HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

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

3 de maio de 2019

ÍNDICE

0. SUMÁRIO EXECUTIVO 9

1. CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS 11

1.1. COLOCAÇÃO DO PROBLEMA 11
1.2. ANTECEDENTES 14
1.3. OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS DA EQUIPA DE PROJETO 21
1.3.1. Despacho n.º 8323/2018 21
1.3.2. Organização dos trabalhos 22
1.4. OBJETO DO PRESENTE RELATÓRIO 24
1.5. SEQUÊNCIA 24

2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO 27

2.1. ENQUADRAMENTO E PRESSUPOSTOS 27
2.2. DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA 30
2.3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA 32
2.3.1. Primeiro momento de análise 32
2.3.2. Segundo momento de análise 37
2.4. BREVE DESCRIÇÃO DAS SOLUÇÕES POSSÍVEIS; REMISSÃO 38

3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA AO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA 41

3.1. CARATERIZAÇÃO DA PPP DO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA 41
3.1.1. Origem e antecedentes 41
3.1.2. Contexto e enquadramento legal 44
3.1.3. Conceção do modelo contratual de parceria 46
3.1.4. Programa de PPP hospitalares em que se insere o Hospital de Vila Franca de Xira 48
3.1.5. Estudo, lançamento e contratualização da PPP relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira 49
3.1.6. Perfil assistencial, dimensão e área de influência 57
3.1.7. Mecanismos de remuneração e de determinação anual da produção 62
3.1.7.1. MECANISMOS DE REMUNERAÇÃO CONTRATUAL 62
3.1.7.2. REMUNERAÇÃO PELA PRODUÇÃO CLÍNICA EFETIVA 64
3.1.7.3. PRODUÇÃO E PAGAMENTO 66
3.1.7.4. REGIME DE REMUNERAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE RISCO 69
3.1.7.5. PROTOCOLOS ADICIONAIS 72
3.2. AVALIAÇÃO DO MODELO DE PPP 72
3.2.1. Avaliação do Contrato de Gestão em vigor 75
3.2.1.1. ANÁLISE DA PERFORMANCE INDIVIDUAL DA PPP (*VALUE FOR MONEY EX POST*) 76
3.2.1.1.1. Fundamentos da existência de VfM na altura de contratação da PPP 76
3.2.1.1.2. Análise da evolução da produção e da remuneração 78
3.2.1.1.3. Comparação do CPC (ajustado pela produção efetiva) com os valores reais 107
3.2.1.1.4. Comparação entre o previsto no caso base e o real 124
3.2.1.1.5. Simulação dos potenciais encargos do Estado com o Hospital de Vila Franca de Xira, caso fossem aplicados os termos de contratualização aplicáveis aos hospitais EPE 142
3.2.1.1.6. Constrangimentos à execução de facto de algumas disposições contratuais e aspetos que carecem de melhoria 154
3.2.1.1.7. Processos de arbitragem e pedidos de REF 156
3.2.1.1.8. Análise histórica dos principais indicadores de eficiência 157
3.2.1.1.9. Análise histórica dos principais indicadores de eficácia e de qualidade 161
3.2.1.1.10. Breve análise económico-financeira do parceiro privado 177
3.2.1.2. POSICIONAMENTO RELATIVO DA PARCERIA 187
3.2.1.2.1. Definição do Grupo de Referência 187
3.2.1.2.2. Cálculo do doente padrão 201
3.2.1.2.3. Análise da economia em termos relativos face ao Grupo de Referência EP 206
3.2.1.2.4. Análise da eficiência em termos relativos face ao Grupo de Referência EP 217
3.2.1.2.5. Análise da qualidade/eficácia em termos relativos face ao Grupo de Referência EP 229

3.2.1.3. AVALIAÇÃO DA PPP NA ÓTICA DO GESTOR DO CONTRATO 238
3.2.1.4. AVALIAÇÃO DA PARCERIA NA ÓTICA DOS DEMAIS *STAKEHOLDERS* 254
3.2.2. *Estudo da ERS sobre o modelo das PPP no sector da saúde* *259*
3.2.3. *Riscos do cenário de internalização* *264*
3.2.4. *Da resposta à "primeira questão central"* *271*
3.3. AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO DA FACULDADE CONTRATUAL DE RENOVAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO PELO ESTADO PORTUGUÊS 274
3.3.1. *Alterações a introduzir no Contrato de Gestão, identificadas pela ARSLVT* *274*
3.3.2. *Análise jurídico-financeira das alterações a introduzir* *288*
3.3.3. *Análise do cumprimento dos requisitos previstos para a renovação do Contrato de Gestão* *326*

4. PROPOSTA DE DECISÃO **335**

5. PASSOS SUBSEQUENTES **336**

6. ANEXOS **338**

7. ANÁLISE DO IMPACTO ORÇAMENTAL DA PPP DE VILA FRANCA DE XIRA **339**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em internamento, entre 2014 e 2017 82
Gráfico 2 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em ambulatório, entre 2014 e 2017 83
Gráfico 3 – Taxas de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em consulta externa, entre 2014 e 2017 84
Gráfico 4 – Taxas de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em hospital de dia, entre 2014 e 2017 84
Gráfico 5 – Lista de espera para primeira consulta e tempo médio de espera para primeira consulta, por especialidade, no final de 2017 86
Gráfico 6 – Percentagem de consultas realizadas fora do tempo máximo de resposta garantido, por especialidade, em termos médios em 2016 e 2017 87
Gráfico 7 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas, entre 2014 e 2017 88
Gráfico 8 – Doente padrão desagregado por linha de produção (AP21) e respetiva taxa de variação face ao período homólogo, entre 2014 e 2017 90
Gráfico 9 – Produção em internamento e em ambulatório, entre 2014 e 2017 91
Gráfico 10 – Produção em urgência, entre 2014 e 2017 92
Gráfico 11 – Repartição do número de atendimentos em urgência, por tipo de urgência, tendo por base o sistema de triagem de Manchester, entre 2014 e 2017 93
Gráfico 12 – Tempo médio de espera para atendimento em urgência, por tipo de urgência, entre 2014 e 2017 94
Gráfico 13 – Produção em consulta externa, entre 2014 e 2017 95
Gráfico 14 – Repartição do número de primeiras consultas, por especialidade, em termos médios entre 2014 e 2017 96
Gráfico 15 – Produção em hospital de dia, por especialidade, e respetiva taxa de crescimento, entre 2014 e 2017 97
Gráfico 16 – Repartição do número de utentes por área de influência, entre 2014 e 2017 97
Gráfico 17 – Repartição da remuneração base anual, por área de atividade, entre 2014 e 2017 102
Gráfico 18 – Evolução da remuneração base anual, desagregada pelos efeitos de preço, quantidade e ICM, entre 2014 e 2017 103
Gráfico 19 – Evolução da remuneração total acumulada, entre 2014 e 2017 104
Gráfico 20 – Demora média e ICM do internamento (AP21), entre 2014 e 2017 106
Gráfico 21 – Remuneração em internamento e em ambulatório, entre 2014 e 2017 106
Gráfico 22 – N.º de episódios de internamento no CPC Inicial e no CPC Atualizado 111
Gráfico 23 – Demora média combinada global e ICM do internamento no CPC Inicial e no CPC Atualizado 112
Gráfico 24 – Taxa de ocupação e lotação do hospital no CPC Inicial e no CPC Atualizado 113
Gráfico 25 – N.º de atendimentos em urgência no CPC Inicial e no CPC Atualizado 113
Gráfico 26 – N.º de consultas externas no CPC Inicial e no CPC Atualizado 114
Gráfico 27 – N.º de sessões de hospital de dia no CPC Inicial e no CPC Atualizado 115
Gráfico 28 – Custos operacionais no CPC Inicial e no CPC Atualizado 117
Gráfico 29 – Custos operacionais, por serviço, no CPC Atualizado 119
Gráfico 30 – Receitas de terceiros no CPC Inicial e no CPC Atualizado 120
Gráfico 31 – N.º de episódios de internamento no CB Inicial e no CB Atualizado 126
Gráfico 32 – N.º episódios de ambulatório no CB Inicial e no CB Atualizado 127
Gráfico 33 – N.º de episódios de internamento e de ambulatório no CB Inicial e no CB Atualizado 128
Gráfico 34 – N.º de doentes equivalentes no CB Inicial e no CB Atualizado 129
Gráfico 35 – ICM global no CB Inicial e no CB Atualizado 129
Gráfico 36 – N.º de consultas externas no CB Inicial e no CB Atualizado 130
Gráfico 37 – Número de atendimentos em urgência no CB Inicial e no CB Atualizado 131
Gráfico 38 – N.º de sessões de hospital de dia no CB Inicial e no CB Atualizado 132
Gráfico 39 – N.º de sessões de hospital de dia no CB Atualizado por tipologia 132

Gráfico 40 – Receitas operacionais no CB Inicial e no CB Atualizado 135
Gráfico 41 – Evolução, em termos acumulados, das receitas operacionais, por tipologia de atividade clínica, entre o CB Inicial e o CB Atualizado 137
Gráfico 42 – Evolução, em termos acumulados, das receitas operacionais, por tipo de pagador, entre o CB Inicial e o CB Atualizado 138
Gráfico 43 – Custos operacionais no CB Inicial e no CB Atualizado 139
Gráfico 44 – EBITDA e margem EBITDA no CB Inicial e no CB Atualizado 139
Gráfico 45 – Evolução das margens EBITDA reais e previstas no CB Inicial, no CB Atualizado e no CB Atualizado sem limites 141
Gráfico 46 – Evolução da taxa de crescimento anual dos preços para as linhas de produção do Hospital de Vila Franca de Xira, entre 2014 e 2017 149
Gráfico 47 – Evolução das taxas de crescimento anual dos preços definidos para os hospitais EPE, entre 2014 e 2017 150
Gráfico 48 – Índice de demora média ajustada, demora média e ICM do internamento (APR31), entre 2014 e 2017 159
Gráfico 49 – Percentagem de cesarianas no total de partos, entre 2014 e 2017 160
Gráfico 50 – Percentagem de cirurgias de ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, entre 2014 e 2017 161
Gráfico 51 – Índice de satisfação dos utentes, por linha de atividade e em termos globais, entre 2014 e 2017 165
Gráfico 52 – Repartição do número de parâmetros de desempenho de resultado, por parâmetros objeto, ou não, de avaliação, entre 2012 e 2017 169
Gráfico 53 – Repartição do número de parâmetros de desempenho de resultado avaliados que se encontram em incumprimento, por parâmetros que originaram, ou não, penalização, entre 2012 e 2017 170
Gráfico 54 – Índice de satisfação global dos profissionais e repartição do número de inquéritos à satisfação dos profissionais, por resultados obtidos, entre 2014 e 2017 172
Gráfico 55 – Percentagem de produção relativa a utentes não pertencentes à área de influência, entre 2014 e 2017 174
Gráfico 56 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas, entre 2014 e 2017 175
Gráfico 57 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 2014 e 2017 176
Gráfico 58 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2014 e 2017 176
Gráfico 59 – Repartição das receitas operacionais, por linha de produção, entre 2014 e 2017 178
Gráfico 60 – Repartição dos gastos operacionais, por rubrica, entre 2014 e 2017 179
Gráfico 61 – EBITDA e respetiva margem, entre 2014 e 2017 180
Gráfico 62 – Evolução do EBITDA gerado pelo parceiro privado, entre 2014 e 2017 180
Gráfico 63 – Área de Influência dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução 195
Gráfico 64 – Capacidade disponível dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução, em 2017 196
Gráfico 65 – Área de influência vs. Capacidade disponível em 2017 197
Gráfico 66 – Taxa de ocupação média dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução, em 2017 197
Gráfico 67 – Contributo de cada linha de atividade para o total de doentes padrão, em termos médios, entre 2014 e 2017 200
Gráfico 68 – Número de doentes padrão (AP21) e respetiva taxa de crescimento média anual, entre 2014 e 2017 205
Gráfico 69 – Encargos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017 211
Gráfico 70 – Financiamento do SNS ao Hospital de Vila Franca de Xira e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017 214
Gráfico 71 – Gastos operacionais do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do GR EP e relação com a média de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2017 218

Gráfico 72 – Gastos operacionais do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do GR EP por doente padrão e relação com a média de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, em 2017 220
Gráfico 73 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do GR 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 222
Gráfico 74 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017 223
Gráfico 75 – Produtividade dos recursos humanos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, em termos médios, entre 2014 e 2017 224
Gráfico 76 – Índice de demora média ajustada no internamento do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 225
Gráfico 77 – Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 225
Gráfico 78 – Taxa de reinternamentos em 30 dias do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 226
Gráfico 79 – Percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 227
Gráfico 80 – Percentagem de cesarianas no total de partos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 228
Gráfico 81 – Sépsis pós operatória por 100 000 episódios do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 229
Gráfico 82 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 230
Gráfico 83 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3ª e 4ª graus, do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em termos médios, entre 2014 e 2017 231
Gráfico 84 – Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 231
Gráfico 85 – Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em termos médios, entre 2014 e 2017 232
Gráfico 86 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 233
Gráfico 87 – Lista de espera para primeiras consultas (pedidos não concluídos) do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 234
Gráfico 88 – Lista de inscritos para cirurgia do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 234
Gráfico 89 – Percentagem da lista de inscritos para cirurgia com tempo de espera menor ou igual ao TMRG do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 235
Gráfico 90 – Lista de inscritos para cirurgia versus percentagem de operados (cirurgia programada) com tempo médio menor ou igual ao TMRG do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2017 236
Gráfico 91 – Percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 236
Gráfico 92 – Lista de espera para consultas (pedidos não concluídos) versus percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2017 237

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Prazo para notificação, pela EPC à EGEST, da eventual decisão de renovação do Contrato de Gestão 13
Esquema 2 – Árvore de decisão subjacente à Metodologia 30
Quadro 3 – Cenários relativos ao futuro dos Contratos de Gestão no sector da saúde 40
Quadro 4 – Níveis e indicadores de atividade do Hospital de Reynaldo dos Santos, em 2009 e 2010 43
Quadro 5 – Indicadores do Hospital de Reynaldo dos Santos, entre 1999 e 2003 51
Quadro 6 – Lotação do Internamento do Hospital de Vila Franca de Xira 61
Esquema 7 – Passos necessários ao apuramento da remuneração a pagar pela produção efetiva 68
Quadro 8 – Poupança do CPC (negociação final) 78
Quadro 9 – Produção prevista 79
Quadro 10 – Produção proposta pela EGEST, produção prevista e produção efetiva sem limites 80
Quadro 11 – Proporção da produção efetiva com limites na produção efetiva sem limites, entre 2014 e 2017 85
Quadro 12 – Produção efetiva reportada pela EGEST e produção efetiva sem limites, entre 2014 e 2017 89
Quadro 13 – Remuneração anual da EGEST 100
Quadro 14 – Produção efetiva após aplicação dos limites contratuais 101
Quadro 15 – Pressupostos de inflação 115
Quadro 16 – Pressupostos de crescimento nominal dos salários da função pública 116
Quadro 17 – Pressupostos de IVA 116
Quadro 18 – Custos operacionais clínicos cobertos pelo SNS no CPC Atualizado 121
Quadro 19 – Encargos (contratuais) suportados pelo parceiro público 122
Quadro 20 – Encargos suportados pelo parceiro público versus custos operacionais clínicos cobertos pelo SNS no CPC Atualizado 123
Quadro 21 – Pressupostos de inflação 133
Quadro 22 – Pressupostos de IVA 133
Quadro 23 – Repartição das receitas operacionais, por tipo de pagador, no CB Inicial e no CB Atualizado 135
Quadro 24 – 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 2014 e 2017 143
Quadro 25 – Comparação entre os preços definidos para os hospitais EPE e os preços estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2014 e 2017 147
Quadro 26 – 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 2014 e 2017 152
Quadro 27 – 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 2014 e 2017 153
Quadro 28 – Processos de arbitragem 156
Quadro 29 – Pedidos de reposição do equilíbrio financeiro e reservas de direito 157
Esquema 30 – Mecanismos de controlo e garantia da qualidade dos serviços prestados pelo parceiro privado 164
Quadro 31 – Avaliação global de desempenho da EGEST, entre 2011 e 2017 166
Quadro 32 – Deduções aplicadas à EGEST, entre 2011 e 2017 168
Quadro 33 – Multas aplicadas à EGEST 171
Quadro 34 – Terceiros pagadores 172
Quadro 35 – Principais indicadores operacionais, entre 2014 e 2017 177
Quadro 36 – Comparação dos principais indicadores operacionais com os estimados no caso base, entre 2014 e 2017 182
Quadro 37 – Evolução dos outros rendimentos e ganhos, gastos e perdas e resultados, entre 2014 e 2017 183

Quadro 38 – Comparação dos outros rendimentos e ganhos, gastos e perdas e resultados com os estimados no caso base, entre 2014 e 2017 184
Quadro 39 – Estrutura de financiamento, entre 2014 e 2017 185
Quadro 40 – Comparação da estrutura de financiamento com a estimada no caso base, entre 2014 e 2017 .186
Quadro 41 – Principais características dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução 194
Quadro 42 – Perfil assistencial dos hospitais Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução 199
Quadro 43 – Total de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017 208
Quadro 44 – Total de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017 209
Quadro 45 – Remuneração da EGEST, entre 2014 e 2017 210
Quadro 46 – Poupança média anual, considerando os encargos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017 212
Quadro 47 – Financiamento do SNS ao Hospital de Vila Franca de Xira e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017 213
Quadro 48 – Poupança média anual, considerando o financiamento do SNS ao Hospital de Vila Franca de Xira e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017 215
Quadro 49 – Gastos operacionais do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do GR EP por doente padrão, entre 2014 e 2017 219
Quadro 50 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do GR EP por doente padrão, entre 2014 e 2017 221
Quadro 51 – Principais dados de atividade do CMFRS 270

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, e no que concerne especificamente ao objeto do presente Relatório, cumpre à Equipa de Projeto identificar e avaliar tecnicamente os diferentes modelos passíveis de garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o termo do prazo inicial dos contratos e, de entre esses modelos, propor aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, se entende dever ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público.

Para o efeito, a Equipa de Projeto identificou a necessidade de autonomizar e priorizar a avaliação dos cenários relativos à gestão clínica dos hospitais em causa, refletida na elaboração de relatórios fundamentados e propostas de decisão individuais e apresentadas em momentos distintos, visando, assim, assegurar a conclusão em tempo útil da (presente) análise da parceria relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira, cuja hipotética decisão de renovação terá de ser notificada até 31 de maio de 2019.

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 Vila Franca de Xira 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, 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.

A esta luz, a Equipa de Projeto procurou, no caso específico do Hospital de Vila Franca de Xira, 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 Vila Franca de Xira, exercer a sua faculdade de renovação do Contrato de Gestão clínica ou, ao invés, iniciar um novo procedimento contratual.

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

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, Braga, 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*[1], os preditos contratos têm uma duração de dez anos a contar da data da transmissão do estabelecimento hospitalar, a qual, em regra, "*ocorre no primeiro dia do mês seguinte ao da concessão do visto do Tribunal de Contas, excepto se a notificação da concessão do Visto à Entidade Gestora do Estabelecimento ocorrer após o dia 20*[2] *do mês em que o Visto é concedido, caso em que a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar ocorre no primeiro dia do segundo mês seguinte ao da notificação*"[3].

Prevê-se, não obstante, a possibilidade de extensão deste período inicial, por recurso à faculdade de renovação do contrato[4].

---

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

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

3 *Cfr.* alínea *a)* do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.º 2 da cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; alínea *a)* do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.º 2 da cláusula 142.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; e alínea *a)* do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.os 1 e 2 da cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira. No caso do Hospital de Loures, o prazo de dez anos conta-se desde a data de entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar, a qual ocorre no "*momento em que é aberto ao público o primeiro serviço médico do Estabelecimento Hospitalar*" (*cfr.* n.º 1 da cláusula 38.ª e n.º 1 da cláusula 1.ª).

4 *Cfr.* n.os 2 e 3 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; n.os 2 e 3 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; n.os 2 e 4 da cláusula 38.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures; e n.os 2 e 3 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira.

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

No caso do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, a possibilidade de renovação depende ainda, nos termos do n.º 2 da respetiva cláusula 38.ª, cumulativamente, de[5]:

a) O resultado das avaliações de desempenho realizadas ser qualificado, em todos os anos, no mínimo, como "bom";

b) O parceiro público não pretender, "*por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato*"; e de

c) A renovação não colidir "*com qualquer dos princípios do regime de parceiras definido no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto*[6]*, especialmente o disposto na alínea e) do artigo 3.º desse diploma*[7]".

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 renovação[8].

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

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

---

5 *Cfr.* n.º 2 da cláusula 38.ª do respetivo Contrato de Gestão.

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

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

8 *Cfr.* n.º 4 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; n.º 4 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; n.º 5 da cláusula 38.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures; e n.º 4 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira.

Xira e de Loures, que evidencia que, no que diz respeito à vertente clínica, os mesmos atingirão o seu termo em maio de 2021 e em janeiro de 2022, respetivamente.

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.

6. Perante a iminência de caducidade dos mencionados contratos de gestão na parte relativa à gestão dos estabelecimentos hospitalares, surge a necessidade de o Estado Português[9] ponderar as opções, cenários e procedimentos que se lhe colocam com vista a assegurar, sem interrupções e da melhor forma possível, a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes servidos pelos hospitais em causa.

7. Sendo esta a premissa básica na génese deste Relatório, importa conhecer, antes de mais, os circunstancialismos e as opções que conduziram à constituição da 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.

[9] O parceiro público, nestas PPP, ou, como contratualmente designado, a Entidade Pública Contratante.

1.2. Antecedentes

8. 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**").

9. 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:

a) *Renovação* do contrato com a EGEST;

b) *Lançamento* de novo procedimento pré-contratual para seleção de novo cocontratante;

c) *Reversão*, para o Estado, do estabelecimento e da responsabilidade de prestação de cuidados de saúde aos utentes da respetiva área de influência.

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*".

10. 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:

a) *Mera renovação* com a atual EGEST, ou seja, manutenção dos termos e condições 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:

a) *Estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP na vertente clínica*, pela implementação do procedimento previsto nos artigos 9.º a 14.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, 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);

b) *Adoção de outro modelo de contratação de gestão clínica*, pela implementação de um procedimento diferente do modelo de PPP (Cenário B.2);

c) *Internalização dos serviços clínicos no Serviço Nacional de Saúde* ("**SNS**"), através da implementação do mecanismo contratual de reversão do estabelecimento para o Estado (Cenário B.3).

Neste documento, 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.

11. 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 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.

12. 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.

13. 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*"[10] (*cfr. Anexo 4* ao presente Relatório).

14. 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 Braga[11], 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*

[10] *Cfr.* pp. 3 e 4 da mencionada Nota Interna.

[11] 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 e Braga.

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*".

15. 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.

16. 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,

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), sendo nomeados os seguintes elementos[12]:

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.

---

12 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) Membros suplentes: 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.

1.3. Objetivos e Competências da Equipa de Projeto

1.3.1. Despacho n.º 8323/2018

17. 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*:

a) *Num primeiro momento*, cumpre:

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

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

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

18. Focando-se sobretudo na *primeira fase*, de formação de uma proposta de decisão, o Despacho n.º 8323/2018 identifica algumas diretrizes, já anunciadas *supra*, que vêm em linha com as experiências anteriores, nomeadamente a necessidade de:

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

b) Avaliar o impacto dos cenários nas contas públicas;

c) Avaliar as opções na ótica da melhor prossecução possível dos interesses públicos em presença;

d) Ter por base uma mesma metodologia, sem prejuízo de as propostas de decisão não serem coincidentes.

1.3.2. Organização dos trabalhos

19. 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;

b) A necessidade de autonomizar e priorizar a avaliação dos cenários relativos à gestão clínica dos hospitais em causa, refletida na elaboração de relatórios fundamentados e propostas de decisão individuais e apresentadas em momentos distintos. Com esta solução, pretende-se, não só assegurar a conclusão em tempo útil da análise relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira (cujo hipotético cenário de renovação terá 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

revele necessária ou adequada em face da curva de aprendizagem que porventura decorra da experiência (anterior) do Hospital de Vila Franca de Xira;

c) A consideração de prazos internos objetivos de 31 de março de 2019 e de 30 de setembro de 2019 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; e

d) A necessidade de contactar a ACSS para confirmar o entendimento de que a Equipa de Projeto, no âmbito da análise da *performance* relativa da parceria, deveria enquadrar o Hospital de Vila Franca de Xira no designado "grupo C" dos grupos de *benchmarking* dos hospitais do SNS definidos pela ACSS. Este entendimento decorreu da informação veiculada na reunião pelos membros da Equipa de Projeto nomeados pela tutela sectorial, no sentido de que a atual inclusão do Hospital de Vila Franca de Xira no "grupo B" não reflete a respetiva realidade hospitalar, na medida em que o processo de *clusterização* conducente aos grupos de *benchmarking* atualmente vigentes foi efetuado pela ACSS em 2010, quando o Hospital de Reynaldo dos Santos ainda se encontrava em plena operação, não tendo sido, portanto, reconhecida no processo a realidade do novo edifício hospitalar (designadamente em termos de dimensionamento, escala, perfil assistencial, complexidade e tipo de urgência, distintos entre edifícios hospitalares).

20. 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.

No que à alínea d) do ponto anterior diz respeito, e tendo em consideração que a definição dos grupos de *benchmarking* constitui uma competência da ACSS, foi a esta enviado pelo Presidente da Equipa de Projeto, em 22 de janeiro de 2019, um *e-mail* solicitando, com caráter de urgência, a confirmação do referido entendimento, ou seja, de que, para efeitos de avaliação *ex post* do atual Hospital de Vila Franca de Xira, se afigura mais correto o enquadramento daquele hospital no designado "grupo C". Sem prejuízo deste *e-mail* não ter sido objeto de resposta, foram considerados no presente Relatório a opinião dos membros

da Equipa de Projeto nomeados em representação da ACSS e da ARSLVT sobre a definição do grupo de *benchmarking* mais adequado para se proceder à análise da parceria relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira, como melhor descrito no capítulo 3.2.1.2. do presente Relatório.

De salientar que, não obstante ter sido possível elaborar uma versão completa do Relatório que foi disponibilizada a todos os elementos da Equipa de Projeto antes da data limite objetivo de 31 de março, surgiram algumas questões posteriores, relacionadas sobretudo com a definição das propostas de eventuais alterações ao contrato em vigor, que obrigaram à necessidade de realização de diversas interações adicionais, com o consequente consumo de tempo adicional, pelo que só agora é possível concluir o presente relatório.

1.4. OBJETO DO PRESENTE RELATÓRIO

21. 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 aos membros do Governo com competência nas áreas da saúde e das finanças, em relatório fundamentado, aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, entenda ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução dos interesses públicos em presença.

Isto, sublinhe-se, por ora especificamente no que respeita à gestão clínica do Hospital de Vila Franca de Xira.

1.5. SEQUÊNCIA

22. 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 Vila Franca de Xira celebrado em 25 de outubro de 2010 ("**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 económico-financeiro*", os vários cenários possíveis.

Como decorrência da aplicação dessa metodologia, avaliar-se-á, num primeiro momento, o modelo de PPP. Para o efeito, o Relatório contempla, a título prévio, um 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 de Vila Franca de Xira. 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 Vila Franca de Xira, 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.

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 eventual superioridade relativa do modelo de PPP por comparação com o modelo de internalização dos serviços clínicos, propondo, consequentemente, "o cenário da PPP" ou o "cenário da internalização".

No pressuposto que se encontra justificada a manutenção de um modelo de PPP, seguir-se-á, no presente Relatório, a análise dos pressupostos da renovação contratual, por forma a averiguar, entre o mais, qual o cenário, de renovação ou de não renovação, que se revela mais consentâneo com a defesa dos interesses públicos em presença. A este respeito, encontrar-se-á, no Relatório, a análise jurídico-financeira das alterações a introduzir no

Contrato de Gestão, num cenário de renovação ou de celebração de um novo contrato, bem como a análise do cumprimento dos requisitos elegidos na metodologia adotada pela Equipa de Projeto como necessários a uma decisão de renovação.

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

2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

2.1. Enquadramento e pressupostos

23. 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**").

24. 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 [13], 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 clínica[14].

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*

[13] Em linha com as orientações recebidas pela equipa de projeto constituída pelo mesmo Despacho n.º 8300/2016, a Metodologia foi também utilizada no contexto da elaboração do 2.º Relatório Intercalar, relativo à avaliação da parceria público-privada de gestão clínica do Hospital de Braga.

[14] *Cfr.*, a título de exemplo, e pela sua precedência cronológica, as posições referidas nos pontos 9, 13 e 14 *supra*.

money do mesmo numa lógica *ex post*, a demonstração da vantagem da opção em causa[15] e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público.

25. 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.

26. 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 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 dezembro[16]). Ademais, revela-se ainda necessário, como melhor se verá, demonstrar a vantagem desta solução perante as demais.

[15] 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.

[16] Em sentido idêntico, *cfr.* Acórdão do Tribunal de Contas n.º 6/2013, de 9 de julho.

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.

27. 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.

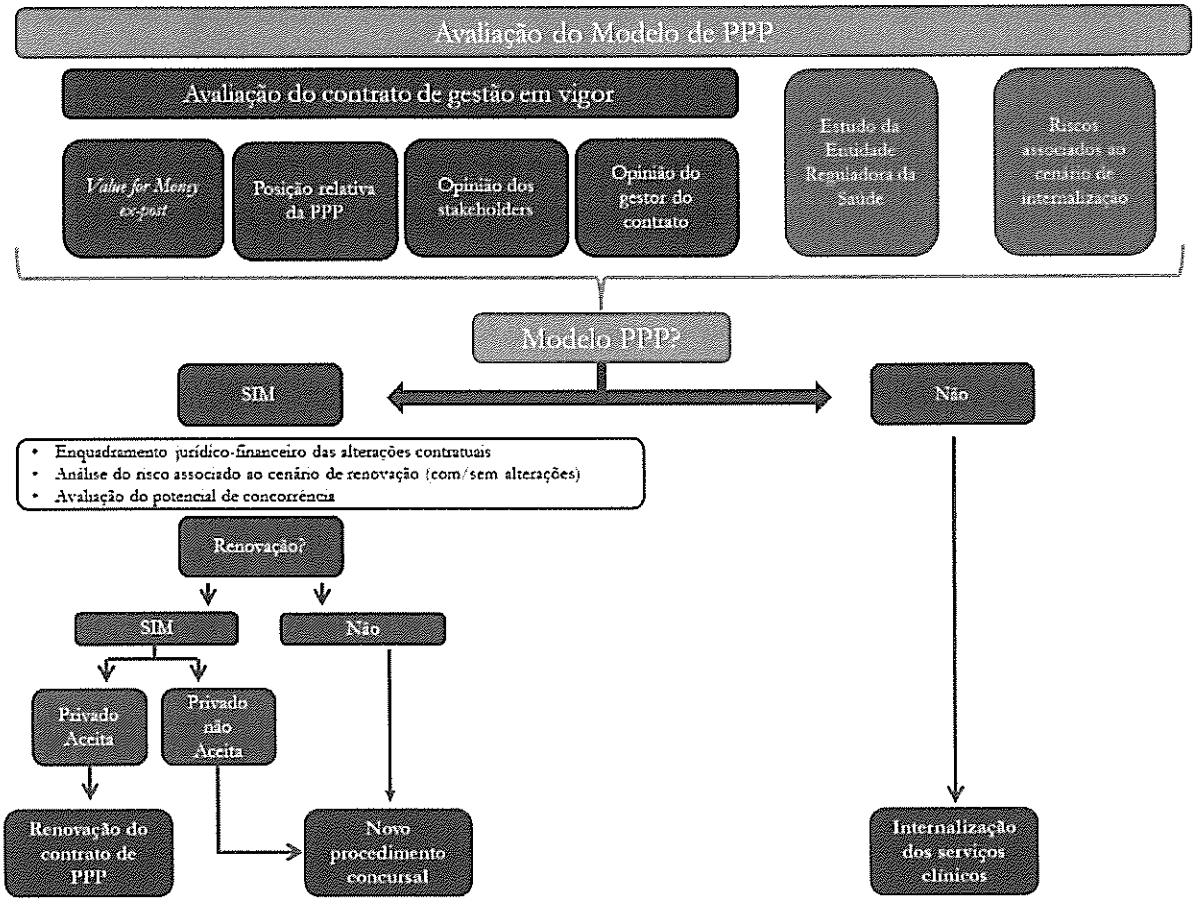
Esta possibilidade, à qual não são associadas, de forma expressa, quaisquer condições ou restrições adicionais nos casos de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira, depende, no caso do Hospital de Loures, de ***(i)*** *"o resultado das avaliações de desempenho ao abrigo da Cláusula 74.ª do Contrato"* ser *"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"*.

No entanto, tendo em consideração o princípio assumido pela Equipa de Projeto (em linha com o que havia sido assumido pela equipa de projeto constituída pelo Despacho n.º 8300/2016), entendeu-se ser conveniente assumir como ponto de partida comum a todos os contratos os requisitos adicionais previstos para a renovação do Contrato de Gestão do Hospital de Loures.

2.2. Definição da Metodologia

28. 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.

29. 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?"

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 facto*[17].

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".

30. *Num segundo momento*, respondida a "*primeira questão central*", verifica-se que:

a) Nos casos em que o cenário escolhido seja o "cenário da internalização", a aplicação da Metodologia fica, de imediato, concluída, inferindo-se a partir daí o sentido da proposta de decisão da Equipa de Projeto;

b) Nos casos em que se encontre justificada a decisão de continuidade do "cenário da PPP", parte-se para a resposta a uma "*segunda questão central*":

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

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*".

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

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 de Vila Franca de Xira), 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

31. 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 de Cascais e de Braga, será também aplicada às PPP de Vila Franca de Xira e de Loures, que constituem o mandato atual da Equipa de Projeto –, importa agora descrever a forma como se entende que a Metodologia deve ser aplicada em concreto.

2.3.1. Primeiro momento de análise

32. 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;

b) Os resultados da avaliação técnica independente levada a cabo pela Entidade 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

[18] O referido 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.

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).

33. 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

b) Por outro lado, aferir o *value for money* da parceria, tendo por base uma comparação relativa, assente nos valores historicamente verificados, por confronto do hospital em causa com um conjunto de unidades hospitalares em gestão pública consideradas (de acordo com os critérios definidos pela Equipa de Projeto, melhor descritos no 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

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

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.

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

mesma revelar claramente um valor acrescentado para o erário público em face das demais alternativas (*value for money*).

36. 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 parte quantitativa da referida análise, aquando do lançamento de uma qualquer parceria, entende-se que esta deve basear-se no Custo Público Comparável ("**CPC**"), que, em termos conceptuais, se traduz na ferramenta de cálculo do custo total do projeto ao longo do ciclo de vida do mesmo, quando este é implementado, operado, gerido e financiado pelo sector público. Este cálculo afigura-se fundamental, não só para justificar os eventuais benefícios associados à opção pela modalidade de PPP e, assim, realizar a avaliação da economia, da eficiência e da eficácia de programas com recurso a parcerias dos sectores público e privado[20], 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

[20] 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

37. 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 do respetivo contrato), cuja aplicação entendeu a Equipa de Projeto ser de considerar como ponto de partida comum a todos os demais contratos (*cfr.* ponto 27 do presente Relatório)[21].

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*

[21] A consideração dos requisitos previstos para a renovação do contrato de gestão do Hospital de Loures não implica, contudo, uma aplicação rígida e formalista dos mesmos.

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

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

2.4. Breve descrição das soluções possíveis; remissão

38. 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);

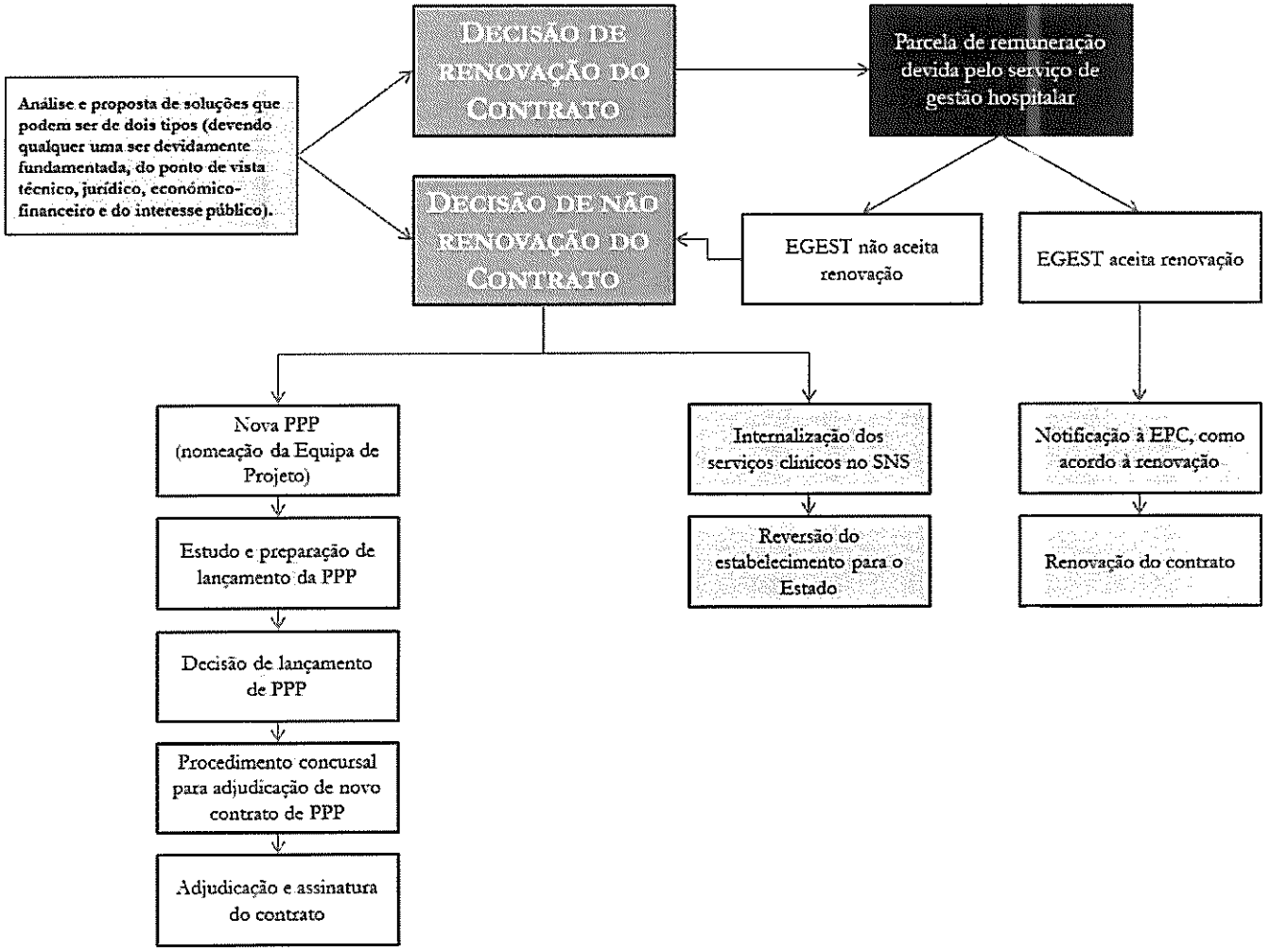
- Cenário B.2: **Adoção de outro modelo de contratação da gestão clínica**, concretizada pela implementação de um procedimento distinto do modelo de PPP[22];

- 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:

[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*".

Quadro 3 – Cenários relativos ao futuro dos Contratos de Gestão no sector da saúde



Fonte: Equipa de Projeto.

3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA AO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

39. 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 Vila Franca de Xira

3.1.1. Origem e antecedentes

40. O Hospital Distrital de Vila Franca de Xira, inicialmente denominado de Hospital da Misericórdia, foi inaugurado no ano de 1951 pela Santa Casa da Misericórdia.

Em 1972, a instituição passou para a dependência da Direção-Geral dos Hospitais, sendo qualificada como Hospital Distrital[23], mas continuando a desenvolver a sua atividade em terrenos da propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca de Xira, com instalações edificadas em três datas distintas.

Em 1993, o hospital passou a ser denominado de Hospital de Reynaldo dos Santos, por via de Despacho de 3 de dezembro de 1993, do Secretário de Estado da Saúde[24].

41. Ao longo dos tempos, com a necessidade de aumentar a capacidade de resposta do hospital às necessidades e exigências da população, foram realizadas várias obras de ampliação e remodelação das instalações, tendo ainda sido acrescentados ao hospital novos edifícios (o antigo Sanatório da Vialonga, em 1997; as instalações do hospital de dia de oncologia, arrendadas à Casa do Povo, em 1994; e um pavilhão cedido pela Câmara Municipal de Vila Franca de Xira em 2003, destinado à atividade de ambulatório da unidade autónoma da Consulta da Mulher e da Criança).

[23] Por via de Despacho de 20 de março de 1972, do Secretário de Estado da Saúde, Diário do Governo n.º 79 – II Série, de 4 de abril.

[24] Publicado no *Diário da República*, n.º 28 – II Série, de 3 de fevereiro de 1994.

42. No seu conjunto e apesar das obras de ampliação e beneficiação, a unidade hospitalar, localizada na zona antiga da cidade de Vila Franca de Xira, continuava a enfrentar obstáculos à prestação eficiente de cuidados de saúde à sua população, devido essencialmente aos seguintes fatores:

- As condições físicas e a situação geográfica não permitiam uma ampliação adequada às necessidades da população;
- As ampliações efetuadas no sentido de melhorar a prestação de cuidados, criaram infraestruturas disfuncionais dadas as limitações do espaço físico;
- A dificuldade em acompanhar a evolução tecnológica por inexistência de espaços adequados e impossibilidade de adequação dos existentes;
- As condições em que se processava a prestação de cuidados não asseguravam aos doentes um quadro de acolhimento humanizado e um atendimento compatível com os padrões definidos para o sistema de saúde português.

43. Em termos de perfil assistencial, o Hospital de Reynaldo dos Santos assegurava, à data da transmissão da gestão do estabelecimento hospitalar para o parceiro privado, a prestação de cuidados de saúde no âmbito das seguintes especialidades:

- Anestesiologia;
- Cardiologia;
- Cirurgia Geral;
- Dermato-venereologia;
- Gastroenterologia;
- Ginecologia / Obstetrícia;
- Imuno-hemoterapia;
- Medicina Física e de Reabilitação;
- Medicina Interna;
- Nefrologia;
- Oncologia Médica;
- Ortopedia;
- Pediatria;
- Urologia;
- Anatomia Patológica;

- Patologia clínica;
- Radiodiagnóstico.

Com uma lotação de 211 camas, dispunha de Bloco Operatório composto por 4 salas, das quais três localizadas no Bloco Operatório Central e uma integrada no Serviço de Ginecologia / Obstetrícia. Estava dotado de uma urgência médico-cirúrgica, com três áreas autónomas de atendimento, para resposta no âmbito da Urgência Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica. No que respeita à Consulta Externa desenvolvia a sua atividade em 17 gabinetes, dispondo ainda de uma Unidade Oncologia Médica que integrava o hospital de dia de quimioterapia.

Ao nível da atividade assistencial, nos dois últimos anos completos de gestão direta do estabelecimento hospitalar pelo Estado, ou seja, em 2009 e 2010, o Hospital de Reynaldo dos Santos registou os seguintes níveis e indicadores de atividade:

Quadro 4 – Níveis e indicadores de atividade do Hospital de Reynaldo dos Santos, em 2009 e 2010

Níveis e indicadores de atividade	2009	2010
Doentes Saídos (incluindo berçário)	10604	11069
Demora Média (incluindo berçário)	6,8	6,7
Demora Média (excluindo berçário)	7,1	7,0
Taxa Ocupação	90,4%	92,8%
Número de Cirúrgicas	4214	3933
Cirurgias programadas convencionais	2133	1968
Cirurgias urgentes	1175	1160
Cirurgias de ambulatório	906	805
Número episódios de ambulatório médico	2187	2261
Consultas Externas	65165	62790
Primeiras Consultas	25648	25848
Consultas Subsequentes	39517	36942
Número de Urgências	110571	112971
Urgência Geral	72621	72846
Urgência Pediátrica	33235	35387
Urgência Obstétrica	4715	4738
Número de Partos	1164	1168
Número de Sessões de Hospital de Dia que não geraram GDH	825	995
Oncologia	593	726
Imuno-hemoterapia	232	269

Fonte: ARSLVT.

A área de influência definida para o Hospital de Reynaldo dos Santos compreendia os concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira, competindo-lhe assegurar, em primeira linha, os cuidados de saúde requeridos pela respetiva população, referenciando para outras unidades hospitalares as situações que ultrapassavam o seu perfil assistencial ou a sua capacidade de resposta.

Já na vigência do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, o Hospital de Reynaldo dos Santos veio a ser extinto e integrado por fusão na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., através do Decreto-Lei n.º 219/2012, de 9 de outubro, considerando que, nos termos do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, a gestão do estabelecimento hospitalar foi transferida para a Entidade Gestora do Estabelecimento, bem como um conjunto de bens e relações jurídicas de que era titular o Hospital de Reynaldo dos Santos, deixando de se verificar justificação, no âmbito de uma gestão racional e eficiente dos bens públicos, para manter a existência do Hospital de Reynaldo dos Santos, enquanto estrutura esvaziada das suas atribuições.

3.1.2. Contexto e enquadramento legal

44. 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.

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

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

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

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

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

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

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.

3.1.3. Conceção do modelo contratual de parceria

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

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

47. 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.

48. 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 serviço ou falhas específicas (definidas e aplicadas de acordo com o previsto contratualmente).

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

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

O modelo foi ainda desenvolvido tendo em conta que, nos casos em que os novos hospitais se destinavam a substituir unidades existentes, como é o caso do Hospital de Vila Franca de Xira, o operador privado ficaria igualmente responsável pela gestão clínica do hospital a substituir durante o período em que decorresse a construção das novas instalações.

Desta forma, a responsabilidade pela transferência das operações da antiga unidade hospitalar para a nova unidade seria igualmente do parceiro privado.

3.1.4. Programa de PPP hospitalares em que se insere o Hospital de Vila Franca de Xira

49. 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 Vila Franca de Xira, 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).

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

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

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

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

3.1.5. Estudo, lançamento e contratualização da PPP relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira

52. Conforme consagrado nas Grandes Opções do Plano para 2005-2009, foi dada continuidade 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.

Neste quadro, foi nomeada, em abril de 2005, a comissão de acompanhamento incumbida de preparar todas as ações necessárias à fase de preparação e avaliação prévia do projeto relativo ao novo Hospital de Vila Franca de Xira.

53. O projeto do novo hospital passava pela substituição do complexo hospitalar já existente, o Hospital de Reynaldo dos Santos, considerado um hospital de Plataforma B, integrado na rede oficial hospitalar com a classificação equiparada a Hospital Geral e Distrital.

Tal como o Hospital de Reynaldo dos Santos, em termos de área de influência, o novo Hospital de Vila Franca de Xira foi projetado para ser o hospital de primeira linha, na totalidade das especialidades oferecidas pela sua carteira de serviços, para a população dos cinco concelhos que compõem a sua área de influência: Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira. No caso de valências mais diferenciadas, estas continuariam a ser referenciadas para os hospitais de Lisboa, nomeadamente o Hospital de Santa Maria.

54. De acordo com a metodologia definida, procedeu-se, então, 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 pela através da infraestrutura do Hospital de Reynaldo dos Santos;

b) "*Opção 1*", que previa a construção de uma nova unidade hospitalar, implicando a revisão do perfil assistencial do Hospital de Reynaldo dos Santos.

Uma "*opção intermédia*", que se poderia descrever como "*fazer o mínimo*", não foi expressamente considerada, uma vez que, na prática, corresponderia à opção de "*não fazer nada*" de diferente, mantendo o *status quo* e a lógica de intervenções pontuais e incrementais do passado, sem abordar o problema de fundo, da necessidade de uma nova solução infraestrutural e de um modelo de gestão mais eficiente.

55. A análise da "*Opção 0*" justificou-se de um ponto de vista metodológico, uma vez que, apesar das limitações provenientes das antigas infraestruturas, tinha sido realizado um

esforço de adaptação funcional dos espaços do Hospital de Reynaldo dos Santos no sentido de responder à evolução das necessidades da sua área de influência.

