o aumento da eficiência interna resultou da implementação de vários projetos de racionalização e restruturação, bem como da diminuição dos preços de alguns medicamentos."

Valores em milhares de euros 5 000 5% 4 000 3,0% 2,7% 3% 3 000 2,1% 2 000 2 780 2 443 1 000 1% 1 695 (1000)-1% 801) (738)(3564)(2000)-0,7% -0,8% -3% (3000)3.8% (4000)(5000)-5%2018 2014 2015 2016 2017 2013

Gráfico 63 - EBITDA e respetiva margem, entre 2013 e 2018

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos R&C e balancetes do parceiro privado.

Como se pode constatar, depois de entre 2013 e 2015 se terem pautado por uma evolução positiva, ao passarem de 1,7 milhões de euros e 2,1% para 2,8 milhões de euros e 3,0%, respetivamente, o EBITDA e a respetiva margem registaram, nos três últimos anos, valores negativos. Esta evolução é explicada, principalmente, pelo facto de a quase manutenção das receitas observada em 2016 ter sido acompanhada por um aumento dos gastos operacionais, sobretudo do CMVMC e dos custos com pessoal. Em 2017 e em 2018,

Página 177 de 331

Py N

não obstante o crescimento das receitas ter sido proporcionalmente superior ao aumento dos gastos operacionais, o EBITDA, como referido, continuou a apresentar-se negativo.

Gráfico 64 - Evolução do EBITDA gerado pelo parceiro privado, entre 2013 e 2018

Valores em milhares de euros 25 000 20 000 (8 571) 15 000 19 965 (1779)10 000 (12257)5 000 209 (738)(5000)CYLYYC EBITDA EBITDA Receitas PSE Custos Outros

> com Pessoal

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos R&C e balancetes do parceiro privado.

2013

Neste contexto, verificou-se entre 2013 e 2018 uma degradação da capacidade de geração de cash flows por parte do parceiro privado, traduzida na referida apresentação de EBITDAs negativos nos três últimos anos em análise, resultante da incapacidade de diluição do aumento do peso dos gastos operacionais pelo aumento das receitas. Analisada por rubrica, a deterioração da performance operacional é especialmente visível ao nível dos gastos com pessoal, que entre 2013 e 2018, em termos acumulados, aumentaram cerca de 12,3 milhões – na sequência do aumento do quadro de colaboradores do parceiro privado (que, segundo os R&C, passou de 1 371 para 1 764 colaboradores em igual período, o que corresponde a um acréscimo de 29%) e, de acordo com o R&C de 2018, devido ao desenvolvimento de carreiras internas e aos reposicionamentos e aumentos salariais levados a cabo nesse ano –, mas também ao nível do CMVMC, que, como evidenciado no gráfico supra, aumentou aproximadamente 6,9 milhões de euros – em virtude do aumento dos gastos com produtos farmacêuticos e com consumíveis clínicos.

133. Quando comparada a evolução registada com aquela que havia sido estimada no caso base, constata-se que entre 2013 e 2018 as receitas do parceiro privado foram superiores às estimadas, tendo os desvios entre ambas oscilado entre os 6%, em 2016, e os 14%, em 2013. Na origem desta situação encontram-se fundamentalmente, (i) o facto de a casuística

Página 178 de 331 🗟

2018

do Hospital de Loures ter evidenciado uma complexidade superior à inicialmente estimada, o que permitiu que as receitas relativas ao internamento e ao ambulatório tenham superado as previstas no caso base, não obstante o nível de atividade ter sido inferior ao previsto e (ii) o maior nível de produção registado pela generalidade das restantes linhas de produção comparativamente com o estimado, sobretudo pelas linhas de urgência e de consulta externa, cujos atendimentos com as prioridades verde ou azul e número de consultas subsequentes, respetivamente, foram subestimados no caso base.

Não obstante as receitas terem superado as previstas, o EBITDA e a respetiva margem foram permanentemente inferiores aos estimados, devido ao facto de o total dos gastos operacionais ter sido, ao longo de todo o período analisado, superior ao que se encontrava previsto no caso base, tanto em termos absolutos, como em termos relativos face às receitas. Com efeito, os gastos incorridos pelo parceiro privado com FSE e com pessoal foram substancialmente superiores aos estimados no caso base, o que mais do que compensou os desvios, em sentido contrário, verificados ao nível do CMVMC e, como referido, das receitas.

No que diz respeito aos FSE, importa mencionar que os desvios verificados entre os gastos previstos no caso base e os efetivamente registados decorrem, em grande medida, dos maiores gastos incorridos pelo parceiro privado com a subcontratação de pessoal para as áreas clínicas e de apoio (médicos e outros colaboradores contratados em regime de prestação de serviços, seja por via de subcontratos de serviços clínicos, honorários ou trabalho temporário) e com trabalhos especializados, na sua maioria relativos a serviços clínicos e a serviços informáticos prestados por empresas do grupo em que o parceiro privado se insere.

O maior montante de gastos com pessoal, por sua vez, resulta fundamentalmente do facto de no caso base terem sido subestimadas as necessidades de recursos humanos, que se previa que entre 2013 e 2018 passassem de 823 para 896, tendo na realidade o número de colaboradores, de acordo com os R&C do parceiro privado, passado de 1 371 para 1 764 colaboradores em igual período, valores consideravelmente superiores aos estimados. Acresce ainda o facto de o valor médio mensal das remunerações pagas pelo parceiro privado ter sido também superior ao previsto, sobretudo do pessoal médico especializado.

Por fim, no que concerne ao CMVMC, cumpre referir que as poupanças verificadas ao longo do período foram permitidas pelos menores gastos com produtos farmacêuticos, tendo, contudo, o respetivo efeito sido parcialmente absorvido pelo maior montante de gastos com consumíveis clínicos registado ao longo do período em apreço.

Página **179** de **331**

Quadro 32 – Comparação dos principais indicadores operacionais com os estimados no caso base, entre 2013 e 2018

Valores em milhares de euros

	2013				2014			2015			
	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio		
Receitas	72 073	81 824	14%	82 105	89 842	9%	84 578	93 205	10%		
Taxa de crescimento	-	-		14%	10%		3%	4%			
CEVMC	(21 464)	(16 489)	-23%	(24 507)	(18 967)	-23%	(25 215)	(20 755)	-18%		
FSE	(18 658)	(28 589)	53%	(21 539)	(30 561)	42%	(23 338)	(28 694)	23%		
Custos com pessoal	(25 267)	(35 260)	40%	(27 598)	(38 009)	38%	(28 782)	(41 161)	43%		
Outros	(478)	208	n.a.	(541)	139	n.a.	(557)	186	n.a.		
EBITDA	6 206	1 695	-73%	7 920	2 443	-69%	6 686	2 780	-58%		
Margem EBITDA	8,6%	2,1%		9,6%	2,7%		7,9%	3,0%			
		2016			2017			2018			

	2016				2017			2018			
	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio		
Receitas	87 238	92 743	6%	89 506	96 720	8%	91 944	101 789	11%		
Taxa de crescimento	3%	0%		3%	4%		3%	5%			
CEVMC	(25 977)	(23 406)	-10%	(26 630)	(23 369)	-12%	(27 329)	(25 060)	-8%		
FSE	(23 665)	(29 584)	25%	(24 932)	(29 434)	18%	(25 628)	(30 367)	18%		
Custos com pessoal	(29 616)	(43 477)	47%	(30 257)	(44 894)	48%	(30 931)	(47 517)	54%		
Outros	(575)	160	n.a.	(590)	175	n.a.	(606)	417	n.a.		
EBITDA	7 405	(3 564)	n.a.	7 097	(801)	n.a.	7 449	(738)	n.a.		
Margem EBITDA	8,5%	-3,8%		7,9%	-0,8%		8,1%	-0,7%			

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes do modelo financeiro relativo ao caso base, dos R&C e dos balancetes do parceiro privado.

134. A deterioração verificada ao nível da capacidade de geração de *cash flows* do parceiro privado foi acompanhada pelo apuramento de valores significativos referentes a gastos com imparidade, provisões e amortizações entre 2013 e 2018 e a outros gastos (líquidos)⁷⁴ em 2017, o que conduziu ao apuramento de um resultado operacional (EBIT) negativo ao longo de todo o período analisado, que no modelo financeiro se previa ser sempre positivo.

Página **180** de **331**

⁷⁴ Estes outros gastos (líquidos), de carácter não recorrente, respeitaram, em grande medida, (i) ao reconhecimento, em 2017, de parte das deduções aplicadas pela EPC relativamente ao período compreendido entre 2013 e 2015, no valor de 1,4 milhões de euros, (ii) a rendimentos de cedência de utilização de espaço, (iii) a subsídios recebidos, e (iv) a outros rendimentos e outros gastos não especificados.

Refira se, relativamente ao mencionado reconhecimento, em 2017, de parte das deduções aplicadas pela EPC, que o mesmo foi efetuado mediante a utilização de provisões constituídas para o efeito em exercícios anteriores (em montante não discriminado nos R&C, o que justifica a redução dos gastos relativos a imparidade, provisões e amortizações verificada no exercício de 2017.

Quadro 33 – Evolução dos outros rendimentos e ganhos, gastos e perdas e resultados, entre 2013 e 2018

Valores em milhares de euros

经商品的	2013	2014	2015	2016	2017	2018
EBITDA	1 695	2 443	2 780	(3 564)	(801)	(738)
Imp., prov. e amortizações	(5 731)	(6 494)	(5 609)	(6 000)	(4 734)	(5 063)
Outros não recorrentes	(152)	(4)	(535)	(264)	(1 222)	(241)
EBIT	(4 188)	(4.055)	(3 364)	(9 827)	(6 758)	(6 041)
Margem EBIT	-5%	-5%	-4%	-11%	-7%	-6%
Gastos líq. financiamento	(1 101)	(998)	(803)	(633)	(507)	(400)
Imposto	1 816	2 053	1 524	2 988	2 918	2 3 1 9
Resultado líquido	(3 474)	(3 000)	(2643)	(7472)	(4347)	(4 123)

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos R&C e dos balancetes do parceiro privado.

135. O apuramento permanente de um resultado operacional negativo absorveu na sua totalidade o impacto positivo decorrente da redução dos gastos líquidos de financiamento (permitida pela redução da dívida financeira, como referido adiante) e o efeito fiscal positivo também observado entre 2013 e 2018, quer em termos homólogos, quer por comparação com o previsto no caso base, pelo que o resultado líquido do parceiro privado foi negativo ao longo de todo o período em apreço, o que no modelo financeiro se previa que acontecesse apenas até 2013.

Página 181 de 331

Quadro 34 - Comparação dos outros rendimentos e ganhos, gastos e perdas e resultados com os estimados no caso base, entre 2013 e 2018

Valores em milhares de euros

		2013			2014			2015	
	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio
EBITDA	6 206	1 695	-73%	7 920	2 443	-69%	6 686	2 780	-58%
Imp., prov. e amort.	(4 885)	(5 731)	17%	(4885)	(6 494)	33%	(5 213)	(5 609)	8%
Outros não recorrentes		(152)	n.a.	-	(4)	n.a.	=	(535)	n.a.
EBIT	1 321	(4 188)	n.a.	3 035	(4 055)	n.a.	1 473	(3 364)	n.a.
Margem EBIT	2%	-5%		4%	-5%		2%	-4%	
Gastos líq. financ.	(1774)	(1 101)	-38%	(1 563)	(998)	-36%	(1313)	(803)	-39%
Imposto	113	1 816	1503%	(390)	2 053	n.a.	(42)	1 524	n.a.
Resultado líquido	(340)	(3 474)	922%	1 082	(3 000)	n.a.	118	(2 643)	n.a.
		2016			2017	N. E.		2018	
	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE								
	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio
EBITDA		Real (3 564)	Desvio			Desvio			Desvio
EBITDA Imp., prov. e amort.	Base			Base	Real		Base	Real	
	Base 7 405	(3 564) (6 000)	-148%	Base 7 097	Real (801)	-111%	Base 7 449	(738)	-110%
Imp., prov. e amort.	Base 7 405 (5 182)	(3 564) (6 000)	-148% 16%	Base 7 097 (5 422)	(801) (4 734)	-111% -13%	Base 7 449 (4 149)	(738) (5 063)	-110% 22%
Imp., prov. e amort. Outros não recorrentes	Base 7 405 (5 182) (1)	(3 564) (6 000) (264)	-148% 16% 26268%	Base 7 097 (5 422) (18)	(801) (4 734) (1 222)	-111% -13% 6609%	Base 7 449 (4 149)	(738) (5 063) (241)	-110% 22% n.a.
Imp., prov. e amort. Outros não recorrentes EBIT	Base 7 405 (5 182) (1) 2 222	(3 564) (6 000) (264) (9 827)	-148% 16% 26268%	7 097 (5 422) (18) 1 656	(801) (4 734) (1 222) (6 758)	-111% -13% 6609%	7 449 (4 149) - 3 301	(738) (5 063) (241) (6 041)	-110% 22% n.a.
Imp., prov. e amort. Outros não recorrentes EBIT Margem EBIT	Base 7 405 (5 182) (1) 2 222 3%	(3 564) (6 000) (264) (9 827) -11%	-148% 16% 26268% n.a.	Base 7 097 (5 422) (18) 1 656 2%	(801) (4 734) (1 222) (6 758) -7%	-111% -13% 6609% n.a.	Base 7 449 (4 149) - 3 301 4%	(738) (5 063) (241) (6 041) -6%	-110% 22% n.a. n.a.
Imp., prov. e amort. Outros não recorrentes EBIT Margem EBIT Gastos líq. financ.	Base 7 405 (5 182) (1) 2 222 3% (1 089)	(3 564) (6 000) (264) (9 827) -11% (633)	-148% 16% 26268% n.a.	Base 7 097 (5 422) (18) 1 656 2% (865)	(801) (4 734) (1 222) (6 758) -7% (507)	-111% -13% 6609% n.a.	Base 7 449 (4 149) - 3 301 4% (552)	(738) (5 063) (241) (6 041) -6% (400)	-110% 22% n.a. n.a.

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes do modelo financeiro relativo ao caso base, dos R&C e dos balancetes do parceiro privado.

136. A acumulação contínua dos prejuízos gerados levou a que o parceiro privado tenha apresentado uma estrutura financeira permanentemente desequilibrada, com os capitais próprios a apresentarem-se consecutivamente negativos entre 2013 e 2018, não obstante a capitalização da sociedade realizada mediante (i) o cumprimento das obrigações de realização de capital próprio e de prestações acessórias previstas no Acordo de Subscrição e Realização de Capital anexo ao Contrato de Gestão, no seu conjunto no valor de 6,6 milhões de euros, (ii) as conversões, efetuadas em 2014, 2015 e 2018, de suprimentos concedidos pelos acionistas em prestações acessórias de capital, num total de aproximadamente 29,0 milhões de euros; e (iii) o aumento de capital social realizado pelos acionistas em 2017, no montante de 2,0 milhões de euros.

Página 182 de 331

Consequentemente, a dívida financeira⁷⁵ e os suprimentos⁷⁶ constituíram, entre 2013 e 2018, as principais fontes de financiamento da EGEST.

No que diz respeito à dívida financeira, constata-se que a mesma apresentou uma tendência decrescente, refletindo fundamentalmente os pagamentos efetuados ao abrigo dos contratos de locação financeira celebrados.

A evolução do saldo dos suprimentos, por sua vez, apresentou alguma volatilidade no período analisado, tendo-se pautado a mesma por um crescimento nos anos de 2014, 2016 e 2017 e, em sentido contrário, por uma redução nos anos de 2015 e 2018. Em 2014, o aumento significativo observado destinou-se em larga medida ao financiamento das necessidades de tesouraria resultantes do facto de o montante apurado quanto ao pagamento de reconciliação de 2013 (11 052 milhares de euros) apenas ter sido recebido pela EGEST no início de 2015 (pese embora a EPC tenha dado ordem de transferência ainda no final de 2014). Em 2015, regularizada esta situação, verificou-se uma redução significativa dos suprimentos, parte da qual resultante da conversão em prestações acessórias (8,5 milhões de euros) e a parte remanescente resultante da devolução parcial efetuada aos acionistas (6,3 milhões de euros). O aumento do saldo dos suprimentos verificado em 2016 e 2017, por sua vez, para além de ter contribuído para a referida redução da dívida financeira, contribuiu ainda para a acumulação de disponibilidades verificada em 2016 e, em 2017, em conjunto com o aumento de capital social realizado, permitiu ao parceiro privado colmatar o défice de tesouraria gerado, parcialmente justificado pelo facto de neste ano o pagamento de reconciliação relativo a 2016 não ter sido realizado na sua totalidade, tendo o montante de 3,9 milhões de euros apenas sido liquidado pela EPC já em 2018. À semelhança do observado em 2015, no ano de 2018 tornou a registar-se uma redução do saldo dos suprimentos concedidos pelos acionistas, na sequência da sua conversão em prestações acessórias.

n juros.
Página 183 de 331

⁷⁵ No período analisado, a dívida financeira do parceiro privado respeitou a:

 ⁽i) Um crédito em conta corrente, no valor máximo de 2,5 milhões de euros, utilizável por um período 12 anos, para apoio a eventuais necessidades de tesouraria;

⁽ii) Contratos de locação financeira para a aquisição de bens de equipamento mobiliário, médico e informático, com o valor global máximo de 30 milhões de euros (dos quais 21 milhões de euros para equipamento médico e mobiliário e 9 milhões de euros para hardware e software) acrescidos de IVA. O prazo dos contratos de locação varia entre um mínimo de 5 anos e um máximo de 10 anos, dependendo do tipo de bem e do respetivo valor unitário, não podendo em caso algum exceder o prazo do Contrato de Gestão na parte respeitante à EGEST; e

⁽iii) Dívidas a fornecedores de investimentos, de valor residual.

⁷⁶ Os suprimentos concedidos à EGEST não têm prazo de reembolso definido e não vencem juros.

Atenta a recorrência com que os suprimentos têm sido concedidos pelos acionistas e convertidos em capital próprio da EGEST – do total de 42,5 milhões de euros de suprimentos concedidos pelos acionistas entre 2013 e 2018, 28,7 milhões de euros foram convertidos em prestações acessórias, permanecendo, no final de 2018, 7,5 milhões de euros no passivo não corrente do balanço da sociedade –, caso os mesmos fossem equiparados a capital, deixando portanto os mesmos de ser incluídos no nível de endividamento, ou seja, caso os suprimentos fossem considerados *quasi-equity*, assistir-se-ia a uma melhoria significativa da estrutura financeira do parceiro privado, a qual se apresentaria, ainda assim, relativamente agressiva, como se constata da análise dos indicadores ajustados constantes do quadro apresentado de seguida.

Por outro lado, não obstante a diminuição da dívida financeira, a insuficiente capacidade de geração de *cash flow* operacional registada nos 3 últimos anos conduziu a uma inversão da evolução positiva que o rácio Dívida Ajustada/EBITDA apresentou entre 2013 e 2015, esta última resultado do efeito combinado da apreciação da *performance* operacional com a diminuição da dívida financeira observadas no período.

Quadro 35 - Estrutura de financiamento, entre 2013 e 2018

Valores em milhares de euros

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dívida	32 788	42 745	24 788	31 528	33 864	18 611
Dívida financeira (1)	25 988	20 500	17 388	16 428	10 952	11 111
Suprimentos	6 800	22 245	7 400	15 100	22 912	7 500
Capital Próprio	(11 740)	(9 985)	(4 127)	(11 600)	(13 948)	(2 071)
Dívida Ajustada ⁽²⁾	25 988	20 500	17 388	16 428	10 952	11 111
Capital Próprio Ajustado ⁽³⁾	(4 940)	12 260	3 273	3 500	8 964	5 429
Gearing (4)	156%	130%	120%	158%	170%	113%
Gearing Ajustado (2) (3) (4)	123%	63%	84%	82%	55%	67%
Dívida Ajustada ⁽²⁾ /EBITDA	15,3x	8,4x	6,3x	s.s.	S.S.	s.s.

Notas: (1) Dívida financeira inclui rubricas de financiamento obtidos e fornecedores de investimento.

- (2) Dívida Ajustada respeita apenas à Dívida financeira (exclui Suprimentos).
- (3) Capital Próprio Ajustado inclui Suprimentos.
- (4) Gearing resulta do cálculo Dívida / (Capital Próprio + Dívida).

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos R&C e dos balancetes do parceiro privado.

137. Quando comparada com aquela que havia sido estimada no caso base, verifica-se que, na sequência da apresentação de capitais próprios negativos e de um nível de endividamento substancialmente superior ao previsto, designadamente por via de

Página **184** de **331**

suprimentos, não estimados, a estrutura de financiamento do parceiro privado apresentouse, como referido, permanentemente desequilibrada, não se prevendo, naturalmente, tal desequilíbrio no caso base, no qual se perspetivava uma evolução consideravelmente mais positiva que a efetivamente observada, em virtude de o parceiro privado ter previsto uma estrutura de custos menos onerosa do que a realmente verificada, tal como melhor se detalha no ponto 3.2.1.1.4. do presente Relatório.

Quadro 36 – Comparação da estrutura de financiamento com a estimada no caso base, entre 2013 e 2018

Valores em milhares de euros

这样就在第二人		2013			2014			2015	
	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio
Dívida	25 760	32 788	27%	21 434	42 745	99%	17 854	24 788	39%
Dívida finanœira (1)	25 760	25 988	1%	21 434	20 500	-4%	17 854	17 388	-3%
Suprimentos	-	6 800	n.a.	57	22 245	n.a.	ä	7 400	n.a.
Capital Próprio	4 040	(11 740)	-391%	5 122	(9 985)	-295%	5 240	(4 127)	-179%
Dívida Ajustada ⁽²⁾	25 760	25 988	1%	21 434	20 500	-4%	17 854	17 388	-3%
Capital Próprio Ajustado (3)	4 040	(4 940)	n.a.	5 122	12 260	139%	5 240	3 273	-38%
Gearing (4)	86%	156%		81%	130%		77%	120%	
Gearing Ajustado (2) (3) (4)	86%	123%		81%	63%		77%	84%	
Dívida Ajustada ⁽²⁾ /EBITDA	4,2x	15,3x		2,7x	8,4x		2,7x	6,3x	

		2016			2017	14.00		2018	
	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio
Dívida	14 878	31 528	112%	12 629	33 864	168%	8 762	18 611	112%
Dívida finanœira (1)	14 878	16 428	10%	12 629	10 952	-13%	8 762	11 111	27%
Suprimentos	-	15 100	n.a.	-	22 912	n.a.	-	7 500	n.a.
Capital Próprio	6 072	(11 600)	-291%	6 654	(13 948)	-310%	8 674	(2 071)	-124%
Dívida Ajustada ⁽²⁾	14 878	16 428	10%	12 629	10 952	-13%	8 762	11 111	27%
Capital Próprio Ajustado ⁽³⁾	6 072	3 500	-42%	6 654	8 964	35%	8 674	5 429	-37%
Gearing (4)	71%	158%		65%	170%		50%	113%	
Gearing Ajustado (2) (3) (4)	71%	82%		65%	55%		50%	67%	
Dívida Ajustada ⁽²⁾ /EBITDA	2,0x	S. S.		1,8x	S.S.		1,2x	S. S.	

Notas: (1) Dívida financeira inclui rubricas de financiamento obtidos e fornecedores de investimento.

- (2) Dívida Ajustada respeita apenas à Dívida financeira (exclui Suprimentos).
- (3) Capital Próprio Ajustado inclui Suprimentos.
- (4) Gearing resulta do cálculo Dívida / (Capital Próprio + Dívida).

<u>Fonte</u>: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes do modelo financeiro relativo ao caso base, dos R&C e dos balancetes do parceiro privado.

Página 185 de 331

138. Conclui-se, portanto, com base nos indicadores apresentados *supra*, que a *performance* económico-financeira do parceiro privado ficou permanentemente aquém da que havia sido estimada no caso base, apesar de se ter assistido a um maior nível de atividade comparativamente com o previsto.

A verificação de um desempenho operacional inferior ao estimado justifica-se, assim, pelo facto de no caso base ter sido assumido um nível de eficiência operacional superior àquele que foi efetivamente alcançado pelo parceiro privado, o que levou, por um lado, e comparativamente com as projeções iniciais, à verificação de um crescimento dos gastos operacionais proporcionalmente superior ao das receitas estimadas, e, por outro lado, à apresentação de resultados operacionais e líquidos negativos ao longo de todo o período analisado, conducentes à apresentação e consecutiva manutenção de capitais próprios negativos, não obstante os compromissos de capital realizados pelos acionistas ao abrigo dos compromissos assumidos no âmbito do Contrato de Gestão.

Consequentemente, o endividamento, parte do qual relativo a suprimentos concedidos pelos acionistas, situou-se em patamares constantemente superiores aos estimados e, atenta a incapacidade de geração de *cash flows* observada entre 2016 e 2018, constata-se que, para além de se manter excessivo face à estrutura de capitais, o nível de endividamento revelou-se também elevado face à *performance* operacional deficitária do parceiro privado.

Neste sentido, poder-se-á concluir acerca da insustentabilidade da parceria do ponto de vista do parceiro privado, o que em larga medida se deve ao facto deste, nas suas projeções iniciais, ter sobrestimado a eficiência operacional que seria atingida durante a execução do projeto.

3.2.1.2.11. Análise crítica à (in)sustentabilidade do parceiro privado

139. Através da análise do CB Atualizado, com base nos dados reais de produção (cfr. ponto 104 do presente Relatório), constata-se a existência de um claro desvio entre aquela que havia sido a estrutura de custos estimada pelo parceiro privado aquando da apresentação da sua proposta e a estrutura de custos que realmente se veio a verificar (cfr. ponto 133 do presente Relatório). Tal como se concluiu no ponto 105 do presente Relatório, o desvio

agina 186 de 331

verificado entre aquilo que a EGEST tinha estimado e aquela que veio a ser a realidade em termos de capacidade de geração de *cash flows* justifica-se, sobretudo, por uma incorreta estimativa dos custos pelo parceiro privado. Quanto a este aspeto, considera-se que não seria possível argumentar que o desvio, ou seja, a menor rentabilidade operacional do parceiro privado, se ficou a dever a um efeito de escala inferior ao estimado, designadamente no internamento e ambulatório, uma vez que, em termos globais, a remuneração da EGEST foi superior àquela que havia sido estimada, o que, *ceteris paribus*, para a mesma estrutura de custos fixos, deveria conduzir a margens operacionais mais positivas.

140. Com efeito, não se pode argumentar que a pior performance operacional do parceiro privado se ficou a dever ao facto de o mesmo ter produzido uma quantidade superior àquela pela qual foi efetivamente remunerado, uma vez que, embora sendo esta a realidade verificada em algumas linhas de atividade, a verdade é que esse efeito foi isolado ao incorporar-se no CB Atualizado, do lado dos gastos operacionais, toda a produção efetiva sem consideração de quaisquer limites, e do lado das receitas, apenas as receitas efetivamente auferidas pela EGEST, depois de considerados os limites aplicáveis à produção efetiva. Tendo por base este pressuposto, considera-se que este exercício é representativo e não distorce a realidade, permitindo aferir com exatidão as verdadeiras razões de o parceiro privado ter evidenciado uma performance operacional bastante aquém daquela que havia previsto aquando da adjudicação do contrato – que, como já se viu, se deve essencialmente à circunstância de os custos de exploração serem efetivamente superiores aos inicialmente estimados pelo parceiro privado.

A este respeito, importará recordar que o risco inerente à exploração/estrutura de custos era, com efeito, um risco alocado ao parceiro privado, que este conhecia e teve a oportunidade de avaliar e sensibilizar, aquando do processo de formação dos preços que constaram da sua proposta. Por outras palavras, à luz das peças do concurso e do próprio Contrato de Gestão, a EGEST deve assumir o risco pelos seus próprios erros quanto a incorretas projeções ou estimativas de custos que tem de incorrer para prestar os serviços clínicos ao abrigo do contrato.

141. Em face do exposto, conclui-se que, sem prejuízo de se admitir que a produção prevista tenha ficado aquém da produção efetiva, na verdade nunca se poderá utilizar este argumento para justificar a pior performance do parceiro privado. Com efeito, para tal terá

Página 187 de 331

contribuído, sobretudo, uma estrutura de custos mais penalizadora do que aquela que havia sido prevista pela EGEST.

Sem prejuízo, admite-se que um nível de produção prevista mais ajustado à realidade da procura do Hospital de Loures poderia contribuir para mitigar, em parte, esse efeito, já que, embora não resolvendo o problema dos desvios na estrutura de custos real do parceiro privado, permitiria certamente diluir uma parte adicional dos mesmos, contribuindo assim para o designado efeito de escala.

142. Aqui chegados e sem prejuízo de se ter concluído acerca da causa que efetivamente determinou os desvios operacionais verificados entre a performance operacional real e aquela que havia sido prevista no modelo financeiro, verificar-se-á, de seguida, se os défices operacionais do parceiro privado se manteriam num cenário em que não fossem aplicados os limites à remuneração contratualmente estabelecidos. Na prática, aquilo que se pretende aferir é em que medida o pagamento de toda a produção efetiva (considerada depois de aplicados os devidos expurgos, nos termos do previsto contratualmente) efetuada pelo parceiro privado permitiria colmatar os défices operacionais que se constatam quando analisados os valores de EBITDA.

Em termos objetivos, e considerando a arquitetura contratual em vigor, este pressuposto equivaleria a considerar um montante de produção prevista, em cada ano, igual àquele que foi efetivamente o valor da produção real registada.

Neste sentido, apresenta-se, no quadro seguinte a simulação do valor de remuneração adicional que se estima para cada um dos anos analisados, caso se considerasse que o valor da produção prevista é, em cada ano, igual àquele que foi o valor da produção efetiva sem limites (ou seja, mais próximo da utilização hospitalar efetivamente verificada).

Página 188 de 331

Quadro 37 - Simulação do impacto de toda a remuneração efetiva

Valores em milhares de euros

	2013	2014	2015	2016	2017
Valores Reais					
Internamento e Ambulatório	50 316	55 905	56 995	56 385	58 630
Dias de Internamento prolongado	48	77	91	167	147
Consulta Externa	13 903	14 587	15 819	15 860	16 065
Urgência	13 760	14 915	14 852	15 854	15 823
Disponibilidade do Serviço de Urgência	2 812	1 864	2 816	2 854	2 891
Hospital de Dia Médico	722	1 140	1 171	1 489	1 568
Casos e Atos Específicos	0	330	444	471	860
Remuneração base anual da EGEST	81 562	88 818	92 188	93 081	95 990
Valores Adicionais*					
Internamento e Ambulatório	271	516	877	868	710
Dias de Internamento prolongado	0	0	0	0	(
Consulta Externa	49	894	404	433	60
Urgência	174	196	72	41	2
Disponibilidade do Serviço de Urgência	0	0	0	0	(
Hospital de Dia Médico	261	0	188	163	139
Casos e Atos Específicos	0	0	0	0	(
Acréscimo de Remuneração	755	1 606	1 540	1 506	942
EBITDA Real	1 695	2 443	2 780	(3 564)	(801
Margem EBITDA Real	2,1%	2,7%	3,0%	-3,8%	-0,8%
EBITDA Ajustado pelo Acréscimo de Remuneração	2 449	4 050	4 321	(2 058)	14
Margem EBITDA Ajustada pelo Acréscimo de Remuneração	3,0%	4,5%	4,6%	-2,2%	0,1%
Imparidades, provisões e amortizações	(5 731)	(6 494)	(5 609)	(6 000)	(4 734
Outros não recorrentes	(152)	(4)	(535)	(264)	(1 222
Resultado Operacional Real	(4 188)	(4 055)	(3 364)	(9 827)	(6 758
Resultado Operacional Ajustado pelo Acréscimo de Remuneração	(3 434)	(2 449)	(1 823)	(8 321)	(5 815
Gastos líquidos de financiamento	(1 101)	(998)	(803)	(633)	(507
Resultado antes de Imposto Ajustado pelo Acréscimo de Remuneração	(4 535)	(3 447)	(2 627)	(8 955)	(6 3 2 3

disponibilizados pela ARSLVT.

Nota: No caso das linhas de produção de internamento e ambulatório e da urgência os valores de adicionais de remuneração considerados no quadro são determinados pela aplicação dos valores de produção efetiva global integralmente ao 1.ª escalão (o que seria equivalente a aumentar a produção prevista para níveis semelhantes aos da produção efetiva global).

Embora sendo um exercício teórico, este permite, de alguma forma, concluir que o Contrato de Gestão possui mecanismos capazes de reduzir (ainda que não eliminar) os resultados operacionais negativos do parceiro privado, sem prejuízo de tal não significar que os níveis de rentabilidade do mesmo venham a equiparar-se àqueles que haviam

sido previstos inicialmente, uma vez que tal desiderato só seria possível alcançar - como se referiu -, caso o parceiro privado tivesse estimado a sua estrutura de custos com maior aderência à realidade.

3.2.1.2. POSICIONAMENTO RELATIVO DA PARCERIA

143. Neste capítulo 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 Loures, em regime de PPP, em comparação com os dados de um conjunto de hospitais EPE considerados comparáveis (cfr. melhor detalhado no capítulo 3.2.1.2.1. do presente Relatório).

3.2.1.2.1. Definição do Grupo de Referência

144. O Contrato de Gestão prevê, para efeitos de (i) avaliação da qualidade dos serviços clínicos do Hospital Beatriz Ângelo (designadamente através da aplicação de um conjunto de indicadores, utilizados para aferir o desempenho da EGEST), (ii) determinação da remuneração da EGEST (relativamente à comparticipação de medicamentos prescritos nos hospitais e adquiridos nas farmácias comunitárias) e (iii) realização de benchmarking quanto ao nível de faturação e de cobrança de receitas a terceiros pagadores e de taxas moderadoras (cfr. n.º 2 da cláusula 67.ª do Contrato de Gestão), que deve a EPC proceder à seleção de um grupo de hospitais de classificação equivalente à do Hospital Beatriz Ângelo, e com este comparáveis, em termos de lotação global, nível de atividade e índice de case-mix e que sejam os mais eficientes no sector público, nos termos e para os efeitos do previsto na sua cláusula 71.ª, tendo, para tal, em consideração a verificação, cumulativa, de um conjunto de condições estabelecidas no n.º 2 da mesma cláusula 71.ª77.

⁷⁷ A saber: a) serem dotados de urgência médico-cirúrgica ou outra classificação equivalente; b) possuírem um número de camas instaladas situado num intervalo correspondente a menos 35% e a mais 35% do que o número médio de camas instalado no Hospital de Loures nos dois anos anteriores; ¿) registarem um número de doentes equivalentes situado numa banda de 50% acima ou abaixo da média do número de doentes Página 190 de 331 equivalentes do Hospital de Loures verificados nos dois anos anteriores; d) registarem um índice de case-mix situado numa banda de 35% acima ou abaixo da média do índice de complexidade do Hospital de Loures verificado e cada um dos dois anos anteriores.

De acordo com o n.º 5 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 Loures e assegurar que reflete o desempenho mais eficiente do sector público".

Neste contexto, a EPC identificou um conjunto de 3 unidades hospitalares, que, nos termos previstos no Contrato de Gestão, considerou poderem representar o grupo de referência do Hospital de Loures⁷⁸, tendo este grupo sido aplicado para efeitos contratuais, em 2012 e 2013.

Para o biénio de 2014 e 2015 foi definido um novo grupo de referência, constituído apenas por duas unidades, o Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, a que se juntou, para efeitos de composição do grupo de referência vigente em 2016 e 2017, a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

No biénio em curso, de 2018 e 2019, manteve-se a composição do grupo de referência, sendo assim o mesmo constituído pelo Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos e pela Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

Não obstante a referida identificação do grupo de referência, algumas das consequências práticas deste procedimento não se verificaram, dada a existência de diversos constrangimentos na recolha de informação sobre os indicadores dos hospitais do grupo de referência, necessária para o cálculo de alguns dos parâmetros a monitorizar. Estes constrangimentos inviabilizaram, para além do desejável exercício de *benchmark* previsto no Contrato, a avaliação dos 4 parâmetros de desempenho de resultado ajustados à casuística das entidades hospitalares do grupo de referência, conforme referido no ponto 3.2.1.1.9.

Metodologia adotada pela Equipa de Projeto

145. 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 Loures ("**Grupo de Referência EP**"), não tem de ser determinado, imperativamente, com base nos critérios definidos no Contrato de Gestão, e reconhecendo a validade da metodologia definida no âmbito do 1.° Relatório Intercalar da equipa de projeto constituída pelo Despacho n.° 8300/2016, relativo à avaliação da parceria público-privada de gestão clínica do Hospital de

Página-191 de 331

Em 2012 e 2013, o grupo de referência do Hospital de Loures foi constituído pelo Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, pelo Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE e pelo Hospital Distrital de Santarém, EPE.

Cascais⁷⁹, entende a Equipa de Projeto ser de manter no presente Relatório os critérios que considera que 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 Loures.

Assim, a Equipa de Projeto considerou que a definição do Grupo de Referência EP deveria tomar como ponto de partida o conjunto de hospitais definido 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 Loures incidem sobretudo sobre a área de internamento e ambulatório (as quais, como referido anteriormente, assumem maior relevância na produção do Hospital de Loures), a metodologia utilizada pela ACSS baseia-se num conjunto de 22 variáveis, de âmbito mais transversal e abrangente, permitindo, deste modo, uma comparação tão completa quanto possível dos diferentes tipos de atividades desenvolvidos pelos vários hospitais.

Note-se que 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

Página 192 de 331

A qual foi também utilizada no contexto do 2.º Relatório Intercalar da equipa de projeto constituída pelo mesmo Despacho n.º 8300/2016, relativo à avaliação da parceria público-privada de gestão clínica do Hospital de Braga, e no contexto do 1.º Relatório Intercalar da Equipa de Projeto, relativo à avaliação da parceria público-privada de gestão clínica do Hospital de Vila Franca de Xira.

correlação entre variáveis); e, finalmente, (iv) na criação dos grupos com base em técnica de clustering hierárquico.

Assim sendo, ou seja, reconhecendo que a metodologia da ACSS 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 da comparabilidade entre os vários hospitais ao nível de todas as áreas de atividade, o Grupo de Referência EP do Hospital de Loures tomará em consideração a metodologia utilizada pela ACSS para efeitos de benchmarking.

146. 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 Loures, 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 Loures em termos de indicadores de eficiência e eficácia para a determinação do Value for Money da parceria de Loures;
- 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

Página **193** de **331**

D - 1

a atividade referente aos cuidados primários dessas unidades locais de saúde, as mesmas não são comparáveis com o Hospital de Loures.

147. 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 foi, no entanto, para efeitos de definição do "grupo de referência", excluído o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE⁸⁰, 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, o que inviabiliza a comparabilidade da informação ao longo de todo o período objeto de análise no âmbito da determinação do *Value for Money* da parceria de Loures.

148. Assim, o Grupo de Referência EP do Hospital de Loures utilizado 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 ("CHL")
- iv) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE ("CHS")
- v) Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE ("CHBV")
- vi) Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE ("CHDV")
- vii) Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE ("CHMT")
- viii) Hospital Distrital de Santarém, EPE ("HDS")
- ix) Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE ("CHTS")
- x) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE ("ULSAM")
- xi) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE ("ULSM")
- xii) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE ("ULSBA")
- xiii) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE ("ULSNA")

Página 194 de 331

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

Adicionalmente, no âmbito da aferição do *Value for Money* da parceria de Loures 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 Loures em termos de indicadores de eficiência e eficácia será também analisado por comparação ao Hospital de Vila Franca de Xira ("HVFX PPP") e ao Hospital de Cascais ("HC PPP"), ambos incluídos no "grupo C" do *benchmarking* hospitalar da ACSS, e ao Hospital de Braga ("HB PPP") incluído no "grupo D" do *benchmarking* hospitalar da ACSS.

Breve apresentação das entidades hospitalares consideradas no Grupo de Referência EP e das entidades com contratos PPP consideradas no âmbito do exercício de benchmarking

149. Apresenta-se, de seguida, um resumo das principais características dos hospitais e centros hospitalares que constituem o Grupo de Referência EP do Hospital de Loures, bem como deste último e dos restantes hospitais com contratos de gestão clínica atualmente em regime de PPP, com referência ao final do ano de 2017.

Página 195 de 331

Quadro 38 – Principais características dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução

		N.º de	Nº de	在表现的一种。在这种发生是是			ICM		
Grupo de Referência	Lotação Praticada	TWO ELSEN STORY	Nº de freguesias	Unidades Hospitalares	Tipo de Urgência	Int. Cirúrgico	Int. Médico	Amb. Cirúrgico	Amb. Médico
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	386	213.584	16	Hospital do Montijo Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Médico- Cirúrgica Básica	1,19	0,64	0,21	0,21
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	306	87.869	48	Hospital Pêro da Covilhã Hospital do Fundão	Médico- Cirúrgica	1,35	0,72	0,44	0,20
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	563	363.404	61	 Hospital de Pombal Hospital Santo André - Leiria Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça 	Médico- Cirúrgica Básica	1,20	0,71	0,20	0,20
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	380	233.516	12	Hospital Ortopédico Santiago do Outão - Setúbal Hospital S. Bernardo - Setúbal	Médico- Cirúrgica	1,50	0,52	0,32	0,14
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	415	314.996	69	Hospital Distrital de Águeda Hospital Infante Dom Pedro - Aveiro Hospital Visconde de Salreu de Estarreja	Médico- Cirúrgica	1,14	0,70	0,20	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- Cirúrgica Básica	1,18	0,69	0,21	0,21
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	404	182.067	80	Hospital Doutor Manoel Constâncio - Abrantes Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar Hospital Rainha Santa Isabel - Torres Novas	Médico- Cirúrgica Básica	1,16	0,64	0,18	0,18
Hospital Distrital de Santarém, EPE	442	196.620	57	Hospital Distrital de Santarém	Médico- Cirúrgica	1,45	0,68	0,39	0,20
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	461	519.769	195	Hospital Padre Américo - Vale do Sousa Unidade Hospitalar de Amarante	Médico- Cirúrgica Básica	1,16	0,74	0,59	0,19
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	398	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		1,36	0,74	0,47	0,21
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	342	175.478	4	• Hospital Pedro Hispano	Médico- Cirúrgica	1,33	0,70	0,46	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- Cirúrgica Básica	1,49	0,71	0,39	0,21
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	242	118.506	69	Hospital de Santa Luzia de Elvas Hospital Doutor José Maria Grande - Portalegre Serviço de Urgência Básica de Ponte de Sor	Médico- Cirúrgica Básica	1,24	0,76	0,50	0,22
Hospital de Loures, PPP	424	288.883	17	Hospital Beatriz Ângelo	Médico- Cirúrgica	1,38	0,58	0,29	0,12

Sociedades gestoras dos			N°	图		ICM (APR31)				
contratos PPP em execução	Lotação Praticada	N* Habitantes	S No and a second	Unidades Hospitalares	Tipo de Urgência	NAME OF TAXABLE PARTY.	Int. Médico	Amb. Cirúrgico	Amb. Médico	
Hospital de Loures, PPP	424	288.883	17	• Hospital Beatriz Ângelo	Médico- Cirúrgica	1,38	0,58	0,29	0,12	
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	309	244.377	32	• Hospital de Vila Franca de Xira	Médico- Cirúrgica	1,17	0,59	0,47	0,20	
Hospital de Cascais, PPP	277	206.479	4	Hospital de Cascais	Médico- Cirúrgica	1,54	0,85	0,68	0,22	
Hospital de Braga, PPP	705	290.443	138	• Hospital de Braga	Polivalente	1,50	0,71	0,46	0,22	

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

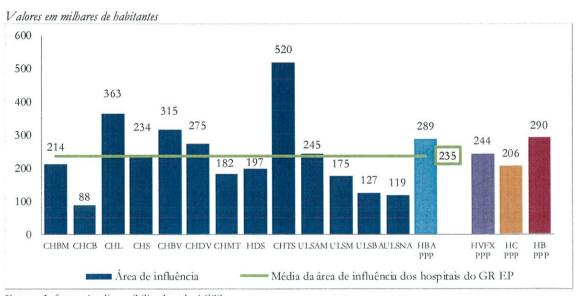
D 100 1

agina 196 de 331

150. A área de influência (direta ou de primeira linha) de cada uma das unidades do Grupo de Referência EP, 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 235 mil habitantes, o Hospital de Loures tem uma área de influência superior, constituída por cerca de 289 mil habitantes, dispondo igualmente de um total de camas superior ao da média dos hospitais do Grupo de Referência EP.

Comparativamente com a área de influência dos hospitais com contratos PPP em execução, constata-se, pelo gráfico seguinte, que o Hospital de Loures tem uma área de influência superior à do Hospital de Vila Franca de Xira e do Hospital de Cascais e idêntica à do Hospital de Braga.

Gráfico 65 – Área de Influência dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

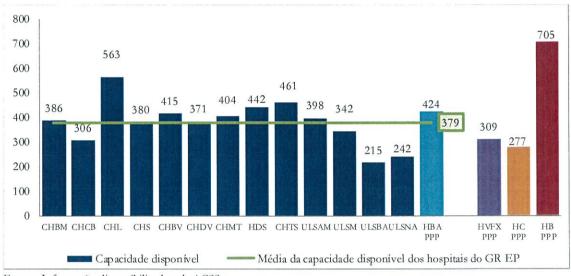
151. No que concerne à <u>capacidade disponível</u> dos hospitais do Grupo de Referência EP, verifica-se que o seu número médio de camas é de 379 camas, apresentando a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo o menor número de camas de todo o grupo, com 215, e o Centro Hospitalar de Leiria, o maior número de camas, com 563, no final de 2017. A capacidade do Hospital de Loures é de 424 camas, encontrando-se este valor acima da média dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP.

Página **197** de **331**

Quando analisada a lotação praticada nos hospitais com contratos PPP em execução, verifica-se que o Hospital de Cascais apresenta o menor número de camas, com 277, e o Hospital de Braga, o maior número de camas, com 705, no final de 2017, o que se justifica, naturalmente, pela diferente dimensão, e diferenciação ao nível dos cuidados de saúde prestados, destes hospitais.

Gráfico 66 – Lotação praticada dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução, em 2017





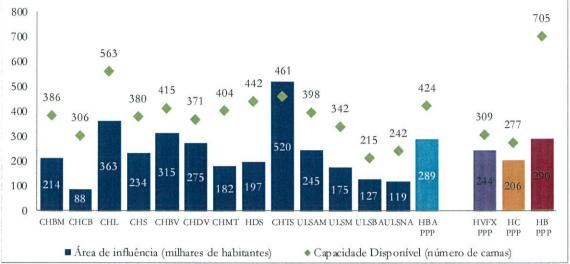
Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

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 1,83 camas/mil habitantes em média). O Hospital de Loures apresenta uma lotação por habitante ligeiramente inferior à média verificada nos hospitais do Grupo de Referência EP (cerca de 1,47 camas/mil habitantes).

ina 198 de 331

Gráfico 67 - Área de influência vs. Lotação praticada em 2017

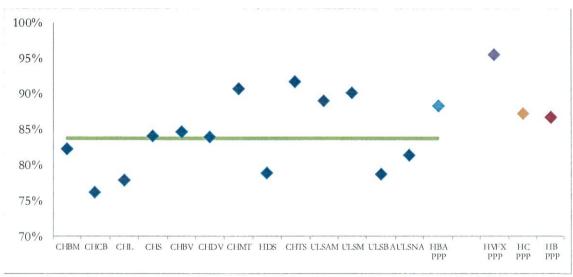
Valores em milhares de habitantes e em números de camas



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

152. Relativamente à <u>taxa de ocupação</u>, verifica-se que no caso do Hospital de Loures esta se apresenta superior à da generalidade dos hospitais do Grupo de Referência EP, ao cifrar-se em 88% em 2017.

Gráfico 68 – Taxa de ocupação média dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução, em 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

153. No que diz respeito ao <u>perfil assistencial</u>, apresentado no quadro seguinte, importa salientar que, em média, o conjunto de hospitais do Grupo de Referência EP conta com uma

Página 199 de 331

carteira composta por 31 serviços, apresentando-se o Hospital de Loures com um número superior, de 36.

Comparativamente com os restantes hospitais em regime PPP, constata-se que apenas o Hospital de Braga possui um número de especialidades superior ao do Hospital de Loures.

Quadro 39 – Perfil assistencial dos hospitais Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução

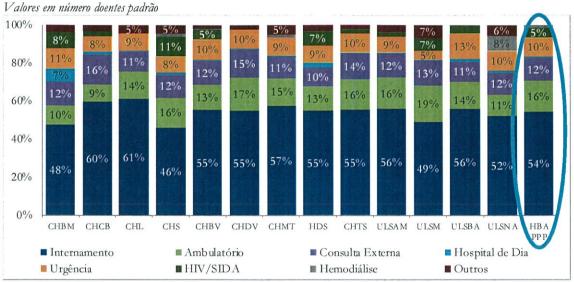
Perfil assistencial	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	СНВУ	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS	ULS	ULS M	ULS BA	ULS NA	HBA PPP	HVFX PPP	HC PPP	HB PPP
Anatomia Patológica	V	1	1	1	1	V	1	1	1	1	1	1	X	1	1	1	1
Anestesiologia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	V	1	1	1	1
Angiologia e Cirurgia Vascular	x	х	x	х	x	x	x	1	1	x	X	X	x	1	x	x	1
Cardiologia	1	J	J	1	V	1	1	V	J	1	1	1	V	V	1	1	V
Cardiologia Pediátrica		1		V	X X	x	į	j	x			x	1		*	×	V
Cirurgia Cardio- Torácica	x	j	X	Y	A N	x	×		x	×		x -	化工事间	x	x	×	x
Cirurgia Geral		J	1	1	J	1	V	1	1	V	V	√	1	1	V	V	V
Cirurgia Pediátrica	X	X X	*	V	x	x	x	X	X			×	x	T T	X	x	1
Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e Estética		V		V	x	1	×	1	V	×	1	x	x	1	x	x	1
Cirurgia Maxiofacial	x		x	X	000	x	X	×	×	x	×	*	x	A COLUMN	×	Cole x 20	1
Dermato-Venereologia	C TO	J	J	J	1	x	J	V	x	V	J	x	x	V	1	V	V
Doenças Infecciología (Infecciología)	1	J	N. S	j	3 1	x	X	j	×	X	j	x	X	j	į.	N. X	1
Endocrinologia e Nutrição	x		x	1	×	×	x	NATES	Ty	J	J		x	1	x		j
Estomatologia	x		V .	J	7	x	x				j			阿里斯斯	x		j
Gastroenterologia	V	J	J	J	V	1	1	1	J	j	j	X	×	V	1	1	J
Genética Médica	Y X			×	x	A TO	x	merces de		A STATE			x	阿德克斯		是接连	j
Ginecologia	T TY		J	7.1	V	Ĵ	V	J	1	J		Ì	Ì	1	Ī	J	1
Hematologia Clínica	1-10-22-12	1		1	1	STATE BY SE	No. of the		X	OF REAL PROPERTY.		V	ETTATACTOR			X	x
			1	1	Ţ,	x x	Ì	· x	×	X		Self Steel	x	1	T STATE		V
Imuno-Alergologia	X J		Y		j	Ì		Ì	V			J	1	j	1	.1	
Imuno-Hemoterapia	Water Street		Y TEN	V	West Street	STATE OF STATE		V		PEC SEA	Y	V V		x	x	X 10	
Medicina Dentária	x J	X	X X	×	×	×	PER SELECTION		Y	X	X	BENTA .	× ×	1	J	.1	
Medicina do Trabalho	THE STATE OF THE S	Y		1	Y		Y	V	Y	Y	x	Y		N.		N.	N.
Medicina Física e Reabilitação	1	N. T.	1	Y	V	1	Y	V	V The Holes	Y	Y		1	1	N 20	V	V
Medicina Geral e Familiar	X	×	X	X	×	x	X	X	X	V	N.	N	1	X	×	×	X
Medicina Interna	Sample of the same	٧	V	V	٧	Y	1	V	√	V	N	V	1	V	V	V	1
Medicina Nuclear	X	X	X	X	X	X	Z	X	x	X	x	X	X	1	X	X	X
Neurocirurgia	X	X	1	X	X	x	X	X	X	X	X	X	X	× ×	X	X X	V
Nefrologia	x	V	X	V	V	X	1	X	X	X	1	X	X	0.00	X	x	1
Neurologia	V	٧.	1	V	1	٧	V	٧	1	V	٧	٧	X	1	V	- V	V
Neurorradiologia	X	x	x	V	X	x	X	X	x	X	X	X	X	X	×	X	x
Obstetrícia	V	V	V	V	V	1	V	V	V	V	V	V	V	V	V	1	V
Oftalmologia	1	1	V	V	V	1	V	V	V	V	1	1	1	V	V	1	V
Oncologia Médica	V	1	√	V	V	V	V	V -	X	1	1	V	V	V	1	x	V
Ortopedia	V	1	V	V	V	√	V	V	V	V	1	√	V	V	1	1	V
Otorrinolaringologia	√	1	V	V	V	V	1	V	V	V	V	V	V	V	1	1	V
Patologia Clínica	V	√	V	V	V	V	√	V	V	1	V	1	V	√	V	· 1	V
Pediatria	V	V	V	V	1	V	V	V	V	√	V	V	V	V	V	V	V
Pneumologia	V	V	1	V	V	V	V	V	1	V	V	V	V	V	V	1	V
Psiquiatria	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	1	1	V
Psiquiatria da Infância e Adolescência	V	V	V	V	V	V	V	V	V	. 1	1	1	V	V	V	X	V
Radiodiagnóstico	V	√	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	1	V
Radioncologia	V	x	x	x	x	X	x	X	X	×	x	X	X	X	X.	X	x
Radioterapia	V	x	×	X	x	x	X	V	X	×	x	X	x	x	x	x	V
Reumatologia	x	V	x	x	1	V	1	x	x	V	x	X	x	V	x	x	V
Bercário	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Especialidades IPO	V	V	x	x	Man X	x	V	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Neonatologia	V	V	V	V	V	V	V	1	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Saúde Pública	x	x	x	×	x	×	x	x	x	×	V	V	V	x	x	x	×
U. Cuidados Intensivos	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
U. Cuidados Intermédios	V	V	J	V	V	V	x	V	x	V	V	J	V	V	V	V	V
Urologia	V	V	J	V	J	V	V	V	V	J	J	J	V	V	V	V	J
CIONOGIA		,	-	,	-	1	,	,	-		1		27	36		26	43

Fonte: Contrato de Gestão, informação disponibilizada pela ACSS e pela ARSLVT.

Página 200 de 331

154. O gráfico seguinte apresenta o peso médio relativo de cada linha de produção no total dos doentes padrão de cada unidade hospitalar, para o período compreendido entre 2013 e 2017, constatando-se que o internamento corresponde à linha de produção com maior importância para todos os hospitais analisados, seguindo-se-lhe o ambulatório, a consulta externa e a urgência. As restantes linhas de produção, hospital de dia, VIH/SIDA, hemodiálise e outros (onde se incluem todas as restantes linhas) assumem, assim, pouca expressão face ao total da produção (quando medida em doente padrão).

Gráfico 69 – Contributo de cada linha de atividade para o total de doentes padrão, em termos médios, entre 2013 e 2017



Nota: O cálculo do doente padrão teve por base o ICM desagregado (por área de internamento, de ambulatório médico e de cirurgia de ambulatório) e o agrupador AP21, de acordo com a metodologia adotada pela Equipa de Projeto a qual se encontra explicitada seguidamente.

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

155. Para efeitos de assegurar a comparabilidade entre o Hospital de Loures 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 efetuou 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

Página 201 de 331

ao cálculo do doente padrão, conforme melhor descrito no capítulo seguinte do presente Relatório;

No caso da área de internamento e ambulatório, e tal como referido no capítulo 3.1.6.2. do presente Relatório, os episódios são classificados em GDH, através do recurso a um agrupador. Enquanto nos hospitais EPE a produção está a ser agrupada, desde janeiro de 2015, através do agrupador "All Patient Refined DRG 31" ("APR31")⁸¹, no Hospital de Loures⁸² é utilizado o agrupador "AP21". Assim, a Equipa de Projeto procedeu à harmonização destes critérios, conforme melhor se descreve de seguida.

3.2.1.2.2. Cálculo do doente padrão

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

156. 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, tendo como objetivo 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:

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

Em que:

n = ano em vigor;

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

l = linhas de produção de internamento e ambulatório;

a 202 de 331

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.

⁸² Bem como nos demais hospitais em regime de PPP.

Preço base n =preço base do SNS em vigor para o internamento e ambulatório 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.

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

Assim, para ultrapassar esta limitação, a Equipa de Projeto considerou uma metodologia alternativa, com base na qual, ao invés de considerar para cada ano preços por atividade diferentes e um preço base também diferente, assumiu 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 2017); e (ii) assumindo sempre o mesmo preço base (de 2017) para todos os anos. Esta metodologia alternativa tem a vantagem de uniformizar e 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 adotada pela 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 tenha sido considerada para efeitos de cálculo do doente padrão pela ACSS. Com a adoção, pela Equipa de Projeto, dos preços contratualizados para 2017 em todos os anos analisados, conseguiu-se maximizar o número de linhas de produção incluído no cálculo do referido indicador, alcançando-se, desta forma, uma visão mais aderente à realidade da carteira de serviços das entidades hospitalares que constituem o Grupo de Referência EP.

Página 203 de 331

Adicionalmente, em termos de valores de produção de internamento e ambulatório (mensurado em doentes equivalentes⁸³), a ACSS utiliza os valores calculados através do agrupador de GDH em vigor em cada momento⁸⁴ e utiliza os dados do "SICA", enquanto a Equipa de Projeto, por indicação da ACSS, utilizou os dados (tanto de produção como os relativos ao 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 (considerando o ICM de internamento, o ICM de ambulatório médico e o ICM de cirurgia de ambulatório, em linha com as regras de cálculo da remuneração no caso dos EPE); e (iii) a atividade relativa à hemodiálise, ao VIH/SIDA, à esclerose múltipla e às sessões de hospital de dia de imuno-hemoterapia foi considerada de acordo com a metodologia dos hospitais EPE, nos termos abaixo referidos.

As principais linhas de produção consideradas no cálculo do doente padrão são o internamento e o ambulatório (mensurados em doentes equivalentes), a consulta externa (mensurada em número de consultas), a urgência (mensurada em número de atendimentos), o hospital de dia (mensurado em número de sessões), entre outras, sendo importante notar que poderá não se encontrar incorporada a globalidade da carteira de serviços de cada uma das entidades hospitalares consideradas.

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:

- O Utilizaram-se os preços contratualizados para os hospitais EPE, para cada linha de produção, referentes ao ano de 2017, tendo os mesmos sido utilizados para todos os anos do período de análise (2013-2017);
- O Considerou-se como preço base o preço contratualizado para internamento e ambulatório no caso dos hospitais EPE, em 2017.

Página 204 de 331

No internamento, os doentes equivalentes, num dado GDH, correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de curta duração e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respetivo GDH. Num episódio típico ou normal um doente saído corresponde a um doente equivalente.

Por sua vez, os episódios de doentes em ambulatório, médico ou cirúrgico, que resultem em GDH faturável em ambulatório correspondem a um doente equivalente.

Os agrupadores de GDH aplicáveis aos hospitais EPE ao longo do período analisado foram o AP27 em 2014 e o APR31 de 2015, inclusive, em diante.

• Produção de internamento e ambulatório:

- O Foram calculados os valores de doente equivalente considerando o agrupador AP21 para todos os hospitais (os dos hospitais EPE foram convertidos para AP21⁸⁵, de forma a que o exercício fosse comparável ao longo de todo o período e entre todos os hospitais do Grupo de Referência EP);
- Foram considerados os valores do ICM de internamento, do ICM de ambulatório médico e do ICM de cirurgia de ambulatório;
- o Foram utilizados, relativamente ao Grupo de Referência EP, os dados de produção disponibilizados pela ACSS, constantes da base de dados de GDH's reportada pelos vários hospitais; e
- Foram utilizados, relativamente ao Hospital de Loures, e em alternativa aos dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, os dados de produção fornecidos pela ACSS, tendo também por referência a base de dados de GDH's (que considera toda a produção real da EGEST), que incluem já os ajustamentos para as regras EPE;
- A atividade de hemodiálise realizada pelo Hospital de Loures foi considerada como produção de acordo com a metodologia dos hospitais EPE, o que difere da metodologia aplicada na PPP de Loures, em que esta atividade é contabilizada em ambulatório médico (através da aplicação do GDH 317 em AP21).

Para as restantes linhas de produção:

- Relativamente ao Grupo de Referência EP, foram considerados os dados do "SICA" (dados usados para efeitos do cálculo do doente padrão da ACSS), disponibilizados pela ACSS;
- O No caso do Hospital de Loures, foram considerados os dados reais disponibilizados pela ARSLVT, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST, considerando o seguinte:
 - As sessões de hospital de dia de imuno-hemoterapia realizadas no Hospital de Loures foram consideradas como tal, em linha com a metodologia

APM APM

Página 205 de 331

O agrupador de tipo All Patient (AP) caracteriza-se por subdividir os episódios em 26 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). ∫

seguida no caso dos hospitais EPE, e não como "outras sessões" como sucede nos termos do Contrato de Gestão;

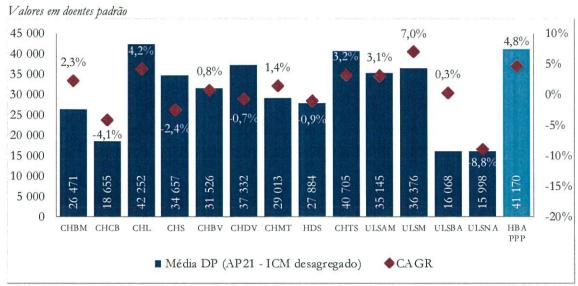
- A atividade realizada pelo Hospital de Loures no âmbito da esclerose múltipla em consulta externa e em hospital de dia não foi considerada como tal, mas antes ao abrigo do programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com esclerose múltipla aplicável aos hospitais EPE;
- A atividade realizada pelo Hospital de Loures no âmbito do VIH/SIDA em consulta externa não foi considerada como tal, mas antes ao abrigo do programa de tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA aplicável aos hospitais EPE.

A metodologia da Equipa de Projeto permite, assim, (i) efetuar comparações entre os diversos hospitais e ao longo dos vários anos, (ii) 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.

158. No gráfico seguinte é apresentado o doente padrão médio para os hospitais do Grupo de Referência EP (AP21) entre o ano de 2013 e 2017 e a respetiva variação neste período. Tal como se pode constatar, o Hospital de Loures é aquele que apresenta a segunda maior taxa de crescimento do doente padrão (4,8%), a qual se justifica sobretudo pelo aumento da área de internamento e ambulatório, em virtude do incremento da produção em ambas as áreas de atividade e do nível de complexidade do internamento.

Página 206 de 331

Gráfico 70 - Número de doentes padrão (AP21) e respetiva taxa de crescimento média anual, entre 2013 e 2017



Nota: O cálculo do doente padrão teve por base o ICM desagregado e o agrupador AP21.

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

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

159. O objetivo do presente capítulo é avaliar a economia da PPP do Hospital de Loures, através da análise detalhada dos encargos suportados pelo parceiro público com a parceria comparativamente com os gastos dos hospitais do Grupo de Referência EP, mediante a utilização do indicador de gasto por doente padrão, recalculado tanto para o Hospital de Loures como para os hospitais do Grupo de Referência EP, com base no agrupador AP21 e no ICM desagregado (por área de internamento, ambulatório médico e cirurgia de ambulatório).

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

- I. Cálculo dos gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP para efeitos da presente análise, isto é, excluindo os gastos relativos à componente infraestrutural de todas as rubricas de gastos operacionais, bem como das depreciações e amortizações;
- II. Cálculo dos gastos operacionais, ajustados para efeitos da presente análise de acordo com a alínea anterior, por doente padrão (conforme explicado no capítulo)

Página **207** de **331**

- 3.2.1.2.4 do presente Relatório). Este indicador permite criar uma medida estandardizada, possibilitando a comparabilidade dos resultados entre o Hospital de Loures e os hospitais do Grupo de Referência EP;
- III. Cálculo da remuneração do Hospital de Loures (encargos atualmente suportados pelo parceiro público, acrescidos da remuneração por conta de terceiros pagadores e taxas moderadoras⁸⁶) por doente padrão;
- IV. Comparação entre os encargos do Estado com o Hospital de Loures por doente padrão e os gastos 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 PPP⁸⁷. No caso do Hospital de Loures, a análise tem em conta o total da remuneração base anual da EGEST, e não os encargos suportados apenas pelo parceiro público, de forma a permitir a comparabilidade com os gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, já que estes gastos 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 Loures 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 Loures com o mesmo indicador para os hospitais do Grupo de Referência EP.

160. No quadro que se segue apresentam-se os gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP para o período compreendido entre 2013 e 2017, 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 gastos estimados relativos à componente infraestrutural.

Página 208 de 331

⁸⁶ De forma a garantir a comparabilidade com o caso dos Hospitais EPE, onde se consideraram todos os gastos operacionais.

Para a aferição da economia (relativa) da PPP, em termos absolutos, multiplicou-se o diferencial de gastos por doente padrão, obtido nos termos desta alínea IV), pelo número total de doentes padrão do Hospital de Loures.

Quadro 40 - Total de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017

Valores em milhares de euros

医结合性 医多种性 医多种性				A TEN	2013				
	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
CMVMC	16 818	11 130	15 246	30 471	17 677	18 721	14 060	19 482	15 099
FSE	10 653	10 542	15 155	12 274	11 192	10 387	16 010	12 508	14 105
Gastos com o pessoal	42 843	32 453	44 981	51 420	43 941	46 040	45 070	37 972	43 708
Depreciações e amortizações	1 732	470	2 208	1 596	2 3 7 9	1710	847	1 399	1 497
Outros gastos e perdas operacionais	90	72	297	271	255	355	232	303	1 435
Total de gastos operacionais	72 137	54 667	77 887	96 032	75 445	77 213	76 219	71 665	75 845

建筑地域,这位1000年的特殊	2014										
	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS		
CMVMC	16 600	11 199	18 025	29 940	16 353	19 138	13 664	17 985	15 122		
FSE	10 478	10 454	15 419	12 580	11 312	10 546	15 560	12 442	13 730		
Gastos com o pessoal	41 683	32 463	47 273	51 408	43 388	44 973	43 712	37 662	43 415		
Depreciações e amortizações	1 276	561	2 150	1 739	1 910	1 455	853	1 117	1 553		
Outros gastos e perdas operacionais	288	42	169	578	180	99	584	575	598		
Total de gastos operacionais	70 325	54 719	83 036	96 244	73 143	76 209	74 374	69 781	74 419		

MALE STREET, S	2015											
	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS			
CMVMC	17 509	11 669	20 046	32 500	18 919	19 255	14 3 19	20 708	16 282			
FSE	10 900	10 254	16 198	14 507	11 202	11 350	16 688	14 265	14 430			
Gastos com o pessoal	42 218	32 763	49 232	52 350	45 113	46 212	43 174	39 195	45 271			
Depreciações e amortizações	1 070	607	2 242	1 608	1 608	1 388	803	1 055	1 464			
Outros gastos e perdas operacionais	375	175	254	645	78	126	483	1 574	617			
Total de gastos operacionais	72 071	55 468	87 972	101 611	76 921	78 331	75 467	76 797	78 065			

AND THE RESERVE OF THE PARTY OF	2016											
	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS			
CMVMC	18 175	11 530	19 731	37 484	19 151	20 018	16 187	20 076	18 384			
FSE	11 708	9 329	16 314	15 620	11 133	11 584	18 164	14 020	15 792			
Gastos com o pessoal	45 288	33 236	52 697	55 230	47 565	50 374	45 956	42 370	48 752			
Depreciações e amortizações	1 080	578	2 213	1 474	1 506	1 294	784	1 049	1 479			
Outros gastos e perdas operacionais	97	127	280	543	50	401	909	4 003	257			
Total de gastos operacionais	76 348	54 801	91 233	110 353	79 406	83 672	82 000	81 518	84 663			

	2017										
	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS		
CMVMC	17 233	11 704	19 544	36 242	19 833	21 122	16 249	21 616	18 419		
FSE	11 768	8 752	15 578	16 395	11 592	13 258	18 995	16 215	17 201		
Gastos com o pessoal	47 755	34 900	55 810	58 547	51 398	54 658	49 389	47 137	52 256		
Depreciações e amortizações	1 083	446	1 853	1 103	1 280	1 323	687	1 216	1 273		
Outros gastos e perdas operacionais	77	68	247	1 106	63	358	1 325	3 765	204		
Total de gastos operacionais	77 917	55 870	93 033	113 393	84 166	90 721	86 645	89 949	89 353		

Nota: Os valores do CMVMC, dos FSE's 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 gastos, dos pesos do "Total de Serviço de Instalações e Equipamento" face aos gastos 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://www2.acss.min-saude.pt/bdea/). Os valores de depreciações e amortizações apresentados excluem, quando aplicável, os montantes relativos a edificios, outros equipamentos administrativos e não especificados, taras, ferramentas e utensílios e ativos fixos intangíveis. Os montantes de outros Página 209 de 331 gastos operacionais excluem as correções relativas a exercícios anteriores.

Fonte: R&C's e balancetes analíticos dos hospitais EPE.

161. No quadro seguinte, apresentam-se os gastos operacionais por doente padrão, de forma a calcular, para cada hospital que integra o Grupo de Referência EP, o indicador "gastos operacionais por doente padrão". Os valores assinalados a encarnado e a verde representam, respetivamente, os valores mais elevados e os valores mais reduzidos apurados para cada ano.