Contudo, o antigo hospital continuava a enfrentar um conjunto de problemas estruturais e desafios que tornavam a "*Opção 0*" uma solução incapaz de satisfazer esses propósitos e ultrapassar essas limitações, dentre as quais se destacava:

- A dispersão dos edifícios e serviços;
- A inadequação e antiguidade de determinadas instalações;
- A insuficiência de espaço em determinados serviços;
- As dificuldades de acesso ao hospital;
- A inexistência de um parque de estacionamento próprio; e
- A dificuldade em acompanhar a evolução tecnológica por impossibilidade de adaptação de espaços.

Estas limitações condicionavam, em larga medida, a satisfação das necessidades da população da área de influência do Hospital de Reynaldo dos Santos, tal como era evidenciado pelos seus níveis de capacidade de resposta. Efetivamente, tendo em conta o seu perfil assistencial, o Hospital de Reynaldo dos Santos apenas conseguia responder, no ano de 2003, a 75% dos casos de internamento gerados na sua área de influência, nas valências atendidas neste hospital, e a 57% das necessidades totais desta população. Por outro lado, mesmo para a população que utilizava o hospital, ficava patente alguma incapacidade de resposta, como revela o quadro seguinte:

Quadro 5 – Indicadores do Hospital de Reynaldo dos Santos, entre 1999 e 2003

Valores na unidade correspondente

Indicador	1999	2000	2001	2002	2003
Total doentes saídos (sem RN)	8 487	9 165	7 731	8 384	8 847
Recém Nascidos (RN)	1 397	1 378	1 229	1 183	1 133
Total doentes saídos	9 884	10 543	8 960	9 567	9 980
Demora média[1]	7,09	6,66	7,19	7,64	7,33
Taxa de ocupação	81%	83%	75%	85%	85%
Lotação[2]	203	202	203	207	209
% necessidades AI satisfeitos					
Face ao seu perfil	77%	82%	73%	76%	75%
Face à totalidade da procura	61%	64%	56%	57%	57%

Notas: [1] Sem recém-nascidos e Serviço de Observações
[2] Lotação média praticada que não inclui Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e camas do Serviço de Observações da Urgência (SO)

Fonte: ACSS.

De facto, as taxas de ocupação apresentadas pelo antigo hospital – acima da média do país para hospitais do mesmo tipo – eram um sinal de exiguidade das instalações. Em 2004 a taxa de ocupação média anual do hospital chegou aos 91%, tendo chegado a atingir, no caso das especialidades médicas, os 113%. De acordo com a então Administração do hospital, as limitações de capacidade existentes obrigavam, em períodos de maior afluência de doentes, como sucede nos meses de outubro a fevereiro, ao recurso à unidade de internamento da Arruda dos Vinhos e à utilização de macas. Adicionalmente, com o inevitável aumento da procura gerada por esta população, decorrente do aumento e envelhecimento populacionais, a capacidade de resposta do Hospital de Reynaldo dos Santos mostrava-se ainda menor nas antigas instalações.

56. Tendo em consideração as limitações existentes ao nível da dispersão, exiguidade e localização das instalações do Hospital de Reynaldo dos Santos, considerou-se que a opção de "*nada fazer*" deveria ser afastada.

Neste contexto, foi, então, considerada a "*Opção 1*", que apontava para a criação de um novo hospital. Paralelamente, a deslocalização da capacidade, não só facilitaria os acessos e descongestionaria o tráfego no centro da cidade de Vila Franca de Xira, como permitiria obter ganhos financeiros através *(i)* da redução dos custos de recuperação e manutenção de infraestruturas e *(ii)* da redução dos gastos operacionais, em resultado de uma maior eficiência na prestação de cuidados hospitalares, de uma menor dispersão de recursos e, ainda, do facto de deixar de se suportar uma renda mensal dos edifícios, então paga à Santa Casa da Misericórdia, no valor de 8 719 Euros, em janeiro de 2005.

57. Concluiu-se, enfim, que a resolução das carências infraestruturais do Hospital de Reynaldo dos Santos passava pela construção de um novo edifício de raiz. Assim, os serviços de Planeamento do Ministério da Saúde procederam a um ajustamento e à atualização do perfil assistencial do hospital, tendo em vista, por um lado, otimizar a utilização dos meios hospitalares disponíveis na zona de Lisboa e Vale do Tejo e, por outro, proporcionar uma melhor resposta às necessidades das suas populações.

58. Para além da carteira de cuidados hospitalares que já era assegurada pelo Hospital de Reynaldo dos Santos, consideraram-se ainda incluídas no perfil assistencial do novo Hospital de Vila Franca de Xira as seguintes valências:

- Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e da Adolescência: a inclusão de Psiquiatria prendeu-se, por um lado, com o facto de não existir qualquer oferta de cuidados de saúde desta especialidade na área de influência do novo hospital e, por outro, com o facto de a oferta ser igualmente diminuta no distrito de Santarém. No que respeita à Psiquiatria da Infância e da Adolescência, a rede de referenciação aconselhava a sua inclusão em hospitais com uma área de influência de cerca 250 000 habitantes, valor muito próximo do da população abrangida pela área de influência do novo Hospital de Vila Franca de Xira;
- Anatomia Patológica: de acordo com a Direção-Geral da Saúde, a inclusão da valência de Anatomia Patológica justificou-se pelo facto de esta especialidade ser imprescindível para o exercício assistencial em quase todas as especialidades médicas e cirúrgicas. Adicionalmente, a rede de referenciação de Anatomia Patológica defendeu a dotação do novo Hospital de Vila Franca de Xira com um Serviço de Tipo B;
- Pneumologia e Oftalmologia: estas valências foram introduzidas no perfil assistencial do novo Hospital de Vila Franca de Xira em consonância com as recomendações expressas da Direção-Geral da Saúde, que as reputou essenciais para a melhoria da capacidade de resposta do hospital às necessidades da população da sua área de influência, minimizando-se, dessa forma, a sua deslocação a outros hospitais da zona da Grande Lisboa.

Adicionalmente, alargou-se a capacidade de resposta de três das especialidades que já eram oferecidas no Hospital de Reynaldo dos Santos em regime de internamento, a saber:

- Doenças Infeciosas: à data, os cuidados da especialidade de Infeciologia eram prestados no serviço de Medicina Interna do Hospital de Reynaldo dos Santos. No entanto, a Rede de Referenciação hospitalar desta valência defendeu a dotação do Hospital de Vila Franca de Xira com uma unidade de Infeciologia, de forma a satisfazer de forma mais abrangente a procura destes cuidados pela população da sua área de influência;
- Oncologia Médica: à data, os cuidados da especialidade de Oncologia Médica eram prestados no serviço de Medicina Interna do Hospital de Reynaldo dos Santos.

No entanto, a Rede de Referenciação hospitalar de Oncologia defendeu a dotação do Hospital de Vila Franca de Xira com uma Unidade de Tipo C, de forma a satisfazer de forma mais abrangente a procura destes cuidados pela população da sua área de influência;

- Neurologia: à data, os cuidados da especialidade de Neurologia eram prestados no serviço de Medicina Interna do Hospital de Reynaldo dos Santos. A Rede de Referenciação de Neurologia definiu que deveriam existir Serviços de Neurologia para uma população mínima de 300 000 habitantes e Unidades de Neurologia nos hospitais que servem entre 100 a 300 mil habitantes. Desta forma e de acordo com a projeção da população da área de influência para 2016, o perfil do novo Hospital de Vila Franca de Xira foi projetado para disponibilizar, pelo menos, uma Unidade de Neurologia.

Neste contexto, o perfil assistencial do novo Hospital de Vila Franca de Xira traduziria uma melhoria, quer ao nível da abrangência, uma vez que iria contar com mais especialidades que o anterior hospital, quer, sobretudo, ao nível do aumento da capacidade de resposta nas valências que existiam no Hospital de Reynaldo dos Santos.

59. Relativamente à inclusão da área Materno-Infantil no perfil assistencial do novo Hospital de Vila Franca de Xira, procedeu-se a uma análise mais aprofundada desta questão, dada a incapacidade historicamente demonstrada pelo Hospital de Reynaldo dos Santos em atingir o número mínimo de partos exigido na altura pela Rede de Referenciação Materno-Infantil da Direção-Geral da Saúde (1264 partos, em média, nos últimos cinco anos, no Hospital de Reynaldo dos Santos face a um mínimo exigido de 1500 partos). Neste sentido, foram analisados dois cenários alternativos:

a) "*Opção 1A*", que previa a exclusão da área Materno-Infantil do perfil assistencial do novo Hospital de Vila Franca de Xira;

b) "*Opção 1B*", que previa a inclusão da área Materno-Infantil no perfil assistencial do novo Hospital de Vila Franca de Xira.

Ponderadas as duas opções mencionadas, optou-se pela inclusão da área Materno-Infantil no perfil assistencial do novo Hospital de Vila Franca de Xira ("*Opção 1B*"), na medida em que foi:

(i) verificada a existência de uma procura global gerada pela população da área de influência do novo Hospital de Vila Franca de Xira de 1644 partos em 2003, ou seja,

um número em 10% superior ao mínimo que era exigido pela Rede de Referenciação, o que permitia justificar o investimento em recursos humanos e materiais; e

(ii) ponderada a maior atração que a área Materno-Infantil do novo Hospital de Vila Franca de Xira exerceria sobre a população da sua área de influência que, à data, recorria a outros hospitais públicos e a unidades de saúde privadas, em resultado da oferta de melhores condições de atendimento, nomeadamente de anestesia epidural que, à data, inexistia no Hospital de Reynaldo dos Santos.

60. Quanto à área de influência do novo Hospital de Vila Franca de Xira, a mesma decorria da área de cobertura do Hospital de Reynaldo dos Santos, reportando-se aos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira, com uma população residente total, em 2001, de 217 444 habitantes, dos quais mais de metade proveniente do concelho de Vila Franca de Xira, seguindo-se os concelhos de Alenquer, com 18%, e os restantes três, com pesos inferiores a 11% do universo populacional considerado.

61. No âmbito dos trabalhos desenvolvidos, e justificada que se considerava a necessidade de construção de um novo complexo hospitalar, procedeu-se à análise e definição da via mais ajustada para implementar esse projeto, tendo-se 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.

62. Assim, terminada a fase de preparação e avaliação prévia do projeto do novo Hospital de Vila Franca de Xira e após emissão dos pareceres legalmente previstos, foi exarado o Despacho Conjunto n.º 770/2005, de 19 de setembro, do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, que aprovou as condições de lançamento da parceria relativa à construção e gestão do novo Hospital de Vila Franca de Xira, incluindo o programa de concurso e o caderno de encargos, tendo o início do procedimento sido autorizado através do Despacho do Ministro da Saúde n.º 25417/2005, de 16 de novembro.

No âmbito desse procedimento concursal e decorridas as respetivas fases, a negociação final com o agrupamento vencedor culminou com a adjudicação e assinatura de um contrato de gestão, em 25 de outubro de 2010, entre a ARSLVT, em representação do Estado Português, a Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. (na qualidade de EGEST) e a Escala Vila Franca, 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 abril de 2011.

Com a produção de efeitos do Contrato de Gestão, que ocorreu em 1 de junho de 2011, procedeu-se à transmissão do estabelecimento hospitalar do Hospital de Reynaldo dos Santos para a EGEST, que iniciou a respetiva gestão e exploração nos edifícios hospitalares antigos e, bem assim, foi dado início à construção do novo edifício hospitalar pela EGED, que entrou em funcionamento em março de 2013, tendo-se então procedido à transferência do estabelecimento hospitalar para essa nova unidade.

3.1.6. Perfil assistencial, dimensão e área de influência

63. Como ponto prévio importa ter presente que o perfil assistencial definido para período que mediou entre o início da produção de efeitos do Contrato de Gestão (a 1 de junho de 2011) e a entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar (a 28 de março de 2013) não contemplava a totalidade das especialidades incluídas na carteira de serviços a desenvolver pelo estabelecimento hospitalar nas novas instalações. Com efeito, nos cerca de 22 meses que precederam a transferência da atividade clínica para o novo edifício hospitalar, as especialidades de Doenças Infeciosas, Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e da Adolescência não integraram o perfil assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira. Acresce que as especialidades de Neurologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e de Pneumologia, apesar de consideradas no perfil assistencial estabelecido para o período de transição entre o momento da transmissão do estabelecimento hospitalar para o parceiro privado e a conclusão da transferência do estabelecimento hospitalar para o novo edifício hospitalar ("**Período de Transição**"), não se encontravam efetivamente disponíveis no momento da transmissão da gestão do estabelecimento hospitalar para o parceiro privado, ou seja, à data de 1 de junho de 2011.

Por outro lado, cumpre realçar que o novo edifício hospitalar de Vila Franca de Xira veio substituir uma infraestrutura envelhecida e manifestamente desadequada para responder às necessidades da população da área de influência. Assim, para além do referido alargamento do perfil assistencial, o estabelecimento hospitalar passou a dispor de melhores condições assistenciais, em resultado, nomeadamente: *(i)* da maior diferenciação e apetrechamento técnico; *(ii)* de melhores condições de conforto e humanização para os doentes e profissionais; *(iii)* do aumento da capacidade instalada, em particular, do bloco operatório; *(iv)* e de novas unidades de cuidados intensivos e intermédios e de cuidados especiais de neonatologia, inexistentes no antigo edifício ou com limitações no seu funcionamento, a que se junta a unidade de hemodiálise destinada ao tratamento em ambulatório de doentes insuficientes renais crónicos.

De acordo com o perfil assistencial definido para o novo edifício hospitalar, o Hospital de Vila Franca de Xira presta cuidados de saúde nas áreas *médica, cirúrgica e de diagnóstico e terapêutica*, nas especialidades a seguir descritas:

- *Especialidades médicas*:
  - Medicina Interna
  - Cardiologia
  - Dermato-venerologia
  - Gastrenterologia
  - Neurologia
  - Doenças Infecciosas
  - Oncologia Médica
  - Pediatria
  - Pneumologia
  - Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e da Adolescência
- *Especialidades cirúrgicas:*
  - Cirurgia Geral
  - Ortopedia
  - Urologia
  - Otorrinolaringologia
  - Oftalmologia;
  - Obstetrícia / Ginecologia
- *Diagnóstico e terapêutica*:
  - Anestesiologia
  - Anatomia Patológica
  - Imuno-hemoterapia
  - Patologia Clínica
  - Radiodiagnóstico
  - Medicina Física e de Reabilitação.

Adicionalmente, presta ainda cuidados no âmbito da medicina intensiva.

No *internamento normal*, dispõe de unidades de tratamento-tipo autónomas para os seguintes agrupamentos de especialidades:

- *Especialidades médicas*:
  - Medicina Interna

- Cardiologia
- Neurologia
- Gastrenterologia
- Oncologia Médica
- Doenças Infecciosas
- Pneumologia

– *Especialidades cirúrgicas:*

- Cirurgia Geral
- Ortopedia
- Urologia
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia

– *Materno-Infantil:*

- Pediatria (especialidade com instalações físicas próprias)
- Obstetrícia / Ginecologia (especialidade com instalações físicas próprias)

– *Psiquiatria:*

- Psiquiatria (o internamento, conjuntamente com a respetiva consulta externa e hospital de dia, constitui uma unidade autónoma)
- Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Esta especialidade partilha as instalações da unidade autónoma de psiquiatria no âmbito da atividade de ambulatório. No que concerne ao internamento, dispõe de uma unidade própria com 4 camas, localizada no piso 7, em área adjacente ao setor do internamento de Pediatria. No entanto, à luz da Rede de Referenciação Hospitalar ("**RRH**"), aprovada por Despacho da Ministra da Saúde, datado de 15 de junho de 2011, a valência de internamento apenas deveria ser desenvolvida no âmbito de unidade de internamento de pedopsiquiatria integrada em hospitais dotados de Departamento na sua estrutura orgânica, o que levou a que, ainda antes da abertura do novo estabelecimento hospitalar e com base num parecer prévio do Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, tenha sido decidida a não ativação desta valência no Hospital de Vila Franca de Xira, sendo as necessidades na Região de Lisboa e Vale do Tejo, tal como preconizado na RRH, assumidas pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Ao nível do *internamento especial*, presta cuidados intensivos, intermédios e especiais de neonatologia, nas seguintes unidades:

- Unidade Cuidados Intensivos Polivalente
- Unidade Cuidados Intermédios Polivalente
- Unidade Cuidados Intermédios Cirúrgicos e Pós-Anestésicos
- Unidade Cuidados Especiais de Neonatologia
- Unidade Cuidados Intermédios de Pediatria.

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.

O Hospital de Vila Franca de Xira trata ainda os doentes em regime ambulatório através do *hospital de dia médico-cirúrgico*, sendo este constituído por duas áreas distintas, e do *hospital de dia psiquiátrico*, também dotado de espaço próprio. Assegura ainda a diálise crónica a doentes da área de influência, dispondo para o efeito de uma Unidade de Hemodiálise.

Dispõe igualmente de um centro tecnológico para apoio ao internamento e ambulatório, constituído pelas seguintes áreas:

- Diagnóstico por imagem
- Exames especiais
- Análises (Anatomia Patológica, Patologia Clínica e Imuno-Hemoterapia).

Saliente-se que o novo edifício hospitalar foi dimensionado tendo em conta o definido no Anexo I ao Contrato de Gestão, que estipula como requisitos mínimos de capacidade: 280 camas, das quais 233 destinadas a internamento normal e as restantes 47 a internamento especial; 9 salas operatórias (4 para cirurgia programada, 2 para cirurgia de urgência e 3 para cirurgia de ambulatório); 26 gabinetes de consulta; 6 salas de parto no Bloco de Partos; 17 postos no Hospital de Dia Médico; Unidade de Hemodiálise com 25 postos para tratamento de doentes em programa de diálise regular em ambulatório; e 3 salas para 25 doentes/dia no Hospital de Dia de Psiquiatria.

Relativamente à lotação do internamento, importa salientar que o estabelecimento hospitalar, em resultado das elevadas taxas de ocupação, ampliou a sua capacidade instalada em 31 camas, estando dotado desde janeiro de 2016 de um total de 309 camas (excluindo desta contagem os 9 postos da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos). Este acréscimo implicou a realização de obras que visaram a conversão de 25 quartos individuais em duplos, bem como a intervenção num quarto de reserva que se encontrava por concluir/equipar e num compartimento já previsto originalmente como área de possível expansão, que acomodou 2 novos quartos duplos.

Quadro 6 – Lotação do Internamento do Hospital de Vila Franca de Xira

Lotação do Internamento (camas)	*Requisito mínimo de capacidade (anexo 1 ao Contrato Gestão)*	*Como construído (projeto contratual)*	*Após obras de expansão*
Internamento Normal	**233**	**237**	**268**
Internamento Especial	**47**	**50**	**50**
Unidade Cuidados Intensivos Polivalente	8	8	8
Unidade Cuidados Intermédios Polivalente	12	12	12
Unidade Cuidados Intermédios Cirúrgicos e Pós-Anestésicos	12	15	15
Unidade Cuidados Especiais de Neonatologia	9	9	9
Unidade Cuidados Intermédios de Pediatria	6	6	6
Total	**280**	**287**	**318**
Total sem postos Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos	**274**	**278**	**309**

Fonte: ARSLVT.

64. Por fim, o Hospital de Vila Franca de Xira tem como *área de influência* os concelhos de Alenquer, Azambuja, Arruda dos Vinhos e Vila Franca de Xira, do distrito de Lisboa, e o de Benavente, do distrito de Santarém, com uma população de aproximadamente 245 000 habitantes, de acordo com o Censos de 2011.

3.1.7. Mecanismos de remuneração e de determinação anual da produção

3.1.7.1. MECANISMOS DE REMUNERAÇÃO CONTRATUAL

65. 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 44.ª a 53.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 24.ª, n.º 3) ou as atividades específicas relacionadas com a promoção ou a prevenção da saúde nos termos das cláusulas 27.ª e 51.ª; bem como,

b) O ressarcimento de encargos decorrentes da dispensa de medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar (*cfr.* cláusula 28.ª, n.º 8).

Adicionalmente, constituem receitas da EGEST, nos termos do Contrato de Gestão, ***(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.

66. Voltando à remuneração base anual da EGEST, esta é composta pelas seguintes componentes[25]:

a) Uma componente relativa aos *serviços clínicos efetivamente prestados nas linhas de atividade* (internamento médico, internamento cirúrgico, ambulatório médico e cirurgia de ambulatório, internamento de doentes elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ("**RNCCI**"), urgência, consulta externa, hospital de dia médico e casos e atos específicos);

b) Uma componente relativa à *disponibilidade de serviços hospitalares específicos*, no caso, do serviço de urgência; e

[25] *Cfr.* cláusula 45.ª e Anexo VII ao Contrato de Gestão.

c) Uma componente correspondente a *ajustamentos a efetuar em função da prescrição de medicamentos* pelo Hospital de Vila Franca de Xira e adquiridos nas farmácias comunitárias.

As componentes *supra* referidas são pagas ***(i)*** por terceiros pagadores, na parcela correspondente ao montante a seu cargo; ***(ii)*** pelos utentes, na parte correspondente às taxas moderadoras; e ***(iii)*** pela EPC, na parcela correspondente ao montante a cargo do SNS (*cfr.* cláusula 47.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 Vila Franca de Xira (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 45.ª e Anexo VII 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 nas linhas de atividade.*

3.1.7.2. REMUNERAÇÃO PELA PRODUÇÃO CLÍNICA EFETIVA

67. 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 atividades[26]:

- Preço por doente equivalente no internamento médico, no internamento cirúrgico, no ambulatório médico e na cirurgia de ambulatório;
- Preço por diária de internamento de doentes 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**")[27].

[26] *Cfr.* cláusula 45.ª e Anexo VII ao Contrato de Gestão.

[27] De acordo com o Anexo VII do Contrato de Gestão, na revisão dos preços unitários poderia ainda ser aplicada, na fórmula relativa à atualização dos preços, um valor referente ao diferencial de correção de preços, tendo esse diferencial, de acordo com o n.º 11 da cláusula 45.ª do Contrato de Gestão, sido fixado em 10%, relativamente às diferentes áreas de produção, apenas no ano de 2012 (e em 0% nos restantes anos). Na medida em que, tal como previsto contratualmente, este mecanismo apenas foi objeto de aplicação num único exercício, no âmbito do presente Relatório não será feita nova referência à aplicação do diferencial de correção de preços.

No internamento e ambulatório[28] e na urgência, o Contrato de Gestão estabelece ainda dois *escalões de produção* com preços unitários diferentes, em que o preço no segundo escalão de produção é inferior ao definido para o primeiro escalão[29].

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.

Por outro lado, na urgência, não existe limite à produção (número de atendimentos em urgência – *cfr.* cláusula 45.ª e Anexo VII ao Contrato de Gestão).

68. 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**")[30], 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 Vila Franca de Xira.

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

---

[28] 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 apenas o ambulatório médico e 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.

[29] 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 (*cfr.* alínea a) do n.º 3 da cláusula 43.ª do Contrato de Gestão).

[30] 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.

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
- Por outro lado, nos hospitais EPE, o ICM fixado anualmente nos contratos programa corresponder a um *ICM referente a um determinado ano anterior*, sem correção posterior em função do ICM real.

3.1.7.3. PRODUÇÃO E PAGAMENTO

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

70. 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 prevista[31] para cada ano, que ocorre, mediante iniciativa e proposta da EGEST, entre 30 de setembro e 15 de novembro do ano

[31] Isto é, do conjunto de prestações de saúde a realizar através do estabelecimento hospitalar, num dado 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 atividade[32].

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 dentro dos limites inferior e superior da utilização hospitalar, de acordo com o perfil assistencial, pela população da área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira, verificada nos cinco anos imediatamente anteriores.

Independentemente de a produção prevista ser fixada por via do acordo ou por determinação unilateral, o pagamento da remuneração da EGEST processa-se mediante pagamentos mensais, por conta, de igual valor e correspondentes, no seu total, a 90% do valor previsível da parcela a cargo do SNS[33].

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 Vila Franca de Xira e adquiridos nas farmácias comunitárias;
- Ao apuramento da produção prestada a utentes cuja responsabilidade caiba a terceiros pagadores (a deduzir à remuneração base anual);

[32] *Cfr.* cláusula 53.ª do Contrato de Gestão.

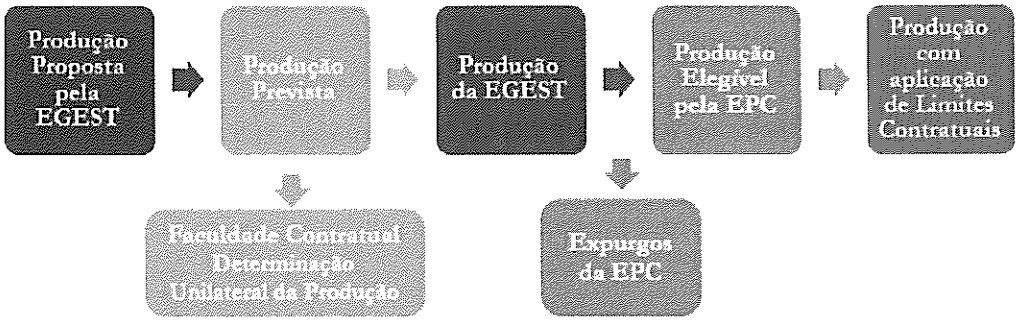
[33] *Cfr.* cláusula 48.ª do Contrato de Gestão.

- Ao apuramento do montante das receitas devidas por terceiros pagadores, a reter e a entregar à EPC (a deduzir à remuneração base anual);
- Ao apuramento do montante das taxas moderadoras 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
- À verificação da existência de falhas específicas e ao cálculo do respetivo montante, a deduzir à remuneração base anual.

71. 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.

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

Esquema 7 – Passos necessários ao apuramento da remuneração a pagar pela produção efetiva



Fonte: Equipa de Projeto.

3.1.7.4. REGIME DE REMUNERAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE RISCO

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

Ora, conforme *supra* referido, a remuneração anual da EGEST dependerá dos resultados verificados pela EPC, tendo em conta a produção efetiva elegível, a disponibilidade do serviço 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.

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

- ***Risco de procura***

75. 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 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***

76. 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***

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

a) Cabe à EGEST assegurar a disponibilidade do serviço de urgência, acarretando, a indisponibilidade, total, momentânea ou de partes funcionais, a aplicação de deduções por falhas de disponibilidade deste serviço;

b) O não cumprimento dos níveis de desempenho fixados no Contrato de Gestão pode implicar a aplicação de outras deduções na remuneração;

c) A EGEST retém o risco de ter produção não remunerada quando acima da produção prevista, nos termos dos limites estabelecidos contratualmente;

d) A EGEST retém o risco de estar a alocar uma estrutura de recursos humanos e de custos fixos desadequada e com níveis de eficiência insuficientes para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e racionalidade económica.

78. Em suma, o mecanismo de remuneração da EGEST conduz a uma efetiva e considerável transferência de riscos para o parceiro privado que, considerando a *rigidez* do mecanismo de remuneração que lhe é aplicado, terá sempre um incentivo *natural* a alocar de

forma eficiente e com qualidade os recursos, humanos e materiais, por forma a gerir da melhor forma esses riscos.

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

- Valor de convergência compensatório da ineficiência;
- Verba de convergência para regularização de dívidas;
- Verba de convergência de acordo com medidas extraordinárias para reequilíbrio financeiro;
- Verba de convergência para compensação por acréscimo de gastos com pessoal;
- 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 Vila Franca de Xira, 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.

3.1.7.5. PROTOCOLOS ADICIONAIS

79. Em 31 de maio de 2011, foi assinada pelas partes a *«Declaração de Interpretação do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira – Prestação de Actos em Ambulatório a Doentes portadores de VIH/SIDA durante o Período de Transição»* ("**Declaração Interpretativa**"), na qual se estabeleceu e regulou a responsabilidade e os encargos associados à dispensa de terapêutica anti-retrovírica para o tratamento da infeção pelo VIH/SIDA no Período de Transição (no Hospital de Reynaldo dos Santos), tendo em conta que a especialidade de Doenças Infeciosas só seria integrada no Hospital de Vila Franca de Xira depois da transferência para o novo edifício hospitalar.

A Declaração Interpretativa produziu, assim, os seus efeitos entre 1 de junho de 2011 (data da transmissão do estabelecimento hospitalar) e até à conclusão da transferência do estabelecimento para o novo edifício hospitalar (2013), cessando os seus efeitos com essa transferência e não se encontrando atualmente em vigor.

3.2. Avaliação do Modelo de PPP

80. Descrita, ainda que abreviadamente, a realidade clínica e contratual da PPP relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira, 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 8* ao presente Relatório).

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

a) A evolução da produção e do valor de remuneração do hospital, procurando-se analisar em que medida esta evolução reflete apenas a dinâmica da procura ou se pode ter estado condicionada por questões de índole orçamental;

b) A análise histórica dos principais indicadores de eficiência e de eficácia do hospital, com vista a avaliar em que medida terá o parceiro privado alcançado os resultados desejados e esperados com a parceria, num contexto de utilização

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

c) Análise dos constrangimentos à *execução de facto* de algumas disposições contratuais, a fim de averiguar em que medida foram cumpridos os desígnios traçados *ab initio* em termos de *standards* de qualidade e serviço da atividade assistencial objeto da parceria;

d) Ao nível da vertente da economia, ***(i)*** a comparação entre a poupança estimada aquando do lançamento da parceria com a poupança efetivamente alcançada, tendo por base a estrutura de custos subjacente ao cálculo do CPC realizado aquando do estudo e preparação da PPP, ***(ii)*** a comparação entre o previsto no caso base original ("**Caso Base**") (*cfr.* Anexo XV 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 Vila Franca de Xira 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.

81. 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) Indicadores de atividade: 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) Indicadores de qualidade: 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;

d) Indicadores de eficiência: destacando-se, nomeadamente, a produtividade dos recursos humanos, a demora média, a evolução das listas de espera e do tempo médio de espera.

82. Num **segundo momento** (*cfr.* capítulo 3.2.1.2. do presente Relatório), procura-se, recorrendo à figura do *benchmarking*, comparar o modelo de PPP, no caso concreto do Hospital de Vila Franca de Xira, 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 Vila Franca de Xira.

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 Vila Franca de Xira e aqueles que se estima que seriam suportados, caso se admitisse um custo por doente padrão semelhante àquele que se verifica nos hospitais em gestão pública[34], considerados comparáveis com o Hospital de Vila Franca de Xira (*cfr.* capítulo 3.2.1.2.1. do presente Relatório);
- Os níveis de eficiência relativa do Hospital de Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira 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

[34] Considerando apenas os custos destes hospitais relativos à prestação dos serviços clínicos.

públicos face a outros modelos de contratação, bem como a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço.

Por outro lado, e tendo em consideração que, ao nível da repartição de responsabilidades, o modelo de PPP 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.

83. Para efeito das análises dos capítulos seguintes, foi considerado o período de 2014 a 2017, pelo facto de se admitir que este representa efetivamente o período de *velocidade cruzeiro* da parceria. Com efeito, não obstante o Contrato de Gestão tenha começado a produzir efeitos a 1 de junho de 2011, encontrava-se previsto o Período de Transição, que mediou entre o momento da transmissão do estabelecimento hospitalar para o parceiro privado e a conclusão da transferência do estabelecimento hospitalar para o novo edifício hospitalar, o que veio a ocorrer a 3 de abril de 2013, constituindo, portanto, o ano de 2014 o primeiro ano completo de atividade do novo hospital.

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

Por outro lado, considerou-se 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

84. Tal como decorre da Metodologia, a "avaliação do contrato de gestão em vigor", no caso concreto do Hospital de Vila Franca de Xira 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 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*

85. Aquando da fase de preparação do lançamento do procedimento com vista à formação do contrato de gestão relativo ao Hospital de Vila Franca de Xira, em modelo de PPP, e nos termos do previsto no enquadramento legal das PPP que vigorava à altura, foram realizados diversos estudos (destacando-se o "Estudo Estratégico e Económico-Financeiro"), designadamente com os objetivos de ***(i)*** aferir a necessidade de construção do novo Hospital de Vila Franca de Xira, ***(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 conceptuais, se traduz na ferramenta de cálculo do custo total do projeto ao longo do ciclo de vida do mesmo, quando este é implementado, operado, gerido e financiado pelo setor público, servindo, portanto, como *benchmark* para efeitos de opção quanto à modalidade de contratação do projeto pelo setor público e ainda para fins de comparabilidade das propostas dos concorrentes, quando selecionado o regime de PPP, permitindo escolher entre opções com o mesmo nível de *performance*/valor, aquela que representa um custo inferior.

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

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

86. Tendo por base as anteriores premissas e depois de avaliada a proposta do concorrente vencedor – o agrupamento Escala Vila Franca –, a comissão de avaliação de propostas concluiu, no seu relatório final, datado de 13 de outubro de 2010, 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 2007, uma poupança de 26,5%, por comparação do valor da proposta adjudicada (que decorre da negociação final) com o valor do CPC.

Quadro 8 – Poupança do CPC (negociação final)

Valores em milhares de euros

Análise do CPC	
Valores CPC	480.000
Valor proposta adjudicada	352.900
% de poupança no CPC	-26,5%

Notas: O valor do CPC apresentado inclui apenas a componente de gestão clínica e respeita ao cenário de eficiência moderado.
O valor da proposta adjudicada refere-se apenas à gestão clínica.

Fonte: Modelo financeiro relativo ao CPC e relatório final da comissão de avaliação.

3.2.1.1.2. *Análise da evolução da produção e da remuneração*[35]

87. A produção prevista é, tal como melhor descrito no ponto 70 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 5 da cláusula 53.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.

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

[35] 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.

Quadro 9 – Produção prevista

Valores nas unidades de produção aplicáveis

Produção Prevista	2014	2015	2016	2017	2018	2019	CAGR 2014-2017	CAGR 2014-2019
Internamento e Ambulatório								
N.º de episódios	23 599	25 032	26 092	26 694	28 478	29 713	4,2%	4,7%
Internamento	14 381	14 249	14 435	14 686	14 956	15 797	0,7%	1,9%
Ambulatório	9 218	10 783	11 657	12 008	13 522	13 916	9,2%	8,6%
Doentes equivalentes	22 865	24 441	25 527	26 073	27 851	29 087	4,5%	4,9%
Internamento	13 647	13 658	13 870	14 065	14 329	15 171	1,0%	2,1%
Ambulatório	9 218	10 783	11 657	12 008	13 522	13 916	9,2%	8,6%
ICM global	0,783	0,755	0,736	0,734	0,724	0,745	-2,1%	-1,0%
Internamento RNCCI								
N.º de dias	500	1 968	2 380	3 268	3 268	4 025	87,0%	51,8%
Consulta Externa								
Primeiras consultas	47 569	51 733	52 677	50 008	50 808	52 482	1,7%	2,0%
Consultas subsequentes	77 253	85 893	91 645	94 314	99 735	103 019	6,9%	5,9%
N.º de consultas	124 822	137 626	144 322	144 322	150 543	155 501	5,0%	4,5%
Urgência								
1.º Escalão	51 201	60 132	66 437	67 637	70 056	67 330	9,7%	5,6%
Atendimentos verdes e azuis	50 390	49 027	49 790	51 790	52 898	55 864	0,9%	2,1%
N.º de atendimentos	101 591	109 159	116 227	119 427	122 954	123 194	5,5%	3,9%
Hospital de Dia								
Psiquiatria	2 000	2 220	1 821	1 581	1 581	2 389	-7,5%	3,6%
Outras sessões	696	900	1 562	2 042	2 242	2 424	43,2%	28,3%
N.º de sessões	2 696	3 120	3 383	3 623	3 823	4 813	10,4%	12,3%

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT.

Dos valores apresentados conclui-se o seguinte:

- Em termos globais, entre 2014 e 2017, com exceção das sessões de hospital de dia de psiquiatria, todas as áreas de atividade registaram uma taxa de crescimento média anual da produção prevista positiva, destacando-se, em larga medida, a área do ambulatório, que cresceu a uma média anual de 9,2%, aumentando o seu peso relativo no total dos doentes equivalentes de internamento e ambulatório, de 40% em 2014 para 46% em 2017 (e 48% em 2019). Esta evolução reflete, fundamentalmente, o aumento do número de sessões de hemodiálise e de quimioterapia, realizadas em ambulatório médico, tendo esta área de produção registado uma taxa de crescimento média anual de 14% entre 2014 e 2017, a que acresce também um reforço da contratação no âmbito da cirurgia de ambulatório que cresceu a uma taxa média anual de 5% em igual período;
- Quando considerados os anos de 2018 e 2019, verifica-se um impacto positivo ao nível da taxa de crescimento média anual da área de internamento, de hospital de dia e das primeiras consultas, o que se justifica pelo facto de nestas linhas a produção prevista ter sido revista em alta.

89. 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 Vila Franca de Xira, antes de aplicados os limites estabelecidos no Contrato de Gestão para efeitos de determinação da remuneração da EGEST.

Quadro 10 – Produção proposta pela EGEST, produção prevista e produção efetiva sem limites

Valores nas unidades de produção aplicáveis

P EGEST vs PPrevista vs PE sem limites	2014					2015				
	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio PE s/lim. vs PPrevista	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio PE s/lim. vs PPrevista
Internamento e Ambulatório										
N.º de episódios	**25.432**	**23.599**	**23.304**	**8%**	**-1%**	**29.057**	**25.032**	**26.920**	**16%**	**8%**
Internamento	15.134	14.381	13.843	5%	-4%	15.800	14.249	14.684	11%	3%
Ambulatório	10.298	9.218	9.461	12%	3%	13.257	10.783	12.236	23%	13%
Doentes equivalentes	**24.547**	**22.865**	**22.905**	**7%**	**0%**	**28.131**	**24.441**	**26.555**	**15%**	**9%**
Internamento	14.249	13.647	13.443	4%	-1%	14.874	13.658	14.319	9%	5%
Ambulatório	10.298	9.218	9.462	12%	3%	13.257	10.783	12.236	23%	13%
ICM global	**0,753**	**0,783**	**0,773**	**-4%**	**-1%**	**0,715**	**0,755**	**0,733**	**-5%**	**-3%**
Internamento RNCCI										
N.º de dias	500	500	2.625	0%	425%	2.300	1.968	2.374	17%	21%
Consulta Externa										
Primeiras consultas	51.165	47.569	48.061	8%	1%	53.757	51.733	54.020	4%	4%
Consultas subsequentes	88.027	77.253	78.123	14%	1%	95.923	85.893	92.351	12%	8%
N.º de consultas	**139.192**	**124.822**	**126.184**	**12%**	**1%**	**149.679**	**137.626**	**146.371**	**9%**	**6%**
Urgência										
1.º Escalão	50.794	51.201	51.201	-1%	0%	59.682	60.132	60.132	-1%	0%
2.º Escalão	0	0	8.874	0%	0%	0	0	5.544	0%	0%
Atendimentos verdes e azuis	48.591	50.390	48.350	-4%	-4%	48.279	49.027	48.190	-2%	-2%
N.º de atendimentos	**99.385**	**101.591**	**108.425**	**-2%**	**7%**	**107.962**	**109.159**	**113.866**	**-1%**	**4%**
Hospital de Dia										
Psiquiatria	1.500	2.000	1.786	-25%	-11%	2.400	2.220	1.622	8%	-27%
Outras sessões	2.332	696	589	235%	-15%	900	900	1.673	0%	86%
N.º de sessões	**3.832**	**2.696**	**2.375**	**42%**	**-12%**	**3.300**	**3.120**	**3.295**	**6%**	**6%**

P EGEST vs PPrevista vs PE sem limites	2016					2017				
	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio PE s/lim. vs PPrevista	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio PE s/lim. vs PPrevista
Internamento e Ambulatório										
N.º de episódios	**29 357**	**26 092**	**28 357**	**13%**	**9%**	**28 634**	**26 694**	**28 966**	**7%**	**9%**
Internamento	15 120	14 435	15 705	5%	9%	15 986	14 686	15 471	9%	5%
Ambulatório	14 237	11 657	12 652	22%	9%	12 648	12 008	13 495	5%	12%
Doentes equivalentes	**28 698**	**25 527**	**27 686**	**12%**	**8%**	**27 970**	**26 073**	**28 349**	**7%**	**9%**
Internamento	14 461	13 870	15 034	4%	8%	15 322	14 065	14 854	9%	6%
Ambulatório	14 237	11 657	12 652	22%	9%	12 648	12 008	13 495	5%	12%
ICM global	**0,708**	**0,736**	**0,734**	**-4%**	**0%**	**0,729**	**0,734**	**0,730**	**-1%**	**-1%**
Internamento RNCCI										
N.º de dias	1 968	2 380	3 430	-17%	44%	2 760	3 268	3 036	-16%	-7%
Consulta Externa										
Primeiras consultas	55 437	52 677	53 735	5%	2%	51 148	50 008	50 957	2%	2%
Consultas subsequentes	97 827	91 645	94 753	7%	3%	96 104	94 314	102 353	2%	9%
N.º de consultas	**153 264**	**144 322**	**148 488**	**6%**	**3%**	**147 252**	**144 322**	**153 310**	**2%**	**6%**
Urgência										
1.º Escalão	65 437	66 437	66 437	-2%	0%	70 657	67 637	67 637	4%	0%
2.º Escalão	0	0	5 279	0%	0%	0	0	2 774	0%	0%
Atendimentos verdes e azuis	46 790	49 790	52 534	-6%	6%	54 496	51 790	54 560	5%	5%
N.º de atendimentos	**112 227**	**116 227**	**124 250**	**-3%**	**7%**	**125 153**	**119 427**	**124 971**	**5%**	**5%**
Hospital de Dia										
Psiquiatria	1 866	1 821	1 622	2%	-11%	1 927	1 581	1 240	22%	-22%
Outras sessões	1 562	1 562	2 322	0%	49%	2 118	2 042	2 424	4%	19%
N.º de sessões	**3 428**	**3 383**	**3 944**	**1%**	**17%**	**4 045**	**3 623**	**3 664**	**12%**	**1%**

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 aos anos de 2016 e 2017, 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 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Da análise dos referidos quadros é possível concluir que ***(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 tendencialmente superiores nos primeiros anos de análise, sobretudo em 2014 e 2015, esbatendo-se nos anos seguintes, destacando-se apenas o ano de 2014, onde, na área do hospital de dia, a proposta do parceiro privado foi substancialmente superior à produção prevista[36], verificando-se, no entanto, que os valores de produção efetiva vieram a revelar-se inferiores aos da produção prevista e, logo, substancialmente inferiores

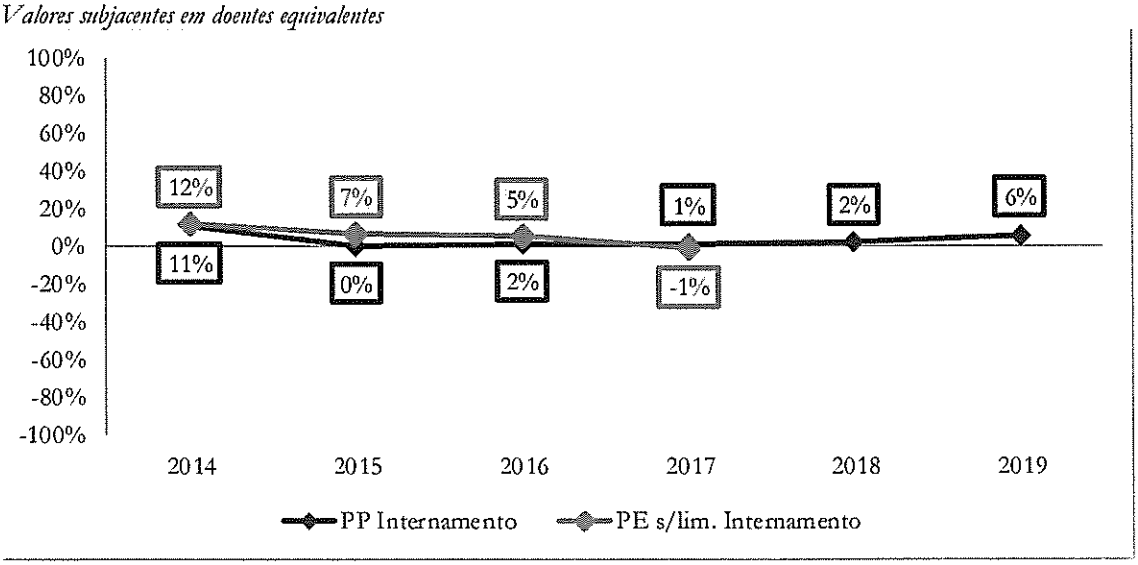
[36] O que, de acordo com informações prestadas pelo gestor do contrato, se deve ao facto de o processo negocial desta linha de produção ter sido encetado num quadro de alguma incerteza, resultante do facto de a atividade do hospital de dia apenas ter passado a existir no novo edifício hospitalar.

aos da estimativa inicial do parceiro privado, e ***(iii)*** em termos globais, entre 2015 e 2017, a produção efetiva sem limites ficou tendencialmente acima da produção prevista.

90. 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 entre 2014 e 2016 o aumento da produção prevista não foi suficiente para acomodar o crescimento da produção efetiva, embora tal não se tenha traduzido em doentes equivalentes não remunerados, uma vez que toda a produção efetiva realizada foi acomodada dentro dos primeiro e segundo escalões de produção previstos contratualmente para a área do internamento.

Gráfico 1 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em internamento, entre 2014 e 2017

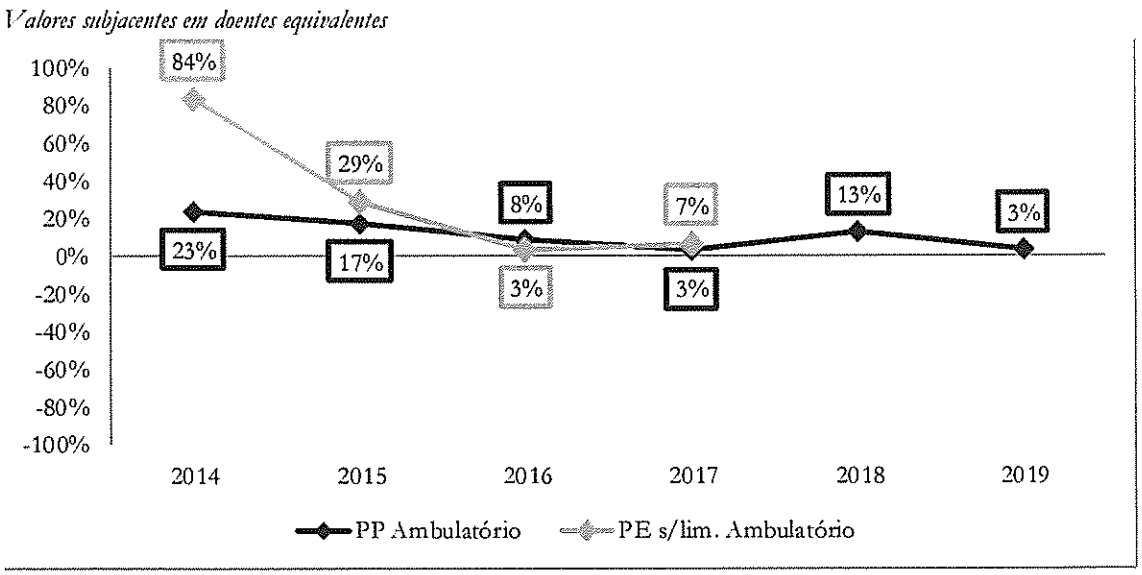
Valores subjacentes em doentes equivalentes



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 ambulatório o crescimento da produção efetiva foi na generalidade do período analisado superior ao da produção prevista. Importa notar, no entanto, que à semelhança da área de internamento, também na área do ambulatório se constatou não terem existido doentes equivalentes fora dos primeiro e segundo escalões, pelo que toda a produção realizada foi efetivamente remunerada.