Quadro 41 – Total de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2013 e 2017

在大学的工具的关系。他就是					2013				
Assertable by the property of the second	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de gastos operacionais ('000€)	72 137	54 667	77 887	96 032	75 445	77 213	76 219	71 665	75 845
N.º de doentes padrão	25 135	19 326	38 491	33 685	30 947	37 892	29 187	27 563	37 764
Gastos operacionais por doente padrão	2 870 €	2 829 €	2 024 €	2 851€	2 438 €	2 038 €	2 611 €	2 600 €	2 008 €

					2014				
With the second	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de gastos operacionais ('000€)	70 325	54 719	83 036	96 244	73 143	76 209	74 374	69 781	74 419
N.º de doentes padrão	25 044	19 482	40 537	34 000	30 277	37 474	27 279	27 616	39 307
Gastos operacionais por doente padrão	2 808 €	2 809 €	2 048 €	2 831 €	2 416 €	2 034 €	2 726 €	2 527 €	1893€

2010年10年 日本共和国共和国共和国共和					2015				
登録 をからまた。 対一点のは地域が	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de gastos operacionais ('000€)	72 071	55 468	87 972	101 611	76 921	78 331	75 467	76 797	78 065
N.º de doentes padrão	27 990	19 109	42 085	37 479	32 624	37 927	28 713	28 304	41 312
Gastos operacionais por doente padrão	2 575 €	2 903 €	2 090 €	2 711 €	2 358 €	2 065 €	2 628 €	2 713 €	1890€

Bright the Action of the					2016				
在 对于1000年的第三人称形式的1000年的1000	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de gastos operacionais ('000€)	76 348	54 801	91 233	110 353	79 406	83 672	82 000	81 518	84 663
N.º de doentes padrão	26 697	18 979	44 806	37 568	31 841	36 520	28 983	29 400	42 309
Gastos operacionais por doente padrão	2 860 €	2 887 €	2 036 €	2 937 €	2 494 €	2 291€	2 829 €	2 773 €	2 001 €

					2017				
The state of the s	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de gastos operacionais ('000€)	77 917	55 870	93 033	113 393	84 166	90 721	86 645	89 949	89 353
N.º de doentes padrão	27 489	16 376	45 343	30 554	31 943	36 844	30 904	26 538	42 834
Gastos operacionais por doente padrão	2 834 €	3 412 €	2 052 €	3 711 €	2 635 €	2 462 €	2 804 €	3 390 €	2 086 €

Fonte: R&C's, balancetes analíticos dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

162. No quadro *infra* apresentam-se os encargos suportados pelo parceiro público com a PPP do Hospital de Loures, ou seja, a remuneração total do parceiro privado para o período compreendido entre 2013 e 2017, numa base económica, tendo por referência os valores de produção efetiva final disponíveis à data de realização da presente análise⁸⁸. Note-se que a

Página 210 de 331

Note-se que, como referido anteriormente, o fecho de contas de 2016 foi efetuado mediante a realização de um apuramento provisório, com base em dados de produção disponibilizados pela EGEST, em processo de validação pela EPC.

componente relativa aos encargos da EGEST suportados pelo SNS não inclui a remuneração recebida pela EGEST relativa a terceiros pagadores e a taxas moderadoras.

Quadro 42 - Remuneração da EGEST, entre 2013 e 2017

Valores em milhares de euros

Repartição dos encargos da EGEST suportados pelo SNS	2013	2014	2015	2016	2017
Contrato de Gestão - Parœla a cargo do SNS (90%)	66 432	68 933	71 026	76 009	78 771
Contrato de Gestão - Pagamento de reconciliação	11 331	14 483	14 633	9 387	12 692
Sub-total do Contrato de Gestão	77 763	83 416	85 659	85 396	91 464
Medicamentos biológicos cedidos em farmácia hospitalar	189	206	243	239	290
Programa centralizado hepatite C	0	0	456	1 307	805
Ajudas técnicas	23	0	45	11	9
Colheita e transplante de orgãos	0	0	89	64	31
Multas contratuais	0	-134	0	0	0
Total	77 975	83 488	86 492	87 016	92 598
Variação anual (%)	-	7%	4%	1%	6%

Repartição dos encargos da EGEST por tipo de pagador	2013	2014	2015	2016	2017
SNS	77 975	83 488	86 492	87 016	92 598
Terceiros pagadores	751	761	829	758	839
Taxas moderadoras	2 879	3 193	3 267	2 721	2 534
Outros	24	24	24	24	41
Total	81 629	87 467	90 612	90 520	96 013

Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.

Com referência ao ano de 2016 os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

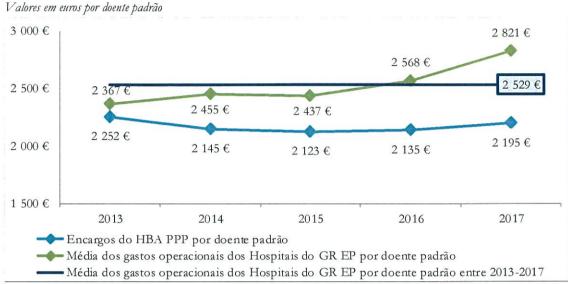
Os valores relativos a "Outros" respeitam a partilha de receita devida por terceiros pagadores.

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2013 a 2015 e a 2017, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

163. Seguidamente é apresentada a relação entre o total dos encargos com a PPP do Hospital de Loures por doente padrão e a média dos gastos operacionais por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP. Com base na respetiva análise é possível concluir que o custo por doente padrão da PPP do Hospital de Loures para o parceiro público se afigurou inferior à média dos gastos efetivos por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP, para todo o período compreendido entre 2013 e 2017, ascendendo o valor da poupança média anual a cerca de 16,0 milhões de euros (considerando o total de doentes padrão do Hospital de Loures).

Página 211 de 331

Gráfico 71 – Encargos do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2013 e 2017



<u>Fonte</u>: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos da EGEST do Hospital de Loures 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 do Hospital de Loures, face aos hospitais do Grupo de Referência EP.

Similarmente, a análise da diferença total média entre os encargos do modelo PPP do Hospital de Loures e aqueles que decorreriam caso fossem considerados os gastos por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP, no período compreendido entre 2013 e 2017, permite concluir pela existência de uma poupança total gerada pela PPP, superior a 79,8 milhões de euros, sendo ainda de destacar que esta poupança evidencia uma tendência crescente ao longo de todo o período analisado.

ina 212 de 331

Quadro 43 – Poupança média anual, considerando os encargos do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2013 e 2017

多数的特殊的一种数据的现在分词		2013										
	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS		
Encargos anuais ('000€)	81 629	72 137	54 667	77 887	96 032	75 445	77 213	76 219	71 665	75 845		
N.º de doentes padrão	36 255	25 135	19 326	38 491	33 685	30 947	37 892	29 187	27 563	37 764		
Encargos por doente padrão	2 252 €	2870€	2 829 €	2 024€	2 851€	2 438 €	2 038 €	2 611 €	2 600 €	2 008 €		
Poupança anual		27,5%	25,6%	-10,1%	26,6%	8,3%	-9,5%	16,0%	15,5%	-10,8%		
900	'000€	22 422	20 926	-8 266	21 730	6 757	-7 752	13 045	12 634	-8 815		
Poupança média anual					9,9%							
	'000€				8 076							

	2014										
	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS	
Encargos anuais ('000€)	87 467	70 325	54 719	83 036	96 244	73 143	76 209	74 374	69 781	74 419	
N.º de doentes padrão	40 777	25 044	19 482	40 537	34 000	30 277	37 474	27 279	27 616	39 307	
Encargos por doente padrão	2 145 €	2 808 €	2 809 €	2 048 €	2 831 €	2 416 €	2 034 €	2 726 €	2 527 €	1893€	
Poupança anual		30,9%	30,9%	-4,5%	32,0%	12,6%	-5,2%	27,1%	17,8%	-11,7%	
	1000€	27 037	27 062	-3 938	27 961	11 042	-4 541	23 708	15 569	-10 264	
Poupança média anual					14,4%						
	'000€				12 626						

全是是在100000000000000000000000000000000000	2015											
	HBA PPP	снвм	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS		
Encargos anuais ('000€)	90 612	72 071	55 468	87 972	101 611	76 921	78 331	75 467	76 797	78 065		
N.º de doentes padrão	42 676	27 990	19 109	42 085	37 479	32 624	37 927	28 713	28 304	41 312		
Encargos por doente padrão	2 123 €	2 575 €	2 903 €	2 090 €	2 711 €	2 358 €	2 065 €	2 628 €	2 713 €	1890€		
Poupança anual	WII	21,3%	36,7%	-1,6%	27,7%	11,0%	-2,7%	23,8%	27,8%	-11,0%		
	'000€	19 274	33 263	-1 405	25 089	10 009	-2 474	21 555	25 181	-9 970		
Poupança média anual					14,8%							
	'000€				13 391							

发热 医乳腺管 医乳腺管 医皮肤		2016											
	HBA PPP	снвм	СНСВ	CHL	CHS	снву	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS			
Encargos anuais ('000€)	90 520	76 348	54 801	91 233	110 353	79 406	83 672	82 000	81 518	84 663			
N.º de doentes padrão	42 400	26 697	18 979	44 806	37 568	31 841	36 520	28 983	29 400	42 309			
Encargos por doente padrão	2 135 €	2 860 €	2 887 €	2 036€	2 937 €	2 494 €	2 291 €	2 829 €	2 773 €	2 001 €			
Poupança anual		34,0%	35,2%	-4,6%	37,6%	16,8%	7,3%	32,5%	29,9%	-6,3%			
	'000€	30 733	31 907	-4 186	34 024	15 218	6 623	29 441	27 043	-5 676			
Poupança média anual					20,3%								
	'000€				18 348								

Página 213 de 331

经总统的数据数据的证明的	2017											
	HBA PPP	снвм	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS		
Encargos anuais ('000€)	96 013	77 917	55 870	93 033	113 393	84 166	90 721	86 645	89 949	89 353		
N.º de doentes padrão	43 742	27 489	16 376	45 343	30 554	31 943	36 844	30 904	26 538	42 834		
Encargos por doente padrão	2 195 €	2 834€	3 412 €	2 052 €	3 711 €	2 635 €	2 462€	2 804 €	3 390 €	2 086€		
Poupança anual		29,1%	55,4%	-6,5%	69,1%	20,0%	12,2%	27,7%	54,4%	-5,0%		
	'000€	27 971	53 219	-6 265	66 323	19 244	11 692	26 626	52 251	-4766		
Poupança média anual					28,5%							
	'000€				27 366							
Total de Poupança entre 2013 e 2017	HBA PPP	снвм	СНСВ	CHL	CHS	снву	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS		
Encargos totais	446 240	368 798	275 525	433 161	517 632	389 081	406 147	394 704	389 709	402 345		
Poupança total		127 438	166 376	-24 061	175 128	62 269	3 548	114 375	132 678	-39 490		
Poupança total média					79 807							

<u>Fonte</u>: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

164. Os quadros que se apresentam a seguir comparam os encargos do parceiro público com o Hospital de Loures, agora deduzidos das taxas moderadoras e de terceiros pagadores, com o total das transferências efetuadas pelo Estado aos hospitais do Grupo de Referência EP.

Página 214 de 331 X - XV

Quadro 44 – Financiamento do SNS ao Hospital de Loures e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2013 e 2017

	2013									
	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€')	77 975	74 395	49 573	69 217	99 301	71 073	73 795	75 866	74 658	69 803
N.º de doentes padrão	36 255	25 135	19 326	38 491	33 685	30 947	37 892	29 187	27 563	37 764
Financiamento do SNS por doente padrão	2 151€	2 960 €	2 565 €	1798€	2 948 €	2 297 €	1947€	2 599 €	2 709€	1848€

的人的复数 医克里氏病 经股份	2014										
has been been as a life	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS	
Financiamento do SNS ('000€)	83 488	63 988	49 332	83 820	77 805	59 809	72 101	74 001	61 580	67 907	
N.º de doentes padrão	40 777	25 044	19 482	40 537	34 000	30 277	37 474	27 279	27 616	39 307	
Financiamento do SNS por doente padrão	2 047 €	2 555 €	2 532 €	2 068€	2 288 €	1 975 €	1924€	2 713 €	2 230 €	1728€	

机克格克 网络克里克斯克里克	2015										
的 医性病性 法法	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	снву	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS	
Financiamento do SNS ('000€)	86 492	58 619	44 334	80 938	76 102	58 042	71 094	75 303	68 731	73 416	
N.º de doentes padrão	42 676	27 990	19 109	42 085	37 479	32 624	37 927	28 713	28 304	41 312	
Financiamento do SNS por doente padrão	2 027 €	2 094€	2 320 €	1 923 €	2 031 €	1 779 €	1874€	2 623 €	2 428 €	1777€	

	2016										
	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS	
Financiamento do SNS ('000€)	87 016	59 573	56 239	85 844	92 627	68 048	71 873	79 934	77 574	74 036	
N.º de doentes padrão	42 400	26 697	18 979	44 806	37 568	31 841	36 520	28 983	29 400	42 309	
Financiamento do SNS por doente padrão	2 052 €	2 231€	2 963 €	1 916 €	2 466 €	2 137 €	1968€	2 758 €	2 639 €	1750€	

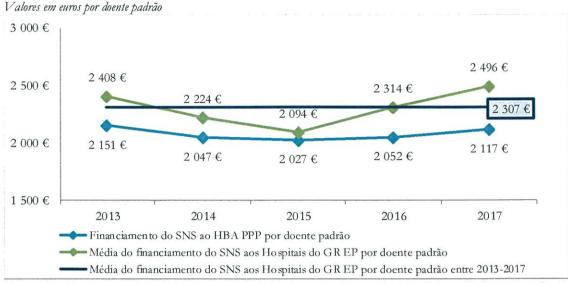
	2017										
	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS	
Finandamento do SNS ('000€)	92 598	64 108	50 954	81 544	110 000	70 559	75 487	78 637	82 627	73 150	
N.º de doentes padrão	43 742	27 489	16 376	45 343	30 554	31 943	36 844	30 904	26 538	42 834	
Financiamento do SNS por doente padrão	2 117 €	2 332 €	3 111 €	1798€	3 600 €	2 209 €	2 049 €	2 545 €	3 114 €	1708€	

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT e informação disponibilizada pela ACSS.

Mediante a análise do gráfico seguinte, que resume os dados do quadro *supra*, constatase que, à semelhança do observado ao nível dos encargos, o financiamento por doente padrão do Hospital de Loures foi inferior ao dos hospitais do Grupo de Referência EP em todo o período compreendido entre 2013 e 2017, situando-se o valor da poupança média anual em cerca de 9,4 milhões de euros.

Página 215 de 331

Gráfico 72 – Financiamento do SNS ao Hospital de Loures e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2013 e 2017



Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT e informação disponibilizada pela ACSS.

165. De seguida é apresentado 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 representaram os encargos do parceiro público com a PPP de Loures em face dos valores do Grupo de Referência EP.

ficina 216 de 331

Quadro 45 – Poupança média anual, considerando o financiamento do SNS ao Hospital de Loures e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2013 e 2017

					20	13				
	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	снву	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	77 975	74 395	49 573	69 217	99 301	71 073	73 795	75 866	74 658	69 803
N.º de doentes padrão	36 255	25 135	19 326	38 491	33 685	30 947	37 892	29 187	27 563	37 764
Financiamento do SNS por doente padrão	2 151 €	2 960 €	2 565 €	1798€	2 948 €	2 297 €	1 947 €	2 599 €	2 709€	1 848 €
Poupança anual		37,6%	19,3%	-16,4%	37,1%	6,8%	-9,5%	20,9%	25,9%	-14,1%
'000€		29 334	15 024	-12 779	28 902	5 288	-7 369	16 261	20 224	-10 961
Poupança média anual					12,0%					
'000€			-	THE PART AND THE P	9 325					
					20	14				
发展 等强烈 计算机设置 计多数	HBA	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	83 488	63 988	49 332	83 820	77 805	59 809	72 101	74 001	61 580	67 907
31011		122 2 3 3 3			1				0= 444	

维生物学生					20	14				
第四个的第三人称形式	HBA	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	83 488	63 988	49 332	83 820	77 805	59 809	72 101	74 001	61 580	67 907
N.º de doentes padrão	40 777	25 044	19 482	40 537	34 000	30 277	37 474	27 279	27 616	39 307
Financiamento do SNS por doente padrão	2 047 €	2 555€	2 532 €	2 068 €	2 288 €	1 975 €	1 924 €	2 713 €	2 230€	1 728 €
Poupança anual		24,8%	23,7%	1,0%	11,8%	-3,5%	-6,0%	32,5%	8,9%	-15,6%
1000€		20 698	19 765	829	9 825	-2 938	-5 033	27 130	7 439	-13 041
Poupança média anual					8,6%					
1000€					7 186					

建物,是在水型,被影响,这个大型					20	15				
	HBA	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	86 492	58 619	44 334	80 938	76 102	58 042	71 094	75 303	68 731	73 416
N.º de doentes padrão	42 676	27 990	19 109	42 085	37 479	32 624	37 927	28 713	28 304	41 312
Financiamento do SNS por doente padrão	2 027 €	2 094€	2 320 €	1 923 €	2 031€	1779€	1874€	2 623 €	2 428€	1777€
Poupança anual		3,3%	14,5%	-5,1%	0,2%	-12,2%	-7,5%	29,4%	19,8%	-12,3%
'000€		2 883	12 516	-4 419	163	-10 567	-6 498	25 432	17 139	-10 652
Poupança média anual					3,3%			V. 2000 V. S. 2000 V. S. 100 100 100 100 100 100 100 100 100 10		
'000€					2 889					

经 等的关系,从下的经验的关键,并不是					20	16				
	HBA	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	87 016	59 573	56 239	85 844	92 627	68 048	71 873	79 934	77 574	74 036
N.º de doentes padrão	42 400	26 697	18 979	44 806	37 568	31 841	36 520	28 983	29 400	42 309
Financiamento do SNS por doente padrão	2 052 €	2 231€	2 963 €	1 916 €	2 466 €	2 137 €	1 968 €	2 758 €	2 639€	1750€
Poupança anual		8,7%	44,4%	-6,6%	20,1%	4,1%	-4,1%	34,4%	28,6%	-14,7%
'000€		7 595	38 624	-5 782	17 523	3 598	-3 573	29 922	24 859	-12 822
Poupança média anual				11000000	12,8%				23.	
'000€					11 105					

When the rest were the state of	2017											
Edition of the last of the las	HBA	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS		
Financiamento do SNS ('000€)	92 598	64 108	50 954	81 544	110 000	70 559	75 487	78 637	82 627	73 150		
N.º de doentes padrão	43 742	27 489	16 376	45 343	30 554	31 943	36 844	30 904	26 538	42 834		
Financiamento do SNS por doente padrão	2 117 €	2 332 €	3 111 €	1798€	3 600 €	2 209 €	2 049 €	2 545 €	3 114€	1708€		
Poupança anual		10,2%	47,0%	-15,0%	70,1%	4,3%	-3,2%	20,2%	47,1%	-19,3%		
'000€		9 412	43 503	-13 934	64 881	4 024	-2 979	18 706	43 596	-17 898		
Poupança média anual					17,9%							
'000€					16 590							

Total de Poupança entre 2013 e 2017	НВА	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos totais	427 570	320 683	250 432	401 363	455 835	327 530	364 349	383 741	365 169	358 313
Poupança total		69 923	129 431	-36 084	121 294	-594	-25 451	117 451	113 257	-65 374
Poupança total média					47 095					

Notas: Os valores apresentados relativamente ao Hospital de Loures refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST, sendo que com referência ao ano de 2016 os mesmos têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT e informação disponibilizada pela ACSS.

Página 217 de 331

Da análise do quadro anterior conclui-se que no período compreendido entre 2013 e 2017, caso fossem consideradas apenas as transferências realizadas pelo SNS aos hospitais do Grupo de Referência EP relativas à produção, o modelo de PPP do Hospital de Loures representaria um encargo consideravelmente inferior ao modelo dos hospitais EPE.

Adicionalmente, na análise da economia do modelo PPP na perspetiva do financiamento por parte do SNS não pode ser descurado o exposto no ponto 69 do presente Relatório, dado que tal financiamento compreende não só as transferências relativas à produção, como as transferências adicionais a estas, como sejam as que foram efetivamente realizadas pelo SNS aos hospitais do Grupo de Referência EP entre 2013 e 2017, tanto a título de convergência⁸⁹, como no âmbito de aumentos de capital estatutário. A este respeito, importa ainda referir que cinco das nove entidades que constituem o Grupo de Referência EP apresentavam, no final de 2017, capitais próprios negativos, no valor global de aproximadamente 148 milhões de euros, o que demonstra as restrições orçamentais a que os hospitais EPE se encontram sujeitos.

Noutro prisma, importa referir que, tendo as análises antecedentes sido elaboradas com base nos custos e no financiamento do Grupo de Referência EP, cujos hospitais que o integram foram sempre explorados diretamente pelo Estado, poder-se-ia questionar se os encargos incorridos pelo Estado com a parceria do Hospital de Loures não deveriam ser antes analisados em face dos custos e do financiamento de hospitais, anteriormente explorados em regime de PPP, que agora fossem explorados diretamente pelo Estado, por se tratar de uma situação mais próxima daquela que sucederia caso a gestão clínica do Hospital de Loures fosse internalizada. Acontece que não existem atualmente elementos disponíveis que permitissem a ponderação, na análise efetuada, de um cenário de gestão hospitalar pública subsequente a um período de gestão privada⁹⁰. De todo o modo, entende a Equipa de Projeto que a circunstância de um determinado hospital explorado diretamente

Como referido adiante, apesar de ter sido recentemente concretizada a reversão do Hospital de Braga, o respetivo processo ainda se encontra numa fase prematura, não existindo ainda, por isso, dados relevantes sobre o mesmo. Por outro lado, apesar de em 2013 o CMFRS ter sido internalizado, considera-se que os respetivos dados não são representativos para efeitos da referida análise, por se tratar de uma unidade especializada da rede de referenciação hospitalar de medicina física e de reabilitação e não de uma unidade hospitalar.



⁸⁹ Designadamente valores de convergência compensatórios da ineficiência, verbas de convergência para regularização de dívidas, verbas de convergência de acordo com medidas extraordinárias para reequilíbrio financeiro e verbas verba de convergência para compensação por acréscimo de gastos com pessoal, para reposição salarial e para alteração das 40 para as 35 horas semanais.

pelo Estado ter anteriormente sido explorado em regime de PPP, não alteraria com relevância os custos dessa unidade, pelo que mesmo que a comparação fosse feita com hospitais explorados pelo Estado mas anteriormente explorados em regime de PPP tal não deveria alterar de forma material as conclusões mencionadas. Efetivamente, apesar de se admitir a possibilidade de num momento inicial a gestão pública poder ainda beneficiar de alguma da eficiência do modelo de gestão privada – tal como aparentemente se verificou na sequência da reversão do CMFRS para o Estado⁹¹, cfr. Quadro 48 –, esses ganhos esbater-se-iam no tempo, não alterando os custos e o financiamento dos hospitais do Grupo de Referência EP no conjunto do período analisado – o que é igualmente confirmado pelo Quadro 48 quando se toma em consideração os últimos anos considerados.

166. Em suma, tendo por base a análise efetuada, conclui-se que a parceria de Loures permitiu a obtenção de uma poupança significativa para o erário público, de cerca de 79,8 milhões de euros no período compreendido entre 2013 e 2017, quando comparados os encargos do parceiro público com a PPP do Hospital de Loures com os valores de encargos que se obteriam caso fossem considerados os gastos unitários médios dos hospitais do Grupo de Referência EP aplicados à produção do Hospital de Loures.

3.2.1.2.4. Análise da eficiência em termos relativos face ao Grupo de Referência EP

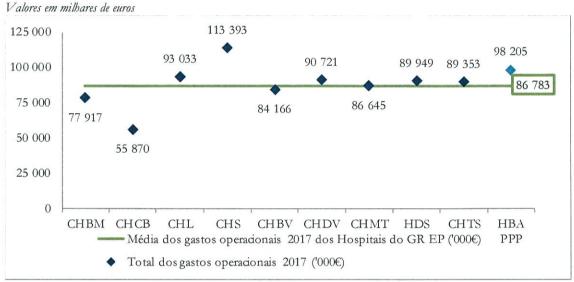
167. Tendo por base o enquadramento descrito no capítulo 3.2.1.1.8. *supra*, no presente capítulo analisa-se a eficiência da PPP de Loures por comparação com a dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP, analisando-se os resultados dos indicadores que se apresentam de seguida.

Página 219 de 331

Em face da ausência de outros elementos disponíveis, e não obstante considerar-se que os dados relativos à experiência de internalização do CMFRS não são representativos para efeitos de quantificação dos custos que teria um hospital que passasse a ser explorado pelo Estado depois de ter sido explorado em regime de PPP, admite-se que, em termos de tendência, a evolução observada ao nível dos custos operacionais do CMFRS não diferirá da que seria registada por uma unidade hospitalar que fosse internalizada.

No gráfico seguinte, apresentam-se os gastos totais dos hospitais do Grupo de Referência EP e do Hospital de Loures e a relação dos mesmos com a média de gastos do Grupo de Referência EP, para o ano de 2017.

Gráfico 73 – Gastos operacionais do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP e relação com a média de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2017



Fonte: R&C's e balancetes analíticos da EGEST do Hospital de Loures e dos hospitais EPE.

Tal como se verifica no gráfico *supra*, os gastos operacionais, em valor absoluto, do Hospital de Loures para o ano de 2017, são superiores à média dos custos dos hospitais do Grupo de Referência EP, sendo superados apenas por um destes hospitais (o CHS). No entanto, tendo em consideração a diferença de complexidade e de magnitude da produção dos hospitais analisados, uma mera comparação de valores absolutos de gastos não permite, de *per se*, retirar conclusões sobre a eficiência do Hospital de Loures.

168. Assim, no quadro seguinte apresentam-se os gastos anuais por hospital, evidenciados no gráfico anterior, mas repartidos 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 reduzidos, respetivamente, para cada ano. Como se pode constatar, os gastos operacionais por doente padrão do Hospital de Loures apresentaram-se, em cada um dos anos analisados, mais próximos dos valores apresentados pelos hospitais do Grupo de Referência EP que evidenciaram menores gastos

Página 220 de 331

operacionais, tendo os mesmos sido inferiores à média dos encargos desses mesmos hospitais.

Quadro 46 – Gastos operacionais do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2013 e 2017

	2013											
表示 的经验的工作的。这种有关是这种	HBA	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS		
Total de gastos operacionais ('000€)	81 447	72 137	54 667	77 887	96 032	75 445	77 213	76 219	71 665	75 845		
N.º de doentes padrão	36 255	25 135	19 326	38 491	33 685	30 947	37 892	29 187	27 563	37 764		
Gastos operacionais por doente padrão	2 247 €	2870€	2 829 €	2 024 €	2 851 €	2 438 €	2 038 €	2 611 €	2 600 €	2 008 €		

	to the control of the										
	HBA	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS	
Total de gastos operacionais ('000€)	88 537	70 325	54 719	83 036	96 244	73 143	76 209	74 374	69 781	74 419	
N.º de doentes padrão	40 777	25 044	19 482	40 537	34 000	30 277	37 474	27 279	27 616	39 307	
Gastos operacionais por doente padrão	2 171 €	2 808 €	2 809 €	2 048 €	2 831 €	2 416 €	2 034 €	2 726 €	2 527 €	1893€	

	2015										
建筑 技术及20世纪。2015年2月2	HBA	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS	
Total de gastos operacionais ('000€)	91 417	72 071	55 468	87 972	101 611	76 921	78 331	75 467	76 797	78 065	
N.º de doentes padrão	42 676	27 990	19 109	42 085	37 479	32 624	37 927	28 713	28 304	41 312	
Gastos operacionais por doente padrão	2 142 €	2 575 €	2 903 €	2 090 €	2 711 €	2 358 €	2 065 €	2 628 €	2 713 €	1890€	

推移 医罗克斯雷氏氏病原因 [2]	2016											
建始于全部 的企业。	HBA	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS		
Total de gastos operacionais ('000€)	97 101	76 348	54 801	91 233	110 353	79 406	83 672	82 000	81 518	84 663		
N.º de doentes padrão	42 400	26 697	18 979	44 806	37 568	31 841	36 520	28 983	29 400	42 309		
Gastos operacionais por doente padrão	2 290 €	2 860 €	2 887 €	2 036 €	2 937 €	2 494 €	2 291 €	2 829 €	2 773 €	2 001 €		

经由上的产业 企业的企业。	2017												
(2)	HBA	СНВМ	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS			
Total de gastos operacionais ('000€)	98 205	77 917	55 870	93 033	113 393	84 166	90 721	86 645	89 949	89 353			
N.º de doentes padrão	43 742	27 489	16 376	45 343	30 554	31 943	36 844	30 904	26 538	42 834			
Gastos operacionais por doente padrão	2 245 €	2 834 €	3 412 €	2 052 €	3 711 €	2 635 €	2 462 €	2 804 €	3 390 €	2 086 €			

<u>Fonte</u>: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos da EGEST do Hospital de Loures e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

No gráfico que se apresenta a seguir, compara-se o gasto por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP e do Hospital de Loures, para o ano de 2017, com a média dos gastos 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.

Página 221 de 331

Gráfico 74 – Gastos operacionais do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão e relação com a média de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, em 2017



<u>Fonte</u>: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos da EGEST do Hospital de Loures e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

O gráfico apresentado *supra* permite concluir que os gastos operacionais por doente padrão do Hospital de Loures são inferiores à média de gastos operacionais por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP, havendo apenas dois hospitais com valores inferiores aos do Hospital de Loures, o que denota, em termos relativos, uma gestão mais eficiente dos custos por parte da EGEST.

169. Adicionalmente, realizaram-se análises aos gastos com pessoal (em valor absoluto e por doente padrão), de forma a aferir, também, o nível de eficiência do Hospital de Loures face aos hospitais do Grupo de Referência EP, apresentando-se os resultados desta análise, seguidamente. É importante referir que os gastos com pessoal foram ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (contabilizados em FSE´s). Com base nesta análise, ilustrada no quadro e gráficos seguintes, conclui-se que o Hospital de Loures demonstrou, em média, um melhor nível de eficiência ao nível dos gastos com pessoal ao longo do período analisado, tendo inclusivamente apresentado em 2017 o menor montante de gastos ajustados com pessoal por doente padrão comparativamente com os hospitais do Grupo de Referência EP.

Página 222 de 331

Quadro 47 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2013 e 2017

					20	13				
	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	снву	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	35 260	42 843	32 453	44 981	51 420	43 941	46 040	45 070	37 972	43 708
Gastos com prestadores de serviços dínicos ('000€)	10 848	898	623	3 313	2 642	1 832	1 189	5 190	1 680	3 797
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	46 107	43 742	33 076	48 295	54 062	45 773	47 229	50 260	39 652	47 505
N.º de doentes padrão	36 255	25 135	19 326	38 491	33 685	30 947	37 892	29 187	27 563	37 764
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1 272 €	1740€	1 712 €	1 255 €	1 605 €	1 479 €	1 246 €	1 722 €	1 439 €	1 258 €
					20	14				
	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	38 009	41 683	32 463	47 273	51 408	43 388	44 973	43 712	37 662	43 415
Gastos com prestadores de serviços dínicos ('000€)	11 247	1 666	805	4 025	2 664	2 282	1 268	4 789	1 496	3 544
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	49 256	43 348	33 268	51 298	54 073	45 669	46 241	48 501	39 158	46 959
N.º de doentes padrão	40 777	25 044	19 482	40 537	34 000	30 277	37 474	27 279	27 616	39 307
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1 208 €	1731€	1 708 €	1 265 €	1 590 €	1 508 €	1 234 €	1778€	1 418 €	1 195 €
					20	15				
	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	41 161	42 218	32 763	49 232	52 350	45 113	46 212	43 174	39 195	45 271
Gastos com prestadores de serviços dínicos ('000€)	10 734	1 645	868	4 382	3 217	2 273	1 390	5 359	1 735	3 583
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	51 895	43 863	33 630	53 614	55 567	47 386	47 603	48 534	40 929	48 854
N.º de doentes padrão	42 676	27 990	19 109	42 085	37 479	32 624	37 927	28 713	28 304	41 312
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1 216 €	1 567 €	1760€	1 274 €	1 483 €	1 452 €	1 255 €	1 690 €	1 446 €	1 183 €
会观点是表现的关系的关系		N. P. C.			20	16				4.7%
	HBA PPP	СНВМ	снсв	CHL	CHS	снву	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS
Gastos ∞m o pessoal ('000€)	43 477	45 288	33 236	52 697	55 230	47 565	50 374	45 956	42 370	48 752
Gastos com prestadores de serviços dínicos ('000€)	10 016	2 216	881	4 749	4 061	1 956	1 631	6 956	1 977	4 136
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	53 494	47 504	34 116	57 445	59 292 27 569	49 521 31 841	52 005 36 520	52 912	44 347 29 400	52 888 42 309
N.º de doentes padrão Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	42 400 1 262 €	26 697 1 779 €	18 979 1 798 €	44 806 1 282 €	37 568 1 578 €	1 555 €	36 520 1 424 €	28 983 1 826 €	1 508 €	1 250 €
Gustos ajustados com pessoar por doente padrao	72020	17770	11700		IN CASE OF VALUE	17				
	HBA PPP	СНВМ	СНСВ	CHL	CHS	CHBV	CHDV	СНМТ	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	44 894	47 755	33 236	55 810	58 547	51 398	54 658	49 389	47 137	52 256
Gastos com prestadores de serviços dínicos ('000€)	10 248	2 662	881	4 299	4 650	1 761	2 930	7 410	2 326	4 427
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	55 142	The second second	34 116	60 109	63 197	53 159	57 589	56 799	49 463	56 684
N.º de doentes padrão	43 742	27 489	18 979	45 343 1 326 €	30 554 2 068 €	31 943 1 664 €	36 844	30 904 1 838 €	26 538 1 864 €	42 834 1 323 €
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1 261 €	1834€	1798€	1 320 €	2 000€	1 004 €	1 563 €	1 000 €	1 004€	1 343 €

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.

<u>Fonte</u>: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos da EGEST do Hospital de Loures e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Os gráficos que se seguem, permitem concluir mais uma vez que, em termos relativos, a PPP de Loures foi eficiente na gestão dos seus custos, neste caso ao nível dos gastos com o pessoal, durante todo o período compreendido entre 2013 e 2017, já que através do Gráfico 76 se verifica que os gastos com pessoal por doente padrão do Hospital de Loures foram sempre inferiores à média do mesmo indicador no caso dos hospitais do Grupo de Referência EP. Ressalva-se, no entanto, que um nível de eficiência mais elevado pode

Página 223 de 331

eventualmente decorrer de menor afetação de recursos humanos que o preconizado em termos de dotações seguras para prestação de cuidados.