Gráfico 2 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em ambulatório, entre 2014 e 2017

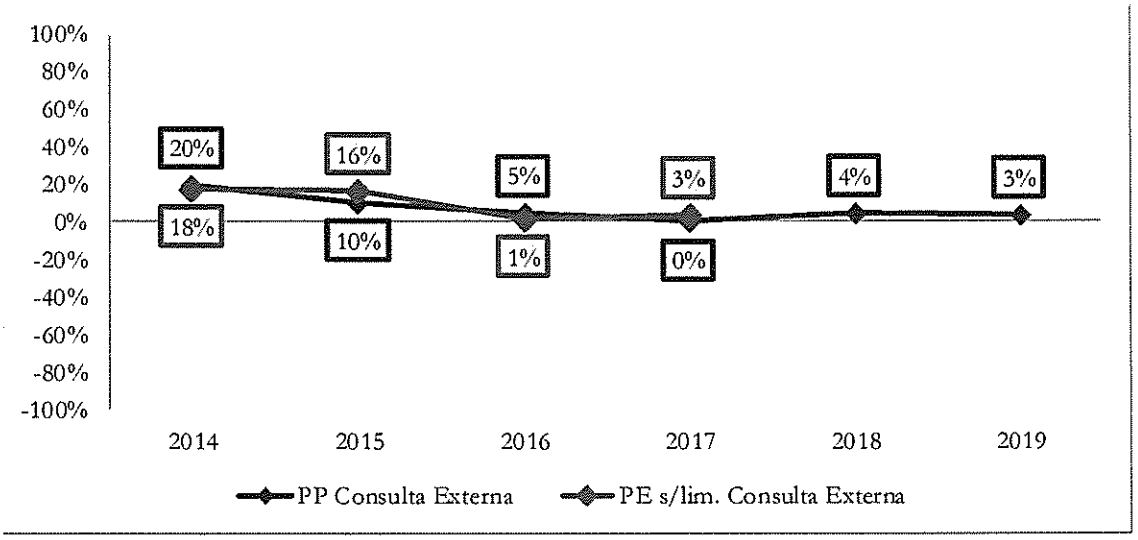


Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST.

No caso da consulta externa, constata-se não ter existido uma tendência uniforme da evolução das taxas de crescimento da produção prevista e da produção efetiva, sendo contudo importante referir que, sem prejuízo da divergência verificada ao nível das taxas de crescimento, que foram sempre positivas, verificou-se em todos os anos analisados 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 3.1.7.2. do presente Relatório).

Gráfico 3 – Taxas de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em consulta externa, entre 2014 e 2017

Valores subjacentes em número de consultas

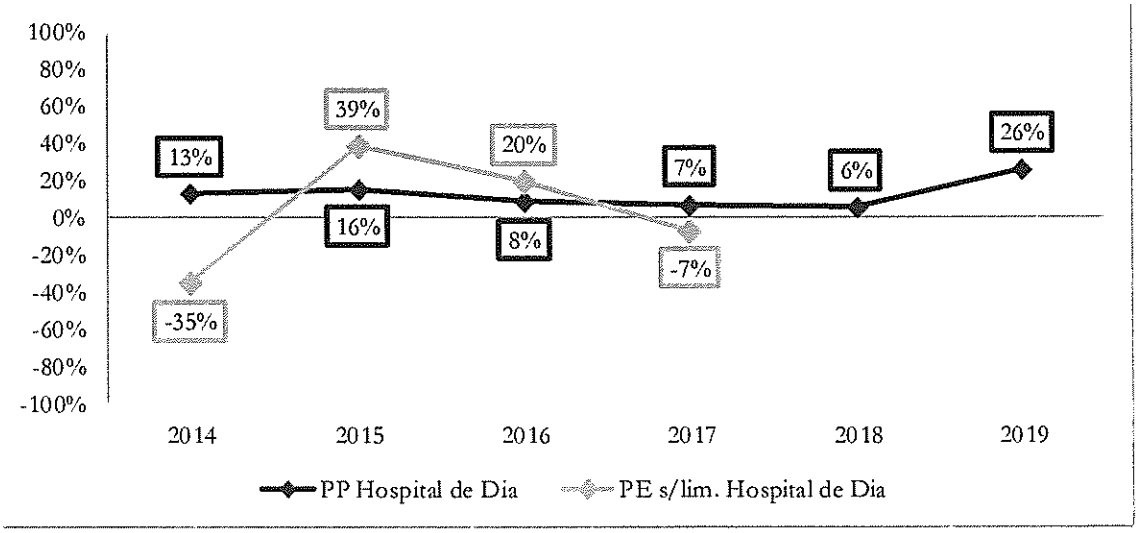


Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST.

Também na área de hospital de dia se constata não ter existido uma tendência uniforme da evolução das taxas de crescimento da produção prevista e da produção efetiva, tendo-se verificado a existência de sessões não remuneradas entre 2015 e 2017 (em virtude de terem sido ultrapassados os limites à produção efetiva para efeitos da remuneração previstos contratualmente, *cfr.* melhor detalhado no capítulo 3.1.7.2. do presente Relatório).

Gráfico 4 – Taxas de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista em hospital de dia, entre 2014 e 2017

Valores subjacentes em número de sessões



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

91. Relativamente à **produção efetiva**, importa relembrar que o Contrato de Gestão prevê a aplicação de limites (*cfr.* capítulo 3.1.7.2. 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 referido 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 verificou-se a existência de produção efetiva acima dos limites relativos à remuneração e, consequentemente, a existência de produção não remunerada.

Quadro 11 – Proporção da produção efetiva com limites na produção efetiva sem limites, entre 2014 e 2017

Valores subjacentes nas unidades de produção aplicáveis

PE com limites / PE sem limites	2014	2015	2016	2017
Internamento e Ambulatório				
Doentes equivalentes (Int e Amb.)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
ICM global	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Internamento RNCCI				
N.º de dias	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Consulta Externa				
N.º de consultas	98,9%	94,0%	97,2%	94,1%
Urgência				
N.º de atendimentos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Hospital de Dia				
N.º de sessões	100,0%	84,3%	82,9%	93,5%

Nota: Com referência aos anos de 2016 e 2017, 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 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

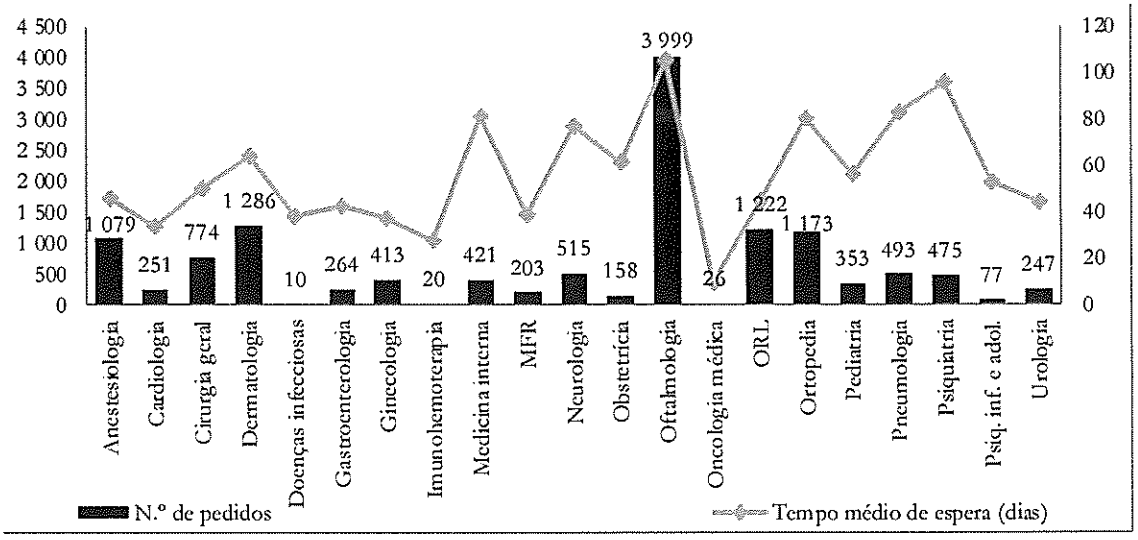
Quanto à questão das diferenças entre a produção efetiva com limites e a produção efetiva sem limites no caso das consultas externas subsequentes, cumpre sublinhar que, não obstante a EPC ter contratado um nível crescente de consultas subsequentes entre 2014 e 2017a produção efetiva da EGEST tem, ainda assim, superado a produção prevista.

Por outro lado, depois de entre 2014 e 2016 ter registado uma tendência crescente, em 2017 verificou-se uma redução ao nível das primeiras consultas contratadas, o que poderá justificar que no final de 2017 existissem determinadas especialidades (*cfr.* se verifica no gráfico seguinte) que, para a primeira consulta, apresentavam elevados tempos médios de espera e número de inscritos em lista de espera, com destaque para a especialidade de oftalmologia. No sentido de aumentar o acesso, em 2019 a EPC tornou a aumentar a

contratação de primeiras consultas, dando primazia às especialidades mais problemáticas em termos de número de utentes em espera e tempos médios de espera.

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

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



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

Com efeito, de acordo com o gráfico seguinte, é possível verificar que a especialidade de oftalmologia corresponde àquela em que se verificou (em 2016 e 2017) o maior número de consultas realizadas fora do Tempo Máximo de Resposta Garantido ("**TMRG**")[37], constatando-se que menos de 20% das primeiras consultas desta especialidade foram realizadas em cumprimento do mesmo.

Embora a EGEST tenha superado os valores de produção prevista nesta linha de atividade em todos os anos analisados, existiam ainda muitas outras especialidades cujos tempos médios de espera verificados em 2016 e 2017 superavam o TMRG, mesmo considerando o valor máximo de 150 dias relativo às consultas de prioridade normal.

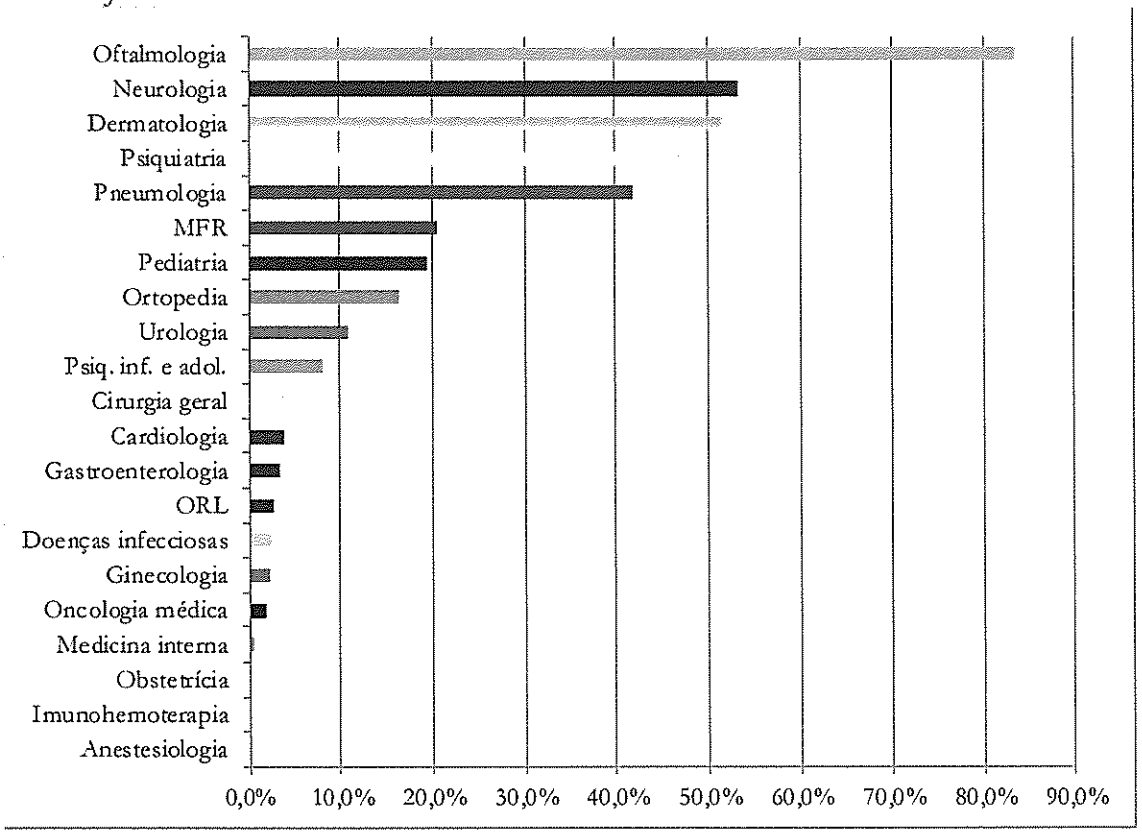
Ainda assim, comparativamente com os hospitais do grupo de referência considerado pela Equipa de Projeto, o Hospital de Vila Franca de Xira apresentava no final de 2017 listas

[37] 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 passa a ser de 120 dias seguidos contados a partir do registo do pedido da consulta.

de espera para primeira consulta inferiores às da média dos referidos hospitais, *cfr.* Gráfico 92.

Gráfico 6 – Percentagem de consultas realizadas fora do tempo máximo de resposta garantido, por especialidade, em termos médios em 2016 e 2017

Valores subjacentes em número de consultas

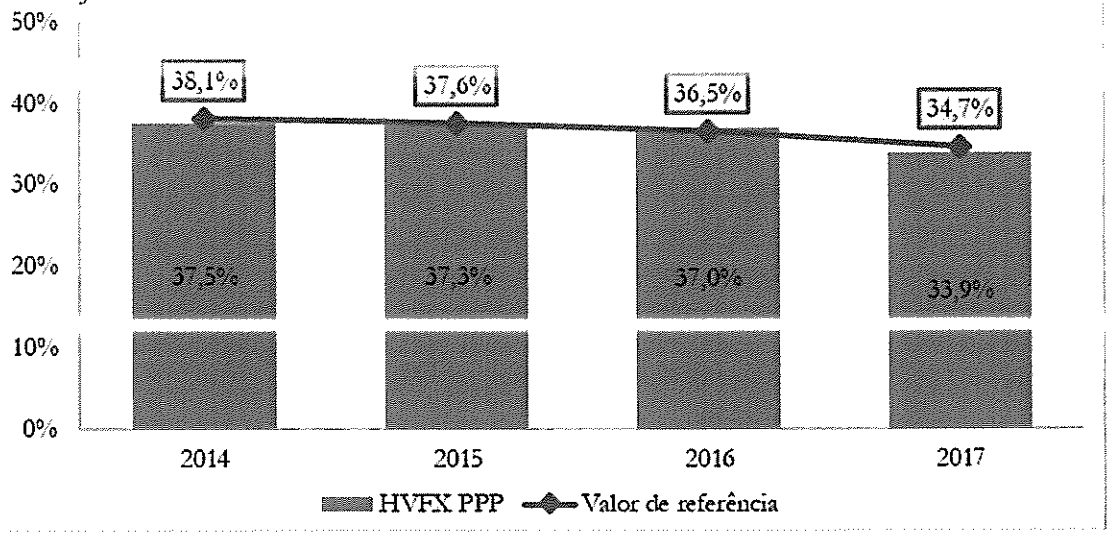


Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

Em linha com o raciocínio apresentado *supra*, verifica-se, no gráfico seguinte, que, efetivamente, o peso das primeiras consultas no total das consultas externas registou uma tendência de redução entre 2014 e 2017, tendo-se situado abaixo do valor de referência estabelecido pelo parceiro público em todos os anos em análise, exceto em 2016.

Gráfico 7 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas, entre 2014 e 2017

Valores subjacentes em número de consultas



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.

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

92. 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[38], 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 2014 e de 2015, correspondendo os valores da produção efetiva sem limites apresentados para 2016 e 2017 aos apurados pelo parceiro privado, em processo de validação pela EPC (à exceção do internamento RNCCI, já validado). Como se pode constatar, quando existentes, os expurgos realizados pela EPC são

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

sempre superiores aos do parceiro privado, ainda que as diferenças existentes não sejam significativas.

Quadro 12 – Produção efetiva reportada pela EGEST e produção efetiva sem limites, entre 2014 e 2017

Valores nas unidades de produção aplicáveis

PE EGEST vs PE sem limites	2014			2015			2016			2017		
	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	24.604	24.604	0%	28.353	28.353	0%	31.221	31.221	0%	32.169	32.169	0%
Elegível	23.934	23.304	-3%	27.502	26.920	-2%	28.357	28.357	0%	28.966	28.966	0%
Não elegível	670	1.300	94%	851	1.433	68%	2.864	2.864	0%	3.203	3.203	0%
Doentes equivalentes												
Elegível	23.276	22.905	-2%	26.905	26.555	-1%	27.686	27.686	0%	28.349	28.349	0%
Internamento RNCCI												
N.º de dias	2.665	2.665	0%	2.380	2.380	0%	3.561	3.561	0%	3.082	3.082	0%
Elegível	2.665	2.625	-2%	2.380	2.374	0%	3.561	3.430	-4%	3.082	3.036	-1%
Não elegível	n.a.	40	n.a.	n.a.	6	n.a.	n.a.	131	n.a.	n.a.	46	n.a.
Consulta Externa												
N.º de consultas	130.951	130.951	0%	150.081	150.081	0%	188.825	188.825	0%	196.231	196.231	0%
Elegível	128.166	126.184	-2%	146.750	146.371	0%	148.488	148.488	0%	153.310	153.310	0%
Não elegível	2.785	4.767	71%	3.331	3.710	11%	40.337	40.337	0%	42.921	42.921	0%
Urgência												
N.º de atendimentos	121.573	121.573	0%	127.683	127.683	0%	140.995	140.995	0%	142.618	142.618	0%
Elegível	108.272	108.425	0%	113.597	113.866	0%	124.250	124.250	0%	124.971	124.971	0%
Não elegível	13.301	13.148	-1%	14.086	13.817	-2%	16.745	16.745	0%	17.647	17.647	0%
Hospital de Dia												
N.º de sessões	4.302	4.302	0%	5.469	5.469	0%	12.340	12.340	0%	12.555	12.555	0%
Elegível	2.640	2.375	-10%	3.610	3.295	-9%	3.944	3.944	0%	3.664	3.664	0%
Não elegível	1.662	1.927	16%	1.859	2.174	17%	8.396	8.396	0%	8.891	8.891	0%

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 aos anos de 2016 e 2017, 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 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

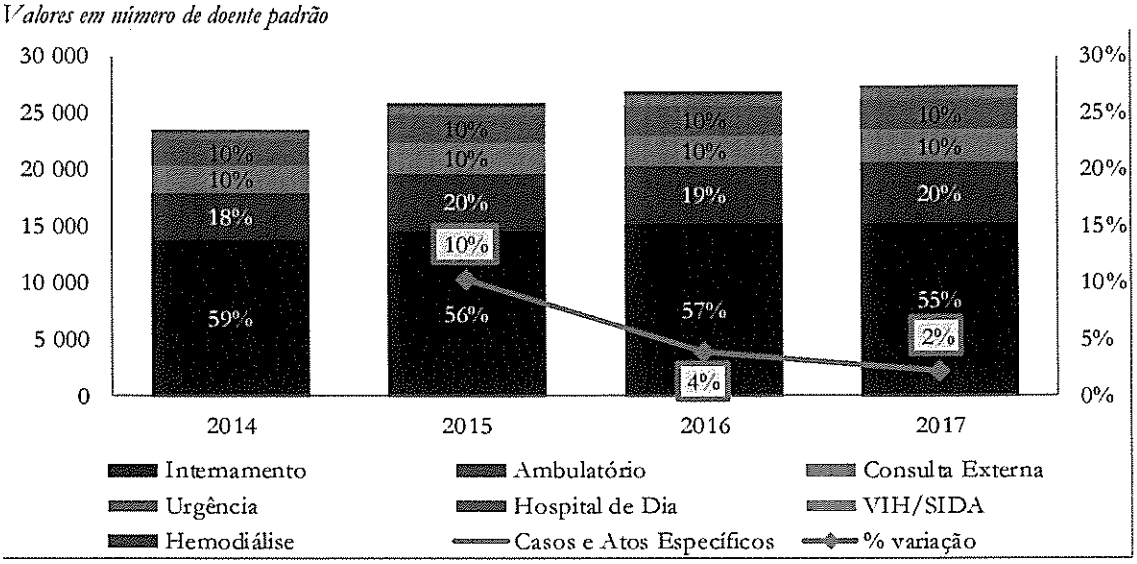
93. Uma vez analisada a produção prevista e a produção efetiva em termos globais, importa agora analisar a evolução da produção por áreas de atividade. Nesse sentido, e porque as unidades de medida da produção utilizadas nas diferentes áreas não são semelhantes entre si, calcularam-se, para cada ano do período de análise, os **valores de doente padrão**[39], 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.

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

Neste contexto, apresenta-se, de seguida, a evolução anual do valor de doente padrão para o Hospital de Vila Franca de Xira, 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 2014 e 2017

Valores em número de doente padrão



Nota: 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. 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.

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

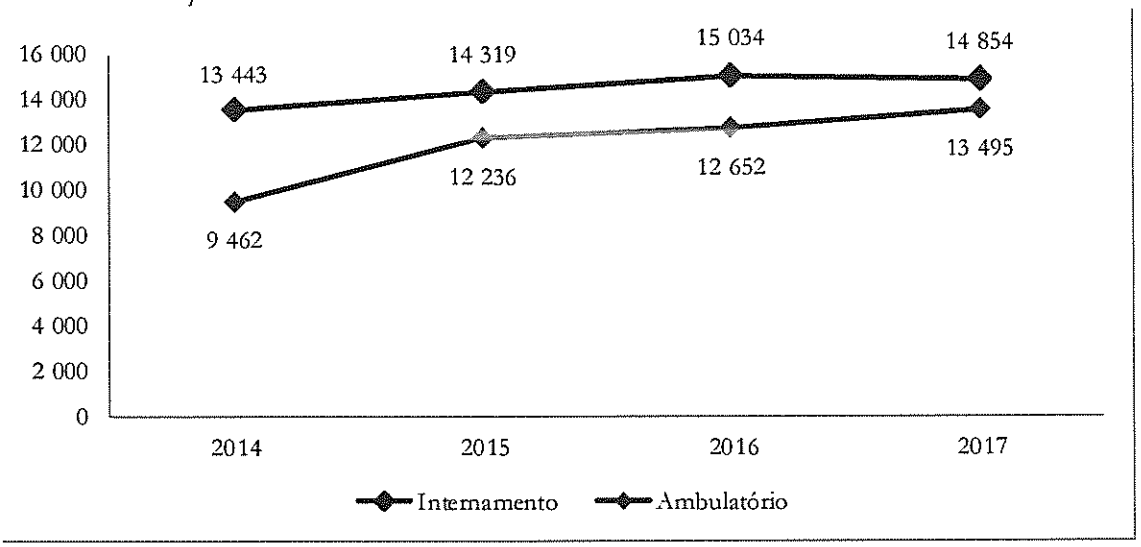
Tal como se constata, a partir do gráfico anterior, os valores de doente padrão do Hospital de Vila Franca de Xira apresentaram uma tendência de crescimento ao longo de todo o período analisado, ainda que a taxa de crescimento tenha abrandado nos dois últimos anos, passando dos 10% para os 2%. Para esta evolução terão contribuído o crescimento da produção efetiva observado na área de internamento em 2015 e 2016 e o crescimento da produção registado pela área de ambulatório em 2015 e 2017 (áreas de atividade que em conjunto representam as mais onerosas do hospital), bem como o aumento registado pela generalidade das restantes linhas de produção entre 2014 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 de Vila Franca de Xira foram as de internamento e ambulatório, respetivamente, não obstante a ligeira redução dos seus pesos no total do doente padrão.

94. No que respeita à produção na **área de internamento e ambulatório**, o período analisado caracterizou-se por um crescimento em ambas as áreas, com maior expressão ao nível do ambulatório, tal como se verifica no gráfico seguinte.

Gráfico 9 – Produção em internamento e em ambulatório, entre 2014 e 2017

Valores em doentes equivalentes



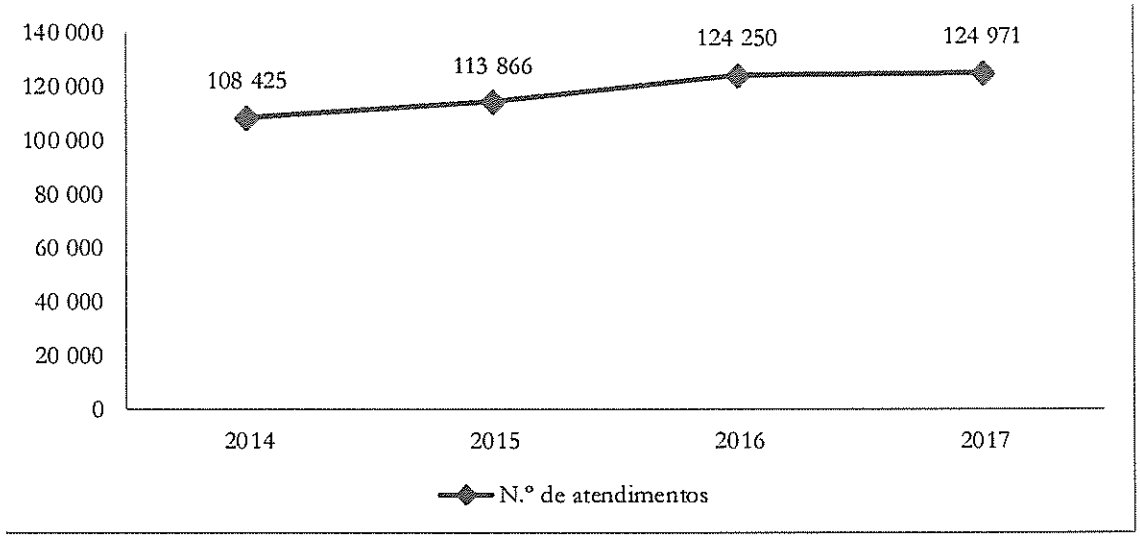
Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.
Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

95. 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.

Gráfico 10 – Produção em urgência, entre 2014 e 2017

Valores em número de atendimentos



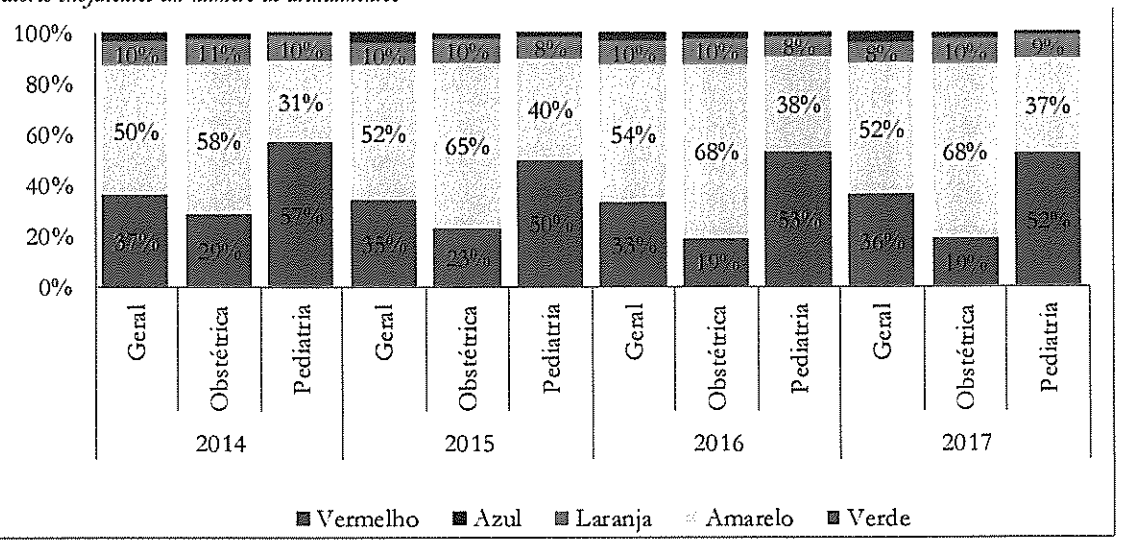
Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada.
Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Relativamente à distribuição dos atendimentos em urgência do Hospital de Vila Franca de Xira, ilustra-se seguidamente a respetiva produção, entre os anos de 2014 e 2017, de acordo com o sistema de triagem de Manchester, concluindo-se que os atendimentos cuja prioridade corresponde à cor amarelo representaram a maioria dos atendimentos de urgência, seguindo-se-lhe a cor verde em termos de representatividade.

Gráfico 11 – Repartição do número de atendimentos em urgência, por tipo de urgência, tendo por base o sistema de triagem de Manchester, entre 2014 e 2017

Valores subjacentes em número de atendimentos



Nota: Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

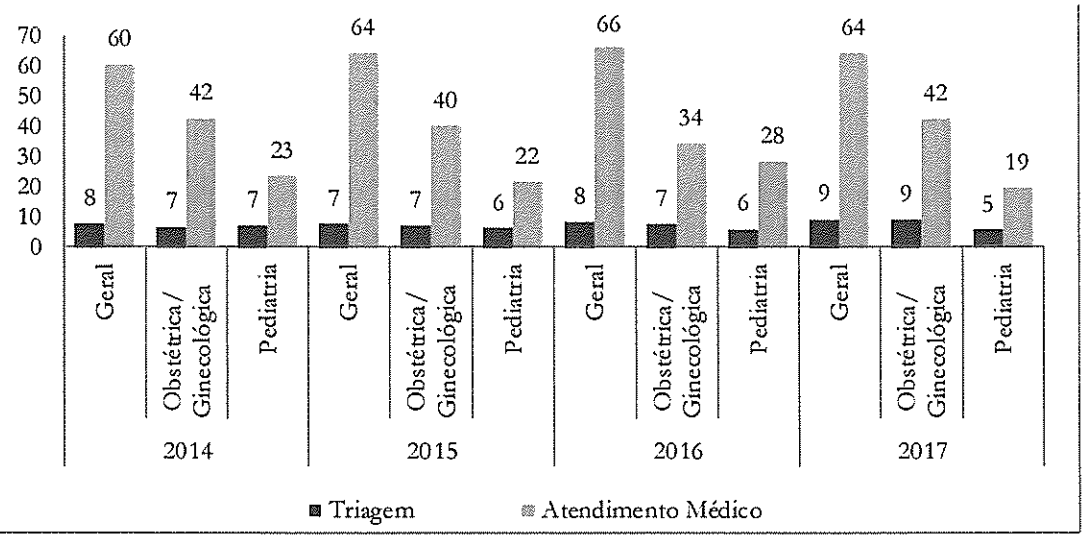
Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT.

O gráfico precedente tem por base a produção efetiva, pelo que não traduz a distribuição por nível de prioridade efetivamente verificada para a totalidade dos episódios de urgência. Salienta-se que a percentagem de episódios não elegíveis é mais elevada nos atendimentos com maior prioridade atribuída na triagem, pelo que o seu peso tende a diminuir na produção efetiva, com especial enfase na cor 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 66 minutos.

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

Valores em minutos

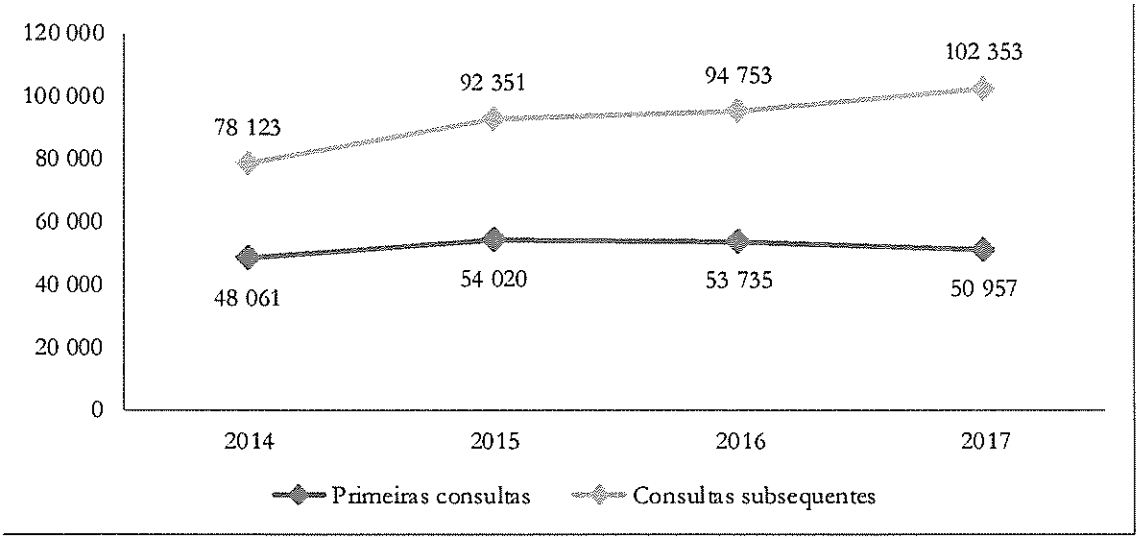


Fonte: Relatórios de avaliação de desempenho elaborados pela ARSLVT.

96. No caso da **consulta externa**, a evolução no período analisado foi em crescendo no que respeita às consultas subsequentes, tendo as primeiras consultas evidenciado uma redução nos dois últimos anos, como se pode constatar de seguida.

Gráfico 13 – Produção em consulta externa, entre 2014 e 2017

Valores em número de consultas



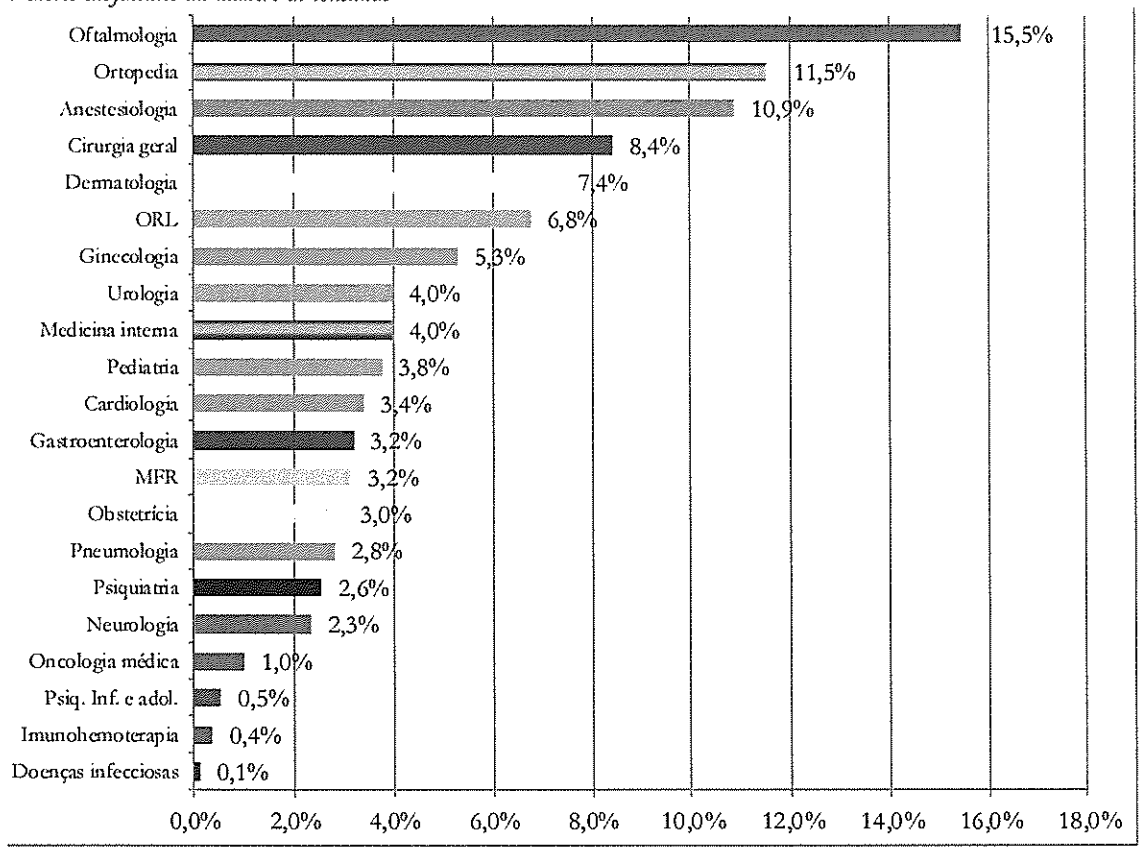
Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.
Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

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

Gráfico 14 – Repartição do número de primeiras consultas, por especialidade, em termos médios entre 2014 e 2017

Valores subjacentes em número de consultas



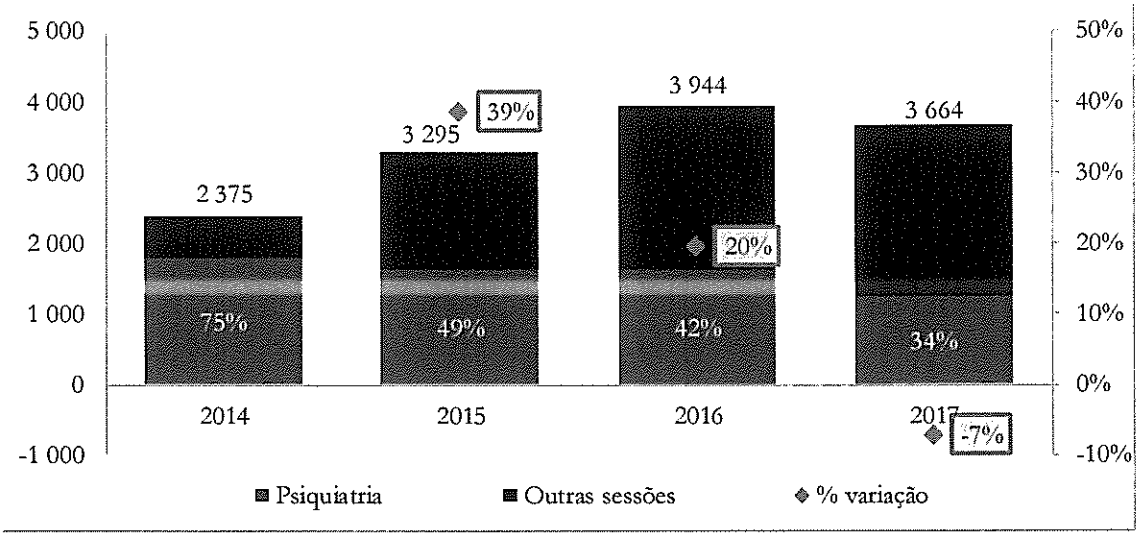
Notas: Os valores apresentados têm por base, com referência aos anos de 2016 e 2017, dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT.

97. No que à área de **hospital de dia** diz respeito, o período analisado caracterizou-se por uma evolução heterogénea, tanto em termos globais, como por tipo de sessão, como se pode constatar de seguida.

Gráfico 15 – Produção em hospital de dia, por especialidade, e respetiva taxa de crescimento, entre 2014 e 2017

Valores e valores subjacentes em número de sessões



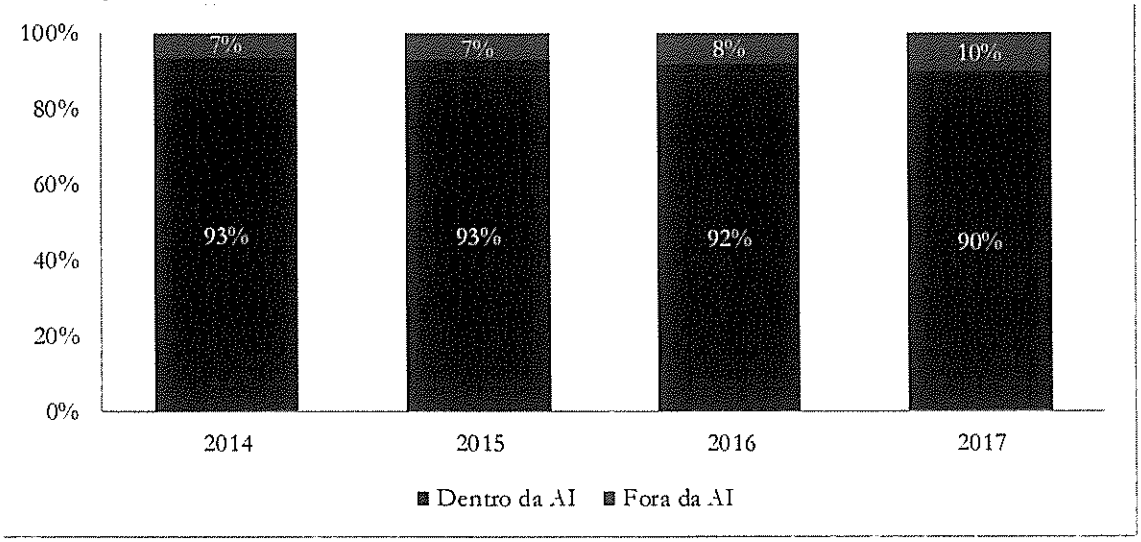
Notas: Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.
Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

98. Por fim, apresenta-se a repartição do número de utentes do Hospital de Vila Franca de Xira 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 2014 e 2017

Valores subjacentes em número de utentes



Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

Remuneração

99. De acordo com o exposto no ponto 66 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 específicos[40]);
- A remuneração pela disponibilidade do serviço de urgência;
- Os ajustamentos, positivos ou negativos, calculados em função da prescrição de medicamentos pelo Hospital de Vila Franca de Xira e adquiridos nas farmácias comunitárias; e
- O valor das deduções a efetuar em virtude da ocorrência de falhas de desempenho.

Relativamente às componentes da remuneração referidas, importa clarificar que a parte relativa aos ajustamentos em função do consumo de produtos farmacêuticos, não foi aplicada em todos os anos do período objeto de análise, uma vez que a sua aplicação depende dos valores dos hospitais do grupo de referência do Hospital de Vila Franca de Xira, os quais nem sempre foi possível serem obtidos em tempo útil (*cfr.* capítulo 3.2.1.2.1. do presente Relatório).

100. No quadro seguinte apresentam-se os encargos totais do parceiro público com o Hospital de Vila Franca de Xira, no período compreendido entre 2014 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[41], deduzida do

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

[41] Refira-se, a este respeito, que *(i)* o fecho de contas de 2015 se encontra em reapreciação pela EPC na sequência do contraditório efetuado pela EGEST, *(ii)* 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; e *(iii)* o fecho de contas de 2017 foi efetuado mediante a realização de um apuramento também provisório, comunicado à EGEST por ofício datado de 26 de março de 2019, com base em dados de produção disponibilizados pela EGEST, em processo de validação pela EPC. Refira-se, no entanto, que os dados resultantes do apuramento provisório realizado pela EPC, com referência a 2017, não se encontram refletidos no presente Relatório, dado que os mesmos não se encontravam ainda disponíveis à data de realização da análise constante do mesmo.

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, e ainda *(iii)* outros pagamentos e/ou deduções (onde se incluem, designadamente, os pagamentos relativos a medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar, as deduções por falhas de desempenho e as multas – as últimas que, naturalmente, abatem ao valor a cargo do SNS).

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 13 – Remuneração anual da EGEST

Valores em milhares de euros

Remuneração da EGEST	2014	2015	2016	2017
Internamento e Ambulatório	36.009	38.308	40.319	41.592
Internamento RNCCI	43	39	57	51
Consulta Externa	8.487	9.295	9.794	9.867
Urgência	8.121	8.778	9.699	9.962
Disponibilidade do Serviço de Urgência	2.642	4.731	4.866	4.950
Hospital de Dia	298	406	519	610
Casos e Atos Específicos	132	125	145	123
Ajustamento por produtos farmacêuticos	*2*	*0*	*0*	*0*
Remuneração base anual da EGEst	55.733	61.681	65.399	67.155
Taxa de crescimento	*5,3%*	*10,7%*	*6,0%*	*2,7%*
Falhas específicas	-50	-37	0	0
Falhas de resultado	-123	-216	-936	-381
Falhas de serviço	-380	-231	-526	-1.596
Deduções	**-554**	**-484**	**-1461**	**-1977**
Remuneração anual da EGEst	**55.180**	**61.197**	**63.938**	**65.177**
Parcela a cargo de terceiros pagadores	*-856*	*-907*	*-924*	*-1.070*
Taxas moderadoras	*-1.740*	*-1.974*	*-1.637*	*-1.462*
Partilha de receita devida por terceiros pagadores	*-25*	*-24*	*-35*	*-40*
Parcela a cargo do SNS	**52.559**	**58.292**	**61.342**	**62.605**
Duodécimo	**50.387**	**52.289**	**54.264**	**56.120**
Valor de reconciliação	**2.172**	**6.003**	**7.079**	**6.485**
Outros	498	286	351	1.117
Remuneração total da EGEst	**53.057**	**58.578**	**61.693**	**63.722**

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 aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

A rubrica "Outros" respeita, na sua maioria, aos pagamentos efetuados pela EPC à EGEST relativamente: (i) a medicamentos biológicos cedidos em farmácia hospitalar; (ii) ao programa de financiamento centralizado para a hepatite C crónica; e (iii) a pensões dos colaboradores do Hospital de Reynaldo dos Santos. Em 2015 e 2016, a estes pagamentos foram deduzidos os valores das multas aplicadas pela EPC à EGEST, *cfr.* ponto 131 do Relatório.

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

Note-se que a remuneração que se apresenta no quadro anterior tem por base os valores da produção efetiva[42] do Hospital de Vila Franca de Xira, depois de aplicados os limites contratualmente aplicáveis para efeitos de determinação da remuneração, para cada um dos escalões de produção (*cfr.* quadro seguinte).

Quadro 14 – Produção efetiva após aplicação dos limites contratuais

Unidade de produção aplicável

Produção Efetiva	Com limites				CAGR
	2014	2015	2016	2017	2014-2017
Internamento e Ambulatório					
N.º de episódios	**23.304**	**26.920**	**28.357**	**28.966**	**7,5%**
Internamento	13.843	14.684	15.705	15.471	3,8%
Ambulatório	9.461	12.236	12.652	13.495	12,6%
Doentes equivalentes	**22.905**	**26.555**	**27.686**	**28.349**	**7,4%**
Internamento	13.443	14.319	15.034	14.854	3,4%
Ambulatório	9.462	12.236	12.652	13.495	12,6%
ICM global	**0,773**	**0,733**	**0,734**	**0,730**	**-1,9%**
Internamento RNCCI					
N.º de dias	2.625	2.374	3.430	3.036	5,0%
Consulta Externa					
Primeiras consultas	47.569	51.733	52.677	50.008	1,7%
Consultas subsequentes	77.253	85.893	91.645	94.314	6,9%
N.º de consultas	**124.822**	**137.626**	**144.322**	**144.322**	**5,0%**
Urgência					
1.º Escalão	51.201	60.132	66.437	67.637	9,7%
2.º Escalão	8.874	5.544	5.279	2.774	-32,1%
Atendimentos verdes e azuis	48.350	48.190	52.534	54.518	4,1%
N.º de atendimentos	**108.425**	**113.866**	**124.250**	**124.929**	**4,8%**
Hospital de Dia					
Psiquiatria	1.786	1.622	1.622	1.240	-11,5%
Outras sessões	589	1.155	1.647	2.187	54,9%
N.º de sessões	**2.375**	**2.777**	**3.269**	**3.427**	**13,0%**

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 aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

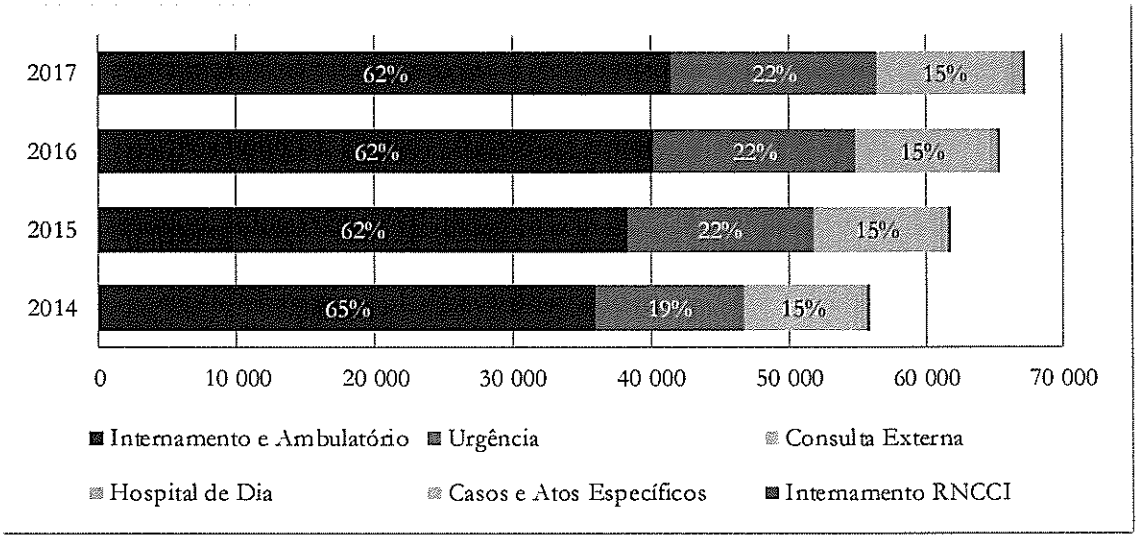
Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

[42] Os quais poderão ainda ser objeto de revisão, como referido anteriormente.