Para o ano de 2017, especificamente, e como apresentado no Gráfico 75, é possível concluir que os gastos com pessoal ajustados por doente padrão do Hospital de Loures foram inferiores quer aos da média quer aos de cada um dos hospitais do Grupo de Referência EP.

Gráfico 75 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão e relação com a média de gastos ajustados com pessoal dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, em 2017



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.

<u>Fonte</u>: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos da EGEST do Hospital de Loures e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Página **224** de **331**

Gráfico 76 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2013 e 2017



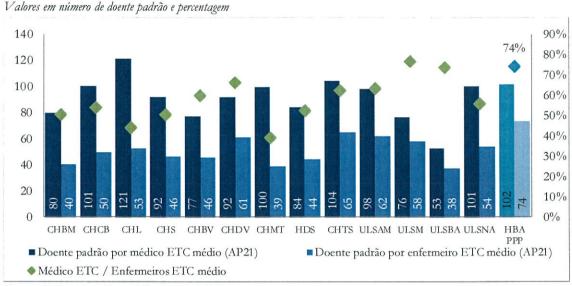
Nota: Gastos com o pessoal ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (gastos com honorários, subcontratos e trabalhos especializados) reconhecidos na rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos.

<u>Fonte</u>: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos da EGEST do Hospital de Loures e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Mediante a análise do gráfico seguinte, conclui-se que o Hospital de Loures é uma das unidades hospitalares que, em termos médios, no período analisado, registou um maior nível de produtividade ao nível dos recursos humanos relativos quer a médicos quer a enfermeiros, ao apresentar o maior número de doente padrão por médico ETC e o segundo maior número de doente padrão por enfermeiro ETC. No que concerne ao rácio de médico ETC/enfermeiro ETC, o do Hospital de Loures é superior ao da maioria dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP.

Página 225 de 331

Gráfico 77 - Produtividade dos recursos humanos do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, em termos médios, entre 2013 e 2017

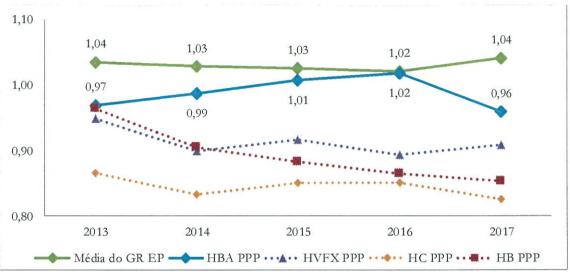


170. No que diz respeito ao índice de demora média ajustada, o gráfico seguinte permite verificar que entre 2013 e 2017 o índice do Hospital de Loures foi sempre inferior ao da média dos hospitais do Grupo de Referência EP, tendo o seu índice sido inferior a 1 em três dos cinco anos analisados, o que denota que, considerando a severidade dos "seus" doentes, apresenta uma demora média comparavelmente inferior à do Grupo de Referência EP. O índice de demora média ajustada afigura-se, com efeito, mais representativo da realidade do hospital em causa, uma vez que este indicador procede ao ajustamento da demora média da instituição hospitalar em função da sua distribuição de episódios pelos diferentes níveis de severidade da doença, incorporando, portanto, o impacto da casuística na demora média.

226 de 331

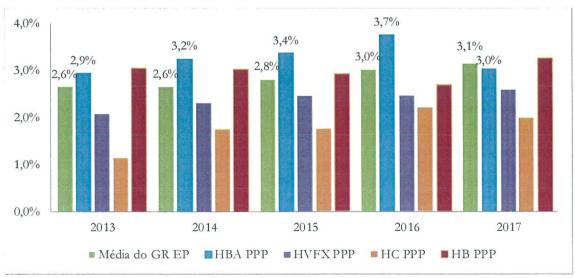
Página 226 de 331

Gráfico 78 – Índice de demora média ajustada no internamento do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017



171. No que diz respeito à percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias, constata-se que apenas em 2017 o valor do Hospital de Loures se encontrou abaixo da percentagem média dos hospitais do Grupo de Referência EP, tendo a mesma sido sempre superior às percentagens verificadas nas PPP de Vila Franca de Xira e de Cascais.

Gráfico 79 - Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Página 227 de 331

172. Por outro lado, importa referir o facto de a taxa de reinternamento em 30 dias do Hospital de Loures ter evidenciado uma evolução decrescente entre 2013 e 2017, em linha com a evolução registada pelos hospitais do Grupo de Referência EP. Contudo, não obstante ter sido inferior à taxa média dos hospitais do Grupo de Referência EP, a taxa de reinternamento em 30 dias do Hospital de Loures superou a das parcerias hospitalares de Cascais e Braga na generalidade do período analisado.

9,1% 8,9% 10% 8,7%,1% 8,4% 8,6% 7,8% 8% 6% 4% 2% 0% 2013 2014 2015 2016 2017 ■ Média do GR EP ■ HBA PPP ■ HVFX PPP ■ HC PPP ■ HB PPP

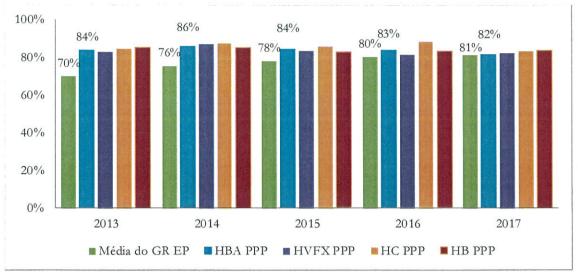
Gráfico 80 - Taxa de reinternamentos em 30 dias do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

173. No que concerne à percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, constata-se que o Hospital de Loures apresentou valores ligeiramente acima dos da média do Grupo de Referência EP ao longo de todo o período analisado, ainda que a evolução de ambos tenha sido distinta nos três últimos anos em análise.

Página 228 de 331

Gráfico 81 – Percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017



Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados pela ACSS.

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

174. A evolução do indicador percentagem média de cesarianas face ao total de partos realizados no Hospital de Loures apresentou uma ligeira volatilidade ao longo do período analisado, constatando-se que, em termos de posicionamento relativo, o Hospital de Loures evidenciou um resultado melhor, tanto face à média dos hospitais do Grupo de Referência EP, como às demais PPP hospitalares.

229 de 331

Página 229 de 331

35% 30% 28% 28% 30% 25% 20% 15% 10% 5% 0% 2013 2014 2015 2016 2017 ■ Média do GR EP ■ HBA PPP ■ HVFX PPP ■ HC PPP ■ HB PPP

Gráfico 82 – Percentagem de cesarianas no total de partos do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017

175. Em suma, tendo por base a análise efetuada, conclui-se que a parceria de Loures, comparativamente com a generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, apresentou um nível de eficiência inequivocamente superior ao nível da estrutura de custos e da produtividade dos recursos humanos, evidenciando ainda melhores resultados ao nível da demora média ajustada pela complexidade da sua casuística, da taxa de reinternamentos em 30 dias, da percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis e da percentagem de cesarianas no total de partos.

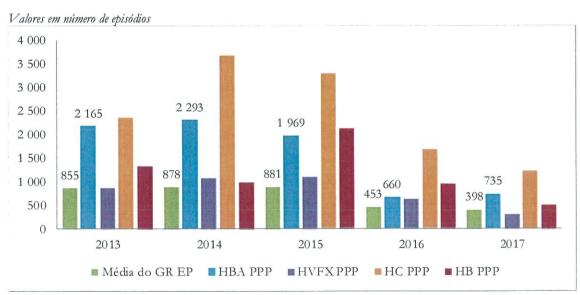
Página 230 de 331

3.2.1.2.5. Análise da qualidade/eficácia em termos relativos face ao Grupo de Referência EP

176. Tendo por base o enquadramento descrito no capítulo 3.2.1.1.9. *supra*, no presente capítulo analisa-se a qualidade/eficácia da PPP de Loures por comparação com a dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP, bem como com os outros hospitais em regime de PPP, tendo por base os resultados dos indicadores que se apresentam de seguida.

177. No gráfico seguinte, apresenta-se a evolução do indicador sépsis pós-operatória por 100 000 episódios, constatando-se que o Hospital de Loures apresentou em todo o período analisado resultados bastante menos satisfatórios que os da média dos hospitais do Grupo de Referência EP e das restantes parcerias hospitalares, com exceção da de Cascais, registando um número de sépsis pós-operatória por 100.000 episódios consideravelmente superior ao dos demais hospitais.

Gráfico 83 – Sépsis pós operatória por 100 000 episódios do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

178. Também a percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º grau registada pelo Hospital de Loures foi consideravelmente superior à dos hospitais

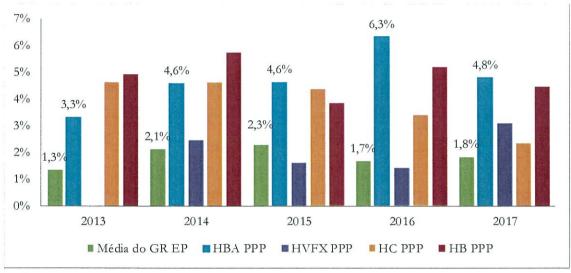
2- HM

31

Página **231** de **331**

do Grupo de Referência EP ao longo do período analisado e, nos três últimos anos, superior à das restantes PPP hospitalares, como o demonstra o gráfico apresentado *infra*.

Gráfico 84 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

179. Em termos médios, no período compreendido entre 2013 e 2017, o Hospital de Loures apresentou uma percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus significativamente superior à da média dos hospitais do Grupo de Referência EP e, com exceção da de Braga, superior à das demais parcerias hospitalares, como o demonstra o gráfico seguinte.

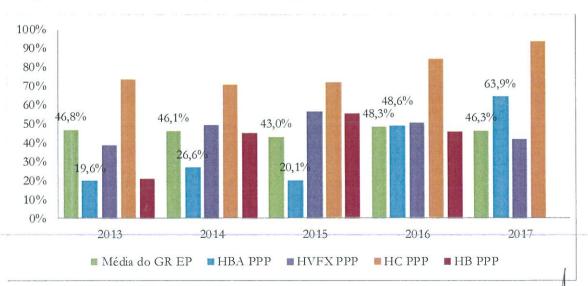
Página 232 de 331

Gráfico 85 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus, do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em termos médios, entre 2013 e 2017



180. No que respeita à percentagem de cirurgias de anca efetuadas nas primeiras 48 horas, fruto da evolução positiva significativa registada, assistiu-se nos dois últimos anos a uma apreciação do posicionamento relativo do Hospital de Loures, patente na apresentação de resultados melhores que os da média dos hospitais do Grupo de Referência EP e que os das restantes parecerias, com exceção do Hospital de Cascais, que apresentou o melhor indicador em todo o período analisado.

Gráfico 86 – Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017



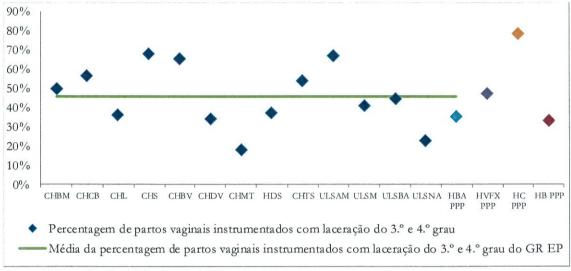
Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

John State of the State of the

Página 233 de 331

181. Ainda assim, quando analisados os valores médios no período compreendido entre 2013 e 2017, constata-se que o Hospital de Loures apresentou um resultado pior que o da média dos hospitais do Grupo de Referência EP e que o das PPP de Vila Franca de Xira e de Cascais.

Gráfico 87 – Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em termos médios, entre 2013 e 2017

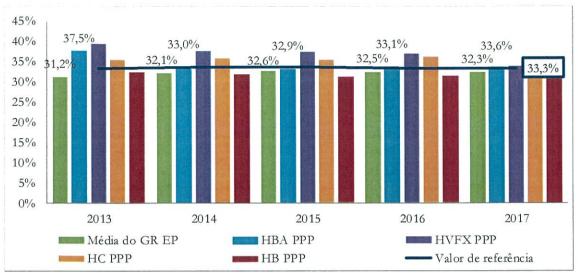


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

182. Relativamente à percentagem de primeiras consultas face ao total de consultas realizadas por cada hospital, tal como ilustrado seguidamente, o Hospital de Loures apresentou em todos os anos analisados resultados superiores aos registados pela média dos hospitais do Grupo de Referência EP, ainda que apenas em 2013 e 2017 a EGEST tenha atingido os valores de referência definidos anualmente para este parâmetro.

Página 234 de 331

Gráfico 88 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017



Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados para o Hospital de Loures em cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação do respetivo parâmetro de desempenho.

<u>Fonte</u>: Informação disponibilizada pela ACSS (valores apurados) e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT (valores de referência).

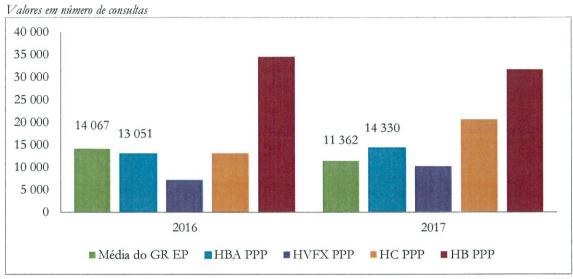
183. No que concerne à lista de espera para primeiras consultas, da análise do gráfico seguidamente apresentado verifica-se que em 2016 e 2017⁹² os valores relativos ao Hospital de Loures se situaram ligeiramente abaixo e acima, respetivamente, da média dos hospitais do Grupo de Referência EP, tendo em 2017, comparativamente com os valores apresentados pelas restantes PPP, sido superior apenas à do Hospital de Vila Franca de Xira. Importa, contudo, ressalvar que, devido à inclusão de hospitais com diferentes dimensões nesta análise, com especial destaque para o Hospital de Braga, a comparação de valores absolutos efetuada deve ser encarada com algumas reservas, tendo em consideração que, por exemplo, o Hospital de Braga apresenta, face aos demais hospitais incluídos no gráfico, uma área de influência (de primeira e segunda linha), uma carteira de serviços e uma procura de cuidados de saúde substancialmente superiores às dos restantes hospitais.

No gráfico não se encontram apresentados os valores relativos ao período compreendido entre 2013 e 2015 devido ao facto de, como referido anteriormente, as listas de espera para primeiras consultas do Hospital de Loures neste mesmo período não serem representativas da realidade do Hospital, por se encontrarem artificialmente elevadas em virtude dos problemas de integração de dados entre sistemas informáticos.





Gráfico 89 – Lista de espera para primeiras consultas (pedidos não concluídos) do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2016 e 2017



Notas: A lista de espera respeita a pedidos com origem nos cuidados de saúde primários, referenciados através do CTH (não inclui a referenciação interna intra-hospitalar).

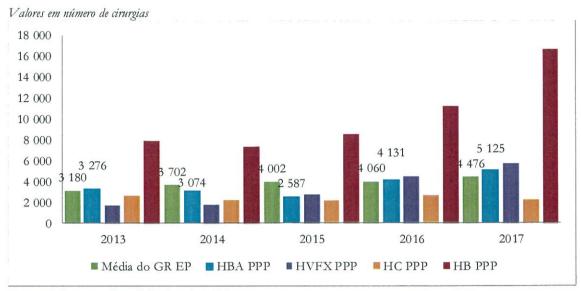
Note-se que, ao contrário dos demais hospitais representados no gráfico, o Hospital de Braga constitui um hospital de fim de linha.

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS e ARSLVT.

184. Por sua vez, a lista de inscritos para cirurgia do Hospital de Loures, depois de em 2014 e 2015 ter sido inferior à média dos hospitais do Grupo de Referência EP, evidenciou nos dois últimos anos valores superiores tanto aos da média dos hospitais do Grupo de Referência EP, como do hospital PPP de Cascais, ressalvando-se, porém e novamente, as reservas expressas no parágrafo anterior quanto à análise comparativa relativa de hospitais diferentes em termos de procura e oferta de cuidados de saúde.

Página **236** de **331**

Gráfico 90 – Lista de inscritos para cirurgia do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017



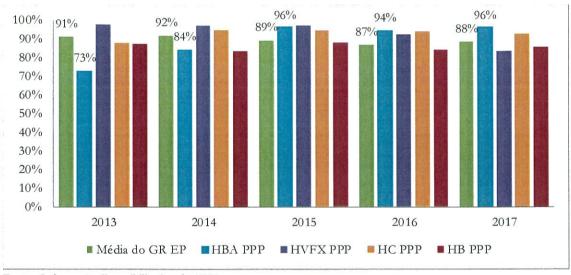
Ainda relativamente à lista de inscritos para cirurgia, importa referir que, não obstante ter apresentado uma lista superior tanto à média dos hospitais do Grupo de Referência EP como à verificada no hospital de Cascais, o Hospital de Loures apresentou nos três últimos anos uma percentagem da lista de inscritos com tempo de espera menor ou igual ao TMRG superior àquela que, em média, foi verificada nos hospitais do Grupo de Referência EP.

A

Página 237 de 331

Gráfico 91 – Percentagem da lista de inscritos para cirurgia com tempo de espera menor ou igual ao TMRG do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017

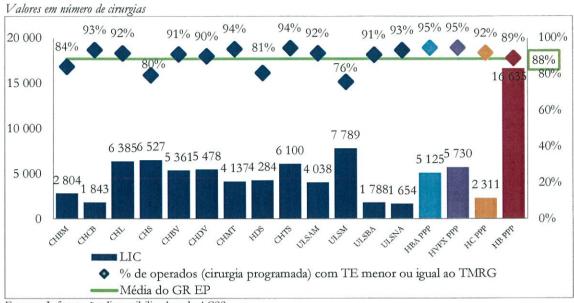




No gráfico seguinte, é efetuada a análise conjunta da lista de inscritos para cirurgia e a percentagem de cirurgias que foram realizadas dentro do TMRG. Tal como pode ser observado, o Hospital de Loures, não obstante ter registado uma lista de inscritos para cirurgia superior à da média das diferentes unidades hospitalares analisadas, apresentou, em 2017, uma percentagem de cirurgias realizadas dentro do TMRG superior à média registada pelas unidades hospitalares do Grupo de Referência EP.

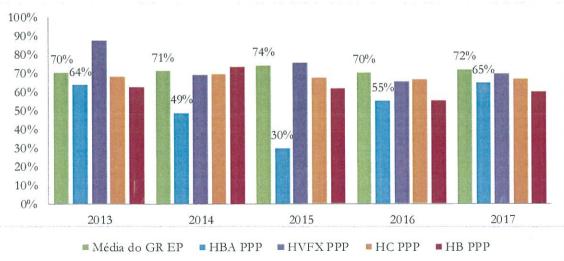
Página 238 de 331

Gráfico 92 – Lista de inscritos para cirurgia versus percentagem de operados (cirurgia programada) com tempo médio menor ou igual ao TMRG do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2017



185. Ao nível da percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG, no gráfico seguinte constata-se que o Hospital de Loures apresentou valores que, de uma forma generalizada, foram inferiores aos da média do Grupo de Referência EP e das restantes parcerias.

Gráfico 93 – Percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2013 e 2017



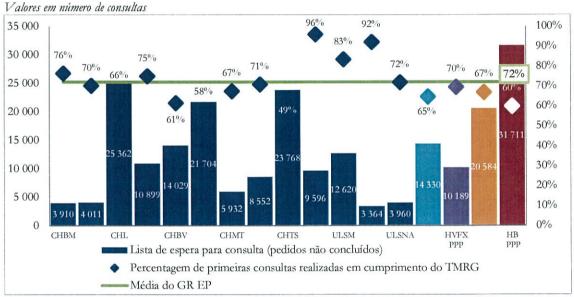
Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Je Hom

Página 239 de 331

De seguida apresenta-se a análise conjunta da lista de espera para consulta e a percentagem de primeiras consultas realizadas em 2017 em cumprimento do TMRG, constatando-se que o Hospital de Loures, para além de apresentar uma lista de espera superior à da média dos hospitais do Grupo de Referência EP, regista um valor inferior no que respeita ao cumprimento do TMRG no caso das primeiras consultas.

Gráfico 94 – Lista de espera para consultas (pedidos não concluídos) versus percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG do Hospital de Loures e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

186. Em face do exposto, e tendo por base a análise efetuada, conclui-se que a qualidade/eficácia da parceria de Loures, no que à atividade cirúrgica e ao cumprimento dos respetivos TMRG diz respeito, superou a da globalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP.

Contudo, na generalidade dos restantes indicadores, o Hospital de Loures registou resultados mais penalizadores que os da média dos hospitais do Grupo de Referência EP, merecendo os mesmos alguma reflexão no que respeita às necessárias e desejáveis medidas de melhoria a implementar, sobretudo no que respeita à "sépsis pós-operatória", à "percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus", à "lista de inscritos para cirurgia" e à "lista de espera para consulta".

Página 240 de 331

3.2.1.3. AVALIAÇÃO DA PPP NA ÓTICA DO GESTOR DO CONTRATO

187. 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 relativamente à *execução contratual de facto*, *i.e.*, ao desempenho do parceiro privado ao longo do período de execução já decorrido.

Para este efeito, proceder-se-á, nos parágrafos seguintes, à transcrição do texto relativo à avaliação feita pelo Gestor do Contrato da PPP de Loures.

"Ao contrário dos demais hospitais PPP, que vieram substituir estabelecimentos hospitalares já existentes, o Hospital de Loures afigurou-se, neste contexto, como uma experiência única, suscitando outros desafios, desde logo porque, ao constituir-se como uma nova unidade hospitalar a acrescer às já existentes, determinou a reorganização da oferta hospitalar da região de Lisboa e das respetivas áreas de influência, com impacto, nomeadamente, ao nível das redes de referenciação hospitalar.

Nesse sentido, para além das atividades de acompanhamento de ambas as Entidades Gestoras com vista a promover a entrada em funcionamento do Estabelecimento Hospitalar em condições de total segurança e conforto de utentes, profissionais e demais utilizadores do Hospital, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, empreendeu todo um conjunto de ações visando informar, sensibilizar e orientar a população pertencente à área de influência para o novo Hospital. Paralelamente, foram, de igual, forma encetadas ações de informação, sensibilização e divulgação do novo Hospital junto das demais instituições de saúde da região da grande Lisboa, designadamente ao nível das unidades de cuidados de saúde primários servidas pelo futuro Hospital, considerando o seu papel crucial na referenciação dos utentes.

A 19 de janeiro de 2012, o Hospital de Loures veio a iniciar a sua atividade, sem intercorrências e nas desejáveis condições de segurança e conforto, e apto a prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência. É sobre esse percurso que se centra a presente análise, a qual incidirá sobre o desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento nas seguintes vertentes:

- a) Produção;
- b) Qualidade
 - a. Desempenho por áreas;
 - b. Qualidade dos Serviços;
- c) Articulação com os cuidados de saúde primários;
- d) Colaboração e relacionamento com a EPC;

Página 241 de 331

e) Colaboração e relacionamento com a Provedora do Utente.

a) Produção

Nesta vertente, e na senda do que é referido na introdução à presente análise, releva assinalar que, apesar das medidas encetadas no sentido da divulgação do novo Hospital, designadamente junto das unidades de cuidados de saúde primários da respetiva área de influência, certo é que, no primeiro ano de funcionamento do Hospital, a produção realizada situou-se em níveis substancialmente inferiores à produção prevista em todas as áreas de atividade, com exceção da atividade realizada no Serviço de Urgência.

Assim, em termos de desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento em matéria de atividade assistencial, em linhas gerais, é de realçar que, relativamente às áreas de internamento (médico e cirúrgico) e ambulatório médico, a produção realizada pelo Hospital de Loures evoluiu em crescendo ao logo do período em análise, tendo sido superior à produção prevista estabelecida nos respetivos procedimentos anuais, com exceção dos dois primeiros anos da execução do Contrato de Gestão (2012 e 2013). Com efeito, nestes dois anos a produção efetiva no internamento foi inferior à prevista em cerca de 13,1% e 5,6% ⁹³, respetivamente, e a produção efetiva do ambulatório médico foi inferior em 68,7% e 2,8% respetivamente.

Salientamos que, no que diz respeito ao internamento médico e cirúrgico, a produção prevista em 2017 correspondeu a um acréscimo de 14,7% relativamente ao primeiro ano do Contrato de Gestão, enquanto que, a produção realizada correspondeu a um acréscimo de 44,8% relativamente ao ano de 2012.

Quanto à atividade do ambulatório cirúrgico a produção efetiva, apenas em 2012, foi inferior à produção prevista em cerca de 40,1%. A partir do segundo ano do Contrato (2013) a produção efetiva foi sempre superior à produção prevista, destacando-se o nível de ambulatorização cirúrgica que evoluiu de cerca de 40% em 2012 para 73% em 2018. Em termos de número de episódios, oscilou entre 2.260 episódios em 2012 e 9.166 episódios em 2018, registando-se em 2017, 7.855 episódios. A especialidade mais preponderante, em termos de cirurgia de ambulatório foi, à exceção de 2012, invariavelmente, a oftalmologia.

Ainda quanto ao ambulatório cirúrgico, a produção prevista em 2017 correspondeu a um acréscimo de 81,2% relativamente ao ano de 2012, enquanto que a produção realizada se traduziu num acréscimo de 227,5% relativamente ao primeiro ano da execução do Contrato de Gestão.

PC e aplicação de
Página 242 de 331

⁹³ Considerando a informação reportada pela Entidade Gestora do Estabelecimento, antes de expurgos pela EPC e aplicação de limites.

Relativamente ao Bloco de Partos, a evolução foi sempre em crescendo, tendo sido realizados 1.557 partos em 2012 e 2.646 em 2017, um crescimento de cerca de 70%. De realçar, quanto a esta atividade, a atração que o Hospital de Loures desde sempre exerceu sobre populações de outras áreas de influência, o que determinou, a partir de 2015, inclusive, que a produção em internamento fora da área de influência excedesse o limite de 10% estabelecido no Contrato de Gestão, considerando o elevado número de grávidas e recémnascidos nesta situação. Naturalmente que, tal circunstância, não originou a penalização da Entidade Gestora considerando, nomeadamente, o direito de livre escolha do local onde as grávidas desejam ter os seus filhos, consagrado pelo Despacho n.º 7495/2006, de 14 de março, além, naturalmente, do Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, entretanto emitido, visando promover o livre acesso e circulação do cidadão no Serviço Nacional de Saúde.

No que diz respeito à atividade de urgência, o nº de episódios realizados foi sempre superior ao nº de episódios previstos desde o início do Contrato de Gestão. Destaca-se, porém, a elevada proporção de doentes considerados não urgentes (triados com a cores verde e azul, nos termos do Protocolo de Triagem de Manchester), que representaram, no total de atendimentos, 59% em 2012, 58% em 2013, 52,5% em 2014 e 54% em 2015, 2016 e 2017, verificando-se em 2018, 55%. De notar que a esmagadora maioria destes doentes foi triado com a cor verde, representando os doentes triados com a cor azul menos de 1%. No que respeita aos temposalvo para primeiro atendimento médico, nos termos estabelecidos no Protocolo de Triagem de Manchester, os mesmos foram frequentemente incumpridos pela Entidade Gestora, com particular relevância nos níveis de prioridade mais elevados (doentes triados com as cores laranja e amarela), na Urgência Geral e Ginecológica/Obstétrica. Este incumprimento gerou inúmeras interpelações por parte da EPC no sentido da implementação de medidas com vista à redução dos referidos tempos de espera.

Quanto à consulta externa, a Entidade Gestora superou a produção prevista em todos os anos exceto, em 2012 e 2013, pelas razões já apontadas. Porém, no que respeita a primeiras consultas, a produção efetiva foi inferior à prevista nos anos de 2012 (-10,3%), 2015 (-4,4%) e 2017 (-0,3%).

Relativamente à acessibilidade à primeira consulta, verificou-se ao longo do período em análise que as especialidades de oftalmologia, ortopedia, ORL, cirurgia plástica, dermatologia e pedopsiquiatria, foram as que mais contribuíram para a lista de espera (LEC).

Em termos de desempenho da Entidade Gestora, a promoção do acesso a primeira consulta hospitalar temse afigurado como uma área crítica, verificando-se o progressivo agravamento da LEC ao longo da execução do Contrato, com o aumento exponencial da LEC de origem interna, representando esta, atualmente, proporções acima dos 80%. Conclui-se, portanto, que relativamente a esta matéria, alvo de alertas e

Página **243** de **331**

PM

recomendações da Entidade Pública Contratante, não tem a Entidade Gestora atingido o nível de desempenho expectável.

Quanto aos tempos médios de espera para primeira consulta, assistiu-se ao agravamento progressivo desde 2012, ainda que se verifique uma tendência de melhoria a partir de 2017, inclusive. A oftalmologia, para além da especialidade com maior número de pedidos, apresenta, de forma expressiva, o tempo médio de espera mais elevado, atingindo em finais de 2017 o tempo máximo verificado em toda a execução do Contrato, com 390 dias. A partir desse ano tem-se observado uma tendência de melhoria que poderá ser explicada pelo investimento da Entidade Gestora em termos de contratação de mais médicos oftalmologistas e a abertura de mais slots de consulta, inclusivamente ao sábado.

Porém, sobre o acompanhamento da Entidade Gestora do Estabelecimento na gestão da lista de espera para primeira consulta de origem externa, releva assinalar os problemas de integração de dados entre o sistema de informação do Hospital e o sistema que, no Serviço Nacional de Saúde, monitoriza esta área, o ADW-CTH, que remontam ao início da execução do Contrato e que persistem. Estes prolemas de interface, que não permitem a atualização do ADW-CTH em situações diversas, como cancelamentos de consultas pelo Hospital por desistência, falta ou falecimento do utente, aumentam artificialmente a LEC e enviesam toda a leitura dos resultados. Em face destes problemas, a partir de 2016, inclusive, iniciou-se um procedimento de articulação entre o Hospital e a SPMS, com a participação ativa da ARSLVT, através da Equipa de Acompanhamento das Parcerias Público Privadas, e da ACSS, com vista à regularização dos pedidos de consulta em ADW-CTH. Porém, não havendo a possibilidade de solucionar o problema de forma definitiva, o processo exige intervenção de carácter sistemático, contínuo, altamente time-consuming para todas as partes, incluindo para quem o acompanha.

Quanto à acessibilidade às intervenções cirúrgicas salientamos que a Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) teve oscilações com valores entre os 2.587 doentes em 2015 e 6.963 doentes em 2012, sendo que, em 2017 registaram-se 5.125 e em 2018, o total de doentes inscritos em LIC foi de 5.777.

O tempo médio de espera para a realização de intervenção cirúrgica foi, nos dois primeiros anos, próximo dos 155 dias, sendo nos dois anos seguintes de 88 e 99 dias, respetivamente. A partir de 2016 constatou-se uma deterioração do tempo médio de espera que evoluiu de 105,7 para 112,5 em 2017. De realçar, no entanto, que em termos de posicionamento, face ao desempenho dos demais hospitais da região de LVT⁹⁴, o Hospital de Loures, excetuando os dois primeiros anos de atividade, em que se posicionou no 4.º e no 7.º lugar,

Página 244 de 331

⁹⁴ Excluindo os hospitais especializados (Instituto Português de Oncologia e o Instituto de Oftalmologia Gama Pinto).

respetivamente, a partir daí tem-se mantido invariavelmente como o segundo melhor hospital da região, tendo ocupado o 1º lugar no ano de 2016.

As especialidades com maior peso na LIC foram inicialmente, a cirurgia geral e a ortopedia e, a partir de 2014, a oftalmologia. Em termos de tempo médio de espera para cirurgia, também a oftalmologia, a partir do ano de 2015, passou a apresentar dos tempos mais elevados situando-se em 2017 nos 126,7 dias.

Também se faz notar que, relativamente à gestão de inscritos para cirurgia, existiram problemas de integração de dados entre o sistema de informação do Hospital e o sistema que no Serviço Nacional de Saúde monitoriza esta área, o SIGLIC, ainda que em muito menor dimensão.

Por último, e no tocante à produção, o core business da parceira, releva assinalar que a Entidade Gestora desde sempre demonstrou espirito de colaboração e respeito pelas determinações e posições da Entidade Pública Contratante, o que, a título de exemplo, se manifestou na fixação da produção prevista sempre por acordo entre as partes.

b) Qualidade

a. Desempenho por áreas

Considerando o estatuído na Cláusula 74ª do Contrato de Gestão, a avaliação do desempenho da Entidade Gestora é anual e efetuada quer por áreas de avaliação, quer de forma global. A avaliação por áreas compreende três componentes, a saber, Resultados, em que é avaliado o desempenho da Entidade Gestora no cumprimento dos Parâmetros de Desempenho de Resultado (PDR), Serviço, em que é avaliado o desempenho da Entidade Gestora no cumprimento dos Parâmetros de Desempenho de Serviço (PDS) e, Satisfação, em que é avaliado o desempenho da Entidade Gestora considerando os resultados obtidos nos estudos de satisfação dos utentes.

Relativamente à componente Resultados, é de realçar, antes de mais, que a Entidade Gestora do Estabelecimento implementou um sistema de monitorização dos Parâmetros de Desempenho, nos termos estabelecidos no Contrato de Gestão, tendo o mesmo sido objeto de aprovação pela Entidade Pública Contratante.

Também conforme estabelecido no Contrato de Gestão, a Entidade Gestora do Estabelecimento encontravase obrigada a monitorizar, reportados à data de Entrada em Funcionamento do Estabelecimento Hospitalar, Who was a second of the second

Página 245 de 331

os Parâmetros de Desempenho de Resultado do Grupo A, ainda que as deduções só fossem aplicáveis por referência ao primeiro ano civil completo após a Entrada em Funcionamento do Estabelecimento Hospitalar (2013).

Já os PDR do Grupo B, num total de 38 Parâmetros, só se aplicavam a partir, inclusive, do segundo ano após a Entrada em Funcionamento do Edifício Hospitalar.

Assim, com referência ao ano de 2013, não havendo histórico de resultados do próprio Hospital, nem tampouco resultados dos HGR, não se afigurava possível definir valores de referência para estes PDR. Daí que, relativamente aos PDR do grupo B, no ano de 2013, só foram avaliados aqueles que tinham definido no Contrato um limite ao valor de referência (num total de 7). O quadro seguinte sintetiza, de forma integrada, toda a informação relevante relativa à monitorização e avaliação dos PDR.

Antes, porém, importa assinalar que, prevendo o Contrato de Gestão que a avaliação do desempenho da Entidade Gestora nesta matéria resultasse de um exercício de benchmarking com os demais hospitais públicos, mais concretamente com os hospitais do grupo de referência, desde logo pela metodologia de fixação dos valores de referência da grande maioria dos PDR, certo é que, tal desiderato afigurou-se desde sempre inexequível uma vez que a grande maioria dos PDR não é monitorizada pelos hospitais do grupo de referência. Relativamente a um pequeno grupo de PDR, apesar de os hospitais os monitorizarem não o faziam nos mesmos termos que os estabelecidos no Contrato de Gestão e ainda, relativamente a outros, não o faziam em tempo útil.

Porém, sem prejuízo disso, considerando que o Contrato de Gestão prevê a fixação de valores de referência com o recurso aos resultados do próprio Hospital, numa perspetiva de melhoria contínua, foi possível avaliar o desempenho da Entidade Gestora em todos os PDR, à exceção dos que requeriam ajustamento à casuística dos hospitais do grupo de referência, em número de quatro e, relativamente a um outro PDR, em virtude de uma contradição metodológica na respetiva formulação.

Página **246** de **331**

Parâmetros de Desempenho de Resultado	2012	2013	2014	2015	2016 (8.)	2017(8.)
Número de PDR estabelecidos no CG	32	70	70	70	70	70
Número de PDR com obrigação de monitorização	31 (1.)	69 (3.)	69 (3.)	69 (3.)	69 (3.)	69 (3.)
Número de PDR avaliados	0 (2.)	34 (4.)	62	65	65	50
Número de PDR não avaliados		35	7 (5.)	4 (6.)	4 (6.)	19 (7.)
Número de PDR em incumprimento		5	11	10	9	
Número de PDR em incumprimento que não originaram penalização		2	4	4	5	
Número de PDR em incumprimento que originaram penalização		3	7	6	4	
Número de pontos de penalização	0,00	33,18	97,21	96,99	147,51	0,00
Avaliação de Desempenho	Muito Bom	Muito Bom	Bom	Bom	Bom	Muito Bom

Notas

- (1.) Exclui 1 PDR dependente do Regulamento do Núcleo de Codificação Clínica, em processo de aprovação;
- (2.) Nos termos do CG, no ano de 2012 não havia lugar a avaliação (e penalização em caso de incumprimento);
- (3.) Exclui 1 PDR por contradição metodológica;
- (4.) Exclui 2 PDR dependentes da Base Dados de GDH definitiva + 4 PDR ajustados aos resultados dos hospitais do grupo de referência e todos os PDR B exceto os que tinham limite ao VR (7 PDR);
- (5.) PDR não avaliados: 4 PDR ajustados aos resultados dos hospitais do grupo de referência + 3 por revisão das variáveis a considerar no respetivo apuramento;
- (6.) PDR não avaliados: 4 PDR ajustados aos resultados dos hospitais do grupo de referência;
- (7.) PDR não avaliados: 4 PDR ajustados aos resultados dos hospitais do grupo de referência + 15 PDR dependentes da codificação clinica (em virtude da transição entre CID-9-CM para CID-10-CM.
- (8.) Avaliação provisória dependendo da validação da produção efetiva por intermédio de auditorias clínicas, para efeitos de apuramento final do pagamento de reconciliação, o qual poderá ter impacto na finalização do processo de avaliação da performance da Entidade Gestora do Estabelecimento e ainda, relativamente a 2017, a classificação é provisória em virtude da revisão dos PDR relativos à atividade do Serviço de Urgência em incumprimento, e PDS conexos, considerando o recálculo aprovado pela EPC e recentemente apresentado pela EGEST.

Assim, em termos de avaliação do desempenho na componente Resultados, considerando os pontos de penalização acima assinalados, a Entidade Gestora obteve a classificação de Bom, com exceção dos anos de 2012 e 2017 que obteve a classificação de Muito Bom.

No entanto, sobre esta componente, importa assinalar o incumprimento sistemático de três dos PDR relativos ao Serviço de Urgência, visando aferir a taxa de doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 3 horas / mais do que 6 horas e o tempo médio de permanência no serviço de Urgência, também excluindo a unidade de observação, em que a Entidade Gestora incumpriu o valor de referência estabelecido, quase invariavelmente, nos anos de 2014, 2015 e 2016.

Este incumprimento sistemático teve origem no modelo organizativo adotado pela Entidade Gestora no Serviço de Urgência Geral, ao considerar como unidade de observação (SO), locais que a Entidade Pública Contratante não reconhecia como tal, verificando-se, paralelamente, a sub-utilização do verdadeiro SO.

331

A Hom

Página 247 de 331

Esta divergência, que suscitou intensa interação entre as partes, incluindo a realização, pela EPC, de auditorias e visitas inspetivas ao referido Serviço, veio a resolver-se já no decorrer de 2018, com a EPC a autorizar o recálculo dos PDR em questão, considerando a exclusão dos episódios de doentes a quem foi atribuída na triagem a cor laranja ou amarela, a aguardar vaga em cama de internamento, e apenas caso o SO apresentasse a sua capacidade instalada esgotada. Atenta a utilização da capacidade instalada do SO, registada nos anos de 2015 e 2016, o recálculo apenas foi passível de ser realizado com referência ao ano de 2017 e seguintes. Nesses termos, a avaliação da Entidade Gestora em 2017 e 2018 será revista em conformidade, uma vez que a EGEST passou a cumprir o valor de referência destes PDR.

Já no que respeita à componente Serviço, dos 26 Parâmetros de Desempenho de Serviço estabelecidos no Contrato de Gestão, registaram-se os seguintes incumprimentos:

Parâmetros de Desempenho de Serviço	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número de PDS em incumprimento	0	2	2	3	3	2
Número de pontos de penalização	0,00	26,35	54,80	184,17	451,54	150,00
Avaliação do Desempenho	Muito Bom	Bom	Satisf.	Insatif.	Insatisf.	Satisf.

Relativamente aos PDS, verificou-se que, de forma quase invariável, o incumprimento centrou-se em três PDS: o PDS que visa avaliar o cumprimento do prazo de codificação clínica dos episódios de internamento e ambulatório, que gerou, na maior parte dos anos em análise, um n.º residual de pontos de penalização, e os dois PDS que visam avaliar a obtenção de resultados satisfatórios em 50% (PDS 17) / 100% (PDS 18) dos Parâmetros de Desempenho de Resultado que, em virtude de apresentarem resultados insatisfatórios em dois trimestres consecutivos, foram alvo de implementação de planos de medidas corretivas.

E quanto aos PDR em incumprimento sistemático, destacam-se, conforme referido na análise acima realizada, os três parâmetros relativos ao Serviço de Urgência. Daí que, considerando o processo de recálculo nos termos já explicitados, a avaliação destes PDS é provisória em 2017. Acresce que, conforme é referido no quadro supra, é igualmente provisória pelo facto de ainda carecer de validação da produção efetiva, situação que também se verifica relativamente a 2016.

Assim, importa assinalar que o incumprimento reiterado dos citados PDR, para além das consequências na avaliação da EGEST na componente Resultados, teve igual impacto na avaliação da componente Serviço. A esse título, refira-se que um dos diferendos entre as partes foi, desde que os mesmos passaram a ser aplicados, a monitorização e avaliação dos PDS 17 e 18, tendo a EGEST submetido a resolução da divergência a processo de mediação, aberto em 2017. No entanto, não se logrou obter acordo entre as partes.

No que respeita à avaliação da componente Satisfação dos Utentes, determina o Contrato que se proceda à comparação dos índices de satisfação obtidos nos inquéritos de satisfação dos Utentes do Hospital de Loures,

The state of the s

Página 248 de 331

face aos índices obtidos pelos hospitais públicos de classificação equivalente a este Hospital, incluídos nos estudos realizados pelo Ministério da Saúde.

Todavia, nunca se afigurou possível a avaliação da Entidade Gestora nesta componente em virtude de o Ministério da Saúde ter interrompido a realização dos inquéritos a partir de 2009.

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 Entidades Gestoras. 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 setor público, quer do setor 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.

Sem prejuízo disso, 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 Loures tem-se mantido acima dos 80 pontos (escala de 1 a 100), o que configura um resultado muito positivo.

b. Qualidade dos Serviços

Relativamente às obrigações em matéria de Qualidade, prevista nas Cláusula 58^a e no Anexo IX ao Contrato de Gestão, a Entidade Gestora, dando cumprimento ao estabelecido, implementou na data devida o seu Sistema de Gestão da Qualidade e, numa perspetiva de melhoria contínua, procurou corresponder às recomendações e determinações emitidas pela EPC neste âmbito.

Importa, pois, destacar que a Entidade Gestora promoveu a implementação de um Sistema Integrado de Gestão da Qualidade que visa a salvaguarda de elevados parâmetros de qualidade dos serviços prestados, quer no que respeita aos meios e processos utilizados, quer no que respeita aos resultados. Salienta-se que o Sistema compreende um conjunto alargado de componentes, que vão além dos estabelecidos no Contrato, destacando-se:

A obtenção e a manutenção da certificação de Qualidade pela Norma ISO 9001 dos serviços elencados no Anexo IX ao Contrato de Gestão, subcontratados, ou não, os terceiras entidades.
 Neste particular, cumpre assinalar que a Entidade Gestora estendeu o âmbito da certificação a outros serviços cuja obrigação de certificação não se encontra prevista no referido Anexo como seja, o Serviço de Medicina Transfusional e o Serviço de Medicina Nuclear. De igual forma,

St. St.

Página 249 de 331

relativamente a outros serviços subcontratados, que não previstos no anexo IX, desde que aplicável, apresentou evidências de que os mesmos se encontravam devidamente certificados nos termos da referida Norma (Litotrícia, PET, etc.).

- A obtenção e a manutenção da Certificação Ambiental do Hospital nos termos da Norma ISO14001, apresentando desde sempre elevada compliance com os standards. De registar que muitos dos serviços subcontratos a terceiras entidades, como seja, o serviço de alimentação, limpeza, gestão de resíduos, entre outros, detêm de igual forma a Certificação Ambiental, o que revela a preocupação cada vez mais emergente com as questões ambientais;
- A obtenção e a manutenção da acreditação total do Hospital de Loures sob o referencial da Joint Commission International, o qual contempla, para além das auditorias de reacreditação, realizadas de três em três anos, auditorias focais de periodicidade anual;
- A acreditação, pelo modelo ACSA, da Direção-Geral da Saúde, dos Centros de Referência de Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/Pancreático e Cancro do Reto.
- A implementação em fevereiro de 2012, e a manutenção, nas três áreas do Serviço de Urgência (Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica), do Sistema de Triagem de Manchester com auditorias externas anuais do Grupo Português de Triagem e avaliação Conforme;
- A implementação do Programa de Monitorização dos Parâmetros de Desempenho de Resultado, inserido no contexto mais vasto de um sistema de monitorização da atividade global da Entidade Gestora. O Programa de Monitorização dos Parâmetros de Desempenho de Resultado é supervisionado por entidade externa que emite trimestralmente relatórios que garantem a fiabilidade e fidedignidade dos resultados apurados nos PDR;
- A realização anual de estudos de satisfação de utentes e profissionais com resultados globalmente positivos:
 - No caso da satisfação dos utentes o valor médio de satisfação tem sido mantido acima dos 80 pontos (escala de 0 a 100 pontos), considerado de acordo com a metodologia um Índice Global de Satisfação muito positivo;
 - Em relação ao estudo de satisfação dos profissionais, o valor médio manteve-se sempre acima dos 48 pontos (escala de 0 a 100 pontos), o que de acordo com a metodologia da Satisfação dos Profissionais do HBA, se traduz num nível neutro nos últimos 5 anos (2014 a 2018) e nos 2 anos iniciais (2012 e 2013) com valores acima dos 63 pontos, foram considerados como uma Satisfação de nível positivo;

Página 250 de 331

- A implementação de um Sistema de Gestão e Planeamento de Altas com vista à preparação precoce das altas de internamento, designadamente das altas potencialmente problemáticas, do qual fazem parte, entre outros, a Equipa de Gestão de Altas, cujo papel releva sobretudo na referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados, a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, responsável por prestar cuidados paliativos, por prestar assessoria na área aos demais serviços e profissionais e referenciar os utentes para a Rede Nacional de Cuidados Paliativos e o Gestor de Camas.
- A implementação de um sistema de prevenção, monitorização e controlo da infeção e das resistências
 aos antimicrobianos, liderado pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e
 Controlo da Infeção, o qual detém um importante papel ao nível da formação dos profissionais e
 da produção de documentação técnica e operacional para utilização destes.
- A implementação e monitorização do Plano de Ação da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, nos termos preconizados pela Direção Geral de Saúde;

Do Sistema Integrado de Gestão da Qualidade do Hospital de Loures fazem parte diversas comissões / órgãos de apoio técnico como seja:

- Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
- Comissão de Ética;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Emergência e Reanimação;
- Comissão de Auditoria Clínica;
- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (GCL PPCIRA);
- Comissão de Transfusão Hospitalar;
- Comissão de Coordenação e Referenciação Hospitalar
- Comissão de Coordenação com Cuidados Primários e Continuados;
- Comissão de Coordenação Oncológica;
- Comissão de Credenciação Médica;
- Comissão de Ensino e Formação Médica Contínua.
- O Gabinete de Gestão de Risco;
- O Gabinete do Cidadão.

2 331

Página 251 de 331

4

c) Articulação com os cuidados de saúde primários

O relacionamento entre o Hospital e os ACES da sua área foi, desde sempre, proficuo, destacando-se, particularmente, o relacionamento com o ACES Loures-Odivelas, que serve grande parte da população da área de influência do Hospital de Loures⁹⁵. Para além do relacionamento ao nível das atividade clínicas, também se destacam atividades de parceria ao nível do Conselho da Comunidade, do Plano Local de Saúde e ainda outras atividades que surgiram no desenrolar de ações programadas conjuntamente.

Ao longo do período de 2012 a 2017, o ACES esteve presente em vários eventos no Hospital sobre as mais diversas matérias, incluindo também aqueles de cariz formativo.

A nível de articulação e com o objetivo de melhorar a qualidade do acesso aos cuidados de saúde, foram definidos protocolos / critérios de acesso a todas as especialidades, bem como a disponibilização dos contactos dos médicos de ambas as instituições.

Em relação a áreas específicas, nomeadamente Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, com a Ginecologia/Obstetrícia e a Pediatria, Endocrinologia, especialmente na área da Diabetes, Gastrenterologia, Nefrologia e Saúde Mental, estabeleceu-se uma muito boa e estreita articulação que se foi solidificando ao longo do tempo.

A articulação com a Medicina Interna e com os departamentos de Cardiologia, Cirurgia Geral, Urologia, Oftalmologia e ORL foi sendo trabalhada entre o Hospital e o ACES Loures Odivelas, sucessivamente e com bastante acuidade e qualidade.

No entanto, no que respeita à referenciação para primeira consulta, registaram-se constrangimentos que se traduziram em maior atraso na resposta, nomeadamente nas especialidades de ortopedia, oftalmologia, ORL, urologia, dermatologia, pedopsiquiatria e gastrenterologia, para os quais foram tomadas medidas conjuntas para minimização desses atrasos.

ágina 252 de 331

⁹⁵ O ACES Oeste Sul serve apenas cerca de 11% da população da área de influência total do Hospital.

Em termos operacionais, apesar das dificuldades associados à integração de dados entre o sistema de informação do Hospital e o ADW-CTH, por razões alheias aos prestadores, certo é que, fruto do bom relacionamento entre as instituições os problemas vão sendo resolvidos de forma satisfatória.

d) Colaboração e relacionamento com a EPC

Relativamente a esta vertente, importa assinalar que a Entidade Gestora mantém, desde o início da parceria, uma relação cordial, espírito de colaboração e, na grande maioria das situações, compliance com as determinações da EPC. De facto, sem prejuízo das interpelações à Entidade Gestora, em especial em matérias respeitantes à atividade assistencial, das multas aplicadas por situações de incumprimento de disposições contratuais e das substantivas deduções realizadas ao nível dos parâmetros de desempenho, importa, em sede de apreciação da colaboração e relacionamento com a EPC, referir que, na generalidade das situações, a atuação da Entidade Gestora tem-se pautado no sentido da colaboração traduzindo um propósito de acolhimento das recomendações.

Porém, apesar do bom relacionamento entre as partes, subsistiram diferendos, destacando-se:

- Litígio referente à formação dos médicos internos no Hospital e à responsabilidade financeira pelo
 pagamento dos respetivos encargos no âmbito da execução do Contrato de Gestão. Concluído o
 processo de mediação, com a decisão de não celebração de acordo (2014), recorreu-se a Tribunal
 Arbitral (2017) com decisão a favor do Estado;
- Litígio referente à remuneração com encargos associados à prestação de cuidados de saúde, em matéria de VIH/SIDA, a utentes da área de influência do Hospital, despoletado pela Entidade Gestora em 2015. Concluído o processo de mediação com a decisão de não celebração de acordo (2019), o processo encontra-se em Tribunal Arbitral.
- Dissensos referentes i) às falhas de desempenho identificadas pela EPC no âmbito da Avaliação de Desempenho da Entidade Gestora e correspondentes deduções à remuneração nos exercícios 2012-2016 e ii) testes e auditorias efetuados pela EPC no âmbito do processo de apuramento do pagamento de reconciliação, por alegadas diferenças de interpretação das disposições contratuais. Em 2017, a Entidade Gestora despoleta um processo de mediação o qual, concluído em 2018, resultou em acordo relativamente a alguns diferendos da alínea ii).

Página 253 de 331

A

Também se assinala que a Entidade Gestora, face à introdução de novas metodologias / procedimentos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, como seja, a alteração do sistema de codificação clínica para ICD-10-CM/PCS, o Livre Acesso e Circulação do Cidadão no Serviço Nacional de Saúde (LAC), o Telerrastreio dermatológico, entre outros, procede desde logo à notificação, nos termos previstos no n.º 8 da Cláusula 123.ª, para efeitos de reposição de equilíbrio financeiro. Porém, e até à data, a nenhum dos pedidos deu a Entidade Gestora continuidade.

e) Colaboração e relacionamento com a Provedora do Utente

No âmbito da atividade da Provedora do Utente, a postura da Entidade Gestora tem-se mantido consistentemente cooperante, tendo providenciado, desde sempre, as condições de funcionamento do Gabinete da Provedora e a divulgação, junto dos utentes, da sua existência.

Ao longo dos anos, a Provedora emitiu diversas recomendações, designadamente no âmbito dos relatórios de avaliação de desempenho, que a Entidade Gestora acolhe na sua maioria, procurando minimizar a incidência dos problemas identificados pelos utentes." 96

Página 254 de 331

APM AN

⁹⁶ Cfr. e-mail enviado à Equipa de Projeto, no dia 3 de dezembro de 2019, pela atual Gestora do Contrato, a Dr. a Helena Maltez.

3.2.1.4. AVALIAÇÃO DA PARCERIA NA ÓTICA DOS DEMAIS STAKEHOLDERS

188. 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 Loures ao nível das redes de referenciação, tendo a opinião dos demais *stakeholders* (utentes e colaboradores), sido analisada no capítulo 3.2.1.1.9. do presente Relatório.

189. Com efeito, a EGEST, no contexto da sua atividade assistencial, mantém um relacionamento recorrente ao nível das redes de referenciação, seja quando funciona como entidade referenciada, seja como entidade referenciadora.

A integração do Hospital de Loures no SNS e, em concreto, a sua articulação com as redes de referenciação no que concerne à transferência e fluxos de utentes, encontra-se regulada nas cláusulas 46.ª a 51.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 72.ª daquele contrato.

Assim, qualquer transferência de utentes realizada fora dos casos previstos nos n.ºs 3 e 4 da cláusula 51.ª do Contrato de Gestão é classificada como uma transferência indevida e constitui uma falha específica de desempenho nos termos da cláusula 72.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, de acordo com as redes de referenciação 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

Página 255 de 331

2 Ph

(iii) "[q]uando já tenham sido excedidos os limites de Produção Prevista estabelecidas em Internamento, Cirurgia de Ambulatório, Ambulatório Médico, Consulta Externa e Hospital de Dia Médico para esse tipo de Utente" (cfr. n.º 4 da cláusula 51.ª do Contrato).

190. 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, procurouse, ainda assim, averiguar junto das referidas entidades pertencentes à rede de referenciação, por um lado, em que medida o relacionamento com o Hospital de Loures 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 Loures se consideram alinhados/melhores/piores com os do relacionamento com outras entidades do SNS.

Avaliação da parceria na perspetiva dos ACES de Loures/Odivelas e do Oeste Sul

191. Nos termos do disposto na cláusula 48.ª do Contrato de Gestão, a EGEST encontra-se obrigada a "estabelecer mecanismos de comunicação e articulação com os agrupamentos de centros de saúde, com os centros de saúde e com as unidades de saúde familiares situados na Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar", 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 agrupamentos de centros de saúde, nos centros de saúde ou nas unidades de saúde familiares situados na área de influência do Hospital de Loures; (iii) assegurar a coordenação do acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados após a alta, designadamente de cuidados domiciliários; e (iv) garantir a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.

192. 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 referenciação, a Equipa de Projeto considerou pertinente, para efeitos de avaliação da parceria do Hospital Beatriz Ângelo, recolher os contributos do Agrupamento de Centros de Saúde ("ACES") de Loures/Odivelas e do Oeste Sul, na qualidade de "stakeholders", promovendo-se, para tal, a realização de um

Página 256 de 331

inquérito, através do qual se procurou obter opiniões dos mesmos nas várias dimensões consideradas relevantes para garantia de um profícuo relacionamento entre as partes e um correto funcionamento das redes de referenciação.

193. Para avaliar o nível de satisfação e articulação do Hospital de Loures com os ACES referidos, solicitou-se o preenchimento de um questionário com um conjunto de questões fechadas (cfr. modelo de inquérito ACES, constante do Anexo 11 ao presente Relatório).

194. Analisados os resultados do referido inquérito, concluiu-se o seguinte:

- No processo de articulação, por iniciativa dos ACES, em termos globais, a disponibilidade do Hospital Beatriz Ângelo foi considerada "Boa" por ambos os ACES;
- Para efeitos da adequada articulação, um dos ACES considera que o dinamismo do Hospital Beatriz Ângelo foi "Bom", enquanto o outro ACES considera que foi "Suficiente";
- Face à pergunta de como classificam o grau de articulação com o Hospital Beatriz Ângelo no que diz respeito aos aspetos específicos abaixo mencionados, as respostas foram as seguintes:
 - o Formação profissional: ambos os ACES consideram "Bom";
 - O Estruturação de protocolos de referenciação: as respostas foram idênticas à questão anterior;
 - O Estruturação de protocolos de atuação/prestação de cuidados: um dos ACES considerou "Suficiente" e o outro "Bom";
 - O Resposta a situações de exceção (destacando-se, a título exemplificativo situações de gripe, vagas de calor, entre outras): um dos ACES considerou "Bom" e o outro "Insuficiente";
 - O Definição da estratégia subjacente aos planos estratégicos/planos locais de saúde: ambos os ACES consideraram "Bom";
 - Reuniões periódicas: ambos os ACES consideraram o grau de articulação como "Suficiente";

Página 257 de 331

2 4 .

A

- Na perspetiva de uma adequada articulação com o Hospital Beatriz Ângelo, 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, ambos os ACES consideraram que existe "Sempre" uma continuidade de cuidados através da articulação entre as instituições;
- Questionados sobre o prazo de marcação de consulta pelo Hospital Beatriz Ângelo, tendo em conta as necessidades clínicas dos doentes referenciados, as respostas foram nos seguintes termos:
 - O Nas especialidades de *pediatria* e *obstetrícia/ginecologia*: ambos os ACES consideraram como "Não Adequado" o prazo de marcação de consultas;
 - O Nas especialidades médicas um dos ACES considerou o prazo de marcação de consultas "Adequado" e o outro como "Não adequado";
 - O Nas especialidades cirúrgicas as respostas foram idênticas à questão anterior;
- Relativamente ao número de devoluções de pedidos de consulta para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, um dos ACES considerou "Inadequado" e o outro "Adequado";
- No que diz respeito à informação clínica de retorno enviada pelo Hospital Beatriz Ângelo, para posterior seguimento dos utentes, um dos ACES considerou que a referida informação foi "Suficiente" e o outro "Boa";
- Face à pergunta de "como classifica a articulação do ACES/CS com outros hospitais do SNS", um dos ACES considerou que essa articulação é "Melhor" comparativamente com o que acontece com o Hospital Beatriz Ângelo, enquanto o outro ACES entendeu que é "Igual".

195. Em face da informação recolhida e ponderadas as respostas dadas nas diferentes componentes analisadas, pode concluir-se que a articulação entre os ACES de Loures/Odivelas e do Oeste Sul e o Hospital de Loures tem merecido, na perspetiva dos primeiros, uma avaliação globalmente boa.

Página 258 de 331

Avaliação da parceria na perspetiva dos hospitais do Centro Hospitalar Lisboa Norte, do Centro Hospitalar Lisboa Central, do Centro Hospitalar do Oeste e do Hospital Fernando Fonseca

196. Para efeitos de avaliação da parceria no âmbito da articulação e referenciação interhospitalar promoveu-se a realização de um inquérito aos hospitais acima mencionados (cfr. modelo de inquérito CH, constante do Anexo 11 ao presente Relatório), sendo que o Centro Hospitalar Lisboa Norte constitui o hospital de referência para o Hospital Beatriz Ângelo para o tratamento de doentes cujas especialidades não constam do seu perfil assistencial, nos termos da cláusula 50.ª do Contrato de Gestão.

197. Do resultado dos inquéritos apurou-se o seguinte:

- Por iniciativa do centro hospitalar, a disponibilidade do Hospital Beatriz Ângelo, para efeitos de articulação, foi considerada "Suficiente" em dois hospitais, sendo um deles o CHLN. Relativamente aos outros dois centros hospitalares, um considerou "Insuficiente" e o outro "Boa";
- Para efeitos da avaliação do dinamismo do Hospital Beatriz Ângelo para uma adequada articulação, o CHLN considera que o mesmo foi "Bom", enquanto dois consideraram "Insuficiente" e o restante "Suficiente";
- Face à pergunta de como classifica a articulação com outros hospitais do SNS, o CHLN considera que essa articulação é "Melhor" comparativamente com o que acontece com o Hospital Beatriz Ângelo, enquanto que em dois outros hospitais é considerada "Igual" e noutro "Pior";
- No âmbito das transferências inter-hospitalares, os centros hospitalares e o hospital em causa consideram que a "Maioria" dos doentes transferidos é acompanhada de relatório médico;
- Considerando o perfil assistencial do Hospital Beatriz Ângelo, dois dos CH/H, incluindo o CHLN consideram que são "Sempre adequadas" as transferências para outros hospitais e os restantes dois consideram como "Nem sempre adequadas";
- Relativamente à resposta a situações de exceção (gripe, vagas de calor, entre outras), o CHLN classificou como "Boa" a cooperação do Hospital Beatriz Ângelo,

enquanto que dos restantes centros hospitalares e hospital um considerou "Suficiente", um "Insuficiente" e outro não respondeu.

198. Em face da informação recolhida, pode concluir-se que a articulação entre o Hospital de Loures e os centros hospitalares e hospital analisados tem merecido, na perspetiva destes últimos, uma avaliação globalmente positiva.

3.2.2. Estudo da ERS sobre o modelo das PPP no sector da saúde

199. 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")97.

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, 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 «[0] 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 regime de PPP em quatro vertentes, concretamente em matéria de eficiência THOM THOM 1 R relativa, eficácia, qualidade clínica e custos de regulação».

⁹⁷ Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1841/ERS - Estudo_PPP.pdf.

Neste contexto cumpre, ainda que de forma necessariamente breve, proceder à análise das principais considerações e conclusões extraídas pela ERS nesse Estudo.

200. 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 que "os hospitais PPP foram globalmente eficientes", ainda que não tenha sido "possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do grupo de hospitais PPP e o grupo de outros hospitais do SNS". Ainda assim, a ERS salienta, negativamente, os resultados "dos hospitais de Loures e Braga, no caso da taxa de ocupação em internamento".

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 adicionalmente 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 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 clinicd*", a ERS começa por realçar a impossibilidade de efetuar uma plena comparabilidade entre os grupos PPP e não PPP contanto que "[a]

Página 261 de 331

M. W.

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 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.

- 201. 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:
 - "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

Página 262 de 331

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 V ale 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

Página 263 de 331

St.

Of

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 as cuidados de saúde primários, com "[...] otimização de prescrição terapêutica e realização de MCDT", e implementação de projetos conjuntos centrados no utente."

202. 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, de entre as quatro parcerias, "[o]s hospitais com pior desempenho relativo foram o Hospital de Vila Franca (336 pontos de penalização), em 2013, e o Hospital Beatriz Ângelo (com 180 pontos de penalização), em 2014", tendo os mesmos sido os que apresentaram "o maior valor de deduções". Na terceira área de desempenho, a conclusão da ERS é a de que se verifica uma "indisponibilidade de indicadores de outros hospitais públicos, que 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.

203. Como é percetível 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,

Página 264 de 331

Refira-se, no entanto, que o facto de o Hospital de Cascais ter obtido melhores resultados na avaliação do respetivo desempenho resultou, fundamentalmente, da circunstância de não ter sido possível proceder à avaliação da maioria dos parâmetros de desempenho de resultado definidos. Adicionalmente, salienta-se que o contrato de gestão do Hospital de Cascais não inclui os PDS que mais penalizaram as entidades gestoras do estabelecimento dos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures.

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 Loures, evidenciando ainda alguns aspetos em que a atual parceria de Loures (à semelhança das restantes) 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

204. A reposta 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.

205. 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 –, impõe-se, antes mesmo dessa análise, evidenciar que a principal decorrência do cenário de internalização, para o Estado, se prende com a necessária assunção dos riscos inerentes à gestão clínica que, por via da adoção do modelo de PPP hospitalar, havia sido possível transferir, ainda que em alguns casos apenas parcialmente, para o parceiro privado. Realce-se, aliás, neste particular, que este aspeto se afigura desvantajoso para o Estado, não apenas em razão de passarem para a esfera pública riscos até então assumidos pelo privado, mas também e sobretudo, em virtude de passarem para a esfera pública riscos para os quais o parceiro privado, considerando a sua maior flexibilidade operacional, se encontrava, em muitos casos, mais vocacionado para gerir.

206. Um exemplo do que acaba de se referir é a assunção, pelo Estado, do risco de preço. Com efeito, considerando que, no modelo de PPP, os preços unitários são

Página 265 de 331

South of the state of the state

(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, incluindo mesmo dentro desse risco, balizado por certos limites legais, o acréscimo de custos em face da evolução tecnológica verificada.

O modelo de internalização, sem essa rigidez e constrangimento nos preços praticados, poderá contribuir para uma menor previsibilidade dos custos decorrentes destes serviços, o que não se afigura favorável também em termos de execução orçamental e gestão das contas públicas.

207. Realce-se também que a questão se coloca, não apenas considerando os impactos diretos que resultam da assunção 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, no que respeita à prestação dos serviços clínicos através do modelo hospitalar EPE, mesmo considerando que o seu modelo de financiamento tem semelhanças com o modelo PPP, há diferenças significativas entre os respetivos regimes, desde logo quanto a aspetos como (i) a possível 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, entre outras).

Verifica-se, assim, que <u>num cenário de internalização</u>, se perde ou atenua, de forma <u>significativa</u>, o incentivo "<u>natural</u>" que o parceiro privado tem a alocar de forma <u>mais</u> <u>eficiente</u>, e com qualidade, os recursos, humanos e <u>materiais</u>, por forma a gerir da melhor forma esses riscos.

208. A propósito dos riscos *supra* identificados na alínea (iii) do ponto anterior, designadamente os riscos associados a transferências adicionais (à produção) que são por vezes efetuadas para os hospitais EPE, importa destacar a recente publicação do Conselho das Finanças Públicas sobre a «Contratualização com as Empresas Públicas Prestadoras de Cuidados de Saúde» que, na análise efetuada na vertente económico-financeira no perílodo

Página 266 de 331

compreendido entre 2013 e 2018, concluiu, considerando o universo de unidades EPE, o seguinte:

"Os contratos-programa produzem efeitos no âmbito e nível da prestação de cuidados e dos mesmos resultam alterações na situação económico-financeira das EPE. Quanto à primeira, da análise aos contratosprograma para o período 2013-2018 resulta, globalmente, a aposta nos cuidados de saúde em ambulatório em alternativa ao internamento. Relativamente à segunda, em termos globais, os contratos-programa não são economicamente equilibrados, prevendo um crescimento dos gastos maior do que o crescimento dos rendimentos, com indicadores económico-financeiros que se têm deteriorado ao longo dos anos, representando aumentos da dívida, caso o Estado não efetue aumentos de capital estatutário regulares e significativos como forma de cobrir prejuízos acumulados que são, algo paradoxalmente, previstos à partida.

Para o período 2013-2018, os prejuízos previstos, agregados e acumulados, ascenderam a 1.402 M€ (média de 234 M€ por ano). O ativo previsional apresenta um valor médio de 5.022 M€ e o passivo previsional (incluindo os adiantamentos de clientes, contribuintes e utentes) o valor médio de 4.627 M€. Os gastos têm evoluído a um ritmo superior ao dos rendimentos, levando a uma deterioração do desempenho económico previsional, o qual se agrava significativamente no ano de 2018, projetando-se um prejuízo de 683 M€, o que significa um agravamento de 183,5% face ao prejuízo previsto para 2017 (241 M€). No conjunto das 40 EPE, 39 (ou seja 98%) preveem prejuízos operacionais e 20 EPE (50% do total) preveem situações de património líquido negativo.

Quadro 1 - Situação económico-financeira previsional, M€

	2013	2014		2015		2016		2017		2018	
	Valor	Valor	Var.	Valor	Var.	Valor	Var.	Valor	Var.	Valor	Var.
Total do ativo	5 847	5 091	-13%	4 859	-5%	5 361	10%	4 581	-15%	4 396	-4%
Total do passivo	5 715	4 481	-22%	3 964	-12%	4 738	20%	4 365	-8%	4 496	3%
Património líquido	132	610	362%	894	47%	623	-30%	216	-65%	-100	-146%
Total rendimentos	4 746	4 876	2,8%	4 847	-0,6%	5 164	6,5%	5 229	1,3%	5 126	-2,0%
Total dos gastos	5 109	4 942	-3,3%	4 973	0,6%	5 328	7,1%	5 470	2,7%	5 809	6,2%
Gastos operacionais	5 039	4 897	-2,8%	4 943	0,9%	5 260	6,4%	5 413	2,9%	5 807	7,3%
Gastos com pessoal	2 561	2 525	-1,4%	2 538	0,5%	2 681	5,6%	2 781	3,7%	2 972	6,9%
Fornecimentos e serviços externos	807	800	-0,9%	805	0,6%	850	5,6%	862	1,4%	947	9,9%
Resultados líquidos	-363	-65	82,0%	-126	-92,0%	-164	30,9%	-241	-46,6%	-683	-183,5%
Resultados operacionais	-389	-92	76,4%	-163	-77,8%	-171	-4,5%	-265	-55,0%	-687	-159,6%
EBITDA	-205	78	138,0%	3	-96,6%	-13	-599,7%	-110	-738,5%	-561	410,8%

Notas: valores agregados; variação face ao ano anterior.