101. De seguida representa-se graficamente a evolução da **remuneração base anual da EGEST**[43] **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 2014 e 2017, tendo a mesma representado cerca de 48% do 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 significativo[44]), com um peso de 36%.

Gráfico 17 – Repartição da remuneração base anual, por área de atividade, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros



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 aos anos de 2016 e 2017, 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 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 67,2 milhões de euros, representando a linha de produção de internamento e ambulatório um peso de 62% do total, seguida da urgência (com 22%) e da consulta externa (com 15%).

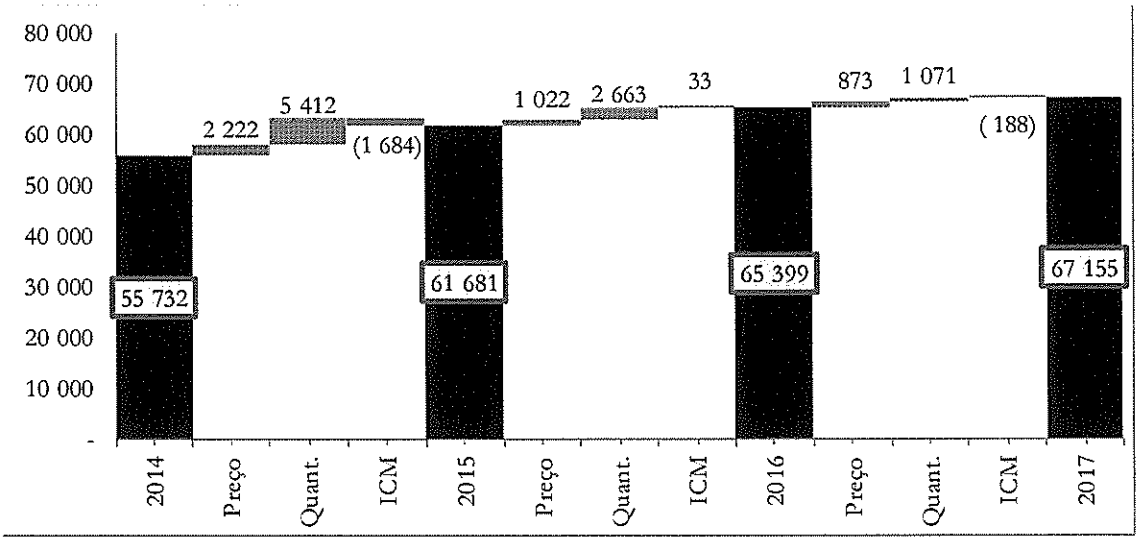
[43] Que não inclui o programa específico de financiamento da Hepatite C.

[44] Deduções resultantes na sua quase totalidade do incumprimento dos tempos máximos de espera até primeiro atendimento médico após triagem, estabelecidos pelo sistema de triagem de Manchester.

Efetuando a desagregação da evolução da remuneração base anual, no período compreendido entre 2014 e 2017, em termos de efeitos de preço, quantidade e ICM, conclui-se que o crescimento da remuneração resulta, em primeira instância, do aumento da produção, seguindo-se o efeito decorrente do fator preço[45], sendo que a complexidade média da produção de internamento e ambulatório conduziu a uma redução da remuneração em 2015 e em 2017, face ao ano imediatamente anterior, na sequência das diminuições do ICM registadas naqueles exercícios.

Gráfico 18 – Evolução da remuneração base anual, desagregada pelos efeitos de preço, quantidade e ICM, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros



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 aos anos de 2016 e 2017, 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 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

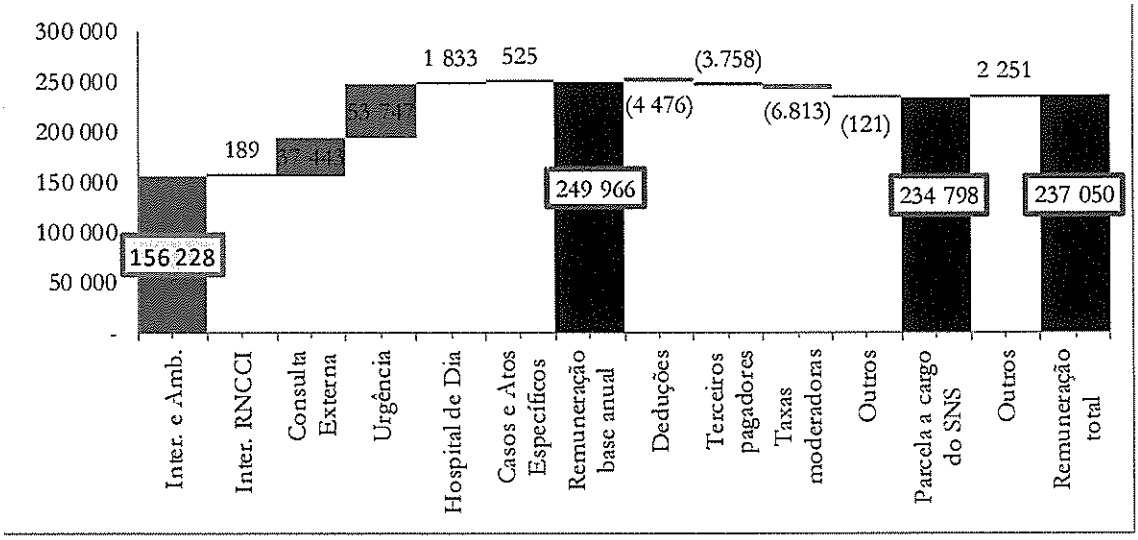
No gráfico seguinte apresenta-se a desagregação do valor total da remuneração acumulada no período entre 2014 e 2017. Do total de 237,1 milhões de euros auferidos pelo parceiro privado neste período, conclui-se que cerca de 66% foi referente à área de internamento e ambulatório, seguindo-se, por ordem de importância, a remuneração relativa à urgência e à consulta externa.

[45] Note-se que 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 foram 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 10,6 milhões de euros, representando cerca de 4% da remuneração base anual da EGEST (após as deduções de falhas especificas, de serviço e de resultado).

Gráfico 19 – Evolução da remuneração total acumulada, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros



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 aos anos de 2016 e 2017, 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 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

102. 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 Vila Franca de Xira 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.

A atividade de internamento e ambulatório é classificada em GDH, através do agrupador na versão *All Patient DRG* 21 ("**AP21**")[46]. Os episódios de internamento médico

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

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 GDH[47]. 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.

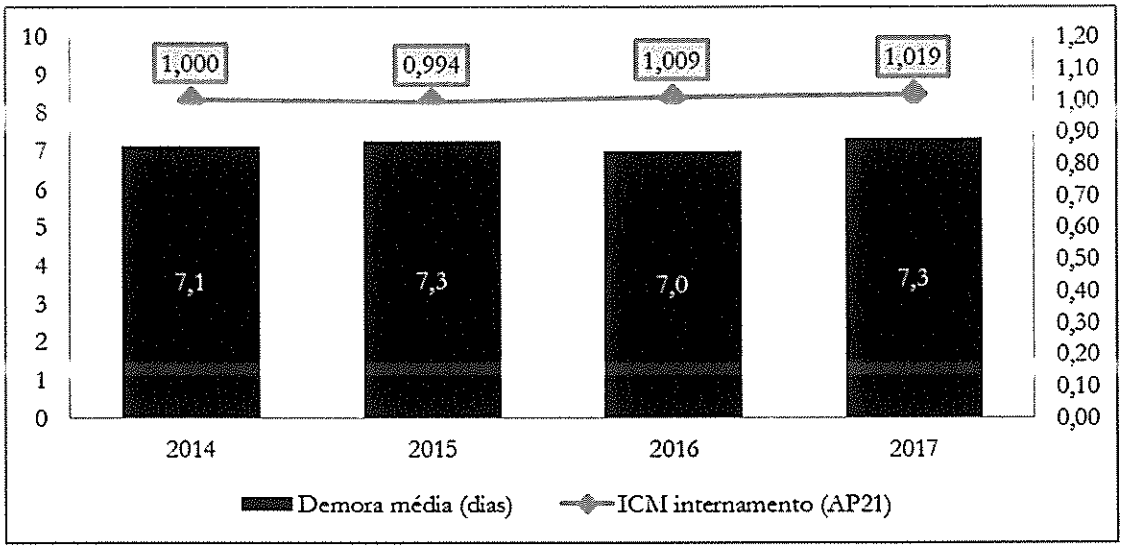
Nos gráficos seguintes, apresentam-se a demora média do internamento, por comparação com o ICM do internamento do Hospital de Vila Franca de Xira (considerando o AP21), bem como a evolução da remuneração da área de internamento e ambulatório, sendo possível inferir, a partir da sua análise, o seguinte:

- Em 2015, não obstante a redução do ICM, verificou-se um aumento da remuneração da área de internamento e ambulatório (*cfr.* gráficos seguintes), em virtude, não só do aumento do número de episódios verificado os exercícios (*cfr.* Quadro 12), sobretudo no ambulatório;
- Em 2016, o valor da remuneração desta área de atividade tornou a registar um aumento, para o qual foi determinante o aumento do número de episódios, com maior expressão no internamento, já que o ICM apresentou uma quase manutenção e o rácio de doente equivalente por episódio uma redução.; e
- Em 2017, o aumento da remuneração da área de internamento e de ambulatório resultou, por um lado, do aumento do número de episódios de ambulatório, e por outro lado, do ligeiro incremento do ICM do internamento.

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

Gráfico 20 – Demora média e ICM do internamento (AP21), entre 2014 e 2017

Valores da demora média em dias

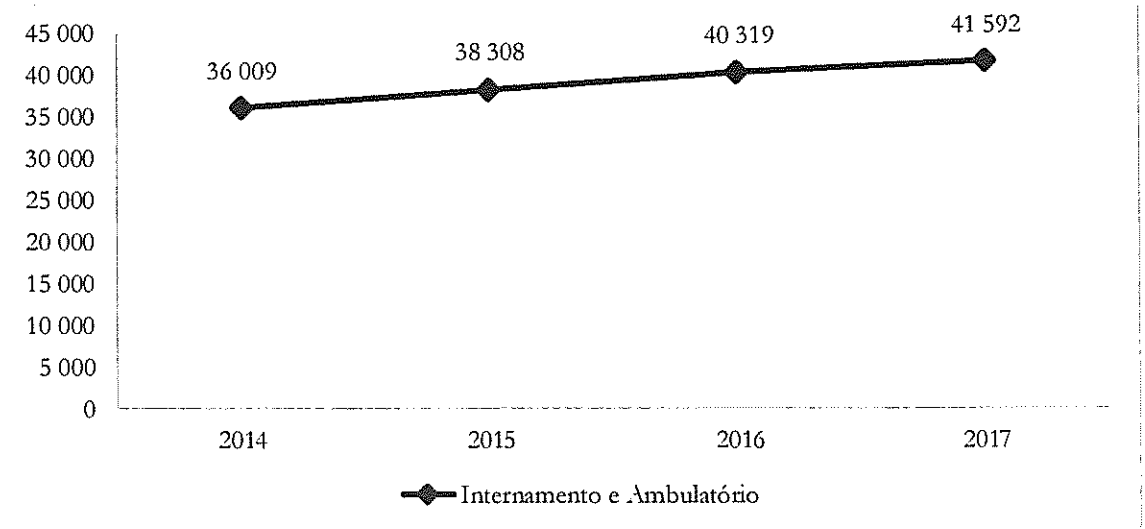


Notas: Os valores da demora média apresentados consideram a produção relativa a recém-nascidos.
Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.
Com referência aos anos de 2016 e 2017, 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 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Gráfico 21 – Remuneração em internamento e em ambulatório, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros



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 aos anos de 2016 e 2017, 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 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

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

103. 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 Vila Franca de Xira, 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 26,5%;
- 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 Vila Franca de Xira;

hoje, decorridos já mais de 7 anos de execução do Contrato de Gestão, um dos indicadores fundamentais a ter em consideração na avaliação do *Value for Money* da parceria numa lógica *ex post* – tal como se pretende – terá necessariamente 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 hospital[48], que hoje se conhece, se materializaram efetivamente.

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

104. O desenvolvimento do CPC ("**CPC Original**") envolveu a elaboração de dois modelos de projeções distintos:

[48] 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.

a) Um respeitante ao Período de Transição, o qual se estimava que ocorresse entre o ano de 2008 e o ano de 2009, o "CPC_HRS_versão_CPC" ("**CPC Original HRS**"); e

b) O outro respeitava ao período de construção e operação no novo edifício hospitalar, o "CPC_HVFXira_versão_CPC" ("**CPC Original HVFX**").

A presente análise foi efetuada utilizando ambos os modelos de projeções, com data de Novembro de 2005[49], preparados pelo Banco BPI, S.A., sendo que à data de elaboração do CPC Original se previa que o período de construção do novo hospital ocorresse entre os anos de 2007 e 2009, iniciando-se o período de operação no ano de 2010.

Contudo, e tal como mencionado anteriormente, o período de execução do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira foi apenas iniciado a 1 de junho de 2011, tendo a conclusão da transição do estabelecimento hospitalar para o novo edifício hospitalar ocorrido a 12 de abril de 2013.

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 ("**CPC Inicial**").

105. A metodologia utilizada para a elaboração do CPC Inicial teve, assim, por base:

a) A atualização do CPC Original HRS, para o período compreendido entre 1 de junho de 2011 – data em que teve início a operação clínica no antigo edifício hospitalar – e 11 de abril de 2013 – data em que foi concluída a transferência da operação clínica para o novo edifício hospitalar ("**CPC Inicial HRS**"); e

b) A atualização do CPC Original HVFX, para o período compreendido entre 12 de abril de 2013 – data em que o novo edifício hospitalar entrou em pleno funcionamento – e o final de 2017 – último ano com informação real disponível ("**CPC Inicial HVFX**");

através da incorporação das adaptações que seguidamente se apresentam:

[49] Data do Estudo Estratégico e Económico Financeiro do Hospital de Vila Franca de Xira.

- Alteração da data de início do Período de Transição para 1 de junho de 2011, considerando-se o início da operação clínica em pleno no novo edifício hospitalar em 12 de abril de 2013;
- 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") [50];
- Alteração da data do pagamento inicial efetuado pela EGEST, a título de contrapartida pela transmissão do Estabelecimento Hospitalar, para o ano de 2010 (ano de assinatura do Contrato de Gestão), bem como do respetivo montante, de 7 500 milhares de euros para 7 943 milhares de euros (alteração com impacto apenas no CPC Inicial HRS);
- Alteração do ano de realização do investimento relativo a equipamentos médicos para 2012 (no CPC Original HVFX encontrava-se prevista a sua ocorrência em 2009), mas considerando a cristalização do respetivo montante, de 26 173 milhares de euros;
- Alteração da área bruta total do novo edifício hospitalar para 69 293 m^2 (o CPC Original HVFX previa uma área de apenas 49 000 m^2); e

106. 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 HRS e o CPC Inicial HVFX foram atualizados, mediante a incorporação das alterações que seguidamente se apresentam, resultando esta atualização, no **CPC Atualizado HRS** e no **CPC Atualizado HVFX**:

- Incorporação dos valores reais de produção verificados no Hospital de Reynaldo dos Santos (durante o Período de Transição) e no Hospital de Vila Franca de Xira (no novo edifício hospitalar, portanto), nomeadamente no que concerne ao

[50] Note-se que no CPC Inicial foi incluído IVA nos custos operacionais relativos a CEVC e FSE, uma vez que a EGEST, não sendo sujeito passivo de IVA, tem que suportar os respetivos encargos.

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;

- Atualização de outros indicadores operacionais do hospital, tais como a população da área de influência, 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;

sendo que a análise comparativa dos referidos valores será apresentada conjuntamente para o período de operação clínica no antigo e no novo edifício hospitalar ("**CPC Atualizado**").

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).

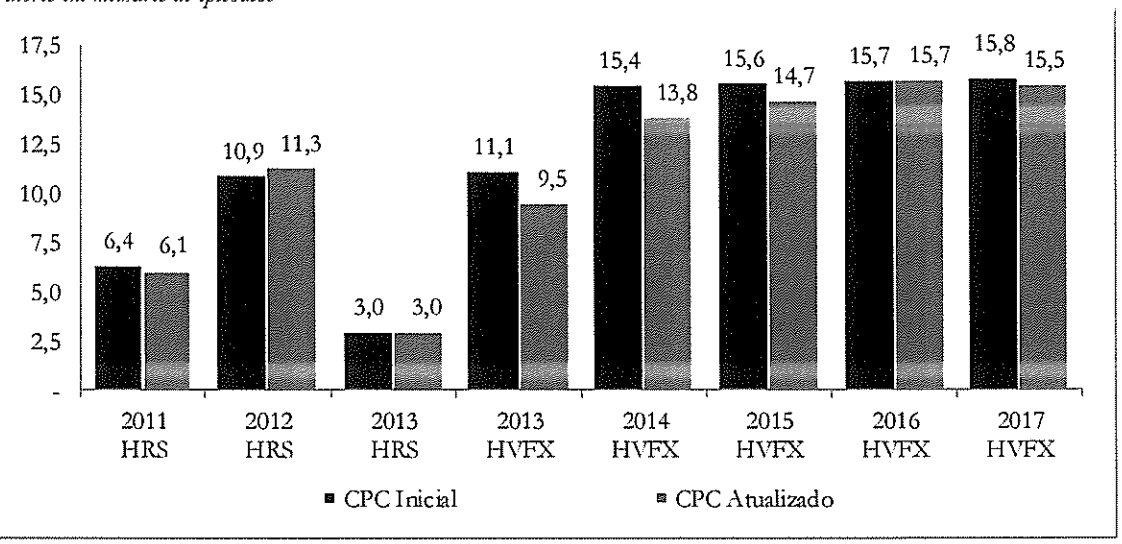
Adicionalmente, apresenta-se, no *Anexo 9* deste Relatório, a comparação entre os principais pressupostos assumidos no CPC Original e no CPC Inicial e o valor real dessas variáveis.

107. Após a incorporação dos valores reais de atividade efetivamente verificados *(i)* no período compreendido entre 1 de junho de 2011 e 11 de abril de 2013 – relativo ao Período de Transição – e *(ii)* no período compreendido entre 12 de abril de 2013 e 31 de dezembro de 2017 – relativo ao período de operação em pleno no novo hospital – , 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, com exceção dos anos de 2012 e 2016, tal como se pode constatar através do gráfico *infra*.

Salienta-se ainda o facto de a diferença média verificada, ao nível do número de episódios de internamento entre os valores estimados (CPC Inicial) e os reais (CPC Atualizado) ter diminuído, no total dos anos em análise

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

Valores em milhares de episódios



Nota: Os valores apresentados incluem os episódios de cirurgias programadas e urgentes.
Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a 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.

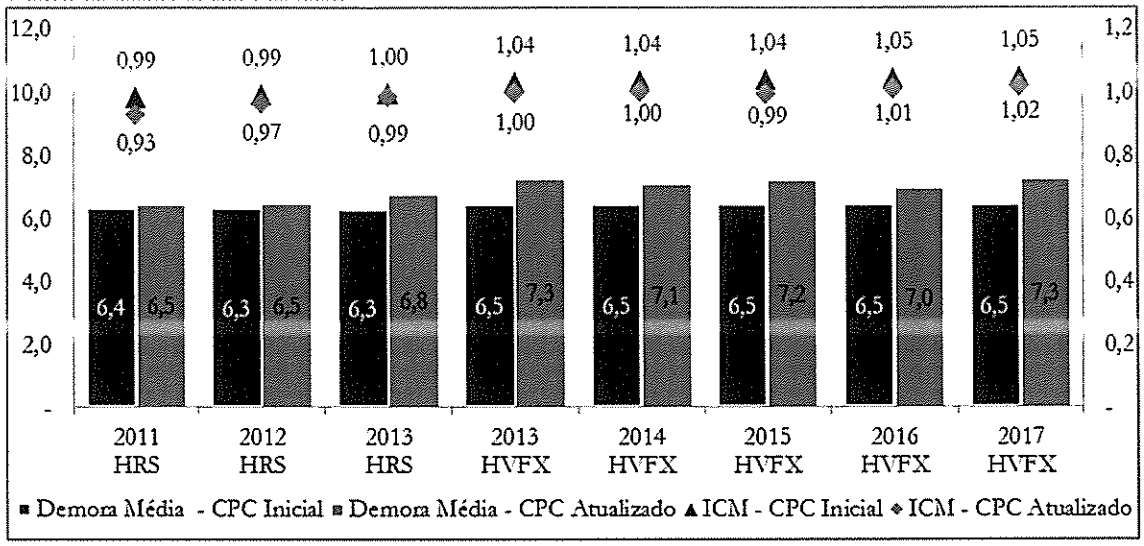
Após a atualização dos valores reais de produção, torna-se possível concluir que, ao nível da demora média combinada global do hospital[51], os valores inicialmente considerados no CPC são inferiores aos valores efetivamente verificados, tal como evidenciado no gráfico seguinte.

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, inferior ao inicialmente estimado no CPC Inicial, conforme se pode constatar através do gráfico *infra*.

[51] Considerando o número total de episódios de internamento, que no caso do antigo edifício hospitalar inclui os episódios de internamento sem recém-nascidos e os episódios de internamento de recém-nascidos, e no caso do novo edifício hospitalar, para além destes, inclui ainda os episódios de internamento respeitantes a cuidados continuados.

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

Valores em número de dias e em índice



Nota: Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

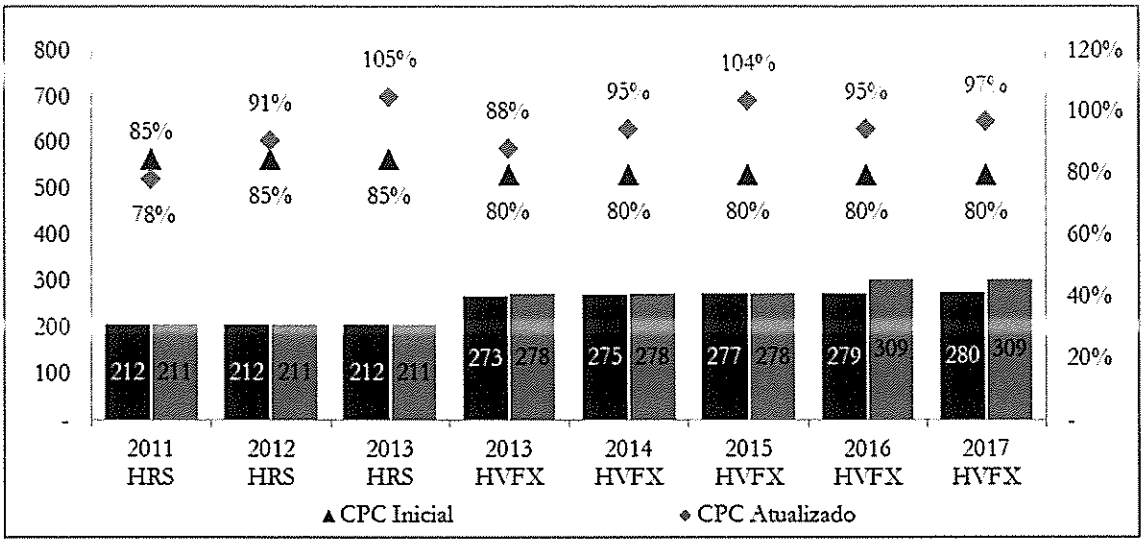
Fonte: CPC Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

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 2014 e 2017 correspondeu, em média, a 97,5%, cifrando-se em 96,9% em 2017. Tal como se pode verificar através do gráfico seguinte, estes valores são superiores aos inicialmente estimados aquando da elaboração do CPC Inicial, com exceção do ano de 2011 para o qual foi estimado um valor superior ao real.

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: *(i)* no antigo edifício hospitalar, a lotação foi menor do que a inicialmente estimada, e *(ii)* no novo edifício hospitalar, a lotação foi maior do que a inicialmente estimada, exceto nos anos de 2014 e 2015.

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

Valores em número de camas



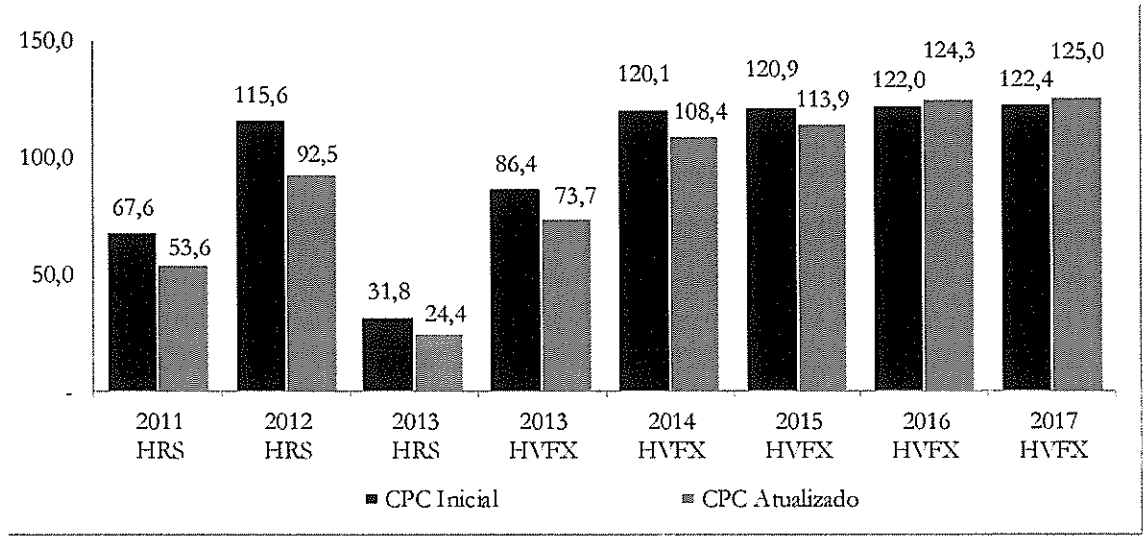
Nota: Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

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 inferiores aos estimados no CPC Inicial até ao ano de 2015, verificando-se uma inversão da tendência nos dois últimos anos analisados.

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

Valores em milhares de atendimentos



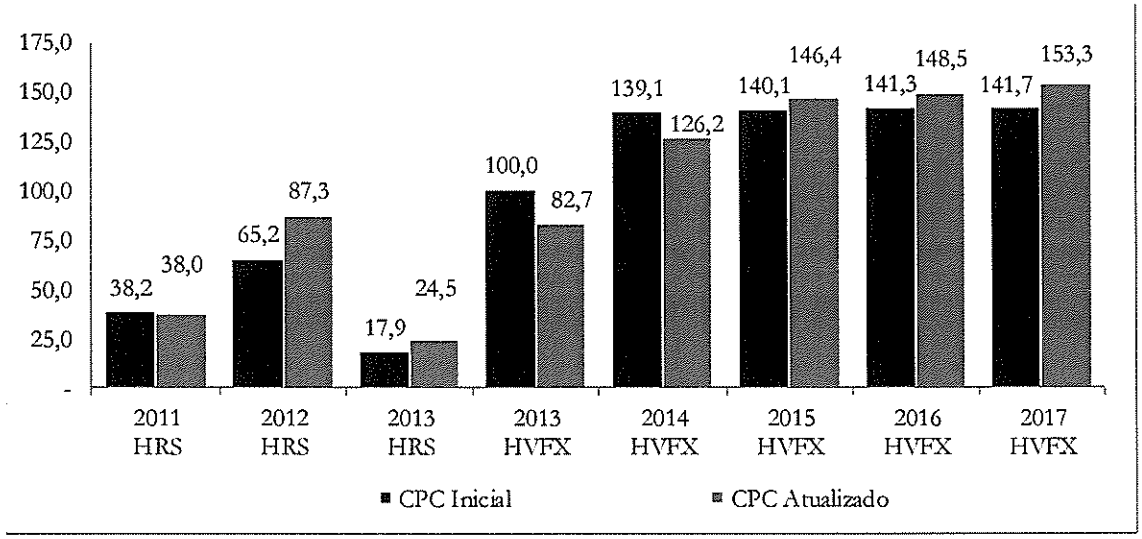
Nota: Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

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

Quando analisados os valores reais do serviço de consulta externa do hospital, verifica-se que, à semelhança do verificado no internamento e na urgência, os desvios registados face aos valores estimados no CPC Inicial não evidenciaram uma tendência clara ao longo do período analisado, sendo estes últimos superiores aos efetivamente verificados nos anos de 2011, 2013 e 2014.

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

Valores em milhares de consultas



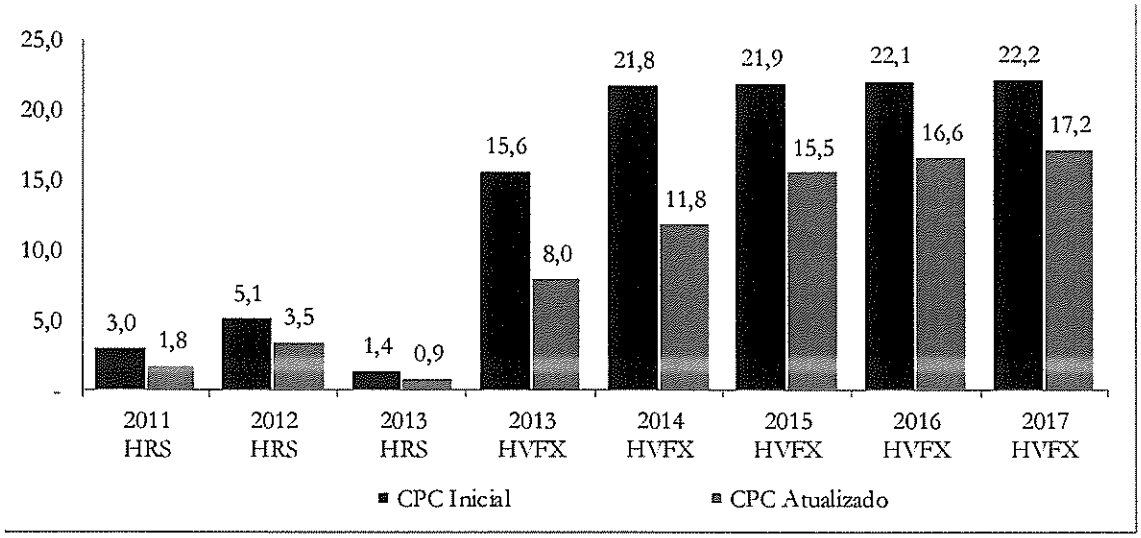
Nota: Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a dados provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.
Fonte: CPC Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

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 hospital[52], 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. Ainda assim, verifica-se que os valores de produção reais são inferiores aos estimados inicialmente, ao longo de todo o período em análise, apresentando-se em média cerca de 34,8%, inferiores aos considerados no CPC Inicial (*cfr.* gráfico *infra*).

[52] 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

Valores em milhares de sessões



Nota: Com referência aos anos de 2016 e 2017, os valores apresentados relativos à produção efetiva sem limites respeitam a 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 1998 e 2017, determinados através dos valores históricos publicados pelo INE e tendo em consideração a variação anual homólogado IPC.

Adicionalmente, procedeu-se à atualização do crescimento nominal dos ordenados e salários da função pública verificado ao longo do período compreendido entre 2005 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 15 – Pressupostos de inflação

Pressupostos de inflação	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CPC Original	2,80%	2,30%	2,90%	4,40%	3,60%	3,30%	2,40%	2,00%	2,00%	2,00%
CPC Inicial /CPC Atualizado	2,01%	2,67%	2,05%	4,47%	3,54%	3,90%	2,20%	1,98%	2,68%	2,54%

Pressupostos de inflação (cont.)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CPC Original	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
CPC Inicial /CPC Atualizado	2,83%	0,13%	0,05%	3,68%	0,04%	0,11%	-0,03%	-0,51%	0,81%	1,30%

Fonte: CPC Original e INE.

Quadro 16 – Pressupostos de crescimento nominal dos salários da função pública

Crescimento salarial da função pública	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CPC Original	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%
CPC Inicial /CPC Atualizado	3,66%	-1,53%	1,03%	1,59%	3,18%	0,89%	-8,07%

Crescimento salarial da função pública (cont.)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CPC Original	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%
CPC Inicial /CPC Atualizado	-12,76%	6,63%	-3,54%	0,37%	2,63%	2,00%	0,37%

Fonte: CPC Original e INE.

Ao longo do período compreendido entre 2011 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 17 – Pressupostos de IVA

Pressupostos de IVA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CPC Original	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%
CPC Inicial /CPC Atualizado	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%

Fonte: CPC Original e Código do IVA.

Análise comparativa dos resultados do CPC Inicial e do CPC Atualizado

108. 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*, dos modelos financeiros subjacentes (CPC Inicial), tornando-se estes comparáveis 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 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 Vila Franca de Xira, não é desvirtuado quando aplicada a sua melhor estimativa de custos aos valores de produção efetivamente verificados ao longo do período em análise.

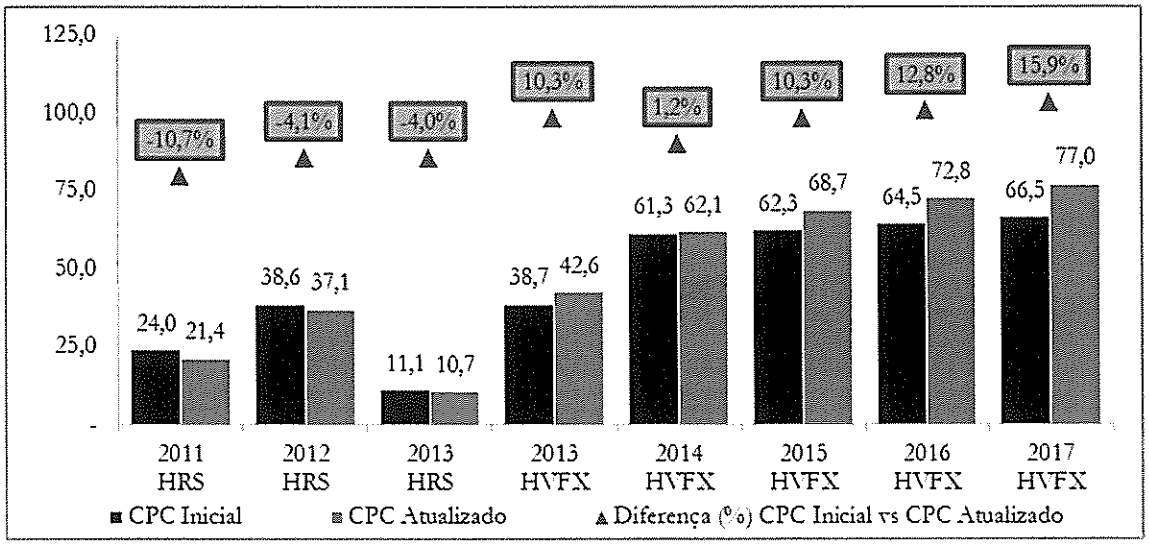
Uma vez assegurada a comparabilidade entre os modelos financeiros subjacentes, quer ao CPC Inicial, quer ao CPC Atualizado, apresentam-se os principais resultados obtidos, comparando, sempre que possível, os valores obtidos com aqueles inicialmente previstos.

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 Vila Franca de Xira e do início do Período de Transição, 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 1 de junho de 2011 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*.

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

Valores em milhões de euros



Nota: 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.

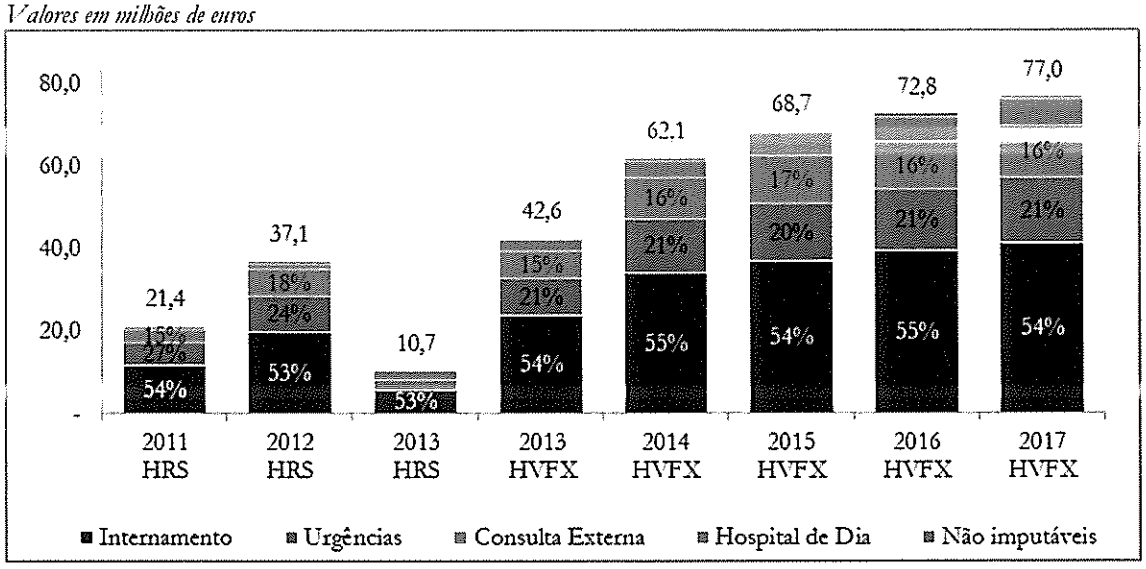
Através do gráfico anterior, torna-se possível concluir que, mantendo-se a estrutura de custos inicialmente prevista, caso o Estado Português optasse pelo modelo de gestão pública relativamente à operação clínica do Hospital de Vila Franca de Xira, o valor dos custos operacionais verificado ao longo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

Este resultado deve-se, sobretudo, ao aumento generalizado dos custos com pessoal verificado nas várias tipologias de serviço, resultado, sobretudo, do facto de os valores reais da taxa de ocupação da PPP de Vila Franca de Xira serem, desde 2012, significativamente superiores aos valores inicialmente considerados no CPC Inicial. Este aumento dos custos com pessoal mais do que compensou a redução dos restantes custos operacionais resultante da apresentação, em termos acumulados no período analisado, de valores de produção reais inferiores aos inicialmente estimados relativamente às linhas de internamento e de urgência. Em sentido contrário, não obstante o aumento dos custos com pessoal, os custos operacionais da linha de hospital de dia são inferiores aos previstos no CPC Inicial, em virtude do menor nível de produção observada ao longo de todo o período analisado.

No gráfico seguinte, apresenta-se a estrutura de custos operacionais, referente ao CPC Atualizado, por tipologia de serviço, através da 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 o serviço de urgências e a consulta externa.

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

Valores em milhões de euros



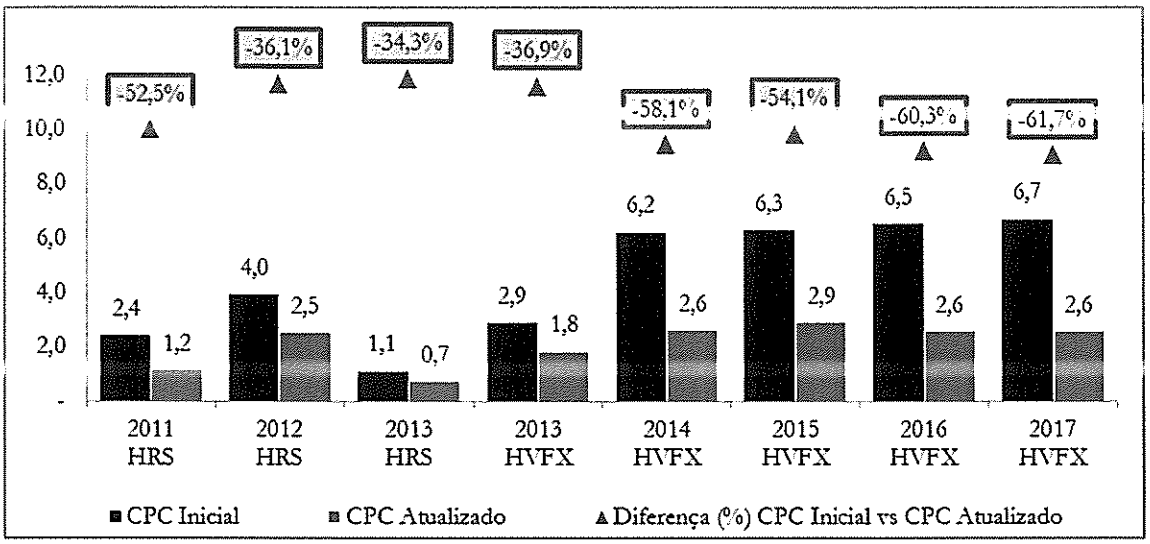
Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Adicionalmente, o CPC Original considerava a existência de receitas de terceiros, as quais correspondiam a cerca de 11,6% do valor total dos custos operacionais projetados para a PPP de Vila Franca de Xira. 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 de receitas reais foi, ao longo de todo o período em análise, inferior ao inicialmente estimado aquando da elaboração do CPC Inicial, correspondendo a uma diferença anual média de aproximadamente 51,3%. 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.

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

Valores em milhões de euros



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 26 173 milhares de euros, considerando a respetiva ocorrência no ano de 2009.

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 2012), não obstante poder-se argumentar que o desfasamento temporal ocorrido poderia conduzir 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 Vila Franca de Xira, tendo por base os termos contratuais

109. A presente análise tem como principal objetivo a comparação entre os custos da atividade clínica do Hospital de Vila Franca de Xira, 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 2011 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 Vila Franca de Xira, 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**").

110. 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.

Quadro 18 – Custos operacionais clínicos cobertos pelo SNS no CPC Atualizado

Valores em milhares de euros

CPC Atualizado	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Custos operacionais								
Internamento	-	11.471	19.652	29.363	34.223	36.884	39.443	41.294
Consulta Externa	-	3.131	6.778	8.580	9.905	11.657	11.668	12.648
Urgências	-	5.781	8.729	11.529	13.099	13.997	14.998	15.878
Hospital de Dia	-	556	1.090	3.204	4.199	5.535	5.974	6.460
Não imputáveis	-	461	807	658	628	670	714	734
Total (A)	-	21.401	37.056	53.334	62.054	68.742	72.798	77.015
Custos de investimento								
Equipamentos médicos	7.907	443	26.928	569	500	498	502	508
Total (B)		443	26.928	569	500	498	502	508
Receitas de terceiros								
Receitas de Terceiros Pagadores	-	805	1.175	1.071	856	907	924	1.070
Taxas moderadoras	-	349	1.351	1.552	1.740	1.974	1.637	1.462
Receitas comerciais de terceiros	-	7	9	22	25	24	35	40
Produtos Farmacêuticos	-	-	-	(50)	(2)	-	-	-
Total (C)	-	1.161	2.535	2.596	2.619	2.905	2.595	2.572
Custos cobertos pelo SNS (A+B-C)	7.907	20.683	61.450	51.308	59.936	66.335	70.705	74.951

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 Vila Franca de Xira, a partir da data de início da operação no antigo edifício hospitalar, ocorrida a 1 de junho de 2011, 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)* RNCCI, *(ii)* medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e *(iii)* 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.

Quadro 19 – Encargos (contratuais) suportados pelo parceiro público

Valores em milhares de euros

Encargos incorridos pelo SNS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contrato de Gestão - Duodécimo	23.928	46.854	46.933	50.387	52.289	54.264	56.120
Contrato de Gestão - Pagamento de reconciliação	(1.652)	3.237	1.651	2.172	6.002	7.080	8.281
Multas	0	0	0	0	(298)	(430)	0
Total	22.276	50.091	48.584	52.558	57.993	60.914	64.401

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 aos anos de 2016 e 2017, 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 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Através dos valores apresentados nos quadros *supra,* torna-se possível concluir que os encargos suportados pelo parceiro público, no período compreendido entre junho de 2011 e dezembro de 2017, se afiguram inferiores aos custos que o Estado Português suportaria com a atividade de gestão clínica do Hospital de Vila Franca de Xira, 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 20 – Encargos suportados pelo parceiro público versus custos operacionais clínicos cobertos pelo SNS no CPC Atualizado

Valores em milhares de euros

CPC Atualizado	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Encargos incorridos pelo SNS	-	22.276	50.091	48.584	52.558	57.993	60.914	64.401	356.818
Custos do CPC Atualizado	7.907	20.683	61.450	51.308	59.936	66.335	70.705	74.951	413.273
Diferença absoluta	(7.907)	1.594	(11.358)	(2.724)	(7.377)	(8.341)	(9.791)	(10.550)	(56.455)
Diferença % de encargos incorridos pelo SNS face aos custos do CPC		*7,7%*	*-18,5%*	*-5,3%*	*-12,3%*	*-12,6%*	*-13,8%*	*-14,1%*	*-13,7%*
Peso % dos encargos incorridos pelo SNS face aos custos do CPC		*107,7%*	*81,5%*	*94,7%*	*87,7%*	*87,4%*	*86,2%*	*85,9%*	*86,3%*

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

111. Por outro lado, e no que se refere à **Análise B**, é possível concluir que a PPP atualmente em vigor no Hospital de Vila de Franca de Xira permitiu uma poupança acumulada, no período compreendido entre junho de 2011 e dezembro de 2017, de aproximadamente 56,5 milhões de euros, face aos custos de gestão pública, estimados de acordo com o CPC Atualizado, representando este valor uma poupança total, para o período em análise, de 13,7% face aos custos totais que se estima que o Hospital de Vila de Franca de Xira tivesse num modelo de gestão pública.

112. Em face do exposto, conclui-se que **as expectativas que estiveram subjacentes ao lançamento do procedimento e que justificaram, à data – pelo menos em termos quantitativos –, a opção pelo modelo de PPP, enquanto geradora de maior *Value for Money* para o erário público, se materializaram efetivamente ao longo do período de execução do contrato em análise, tendo a PPP em questão gerado uma poupança 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*

113. A presente análise foi efetuada tendo por referência o caso base original "15_HVFXira_Anexo XV_25102010_vf" ("**CB Original**") da PPP de Vila Franca de Xira (*cfr.* Anexo XV 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 junho de 2011, data de início da execução do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, 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 2004 e 2017, de acordo com os valores históricos publicados pelo INE e tendo em consideração a variação anual homóloga do IPC;
- Alteração dos custos com honorários, seguros, adicionais de contratação e de pessoal, de forma a contemplar a evolução da inflação;
- Alteração da taxa de IVA incluído no CEVC e nos custos com FSE considerados no CB Original; e
- Alteração da data de início do Período de Transição de 1 de julho de 2011 para 1 de junho de 2011, considerando-se o início da operação clínica em pleno no novo edifício hospitalar em 12 de abril de 2013 (quando no CB Original estava considerado no dia 1 de maio de 2013).

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, de ambulatório, de doentes equivalentes, de dias de internamento prolongado, de consultas externas, de urgências e de sessões de hospital de dia;
- Inclusão de 41 GDH´s que não estavam a ser considerados no CB Original, por não haver produção associada aquando da elaboração do mesmo;
- Atualização de outros indicadores operacionais do hospital, nomeadamente no que concerne ao ICM, aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica ("**MCDT**") e ao número de casos e atos específicos; e
- Incorporação, nos MCDT, dos exames cujas tipologias não se encontravam previstas no CB Original;
- 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.