Fonte: ACSS

Estes resultados, embora tenham por base dados previsionais, sugerem a necessidade da revisão do processo de contratualização de forma a garantir o equilíbrio económico dos contratos-programa, pois sem aquele equilíbrio, tudo o resto constante, está em causa a sustentabilidade financeira das entidades e a normalidade na prestação de cuidados de saúde" (sublinhados nossos).

Página 267 de 331

Muito embora não seja possível antecipar que a eventual internalização dos cuidados de saúde prestados pelo Hospital de Loures leve a uma inevitável situação de insustentabilidade económico-financeira em modelo de contratação pública equivalente à dos hospitais EPE, crê-se que as conclusões vertidas na publicação do Conselho das Finanças Públicas corroboram o risco identificado por esta Equipa de Projeto, risco este que, no modelo de contração pública assente numa PPP, se encontra transferido e alocado ao parceiro privado.

209. 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 EGEST (cfr. n.º 2 da cláusula 121.ª);
- b) 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 (cfr. n.º 3 da cláusula 26.ª);
- c) De igual modo, os direitos necessários 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 (cfr. cláusula 10.ª);
- d) A EPC, ou qualquer outra entidade por esta designada, tem a faculdade de suceder na posição jurídica da EGEST nos subcontratos em vigor (cfr. alínea v) do n.º 3 da cláusula 13.ª);
- e) 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 (cfr. n.º 10 da cláusula 15.ª).

a

Página 268 de 331

210. Malgrado esta previsão contratual, antecipa-se que, na prática, esta transição se depare com obstáculos de concretização não despiciendos. Senão vejamos:

- Desde logo, do ponto de vista orgânico, não é certo qual seria a melhor forma de dar sequência à atual prestação de serviços clínicos no Hospital de Loures. 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 préexistente, 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 se assinalar as dificuldades que se antecipam, em matéria de gestão da estrutura de recursos humanos do hospital. 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 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 13.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, "as Entidades Gestoras, nos subcontratos a celebrar com terceiros, devem assegurar que: i) Os subcontratos 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 despiciendos prende-se, aliás, como já acima sinteticamente



Página 269 de 331

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 maior 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 Loures e a EGED. Relembre-se, uma vez mais, que os prazos de vigência do contrato nas 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 idênticos⁹⁹.

211. Em contrapartida, realce como aspeto mais positivo do cenário da internalização, a maior liberdade que o Estado gozaria, nesse caso, para redefinir, a todo o tempo, o modo concreto como os cuidados de saúde devem ser prestados naquele hospital. Com efeito, entre mais, nesse caso não seriam aplicáveis os limites à modificabilidade dos contratos administrativos, aos quais nos referimos mais detalhadamente no capítulo 3.3.2. do Relatório.

212. Sem prejuízo do acima exposto, importa sublinhar que recentemente foi concluído o procedimento de reversão da gestão clínica do Hospital de Braga, explorado em regime de PPP até 31 de agosto de 2019, para a esfera pública. Com efeito, não obstante o 2.º Relatório Intercalar da equipa de projeto, constituída através do Despacho n.º 8300/2016,

Página **270** de **331**

⁹⁹ 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, mas antes dos parceiros privados.

publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 121, de 27 de junho de 2016, ter concluído estarem reunidas as condições para, no caso específico do Hospital de Braga, se recomendar a manutenção de um modelo de PPP e de, através do Despacho n.º 6702/2017, do Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças e do Senhor Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 150, de 4 de agosto de 2017, se ter decidido o lançamento de uma nova PPP, pela impossibilidade de se garantir a conclusão de todas as formalidades necessárias ao lançamento e conclusão do procedimento pré-contratual tendente à celebração de uma nova parceria antes do termo do atual contrato de gestão, na parte relativa à gestão clínica, previsto para 31 de agosto de 2019, o processo de reversão para a esfera pública da gestão do Hospital de Braga tornou-se inevitável¹⁰⁰.

Sucede que, atendendo à fase ainda incipiente em que esse processo de gestão clínica do Hospital de Braga no modelo de gestão pública se encontra, não existem ainda dados relevantes sobre essa experiência que possam e devam ser ponderados, no âmbito do presente Relatório, para efeitos de avaliação de um possível cenário de internalização, conforme confirmou a Equipa de Projeto junto da Dra. Fátima Machado, vogal executiva do Conselho de Administração do Hospital de Braga, E. P. E.

213. Assim sendo, ou seja, perante a inexistência de dados relativos a uma experiência de internalização mais atual, cumpre aqui referir e ponderar o outro exemplo existente de uma unidade do SNS que, tendo sido gerida em regime de PPP durante 7 anos, regressou à gestão na esfera pública¹⁰¹. Trata-se do CMFRS, que, nos termos constantes do Despacho n.º 15312-D/2013, de 22 de novembro, do Senhor 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 referir¹⁰² que, comparando os principais dados de atividade do CMFRS entre o ano de 2012, que corresponde ao último ano completo de gestão em regime

le a HM



A decisão de internalização da gestão do estabelecimento hospitalar do Hospital de Braga e respetiva fundamentação constam do Despacho Conjunto do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e do Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças, assinado em 29 de março de 2019.

De acordo com a informação disponibilizada, a Equipa de Projeto não conhece qualquer outro exemplo de uma unidade de saúde que tenha sido explorada em regime de PPP e que posteriormente tenha voltado a ser explorada diretamente pelo sector público.

¹⁰² De acordo com informações da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P..

de PPP, e o período compreendido entre 2014 e 2016¹⁰³, em regime de gestão pública, conclui-se o seguinte:

- a) Depois de em 2014 (correspondente ao primeiro ano completo em regime de gestão pública) ter evidenciado uma ligeira apreciação (beneficiando ainda, porventura, dos efeitos do modelo de PPP), 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 15% entre 2012 e 2016, tal como se verifica no quadro seguinte;
- b) Ao nível assistencial, a par da redução dos episódios de internamento em cerca de 45%, assistiu-se entre 2012 e 2016 a um aumento da respetiva demora média, de 38 para 42 dias, respetivamente;
- c) O sistema de acreditação da qualidade dos programas de cuidados de saúde (exigido no âmbito do contrato de PPP anterior) foi descontinuado;
- d) Não obstante a pior performance operacional do CMFRS, a avaliação da satisfação dos utentes manteve-se positiva.

Quadro 48 - Principais dados de atividade do CMFRS

CMFRS	2012	2014	2015	2016	Variação 2012-2016
Episódios de internamento	450	368	256	249	-45%
Dias de internamento	17 168	14 454	9 975	10 353	-40%
Demora média de internamento	38	39	39	42	9%
Gastos operacionais ('000€)	6 287	5 030	4 429	4 345	-31%
Gastos operacionais/episódios de internamento (€)	13 970	13 668	17 302	17 450	25%
Gastos operacionais/dias de internamento (€)	366	348	444	420	15%

Fonte: Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. e ACSS.

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

agina 272 de 331

J. Men

Refira-se que o ano de 2016 corresponde ao último ano relativamente ao qual foi disponibilizada informação (individual) relativa ao CMFRS, na sequência da sua integração, em agosto de 2017, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (através do Decreto-Lei n.º 101/2017).

de um correto e atempado planeamento da reversão do centro, não se conseguindo, contudo, e à luz da magnitude das perdas ocorridas na sequência da transição, prever se nesse caso a perda seria nula.

214. 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 hospitalares 104, 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.

3.2.4. Da resposta à "primeira questão central"

215. 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 Loures, sob o ponto de vista do seu *value for money* numa lógica "ex

Página **273** de **331**

Pa

¹⁰⁴ O impacto orçamental decorrente destes défices pode ser adiado, mas não evitado.

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 Loures, considerando o resultado da sua execução de facto, nos capítulos anteriores apresentam-se, não só as análises relativas em concreto ao Hospital de Loures – 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 protagonizada pela ERS (aplicável, não só ao Hospital de Loures, mas a todas as PPP da saúde) e a análise crítica dos riscos associados a um cenário de internalização, que se entendeu aplicar-se, também, de uma forma genérica às PPP clínicas e não apenas ao Hospital de Loures¹⁰⁵.

Tendo presente o disposto nos capítulos anteriores, no que se refere, em concreto, aos resultados obtidos, conclui-se que:

- a) 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 adjudicada), verifica-se uma efetiva materialização da poupança perspetivada, no valor aproximado de 167,1 milhões de euros no período compreendido entre 2012 e 2017;
- 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;
- No período analisado, a parceria relativa ao Hospital de Loures, 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 significativa em face dos valores de

Página **274** de **331**

Py ON

¹⁰⁵ Naturalmente, com as devidas adaptações em função de cada uma das realidades contratuais em presença.

- encargos que se obteriam caso fossem considerados quer os custos unitários médios desses hospitais (no valor aproximado de 79,8 milhões de euros entre 2013 e 2017), quer as transferências realizadas pelo SNS aos mesmos (no montante de aproximadamente 47,1 milhões de euros no mesmo período);
- Por outro lado, ainda que se reconheça que, ao nível da análise da performance d) económico-financeira do parceiro privado, a PPP se afigure, aparentemente, pouco sustentável para o parceiro privado no período analisado, a poupança resultante da comparação dos encargos relativos à parceria do Hospital de Loures com os valores de encargos que se obteriam caso fossem considerados, quer os gastos unitários médios (no valor de 79,8 milhões de euros), quer o financiamento médio (no valor de 47,1 milhões de euros) dos hospitais do Grupo de Referência EP (aplicados à produção do Hospital de Loures), permitiria acomodar o aumento dos encargos que resultaria como necessário para garantir a sustentabilidade financeira desta parceria, ou seja, para eliminar, pelo menos, os resultados operacionais negativos verificados e para acomodar os encargos financeiros líquidos registados pelo parceiro privado (nos valores, respetivamente, de cerca de 28,2 milhões de euros e 4,0 milhões de euros entre 2013 e 2017). Contudo, e numa perspetiva de interesse público, a questão da rentabilidade e sustentabilidade do parceiro privado não assume uma prioridade absoluta, até porque, numa perspetiva de gestão integrada de grupo, o parceiro privado poderá obter outras vantagens decorrentes de sinergias diversas, não necessariamente refletidas na demonstração dos resultados da EGEST;
- e) Ao nível da eficiência, comparativamente com a generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, a PPP de Loures 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;
- Ma esfera da qualidade/eficácia da parceria de Loures, verifica-se que no que à atividade cirúrgica e ao cumprimento dos respetivos TMRG diz respeito, esta superou o desempenho da globalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, embora dos indicadores analisados existam alguns nos quais o Hospital de Loures apresenta resultados inferiores aos do Grupo de Referência EP e relativamente aos quais se recomenda a implementação de medidas de melhoria.

Página 275 de 331

PM

2

De onde resulta, pois, que, no cômputo global, a PPP de Loures apresenta value for money expressivo em face de uma alternativa de gestão pública, segundo as perspetivas da economia, da eficiência e da eficácia.

216. 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 no que concerne ao Hospital de Loures, evidenciando, porém, alguns aspetos críticos em que a atual parceria de Loures (à semelhança do verificado relativamente às demais parcerias hospitalares) 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 resulta uma avaliação globalmente boa, pelo que se conclui que a mesma não coloca em causa uma eventual decisão de manutenção do modelo de PPP. Ainda assim, 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 Loures.

Finalmente, cumpre mencionar que os riscos de um cenário de internalização (identificados no capítulo 3.2.3. do presente Relatório) não se afiguram despiciendos, seja no curto seja no médio/longo prazo, mesmo num contexto de adequada programação e estruturação da fase de transição.

217. Em face do exposto, considera-se <u>estarem reunidas as condições para, no caso</u> específico do Hospital de Loures, se recomendar, de forma muito clara, a adoção de um <u>modelo de PPP</u>, em detrimento de um cenário de internalização.

gina **276** de **331**

3.3. Avaliação do exercício da faculdade contratual de renovação do Contrato de Gestão pelo Estado Português

218. Avaliado o modelo de PPP de prestação de serviços clínicos do Hospital de Loures, 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 uma nova PPP.

3.3.1. Alterações a introduzir no Contrato de Gestão, identificadas pela ARSLVT

219. Em 15 de novembro de 2019, a ARSLVT, através de uma carta dirigida à Chefe de Gabinete da Senhora Ministra da Saúde, posteriormente dada a conhecer à Equipa de Projeto, apresentou a sua proposta de alterações que, de acordo com aquela entidade, devem ser introduzidas no clausulado contratual que regule a gestão clínica do Hospital de Loures para o futuro, quer num cenário de renovação com o atual parceiro privado, quer num cenário de adjudicação de um novo contrato (cfr. Anexo 8).

Em concreto, de acordo com a referida carta da ARSLVT, devem ser ponderadas e eventualmente introduzidas as seguintes alterações 106:

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

Pese embora a especialidade de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e da Adolescência integre o perfil assistencial do Hospital de Loures, a prestação, em concreto, de cuidados de saúde mental na comunidade não está contemplada no Contrato de Gestão, o que, por um lado, não permite o pleno cumprimento das orientações programáticas do Plano Nacional de Saúde Mental e, por outro, tem criado

Página 277 de 331

¹⁰⁶ A descrição das alterações que, de acordo com a ARSLVT, devem ser introduzidas num futuro quadro contratual baseia-se na descrição constante da carta da ARSLVT, de 15 de novembro de 2019, dirigida à Chefe de Gabinete da Senhora Ministra da Saúde, assim como nas informações adicionais que foram, entretanto, prestadas pelos membros da Equipa de Projeto nomeados em representação da ARSLVT.

ineficiências na prestação de cuidados de saúde, quer ao nível da articulação entre prestadores no âmbito do SNS, quer no que respeita ao acesso de novos doentes.

Com efeito, a prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental prevista no atual modelo contratual centra-se exclusivamente em atividade intra-hospitalar (internamento, consulta externa e sessão de hospital de dia), não permitindo configurar uma resposta assente no desenvolvimento de cuidados de proximidade, de relevo comunitário.

Os cuidados ambulatórios e outras intervenções na comunidade devem ser assegurados prioritariamente através de estruturas próprias, em articulação, designadamente, com os cuidados de saúde primários e com os serviços ou apoio sociais e com as autarquias locais e, no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência, também com os estabelecimentos de ensino.

Em suma, quer o quadro programático, legal e regulamentar em vigor na área da saúde mental, quer a apreciação feita no que se refere ao modelo de prestação de cuidados de saúde que vem a ser desenvolvido relativamente à população da área de influência do Hospital de Loures, aconselham a intervenção comunitária em saúde mental, devendo esta ser objeto de tratamento específico no contrato, numa perspetiva de realização da prestação de cuidados na comunidade, através de equipas multidisciplinares, de modo a potenciar a reabilitação e a inserção social dos doentes.

Na expectativa de que seja identificado e disponibilizado pela EPC um espaço fora das instalações hospitalares para a realização da atividade de psiquiatria comunitária e tendo presente que aquela irá, na prática, substituir parte das sessões de hospital de dia e de consultas realizadas no próprio hospital no âmbito da psiquiatria, a ARSLVT não antecipa que desta alteração resulte um acréscimo significativo de encargos.

278 de 331

ZHM DAN

b) Hospitalização Domiciliária

No âmbito do processo de modernização do SNS e da promoção da melhoria da articulação e da integração de cuidados, tem-se procurado desenvolver e estimular a prestação de cuidados de saúde no domicílio do doente, estando em curso, para o efeito, nos termos do Despacho n.º 9323-A/2018, de 27 de setembro, da Secretária de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 191, de 3 de outubro de 2018, uma estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária vocacionadas para uma resposta segura e adequada a doentes com patologia aguda, crónica agudizada ou em estádio terminal/paliativo que necessitem de cuidados de âmbito hospitalar.

Esta hospitalização domiciliária é distinta das respostas de saúde e de apoio social no domicílio já implementadas no SNS, estando direcionada apenas a doentes que cumprem determinados critérios clínicos, sociais e geográficos, que permitem o internamento no domicílio sob a vigilância da Unidade de Hospitalização Domiciliária ("UHD").

Este modelo de assistência hospitalar tem como premissa a deslocalização dos cuidados para o domicílio do doente, em alternativa ao internamento hospitalar convencional, sendo enumeradas várias vantagens, designadamente a redução do risco de complicações associadas ao internamento em meio hospitalar, a diminuição dos reinternamentos hospitalares, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde hospitalares, a melhoria da gestão da capacidade instalada dos estabelecimentos hospitalares para tratamento de doentes agudos, a maior humanização dos cuidados e a estimulação da participação ativa das famílias e de outros cuidadores.

Por outro lado, de acordo com a ARSLVT, a implementação de uma UHD no Hospital de Loures permitiria atenuar as elevadas taxas de ocupação no Internamento, que o Hospital de Loures tem apresentado.

Cumpre ainda referir que, apesar da atividade de Hospitalização Domiciliária não se enquadrar na definição de "Episódio de Internamento" contratualmente estabelecida, aquela corresponde materialmente à atividade de Internamento realizada pela Entidade Gestora do Estabelecimento, mas realizada antes no domicílio do doente, sob a responsabilidade e a vigilância de profissionais de saúde, integrados numa Unidade de Hospitalização Domiciliária. Efetivamente, a hospitalização domiciliária constitui um modelo de prestação de cuidados de saúde hospitalares em tudo idêntico ao modelo

Página 279 de 331

Ry HAM

de prestação de cuidados mediante admissão hospitalar e em internamento, distinguindo-se deste apenas quanto ao local onde as prestações de saúde são realizadas (domicílio).

Tanto é que, de acordo com a ARSLVT, a introdução de UHD não exige a criação de uma nova linha de produção, porquanto se tenciona que o internamento domiciliário seja pago como internamento no próprio hospital.

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

c) Teleconsulta

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

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

d) <u>Criação de uma linha de produção para a Interrupção Voluntária da Gravidez ("**IVG**") até às 10 semanas de gestação</u>

Embora enquadrável no perfil assistencial do Hospital de Loures, que inclui entre outras, a especialidade de ginecologia, o Contrato de Gestão não previu nas suas linhas de produção a remuneração pela prestação de cuidados de saúde em ambulatório relativa à IVG, 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

I, THM

A OX

Página 280 de 331

posterior à aprovação das peças do procedimento do concurso que antecedeu a celebração do contrato.

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

Na sequência dessa deliberação, estes atos foram incluídos na linha de produção referente a casos e atos específicos. No entanto, a ARSLVT entende por mais adequado que o clausulado passe a prever uma linha de produção específica para o pagamento dos atos relacionados com a IVG até às 10 semanas.

Note-se que esta alteração 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, porquanto o que se pretende é apenas que estes atos sejam expressamente previstos no Contrato de Gestão, mantendo-se os valores atualmente praticados.

e) Revisão dos Parâmetros de Desempenho de Resultado

A ARSLVT considera como necessária a revisão, a eliminação e/ou substituição de parâmetros presentemente tidos como menos adequados para melhor prossecução dos objetivos, designadamente de qualidade e segurança, atendendo ao atual estado de arte na prestação de serviços de saúde e à necessidade de garantir uma mais efetiva comparabilidade deste hospital com outros hospitais do SNS.

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

Página 281 de 331

Mon Mon

f) Revisão dos Parâmetros de Desempenho de Serviço ("PDS")

Tal como relativamente aos PDR, foi identificada pela ARSLVT a necessidade de revisão e/ou substituição de alguns PDS, por forma a garantir um melhor acompanhamento da execução do Contrato de Gestão.

Por outro lado, foi ainda identificada a conveniência de se clarificar ou reforçar algumas das atuais disposições contratuais relativas à aplicação dos PDS, porquanto a sua aplicação tem gerado diversas dúvidas interpretativas, com reflexos, nomeadamente, no relacionamento entre as partes.

Entende a ATSLVT que a revisão dos PDS não terá qualquer impacto financeiro, caso se mantenha o número de pontos de penalização definidos no atual Contrato de Gestão e não se reduza a transferência de riscos para o parceiro privado nele estabelecida.

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

A cláusula 70.ª do Contrato de Gestão, em articulação com a cláusula 40.ª desse mesmo contrato, estabelece os elementos que devem ser considerados na determinação da produção prevista, bem como o procedimento a seguir em caso de desacordo entre a EPC e a Entidade Gestora do Estabelecimento quanto à fixação dessa produção, caso em que caberá à Entidade Pública Contratante determinar unilateralmente a produção dentro de determinados limiares previstos contratualmente.

Sucede que, na opinião da ARSLVT, a aplicação das regras atualmente previstas para o procedimento de determinação unilateral da produção determinaria níveis de produção considerados desajustados para a generalidade das áreas de atividade, quando comparados com o histórico da produção realizada pelo próprio Hospital de Loures. Tal resulta do facto de, para esse efeito, ser considerada toda a utilização hospitalar verificada pela população da área de influência do Hospital de Loures nos hospitais do SNS.

Em face do referido, entende a ARSLVT que a metodologia definida para apuramento da produção em caso de fixação unilateral carece de revisão, no sentido de se encontrar um modelo mais adequado, que permita, em caso de fixação unilateral por parte do Estado, que a produção prevista seja fixada dentro dos limites inferior e superior da produção efetiva do Hospital de Loures, verificada nos três anos imediatamente

Página 282 de 331

Hr.

anteriores, em alternativa à utilização hospitalar pela população da área de influência do Hospital de Loures, verificada nos cinco anos imediatamente anteriores.

Por outro lado, para melhor gestão das listas de espera, considera-se que devem ser adotados mecanismos contratualmente mais eficazes para regular o cumprimento dos níveis de produção contratada por especialidade, prevendo a obrigação, nomeadamente de cumprimento de valores de produção por especialidade, de modo a que a execução da produção seja mais consentânea com a atividade contratada, tendo em vista um acesso mais equitativo em todas as especialidades.

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

Tendo presente que os termos da aferição da disponibilidade da Urgência têm constituído fundamento de divergência entre as Partes em sede de acompanhamento, a ARSLVT considera pertinente a revisão da referida disposição contratual de modo a que fiquem inequivocamente clarificados os termos da aferição da disponibilidade da urgência, em particular no que concerne à adequação dos tempos de espera, tendo por referência os tempos alvo previstos na "Triagem de Manchester", de acordo com o preconizado pelo Grupo Português de Triagem.

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

Neste âmbito, o que é sugerido pela ARSLVT é que os vários exercícios de comparabilidade previstos no Contrato de Gestão, designadamente no que respeita ao desempenho da Entidade Gestora em matéria de Parâmetros de Desempenho de Resultado, tenham por referência os hospitais que integram o grupo de benchmarking, no qual o Hospital de Loures se inclui, definido pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., atentas as competências deste instituto público. Para tal, afigura-se necessário alterar o disposto no Contrato de Gestão, sem prejuízo da manutenção da atual metodologia de definição dos HGR, caso a ACSS venha a descontinuar os grupos de benchmarking atualmente constituídos.

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

Página 283 de 331

2 xx 8

Nos termos da cláusula 74.ª do Contrato de Gestão, a avaliação do desempenho da Entidade Gestora é efetuada, quer por áreas de avaliação, quer de forma global. Como antes se referiu, a avaliação por áreas compreende as componentes de Resultados (em que é avaliado o desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento no cumprimento dos valores de referência definidos para os PDR), de Serviço (em que é avaliado o desempenho da Entidade Gestora no cumprimento dos PDS) e de Satisfação. A avaliação desta última componente deve ser realizada mediante a comparação entre os índices de satisfação dos utentes do Hospital de Loures e os obtidos pelos hospitais públicos incluídos nos inquéritos de satisfação de utentes realizados pelo Ministério da Saúde.

Sendo este o regime contratual, o certo é que nunca foi possível a avaliação da Entidade Gestora do Hospital de Loures nesta última componente em virtude de o Ministério da Saúde ter interrompido a realização dos inquéritos entre 2009 e 2014.

Em 2015, mas sem continuidade nos anos subsequentes, voltaram a ser realizados inquéritos de satisfação dos utentes por parte do Ministério da Saúde, no entanto, a metodologia do estudo de satisfação adotada pelo Ministério da Saúde baseava-se numa 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 contexto, em que a análise da satisfação dos utentes não foi realizada ao nível da prestação de serviços por cada instituição, o disposto no n.º 4 da cláusula 74.ª Contrato de Gestão não pode ser aplicado, carecendo, como tal, a avaliação do desempenho no que respeita à satisfação dos utentes, de ser revista.

Assim, entende a ARSLVT como necessária a revisão da metodologia de avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento nesta componente, no sentido de passar a ser previsto que, caso o Ministério da Saúde não realize os inquéritos de satisfação dos utentes ou os realize em termos que não permitam estabelecer a comparabilidade face aos resultados obtidos pelos HGR, a avaliação do desempenho nesta área será realizada exclusivamente com base nos resultados obtidos pela própria o nos HPM

Página 284 de 331 Entidade Gestora. Recorde-se a este respeito que o disposto no n.º 4.3. do Anexo IX ao Contrato de Gestão do Hospital de Loures já estabelece a obrigação de "[n]os anos em que excepcionalmente o Ministério da Saúde não realize os inquéritos de satisfação de Utentes nos

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

k) Revisão das obrigações de informação periódica

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

Desta revisão não resulta qualquer impacto financeiro para a Entidade Gestora do Estabelecimento.

220. Ainda no que concerne à identificação das alterações que devem ser introduzidas no clausulado contratual que regular a exploração, por um parceiro privado, dos serviços clínicos no Hospital de Loures nos próximos anos, importa sublinhar que as propostas de alteração apresentadas pela ARSLVT, acima identificadas, não foram, até à presente data, objeto de apreciação pela Ministra da Saúde, nem pelo Ministro das Finanças, pelo que não se conhece a posição do Governo sobre a pertinência e grau de relevância das alterações sugeridas por aquela entidade¹⁰⁷. Poderá ainda acontecer que a decisão final quanto a algumas das alterações fique dependente de parecer prévio de outras entidades competentes do Ministério da Saúde. Adicionalmente, não se pode igualmente excluir que, na ótica daqueles

ação, ou não, do ratuais idênticas, ável pela área da

Página 285 de 331

Note-se, porém, que, no âmbito do procedimento de formação da decisão quanto à renovação, ou não, do Contrato de Gestão de Vila Franca de Xira, foram propostas pela ARRSLVT alteração contratuais idênticas, tendo as mesmas sido consideradas como necessárias pelo membro do Governo responsável pela área da Saúde.

decisores, se afigure necessário introduzir outras alterações, como forma de garantir a adequação do Contrato de Gestão à evolução entretanto ocorrida no sector da saúde.

Sem prejuízo de não haver ainda uma decisão do Ministério da Saúde quanto à introdução das alterações sugeridas pela ARSLVT, podendo, consequentemente, aquelas virem ainda a ser consideradas pelos órgãos competentes pela determinação da política nacional na área da saúde como não essenciais ou mesmo como não convenientes num cenário de renovação do Contrato de Gestão, por uma questão de cautela e de completude de análise, proceder-se-á à análise da viabilidade jurídica daquelas alterações, nomeadamente para o caso de aquelas virem a ser consideradas pelos órgãos competentes como necessárias.

3.3.2. Análise jurídico-financeira das alterações a introduzir

221. Conhecidas as alterações que a ARSLVT sugere que sejam introduzidas no quadro contratual que venha a regular a prestação de serviços clínicos no Hospital de Loures nos próximos anos, cumpre agora aquilatar, ainda que de forma sucinta, da legalidade da introdução de tais modificações no contrato em vigor à luz dos limites legais à modificabilidade contratual. Por outras palavras, cabe 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, por não passarem o crivo dos referidos limites. Com efeito, caso aquelas alterações vierem a ser 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 descritas, razão pela qual se revela pertinente a análise que de seguida será realizada.

A este respeito, recorde-se que, no Contrato de Gestão do Hospital de Loures, a possibilidade de renovação depende expressamente, nos termos da alínea b) 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".

Primeiro ponto prévio: natureza do contrato a.

222. 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.

223. 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" 108. Mais tarde, PEDRO GONCALVES 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":109.

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".

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

Página 287 de 33

A.

¹⁰⁸ Cfr. MARCELLO CAETANO, Manual de Direito Administrativo, I, Coimbra, 1984, pp. 583 e 584.

¹⁰⁹ Cfr. A Concessão de Serviços Públicos (uma aplicação da técnica concessória), Coimbra, 1999, p. 130.

encontrar diversas regras norteadas por preocupações de direito público ¹¹⁰, como na disciplina legal subsidiariamente aplicável, como é o caso do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, tendo ainda sido celebrado na sequência de um procedimento concursal regulado por normas de direito público ¹¹¹.

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 aquela.

Neste sentido – caso dúvidas houvesse –, o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, com base no qual o Contrato de Gestão foi celebrado, esclarece 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".

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.

b. Segundo ponto prévio: definição do regime legal aplicável

224. A segunda questão prévia que se coloca consiste, naturalmente, em saber concretamente qual o Direito europeu e nacional aplicável ao contrato de Gestão e à sua modificação. A aparente simplicidade do problema é, na verdade, enganadora, porquanto estamos perante um contrato dotado de uma vida relativamente longa, tendo-se durante a sua vigência assistido a diversas e significativas alterações do quadro legal.

Relativamente à <u>legislação nacional</u>, a disciplina jurídica aplicável à execução dos contratos administrativos encontra-se atualmente consagrada na Parte III do CCP. No entanto, dispõe-se no artigo 16.°, n.° 1, do Decreto-Lei n.° 18/2008, de 29 de janeiro, que aprovou o CCP, que aquele código só é aplicável à execução dos contratos administrativos celebrados na sequência de procedimentos de formação iniciados após a data da sua entrada

agina 288 de 331

14

¹¹⁰ Cfr., entre outras, as cláusulas referentes ao sequestro ou à resolução unilateral por motivos de interesse público.

¹¹¹ Sobre a definição de contratos administrativos, cfr. artigo 1.º, n.º 6, do CCP.

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 que não se lhe aplicam, por esta via, as disposições do CCP em matéria de modificação de contratos administrativos. Por maioria de razão, também a mais recente versão desse Código, que resulta do Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto, não é aplicável ao Contrato de Gestão, porquanto resulta do n.º 1 do artigo 12.º desse diploma uma norma de aplicação no tempo similar à que decorre do referido n.º 1 do artigo 16.º.

Tal não significa, no entanto, que as soluções plasmadas no CCP, quer na sua versão de 2008 (e subsequentes alterações), quer na sua versão mais recente, de 2017, não relevem nesta análise. Pelo contrário, apesar de não serem diretamente aplicáveis, tais soluções são de ter em conta, na medida em que dão forma de lei a orientações que eram já anteriormente propugnadas na doutrina e na jurisprudência (essencialmente de raiz comunitária) ou tomam partido num dos sentidos possíveis relativamente a aspetos em torno dos quais existia controvérsia.

Sem prejuízo, não sendo o CCP aplicável *ratione temporis* à execução deste contrato, há que recorrer, em primeira linha, às normas do Capítulo III do Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de novembro¹¹², que, malgrado a revogação entretanto operada pelo CCP, constituíam a moldura legal vigente nesta matéria aquando da celebração do Contrato de Gestão, pelo que se lhe continuam a aplicar¹¹³. Adicionalmente, há que recorrer, em tudo o que não seja regulado por essas normas, aos princípios gerais de direito dos contratos públicos, bem como aos princípios gerais do direito.

225. No quadro do Direito europeu, refira-se, em primeiro lugar, que, aquando da celebração do Contrato de Gestão, a figura do contrato de concessão de serviços públicos apenas era objeto de um número limitado de disposições de direito derivado, não existindo, regras específicas para a respetiva execução, nomeadamente, para a sua modificação.

A PA

Página 289 de 331

Na redação alterada pela Declaração de Retificação n.º 265/91, de 31 de dezembro, pela Declaração de Retificação n.º 22-A/92, de 29 de fevereiro, e pelo Decreto-Lei n.º 6/96, de 31 de janeiro.

¹¹³ Esta conclusão não é prejudicada, na nossa opinião, pela entrada em vigor do novo Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro: por um lado, porque este diploma também não é aplicável à realidade em apreço em razão do seu âmbito temporal (#. artigo 8.º do diploma preambular); por outro, porque, em matéria de contratos administrativos, o novo CPA remete para o CCP (#. artigo 202.º).

Esse cenário mudou com a nova geração de diretivas de contratação pública aprovadas em 2014¹¹⁴. Com efeito, entre essas diretivas conta-se a Diretiva n.º 2014/23/UE, aplicável à adjudicação de contratos de concessão de obras ou serviços ("Diretiva Concessões" ou "Diretiva n.º 2014/23/EU"). O seu principal objetivo reside claramente no reforço da segurança jurídica neste domínio regulatório, procurando aumentar a clareza e promover a uniformidade dos regimes aplicáveis – via indispensável para a afirmação da arquitetura principiológica plasmada no Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia e obter a consolidação do mercado interno nesta matéria.

Estas diretivas foram recentemente transpostas para o ordenamento jurídico português através da alteração do CCP preconizada pelo mencionado Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto. Sem prejuízo do que antes se referiu quanto à não aplicação direta do CCP ao Contrato de Gestão, as disposições destas novas diretivas serão, em qualquer caso, 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.

Página 290 de 331

Ph IPM

Diretivas n.ºs 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE, todas do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro, transpostas para o ordenamento jurídico português através do Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto, que alterou o CCP.

Dos limites gerais à modificação dos contratos administrativos c.

226. 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 diferente¹¹⁵.

227. 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. Aqui, como é pacificamente reconhecido pela doutrina, estão em causa essencialmente dois tipos de limites ou restrições ao poder de modificar um contrato administrativo impostos, por um lado, pelo princípio da intangibilidade do objeto (essencial) do contrato ou alteração da natureza global do contrato¹¹⁶ e, por outro lado, pelo princípio da concorrência¹¹⁷.

A THE M

Página 291 de 331

¹¹⁵ 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).

¹¹⁶ Expressão utilizada na Diretiva n.º 2014/23/UE.

¹¹⁷ 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" (sim da proteção da concorrência)" ("Acórdão Pressetext: modificação do contrato existente vs adjudicação de novo contrato", ob. cit., p. 17). No mesmo sentido,

Ambos os limites foram, aliás, objeto de consagração expressa no artigo 313.º do CCP, colmatando assim uma lacuna existente antes da entrada em vigor do Código. Como se pode ler na atual redação desse artigo, "[a] modificação de qualquer contrato público [...] encontra-se sujeita aos seguintes limites:

- a) Não pode conduzir à alteração substancial do objeto do contrato [princípio da intangibilidade do objeto];
- b) Não pode configurar uma forma de impedir, restringir ou falsear a concorrência;
- c) Não é permitida quando sejam introduzidas alterações que, se fizessem parte do caderno de encargos, teriam ocasionado, de forma objetivamente demonstrável, a alteração da ordenação das propostas avaliadas ou a admissão de outras propostas;

(...)

- e) Não pode alterar o equilíbrio económico do contrato a favor do cocontratante em termos de este ser colocado em situação mais favorável do que a resultante do equilíbrio inicialmente estabelecido [estas últimas referentes ao princípio da concorrência]".
- 228. 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)" ¹¹⁸, o que significa que "a Administração [pode] modificar o contrato, mas apenas dentro do âmbito do respetivo objeto" ¹¹⁹.