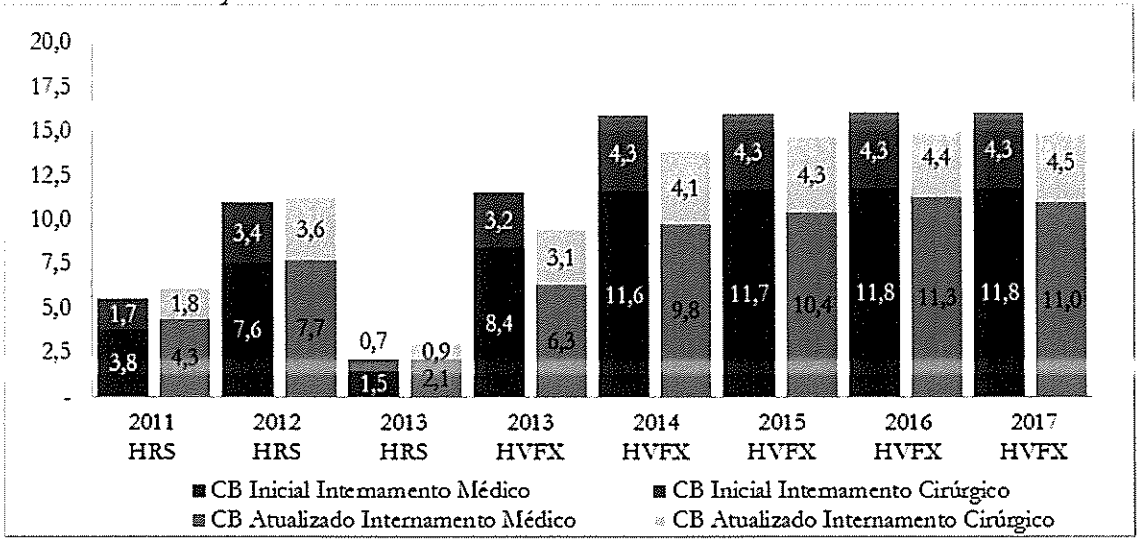
De seguida, apresentam-se os principais resultados obtidos após o desenvolvimento das referidas adaptações no CB Atualizado, comparando, sempre que possível, os valores obtidos com aqueles que haviam sido inicialmente previstos.

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 junho de 2011 e dezembro de 2017, constata-se que, relativamente ao número de episódios de internamento (incluindo os episódios com recém-nascidos), à exceção do observado no antigo edifício hospitalar, os valores considerados no CB Inicial são superiores aos valores reais, *cfr.* gráfico *infra.*

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

Valores em milhares de episódios



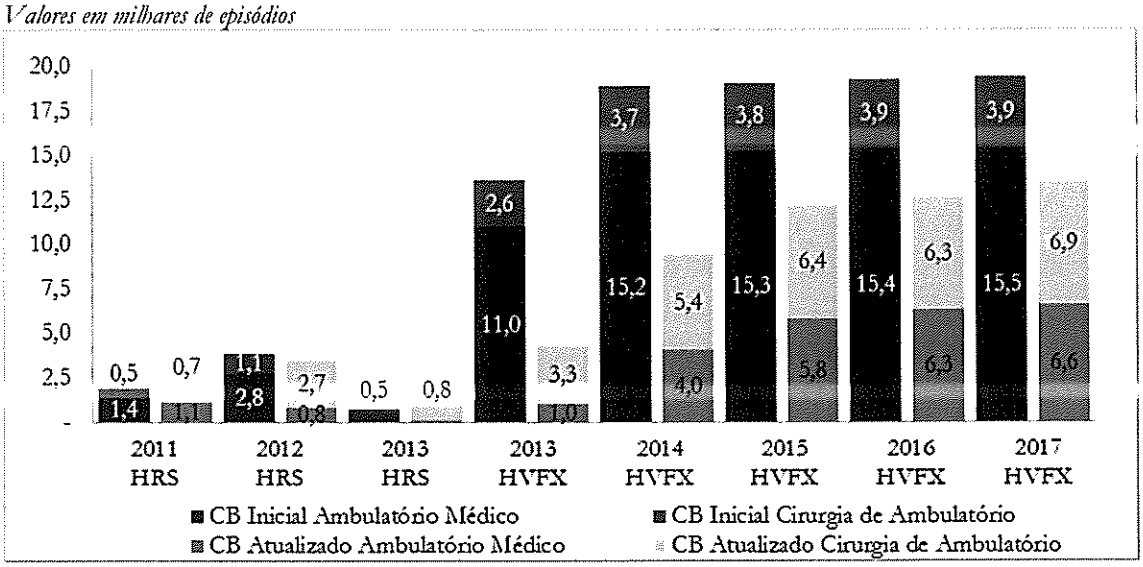
Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Relativamente ao número de episódios de ambulatório, verificou-se que os valores considerados no CB Inicial são também superiores aos valores efetivamente verificados ao longo do período em análise, correspondendo a uma diferença anual média de cerca de 37% entre 2012 e 2017 (*cfr.* gráfico seguinte).

Para esta evolução contribuiu, sobretudo, o menor número de episódios de ambulatório médico efetivamente realizados, o qual apresenta uma diferença significativa face aos valores considerados no CB Inicial, de cerca de 69% em termos médios anuais, entre 2012 e 2017. Note-se que, em sentido contrário, o número de cirurgias de ambulatório estimado no CB Inicial é, na maioria dos anos em análise, inferior aos valores efetivamente verificados, não sendo, contudo, a diferença tão significativa como a observada no número de episódios de ambulatório médico.

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

Valores em milhares de episódios

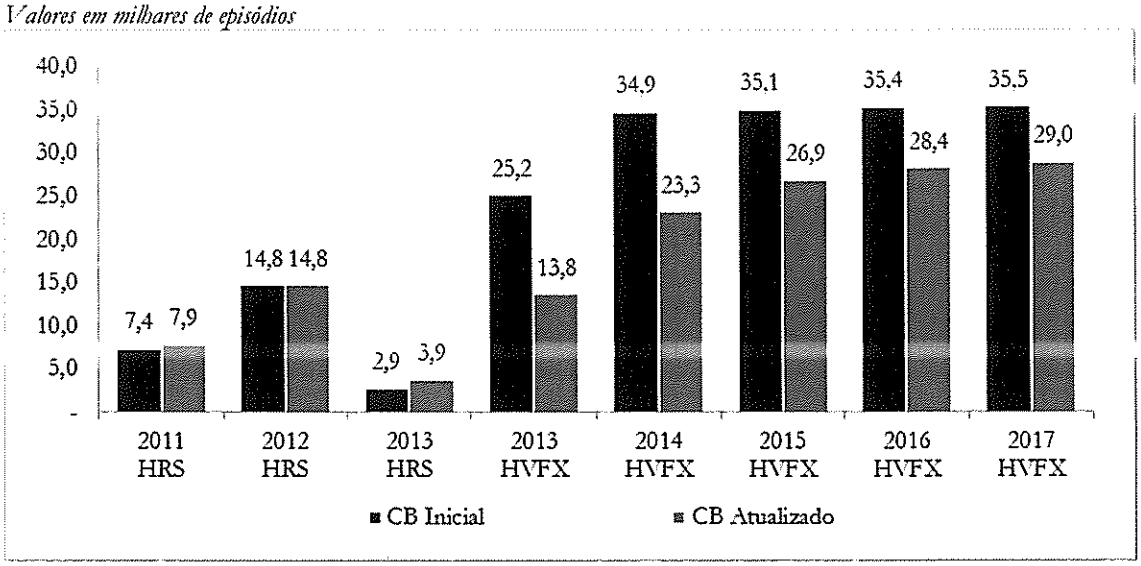


Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

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 quase 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 nos anos mais recentes do período de análise, passando este diferencial (entre o CB Inicial e o CB Atualizado) de 37% em 2013 para 18% em 2017, correspondendo a uma diferença anual média de cerca de 26% neste mesmo período.

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

Valores em milhares de episódios



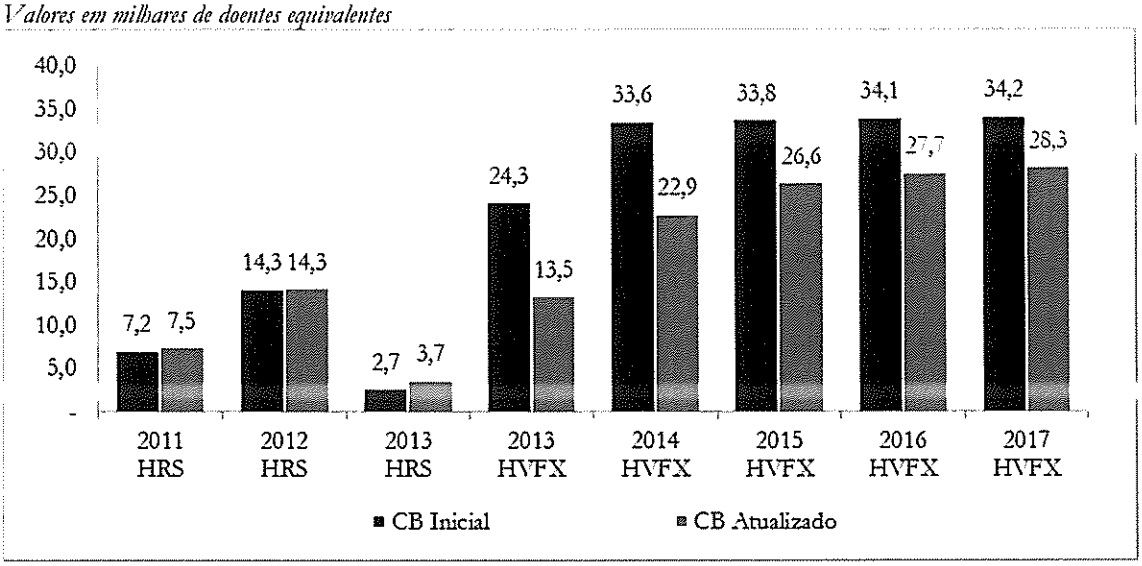
Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

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 substancialmente superiores aos valores reais, ao longo de todo o período em análise, com exceção do ano de 2012, *cfr.* gráfico *infra.*

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

Valores em milhares de doentes equivalentes

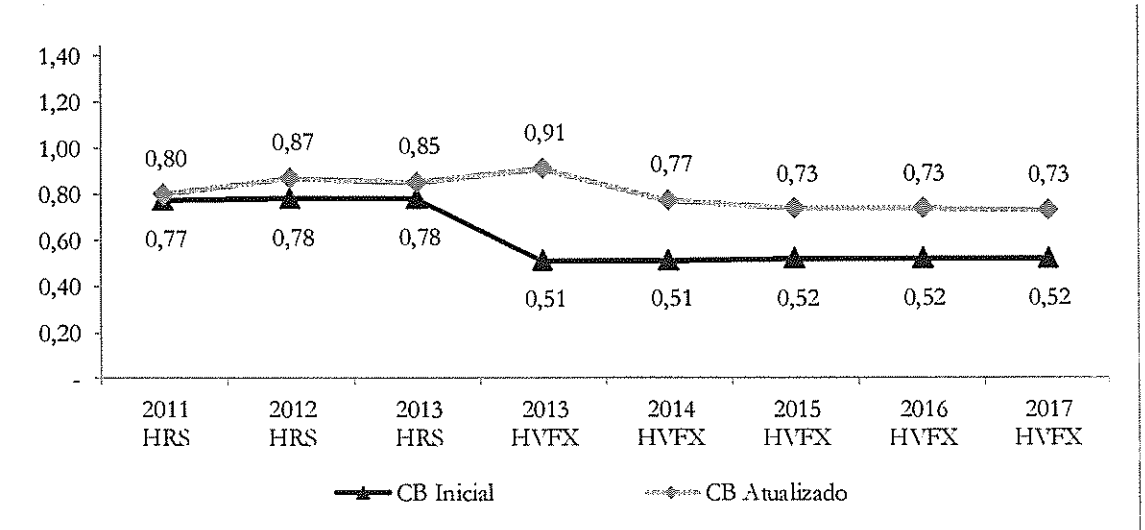


Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

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 a partir da entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar, fundamentalmente, pelo menor peso do ambulatório médico no total de episódios (doentes equivalentes), face ao previsto inicialmente.

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

Valores em índice

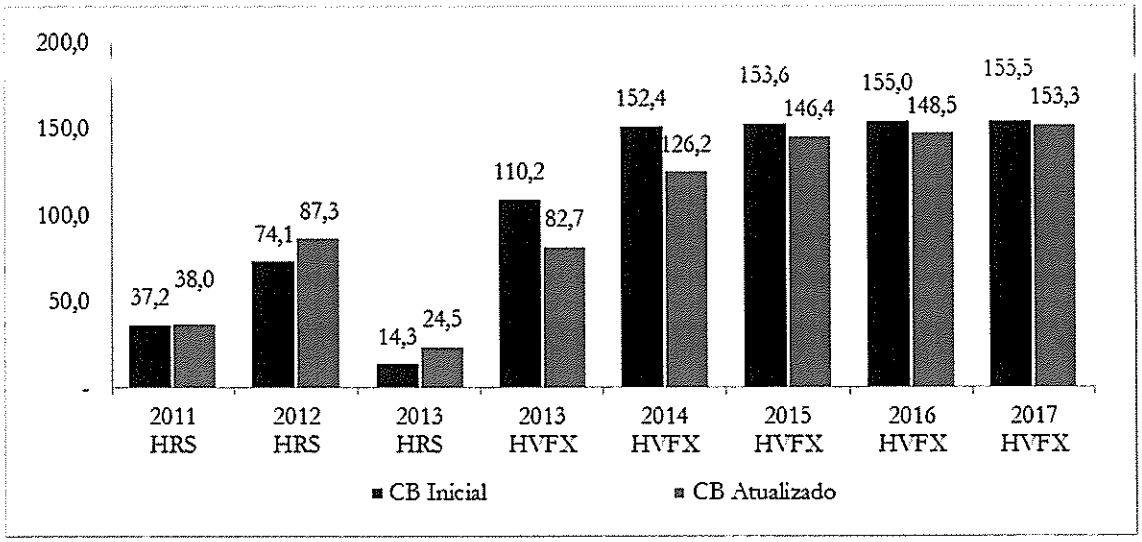


Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Tal como verificado no conjunto do internamento com o ambulatório, o número de consultas inicialmente considerado no CB Inicial foi também superior ao número de consultas efetivamente realizadas no hospital ao longo de praticamente todo o período em análise, correspondendo a uma diferença média anual de 4% entre 2012 e 2017.

Gráfico 36 – N.º de consultas externas no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de consultas

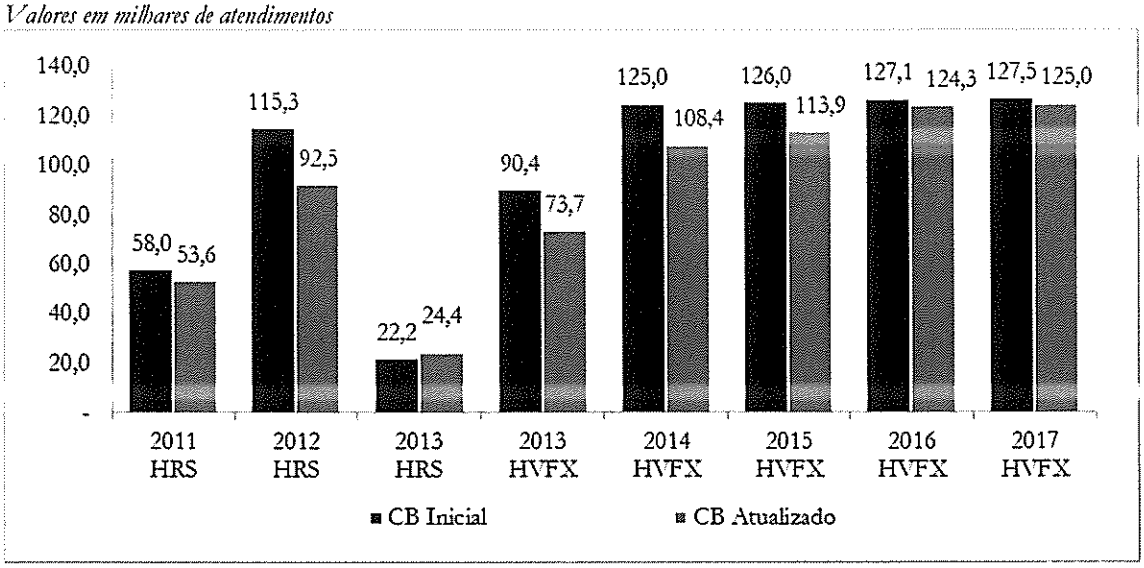


Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

No que concerne aos atendimentos em urgência constata-se que os valores inicialmente estimados no CB Inicial superaram os valores reais em todos os exercícios analisados, correspondendo a uma diferença média anual de 10% entre 2012 e 2017, tal como se pode verificar através do gráfico apresentado de seguida.

Gráfico 37 – Número de atendimentos em urgência no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de atendimentos



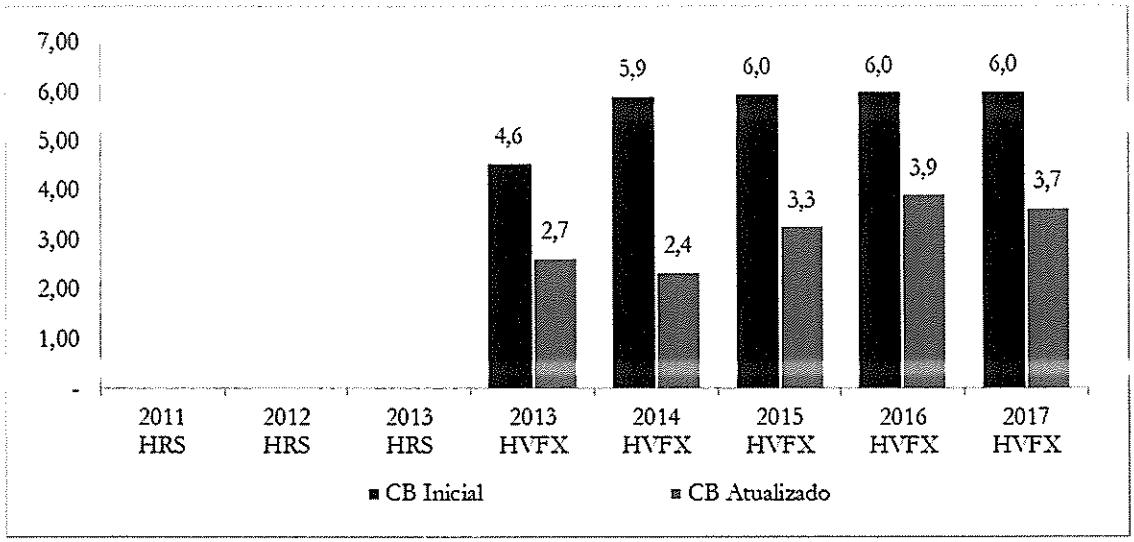
Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Relativamente ao hospital de dia, importa salientar que esta linha de atividade apenas começou a ser reconhecida no novo edifício hospitalar, não havendo, por isso, qualquer produção relativa ao antigo edifício hospitalar, tal como ilustrado no gráfico *infra*.

No que ao número de sessões de hospital de dia diz respeito, conclui-se, através da incorporação dos valores efetivamente verificados no novo edifício hospitalar, que os valores considerados no CB Inicial são significativamente superiores aos valores reais, correspondendo a uma diferença anual média de cerca de 45%, entre 2014 e 2017.

Gráfico 38 – N.º de sessões de hospital de dia no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de sessões

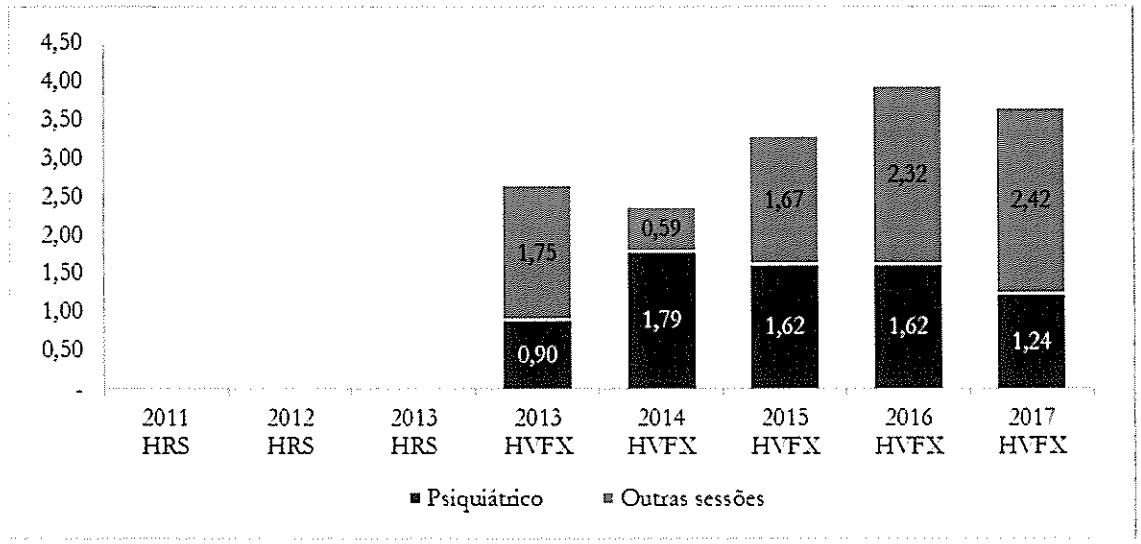


Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Apresenta-se ainda, no gráfico seguinte, a evolução do número de sessões de hospital de dia efetivamente verificadas no novo edifício hospitalar, detalhadas por tipologia de sessão, através do qual se torna possível concluir que as outras sessões são a tipologia com maior representatividade nos dois últimos anos analisados.

Gráfico 39 – N.º de sessões de hospital de dia no CB Atualizado por tipologia

Valores em milhares de sessões



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 (10 dias em cada um dos anos analisados), não se verificou qualquer produção efetiva com esta relacionada.

Relativamente aos pressupostos macroeconómicos, tanto o CB Inicial como o CB Atualizado incorporam os valores reais da inflação referente ao período compreendido entre 2004 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 21 – Pressupostos de inflação

Pressupostos de inflação	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CB Original	2,40%	2,30%	3,10%	2,50%	2,60%	0,00%	2,00%
CB Inicial/ CB Atualizado	2,20%	1,98%	2,68%	2,54%	2,83%	0,13%	0,05%

Pressupostos de inflação (cont.)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CB Original	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
CB Inicial/ CB Atualizado	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 2011 e 2017, foram ainda incorporadas, no CB Inicial e no CB 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 em face dos inicialmente considerados no caso base.

Quadro 22 – Pressupostos de IVA

Pressupostos de IVA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CB Original	21,0%	21,0%	21,0%	21,0%	21,0%	21,0%	21,0%
CB Inicial/ CB Atualizado	23,0%	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

114. 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.

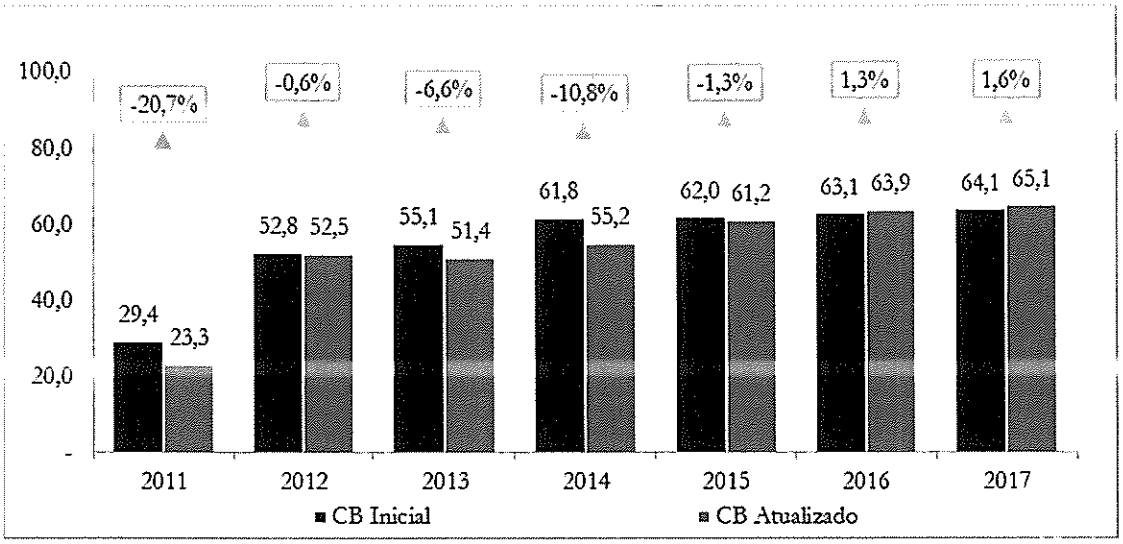
Neste contexto, e como referido, os valores referentes ao CB Original foram ajustados, contemplando não só a atualização das datas de execução do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira e do início do Período de Transição, mas também os valores históricos verificados ao nível da evolução 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 1 de junho de 2011 e 31 de dezembro de 2017, a evolução das receitas operacionais resultantes, quer do CB Inicial, quer do CB Atualizado nos termos referidos *supra*.

Gráfico 40 – Receitas operacionais no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhões de euros



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

Valores em milhares de euros

Receitas operacionais	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Caso Base Inicial							
Pagamentos SNS	28.681	51.544	53.822	60.454	60.636	61.695	62.739
Receitas de terceiros pagadores	721	1.190	1.134	1.214	1.216	1.236	1.256
Receitas comerciais de terceiros	29	52	54	54	54	54	54
Taxas moderadoras	-	-	-	-	-	-	-
Outros proveitos operacionais	-	-	57	79	79	79	80
Total	29.431	52.786	55.067	61.801	61.985	63.063	64.128
Caso Base Atualizado							
Pagamentos SNS	21.688	50.057	49.176	53.308	59.235	61.911	62.872
Receitas de terceiros pagadores	804	1.174	1.071	856	906	923	1.070
Receitas comerciais de terceiros	29	52	54	54	54	54	54
Taxas moderadoras	804	1.174	1.071	856	907	924	1.071
Outros proveitos operacionais	-	-	57	79	79	79	80
Total	23.325	52.457	51.429	55.154	61.181	63.890	65.146

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

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, assim, 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 67 do presente Relatório.

Através do referido gráfico, torna-se possível concluir que, entre 2011 e 2015, o nível de receitas operacionais verificado, tendo em consideração a produção efetivamente registada no hospital, é inferior ao inicialmente estimado no CB Inicial, refletindo, em termos globais, a menor produção acordada entre a EPC e a EGEST. Em sentido contrário, as receitas operacionais dos dois últimos anos, quando incorporada a produção real, superam, ainda que ligeiramente, as previstas no CB Inicial (correspondendo a uma diferença média anual de aproximadamente 1%).

Em termos acumulados, para o período compreendido entre 2011 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, por via da 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);

e, em sentido contrário,

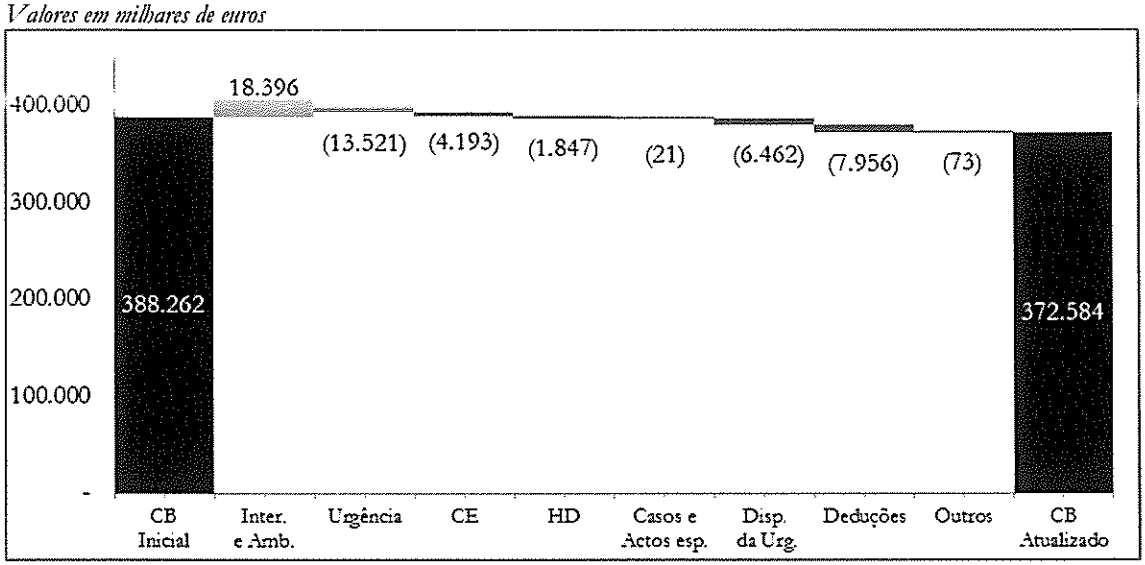
(ii) a remuneração da atividade de consulta externa, urgência e hospital de dia prevista no CB Inicial é superior ao valor auferido pelo parceiro privado, devido ao menor nível de atividade face ao estimado;

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

(iv) 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 41 – Evolução, em termos acumulados, das receitas operacionais, por tipologia de atividade clínica, entre o CB Inicial e o CB Atualizado

Valores em milhares de euros

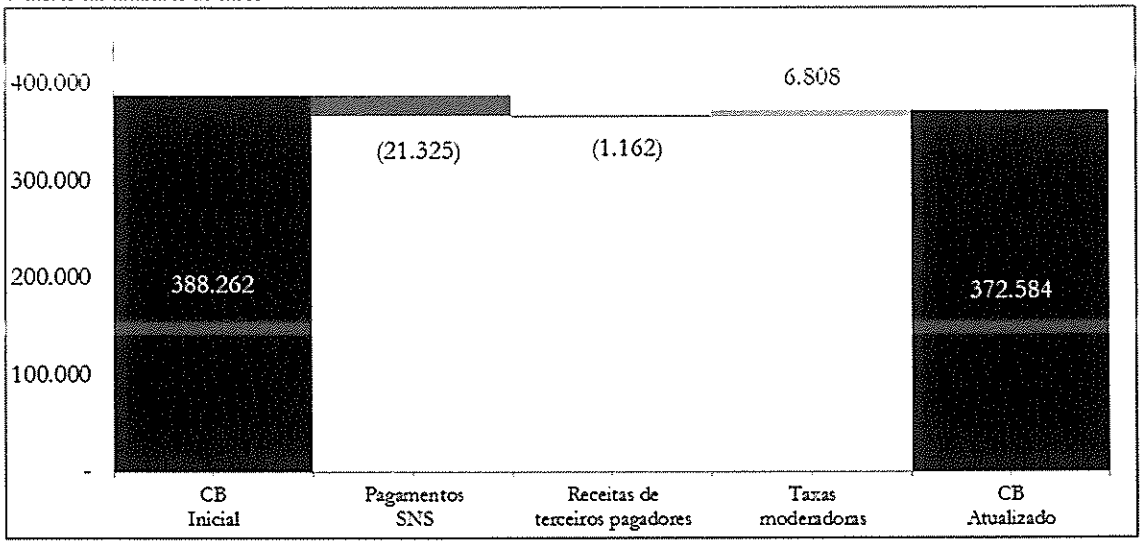


Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

Ao nível da evolução das receitas operacionais por tipo de pagador, tal como apresentado seguidamente, é possível concluir que é ao nível dos pagamentos SNS que se verifica a maior diferença entre as receitas estimadas no CB Inicial e os valores reais registados pelo parceiro privado. Adicionalmente, note-se que no CB Inicial não se encontravam estimadas quaisquer receitas referentes a taxas moderadoras.

Gráfico 42 – Evolução, em termos acumulados, das receitas operacionais, por tipo de pagador, entre o CB Inicial e o CB Atualizado

Valores em milhares de euros



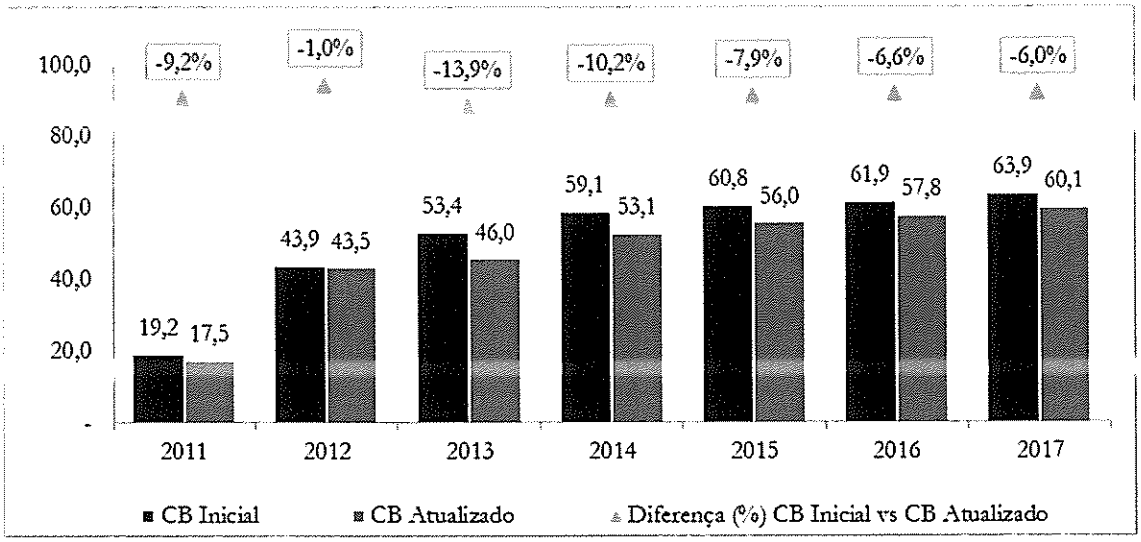
Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

No gráfico seguinte, apresentam-se os custos operacionais que resultam da atualização do nível de atividade efetivamente verificada no hospital, 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 expetável, a evolução dos custos operacionais acompanha a evolução das receitas, apresentando valores inferiores aos considerados no CB Inicial, correspondendo, em termos médios, a uma diferença anual, de cerca de 8%.

Gráfico 43 – Custos operacionais no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhões de euros

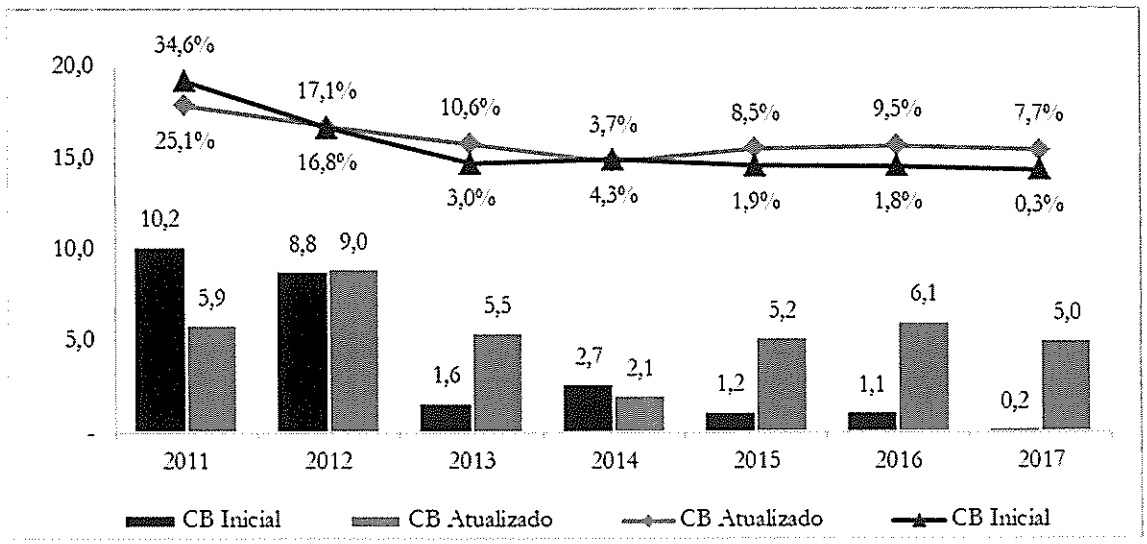


Fonte: CB Original e informação disponibilizada pela ARSLVT trabalhada pela EP.

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

Gráfico 44 – 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, apesar do desvio negativo verificado ao nível das receitas operacionais ao longo de quase todo o período analisado face aos valores considerados no CB Inicial, o desvio, também negativo, verificado ao nível dos custos

operacionais foi quase sempre superior, o que permitiu a apresentação de margens EBITDA substancialmente superiores, ao longo da maioria dos anos em análise, em comparação com os valores inicialmente estimados pelo parceiro privado, **resultando num nível de eficiência da EGEST superior àquele que esta havia inicialmente estimado. A este respeito, importa referir que esta conclusão se apresenta em linha com a realidade verificada, tal como se demonstra no capítulo 3.2.1.1.10. do presente Relatório, concluindo-se, portanto, que o parceiro privado aparentemente estimou de forma adequada a sua estrutura de custos aquando da elaboração das suas projeções iniciais.**

Refira-se adicionalmente que, mesmo que as conclusões constantes do parágrafo anterior fossem distintas das apresentadas, dado que o risco operacional do serviço público realizado no Hospital de Vila Franca de Xira se encontra na esfera do parceiro privado, a variação da eficiência operacional não se traduziria num risco orçamental para o parceiro público[53], 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

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

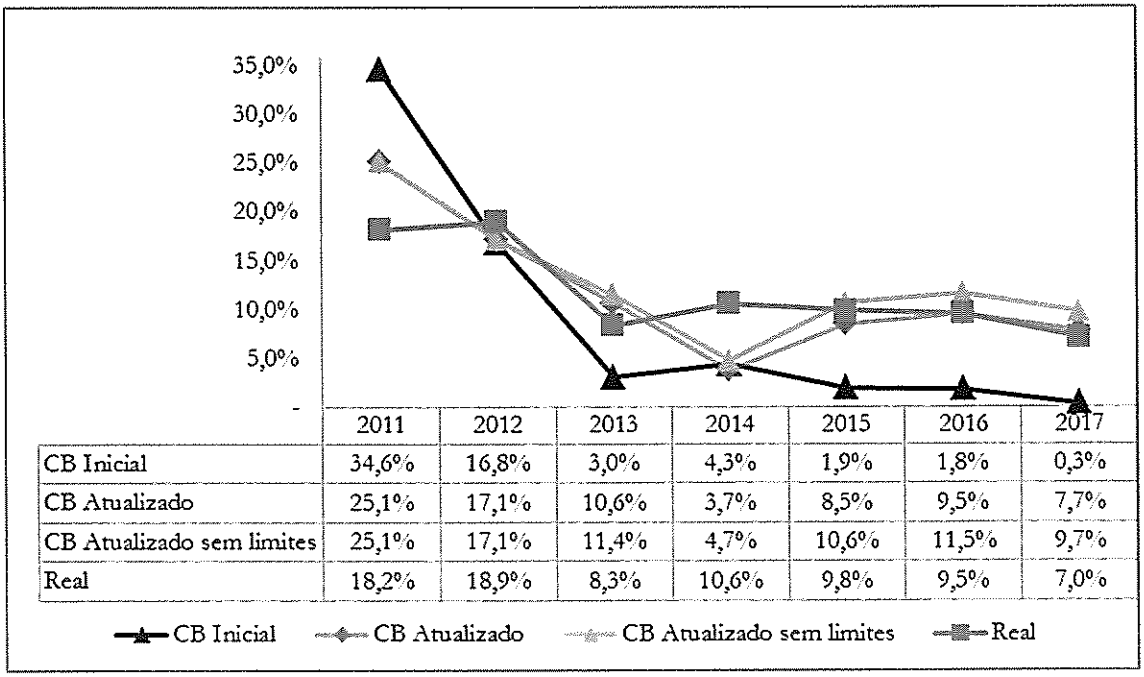
Assim, no gráfico *infra*, apresentam-se as margens EBITDA estimadas com base ***(i)*** no CB Inicial, ***(ii)*** no CB Atualizado e ***(iii)*** no CB Atualizado sem limites, este último correspondente ao CB Atualizado mas desconsiderando os limites de produção contratualmente estabelecidos para efeitos de remuneração. Adicionalmente, apresentam-se as margens EBITDA reais[54] da EGEST, tal como apresentadas adiante, no ponto 137 do

[53] 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.

[54] 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

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.

Gráfico 45 – Evolução das margens EBITDA reais e previstas no CB Inicial, no CB Atualizado e no CB Atualizado sem limites [55]



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CB Inicial	34,6%	16,8%	3,0%	4,3%	1,9%	1,8%	0,3%
CB Atualizado	25,1%	17,1%	10,6%	3,7%	8,5%	9,5%	7,7%
CB Atualizado sem limites	25,1%	17,1%	11,4%	4,7%	10,6%	11,5%	9,7%
Real	18,2%	18,9%	8,3%	10,6%	9,8%	9,5%	7,0%

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

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).

55 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.

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 custos[56].

Com efeito, o facto de em 2011 e 2013 as margens EBITDA reais terem sido 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 prevista para estes anos ter ficado 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, nos dois anos referidos, não teve aderência à realidade.

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

117. Tendo em vista a aferição da economia do modelo de gestão privada do serviço público realizado pelo Hospital de Vila Franca de Xira, 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 Vila Franca de Xira fosse remunerada nos termos definidos para os hospitais EPE (com base nos termos de referência para contratualização de cuidados de saúde, vertidos nos designados

[56] 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).

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 2014 e 2017, encontrando-se o resultado do referido exercício ilustrado no quadro seguinte.

Quadro 24 – 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 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

Remuneração | Preços base SNS - EPE	2014	2015	2016	2017
Internamento e Ambulatório	31 232	36 908	37 201	36 760
Internamento RNCCI	0	0	0	0
Consulta Externa (1)	5 483	6 360	6 258	6 421
Urgência	5 845	6 139	0	0
Disponibilidade do Serviço de Urgência	0	0	5 851	5 999
Hospital de Dia	73	146	212	223
Casos e Atos Específicos	132	125	145	123
VIH/SIDA	1 347	1 612	1 876	2 093
Hemodiálise	343	503	533	526
Remuneração base anual da EGEST	**44 455**	**51 793**	**52 076**	**52 144**

Remuneração | Preços base Contrato de Gestão	2014	2015	2016	2017
Internamento e Ambulatório (2)	35 728	37 898	39 882	41 155
Internamento RNCCI	43	39	57	51
Consulta Externa (3)	8 464	9 268	9 767	9 840
Urgência	8 121	8 778	9 699	9 962
Disponibilidade do Serviço de Urgência	2 642	4 731	4 866	4 950
Hospital de Dia	298	406	519	610
Casos e Atos Específicos	132	125	145	123
VIH/SIDA (3)	23	27	27	27
Hemodiálise (2)	280	410	437	437
Remuneração base anual da EGEST	**55 732**	**61 681**	**65 399**	**67 155**

Remuneração | Diferença	2014	2015	2016	2017
Internamento e Ambulatório	-4 496	-990	-2 681	-4 395
Internamento RNCCI	-43	-39	-57	-51
Consulta Externa	-2 981	-2 908	-3 509	-3 419
Urgência	-2 275	-2 639	-9 699	-9 962
Disponibilidade do Serviço de Urgência	-2 642	-4 731	985	1 050
Hospital de Dia	-225	-260	-306	-387
Casos e Atos Específicos	0	0	0	-0
VIH/SIDA	1 324	1 585	1 849	2 066
Hemodiálise	62	93	96	89
Total	**-11 276**	**-9 888**	**-13 322**	**-15 010**

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 aos anos de 2016 e 2017, 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 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos 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 preço, refletem 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 Vila Franca de Xira 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, são inferiores (para 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 Vila Franca de Xira, os agrupadores de GDH aplicáveis aos hospitais EPE ao longo do período analisado (AP27 em 2014 e APR31 de 2015 em diante) conduziriam, no cômputo global, ao apuramento de um número de doentes equivalentes e 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 cerca de 4,9 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 Vila Franca de Xira 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 disponibilidade[57]. Deste modo, enquanto a EGEST foi, nos termos do

[57] 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

Contrato de 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 Vila Franca de Xira para o tratamento de doentes com infeção VIH/SIDA, ao ser enquadrada no âmbito da consulta externa – paga mediante preço compreensivo[58] – 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 Vila Franca de Xira, nos termos do Contrato de Gestão – estes últimos estabelecidos em função da proposta apresentada pela EGEST no âmbito do

urgência polivalente – no valor anual de 17,0 milhões de euros, para um volume de atividade médio expectável de 170.000 episódios.

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 de serviço nas três tipologias de urgência, e os restantes 5% atribuídos em função do desempenho, aferido 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.

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

procedimento concursal da parceria –, e os preços praticados nos hospitais EPE para essas mesmas linhas de produção.

Quadro 25 – Comparação entre os preços definidos para os hospitais EPE e os preços estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2014 e 2017

Valores em euros

Preço unitário por linha de produção	2014	2015	2016	2017
INTERNAMENTO E AMBULATÓRIO				
1.º Escalão				
Contrato de Gestão HVFX PPP	2.038 €	2.028 €	2.044 €	2.070 €
Hospitais EPE	2.120 €	2.285 €	2.285 €	2.285 €
Diferença	-82 €	-257 €	-241 €	-215 €
	-4%	-11%	-11%	-9%
2.º Escalão				
Contrato de Gestão HVFX PPP	1.325 €	1.318 €	1.329 €	1.346 €
Hospitais EPE	2.120 €	2.285 €	2.285 €	2.285 €
Diferença	-796 €	-967 €	-956 €	-939 €
	-38%	-42%	-42%	-41%
DIAS DE INTERNAMENTO PROLONGADO				
Contrato de Gestão HVFX PPP	16 €	16 €	16 €	17 €
Hospitais EPE	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Diferença	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
CONSULTA EXTERNA				
Primeiras consultas				
Contrato de Gestão HVFX PPP	80 €	80 €	81 €	82 €
Hospitais EPE	44 €	44 €	42 €	42 €
Diferença	37 €	36 €	38 €	40 €
	85%	84%	91%	95%
Consultas subsequentes				
Contrato de Gestão HVFX PPP	60 €	60 €	60 €	61 €
Hospitais EPE	44 €	44 €	42 €	42 €
Diferença	17 €	16 €	18 €	19 €
	38%	38%	43%	46%

Preço unitário por linha de produção	2014	2015	2016	2017
URGÊNCIA				
1.º Escalão - Atendimento				
Contrato de Gestão HVFX PPP	95 €	94 €	95 €	96 €
Hospitais EPE	54 €	54 €	n.a.	n.a.
Diferença	41 €	40 €	n.a.	n.a.
	76%	75%	n.a.	n.a.
2.º Escalão - Atendimento				
Contrato de Gestão HVFX PPP	40 €	40 €	40 €	41 €
Hospitais EPE	54 €	54 €	n.a.	n.a.
Diferença	-14 €	-14 €	n.a.	n.a.
	[illegible]	[illegible]	n.a.	n.a.
Disponibilidade do Serviço de Urgência				
Contrato de Gestão HVFX PPP	4,88 M€	4,86 M€	4,90 M€	4,96 M€
Hospitais EPE	n.a.	n.a.	6,21 M€	6,25 M€
Diferença	n.a.	n.a.	-1,32 M€	-1,29 M€
	n.a.	n.a.	-21%	-21%
HOSPITAL DE DIA				
Psiquiatria				
Contrato de Gestão HVFX PPP	94 €	94 €	94 €	96 €
Hospitais EPE	30 €	30 €	30 €	30 €
Diferença	64 €	63 €	64 €	66 €
	209%	207%	210%	219%
Imunohemoterapia				
Contrato de Gestão HVFX PPP	221 €	220 €	222 €	225 €
Hospitais EPE	294 €	294 €	294 €	294 €
Diferença	-72 €	-73 €	-72 €	-69 €
	-25%	-25%	-24%	-24%
Outras especialidades				
Contrato de Gestão HVFX PPP	221 €	220 €	222 €	225 €
Hospitais EPE	20 €	20 €	20 €	20 €
Diferença	201 €	200 €	202 €	205 €
	998%	993%	1002%	1024%

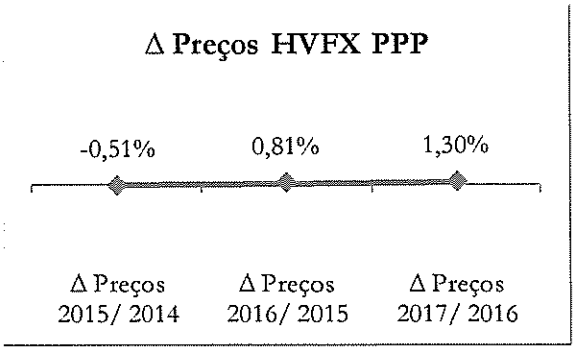
Fonte: Equipa de Projeto, com base em Contratos-Programa, informação disponibilizada pela ACSS, dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

118. 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 Vila Franca de Xira 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[59], apresentou praticamente uma manutenção face aos de 2014.

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

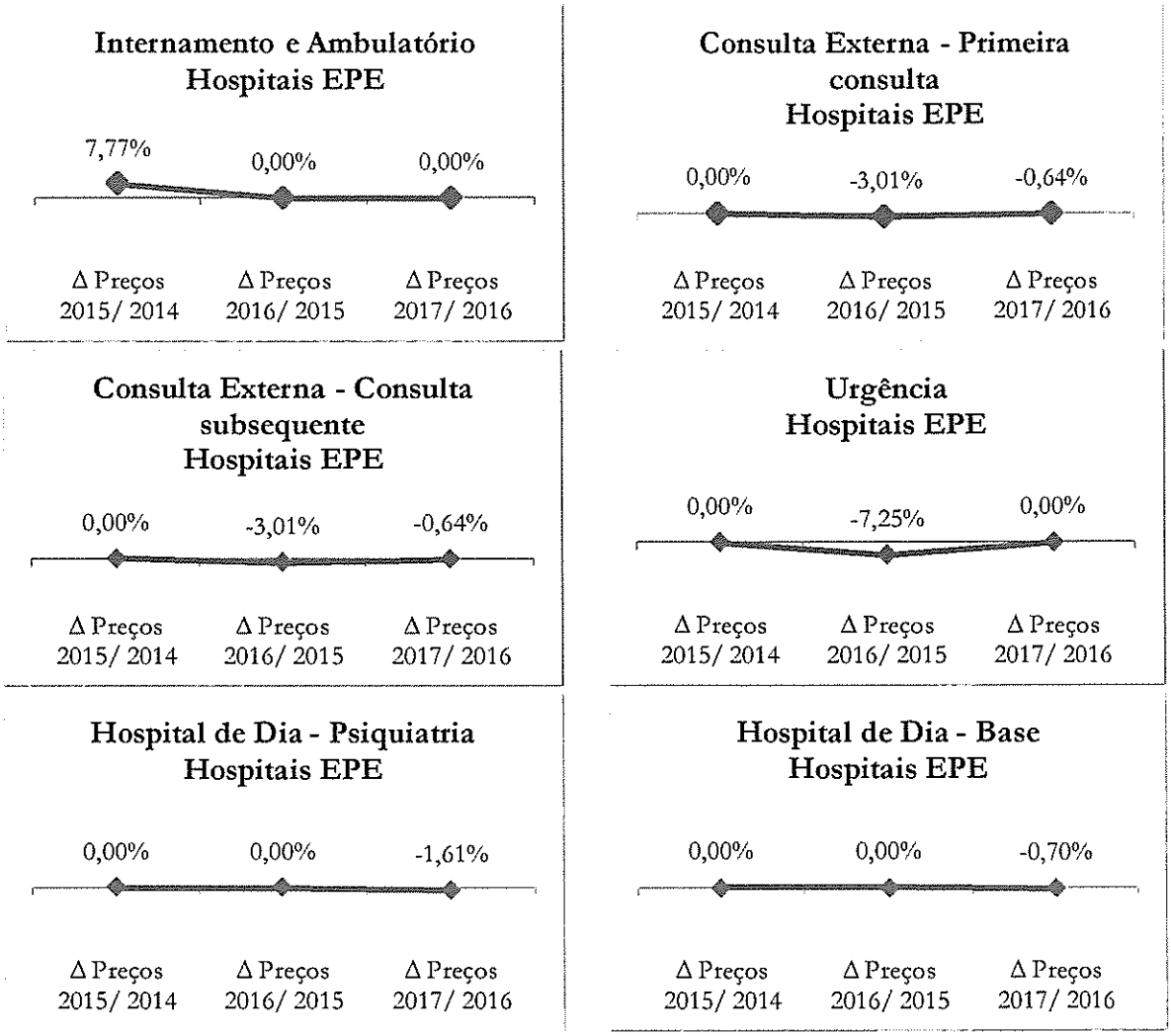
Gráfico 46 – Evolução da taxa de crescimento anual dos preços para as linhas de produção do Hospital de Vila Franca de Xira, entre 2014 e 2017



Fonte: Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

[59] 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.

Gráfico 47 – Evolução das taxas de crescimento anual dos preços definidos para os hospitais EPE, entre 2014 e 2017



Fonte: Contratos-Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

119. Por outro lado, a diferença verificada entre os preços das linhas de produção do Hospital de Vila Franca de Xira 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 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 2014 e 2017 e para todos os hospitais EPE, 6,5% do valor das transferências efetuadas pelo SNS, quer através de aumentos de capital, representando estes, no mesmo período, cerca de 11,1% 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.

Quadro 26 – 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 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

		2014	2015	2016	2017
Remuneração | Preços base SNS - EPE		44 455	51 793	52 076	52 144
Média do peso das convergências face ao total das transferências do SNS para os EPE entre 2014 a 2017	6,5%	2 879	3 354	3 372	3 377
Remuneração | Preços base SNS - EPE com convergências		47 334	55 147	55 449	55 521
Remuneração | Preços base Contrato de Gestão		55 732	61 681	65 399	67 155
Diferença		-8 397	-6 534	-9 950	-11 633

Fonte: Equipa de Projeto, com base em Contratos-Programa, informação disponibilizada pela ACSS, dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

120. 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 11,1% 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 Vila Franca de Xira fosse remunerada aos preços definidos para os hospitais EPE e a remuneração determinada pela aplicação dos preços estabelecidos no Contrato de Gestão.

Quadro 27 – 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 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

		2014	2015	2016	2017
Remuneração | Preços base SNS - EPE		44 455	51 793	52 076	52 144
Média do peso das convergências e dos aumentos de capital face ao total das transferências e aumentos de capital do SNS para os EPE entre 2014 a 2017	11,1%	4 946	5 763	5 794	5 802
Remuneração | Preços base SNS - EPE com convergências e aumentos de capital		49 402	57 555	57 871	57 946
Remuneração | Preços base Contrato de Gestão		55 732	61 681	65 399	67 155
Diferença		-6 330	-4 125	-7 528	-9 209

Fonte: Equipa de Projeto, com base em Contratos-Programa, informação disponibilizada pela ACSS, dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

121. 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 dos hospitais EPE foi efetuada mediante a utilização de diferentes agrupadores de GDH entre 2014 e 2017, cuja maioria dos índices de *case-mix* são inferiores aos do agrupador utilizado pelo Hospital de Vila Franca de Xira, 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.

122. 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 Vila Franca de Xira foram determinados, *ab initio*, tendo por base o pressuposto de que os mesmos deveriam cobrir não só o valor das prestações de serviços clínicos, mas também o valor dos investimentos realizados, bem como o pagamento da contrapartida financeira pela aquisição do estabelecimento hospitalar (no montante de 7,9 milhões de euros, já depois dos ajustamentos pela situação do estabelecimento hospitalar no que concerne a

equipamentos, existências e pessoal)[60]. **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 Vila Franca de Xira não permite 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*

123. 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 de se atender à necessidade de comparabilidade com os demais estabelecimentos integrados no SNS, que o próprio Contrato dita ou permite que seja considerada.

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

[60] 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.

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.

Adicionalmente, importa referir o facto de se terem verificado outras limitações em sede de execução de facto do Contrato decorrentes da também inexistente informação dos hospitais que constituem o grupo de referência do Hospital de Vila Franca de Xira, nomeadamente ao nível da aplicação do ajustamento, à remuneração, em função da prescrição de produtos farmacêuticos, previsto no n.º 12 do Anexo VII do Contrato de Gestão, e do *benchmark* da cobrança de receitas de terceiros pagadores e de taxas moderadoras, previsto no n.º 2 da cláusula 50.ª do Contrato de Gestão.

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.

3.2.1.1.7. *Processos de arbitragem e pedidos de REF*

124. No âmbito da execução do Contrato, foi despoletado pelo parceiro privado um processo de arbitragem para resolução de um litígio (processo este antecedido de mediação, relativamente à qual não houve acordo conciliatório), tendo o mesmo apresentado ainda um pedido de reposição do equilíbrio financeiro e efetuado quatro 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 28 – 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	17/04/2017	Aplicação de multa contratual por incumprimento de obrigações de acompanhamento de reclusos com doenças infecciosas crónicas	241 172 € (1)	18/09/2017	Processo extinto mediante acordo entre as partes.	-

Nota: (1) Montante correspondente à multa contratual aplicada pela EPC à EGEST.
Fonte: Equipa de Projeto, a partir de informação disponibilizada pela ARSLVT.

Quadro 29 – Pedidos de reposição do equilíbrio financeiro e reservas de direito

Tipo	Data do pedido	Evento gerador do pedido	Montante do pedido	Data de resolução	Ponto de situação	Montante da compensação paga pela EPC
Reposição do equilíbrio financeiro	03-07-2018	Assistência a reclusos dos estabelecimentos prisionais da área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira	465 140 € / ano (1)	-	Em curso. Perante a resposta da EPC, a EGEST apresentou pedido tendente a desencadear um procedimento de mediação para resolução do litígio, encontrando-se o processo a decorrer, sob mediação da Entidade Reguladora da Saúde.	-
Reposição do equilíbrio financeiro	12-02-2019	Cessação do financiamento da dispensa de medicamentos para o tratamento das pessoas com hepatite C	1 017 534 € (2)	-	Nos termos e para os efeitos da alínea c) do n.º 8 da Cláusula 125.ª do Contrato de Gestão a EPC declarou não reconhecer a existência de indícios suficientes, contidos no pedido que lhe foi submetido, à abertura de um processo de avaliação do desequilíbrio financeiro do Contrato e à suscetibilidade de haver reposição do equilíbrio financeiro	
Reserva de direito	02-06-2016	Entrada em funcionamento do sistema de livre escolha e circulação de doentes no SNS	-	-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	
Reserva de direito	05-08-2016	Implementação do sistema de codificação clínica ICD-10-CM/PCS	-	-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	
Reserva de direito		Cumprimento integral do regulamento geral de proteção de dados	-	-	A EGEST não deu sequência ao procedimento de reposição.	

Nota: (1) Montante correspondente à estimativa efetuada pela EGEST relativamente aos custos acrescidos decorrentes do evento gerador do pedido. O valor total do pedido, a preços correntes, foi estimado pela EGEST em 1,4 milhões de euros, para o período compreendido entre o início de julho de 2018 (data de apresentação do pedido de reposição do equilíbrio financeiro) e o final de maio de 2021 (termo do Contrato).
(2) Valor total estimado apresentado pela EGEST para o período entre 2019 até 31 de maio de 2021.

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*

125. 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 Vila Franca de Xira, 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.

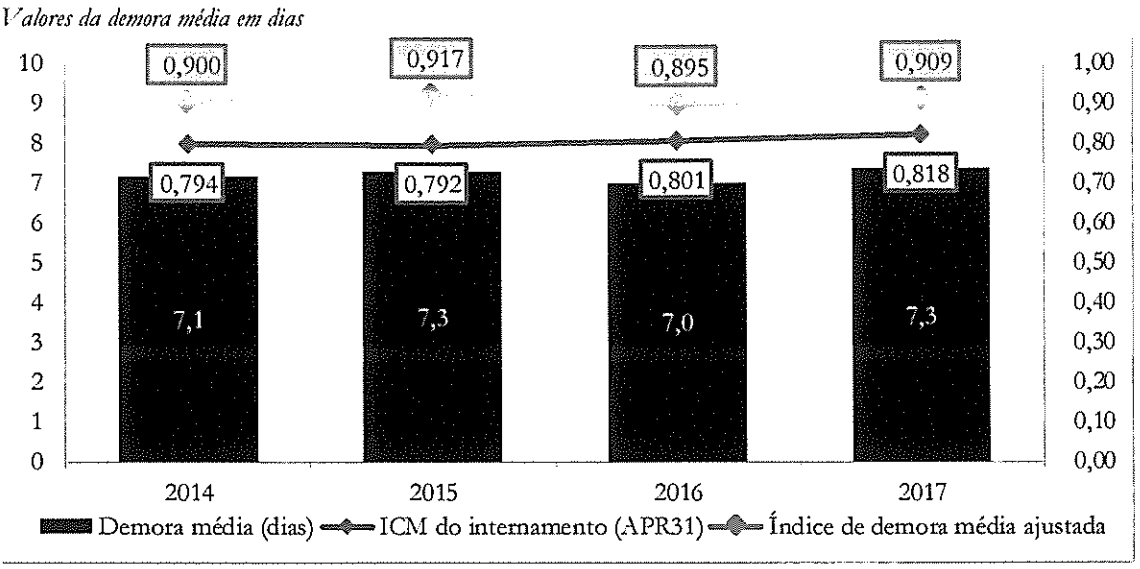
Tendo por base este enquadramento, no presente capítulo analisa-se a eficiência da PPP de Vila Franca de Xira, numa lógica individual, tendo por base as obrigações previstas contratualmente, e recorrendo ao resultado dos indicadores que se apresentam de seguida: ***(i)*** índice de demora média ajustada (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.

126. 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, a demora média e o ICM do internamento no Hospital de Vila Franca de Xira apresentaram uma quase manutenção entre 2014 e 2017, o que permitiu a estabilização do índice de demora média ajustada em torno dos 0,9, valor que, sendo inferior a 1, demonstra a existência de eficiência relativa do Hospital de Vila Franca de Xira.

Gráfico 48 – Índice de demora média ajustada, demora média e ICM do internamento (APR31), entre 2014 e 2017



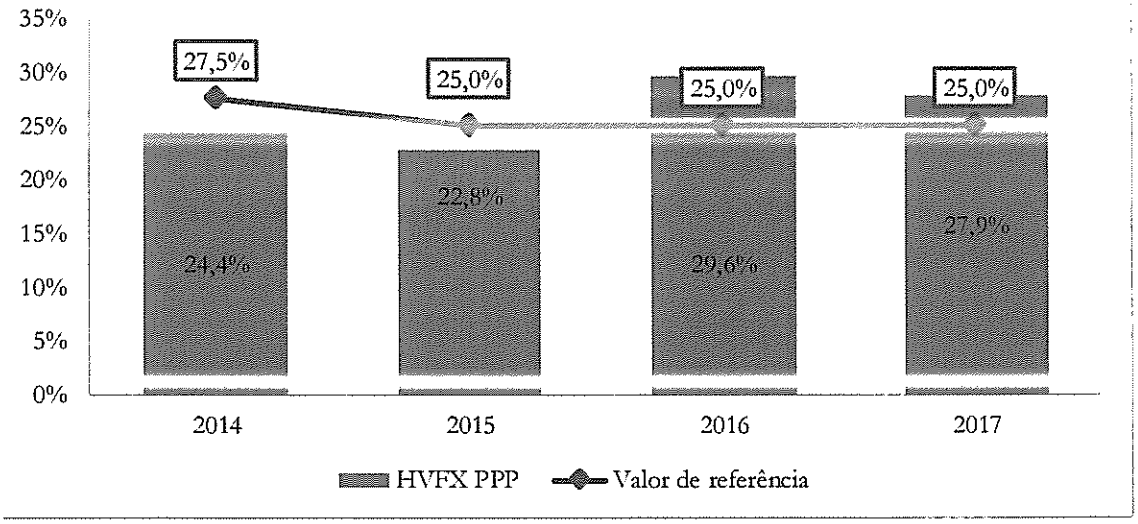
Notas: Os valores da demora média apresentados consideram a produção relativa a recém-nascidos.
Os valores apresentados refletem a produção efetiva realizada, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST.
Com referência aos anos de 2016 e 2017, 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 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT, e dados disponibilizados pela ACSS.

127. 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.

Tal como se verifica pelo gráfico seguinte, o peso das cesarianas no total de partos apresentou alguma volatilidade ao longo do período de execução, tendo-se situado o mesmo, em 2016 e 2017, acima dos respetivos valores de referência.

Gráfico 49 – Percentagem de cesarianas no total de partos, entre 2014 e 2017

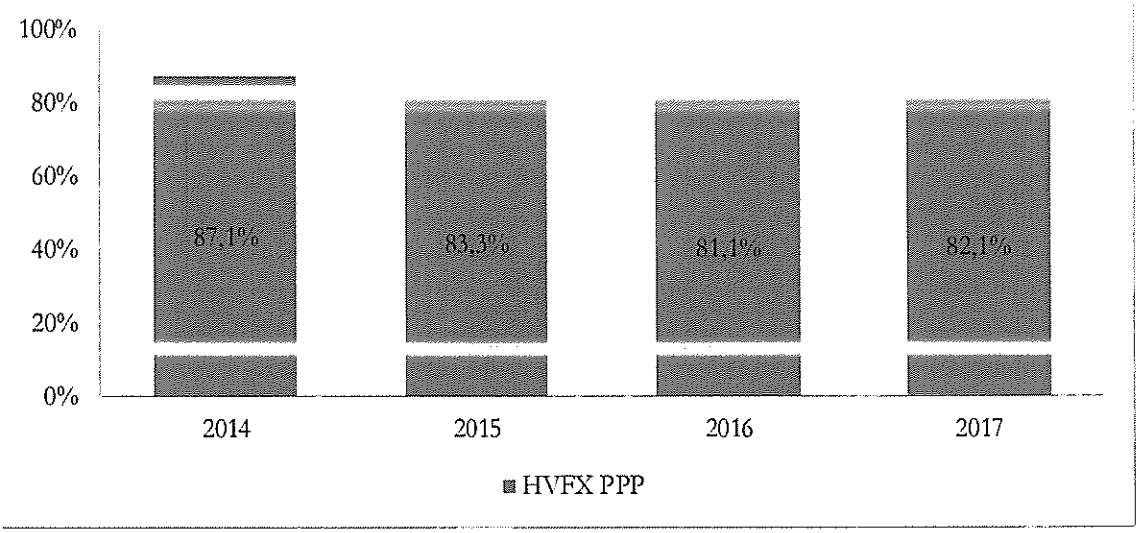


Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados em cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação do respetivo parâmetro de desempenho.

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

128. 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 Vila Franca de Xira ficaram todos os anos acima de 80%.

Gráfico 50 – Percentagem de cirurgias de ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, entre 2014 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

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

129. 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 atingido –, foi incluído[61] no Contrato de Gestão um conjunto de cláusulas que visam garantir

[61] No âmbito do procedimento que levou à formação do contrato.

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 62.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 23.ª e Anexo X ao Contrato de Gestão).

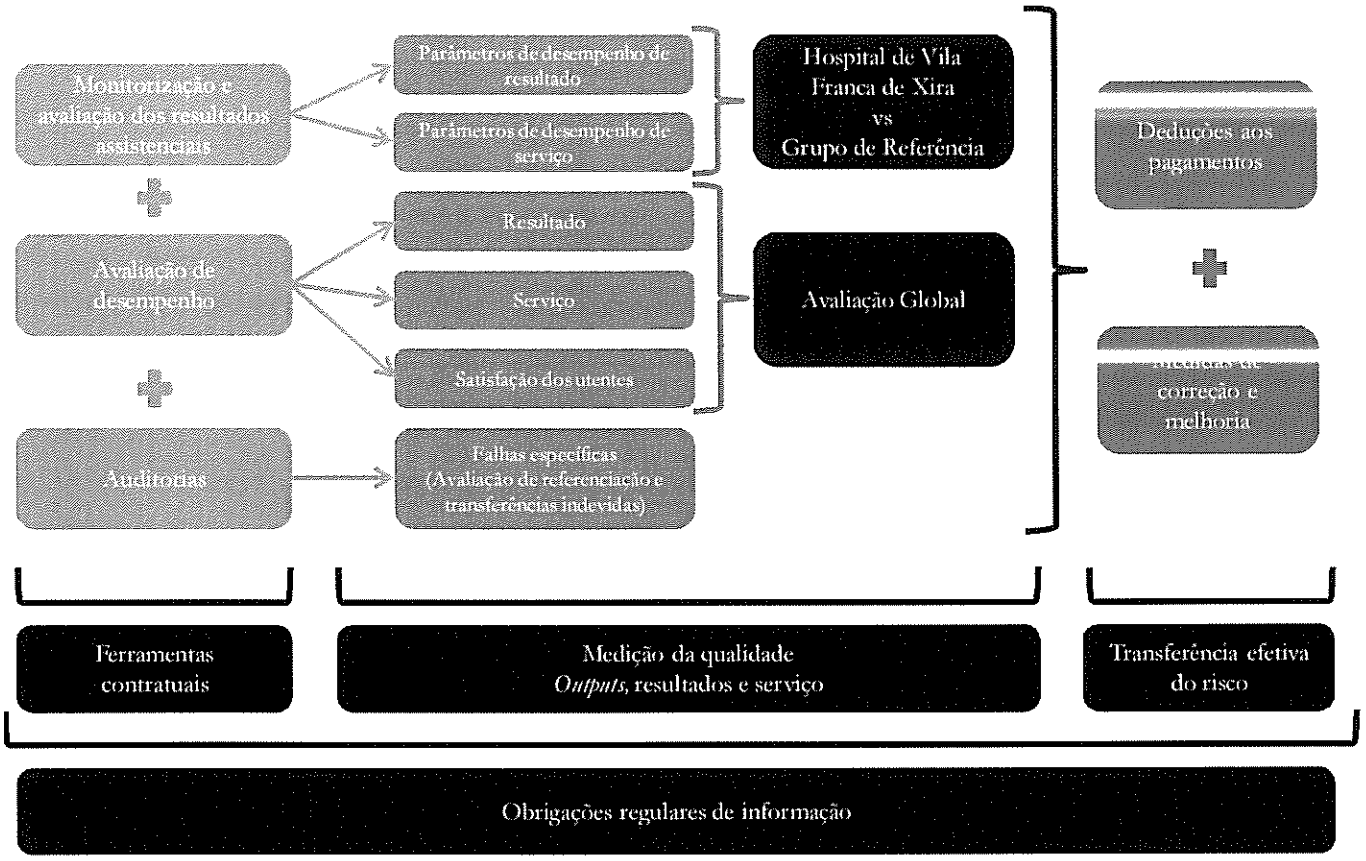
Para além da monitorização e avaliação dos resultados assistenciais alcançados, o processo de aferição da qualidade e do desempenho do parceiro privado engloba ainda um processo anual de avaliação global do seu desempenho, considerando para tal três dimensões: ***(i)*** resultados, ***(ii)*** serviço 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, sendo a fiabilidade dos valores garantida pela auditoria ao respetivo sistema, realizada trimestralmente por uma entidade externa, conforme previsto no n.º 4 da cláusula 129.ª do Contrato de Gestão.

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 55.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 (*cfr.* esquema seguinte), mas também as obrigações regulares de prestação de informação a que o parceiro privado se encontra adstrito, que pretendem, na medida do possível, mitigar o "custo de agência" acima mencionado.

Esquema 30 – Mecanismos de controlo e garantia da qualidade dos serviços prestados pelo parceiro privado



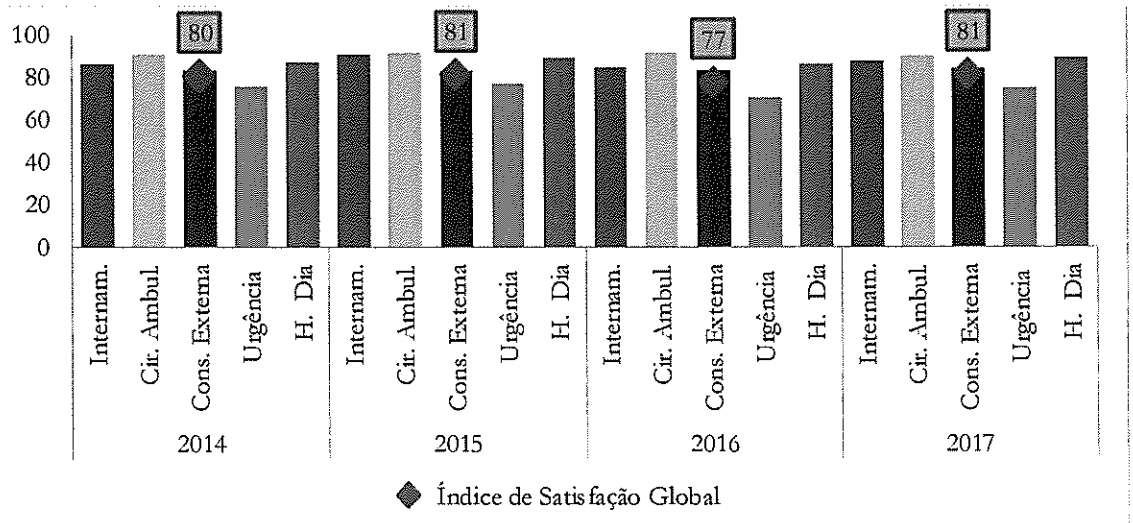
Fonte: Equipa de Projeto, a partir de informação disponibilizada pela ARSLVT.

Ao longo da execução do Contrato, e no que se refere à avaliação global do desempenho do parceiro privado, na vertente da "satisfação dos utentes", importa notar que nem sempre foi possível avaliar esta componente em virtude da inexistência de um referencial de comparação dos resultados.

Com efeito, nos termos do Anexo X ao Contrato de Gestão, a EGEST encontra-se obrigada à realização anual de inquéritos à satisfação dos utentes, devendo adotar a metodologia "*utilizada pelo Ministério da Saúde nos demais hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde, por forma a garantir a comparabilidade dos resultados*", ou, caso "*o Ministério da Saúde não realize os inquéritos* [...], *a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se 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*".

Ora, acontece que o último inquérito de satisfação dos utentes, realizado pelo Ministério da Saúde em termos que permitissem a comparação desses resultados com o nível de satisfação da PPP de Vila Franca de Xira data de 2009[62], tendo sido realizado no âmbito de parceria entre a ACSS e o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa. Assim, não tendo sido avaliada, nos anos posteriores, a satisfação dos utentes ao nível dos serviços prestados por cada hospital público, a EGEST elaborou avaliações próprias, recorrendo à empresa Qmetrics. As avaliações assim obtidas têm sido globalmente "muito positivas" (*cfr.* 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.

Gráfico 51 – Índice de satisfação dos utentes, por linha de atividade e em termos globais, entre 2014 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.

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 2011 e 2017, apresentando-se, no quadro seguinte, a classificação global efetivamente

[62] 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 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".

obtida pela EGEST ao longo do período de execução do Contrato, que se situou entre o "satisfatório" e o "bom".

Com efeito, não se verificou uma tendência clara de evolução da avaliação das componentes de "resultados" e de "serviço", com a primeira a variar entre o "satisfatório" e o "muito bom", e a segunda a variar apenas entre o "insatisfatório" e o "satisfatório".

Quadro 31 – Avaliação global de desempenho da EGEST, entre 2011 e 2017

Avaliação de desempenho	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (2)	2017 (2)
Resultados	Muito Bom	Satisfatório	Satisfatório	Muito Bom	Muito Bom	Bom	Bom
Serviço	Insatisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Insatisfatório
Satisfação dos utentes (1)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Global	**Satisfatório**	**Satisfatório**	**Satisfatório**	**Bom**	**Bom**	**Bom**	**Satisfatório**

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 Vila Franca de Xira 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.

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

No quadro seguinte apresentam-se os valores das deduções aplicadas ao longo do período de execução do Contrato, sendo que o peso dos mesmos no total da remuneração representou entre 1% e 3% do total da remuneração, abaixo do valor máximo de 5% contratualmente estabelecido[63].

Importa ter presente que, devido à indisponibilidade de dados comparáveis e em tempo útil dos hospitais do grupo de referência, que permitam proceder ao ajustamento dos resultados do Hospital de Vila Franca de Xira à casuística daqueles, nos procedimentos anuais de 2015 a 2017[64] não foram fixados valores de referência que tivessem em consideração o exercício de *benchmarking* que o Contrato de Gestão prevê que se realize para

[63] Nos termos do previsto no n.º 4 da cláusula 56.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.

[64] Nos termos do n.º 12.3. do Anexo X ao Contrato de Gestão, apenas a partir do termo do primeiro ano completo de atividade após a transferência para o Novo Edifício Hospitalar, ou seja, apenas a partir de 2015 inclusive, passou a ser relevante a informação referente aos hospitais do grupo de referência para efeitos de fixação de valores de referência para os parâmetros de desempenho de resultado.

quatro[65] 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 dos referidos parâmetros, que se concretizou, contudo, numa lógica apenas individual e não relativa, como seria desejável.

[65] Os parâmetros em causa são: taxa de mortalidade pós-operatória ajustada (PDR A18), taxa de mortalidade durante o ato operatório ajustada (PDR A19), taxa de mortalidade no internamento ajustada (PDR A20) e tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na urgência (PDR B32). 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.

Quadro 32 – Deduções aplicadas à EGEST, entre 2011 e 2017

Valores em milhares de euros

Deduções	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Falhas específicas	**10**	**53**	**78**	**50**	**37**	**0**	**0**
Transferências indevidas do Internamento	10	53	78	50	37		
Falhas de desempenho de resultado	**0**	**1.025**	**776**	**123**	**216**	**936**	**381**
Número de episódios de cirurgia de ambulatório e de episódios de ambulatório médico da produção efectiva por GCD		545					
Taxa máxima de erro admitida na codificação		42	221				
Taxa de primeiras consultas da produção efectiva				0			
Taxa de cancelamento de consultas externas		42	38				
Taxa de cancelamento de intervenções cirúrgicas		84		29		21	
Taxa de mortalidade durante o acto operatório ajustada		232					
Taxa de mortalidade no internamento ajustada		80					
Taxa de reinternamentos urgentes da mesma GCD			22			64	
Taxa de reinternamento						70	
Taxa de infeção urinária em doentes internados algaliados					8	0	9
Taxa de execução de relatórios operatórios sobre o total de intervenções cirúrgicas			1	5			2
Taxa de partos com anestesia epidural						17	
Taxa de regressos não programados ao bloco operatório			65			219	
Taxa de notificações de reações adversas à medicação							13
Taxa de altas com nota de alta hospitalar			7		208	221	
Taxa de execução de técnicas com consentimento informado				1			22
Taxa de doentes ventilados da UCI submetidos a sedação e				31			2
Tempo médio de espera para triagem no serviço de urgência			17				
Tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na urgência			77	34			
Taxa de doentes que permanecem na urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 3 horas			68				
Taxa de doentes que permanecem na urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 6 horas			101	22			
Tempo médio de permanência no serviço de urgência			42				
Taxa de readmissão na urgência no período até 24 horas			54			118	118
Taxa de readmissão na urgência no período até 72 horas com internamento						86	16
Taxa de utentes que abandonam o serviço de urgência após a triagem sem serem atendidos			63			120	200
Falhas de desempenho de serviço	**406**	**584**	**549**	**380**	**231**	**526**	**1.596**
Diagnóstico e plano de medidas para corrigir problemas quanto aos objetivos de produção		190					
Codificação dos episódios de internamento e das intervenções em cirurgia de ambulatório realizada dentro dos prazos estabelecidos		34	35	1	0		
Entrega da informação trimestral exigida	138	156					193
Inventário atualizado dos equipamentos e sistemas médicos	89				231	245	252
Plano de renovação atualizado dos equipamentos e sistemas					0	245	252
Planos de manutenção preventiva atualizados para um ano e cinco	89						
Hardware e software em uso registados em nome da EGEST	89	204					
Valor satisfatório em 50% dos parâmetros de desempenho com resultados insatisfatórios em dois relatórios de avaliação			197			35	108
Valor satisfatório em 100% dos parâmetros de desempenho com resultados insatisfatórios em dois relatórios de avaliação			316	379			791
Total sem aplicação dos limites contratuais	**416**	**1.662**	**1.402**	**554**	**484**	**1.461**	**1.977**
Valor máximo aplicável (5% da remuneração base anual) às falhas de desempenho de resultado e de serviço	1.191	2.713	2.646	2.787	3.084	3.270	3.358
Total com aplicação dos limites contratuais	**416**	**1.662**	**1.402**	**554**	**484**	**1.461**	**1.977**

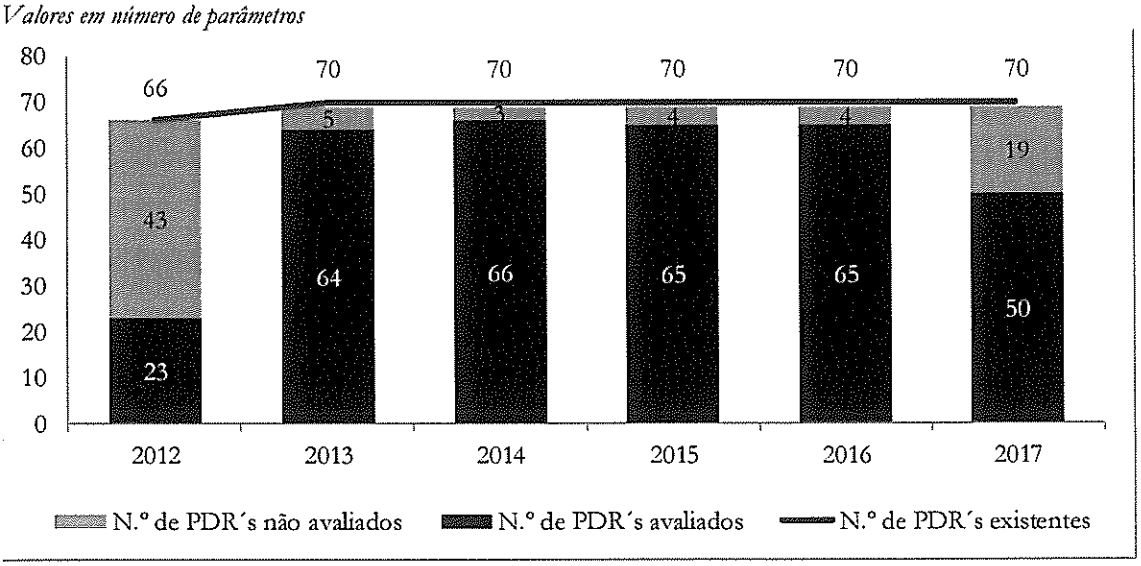
Nota: Valores relativos a 2016 e 2017 respeitam a valores provisórios.

Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, com referência ao período compreendido entre 2011 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

No gráfico seguinte apresenta-se uma súmula do número de parâmetros de desempenho de resultado previstos no Contrato, verificando-se que, do total, apenas um[66] desses indicadores não foi avaliado entre 2013 e 2017, em virtude da necessidade de se proceder à sua revisão, por ter sido identificada uma contradição metodológica no apuramento do respetivo resultado.

Gráfico 52 – Repartição do número de parâmetros de desempenho de resultado, por parâmetros objeto, ou não, de avaliação, entre 2012 e 2017

Valores em número de parâmetros



Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

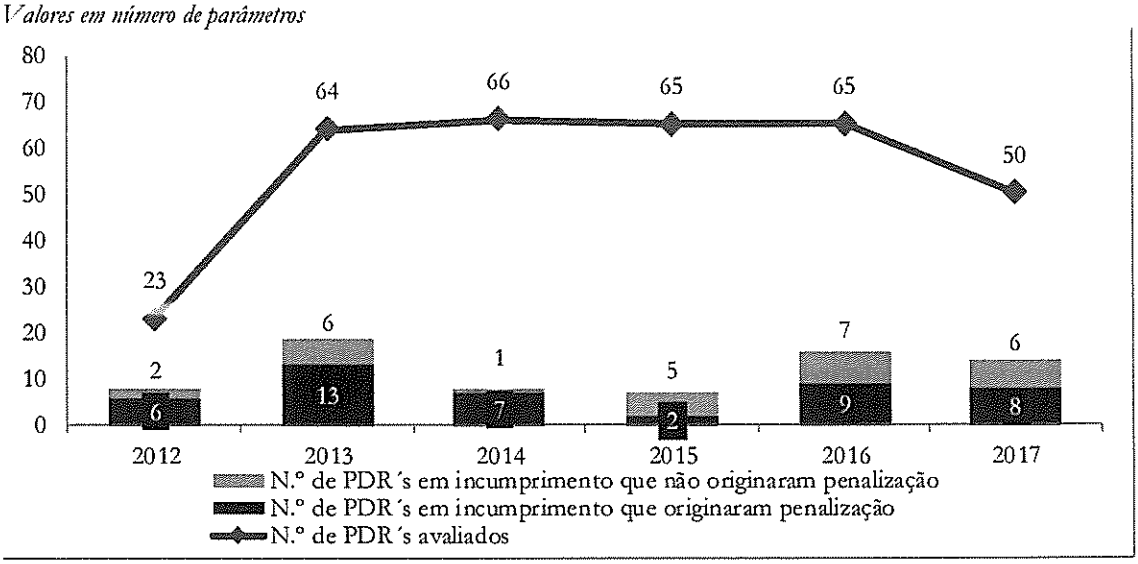
Por outro lado e de entre o total dos parâmetros de desempenho de resultado que se encontraram em incumprimento em cada um dos anos, existiram, de facto, alguns que não deram origem a deduções, entre outros motivos, por ter sido ultrapassada a produção prevista, caso em que não se aplica a dedução pelo não cumprimento dos respetivos tempos médios de espera de referência[67].

[66] O parâmetro taxa de infeção de ferida cirúrgica em procedimentos cirúrgicos programados em utentes de risco 3 (PDR B7d).

[67] Incluem-se, nestes casos, os indicadores "tempo médio de espera para a realização de primeiras consultas", "tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado" e "tempo médio de espera para intervenção em cirurgia de ambulatório programada".

Gráfico 53 – Repartição do número de parâmetros de desempenho de resultado avaliados que se encontram em incumprimento, por parâmetros que originaram, ou não, penalização, entre 2012 e 2017

Valores em número de parâmetros



Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

130. 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 32.ª e 34.ª do Contrato de Gestão, respetivamente, sendo a monitorização da EPC a este respeito efetuada através de processos de auditoria e inspeções.

131. Para além do mecanismo de deduções, o Contrato de Gestão prevê ainda a aplicação de multas, em casos de incumprimento das obrigações decorrentes do Contrato ou das determinações emitidas pela EPC, apresentando-se de seguida o resumo do valor anual das multas aplicadas, sendo os valores considerados relativamente reduzidos quando comparados com o valor total de remuneração auferida pelo parceiro privado, ou até mesmo nulos, como aconteceu entre 2011 e 2014 e em 2017.

Quadro 33 – Multas aplicadas à EGEST

Valores em euros

Multas	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Incumprimento obrigações contratuais de disponibilidade do serviço de urgência	0	0	0	0	79 886	0	0
Incumprimento da obrigação contratual de constituição e funcionamento de unidade de cuidados intermédios de pediatria	0	0	0	0	217 871	0	0
Incumprimento de obrigações constantes do contrato de gestão em matéria de perfil assistencial e de adequação dos recursos humanos atenta a inclusão no perfil assistencial da especialidade de infeciologia	0	0	0	0	0	188 821	0
Acompanhamento de reclusos com doenças infeciosas crónicas[1]	0	0	0	0	0	241 172	0
Total	**0**	**0**	**0**	**0**	**297 757**	**429 993**	**0**

Nota: [1] A EGEST apresentou requerimento de constituição de tribunal arbitral em abril de 2017, tendo a EPC deduzido a sua defesa em maio de 2017. As partes chegaram, entretanto, a um acordo de transação, em setembro de 2017, não tendo ocorrido alteração do valor da multa aplicada pela EGEST.

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

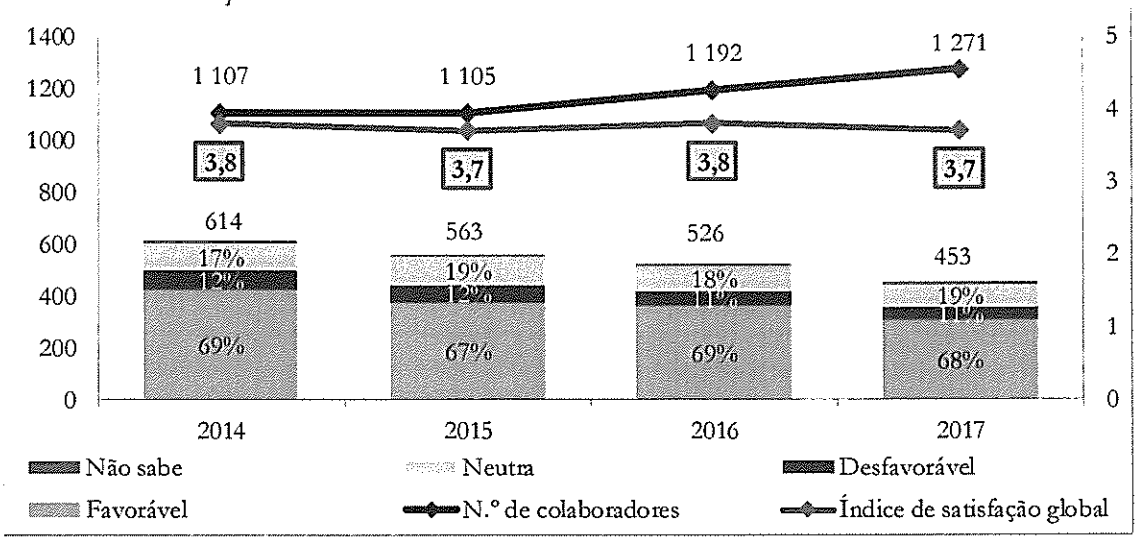
132. Ainda ao nível do processo de monitorização da qualidade dos serviços prestados pela EGEST, importa referir o facto de o Contrato de Gestão prever a realização, não só do inquérito de satisfação dos utentes, mas também de um inquérito de satisfação dos profissionais – de acordo com uma metodologia previamente aprovada pela EPC –, embora os resultados deste último inquérito não se traduzam 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 realizados e a respetiva divisão por tipo de resposta obtida: favorável, desfavorável ou neutra.

Como se pode constatar, a taxa de participação global dos colaboradores nos questionários registou uma tendência decrescente, de 55% em 2014, para apenas 36% em 2017, tendo o índice de satisfação global apresentado um valor considerado positivo ao longo de todo o período analisado, entre os 3,7 e os 3,8, numa escala de 0 a 5.

Gráfico 54 – Índice de satisfação global dos profissionais e repartição do número de inquéritos à satisfação dos profissionais, por resultados obtidos, entre 2014 e 2017

Valores em número de inquéritos válidos



Fonte: Equipa de Projeto, a partir dos estudos de satisfação e envolvimento organizacional.

133. 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)*** 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 17), 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 concerne ao peso dos terceiros pagadores na produção prevista do Hospital de Vila Franca de Xira, o mesmo foi, ao longo do período analisado, sempre inferior a 3%.

Quadro 34 – Terceiros pagadores

Valores em milhares de euros

Terceiros pagadores	2014	2015	2016	2017
Produção prevista	55 985	58 099	60 293	62 356
Terceiros pagadores	856	907	924	1 070
% dos terceiros pagadores na PP	**2%**	**2%**	**2%**	**2%**

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

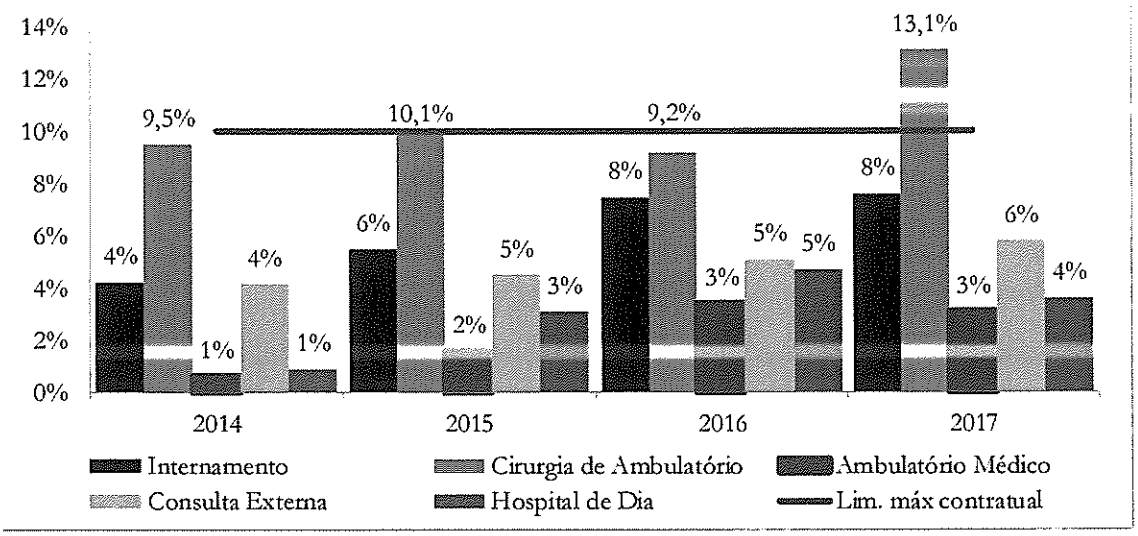
Por outro lado, no que se refere ao peso dos utentes fora da área de influência, verifica-se que a EGEST apresentou quase sempre valores inferiores ao limite de 10% estabelecido contratualmente, tal como se constata a partir do gráfico seguinte.

Nos termos do n.º 10 da cláusula 38.ª do Contrato de Gestão, salvo nos casos autorizados pela EPC, a produção efetiva prestada a utentes que não pertençam à área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira não pode incluir, em cada ano, em relação ao número de doentes equivalentes de episódios de internamento, de episódios de cirurgia de ambulatório e de episódios de 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 Vila Franca de Xira.

O n.º 11 da mesma cláusula 38.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 Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira 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 cirurgia de ambulatório, cuja atividade superou o limite contratual em 2015 e em 2017. Neste último ano, o incumprimento observado deverá encontrar-se relacionado com a aplicação dos despachos relativos ao Livre Acesso e Circulação, sendo que, perante a apresentação da respetiva evidência, por parte da EGEST à EPC, o incumprimento do limite deixa de ser considerado no âmbito da monitorização da execução do Contrato.

Gráfico 55 – Percentagem de produção relativa a utentes não pertencentes à área de influência, entre 2014 e 2017



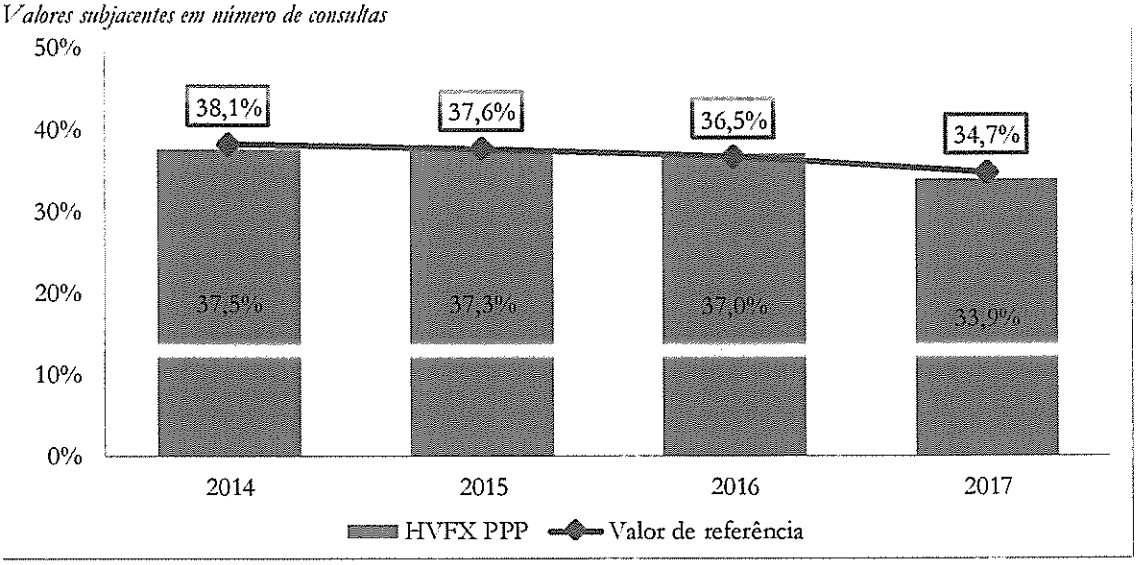
Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST.