Por outras palavras, "(...) o parâmetro interpretativo do conceito de alteração da natureza global do contrato é o da falta de cognoscibilidade do contrato inicial face à modificação que se pretende introduzir²¹²⁰.

Then !

Ø · ⟨~

Página 292 de 331

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.

¹¹⁸ Cfr. GONÇALO GUERRA TAVARES/NUNO MONTEIRO DENTE, Código dos Contratos Públicos, Comentado, p. 95.

¹¹⁹ Cfr. PEDRO GONÇALVES, "Acórdão Pressetext: modificação do contrato existente vs adjudicação de novo contrato", ob. cit., p. 16.

^{120 -} Gr. Ana Gouveia Martins, "Em debate: Modificação Contratual, Trabalhos e Serviços Complementares Após Revisão do CCP. Os limites à modificação dos contratos públicos", in Revista de Direito Administrativo, n.º 4, 2019, p. 29.

229. Por sua vez, com os limites decorrentes do princípio da concorrência, visa-se proteger 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, para esse efeito, que o contrato seja modificado por ato unilateral ou por acordo¹²¹. 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 cocontratante (no âmbito da modificação por acordo das partes)"122.

Importa, todavia, ter em consideração o n.º 2 do artigo 313.º do CCP, na redação dada pelo Decreto-Lei 111-B/2017, de 31 de agosto, que estipula que não estão sujeitas aos limites estabelecidos nas atuais alíneas b) e c) do artigo 313.º do CCP123 - relacionados com os limites impostos pela proteção da concorrência -, as alterações que resultem da natureza duradoura do vínculo contratual, desde que o decurso do tempo as justifique. Com efeito, a aplicação desses apertados critérios aos casos concretos pode revestir-se de considerável complexidade, particularmente em contratos de longa duração, que são especialmente sensíveis às cambiantes dos interesses públicos que visam prosseguir e de outras razões político-administrativas que se sobreponham a esses interesses ou que com ele intersectem, bem como à evolução dos mercados e setores em que se inserem.

Esta exceção afigura-se relevante para a situação em apreço, uma vez que o Contrato de Gestão em análise, ao ter um período de vigência inicial de 10 anos, configura uma relação contratual de natureza duradoura.

Acontece que, por um lado, como refere e bem ANA GOUVEIA MARTINS, "numa interpretação conforme ao Direito comunitário, em princípio não se revelará suficiente o decurso do tempo, sendo indispensável que [a modificação] se funde numa circunstância imprevisível, nos termos previstos na alínea c) do n.º 1 do artigo 72.º da Directiva n.º 2014/24/UE"124, ou, na nossa opinião, em obras ou serviços adicionais, contemplados na b) do artigo 72.º daquela diretiva.

D. XN.

Página 293 de 331

¹²¹ Cfr., neste sentido, entre outros, 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.

¹²² Cfr. CARLA AMADO GOMES, "A conformação da relação contratual no Código dos Contratos Públicos", in AAVV, Estudos de Contratação Pública - I, 2008, p. 542.

¹²³ Essas alíneas referem-se à proibição de as alterações configurarem uma forma de impedir, restringir ou falsear a concorrência e à proibição de introdução de alterações que, caso fizessem parte do caderno de encargos, teriam ocasionado, de forma objetivamente demonstrável, a alteração da ordenação das propostas avaliadas ou a admissão de outras propostas.

¹²⁴ Cfr. Ana Gouveia Martins, Em debate: Modificação Contratual..., ob.cit., p. 30.

Por outro lado, é nosso entendimento que a nova redação do n.º 2 do artigo 313.º do CCP não constitui uma verdadeira alteração material do anterior regime. Com efeito, na sua redação anterior, o n.º 2 do artigo 313.º do CCP já previa que "(...) salvo quando a natureza duradoura do vínculo contratual e o decurso do tempo o justifiquem, a modificação só é permitida quando seja objectivamente 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" (sublinhado nosso). Assim e na nossa opinião, não existe quanto a esta matéria uma verdadeira alteração do regime aplicável aos contratos de longa duração.

- 230. Aos acima considerados acresce um terceiro limite: o respeito pelo equilíbrio económico-financeiro do contrato. Nos termos do artigo 180.º, alínea a), do Código do Procedimento Administrativo e do artigo 314.º do CCP, quando 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.
- 231. Ainda com relevância para o enquadramento legal dos limites à modificabilidade dos contratos administrativos, dispõe o artigo 420.º-A do CCP¹²⁵, aplicável apenas aos contratos de concessão, o seguinte:
- "1 O concedente apenas pode ampliar a quantidade de obras ou serviços abrangidos pelo contrato, com fundamento em circunstâncias não previstas, se:
 - a) As mesmas não puderem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves ou que impliquem um aumento considerável de custos para concedente;
 - b) O valor dessas obras ou serviços não exceder 10% do valor do contrato.
- 2 Quando a modificação do contrato se fundar em circunstâncias imprevisíveis, o valor da modificação não pode ultrapassar 50% do valor do contrato."

Página **294** de **331**

My APM 2. W

Deve entender-se que, apesar do n.º 3 do artigo 313.º do CCP determinar que os "contratos especialmente regulados no título II da Parte III – [no qual se inclui o regime especial aplicável aos contratos de concessão de obras públicas e de serviços públicos] –, "ficam sujeitos aos limites aí previstos", tal não implica um afastamento, nesse tipo de contratos, da aplicação do regime geral dos limites à modificação dos contratos públicos fixado no n.º 1 desse artigo, uma vez que, sempre que estejam em causa modificações a contratos concessão de obras públicas e de serviços públicos que não envolvam a realização de obras ou serviços adicionais as mesmas terão necessariamente de ser analisadas à luz desse regime geral. Neste sentido, ANA GOUVEIA MARTINS, Em debate: Modificação Contratual..., ob.cit., p. 31.

A propósito deste novo artigo, resultante da transposição para o direito interno da Diretiva n.º 2014/23/UE, conclui LINO TORGAL que se regulam agora "no novo artigo 420.º-A do CCP duas hipóteses: (i) a ampliação do objeto concessório por razões não previstas; e (ii) a modificação desse mesmo objeto fundada em circunstâncias imprevisíveis". E conclui que o novo regime faz agora corresponder a tais duas hipóteses diferentes limites percentuais: "no primeiro caso, o limite das modificações ampliativas é 10% do valor do contrato (cfr. artigo 410.º-A do CCP), no segundo, corresponde a 50% do valor do contrato (limite que corresponde ao definido na Diretiva 2014/23/UE e que, como se pode ver, dobra o previsto na norma geral do artigo 313.º, n.º 1, alínea d) do CCP para a variação prevista para qualquer contrato público»)".

232. Em face do exposto, pode concluir-se, pois, que, à luz do ordenamento jurídico português, os contratos administrativos não são realidades imutáveis, embora a sua modificação se encontre condicionada a determinados limites. Da conjugação dos vários limites e critérios referidos decorre que as alterações introduzidas num contrato administrativo, durante a sua vigência, apenas constituem uma nova adjudicação quando apresentem características substancialmente diferentes das do contrato inicial e sejam, consequentemente, suscetíveis de demonstrar a vontade das partes em renegociar os termos essenciais do contrato.

233. Paralelamente, a Diretiva n.º 2014/23/UE, incorporando, como referimos, as soluções básicas desenvolvidas pela jurisprudência do Tribunal de Justiça da União

Págma 295 de 331

Europeia 126/127, consagra, inovatoriamente, uma disposição específica sobre a modificação dos contratos durante o seu período de vigência, na qual se identifica um conjunto limitado de circunstâncias em que são admitidas alterações contratuais, sem a necessidade de lançamento de um novo procedimento pré-contratual.

Com efeito, conforme se lê no considerando 75 dessa Diretiva, "os contratos de concessão normalmente envolvem complexos mecanismos técnicos e financeiros a longo prazo que estão muitas vezes sujeitos a circunstâncias variáveis. É por conseguinte necessário clarificar as condições em que as modificações de uma concessão durante a sua execução exigem um novo procedimento de adjudicação da concessão, tendo em conta a jurisprudência pertinente do Tribunal de Justiça da União Europeia".

Assim, de acordo com o artigo 43.º da Diretiva n.º 2014/23/UE¹²⁸:

- 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;
- Nesses casos, o contraente público tem o dever de promover a «concorrência para o mercado»".

Página 296 de 331

14

2 HPM Q. R.

¹²⁶ 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 3/2013, de 26 de fevereiro (Processo n.º 1654/2012), do seguinte modo:

[&]quot;- 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;

¹²⁷ Sobre a interpretação dos tribunais administrativos portugueses fazem dessa jurisprudência, cfr. Acórdão do Tribunal Central Administrativo Sul, de 21 de março de 2013, Processo n.º 09580/12.

¹²⁸ Equivalente ao artigo 72.º da Diretiva n.º 2014/24/UE relativa aos contratos públicos.

- 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 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 concessão 129;
- 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

Página 297 de 331

Alm X

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 Pressetext, 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, fr. Acórdão do Tribunal Central Administrativo Sul, de 21 de março de 2013, Processo n.º 09580/12.

- equipamento, serviços ou instalações existentes adquiridos ao abrigo da concessão inicial; e
- O 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;
 - O A modificação não altera a natureza global da concessão;
 - O 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 causa¹³⁰ 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 modificações¹³¹.

Em síntese, resulta daquele preceito que apenas são admissíveis as alterações contratuais: (i) que sejam habilitadas por uma disposição do contrato originário; ou (ii) que, não estando expressamente previstas no contrato, não determinem, contudo, uma alteração substancial do seu conteúdo; ou (iii) que, não sendo habilitadas pelo contrato e ainda que implicando uma alteração de cariz substancial, constituam serviços adicionais ou sejam justificadas por uma evolução imprevisível das circunstâncias em que as partes fundaram a decisão de contratar.

Página **298** de **331**

¹³⁰ Que corresponde atualmente a 5.480.000 €.

Da comparação do regime comunitário com o regime consagrado no ordenamento jurídico português, em concreto no CCP, conclui-se que o primeiro é mais permissivo, tendo o legislador português optado por tornar mais exigente o regime nacional de modificação dos contratos administrativos. Note-se que a circunstância de o legislador comunitário conferir maior liberdade quanto à modificação dos contratos não obsta a que internamente, dentro da margem de livre conformação do legislador, se possa optar por um regime mais exigente, sendo, nesse caso, esse regime – mais exigente – que se aplica à modificação de contratos celebrados em Portugal.

234. Por último, cumpre mencionar que o Contrato de Gestão contém uma disposição destinada a consagrar a realização de atos clínicos adicionais, a saber, a cláusula 32.ª, n.º 3, do Contrato de Gestão, que dispõe que:

"A Entidade Gestora do Estabelecimento deve realizar todos os actos clínicos adicionais de acordo com o Perfil Assistencial que lhe sejam solicitados pela Entidade Pública Contratante, nos termos que vierem a ser acordados, e para os quais detenha os meios humanos e materiais disponíveis, não sendo contabilizados os actos realizados ao abrigo desta cláusula para efeitos da aplicação do disposto nos n.ºs 3,5 e 6 da Cláusula 41.ª."

Adicionalmente, a cláusula 110.ª, n.º 1, daquele contrato, que dispõe que "a modificação objectiva do Contrato só pode ser feita com fundamento na verificação de um facto imprevisto e anormal na sua execução que determine (...) a necessidade de ajustamento às prestações de saúde do serviço público que devam ser realizadas e que não tenham um mecanismo de determinação contratual".

No entanto, chamamos a atenção para a circunstância de aquela norma, na medida em que exige a ocorrência de um facto imprevisto e anormal para se proceder à alteração contratual, se revelar contrária ao princípio geral de direito administrativo *supra* mencionado segundo o qual os contratos são alteráveis com fundamento, quer na alteração anormal e imprevisível das circunstâncias, quer em razões de interesse público decorrentes de necessidades novas ou de uma nova ponderação do interesse público. Esse princípio, embora apenas tenha passado a ter consagração normativa expressa através do artigo 312.º do CCP, já vigorava na data da celebração do contrato, por força do artigo 180.º do Código do Procedimento Administrativo de 1991 e do artigo 24.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Razão pela qual este n.º 1 da cláusula 110.ª do Contrato de Gestão não será relevada no âmbito da análise das alterações propostas pela ARSLVT.

235. Chegados aqui e feito o enquadramento geral devido, passaremos em seguida a analisar as principais alterações contratuais propostas, tal como configuradas pela ARSLVT, detendo-nos em especial sobre aquelas que se afiguram mais relevantes para a verificação dos critérios acabados de expor.

Saliente-se, a este respeito, que a análise que de seguida se fará teve em consideração, apenas e só, os dados que a esse respeito foram disponibilizados à Equipa de Projeto pela ARSLVT — e que são os conhecidos no presente momento —, não sendo por isso de afastar a possibilidade de essa análise poder ficar comprometida ou carecer de confirmação posterior caso, se e aquando da concretização das referidas alterações, forem conhecidos dados novos,

Página 299 de 331

Allen In

designadamente quanto aos custos associados às mesmas ou decorrentes das exigências que a esse respeito poderão ser formuladas pelo parceiro privado.

d. Introdução da psiguiatria comunitária

236. Conforme anteriormente referido, de acordo com a ARSLVT, o contrato que regular no futuro a prestação de serviços clínicos no Hospital de Loures deve prever, de forma clara e expressa, a obrigação daquele de prestar a atividade de psiquiatria comunitária. Com efeito, os cuidados psiquiátricos atualmente prestados assentam exclusivamente em atividade intra-hospitalar, não se encontrando previsto o desenvolvimento de cuidados de proximidade, em contexto comunitário.

237. 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, nos termos 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-função 132.

Atingida esta conclusão, cabe agora verificar se essa modificação é admissível à luz do princípio da concorrência. Com efeito, como antes de referiu, não basta respeitar a identidade do contrato para que se possa concluir pela admissibilidade da modificação ideada, devendo ainda aquela ou ser habilitada por uma disposição do contrato originário ou disposição legal, ou, não estando expressamente prevista no contrato, ser neutra do ponto de vista da concorrência ou constituir um serviço completar.

Página 300 de 331

¹³² 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 Co-Contratante perante este Exercício), 2007, pp. 195-196).

238. Importa, pois, verificar se a introdução da psiquiatria comunitária, quer na psiquiatria de adultos, quer na psiquiatria da infância e da adolescência, constitui uma *alteração* substancial ou, por outras palavras, uma forma de impedir, restringir ou falsear a concorrência.

A este respeito, o artigo 313.°, n.° 1, do CCP, concretizando o que se deve entender por alterações contratuais substanciais, dispõe que a modificação¹³³:

- a) Não é permitida quando, caso fizesse parte do caderno de encargos, teria ocasionado, de forma objetivamente demonstrável, a alteração da ordenação das propostas avaliadas ou a admissão de outras propostas;
- b) Não pode alterar o equilíbrio económico do contrato a favor do cocontratante em termos de este ser colocado em situação mais favorável do que a resultante do equilíbrio inicialmente estabelecido.

Neste mesmo sentido, relembre-se que, de acordo com o entendimento consagrado no atual direito da União Europeia, se entende por substancial a modificação que introduz condições "que, se tivessem feito parte do procedimento inicial de adjudicação da concessão, teriam permitido a admissão de outros candidatos que não os inicialmente selecionados, a aceitação de uma proposta que não a inicialmente aceite, ou teriam atraído mais participantes ao procedimento de adjudicação da concessão", ou que "[...] alter[em] o equilíbrio económico da concessão a favor do concessionário [...]" ou ainda que "[...] alarg[uem] consideravelmente âmbito da concessão"¹³⁴.

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 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, no atual entendimento da Equipa de Projeto e tendo presente em concreto o Contrato de Gestão do Hospital de Loures, a prestação de cuidados de psiquiatria comunitária não implica uma alteração do Perfil Assistencial, na medida em que este já contempla a especialidade de psiquiatria e de psiquiatria da infância e da adolescência, na qual se enquadraria a psiquiatria comunitária.

All M

De-

Página 301 de 331

Também no sentido de que as atuais alíneas c) e e) do n.º 1 do artigo 313.º do CCP concretizam o disposto na alínea b) desse mesmo número, que prevê que a alteração não pode configurar uma forma de impedir, restringir ou falsear a concorrência, ANA GOUVEIA MARTINS, Em Debate: A modificação contratual..., ob. cit., p. 30.

¹³⁴ Cfr. n.º 4 do artigo 43.º da Diretiva 2014/23/UE.

De acordo com a informação mais recentemente prestada pela ARSLVT, o que estaria em causa, nesta alteração, seria essencialmente a deslocalização da prestação de alguns cuidados de saúde atualmente prestados no estabelecimento hospitalar, que passariam a ser prestados fora do Hospital de Loures, em local a disponibilizar pela Entidade Pública Contratante, podendo, quanto muito, ser ainda necessário adicionar, em determinadas situações, visitas domiciliárias, mas sem que para tal, e em qualquer caso, fosse necessário alterar o Perfil Assistencial, bastando para o efeito pequenas adaptações no atual clausulado contratual.

Por outras palavras, "trata-se de mera alteração do modo de prestação dos cuidados, isto é, uma grande fatia dos cuidados de ambulatório (consulta externa e hospital de dia) que atualmente são prestados no hospital, passam a ser realizados junto da comunidade, em articulação com os cuidados de saúde primários e o setor social. Apenas os cuidados prestados no internamento se mantém integralmente dentro do hospital. Assim, não constituem um novo tipo de cuidados²¹³⁵.

Tais aspetos constituem pressupostos relevantes da análise que se seguirá. Com efeito, 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 Gestão¹³⁶.

A este pressuposto de análise acresce outro igualmente relevante: de acordo com a estimativa e esclarecimentos apresentados pela ARSLVT, o impacto financeiro desta alteração "não será significativo". Efetivamente, sendo o novo local disponibilizado por outra entidade que não o parceiro privado¹³⁷, esta alteração não teria de ter um verdadeiro impacto financeiro no contrato. Como antes se referiu, o que está aqui em causa não seria propriamente um acréscimo dos serviços prestados, mas uma alteração do local onde os mesmos são prestados. Assim, os cuidados integrados na psiquiatria comunitária iriam substituir parte das sessões do hospital de dia e das consultas externas prestadas no hospital,

J. P.

Página **302** de **331**

¹³⁵ Cfr. esclarecimentos prestados pelos membros da Equipa de Projeto em representação da ARSLVT, através de e-mail de 3 de dezembro de 2019.

¹³⁶ De acordo com o n.º 1 da cláusula 32.ª, "a Entidade Gestora do Estabelecimento fica obrigada a assegurar a realização das prestações de saúde que constituem a Produção Prevista para cada ano de duração do Contrato, de acordo com o perfil assistencial do Estabelecimento Hospitalar" (sublinhado nosso).

¹³⁷ Note-se que, no atual Contrato de Gestão, o edifício hospitalar também não é disponibilizado pela própria Entidade Gestora do Estabelecimento, sendo os custos decorrentes dessa disponibilização assumidos pela Entidade Pública Contratante. Pelo que a solução proposta de o novo local ser disponibilizado por uma entidade que não aquela entidade gestora é aquela que é mais consentânea com a distribuição de risco do contrato e que melhor permite manter o equilíbrio financeiro daquele.

sendo esses atos pagos pelas linhas de produção e valores previstos no contrato como consultas ou sessões de hospital de dia, conforme o caso¹³⁸.

Acresce que, de acordo com a informação prestada, as visitas domiciliárias constituem uma atividade com reduzida expressão, já que se destinam a um grupo limitado de doentes que, por alguma razão, não comparecem para a realização das terapêuticas, sendo a expetativa da ARSLVT que essas visitas possam ser integradas no preço das consultas / hospital de dia dia 139.

Poder-se-ia, porém, vir a ser alegado um maior custo decorrente da necessidade de deslocação dos profissionais de saúde. No entanto, não só a existência desses sobrecustos não é ainda certa, na medida em que esses profissionais já hoje têm de se deslocar para o hospital, como a existir teriam sempre muito pouca relevância no computo geral do contrato.

Assim, ou seja, confirmando-se que o Perfil Assistencial não é afetado e que o impacto financeiro é efetivamente pouco expressivo ou nenhum, é plausível e expectável que a sua introdução não afetaria o cálculo do VAL e, consequentemente, a hierarquização das propostas. Do mesmo modo, pelo seu reduzido ou inexistente impacto na estrutura económica do Contrato, a sua introdução não seria igualmente suscetível de fazer surgir outros concorrentes se o procedimento original tivesse incluído essa modificação. Pelo que, na nossa opinião, muito dificilmente se poderia afirmar, com base nesses pressupostos, que a alteração pretendida no Contrato de Gestão desvirtuaria os resultados do concurso público internacional que esteve na sua origem e que, consequentemente, violaria, por essa via, a concorrência.

Ademais, o que hoje a letra do artigo 313.º do Código dos Contratos Públicos exige é que não sejam introduzidas alterações que, se fizessem parte do caderno de encargos, teriam ocasionado, de forma objetivamente demonstrável, a alteração da ordenação das propostas avaliadas ou a admissão de outras propostas, o que, na nossa opinião, não sucede no presente caso, ou seja, que não é objetivamente demonstrável que tal alteração afetaria o resultado do procedimento concorrencial que esteve na origem do Contrato de Gestão.

Página 303 de 331

25 MM

¹³⁸ Cfr. esclarecimentos prestados pelos membros da Equipa de Projeto em representação da ARSLVT, através de e-mail de 3 de dezembro de 2019

¹³⁹ *Cfr.* esclarecimentos prestados pelos membros da Equipa de Projeto em representação da ARSLVT, através de e-mail de 3 de dezembro de 2019.

239. Não se ignora que o Tribunal de Contas tem vindo a adotar um conceito muito – quiçá excessivamente qualquer amplo de alteração substancial, considerando como substancial praticamente qualquer alteração "dos pressupostos que estiveram na base do procedimento competitivo através do qual foi feita a escolha da proposta adjudicada" 142, ou seja, qualquer alteração ao preço, ao objeto do contrato ou aos parâmetros constantes do caderno de encargos, no qual se inclui, neste caso, o Perfil Assistencial. Nas suas palavras, é "(...) bizarro que se defenda (...) que as modificações pretendidas exigem uma revisão do caderno de encargos e simultaneamente se subscreva que não é necessário desencadear um novo procedimento de escolha" 143.

Efetivamente, da leitura de vários acórdãos desse Tribunal^{144,} 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"¹⁴⁵.

De todo o modo, confirmando-se que tal alteração (i) não afeta o Perfil Assistencial, (ii) tratando-se de uma mera atualização do modo de prestação dos cuidados de psiquiatria, (iii) praticamente sem impacto financeiro no contrato, entendemos que, no presente caso, o risco de o Tribunal de Contas vir considerar esta alteração substancial, embora não seja inexistente, é, na nossa opinião, pouco significativo 146.

A este respeito, importa relembrar que o primeiro desses relatórios data de 6 de outubro de 2016, ou seja, há mais de 3 anos, sendo razoável alguma evolução na análise desta matéria, principalmente quando se tratava, à data, de propostas relativamente novas. Efetivamente, a necessidade de promφver a

S. 4

Página 304 de 331



Para uma crítica à posição assumida pelo Tribunal de Contas quanto aos limites à modificabilidade dos contratos administrativos, cfr. Tiago Duarte, "Os Elétricos de Marselha", pp. 27 ss.

Sobre o perigo da primazia da proteção da concorrência constituir um recuo na prossecução do interesse público, fr. Pedro Gonçalves, "Acórdão Pressetext", p. 22.

¹⁴² Acórdão do Tribunal de Contas n.º 3/2013, de 26 de fevereiro.

¹⁴³ Acórdão do Tribunal de Contas n.º 20/2010, de 1 de junho.

¹⁴⁴ 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, n.º 23/2014, de 2 de dezembro.

¹⁴⁵ Cfr. Tiago Duarte, "Os Elétricos de Marselha", p. 30. O texto citado refere-se, em concreto, ao Acórdão do Tribunal de Contas n.º 20/10, de 1 de junho.

¹⁴⁶ A análise de risco subjacente a esta alteração é ligeiramente diferente da análise de risco efetuada quanto à introdução da psiquiatria comunitária nos hospitais de Cascais, Braga e Vila Fanca de Xira (efr. 1.º e 2.º relatórios intercalares da equipa de projeto constituída e nomeada ao abrigo do Despacho n.º 8300/2016, de 16 de junho, do Coordenador da UTAP e 1.º Relatório Intercalar da Equipa de Projeto constituída e nomeada ao abrigo do Despacho n.º 8323/2018, de 16 de agosto, da Coordenadora da UTAP). Tal diferença resulta da circunstância de a análise partir de pressupostos diferentes quanto à natureza e impacto da psiquiatria comunitária em cada contrato, nomeadamente no que concerne à necessidade de se alterar o Perfil Assistencial, aos impactos financeiros da medida e à forma de como os atos praticados junto da comunidade deveriam ser pagos.

240. Mesmo que se considerasse que com a alteração sugerida se estaria a ampliar a quantidade de obras ou serviços abrangidos pelo contrato — o que atendendo ao *supra* exposto, nos parece pouco provável e apenas poderia fazer sentido quanto às visitas domiciliárias — tal poderia ser igualmente aceitável, à luz do artigo 420.º-A do CCP¹¹¹, se, aquando da tomada de decisão quanto às alterações a introduzir na regulação dos serviços no Hospital de Loures, se demonstrasse que o serviço de psiquiatria comunitária não pode ser técnica ou economicamente separável do objeto do contrato sem inconvenientes graves ou sem implicar um aumento considerável de custos para o concedente¹¹⁴8</sup>.

e. Constituição de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária

241. O n.º 6 da cláusula 32.ª do Contrato de Gestão estabelece expressamente que "[n]ão compete à Entidade Gestora do Estabelecimento a prestação directa de cuidados domiciliários ou de cuidados continuados integrados (...)". São, contudo, consagradas algumas exceções a esta regra, contidas nas cláusulas 48.ª e 49.ª do Contrato, essencialmente no sentido de a EGEST dever "estabelecer mecanismos de comunicação e articulação com os agrupamentos de centros de saúde, com os centros de saúde e com as unidades de saúde familiares situados na Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar" (cláusula 48.ª, n.º 2) e, bem assim, "naquilo que dela dependa, a garantir a correcta e a adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados" (cláusula 49.ª, n.º 2).

Todavia, de acordo com os esclarecimentos prestados pelos membros da Equipa de Projeto pertencentes à ARSLVT, o que se pretende com esta alteração não é a introdução no Contrato de Gestão de cuidados domiciliários. O que está aqui em causa é antes uma atividade de internamento, tal como prevista no Contrato, com a única particularidade de

Página 305 de 331

D. My

descentralização dos serviços de saúde mental e de aproximá-los das comunidades, surge de forma mais expressiva no Programa Nacional para a Saúde Mental publicado em outubro de 2017.

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 efeito, nada impede que, nesta matéria, o legislador nacional seja mais exigente do que o legislador comunitário, prevalecendo, nesse caso, a legislação nacional.

Note-se que para se defender juridicamente a admissibilidade de tais alterações, do artigo 420.º-A do Código dos Contratos Públicos, não basta invocar as vantagens da interoperabilidade técnica proposta ou das suas vantagens económicas. É necessário, à luz da mencionada disposição, demonstrar que a mudança de prestador implicaria graves inconvenientes ou um aumento considerável dos custos. Cfr., sobre esta matéria, PEDRO MATIAS PEREIRA e CARLA MACHADO, "Modificação e Resolução de Contratos", in Revista de Contratos Públicos, n.º 12, agosto de 2016, Lisboa, p. 83

esse internamento se realizar em casa do doente. Trata-se de um doente que ainda não teve alta, relativamente ao qual foi requerida a admissão hospitalar para internamento e que está para todos os efeitos internado (mas no seu domicílio), sendo acompanhado pelo hospital em termos idênticos dos demais doentes internados. Não se trata, pois, de um cuidado domiciliário ou um apoio social ao domicílio.

Esta alteração decorre do desenvolvimento da política de saúde, consagrada no Despacho da Senhora Secretária de Estado da Saúde n.º 9323-A/2018, de 17 de setembro 149.

242. Quanto ao primeiro limite, conforme tratado no capítulo antecedente, não resta qualquer dúvida que a intangibilidade do objeto do contrato não é comprometida, pois que a disponibilização de uma nova unidade que tenha a seu cargo o desenvolvimento do internamento domiciliário não coloca em crise o objeto essencial do contrato, no sentido em que a natureza global da concessão não é alterada.

243. Já quanto à possibilidade de esta nova unidade violar a igualdade na concorrência, designadamente comprometendo a posição dos que tenham apresentado proposta no procedimento que deu origem ao contrato, importa sublinhar que, de acordo com a perspetiva apresentada pela ARSLVT, esta medida não acarreta um acréscimo de custos, porquanto o referido modelo de internamento no domicílio constituiria uma alternativa ao internamento hospitalar convencional, não implicaria a criação de uma nova linha de produção ou sequer a alteração do preço a aplicar para o internamento.

Nesta medida, não nos parece que esta alteração se tivesse sido prevista inicialmente nas peças do procedimento de formação do Contrato de Gestão teria ocasionado, "(...) de forma objetivamente demonstrável, a alteração da ordenação das propostas avaliadas ou a admissão de outras" (artigo 313.°, n.º 1, alínea c), do CCP).

Nesse mesmo pressuposto, também não se nos afigura que haja qualquer alteração do equilíbrio económico do contrato a favor do contraente privado. Tratar-se-ia apenas da aplicação de uma nova orientação da política da saúde, continuando o parceiro privado a prestar a atividade de internamento e a ser compensada pela mesma através da aplicação dos

Página 306 de 331

Hom In

Este despacho não é ditetamente obrigatório para a EGEST do Hospital de Loures, porquanto aquele apenas vincula diretamente as entidades hospitalares do SNS que tiveram financiamento para a constituição de unidades de hospitalização domiciliária. Quanto às restantes unidades hospitalares, a sua vinculação a estas medidas poderá ainda depender de atos a praticar nomeadamente por parte das ARS.

preços constantes da proposta adjudicada, a menos que seja demonstrável que a prestação da atividade de internamento nesses moldes possibilita ao parceiro privado uma poupança de custos.

Pelo que, tendo como pressuposto que da alteração preconizada não implicará qualquer alteração da remuneração da EGEST ou acréscimo de despesa para o parceiro público, entende-se como defensável que esta alteração não constitui uma modificação substancial, sendo a mesma admissível.

\mathbf{f} . IVG

244. A EGEST, por força do objeto do Contrato, pratica já atos clínicos relacionados com a IVG. Sucede que, pela circunstância de a lei – 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, o Contrato de Gestão não prevê nas suas linhas de produção a remuneração dessa atividade. Razão pela qual e considerando que a realização das prestações de interrupção voluntária da gravidez nos termos legalmente admitidos deve ser assegurada no Hospital de Loures, enquanto hospital integrado no Serviço Nacional de Saúde e de acordo com o Perfil Assistencial daquele, através da mencionada deliberação da ARSLVT, foi determinado que esses atos seriam remunerados em condições idênticas aos restantes hospitais do SNS, tendo os mesmos sido incluídos na linha de produção referente a Casos e Atos Específicos.

Neste cenário, o que é sugerido pela ARSLVT é que seja incluído no Contrato de Gestão o modo de remuneração dessa atividade numa linha própria para o efeito, como se afigura conceptualmente mais indicado, retirando estes atos da linha referente a Casos e Atos Específicos, mas mantendo o montante remuneratório desses atos atualmente aplicável, ou seja, plasmando aquilo que já está a ser executado no âmbito da relação jurídica contratual sub judice mas ao abrigo de uma linha de produção própria para o efeito

A consagração da alteração sugerida não modifica o Perfil Assistencial, que já prevê a especialidade ginecologia/obstetrícia, nem o objeto do contrato, na medida em que, de acordo com a ARSLVT, a EGEST pratica já tais atos clínicos ao abrigo do Contrato de Gestão.

Página **307** de **331**

Acresce que esta alteração resulta de uma alteração legislativa ocorrida posteriormente ao lançamento do concurso que deu origem ao Contrato de Gestão, não podendo, como tal, ter sido prevista no mesmo. Mais, como referido, a alteração sugerida não apresenta, na prática, qualquer encargo adicional em face ao atual contrato, porquanto o que se pretende é apenas prever expressamente no Contrato de Gestão, sem qualquer efeito na remuneração do parceiro privado, uma linha específica de produção desses atos.

Tendo por base estes pressupostos, conclui a Equipa do Projeto estarmos perante uma alteração não substancial, respeitadora dos aspetos essenciais do contrato e não suscetível de afetar a concorrência.

g. Teleconsulta

245. A possibilidade de se equacionarem as vantagens do desenvolvimento tecnológico no quadro da realização de consultas com recurso às tecnologias de informação e comunicação parece-nos conter-se no âmbito da forma (ou meios técnicos) da prestação dos serviços contratados e não tanto refletir-se sobre o respetivo conteúdo. Isto é, à partida, poderá equacionar-se – embora não sendo ainda claro o eventual impacto financeiro de tal hipotética medida – a bondade ou pertinência de se introduzir expressamente a teleconsulta no clausulado do contrato, posto que tal alternativa à consulta realizada pela forma tradicional não nos parece revestir uma alteração *substancial* ao Contrato nos termos sobejamente tratados acima.

246. Mas mesmo que assim se não se entendesse, haveria a possibilidade de se impor a realização de tais teleconsultas como atos clínicos adicionais, nos termos do já mencionado n.º 3 da cláusula 32.ª.

De acordo com aquela cláusula, a EGEST deve realizar todos os atos clínicos adicionais compatíveis com o Perfil Assistencial que lhe sejam solicitados pela EPC, nos termos que vierem a ser acordados, e para os quais detenha os meios humanos e materiais disponíveis. Dito de outro modo, por forma a garantir a adaptabilidade do contrato ao longo da sua execução, o Contrato de Gestão prevê a possibilidade de se alterar o âmbito dos serviços a prestar, prevendo-se a realização de atos clínicos adicionais. No entanto e por se

Página 308 de 331

tratar de um poder exorbitante da EPC, essa possibilidade encontra-se limitada não só aos atos enquadráveis no Perfil Assistencial, mas também pela capacidade da EGEST.

No presente caso, a realização de teleconsultas enquadra-se no Perfil Assistencial, aplicando-se a mesma a todas as especialidades previstas naquele que incluam a realização de consultas, não implicando aquela igualmente uma alteração da capacidade da EGEST. O que equivale a dizer que a realização de teleconsultas poderia eventualmente ser imposta ao abrigo do n.º 3 da cláusula 32.º do Contrato de Gestão.

Tratando-se a uma modificação expressamente prevista no contrato e nas peças do procedimento de formação daquele, em termos claros, precisos e delimitados, "[n]ão existe qualquer risco de tratamento discriminatório dos outros interessados face ao adjudicatário, dado que foi que a todos foi dada a oportunidade de conhecerem, de forma transparente e atempada, a possibilidade de introdução de alterações em determinados elementos contratuais (...) Esta é a razão que justifica que esta modalidade de modificação não esteja sujeita a quaisquer limites quantitativos nem sequer a uma apreciação da substancialidade da modificação" 150.

Acresce que, pelo seu caráter inovatório, não era exigível que este tipo de consultas estivesse previsto no caderno de encargos.

h. Alteração da forma de cálculo da produção prevista em caso de determinação unilateral

247. A alteração descrita na alínea *g) supra*, ao passar a fazer depender o valor da produção prevista, em caso de determinação unilateral, da produção efetiva do hospital e não da utilização hospitalar da população da sua área de influência (que daria origem a uma produção contratada superior), prefigura-se como uma alteração legalmente admissível.

Por um lado, para além de não atingir o objeto do contrato, não altera o seu equilíbrio económico 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".

Sem embargo, como facilmente se compreende, sendo a introdução de tal alteração, em face da atual matriz de risco, desfavorável aos interesses do cocontratante, poderá ser

Página 309 de 331

* ·

¹⁵⁰ Cfr. ANA GOUVEIA MARTINS, Em debate: Modificação Contratual..., ob. cit., p. 28.

¹⁵¹ Cfr. PEDRO GONÇALVES, "Acórdão Pressetext", p. 18.

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, no caso daquelas resultar um desequilíbrio económico-financeiro – e apenas nesse caso –, aqui entendido nos termos da cláusula 123.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 desta alteração e se concluísse que da imposição unilateral da mencionada alteração resultaria um desequilíbrio suscetível de conferir o direito da EGEST à reposição do equilíbrio financeiro, nos termos da cláusula 123.ª do Contrato de Gestão – análise que não foi feita para efeitos do presente Relatório –, as vantagens financeiras decorrentes dessas alterações poder-se-iam perder, deixando de fazer sentido a sua introdução num cenário de renegociação do Contrato de Gestão. O que vale por dizer que, neste caso, não obstante a admissibilidade jurídica da alteração preconizada, por questões relacionadas com a não aceitação da mesma por parte da EGEST, a mesma poderá não se afigurar, na prática, viável.

- i. Revisão dos PDR e PDS, avaliação do desempenho anual da EGEST na parte referente à satisfação dos utentes, definição dos HGR, revisão da obrigação de informação periódica e metodologia de aferição da adequação dos tempos de espera no serviço de urgência
- 248. No que respeita em concreto à revisão e substituição dos PDR e dos PDS, cumpre ter presente que a cláusula 28.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. Essa revisão deve ocorrer mediante acordo entre as partes. No entanto, estabelece o n.º 13 dessa cláusula que, "[s] empre que se proceda a uma revisão dos indicadores aplicáveis à generalidade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, pode a Entidade Pública Contratante determinar unilateralmente a substituição de Parâmetros de Desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento, nos mesmos termos que vierem a ser estabelecidos para esses estabelecimentos, desde que o número total de Parâmetros de Desempenho e de pontos de penalização,

Página 310 de 331

Pa Hom

para a Entidade Gestora do Estabelecimento não resulte aumentado, salvo o aumento do número total de Parâmetros de Desempenho que resulte de mero desdobramento de Parâmetros já aplicáveis".

Estes ajustamentos, introduzidos, quer por acordo, quer por imposição da Entidade Pública Contratante, não são considerados, nos termos da cláusula 110.ª do Contrato de Gestão, modificações ao mesmo, pelo que a admissibilidade da sua concretização não carece de ser validada à luz dos limites à modificabilidade acima elencados. Não obstante, na nossa ótica, para que essas alterações dos PDR e PDS possam ocorrer nos termos da referida cláusula 28.ª dever-se-á procurar, pelo menos, manter o número de pontos de penalização atualmente previstos (não sendo admissível a sua diminuição), assim como o nível global de desempenho exigido ao parceiro privado. Caso contrário, poder-se-ia, por essa via, diminuir 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.

249. Por sua vez, a hipótese de revisão das obrigações de informação periódica constantes da cláusula 18.ª nos termos propostos não desafia os limites à modificação de contratos administrativos. É que não está aqui em causa qualquer *alteração substancial* ao contrato no sentido em que as prestações essenciais do contrato não são afetadas ou alteradas, a revisão em causa não desvirtua – nem tendo potencial para tanto – os resultados do procedimento concursal na origem do contrato, nem tão pouco é afetada a sua equação financeira original, estando apenas em causa um ajuste que visa uma melhor e mais eficiente execução da disciplina contratual.

Além do mais, poder-se-ia mesmo entender que estaríamos apenas perante uma mera concretização do n.º 1 da cláusula 18.ª do Contrato de Gestão, de acordo com o qual a Entidade Gestora do Estabelecimento se obriga a disponibilizar a informação solicitada pela Entidade Pública Contratante, no âmbito do acompanhamento da execução do Contrato, caso em que esta sugestão da ARSLVT não se traduziria numa verdadeira alteração contratual.

250. O mesmo se conclui quanto à revisão da metodologia de definição dos HGR, por forma a que aqueles passem a ser definidos em função do grupo de benchmarking definido pela ACSS. Todavia, uma vez que a definição deste grupo tem grande relevância para efeitos de avaliação do desempenho da EGEST, será relevante garantir que a alteração preconizada visa efetivamente assegurar uma melhor e mais eficiente execução da disciplina contratual,

Página 311 de 331

for the same of th

não tendo por efeito tornar essa avaliação menos exigente, alterando a matriz de risco contratual – caso em que essa alteração se afiguraria como inadmissível.

- 251. Já no que se reporta à revisão da metodologia de avaliação do desempenho da EGEST na parte referente à satisfação dos utentes, importa recordar que a necessidade da mesma prende-se com a circunstância de, por razões supervenientes à data de assinatura do Contrato, não ser possível aplicar a metodologia de avaliação do nível de satisfação dos utentes prevista contratualmente, o que, por si só, justifica (e, mais ainda, impõe) objetivamente a alteração. No entanto, cumpre sublinhar que a nova metodologia a adotar deverá permitir garantir a manutenção do perfil de risco resultante do atual contrato e, desse modo, a neutralidade da alteração condição, como se referiu anteriormente, necessária à admissibilidade jurídica da alteração —, devendo a nova metodologia, além do mais, manter o peso e relevância da satisfação dos utentes na avaliação do desempenho da EGEST.
- 252. Por último, cabe ainda recordar a necessidade identificada pela ARSLVT de clarificar um dos critérios de definição da disponibilidade do serviço de urgência, que se prende com o tempo de espera dos utentes, especificando, nomeadamente, como deve ser aferida a indisponibilidade do Serviço de Urgência por inobservância dos tempos de espera alvo definidos pelo Protocolo de Triagem de Manchester . Tratando-se de uma mera clarificação de matéria contratualmente prevista, conclui-se que não estamos perante uma alteração, cuja admissibilidade possa ser posta em causa. Sem prejuízo, em qualquer caso, dever-se-á garantir que a metodologia que se passe aplicar é, pelo menos, tão exigente para o parceiro privado quanto aquela que tem vindo a ser efetivamente aplicada.
- 253. Em suma, as alterações identificadas neste ponto, ou por não constituírem verdadeiras alterações ao contrato, mas antes meras clarificações do seu texto, ou por se revelarem não substanciais ou «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 e dentro dos limites *supra* identificados, ser introduzidas no atual Contrato de Gestão, sem necessidade da abertura de um novo procedimento concursal para esse efeito. No entanto, estando apenas identificada a necessidade de se melhorar o atual clausulado

Página 312 de 331

D. R.

contratual nestes aspetos, mas não estando ainda definidas as alterações que se pretende em concreto introduzir a propósito destas matérias, uma posição final quanto à admissibilidade destas alterações dependerá sempre da análise da proposta que em concreto se venha a fazer a este respeito.

j. <u>Relevância da proximidade do termo do Contrato na análise global do risco de introdução de alterações</u>

254. 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 38.ª do Contrato de Gestão, aquele tem, na parte referente à EGEST, uma duração de dez anos a contar da entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar, terminando a sua vigência no dia 18 de janeiro de 2022. Prevê-se, não obstante, como já se referiu, a possibilidade de extensão deste período inicial, por recurso à faculdade de renovação do contrato¹⁵², 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 18 de janeiro de 2020.

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 Loures.

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 de que o parceiro público dispõe são unicamente as de (i) manter um contrato, embora desadequado em face da evolução das circunstâncias externas, de (ii) promover o termo antecipado do mesmo com o inerente pagamento de uma compensação ao parceiro privado, ou de (iii) introduzir alterações que podem conflituar com os limites jurídicos à modificabilidade dos contratos. Pelo contrário, encontramo-nos num cenário em que, pelo menos em teoria, é possível submeter as condições de execução da prestação dos serviços clínicos no Hospital de Loures ao mercado.

Página 313 de 331

¹⁵² Cfr. n. os 2 e 3 da cláusula 38.ª do Contrato de Gestão.

Efetivamente, sublinhe-se que, não obstante o Contrato de Gestão prever a possibilidade de renovação e, como tal, permitir que a relação contratual se possa prolongar no tempo, tal não constitui uma garantia do cocontratante. Como ensina LINO TORGAL, "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 fixados²¹⁵³.

255. 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 quando se verifiquem novas circunstâncias que aconselhem uma diferente regulação contratual.

Neste sentido, no Acórdão n.º 20/2010, de 1 de junho, a propósito da renovação prevista expressamente num contrato, o Tribunal de Contas esclarece que essa "(...) possibilidade propícia que a relação contratual se possa prolongar no tempo (...) mas a verdade é que não garante.

Mas também permite que as condições contratuais sejam repensadas no final de cada período contratual e que a renovação possa não ocorrer, designadamente quando se verifiquem circunstâncias que aconselhem uma diferente regulação do fornecimento". Acrescentando, mais à frente nesse mesmo aresto, que "(...) a duração do vínculo contratual permitia a realização dessa nova concorrência de forma oportuna à satisfação das novas necessidades. (...) Porque as alterações das circunstâncias e as renegociações dos contratos devem ser, sempre que possível, resolvidas através da concorrência e esta deve ser promovida o mais amiúde possível".

Neste enquadramento, a circunstância de estarmos perto do termo do Contrato, constitui um ponto importante que poderá influenciar 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. Tal circunstância conjugada com a circunstância de se pretender introduzir várias alterações no Contrato de Gestão, não permite afastar totalmente o risco

St- My

^{153 &}quot;Prorrogação do prazo de concessão de obras e serviços públicos", ob. cit., p. 230.

de aquele Tribunal entender que, em face do conjunto de alterações a introduzir, justificaria antes uma nova consulta do mercado, recusando, por conseguinte, a emissão do necessário visto prévio ao aditamento contratual.

k. Conclusões

256. Do exposto, importa concluir que, pelos motivos *supra* expostos, as alterações analisadas são defensáveis à luz dos limites à modificabilidade dos contratos administrativos.

Não obstante, tendo presente a posição do Tribunal de Contas tendencialmente adversa à modificabilidade dos contratos, conjugada com a circunstância de se estar a introduzir várias alterações (ainda que individualmente admissíveis) para efeitos de uma renovação contratual, ou seja, quando, em teoria, poder-se-ia recorrer à abertura de um novo procedimento concorrencial, não nos permite afastar, com total segurança, o risco de aquele Tribunal recusar a introdução de tais alterações, o que não significa, contudo, que o mesmo seja significativo ou impeditivo de se considerar sequer a sua introdução no âmbito do atual contrato¹⁵⁴.

257. Sem prejuízo, não podemos deixar de salientar 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 PPP 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 quanto algumas das alterações ideadas podem implicar uma modificação do equilíbrio económico-financeiro do contrato em sentido desfavorável à EGEST.

Página **315** de **331**

¹⁵⁴ Considera-se, pois, que por comparação com a análise constante dos relatórios referentes aos contratos de gestão dos hospitais de Braga. Cascais e Vila Franca de Xira, que o risco, embora não inexistente, é menor, por não estarem em causa alterações que impliquem a alteração do Perfil Assistencial, a alteração da área de influência ou outras medidas com verdadeiro impacto na remuneração do parceiro privado.

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 EGEST¹⁵⁵, o que frustraria, por si só, esta opção, a menos que seja imposta a sua obtenção num espaço de tempo relativamente curto e que deve ser fixado de modo a que, uma vez frustrada a possibilidade de obtenção de acordo, o Estado ainda tenha margem temporal para preparar e tramitar um procedimento pré-contratual tendente à escolha de um novo parceiro privado ou para preparar e implementar o cenário de reversão tendente à gestão direta dos serviços clínicos. 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.

3.3.3. Análise do cumprimento dos requisitos previstos para a renovação do Contrato de Gestão ou da resposta à "segunda questão central"

- 258. Como resulta do n.º 2 da cláusula 38.ª do Contrato de Gestão, constitui pressuposto de uma decisão de renovação do Contrato de Gestão a verificação de, pelo menos¹⁵⁶, 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";

¹⁵⁵ 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.

¹⁵⁶ Recorde-se que, como antes mais desenvolvidamente se explicou, a possibilidade de renovação prevista no var o contrato se,
Página 316 de 331 Contrato de Gestão constitui uma mera faculdade da Administração. Assim sendo, mesmo no caso de verificação dos mencionados requisitos de renovação, a EPC poderá optar por não renovar o contrato se, em face das circunstâncias do caso concreto, tal se revelar a melhor solução.

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 diplomà".

A estes requisitos acresce um outro de caráter 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.

259. O primeiro desses requisitos prende-se diretamente com a avaliação do desempenho do cocontratante. Como bem se compreende, estando perante uma renovação dita "premial", uma decisão de renovação só se justificará se a atuação pretérita do cocontratante for francamente satisfatória, de modo a justificar um renovado voto de confiança

A prorrogação de tipo *premial* consiste, pois, num prolongamento da vigência do contrato com fundamento em razões de conveniência – o mesmo é dizer, de interesse público – da Administração concedente em manter esse vínculo por mais algum tempo e de especial mérito da execução contratual levada a cabo anteriormente pela concessionária.

260. No presente caso e tendo por base a análise e os dados apresentados no Quadro 28, verifica-se que a classificação global obtida pela EGEST, considerando os dados atuais quanto à avaliação dos resultados e do serviço, oscilou ao longo do período de vigência do contrato entre "Satisfatório" – classificação obtida em 2016 – e "Muito Bom" – classificação obtida apenas em 2013.

A este respeito, importa recordar que o resultado das avaliações nos anos de 2016 e de 2017 são, de acordo com a informação prestada pela ARSLVT, ainda provisórias. Com efeito, como anteriormente referido, a finalização do processo de avaliação da *performance* da Entidade Gestora do Estabelecimento nesses anos encontra-se ainda dependente da realização de uma auditoria clínica à produção efetiva ¹⁵⁷. Sucede que, conforme melhor explicado pela ARSLVT, em 2016, a realização das auditorias clínicas à produção efetiva não terá qualquer impacto sobre os PDR em incumprimento, e, por inerência, sobre os PDS em incumprimento, uma vez que os parâmetros incumpridos não dependem da produção

Página 317 de 331

Aller.

¹⁵⁷ De acordo com a informação disponibilizada pela ARSLVT, a conclusão dessas auditorias e do procedimento de avaliação da Entidade Gestora do Estabelecimento demorará ainda entre 3 a meses.

efetiva. Ou seja, não obstante ainda se encontrar por concluir a auditoria clínica à produção efetiva, considerando os parâmetros que no ano de 2016 foram incumpridos, a avaliação da Entidade Gestora do Estabelecimento nesse ano não deverá ser superior a "Satisfatório".

Pelo que se terá de concluir, com base nas avaliações efetuadas pela Entidade Pública Contratante, que o primeiro dos requisitos mencionados para uma eventual renovação não se encontra verificado e tanto basta para se concluir pela impossibilidade de se proceder à renovação do Contrato do Gestão.

De salientar que esta avaliação é totalmente exógena ao trabalho desenvolvido pela Equipa de Projeto, muito embora, como se compreenderá, permita, por si só, afastar a possibilidade de a PPP ser renovada, pela não verificação de um dos requisitos exigidos.

Note-se que, ao contrário do que sucede nos contratos de gestão dos hospitais de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira, os quais não estabelecem expressamente quais os pressupostos para a renovação dos contratos, o Contrato de Gestão do Hospital de Loures prevê expressamente, na sua cláusula 38.ª, em que circunstâncias aquele contrato pode ser renovado. O que vale por dizer que se encontra contratualmente limitado o recurso à opção de renovação do contrato, não se afigurando admissível a renovação daquele, fora das circunstâncias nele previstas.

A este respeito, importa recordar que esta "renovação" corresponde, em nosso ver, a uma verdadeira prorrogação do prazo de duração do contrato, ou seja, a uma alteração do prazo daquele. Dito de outro modo, estamos perante uma alteração de uma caraterística fundamental do contrato — o seu prazo —, que, no presente caso, é admissível por tal possibilidade ter constado das peças do procedimento de formação daquele contrato, sendo como tal do conhecimento de todos os concorrentes, e por se encontrar expressamente prevista no clausulado contratual. Pelo que, regra geral, uma prorrogação do prazo do contrato fora dessas situações seria considerada uma alteração substancial, não admissível à luz dos limites à modificabilidade dos contratos administrativos ¹⁵⁸.

261. Sem prejuízo do exposto, por uma questão de cautela e de completude de análise, proceder-se-á ainda a uma breve referência aos demais pressupostos de renovação.

Neste contexto, quanto aos demais requisitos de renovação, salienta-se o seguinte:

Página 318 de 331

Herry Ry

Diferente é o caso da prorrogação na modalidade corretora dos contratos de concessão, ou seja, como modalidade de reposição do equilíbrio económico do contrato.

- a) No que concerne às modificações que se pretende introduzir no Contrato, relembre-se que, pelas razões supra expostas, consideram-se as mesmas juridicamente defensáveis, muito embora, em especial, pela circunstância de se estar a introduzir várias alterações numa data próxima ao termo do prazo inicial do contrato, não se poder a afastar, com total segurança, o risco de o Tribunal de Contas recusar a introdução de tais alterações;
- b) 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 capítulos 3.2.1.1. e 3.2.1.2. do presente Relatório. Com efeito, no período analisado, é importante destacar que a parceria relativa ao Hospital de Loures, 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. Comparando o cenário de continuidade da atual PPP com um cenário alternativo de internalização, parece-nos claro que, tendo em consideração que os encargos incorridos com o Hospital de Loures estão abaixo dos custos dos hospitais EPE, seria sempre expectável que, num cenário de internalização, os encargos totais do Estado acabassem por aumentar. A este respeito refira-se, aliás, que, caso o hospital fosse internalizado, para além de um expectável aumento dos encargos do Estado, quaisquer eventuais desvios que viessem a verificar-se em termos de estrutura de custos e de eficiência - cenário que, aliás, não é de todo despiciente atendendo a que o nível de eficiência do Hospital está acima dos comparáveis - materializar-seiam na esfera do parceiro público, originando, portanto, necessariamente um aumento dos encargos do Estado. Resulta assim claro que, numa lógica de economia, eficiência, eficácia e racionalidade económica, a solução de manutenção da atual PPP, ou de uma nova contratação que tivesse como referencial os custos da atual PPP, seria sempre mais favorável do que a internalização da gestão no âmbito do SNS;
- E mesmo tendo em consideração que a avaliação do desempenho da EGEST nem sempre alcançou classificações iguais ou superiores a "Bom", não nos é possível concluir que uma gestão internalizada permitisse gerar uma avaliação de avaliação de s hospitalares
 Página 319 de 331 desempenho mais favorável, pela simples razão de que as unidades hospitalares

geridas no âmbito do SNS não estão sujeitas ao mesmo nível de exigência, em matéria de avaliação do desempenho;

d) Por sua vez, quanto à necessidade de se demonstrar a vantagem da opção pela renovação/prorrogação contratuais ¹⁵⁹, por comparação com a abertura de um procedimento concorrencial, importa sublinhar que tal tarefa, na medida em que assenta num juízo de prognose, apresenta sempre uma certa margem de erro, não sendo possível afirmar com total segurança se é, ou não, expectável a apresentação de propostas com condições idênticas ou melhores num eventual recurso ao mercado.

Não obstante, em face dos dados apresentados e tendo em consideração que, como se viu, a PPP de Loures evidencia ser claramente vantajosa do ponto de vista do seu custo, quando comparada com os demais hospitais EPE do seu grupo de referência, parece-nos difícil que, através do lançamento de um novo procedimento, se venha a obter condições tão vantajosas como as atuais. Acresce que a evolução dos gastos operacionais por doente padrão, no caso do Hospital de Loures tem sido claramente inferior à evolução média da mesma tipologia de gastos verificada nos hospitais públicos que integram o Grupo de Referência EP, muito embora não se possa daí concluir sobre se a evolução registada nos hospitais públicos decorre da evolução das condições de mercado, ou se o diferencial gerado decorre de níveis distintos de eficiência e de qualidade da gestão pública e privada.

A este respeito, importará ter também presente o facto de os preços do Contrato de Gestão do Hospital de Loures se apresentarem, em termos gerais, como os mais

Página 320 de 331

A este propósito, recorde-se as 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". Mais à frente, nesse mesmo acórdão, conclui o Tribunal de Contas que, "para além de dever constar nas peças do procedimento e subsequente clausulado contratual. Só poderá ocorrer em ambiência fáctica excecional e indutora de indiscutíveis vantagens económicas, financeiras e sociais para a Administração Pública. Em suma, a «renúncia ao mercado» no prazo inicialmente previsto, porque balizado por lei e princípios que exigem aplicação não vacilante, reclama, também, justificação exaustiva e inequívoca".

Efetivamente, como bem refere LINO TORGAL, 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".

baixos dos três contratos de PPP hospitalares atualmente em vigor (referentes ao Hospital de Cascais, ao Hospital de Vila Franca de Xira e ao Hospital de Loures). Tal circunstância poderá, eventualmente, contribuir para a expetativa de que, em caso de lançamento de um novo concurso, dificilmente se obterão ofertas com condições, do ponto de vista económico-financeiro, mais vantajosas do que as que já constam do atual Contrato de Gestão.

De todo o modo, esta avaliação teria sempre de ser confirmada aquando de uma eventual decisão de renovação, atualizando, caso necessário, a análise custobenefício das várias soluções que, à data, se afigurem concretizáveis nessa data 160.

Assim sendo, com os dados que dispomos à data de hoje, o principal motivo que obsta à renovação do contrato prende-se com o não preenchimento do requisito previsto na alínea a) do n.º 2 da cláusula 38.ª do Contrato de Gestão, ou seja, o requisito relacionado com o resultado das avaliações de desempenho realizadas pela EPC.

Por conseguinte, caso, por algum motivo superveniente, as avaliações do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento venham a ser revistas, a presente proposta de decisão quanto à renovação, ou não, do contrato, pode igualmente ser revista¹⁶¹.

Recorde-se, todavia, que mesmo que se verificassem todos os requisitos de renovação do contrato, a Entidade Pública Contratante não estaria vinculada a proceder à sua renovação. Com efeito, sublinhe-se que, não obstante o Contrato de Gestão prever a possibilidade de renovação e, como tal, permitir que a relação contratual se possa prolongar no tempo, tal não constitui uma garantia do cocontratante, podendo contribuir para a decisão da Administração de não renovar, outros elementos relevantes não previstos no Contrato e que não foram equacionados pela Equipa de Projeto.

Página 321 de 331

Ziger Ry

¹⁶⁰ O Tribunal de Contas no seu Relatório relativo à "Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga", publicado em dezembro de 2016, refere que se deve "[f]azer preceder a decisão de (i) renovar o contrato de gestão do estabelecimento hospitalar, ou (ii) lançar novo concurso, ou (iii) reverter, para a gestão direta do Estado, a gestão do estabelecimento, da realização de um estudo de Análise Custo-Beneficio".

Do mesmo modo, no seu Relatório referente à "Auditoria de resultados à execução do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira em PPP", elaborado em novembro de 2019, o Tribunal de Contas recomenda que se "garant[a] que a decisão de (i) lançar novo concurso, ou (ii) reverter, para a gestão direta do Estado, a gestão do estabelecimento, se baseia em evidência que demonstre a relação custo-beneficio da decisão, na ótica do Estado, dos contribuintes e dos utentes do SNS".

Note-se que a decisão quanto à renovação do contrato poderá vir a ser comunicada após o prazo previsto no n.º 4 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão, porquanto, tendo esse prazo sido fixado em benefício das partes no Contrato, aquele poderá ser afastado por acordo das mesmas. Não obstante, reconhece-se que, quanto mais tardia for essa decisão, mais difícil será a sua aceitação por parte da Entidade Gestora do Estabelecimento.

262. Em suma, na presente data, tendo presente, em especial, os resultados da avaliação da Entidade Gestora do Estabelecimento, temos como não verificados todos os requisitos necessários a uma decisão de renovação do Contrato de Gestão¹⁶², devendo, em face de resposta dada à "primeira questão central", ser iniciado, com caráter de urgência, o lançamento de uma nova PPP.

página 322 de 331

W. K.

O presente Relatório não procede à análise de se saber se o atual contrato poderá, no futuro, vir a ser prorrogado ou, em alternativa, se se poderá proceder, mediante ajuste direto, à contratação da atual Entidade Gestora do Estabelecimento para a prestação de serviços pelo prazo estritamente necessário à conclusão do procedimento pré-contratual para a formação de um novo contrato. O que está em causa no presente relatório é a possibilidade de se proceder à renovação premial prevista no contrato.

4. PROPOSTA DE DECISÃO

- 263. Em face do exposto, conclui-se em relação ao Hospital de Loures:
 - a) A existência clara de value for money da parceria em face de um cenário de internalização;
 - b) À luz dos atuais dados, não se encontram verificados todos os requisitos necessários a uma decisão de renovação do Contrato de Gestão;
 - c) Pelo que e em face de resposta dada à "primeira questão central", deve ser iniciado, com caráter de urgência, o processo tendente à estruturação e lançamento de uma nova PPP.

Por conseguinte, para o efeito previsto na alínea a) do n.º 1 do Despacho n.º 8323/2018, 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 estruturação e aprovação do lançamento de uma nova parceria e a adoção de todas as diligências necessárias ao desenvolvimento do procedimento précontratual tendente à formação do novo contrato para a gestão clínica do Hospital de Loures.

ina 323 de 331

5. PASSOS SUBSEQUENTES

264. 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 de Gestão do Hospital de Loures, cumpre deixar claros os pressupostos e as condições a que se encontra sujeita a sua eventual implementação:

(a.) Adoção de uma decisão política quanto à proposta formulada no presente Relatório, para o efeito do disposto no Despacho n.º 8323/2018.

Em concreto, deverá essa decisão tomar posição quanto à (i) proposta de manutenção do modelo de PPP e (ii) de não renovação do Contrato de Gestão do Hospital de Loures pelo período de 10 anos, na parte referente à EGEST e (iii) à proposta de aprofundamento do estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP na vertente clínica, através da implementação do procedimento previsto no 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 pré-contratual que seja proposto nesse procedimento, em observância do disposto no Código dos Contratos Públicos 163.

Considera-se essencial que, caso se concorde com as conclusões do presente Relatório, se dê início, com caráter de urgência, ao processo de contratação de uma nova parceria, porquanto o atual Contrato de Gestão cessará a sua vigência já em 18 de janeiro de 2022164, sendo, nessa medida, de toda a relevância garantir a entrada em vigor de um novo contrato em data que permita evitar a internalização dos serviços concessionados ou, pelo menos, que essa internalização se faça pelo mais curto espaço de tempo possível.

Página 324 de 331

¹⁶³ Recorde-se que tal decisão não obsta a que, caso, por algum motivo superveniente, as avaliações do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento venham a ser revistas, a decisão quanto à renovação

¹⁶⁴ O presente Relatório não procede à análise de se saber se o atual contrato poderá, no futuro, vir a ser 2 Why M prorrogado ou, em alternativa, se se poderá proceder, mediante ajuste direto, à contratação da atual Entidade Gestora do Estabelecimento para a prestação de serviços pelo prazo estritamente necessário à conclusão do procedimento pré-contratual para a formação de um novo contrato. Nessa medida, pelo presente não se considera, mas também não se exclui, essa possibilidade.

(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 Loures (cfr., em especial, o n.º 5 da cláusula 38.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 Loures 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 Loures 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.

(c.) Em caso de adoção da proposta de decisão constante do presente Relatório, preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis, previstos nos artigos 9.º e ss. do Decreto-Lei n.º 111/2012¹⁶⁵, e ainda não observados¹⁶⁶.

Considerando que o desenvolvimento dos subsequentes 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 8323/2018 –, 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. Caso os membros do Governo responsáveis pela área da saúde e das finanças entendam que deve ser dado início ao estudo e preparação

Página 325 de 331

Ao lançamento de uma nova parceria será aplicável a versão do Decreto-Lei n.º 111/2012, com as alterações recentemente aprovadas pelo Decreto-Lei n.º 170/2019, de 4 de dezembro.

¹⁶⁶ O início de um procedimento de estudo e preparação do lançamento de uma nova parceria não impede necessariamente a revisão da decisão quanto à não renovação do contrato, em face de novos elementos que, entretanto, se venham a conhecer, caso em que o processo de estruturação seria suspenso ou extinto. 167

Esclareça-se que o conceito de PPP constante das regras do Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais, cuja aplicação é controlada pelo Eurostat, é diferente da definição resultante do DL 111/2012, esta última bastante mais ampla do que a primeira. Pelo que o Contrato de Gestão pode ser considerado para efeitos de aplicação da legislação nacional sobre PPP como um contrato de parceria – como sucede – e, para efeitos de aplicação das regras do Eurostat, não.

de uma nova parceria, devem estes remeter para o Conselho de Ministros essa mesma proposta fundamentada, acompanhada dos pressupostos que entendam deverem verificar-se para o lançamento e adjudicação da nova PPP.

Essa proposta e os pressupostos de lançamento da PPP devem ser aprovados por Resolução do Conselho de Ministros e, posteriormente, reencaminhados para a Equipa de Projeto, permitindo assim que, em face da lei aplicável e do referido Despacho n.º 8323/2018, possam ser promovidas por esta os subsequentes trâmites de estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP, na vertente clínica, para o Hospital de Loures.

Página 326 de 331

July B. R. My

6. ANEXOS

Número	DESIGNAÇÃO
ANEXO 1	Termos e prazos de vigência dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Loures e de Vila França de Xira
ANEXO 2	Despacho do Senhor Ministro da Saúde, de 10 de novembro de 2014, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 6 de novembro de 2014
ANEXO 3	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 4	Despacho da Senhora Secretária de Estado da Saúde, de 27 de fevereiro de 2018, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 26 de fevereiro de 2018
ANEXO 5	Despacho n.º 303/18, do Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças, de 24 de agosto de 2018 e Informação UTAP n.º 14/2018, de 18 de abril de 2018
ANEXO 6	Despacho n.º 8323/2018
ANEXO 7	Despacho n.º 2626/2019
ANEXO 8	Alterações a introduzir no Contrato de Gestão, identificadas pela ARSLVT
ANEXO 9	Fontes de informação
ANEXO 10	Principais pressupostos assumidos no CPC Original e no CB Original e valores reais no CPC Atualizado e no CB Atualizado
ANEXO 11	Modelos de inquérito ACES e CH

Pagina 327 de 331

7. ANÁLISE DO IMPACTO ORÇAMENTAL DA PPP DE LOURES

265. O presente capítulo 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.

266. À luz dessas regras, entende-se que no caso de, uma vez findo o atual Contrato de Gestão, a gestão hospitalar do Hospital de Loures vir a ser atribuída a um novo parceiro privado, através do lançamento de um novo procedimento contratual, o novo contrato de gestão será, com grande probabilidade, classificado, em contas nacionais, como um contrato de prestação de serviços e não como um contrato de PPP¹67. Com efeito, a criação, a construção ou a renovação de um ativo, ao abrigo das regras do Sistema Europeu de Contas Nacionais, constitui um requisito primordial para o reconhecimento de uma PPP, o que se entende não se verificar no caso em apreço, na medida em que a nova parceria a estabelecer para o Hospital de Loures respeitará única e exclusivamente à prestação de cuidados de saúde, ou seja, respeita ao Estabelecimento Hospitalar (à partida, com um montante de investimento que deverá ser de reduzida monta¹68) e não do Edifício Hospitalar (esse sim, com um valor de investimento associado elevado).

267. Assumindo-se, assim, o novo contrato de gestão que vier a ser celebrado entre o Estado Português e o novo parceiro privado (a selecionar 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

A 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.

Página 328 de 331

¹⁶⁷ Esclareça-se que o conceito de PPP constante das regras do Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais, cuja aplicação é controlada pelo Eurostat, é diferente da definição resultante do DL 111/2012, esta última bastante mais ampla do que a primeira. Pelo que o Contrato de Gestão pode ser considerado para efeitos de aplicação da legislação nacional sobre PPP como um contrato de parceria – como sucede – e, para efeitos de aplicação das regras do Eurostat, não.

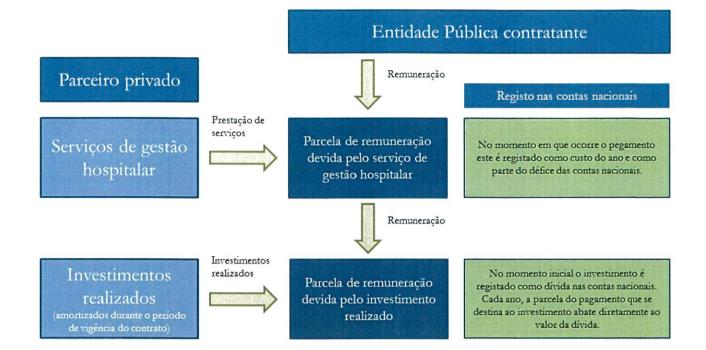
operação clínica e aos investimentos em equipamentos, deverá obedecer às seguintes regras de registo nas contas nacionais:

- O valor devido pelo parceiro público, em cada ano, ao parceiro privado, em virtude dos serviços de gestão do Hospital¹⁶⁹, nos termos que vierem a ser definidos 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 que vierem a ser definidos no novo contrato de gestão, é contabilizado da seguinte forma:
 - 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.

268. 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.

Página 329 de 331

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.



M W. B.

Página 330 de 331

A Equipa de Projeto

VÍTOR MANUEL BATISTA DE ALMEIDA

RITA DOMINGUES DOS SANTOS DA CUNHA LEAL

Inêr Margarida Costa Bernardo

Inês Margarida Costa Bernardo

The Seglance leife Britis Menterio

FILIPA SEQUEIRA LEITE BRÁS MONTEIRO

João Luís Lemos de Matos

Helena Paula Pereira Maltez

Vidro Nobre de Verza Noto Kinando

PEDRO NOBRE DA VEIGA NETO MIRANDA

Página 331 de 331