Relativamente à percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas realizadas, conclui-se, a partir do gráfico seguinte, que em três dos quatro anos em análise a EGEST incumpriu os valores de referência[68].

[68] Note-se, no entanto, que apenas com referência a 2014 foi aplicada uma dedução pelo incumprimento deste parâmetro de desempenho de resultado, dado que em 2015 a EGEST solicitou à EPC que, em sede de avaliação do desempenho, passasse a ser desconsiderada 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. As partes consensualizaram uma proposta de revisão do PDR, encontrando-se o mesmo em aprovação pelas Tutelas.

Gráfico 56 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas, entre 2014 e 2017

Valores subjacentes em número de consultas



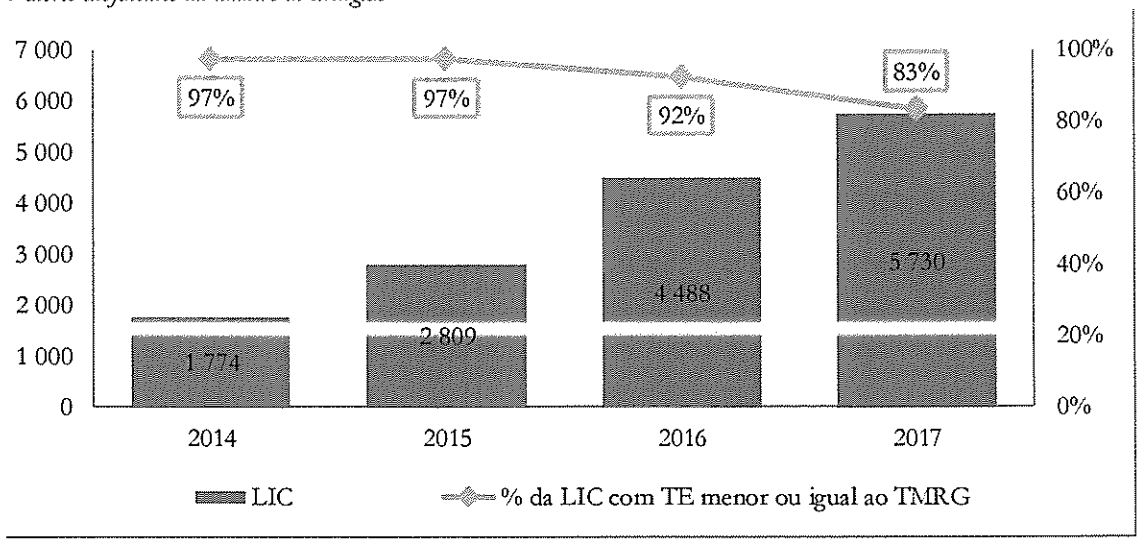
Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados em cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação do respetivo parâmetro de desempenho.

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos 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 se manteve sempre acima dos 80%, ainda que evidenciando uma deterioração dos valores ao longo do período analisado, eventualmente relacionada com o aumento da dimensão da lista de espera no mesmo período.

Gráfico 57 – LIC e percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, entre 2014 e 2017

Valores subjacentes em número de cirurgias

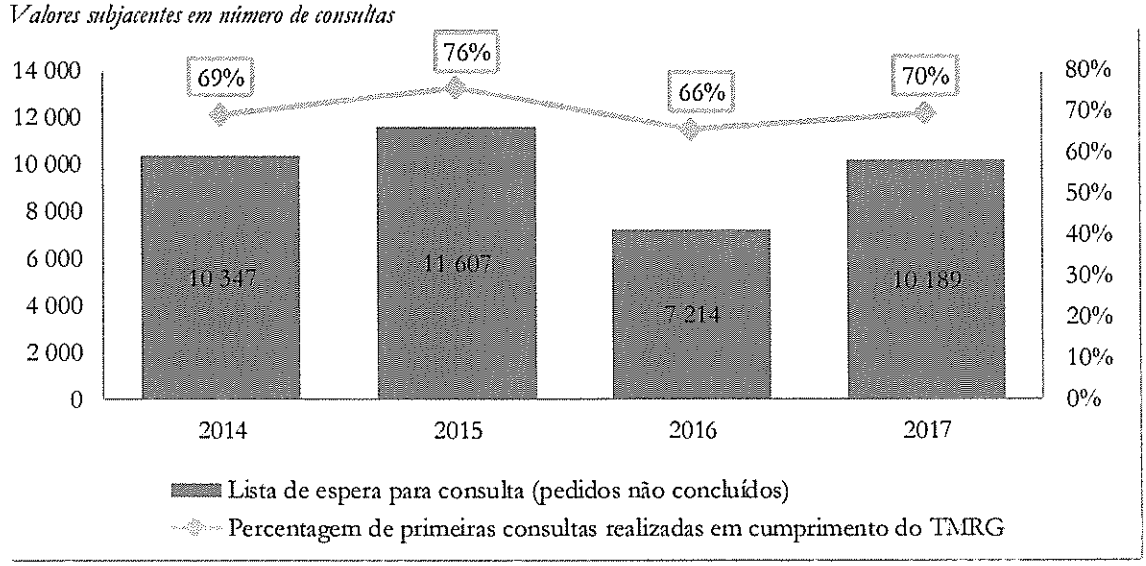


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Já no que se refere às consultas, a partir do gráfico seguinte verifica-se que não obstante a volatilidade registada ao nível das listas de espera, o peso das primeiras consultas realizadas dentro do TMRG manteve-se relativamente constante, apesar do pico verificado em 2015.

Gráfico 58 – Lista de espera para consulta (pedidos não concluídos) e percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG, entre 2014 e 2017

Valores subjacentes em número de consultas



Nota: A lista de espera respeita a referenciação para primeira consulta hospitalar, efetuada via CTH, com origem nos cuidados de saúde primários (não inclui a referenciação intra-hospitalar).

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

3.2.1.1.10. *Breve análise económico-financeira do parceiro privado*

134. 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 2014 e 2017, ***(ii)*** o modelo financeiro relativo ao caso base do projeto ("15_HVFXira_Anexo XV_25102010_vf"), e ***(iii)*** informação disponibilizada pela ARSLVT, não tendo a Equipa de Projeto procedido a qualquer validação ou auditoria destes elementos.

135. De acordo com o quadro seguinte, onde se apresentam os principais indicadores operacionais do parceiro privado, verifica-se que as receitas[69] evidenciaram uma tendência de crescimento entre 2014 e 2017, tendo passado, respetivamente, de 58,1 milhões de euros para 65,7 milhões de euros, a que correspondeu uma taxa de crescimento média anual de 4% neste período.

Quadro 35 – Principais indicadores operacionais, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de VFX	2014	2015	2016	2017
Receita	58 117	61 387	64 597	65 728
Taxa de crescimento	*11%*	*6%*	*5%*	*2%*
CEVMC	(9 777)	(11 020)	(11 985)	(12 883)
FSE	(13 327)	(14 600)	(14 470)	(14 913)
Custos com pessoal	(28 953)	(29 813)	(32 067)	(33 369)
Outros	84	70	70	69
EBITDA	6 143	6 024	6 145	4 633
Margem EBITDA	11%	10%	10%	7%

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

Como referido, em 2017 as receitas ascenderam aos referidos 65,7 milhões de euros, representando um acréscimo de cerca de 2% face ao ano anterior, explicado, em grande medida, ***(i)*** pelo alcance generalizado do nível de produção hospitalar contratada com a EPC, que registou um aumento na maioria das linhas de produção face ao ano anterior, ***(ii)*** pela aplicação do mecanismo contratual de revisão dos preços dos serviços clínicos em função

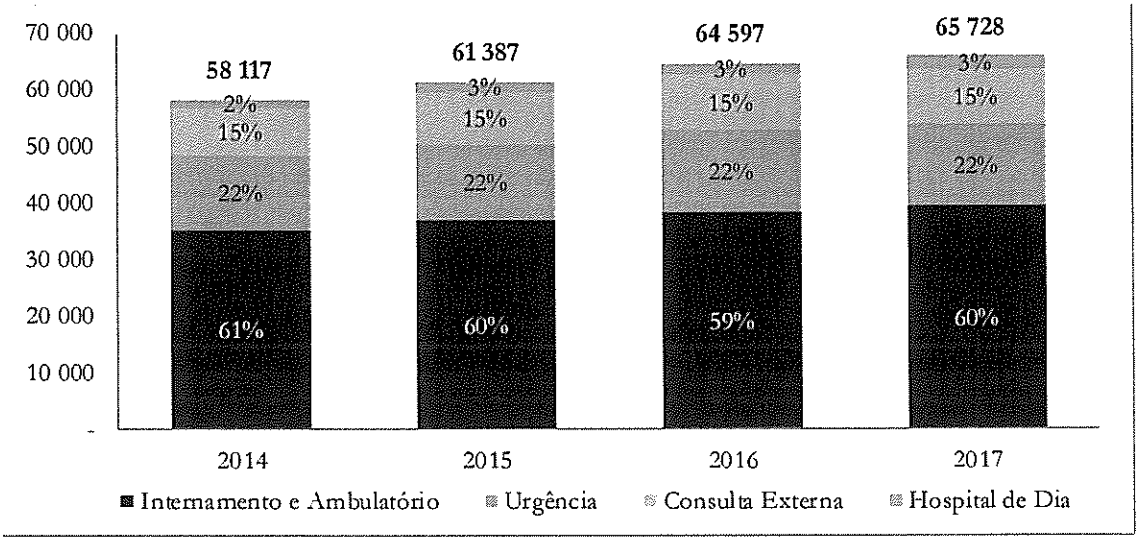
[69] Importa ter presente que as receitas incluem não só os pagamentos do Estado, mas também as demais receitas auferidas pelo parceiro privado (onde se incluem os terceiros pagadores e as taxas moderadoras).

do IPC, e ***(iii)*** por uma maior incidência de produção assumida por terceiros pagadores, cujos efeitos foram ligeira e parcialmente mitigados pela menor complexidade relativa à atividade no internamento cirúrgico e na cirurgia de ambulatório.

Relativamente à evolução das receitas operacionais por linha de produção, a partir do gráfico *infra* é possível concluir que a evolução positiva registada entre 2014 e 2017 se deveu à tendência de crescimento registada pelas diferentes linhas de produção, sobretudo pela linha de produção de internamento e ambulatório, mas também de urgência e de consulta externa. Como referido 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 2015), já que se assistiu a uma redução generalizada da complexidade dos respetivos atos médicos ao longo do período analisado.

Gráfico 59 – Repartição das receitas operacionais, por linha de produção, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros



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

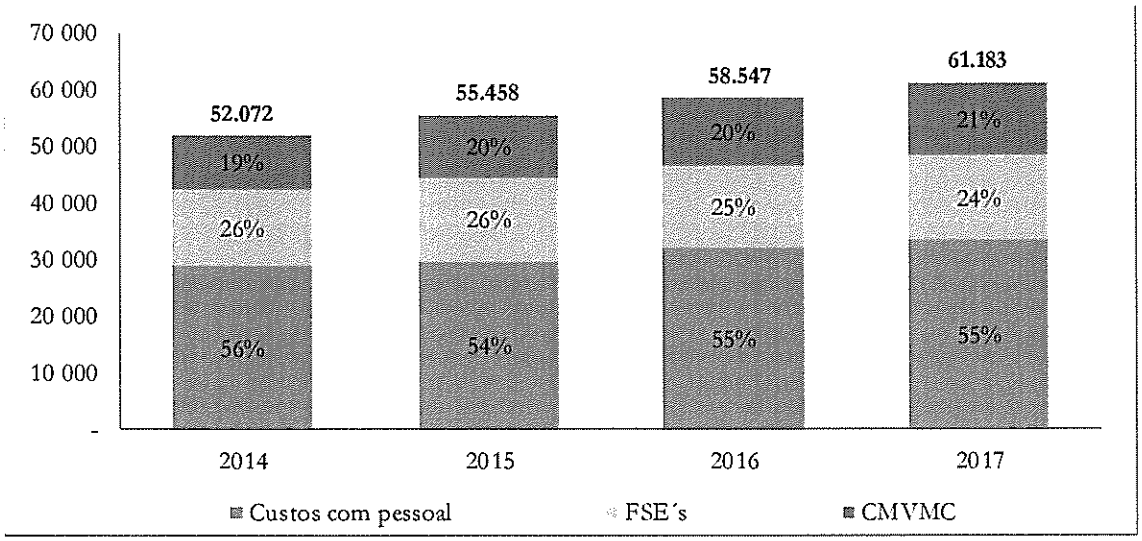
Da análise do gráfico apresentado, verifica-se, também, que a linha de internamento e ambulatório assumiu um peso preponderante no que respeita aos rendimentos obtidos pelo parceiro privado, representando cerca de 60% do total das receitas operacionais ao longo do período compreendido entre 2014 e 2017, sendo que neste período todas as linhas de

produção apresentaram uma quase manutenção do respetivo peso no total das receitas do parceiro privado.

136. No que concerne aos gastos operacionais do Hospital de Vila Franca de Xira, apresenta-se no gráfico *infra*, a evolução dos mesmos por rubrica, entre 2014 e 2017.

Gráfico 60 – Repartição dos gastos operacionais, por rubrica, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros



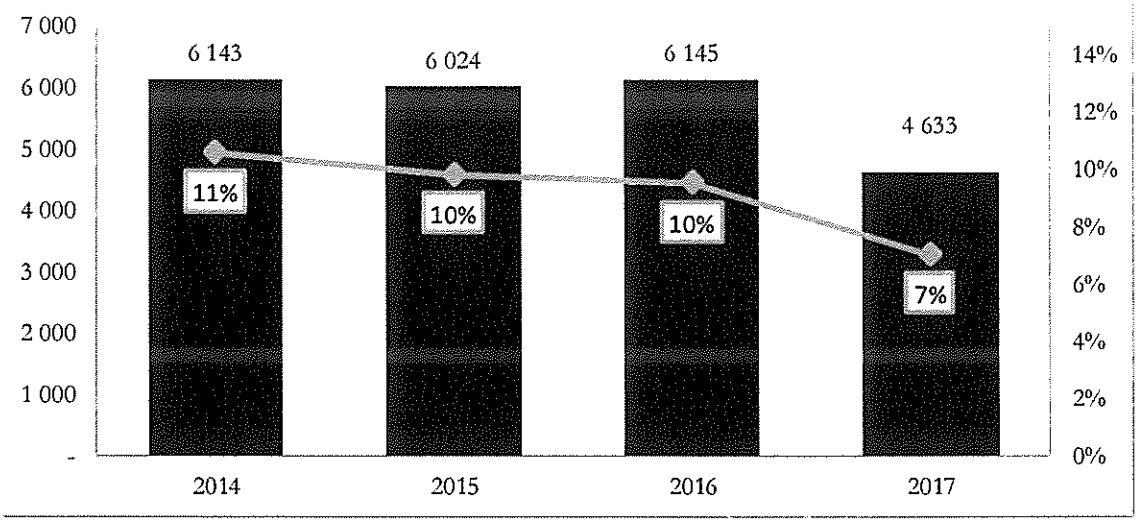
Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos R&C e balancetes do parceiro privado.

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 6% entre 2014 e 2017. Esta evolução decompõe-se, por rubrica, da seguinte forma: ***(i)*** CMVMC, que apresentou uma taxa de crescimento média anual de 10%, aumentando o seu peso na estrutura de custos ao longo do período analisado, ***(ii)*** FSE, cuja taxa de crescimento média anual foi de 4%, e ***(iii)*** custos com pessoal, com uma taxa de crescimento média anual de 5%, salientando-se que o peso relativo desta rubrica foi, em média, de 55% do total de custos do Hospital de Vila Franca de Xira.

137. Conjugada a evolução das receitas com a evolução dos gastos operacionais, assistiu-se a uma deterioração da capacidade de geração de *cash flow* operacional do parceiro privado no período em análise, tendo o EBITDA passado de 6,1 milhões de euros em 2014, para 4,6 milhões de euros em 2017, tal como se observa no gráfico seguinte.

Gráfico 61 – EBITDA e respetiva margem, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

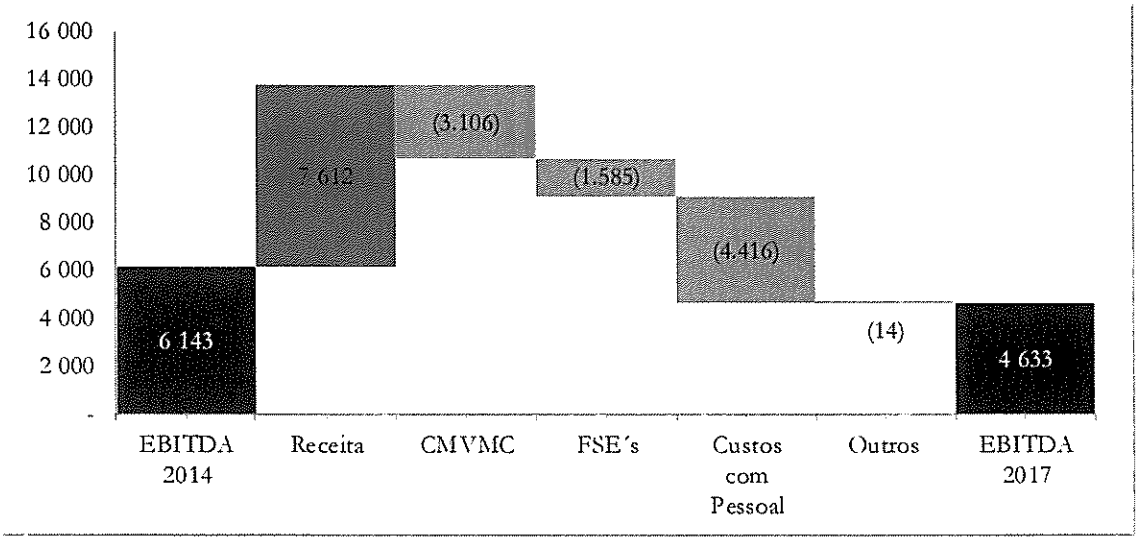


Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos R&C e balancetes do parceiro privado.

Como se pode constatar, depois de, entre 2014 e 2016, se ter verificado uma quase manutenção dos seus valores, o EBITDA e a respetiva margem registaram, em 2017, uma redução, para os 4,6 milhões de euros e 7%, respetivamente. Esta evolução é explicada, principalmente, pelo facto de a variação positiva registada pelas receitas entre 2016 e 2017, no valor de cerca de 1,1 milhões de euros (2%), ter sido de montante inferior ao aumento de 2,6 milhões de euros verificado nos gastos operacionais em igual período (18%).

Gráfico 62 – Evolução do EBITDA gerado pelo parceiro privado, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros



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

Neste contexto, verificou-se entre 2014 e 2017 uma degradação da capacidade de geração de *cash flows* por parte do parceiro privado, traduzida na referida redução da margem EBITDA, de 11% para 7%, resultante da redução da capacidade de diluição do aumento do peso dos gastos operacionais pelo aumento das receitas, sobretudo em 2017. Analisado por rubrica, a deterioração da *performance* operacional é especialmente visível ao nível dos gastos com pessoal, que entre 2014 e 2017, em termos acumulados, aumentaram cerca de 4,4 milhões (15%), na sequência do aumento do quadro de colaboradores do parceiro privado (que, segundo o R&C, passou de 1 036 para 1 291 colaboradores em igual período, o que corresponde a um acréscimo de 25%).

138. Quando comparada a evolução registada com aquela que havia sido estimada no caso base, constata-se que entre 2014 e 2017 o nível de atividade operacional do parceiro privado foi inferior ao estimado, ainda que os desvios verificados se tenham atenuado ao longo do período analisado (tendo passado de -7% em 2014 para -3% em 2017).

Ainda assim, o EBITDA e a respetiva margem apurados entre 2014 e 2016 foram superiores aos estimados, situação que se inverteu em 2017, ano em que, devido à deterioração *supra* mencionada, o parceiro privado evidenciou uma *performance* operacional inferior à inicialmente prevista, patente na geração de um EBITDA inferior em cerca de 8% ao estimado no caso base e na obtenção de uma margem EBITDA idêntica à prevista, em torno dos 7%.

Com efeito, e ao contrário do verificado entre 2014 e 2016, não obstante os gastos operacionais registados em 2017 terem sido inferiores àqueles que se encontravam estimados (com um desvio de -2%), a diferença verificada foi proporcionalmente inferior à verificada ao nível das receitas (-3%), o que conduziu ao referido apuramento de um EBITDA inferior ao do caso base.

No que concerne aos gastos operacionais, constata-se que, apesar de em termos homólogos terem apresentado uma tendência de crescimento entre 2014 e 2017, comparativamente com os estimados apresentaram diferentes comportamentos, consoante as rubricas em questão. Por um lado, os gastos relativos a existências e os gastos com pessoal, incorridos pelo parceiro privado, foram consecutivamente inferiores aos previstos inicialmente, ainda que a magnitude dos desvios tenha apresentado uma tendência decrescente. Por outro lado, os gastos com FSE e o respetivo peso na estrutura de gastos operacionais foram sempre superiores aos estimados.

No que diz respeito a estes últimos, conclui-se que, não obstante a sobrestimação verificada ao nível dos subcontratos – na sua grande maioria respeitantes à realização de MCDT no exterior –, no caso base foram significativamente subestimados pelo parceiro privado os gastos relativos a trabalhos especializados clínicos e a honorários (estimados no modelo financeiro como representativos de 8% a 10% do total dos FSE, entre 2014 e 2017), comparativamente com os gastos que foram efetivamente incorridos (correspondentes a entre 27% e 35% do total dos FSE, em igual período).

Este recurso a prestadores de serviços justifica em larga medida os desvios verificados ao nível dos gastos com pessoal, entre os que haviam sido inicialmente estimados e os que foram efetivamente registados pelo parceiro privado.

Relativamente aos gastos incorridos com existências, os desvios verificados resultam, fundamentalmente, do facto de os gastos com produtos farmacêuticos e medicamentos terem sido inferiores aos considerados no caso base (tendo este efeito sido parcialmente compensado pelo aumento observado ao nível dos consumíveis clínicos).

Quadro 36 – Comparação dos principais indicadores operacionais com os estimados no caso base, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de VFX	2014			2015			2016			2017		
	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio
Receita	62 306	58 117	-7%	64 070	61 387	-4%	65 958	64 597	-2%	67 539	65 728	-3%
Taxa de crescimento	*15%*	*11%*		*3%*	*6%*		*3%*	*5%*		*2%*	*2%*	
CEVMC	(14 290)	(9 777)	-32%	(14 883)	(11 020)	-26%	(15 304)	(11 985)	-22%	(15 653)	(12 883)	-18%
FSE	(11 233)	(13 327)	19%	(11 659)	(14 600)	25%	(11 955)	(14 470)	21%	(12 350)	(14 913)	21%
Custos com pessoal	(31 192)	(28 953)	-7%	(32 284)	(29 813)	-8%	(33 413)	(32 067)	-4%	(34 583)	(33 369)	-4%
Outros	54	84	54%	55	70	26%	56	70	25%	57	69	20%
EBITDA	5 646	6 143	9%	5 299	6 024	14%	5 342	6 145	15%	5 010	4 633	-8%
Margem EBITDA	9%	11%		8%	10%		8%	10%		7%	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.

139. Não obstante a deterioração verificada ao nível da capacidade de geração de *cash flows* do parceiro privado em 2017, a redução dos gastos relativos a imparidade, provisões e amortizações e o aumento dos outros ganhos (líquidos)[70] permitiram a manutenção, neste

[70] Estes outros ganhos (líquidos), de carácter não recorrente, respeitaram, em grande medida, *(i)* a correções relativas a exercícios anteriores (como seja a recuperação de faturação relativa a taxas moderadoras), *(ii)* a excessos da estimativa para impostos, *(iii)* a faturação, à entidade gestora do edifício, de gastos por utilização

exercício, da tendência de evolução positiva do resultado operacional (EBIT), bem como a manutenção da respetiva margem em torno dos 2%.

Quadro 37 – Evolução dos outros rendimentos e ganhos, gastos e perdas e resultados, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de VFX	2014	2015	2016	2017
EBITDA	6 143	6 024	6 145	4 633
Imp., prov. e amortizações	(6 036)	(5 175)	(5 274)	(3 656)
Outros não recorrentes	530	182	372	374
EBIT	637	1 031	1 243	1 351
Margem EBIT	1%	2%	2%	2%
Gastos líquidos de financiamento	(641)	(509)	(302)	(200)
Imposto	(29)	(282)	89	(148)
Resultado líquido	(33)	240	1 030	1 003

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

140. Refletindo a apreciação do resultado operacional, a redução dos gastos líquidos de financiamento (permitida pela redução do nível de endividamento, como referido adiante) e, em 2016, o efeito fiscal positivo, o resultado líquido do parceiro privado registou um aumento considerável entre 2014 e 2017, tendo passado de um prejuízo de 33 milhares de euros para um lucro de aproximadamente 1,0 milhão de euros, respetivamente.

Para além da evolução positiva pela qual se pautou, o resultado líquido apurado pelo parceiro privado foi também superior ao que havia sido previsto no caso base ao longo de quase todo o período em análise, devido, fundamentalmente, ao facto de os gastos líquidos de financiamento terem sido permanente e substancialmente inferiores aos estimados, bem como ao facto de, em 2017, a função fiscal ter sido menos penalizadora do que a que havia sido prevista.

do software informático, *(iv)* a recebimentos do Instituto do Emprego e Formação Profissional relativos a incentivos para novos empregos, e *(v)* a faturação de aposentações provisórias à ARSLVT.

Quadro 38 – Comparação dos outros rendimentos e ganhos, gastos e perdas e resultados com os estimados no caso base, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de VFX	2014			2015			2016			2017		
	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio
EBITDA	5 646	6 143	9%	5 299	6 024	14%	5 342	6 145	15%	5 010	4 633	-8%
Imp., prov. e amort.	(4 802)	(6 036)	26%	(4 480)	(5 175)	16%	(3 166)	(5 274)	67%	(3 334)	(3 656)	10%
Outros não recorrentes	-	530	n.a.	-	182	n.a.	-	372	n.a.	-	374	n.a.
EBIT	843	637	-24%	819	1 031	26%	2 176	1 243	-43%	1 676	1 351	-19%
Margem EBIT	1%	1%		1%	2%		3%	2%		2%	2%	
Gastos líq. financiamento	(1 451)	(641)	-56%	(990)	(509)	-49%	(616)	(302)	-51%	(416)	(200)	-52%
Imposto	152	(29)	-119%	43	(282)	-760%	(413)	89	-122%	(332)	(148)	-55%
Resultado líquido	(456)	(33)	-93%	(128)	240	-287%	1 147	1 030	-10%	928	1 003	8%

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.

141. Em termos financeiros, constata-se que a estrutura financeira do parceiro privado se revelou permanentemente equilibrada, com os capitais próprios a representarem a sua principal fonte de financiamento e o nível de endividamento a evidenciar uma evolução decrescente.

No que diz respeito aos capitais próprios, importa referir que a acumulação dos resultados líquidos positivos apurados pela sociedade (em 2011, 2012 e entre 2015 e 2017) permitiram que entre 2014 e 2017 tenha sido efetuado o reembolso do valor remanescente do total de 7 milhões de euros de prestações suplementares que haviam sido realizadas pelos acionistas em 2011 e 2012, ao abrigo do acordo de subscrição e realização de capital anexo ao Contrato de Gestão, no montante de 3,4 milhões de euros. Tendo o montante de prestações suplementares reembolsado em 2017, de cerca de 1,8 milhões de euros, sido superior ao resultado líquido gerado neste exercício, no valor de 1,0 milhão de euros, assistiu-se, ao contrário do verificado entre 2014 e 2016, a uma ligeira redução do capital próprio do parceiro privado, para 9,2 milhões de euros.

Ainda assim, na medida em que, ao passar de 3,5 milhões de euros em 2016 para 1,9 milhões de euros em 2017, o nível de endividamento[71] registou um decréscimo superior ao

[71] No período analisado, o endividamento do parceiro privado respeitou apenas a locações financeiras contratadas para a aquisição de bens de equipamento mobiliário, informático e médico e a fornecedores de investimentos. Refira-se, no entanto, que aquando da celebração do Contrato de Gestão, a EGEST celebrou um contrato de financiamento no montante de 4,5 milhões de euros, destinado, exclusivamente, a financiar parte do pagamento da contrapartida contratualmente devida pela transmissão do estabelecimento hospitalar (no valor de 7,5 milhões de euros). Não obstante o contrato de financiamento prever o reembolso do montante financiado num período de 5 anos, findo em maio de 2016, em novembro de 2012 a EGEST procedeu ao reembolso antecipado voluntário do montante global então em dívida, de 3 825 milhares de euros, permitido pela referida realização de prestações suplementares pelos acionistas.

observado ao nível dos capitais próprios (tanto em termos relativos como em termos absolutos), a estrutura de financiamento manteve em 2017 a tendência de apreciação a que se vinha assistindo, o que se encontra patente no *gearing* de apenas 17% apresentado no final do exercício.

Adicionalmente, também permitida pela redução do nível de endividamento do parceiro privado, assistiu-se a uma apreciação contínua do rácio de Dívida/EBITDA, tendo o mesmo passado de 1,2x em 2014 para 0,4x em 2017.

Quadro 39 – Estrutura de financiamento, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de VFX	2014	2015	2016	2017
Dívida *	7 092	5 249	3 485	1 890
Capitais Próprios	9 425	9 608	9 965	9 204
Gearing **	43%	35%	26%	17%
Dívida /EBITDA	1,2x	0,9x	0,6x	0,4x

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

142. Quando comparada com aquela que havia sido estimada no caso base, verifica-se que, na sequência da apresentação de capitais próprios de montante superior ao previsto e, em sentido contrário, de um nível de endividamento inferior ao estimado, o parceiro privado apresentou uma estrutura de financiamento mais equilibrada que a constante do caso base, no qual se perspetivava uma evolução positiva menos acentuada que a efetivamente observada.

Da mesma forma, no que concerne ao rácio de Dívida/EBITDA, conclui-se que também possibilitado pela redução do passivo financeiro, verificada ao longo do período analisado, superior à prevista, e à geração de EBITDA's superiores aos estimados entre 2014 e 2016, o valor apurado ao longo de todo o período foi permanentemente mais confortável do que o que havia sido perspetivado no caso base.

Quadro 40 – Comparação da estrutura de financiamento com a estimada no caso base, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de VFX	2014			2015			2016			2017		
	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio
Dívida *	11 259	7 092	-37%	6 833	5 249	-23%	3 933	3 485	-11%	2 963	1 890	-36%
Capitais Próprios	5 494	9 425	72%	5 308	9 608	81%	5 782	9 965	72%	4 493	9 204	105%
Gearing **	67%	43%		56%	35%		40%	26%		40%	17%	
Dívida /EBITDA	2,0x	1,2x		1,3x	0,9x		0,7x	0,6x		0,6x	0,4x	

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.

143. Conclui-se, portanto, com base nos indicadores apresentados *supra*, que não obstante a deterioração a que se assistiu em 2017, **a *performance* operacional do parceiro privado ficou permanentemente acima ou praticamente em linha com a que havia sido estimada no caso base**, apesar de se ter assistido a um nível de atividade inferior, comparativamente com o previsto.

Simultaneamente, **o parceiro privado apresentou uma estrutura de capitais equilibrada**, revelando-se o seu **nível de endividamento reduzido**, quer **face à capacidade de geração de *cash flows***, quer **face ao montante total dos recursos de financiamento.**

O **endividamento situou-se também em patamares constantemente inferiores aos estimados**, o que permitiu que os **gastos líquidos de financiamento** tenham sido **menores que os previstos** e, consequentemente, que tanto o **resultado líquido** como os **capitais próprios do parceiro privado** tenham sido **superiores aos estimados ao longo da maioria do período analisado.**

Neste sentido, poder-se-á concluir acerca da sustentabilidade da parceria do ponto de vista do parceiro privado.

3.2.1.2. POSICIONAMENTO RELATIVO DA PARCERIA

144. 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 Vila Franca de Xira, 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*

145. O Contrato de Gestão prevê, para efeitos de ***(i)*** avaliação da qualidade dos serviços clínicos do Hospital de Vila Franca de Xira (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 50.ª do Contrato de Gestão), que deve a EPC proceder à seleção de um grupo de hospitais de classificação equivalente à do Hospital de Vila Franca de Xira, 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 44.ª, tendo, para tal, em consideração a verificação, cumulativa, de um conjunto de condições estabelecidas no n.º 2 da mesma cláusula 44.ª[72].

De acordo com o n.º 6 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 Vila Franca de Xira e assegurar que reflete o desempenho mais eficiente do sector público.*".

[72] A saber: *a)* serem dotados de urgência médico-cirúrgica ou outra classificação equivalente; *b)* possuírem um número de camas situado num intervalo correspondente a menos 35% e a mais 35% do que o número médio de camas instalado no Hospital de Vila Franca de Xira nos dois anos anteriores; *c)* registarem um número de doentes equivalentes situado numa banda de 50% acima ou abaixo da média do número de doentes equivalentes do Hospital de Vila Franca de Xira verificados nos dois anos anteriores; *d)* registarem um índice de *case-mix* situado numa banda de 35% acima ou abaixo do índice de complexidade médio do Hospital de Vila Franca de Xira verificado nos dois anos anteriores.

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 Vila Franca de Xira[73], tendo este grupo sido aplicado para efeitos contratuais, entre 2011 e o primeiro trimestre de 2013.

Aquando da transição para o novo edifício hospitalar, foi definido um novo grupo de referência, constituído por 3 unidades hospitalares[74], o qual foi considerado no período compreendido entre abril de 2013 e o final de 2015[75].

Para os anos de 2016 e 2017, o grupo de referência selecionado foi também constituído por 3 unidades hospitalares[76].

Para o biénio em curso, de 2018 e 2019, foi apurado como grupo de referência o grupo constituído pelo Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, pela Unidade Local de Saúde do Alto Minho e pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

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 a avaliação de parte dos parâmetros de desempenho de resultado definidos no Contrato de Gestão, dada a impossibilidade de avaliação, na íntegra, da qualidade dos serviços clínicos (medida pelos referidos parâmetros de desempenho de resultado) do Hospital de Vila Franca de Xira por comparação com a das entidades hospitalares do grupo de referência. Os referidos constrangimentos na obtenção de informação sobre os hospitais do grupo de referência prejudicaram também, em alguns anos,

---

73 Entre 2011 e 2012, o grupo de referência do Hospital de Reynaldo dos Santos foi constituído pelo Centro Hospitalar Médio Ave, pelo Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde e pelo Hospital de Cascais.

74 Inicialmente, o grupo de referência selecionado era constituído por 4 unidades hospitalares: o Centro Hospitalar Médio Ave, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo e o Hospital de Cascais. Relativamente a este último, em junho de 2014 foi solicitada pela ARSLVT a pronúncia da Tutela sectorial, que, sob parecer da ACSS, concluiu "*que os hospitais geridos em regime de PPP não devem ser considerados elegíveis para efeitos de integração nos Grupos de Referência definidos nos termos dos Contratos de Gestão PPP*" (*cfr.* Ofício do Secretário de Estado da Saúde com a referência n.º 10280, de 29 de setembro de 2014). Consequentemente, em fevereiro de 2015, a EPC notificou a EGEST da retirada do Hospital de Cascais do grupo de referência definido para o biénio 2013/2014.

75 Uma vez que a conclusão da transferência para o novo edifício hospitalar ocorreu no decurso de 2013, em fevereiro de 2015 a EPC comunicou à EGEST a manutenção, até ao final de 2015, do grupo de referência que havia sido selecionado para o biénio 2013/2014.

76 No biénio 2016/2017, o grupo de referência do Hospital de Vila Franca de Xira foi constituído pelo Centro Hospitalar Médio Ave, pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos e pela Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

a determinação do ajustamento da remuneração da EGEST a efetuar em função da prescrição de produtos farmacêuticos.

Metodologia adotada pela Equipa de Projeto

146. 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 Vila Franca de Xira ("**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.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[77], entende a Equipa de Projeto ser de manter no presente Relatório os critérios 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 Vila Franca de Xira.

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 Vila Franca de Xira incidem sobretudo sobre a área de internamento e ambulatório (as quais, como referido anteriormente, assumem maior relevância na produção do Hospital de Vila Franca de Xira), 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.

[77] 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.

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

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 Vila Franca de Xira tomará em consideração a metodologia utilizada pela ACSS para efeitos de *benchmarking*.

147. Sem prejuízo do exposto, para efeitos de determinação do grupo de referência a considerar para efeitos de elaboração do presente Relatório, importa salientar que o último trabalho realizado sobre o modelo de financiamento a aplicar aos hospitais do SNS, nomeadamente quanto ao processo de *clusterização* das instituições hospitalares, foi efetuado em 2010, tendo constituído uma revisão do estudo desenvolvido e apresentado em 2009. Este processo de *clusterização*, cujo resultado se baseou na informação de histórico disponível para os anos mais recentes à data da análise, posicionou o então Hospital de Reynaldo dos Santos no "grupo B" dos "grupos de financiamento dos hospitais" da ACSS. O que vale por dizer que não foi reconhecida nesse processo a realidade do novo edifício hospitalar do Hospital de Vila Franca de Xira, que apenas entrou em funcionamento no ano de 2013 e que apresenta diversas diferenças em face do antigo Hospital de Reynaldo dos Santos.

Na realidade, quer ao nível *(i)* do dimensionamento (camas de internamento, salas de blocos operatórios, gabinetes de consulta externa), *(ii)* da escala (níveis de produção), *(iii)* da diferenciação do perfil assistencial, *(iv)* da complexidade da atividade hospitalar (ICM global) e *(v)* até do tipo de urgência (médico-cirúrgica), o novo edifício hospitalar do Hospital de Vila Franca de Xira apresenta um perfil semelhante ao Hospital de Cascais que, na sequência do referido processo de *clusterização* das instituições hospitalares efetuado em 2010, ficou posicionado/integrado no "grupo C" dos "grupos de financiamento dos hospitais" da ACSS.

Nesse sentido e tendo por base informação disponibilizada pelo membro da Equipa de Projeto nomeado pela ACSS[78], para efeitos de aferição do *Value for Money* da parceria relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira, considerou-se que a análise do posicionamento relativo desta parceria deve ser realizada no âmbito do "grupo C" dos "grupos de financiamento dos hospitais" da ACSS por ser mais consentâneo com a realidade atual do Hospital de Vila Franca de Xira.

148. Em face do exposto, a Equipa de Projeto estabeleceu, assim, a utilização da seguinte metodologia para efeitos de determinação do Grupo de Referência EP do Hospital de Vila Franca de Xira, 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", 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 Vila Franca de Xira em termos de indicadores de eficiência e eficácia para a determinação do *Value for Money* da parceria de Vila Franca de Xira;

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

[78] Tendo em consideração que a escolha do Grupo de *Benchmarking* no qual deverá ser integrado o Hospital de Vila Franca de Xira se afigura essencial para assegurar a correta avaliação da *performance* deste e que a definição daqueles grupos constitui uma competência da ACSS, em 22 de janeiro de 2019, foi enviado pelo Presidente da Equipa de Projeto para a ACSS um e-mail solicitando, com caráter de urgência, a confirmação do entendimento de que, para efeitos de avaliação *ex post* do atual Hospital de Vila Franca de Xira, se afigura mais correto o enquadramento daquele Hospital no designado "grupo C", para efeitos do estudo de *benchmarking* a realizar pela Equipa do Projeto. Esse e-mail não foi objeto de resposta. Sem prejuízo, as informações constantes do presente capítulo do Relatório quanto à inclusão do novo Hospital de Vila Franca de Xira nos grupos de *benchmarking* da ACSS foram confirmadas pelos vários membros da Equipa de Projeto nomeados pelo Secretário de Estado da Saúde.

se considera que, em termos de estrutura de custos, não sendo possível expurgar a atividade referente aos cuidados primários dessas unidades locais de saúde, as mesmas não são comparáveis com o Hospital de Vila Franca de Xira.

149. 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, EPE[79], 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 Vila Franca de Xira.

150. Assim, o Grupo de Referência EP do Hospital de Vila Franca de Xira 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**")

[79] 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 Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira em termos de indicadores de eficiência e eficácia será também analisado por comparação ao Hospital de Loures ("**HBA 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

151. Apresenta-se, de seguida, um resumo das principais características dos hospitais e centros hospitalares que constituem o Grupo de Referência EP do Hospital de Vila Franca de Xira, 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.

Quadro 41 – Principais características dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução

Grupo de Referência	Capacidade disponível	N.º de habitantes	N.º de freguesias	Unidades Hospitalares	Tipo de Urgência	ICM (APR3i)			
						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	Médico-Cirúrgica Básica	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 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

Sociedades gestoras dos contratos PPP em execução	Capacidade Disponível	Nº Habitantes	Nº freguesias	Unidades Hospitalares	Tipo de Urgência	ICM (APR3i)			
						Int. Cirúrgico	Int. Médico	Amb. Cirúrgico	Amb. Médico
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 Loures, PPP	424	288 883	17	• Hospital Beatriz Ângelo	Médico-Cirúrgica	1,38	0,58	0,29	0,12
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

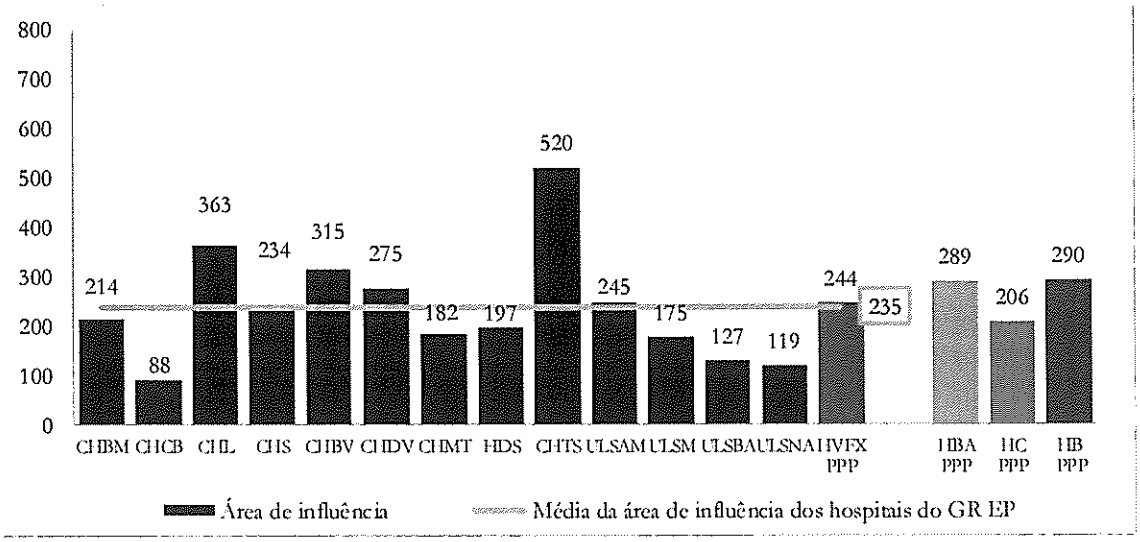
Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

152. 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 Vila Franca de Xira tem uma área de influência ligeiramente superior, constituída por cerca de 244 mil habitantes, embora disponha de um total de 309 camas, número inferior 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 Vila Franca de Xira tem uma área de influência ligeiramente superior à do Hospital de Cascais e ligeiramente inferior à dos Hospitais Beatriz Ângelo e de Braga.

Gráfico 63 – Área de Influência dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução

Valores em milhares de habitantes



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

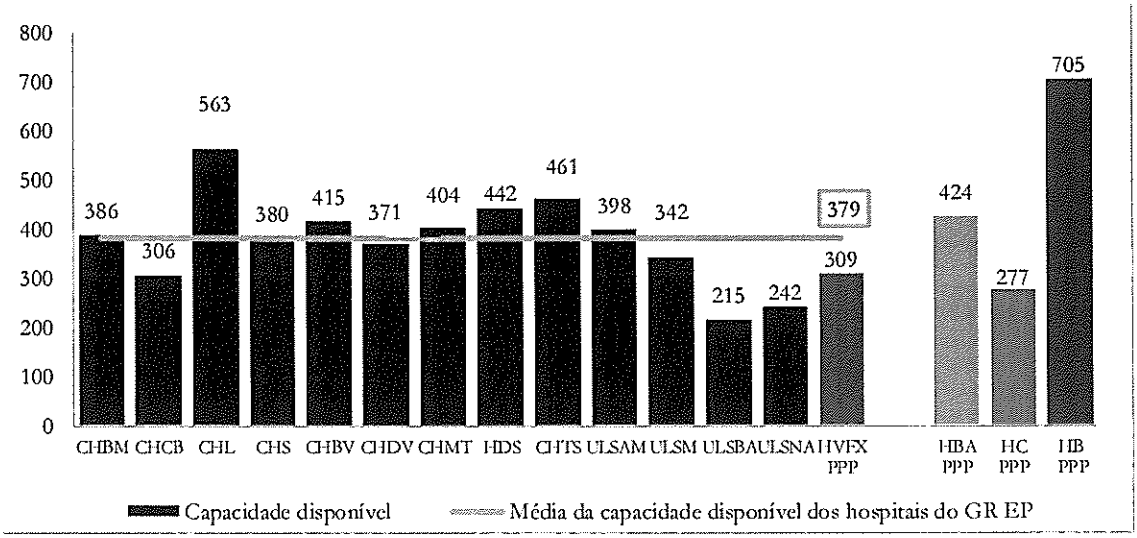
153. No que concerne à capacidade disponível dos hospitais do Grupo de Referência EP, verifica-se que o seu número médio de camas é de 379 camas, apresentando a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo o menor número de camas de todo o grupo, com 215, e o Centro Hospitalar de Leiria, o maior número de camas, com 563, no final de 2017. A

capacidade do Hospital de Vila Franca de Xira é de 309 camas, encontrando-se este valor abaixo da média dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP.

Em comparação com a capacidade disponível 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 64 – Capacidade disponível dos hospitais do Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução, em 2017

Valores em número de camas

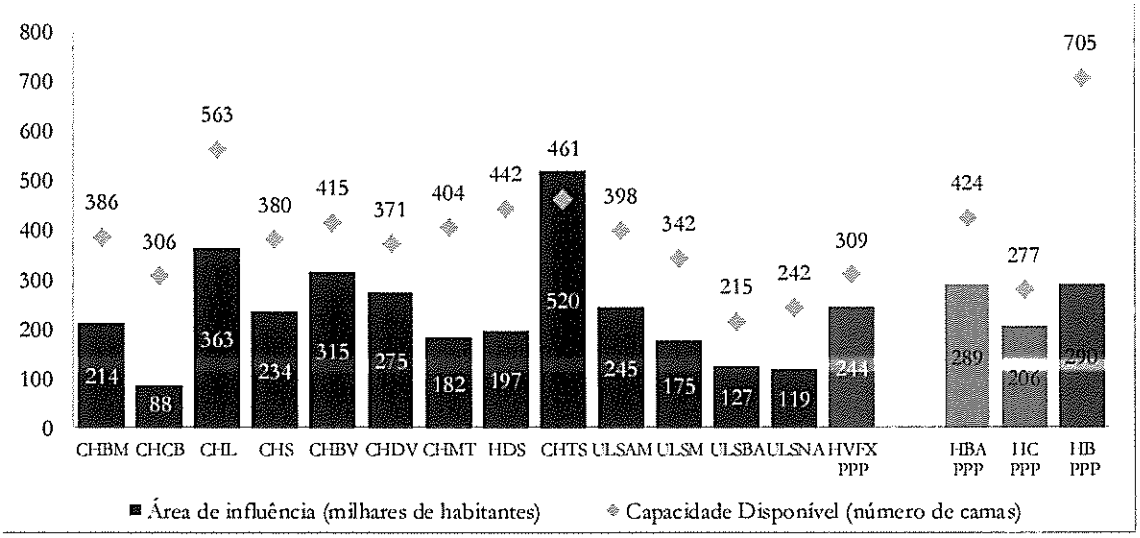


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Da análise conjunta de ambos os indicadores, área de influência e capacidade disponível, conclui-se que o número de camas é relativamente proporcional ao número de habitantes da área de influência (cerca de 0,60 camas/mil habitantes em média). O Hospital de Vila Franca de Xira apresenta uma lotação por habitante superior à média verificada nos hospitais do Grupo de Referência EP (cerca de 0,79 camas/mil habitantes).

Gráfico 65 – Área de influência vs. Capacidade disponível em 2017

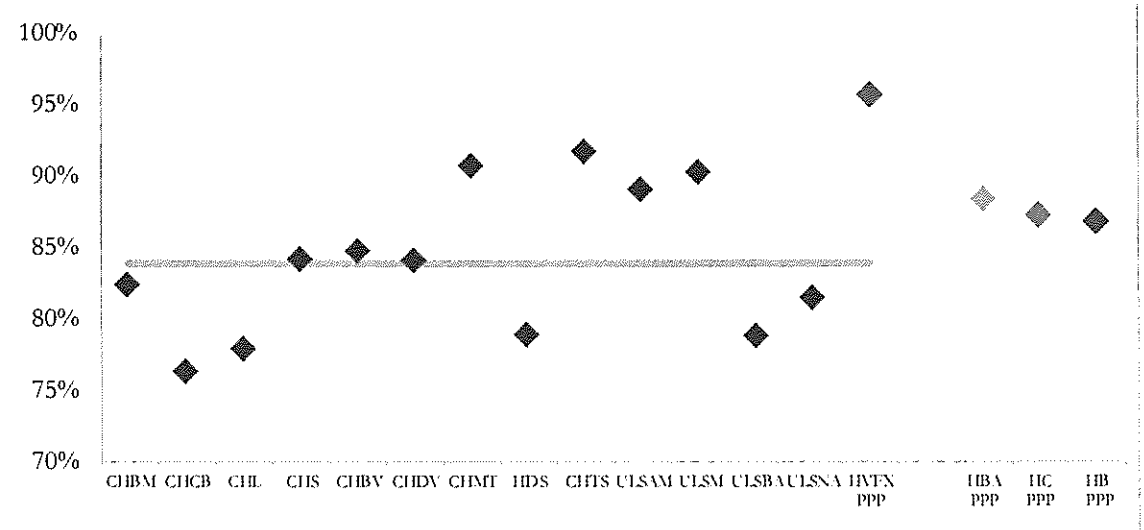
Valores em milhares de habitantes e em números de camas



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

154. Relativamente à taxa de ocupação, verifica-se que no caso do Hospital de Vila Franca de Xira esta se apresenta superior à de todos os hospitais do Grupo de Referência EP, ao cifrar-se em 96% em 2017, referindo-se ainda que a mesma tem vindo a apresentar um agravamento desde 2014 (ano em que se cifrou em 85%, em linha com a taxa de ocupação média que os hospitais do Grupo de Referência apresentavam à data).

Gráfico 66 – 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.

155. No que diz respeito ao perfil assistencial, apresentado no quadro seguinte, importa salientar que, em média, o conjunto de hospitais do Grupo de Referência EP conta com uma carteira composta por 31serviços, apresentando-se o Hospital de Vila Franca de Xira com um número inferior, de 29.

Comparativamente com os restantes hospitais em regime PPP, constata-se que apenas o Hospital de Cascais possui um número de especialidades inferior ao do Hospital de Vila Franca de Xira.

Quadro 42 – Perfil assistencial dos hospitais Grupo de Referência EP e dos hospitais com contratos PPP em execução

Perfil assistencial	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS	ULS AM	ULS M	ULS BA	ULS NA	HVFX PPP	HBA PPP	HC PPP	HB PPP
Anatomia Patológica	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	x	√	√	√	√
Anestesiologia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Angiologia e Cirurgia Vascular	x	x	x	x	x	x	x	√	√	x	x	x	x	x	√	x	√
Cardiologia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Cardiologia Pediátrica	x	√	x	√	x	x	√	√	x	x	x	x	√	x	x	x	√
Cirurgia Cardio- Torácica	x	√	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cirurgia Geral	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Cirurgia Pediátrica	x	x	x	√	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	√
Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e Estética	√	√	x	√	x	√	x	√	√	x	√	x	x	x	√	x	√
Cirurgia Maxiofacial	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	√
Dermato-Venereologia	√	√	√	√	√	x	√	√	x	√	√	x	x	√	√	√	√
Doenças Infecciosas (Infeciologia)	√	√	x	√	√	x	x	√	x	x	√	x	x	√	√	x	√
Endocrinologia e Nutrição	x	x	x	√	x	x	x	x	√	√	√	x	x	x	√	x	√
Estomatologia	x	√	√	√	√	x	x	x	√	√	√	x	x	x	x	x	√
Gastroenterologia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	x	x	√	√	√	√
Genética Médica	x	√	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	√
Ginecologia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Hematologia Clínica	x	√	√	√	x	x	x	x	x	x	√	√	x	x	x	x	x
Imuno-Alergologia	x	√	√	√	√	x	√	x	x	√	√	x	x	x	√	x	√
Imuno-Hemoterapia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Medicina Dentária	x	x	x	x	x	x	x	x	√	x	x	x	x	x	x	x	√
Medicina do Trabalho	√	√	x	√	√	√	√	√	√	√	x	√	√	√	√	√	√
Medicina Física e Reabilitação	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Medicina Geral e Familiar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	√	√	√	√	x	x	x	x
Medicina Interna	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Medicina Nuclear	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	√	x	x
Neurocirurgia	x	x	√	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	√
Nefrologia	x	√	x	√	√	x	√	x	x	x	√	x	x	x	√	x	√
Neurologia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	x	√	√	√	√
Neurorradiologia	x	x	x	√	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Obstetrícia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Oftalmologia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Oncologia Médica	√	√	√	√	√	√	√	√	x	√	√	√	√	√	√	x	√
Ortopedia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Otorrinolaringologia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Patologia Clínica	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Pediatria	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Pneumologia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Psiquiatria	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Psiquiatria da Infância e Adolescência	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	x	√
Radiodiagnóstico	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Radioncologia	√	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Radioterapia	√	x	x	x	x	x	x	√	x	x	x	x	x	x	x	x	√
Reumatologia	x	√	x	x	√	√	√	x	x	√	x	x	x	x	√	x	√
Berçário	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Especialidades IPO	√	√	x	x	x	x	√	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Neonatologia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Saúde Pública	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	√	√	√	x	x	x	x
U. Cuidados Intensivos	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
U. Cuidados Intermédios	√	√	√	√	√	√	x	√	x	√	√	√	√	√	√	√	√
Urologia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Número de serviços	**33**	**39**	**31**	**38**	**33**	**29**	**32**	**33**	**30**	**33**	**36**	**29**	**27**	**29**	**36**	**26**	**43**

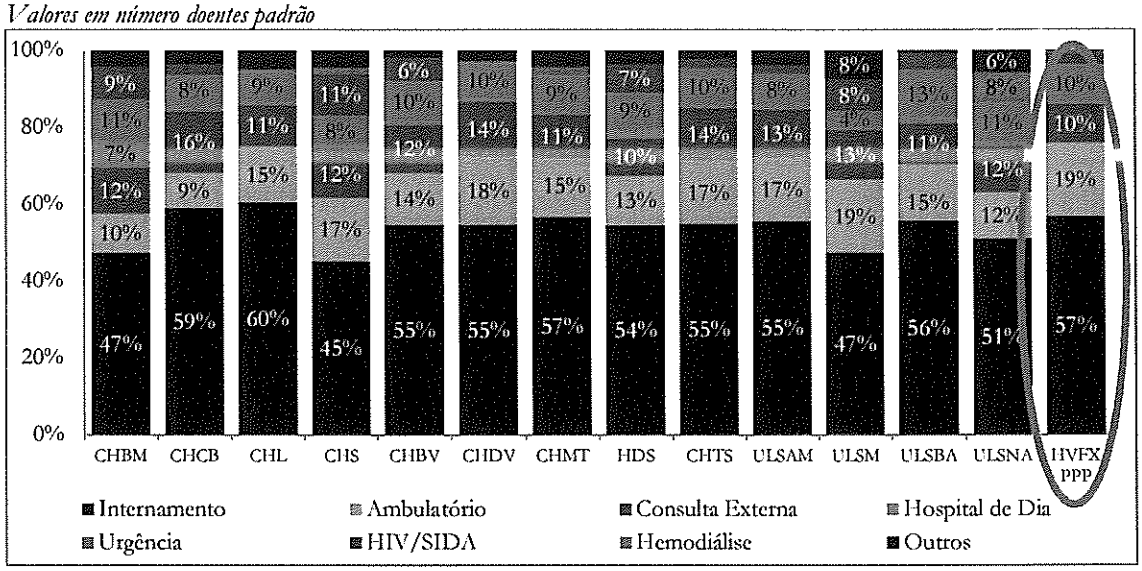
Fonte: Contrato de Gestão, informação disponibilizada pela ACSS e pela ARSLVT.

156. 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 2014 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 67 – Contributo de cada linha de atividade para o total de doentes padrão, em termos médios, entre 2014 e 2017

Valores em número doentes padrão



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.

157. Para efeitos de assegurar a comparabilidade entre o Hospital de Vila Franca de Xira 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 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 3.1.7.2. 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**")[80], no Hospital de Vila Franca de Xira[81] 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

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

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

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

Em que:

n = ano em vigor;

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

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

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

Assim, o cálculo do doente padrão apurado pela ACSS, tem em consideração, por um lado, a produção hospitalar das diversas linhas de atividade que compõem a atividade do hospital e, por outro lado, o respetivo preço das mesmas, tendo por referência as tabelas de

[80] 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.

[81] Bem como nos demais hospitais em regime de PPP.

preços em vigor em cada ano, considerando, como preço base, o preço do internamento, em vigor também nesse ano.

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

Assim, optou a Equipa de Projeto por considerar uma metodologia alternativa, de forma a ultrapassar a limitação identificada. Neste sentido, ao invés de se considerar para cada ano preços por atividade diferentes e um preço base também diferente, optou-se por assumir o cálculo do doente padrão ***(i)*** tendo por base os mesmos preços para todos os anos (no caso, os preços contratualizados para os hospitais EPE em 2017); e ***(ii)*** assumindo sempre o mesmo preço base (de 2017) para todos os anos. Considera-se que esta metodologia alternativa tem a vantagem de permitir comparações simultaneamente verticais (dentro do mesmo grupo para um determinado ano) e horizontais (entre vários anos).

Por outro lado, a metodologia da ACSS, ao basear-se nos preços do SNS contratualizados, para cada ano, apresenta uma limitação adicional, ultrapassada com a metodologia da Equipa de Projeto. Com efeito, o facto de não terem existido em todos os anos preços contratualizados para todas as linhas de produção implicou que nos anos em que não existiu preço para uma determinada linha, essa linha não foi considerada para efeitos de cálculo do doente padrão. No caso da metodologia da Equipa de Projeto, ao considerar-se, para todos os anos, os preços contratualizados para 2017, conseguiu-se maximizar o número de linhas de produção incluído no cálculo do referido indicador, sendo convicção da Equipa de Projeto que, desta forma, se consegue uma visão mais aderente à realidade da carteira de serviços das entidades hospitalares que constituem o Grupo de Referência EP.

Adicionalmente, em termos de valores de produção de internamento e ambulatório (mensurado em doentes equivalentes[82]), a ACSS utiliza os valores calculados através do agrupador APR31 e utiliza os dados do "SICA", enquanto a Equipa de Projeto, por indicação da ACSS, optou por utilizar os dados (de produção e de ICM) calculados internamente pela ACSS, a partir da Base de Dados de GDH's reportada pelos vários hospitais, considerando ***(i)*** o agrupador AP21, ***(ii)*** o ICM desagregado (considerando o ICM de internamento, o

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

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 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 ambulatório e o internamento (mensurados em doentes equivalentes), as consultas externas (mensuradas em número de consultas), as urgências (mensuradas em número de atendimentos), o hospital de dia (mensurado em número de sessões), entre outras, sendo importante notar que poderão não se encontrar consideradas todas as linhas de produção que cada hospital possui.

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

- Preços:
  - Utilizaram-se os preços contratualizados para os hospitais EPE, para cada linha de produção, referentes ao ano de 2017, tendo os mesmos sido utilizados para todos os anos da análise (2014-2017);
  - O preço base considerado foi o preço contratualizado para o internamento no caso dos hospitais EPE, em 2017.
- Produção de internamento e ambulatório:
  - Foram calculados os valores de doente equivalente considerando o agrupador AP21 para todos os hospitais (os hospitais EPE foram convertidos de APR31 para AP21[83], de forma a que o exercício fosse comparável entre todos os hospitais do Grupo de Referência EP);
  - Foi considerado o valor do ICM desagregado (por área de internamento, de ambulatório médico e de cirurgia de ambulatório);
  - Para o Hospital de Vila Franca de Xira não foram usados os dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, mas antes a informação remetida pela ACSS,

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

tendo 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 Vila Franca de Xira foi considerada como produção de acordo com a metodologia dos hospitais EPE, o que difere da metodologia aplicada na PPP de Vila Franca de Xira, 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;
  - No caso do Hospital de Vila Franca de Xira 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 do Hospital de Vila Franca de Xira foram consideradas como tal, em linha com a metodologia 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 Vila Franca de Xira 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.

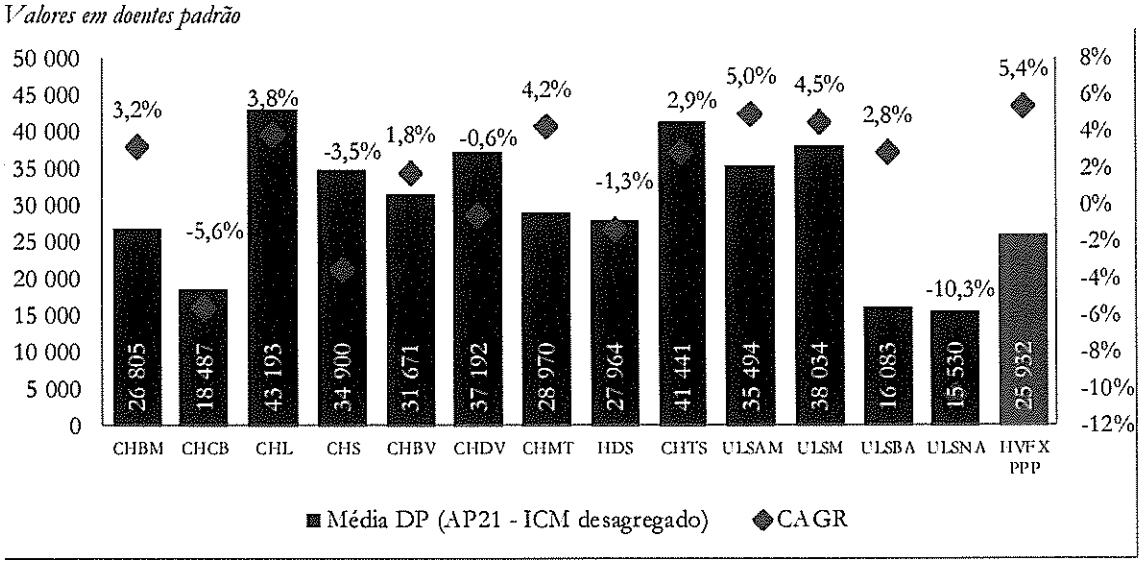
A metodologia da Equipa de Projeto permite, assim, ***(i)*** comparações entre os diversos hospitais e ao longo dos vários anos, ***(ii)*** ao usar os preços de 2017 dos hospitais EPE, maximizar o número de linhas de atividade consideradas no cálculo do doente padrão (uma vez que o número de linhas de produção com preços contratualizados tem vindo a aumentar), e ***(iii)*** harmonizar os diversos conceitos de produção incluídos no cálculo, conseguindo-se, assim, uma visão mais aderente à realidade da carteira de serviços das entidades hospitalares que constituem o Grupo de Referência EP.

160. No gráfico seguinte é apresentado o doente padrão médio para os hospitais do Grupo de Referência EP (AP21) entre o ano de 2014 e 2017 e a respetiva variação neste

período. Tal como se pode constatar, o Hospital de Vila Franca de Xira é aquele que apresenta a maior taxa de crescimento do doente padrão (5,4%), 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.

Gráfico 68 – Número de doentes padrão (AP21) e respetiva taxa de crescimento média anual, entre 2014 e 2017

Valores em doentes padrão



Nota: O cálculo do doente padrão teve por base o ICM desagregado e o agrupador AP21.

Fonte: 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*

161. O objetivo do presente capítulo é avaliar a economia da PPP do Hospital de Vila Franca de Xira, 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 Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira 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 3.2.1.2.4 do presente Relatório). Este indicador permite criar uma medida estandardizada, possibilitando a comparabilidade dos resultados entre o Hospital de Vila Franca de Xira e os hospitais do Grupo de Referência EP;

III. Cálculo da remuneração do Hospital de Vila Franca de Xira (encargos atualmente suportados pelo parceiro público, acrescidos da remuneração por conta de terceiros pagadores e taxas moderadoras[84]) por doente padrão;

IV. Comparação entre os encargos do Estado com o Hospital de Vila Franca de Xira por doente padrão e os gastos operacionais, ajustados para efeitos da presente análise de acordo com a alínea a), dos hospitais do Grupo de Referência EP, também por doente padrão, de forma a, assim, aferir a economia (relativa) da

[84] De forma a garantir a comparabilidade com o caso dos Hospitais EPE, onde se consideraram todos os gastos operacionais.

PPP[85]. No caso do Hospital de Vila Franca de Xira, a análise tem em conta o total da remuneração base anual da EGEST, e não os encargos suportados 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 Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira com o mesmo indicador para os hospitais do Grupo de Referência EP.

162. No quadro que se segue apresentam-se os gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP para o período compreendido entre 2014 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.

[85] 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 d), pelo número total de doentes padrão do Hospital de Vila Franca de Xira.

Quadro 43 – Total de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

2014	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
CMVMC	16 323	11 013	17 725	29 441	16 081	18 819	13 436	17 685	14 871
FSE	10 505	10 481	15 458	12 612	11 341	10 573	15 600	12 474	13 766
Gastos com o pessoal	41 731	32 501	47 328	51 469	43 438	45 025	43 763	37 706	43 466
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	**70 125**	**54 598**	**82 831**	**95 839**	**72 950**	**75 971**	**74 238**	**69 558**	**74 253**

2015	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
CMVMC	17 217	11 475	19 712	31 959	18 604	18 934	14 080	20 363	16 011
FSE	10 928	10 281	16 239	14 545	11 231	11 380	16 731	14 302	14 467
Gastos com o pessoal	42 267	32 801	49 290	52 411	45 166	46 266	43 225	39 241	45 324
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	**71 857**	**55 339**	**87 738**	**101 168**	**76 688**	**78 094**	**75 322**	**76 535**	**77 884**

2016	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
CMVMC	17 872	11 338	19 402	36 860	18 832	19 685	15 917	19 741	18 077
FSE	11 738	9 353	16 356	15 661	11 162	11 614	18 210	14 056	15 833
Gastos com o pessoal	45 341	33 274	52 758	55 295	47 621	50 433	46 010	42 420	48 809
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	**76 128**	**54 672**	**91 008**	**109 833**	**79 171**	**83 428**	**81 831**	**81 269**	**84 455**

2017	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
CMVMC	16 946	11 509	19 219	35 638	19 503	20 771	15 979	21 256	18 113
FSE	11 799	8 775	15 618	16 437	11 622	13 292	19 044	16 257	17 245
Gastos com o pessoal	47 811	34 941	55 876	58 616	51 458	54 722	49 447	47 192	52 318
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	**77 716**	**55 738**	**92 813**	**112 900**	**83 926**	**90 467**	**86 481**	**89 686**	**89 152**

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 edifícios, outros equipamentos administrativos e não especificados, taras, ferramentas e utensílios e ativos fixos intangíveis. Os montantes de outros gastos operacionais excluem as correções relativas a exercícios anteriores.

Fonte: R&C's e balancetes analíticos dos hospitais EPE.

163. 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 44 – Total de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017

2014	CHBM	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 €**	**1 893 €**

2015	CHBM	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 €**	**1 890 €**

2016	CHBM	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	CHBM	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.

164. No quadro *infra* apresentam-se os encargos suportados pelo parceiro público com a PPP do Hospital de Vila Franca de Xira, ou seja, a remuneração total do parceiro privado para o período compreendido entre 2014 e 2017, numa base económica, tendo por referência os valores de produção efetiva final disponíveis à data de realização da presente análise [86].

[86] Note-se que, como referido anteriormente, *(i)* o fecho de contas de 2015 se encontra em reapreciação pela EPC na sequência do contraditório efetuado pela EGEST, *(ii)* 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; e *(iii)* o fecho de contas de 2017 foi efetuado mediante a realização de um apuramento também provisório, comunicado à EGEST por ofício datado de 26 de março de 2019, com base em dados de produção disponibilizados pela EGEST, em processo de validação pela EPC. Refira-se, no entanto, que os dados resultantes do apuramento provisório realizado pela EPC, com referência a 2017, não se encontram refletidos no presente Relatório, dado que os mesmos não se encontravam ainda disponíveis à data de realização da análise constante do mesmo.

Note-se que a 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 45 – Remuneração da EGEST, entre 2014 e 2017

Valores em milhares de euros

Repartição dos encargos da EGEST suportados pelo SNS	2014	2015	2016	2017
Contrato de Gestão - Parcela a cargo do SNS (90%)	50.387	52.289	54.264	56.120
Contrato de Gestão - Pagamento de reconciliação	2.172	6.002	7.080	6.485
Sub-total do Contrato de Gestão	52.558	58.291	61.344	62.605
Medicamentos biológicos cedidos em farmácia hospitalar	351	428	450	468
Pensões de reforma	35	6	0	0
Pensões provisórias	116	20	3	4
Programa centralizado hepatite C	0	117	288	582
Ajudas técnicas	8	5	16	54
Colheita e transplante de orgãos	0	0	14	6
Bolsa de formação	9	9	9	4
Multas contratuais	0	-298	-430	0
Cedência de créditos	-22	-1	0	0
Total	**53.056**	**58.577**	**61.694**	**63.722**
Variação anual (%)	9%	10%	5%	3%

Repartição dos encargos da EGEST por tipo de pagador	2014	2015	2016	2017
SNS	53.056	58.577	61.694	63.722
Terceiros pagadores	856	907	924	1.070
Taxas moderadoras	1.740	1.974	1.637	1.462
Outros	23	24	35	40
Total	**55.675**	**61.483**	**64.289**	**66.294**

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 aos anos de 2016 e 2017, 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 e a ajustamento por produtos farmacêuticos.

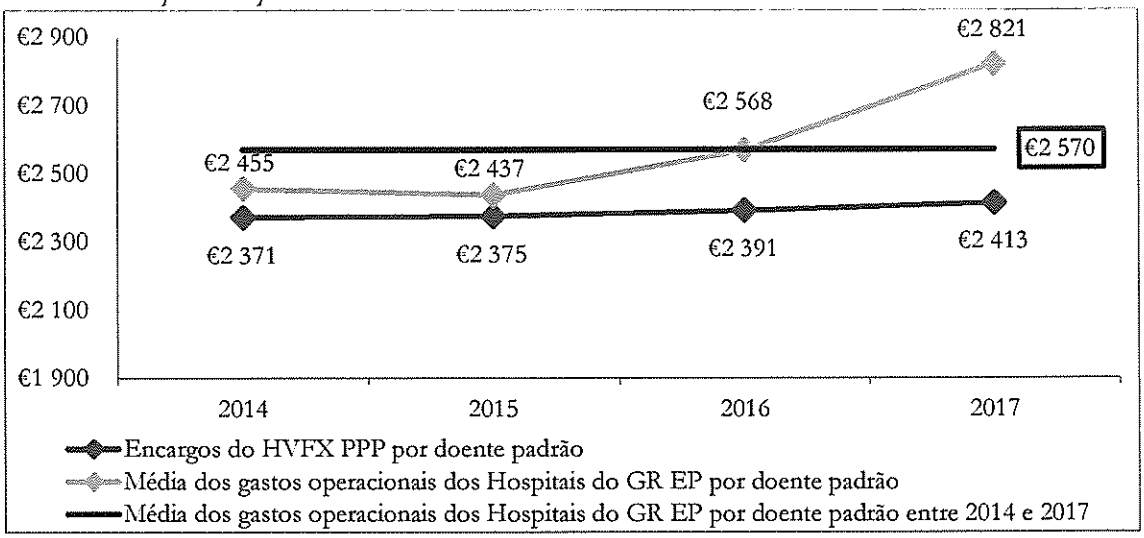
Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT e, relativamente aos anos de 2014 e 2015, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

165. Seguidamente é apresentada a relação entre o total dos encargos com a PPP do Hospital de Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira 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 2014 e 2017, ascendendo o valor da poupança média anual a**

cerca de 4,9 milhões de euros (considerando o total de doentes padrão do Hospital de Vila Franca de Xira).

Gráfico 69 – Encargos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017

Valores em euros por doente padrão



Notas: Os valores apresentados relativamente ao Hospital de Vila Franca de Xira refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST, sendo que com referência aos anos de 2016 e 2017, os mesmos têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos do hospital de Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira, face aos hospitais do Grupo de Referência EP.

Similarmente, a análise da diferença total média entre os encargos do modelo PPP do Hospital de Vila Franca de Xira e aqueles que decorreriam caso fossem considerados os gastos por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP, **no período compreendido entre 2014 e 2017**, permite concluir pela **existência de uma poupança total gerada pela PPP, superior a 19,5 milhões de euros, sendo ainda de destacar que esta poupança evidencia uma tendência crescente de 2015 em diante.**

Quadro 46 – Poupança média anual, considerando os encargos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017

2014		HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos anuais ('000€)		55.675	70.325	54.719	83.036	96.244	73.143	76.209	74.374	69.781	74.419
N.º de doentes padrão		23.477	25.044	19.482	40.537	34.000	30.277	37.474	27.279	27.616	39.307
Encargos por doente padrão		**2.371 €**	**2.808 €**	**2.809 €**	**2.048 €**	**2.831 €**	**2.416 €**	**2.034 €**	**2.726 €**	**2.527 €**	**1.893 €**
Poupança anual			18,4%	18,4%	-13,6%	19,4%	1,9%	-14,2%	15,0%	6,6%	-20,2%
	'000€		10.251	10.264	-7.584	10.782	1.041	-7.931	8.334	3.647	-11.226
Poupança média anual						**3,5%**					
	'000€					**1.953**					

2015		HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos anuais ('000€)		61.483	72.071	55.468	87.972	101.611	76.921	78.331	75.467	76.797	78.065
N.º de doentes padrão		25.884	27.990	19.109	42.085	37.479	32.624	37.927	28.713	28.304	41.312
Encargos por doente padrão		**2.375 €**	**2.575 €**	**2.903 €**	**2.090 €**	**2.711 €**	**2.358 €**	**2.065 €**	**2.628 €**	**2.713 €**	**1.890 €**
Poupança anual			8,4%	22,2%	-12,0%	14,1%	-0,7%	-13,1%	10,7%	14,2%	-20,4%
	'000€		5.166	13.650	-7.377	8.693	-453	-8.025	6.549	8.749	-12.571
Poupança média anual						**2,6%**					
	'000€					**1.598**					

2016		HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos anuais ('000€)		64.289	76.348	54.801	91.233	110.353	79.406	83.672	82.000	81.518	84.663
N.º de doentes padrão		26.892	26.697	18.979	44.806	37.568	31.841	36.520	28.983	29.400	42.309
Encargos por doente padrão		**2.391 €**	**2.860 €**	**2.887 €**	**2.036 €**	**2.937 €**	**2.494 €**	**2.291 €**	**2.829 €**	**2.773 €**	**2.001 €**
Poupança anual			19,6%	20,8%	-14,8%	22,9%	4,3%	-4,2%	18,4%	16,0%	-16,3%
	'000€		12.616	13.361	-9.531	14.704	2.776	-2.675	11.797	10.276	-10.476
Poupança média anual						**7,4%**					
	'000€					**4.761**					

2017		HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos anuais ('000€)		66.294	77.917	55.870	93.033	113.393	84.166	90.721	86.645	89.949	89.353
N.º de doentes padrão		27.473	27.489	16.376	45.343	30.554	31.943	36.844	30.904	26.538	42.834
Encargos por doente padrão		**2.413 €**	**2.834 €**	**3.412 €**	**2.052 €**	**3.711 €**	**2.635 €**	**2.462 €**	**2.804 €**	**3.390 €**	**2.086 €**
Poupança anual			17,5%	41,4%	-15,0%	53,8%	9,2%	2,0%	16,2%	40,5%	-13,6%
	'000€		11.577	27.435	-9.926	35.665	6.096	1.353	10.732	26.827	-8.984
Poupança média anual						**16,9%**					
	'000€					**11.197**					

Total de Poupança entre 2014 e 2017	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos totais	247.741	296.661	220.858	355.274	421.601	313.636	328.933	318.486	318.045	326.500
Poupança total		39.610	64.711	-34.417	69.845	9.459	-17.278	37.412	49.499	-43.257
Poupança total média					**19.509**					

Notas: Os valores apresentados relativamente ao Hospital de Vila Franca de Xira refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST, sendo que com referência aos anos de 2016 e 2017, os mesmos têm por base dados de produção provisórios, apurados pela EGEST, em processo de validação pela ARSLVT.

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

166. Os quadros que se apresentam a seguir comparam os encargos do parceiro público com o Hospital de Vila Franca de Xira, agora deduzidos das taxas moderadoras e de terceiros pagadores, com o total das transferências efetuadas pelo Estado aos hospitais do Grupo de Referência EP.

Quadro 47 – Financiamento do SNS ao Hospital de Vila Franca de Xira e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017

2014	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	53.056	63.988	49.332	83.820	77.805	59.809	72.101	74.001	61.580	67.907
N.º de doentes padrão	23.477	25.044	19.482	40.537	34.000	30.277	37.474	27.279	27.616	39.307
Financiamento do SNS por doente padrão	**2.260 €**	**2.555 €**	**2.532 €**	**2.068 €**	**2.288 €**	**1.975 €**	**1.924 €**	**2.713 €**	**2.230 €**	**1.728 €**

2015	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	58.577	58.619	44.334	80.938	76.102	58.042	71.094	75.303	68.731	73.416
N.º de doentes padrão	25.884	27.990	19.109	42.085	37.479	32.624	37.927	28.713	28.304	41.312
Financiamento do SNS por doente padrão	**2.263 €**	**2.094 €**	**2.320 €**	**1.923 €**	**2.031 €**	**1.779 €**	**1.874 €**	**2.623 €**	**2.428 €**	**1.777 €**

2016	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	61.694	59.573	56.239	85.844	92.627	68.048	71.873	79.934	77.574	74.036
N.º de doentes padrão	26.892	26.697	18.979	44.806	37.568	31.841	36.520	28.983	29.400	42.309
Financiamento do SNS por doente padrão	**2.294 €**	**2.231 €**	**2.963 €**	**1.916 €**	**2.466 €**	**2.137 €**	**1.968 €**	**2.758 €**	**2.639 €**	**1.750 €**

2017	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	63.722	64.108	50.954	81.544	110.000	70.559	75.487	78.637	82.627	73.150
N.º de doentes padrão	27.473	27.489	16.376	45.343	30.554	31.943	36.844	30.904	26.538	42.834
Financiamento do SNS por doente padrão	**2.319 €**	**2.332 €**	**3.111 €**	**1.798 €**	**3.600 €**	**2.209 €**	**2.049 €**	**2.545 €**	**3.114 €**	**1.708 €**

Notas: Os valores apresentados relativamente ao Hospital de Vila Franca de Xira refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST, sendo que com referência aos anos de 2016 e 2017, 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.

Mediante a análise do gráfico seguinte, que resume os dados do quadro *supra*, constata-se que tanto o financiamento do SNS ao Hospital de Vila Franca de Xira, por doente padrão, como o financiamento aos hospitais do Grupo de Referência EP, também por doente padrão, evidenciaram um aumento quase generalizado entre 2014 e 2017, tendo a taxa de crescimento média anual registada no mesmo período pelo primeiro (de cerca de 1%) sido menos acentuada que a do segundo (de 4%).

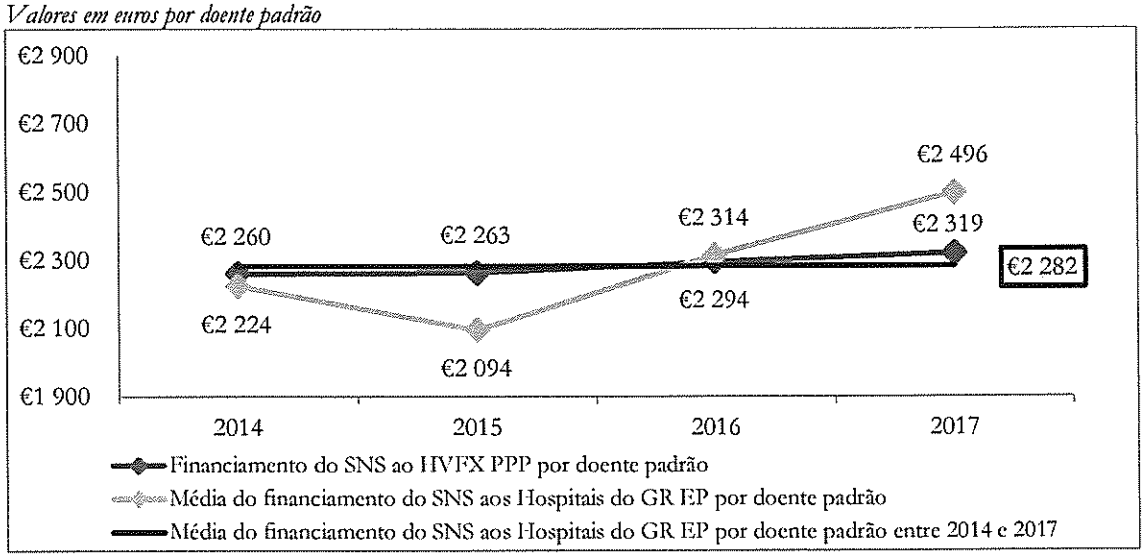
Contudo, a evolução da relação do financiamento do SNS ao Hospital de Vila Franca de Xira por doente padrão comparativamente com o financiamento aos hospitais do Grupo

de Referência EP, também por doente padrão, tanto em termos anuais, como em termos médios, apresentou uma evolução distinta.

Com efeito, depois de em 2014 e em 2015 o financiamento por doente padrão do Hospital de Vila Fanca de Xira ter sido superior ao dos hospitais do Grupo de Referência EP (mas inferior ao valor médio anual registado pelos mesmos nos quatro anos objeto de análise), **em 2016 e em 2017** a relação verificada foi inversa, verificando-se que o **financiamento por doente padrão do Hospital de Vila Fanca de Xira foi inferior ao dos hospitais do Grupo de Referência EP** (ainda que superior ao valor médio anual do financiamento a estes atribuído no período em análise).

Gráfico 70 – Financiamento do SNS ao Hospital de Vila Franca de Xira e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017

Valores em euros por doente padrão



Notas: Os valores apresentados relativamente ao Hospital de Vila Franca de Xira refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST, sendo que com referência aos anos de 2016 e 2017, 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.

167. 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 Vila Franca de Xira em face dos valores do Grupo de Referência EP.

Quadro 48 – Poupança média anual, considerando o financiamento do SNS ao Hospital de Vila Franca de Xira e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017

2014	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	53.056	63.988	49.332	83.820	77.805	59.809	72.101	74.001	61.580	67.907
N.º de doentes padrão	23.477	25.044	19.482	40.537	34.000	30.277	37.474	27.279	27.616	39.307
Financiamento do SNS por doente padrão	**2.260 €**	**2.555 €**	**2.532 €**	**2.068 €**	**2.288 €**	**1.975 €**	**1.924 €**	**2.713 €**	**2.230 €**	**1.728 €**
Poupança anual		13,1%	12,0%	-8,5%	1,3%	-12,6%	-14,9%	20,0%	-1,3%	-23,6%
'000€		6.929	6.391	-4.511	669	-6.679	-7.886	10.632	-705	-12.496
Poupança média anual					**-1,6%**					
'000€					**-851**					

2015	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	58.577	58.619	44.334	80.938	76.102	58.042	71.094	75.303	68.731	73.416
N.º de doentes padrão	25.884	27.990	19.109	42.085	37.479	32.624	37.927	28.713	28.304	41.312
Financiamento do SNS por doente padrão	**2.263 €**	**2.094 €**	**2.320 €**	**1.923 €**	**2.031 €**	**1.779 €**	**1.874 €**	**2.623 €**	**2.428 €**	**1.777 €**
Poupança anual		-7,5%	2,5%	-15,0%	-10,3%	-21,4%	-17,2%	15,9%	7,3%	-21,5%
'000€		-4.369	1.474	-8.798	-6.019	-12.527	-10.059	9.308	4.278	-12.578
Poupança média anual					**-7,5%**					
'000€					**-4.366**					

2016	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	61.694	59.573	56.239	85.844	92.627	68.048	71.873	79.934	77.574	74.036
N.º de doentes padrão	26.892	26.697	18.979	44.806	37.568	31.841	36.520	28.983	29.400	42.309
Financiamento do SNS por doente padrão	**2.294 €**	**2.231 €**	**2.963 €**	**1.916 €**	**2.466 €**	**2.137 €**	**1.968 €**	**2.758 €**	**2.639 €**	**1.750 €**
Poupança anual		-2,7%	29,2%	-16,5%	7,5%	-6,8%	-14,2%	20,2%	15,0%	-23,7%
'000€		-1.686	17.994	-10.170	4.611	-4.221	-8.769	12.475	9.264	-14.636
Poupança média anual					**0,9%**					
'000€					**540**					

2017	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)	63.722	64.108	50.954	81.544	110.000	70.559	75.487	78.637	82.627	73.150
N.º de doentes padrão	27.473	27.489	16.376	45.343	30.554	31.943	36.844	30.904	26.538	42.834
Financiamento do SNS por doente padrão	**2.319 €**	**2.332 €**	**3.111 €**	**1.798 €**	**3.600 €**	**2.209 €**	**2.049 €**	**2.545 €**	**3.114 €**	**1.708 €**
Poupança anual		0,5%	34,1%	-22,5%	55,2%	-4,8%	-11,7%	9,7%	34,2%	-26,4%
'000€		348	21.760	-14.315	35.187	-3.036	-7.434	6.185	21.818	-16.804
Poupança média anual					**7,6%**					
'000€					**4.857**					

Unid.:'000€

Total de Poupança entre 2014 e 2017	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos totais	237.049	246.288	200.859	332.146	356.534	256.458	290.554	307.875	290.512	288.510
Poupança total		1.223	47.619	-37.794	34.448	-26.463	-34.147	38.600	34.655	-56.514
Poupança total média					**181**					

Notas: Os valores apresentados relativamente ao Hospital de Vila Franca de Xira refletem a produção efetiva realizada, após a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de cálculo da remuneração da EGEST, sendo que com referência aos anos de 2016 e 2017, 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.

Da análise do quadro anterior conclui-se que no período compreendido entre 2014 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 Vila Franca de Xira representaria um encargo ligeiramente 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 78 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 2014 e 2017, tanto a título de convergência[87], 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 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 Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira 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 privada[88]. De todo o modo, entende a Equipa de Projeto que a circunstância de um determinado hospital explorado diretamente 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

[87] 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.

[88] Como referido adiante, no ponto 213, apesar de se encontrar em curso a reversão do Hospital de Braga, o respetivo processo ainda se encontra numa fase prematura, não existindo 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.

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 Estado[89], *cfr.* Quadro 50 –, 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 50 quando se toma em consideração os últimos anos considerados.

168. Em suma, tendo por base a análise efetuada, conclui-se que, **no período analisado, a parceria de Vila Franca de Xira permitiu a obtenção de uma poupança para o erário público, de cerca de 19,5 milhões de euros no período compreendido entre 2014 e 2017, quando comparados os encargos do parceiro público com a PPP do Hospital de Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira.**

3.2.1.2.4. *Análise da eficiência em termos relativos face ao Grupo de Referência EP*

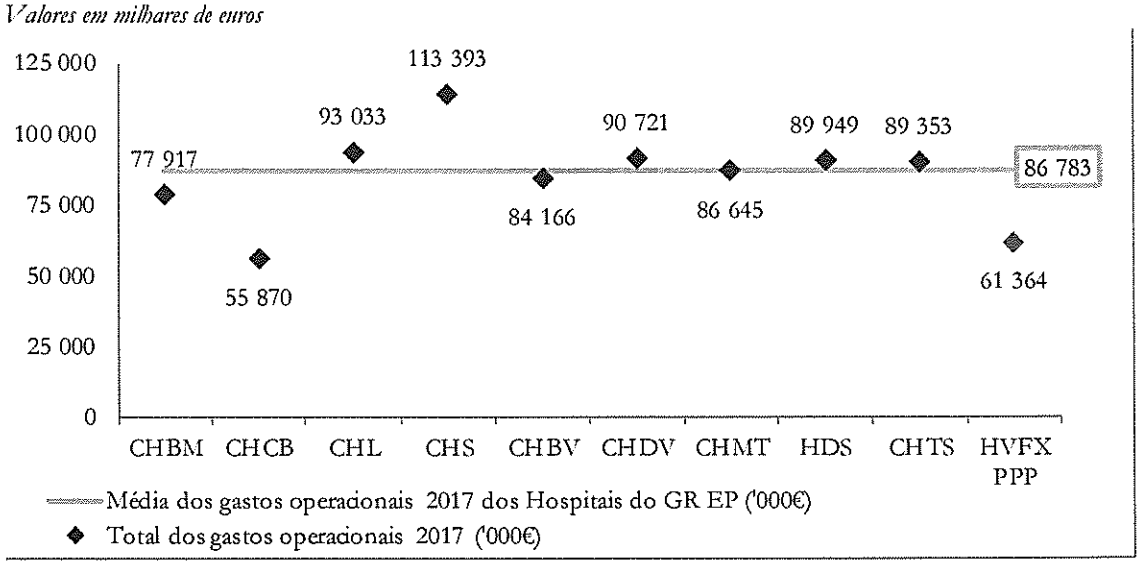
169. Tendo por base o enquadramento descrito no capítulo 3.2.1.1.8. *supra*, no presente capítulo analisa-se a eficiência da PPP de Vila Franca de Xira por comparação com a dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP, analisando-se os resultados dos indicadores que se apresentam de seguida.

No gráfico seguinte, apresentam-se os gastos totais dos hospitais do Grupo de Referência EP e do Hospital de Vila Franca de Xira e a relação dos mesmos com a média de gastos do Grupo de Referência EP, para o ano de 2017.

[89] 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.

Gráfico 71 – Gastos operacionais do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do GR EP e relação com a média de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2017

Valores em milhares de euros



Fonte: R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais EPE.

Tal como se verifica no gráfico *supra*, os gastos operacionais, em valor absoluto, do Hospital de Vila Franca de Xira para o ano de 2017, são inferiores quer à média dos custos dos hospitais do Grupo de Referência EP, quer aos custos apresentados por cada um destes (à exceção dos do CHCB). 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 Vila Franca de Xira.

170. Assim, no quadro seguinte apresentam-se os gastos anuais por hospital, apresentados 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 Vila Franca de Xira apresentaram, em cada um dos anos analisados, valores próximos dos hospitais do Grupo de Referência EP que evidenciaram menores gastos operacionais.

Quadro 49 – Gastos operacionais do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do GR EP por doente padrão, entre 2014 e 2017

2014	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de gastos operacionais ('000€)	52 712	70 325	54 719	83 036	96 244	73 143	76 209	74 374	69 781	74 419
N.º de doentes padrão	23 477	25 044	19 482	40 537	34 000	30 277	37 474	27 279	27 616	39 307
Gastos operacionais por doente padrão	**2 245 €**	**2 808 €**	**2 809 €**	**2 048 €**	**2 831 €**	**2 416 €**	**2 034 €**	**2 726 €**	**2 527 €**	**1 893 €**

2015	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de gastos operacionais ('000€)	55 946	72 071	55 468	87 972	101 611	76 921	78 331	75 467	76 797	78 065
N.º de doentes padrão	25 884	27 990	19 109	42 085	37 479	32 624	37 927	28 713	28 304	41 312
Gastos operacionais por doente padrão	**2 161 €**	**2 575 €**	**2 903 €**	**2 090 €**	**2 711 €**	**2 358 €**	**2 065 €**	**2 628 €**	**2 713 €**	**1 890 €**

2016	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de gastos operacionais ('000€)	58 867	76 348	54 801	91 233	110 353	79 406	83 672	82 000	81 518	84 663
N.º de doentes padrão	26 892	26 697	18 979	44 806	37 568	31 841	36 520	28 983	29 400	42 309
Gastos operacionais por doente padrão	**2 189 €**	**2 860 €**	**2 887 €**	**2 036 €**	**2 937 €**	**2 494 €**	**2 291 €**	**2 829 €**	**2 773 €**	**2 001 €**

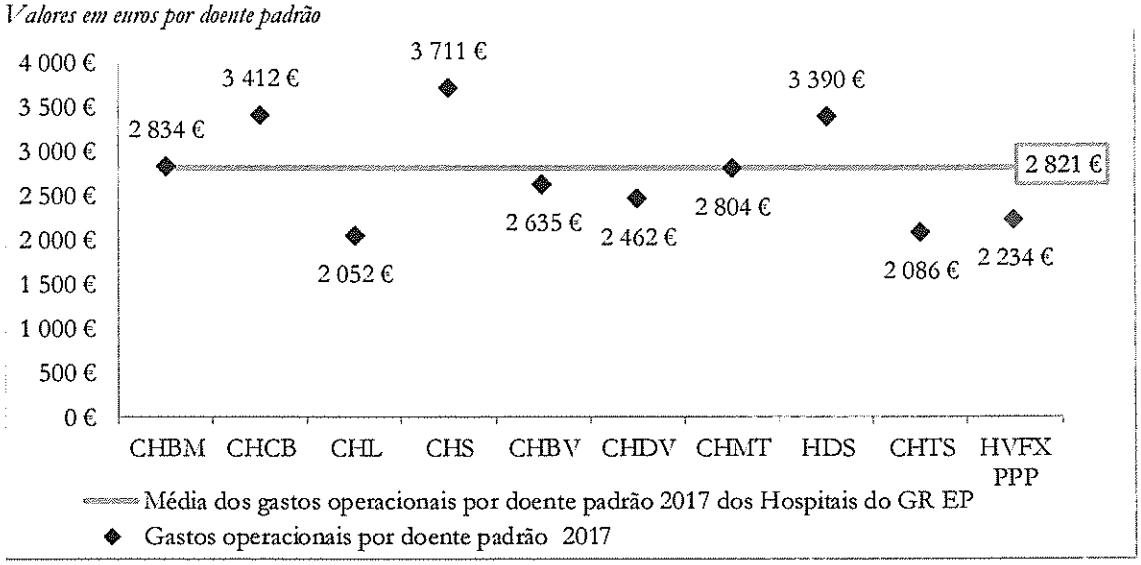
2017	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de gastos operacionais ('000€)	61 364	77 917	55 870	93 033	113 393	84 166	90 721	86 645	89 949	89 353
N.º de doentes padrão	27 473	27 489	16 376	45 343	30 554	31 943	36 844	30 904	26 538	42 834
Gastos operacionais por doente padrão	**2 234 €**	**2 834 €**	**3 412 €**	**2 052 €**	**3 711 €**	**2 635 €**	**2 462 €**	**2 804 €**	**3 390 €**	**2 086 €**

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira, 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.

Gráfico 72 – Gastos operacionais do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do GR EP por doente padrão e relação com a média de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, em 2017

Valores em euros por doente padrão



Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

O gráfico apresentado *supra* permite concluir que os gastos operacionais do Hospital de Vila Franca de Xira são inferiores à média de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, havendo apenas dois hospitais com valores inferiores aos do Hospital de Vila Franca de Xira, o que denota, em termos relativos, uma gestão mais eficiente dos custos por parte da EGEST.

171. 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 Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira demonstrou, em média, um melhor nível de eficiência ao nível dos gastos com pessoal ao longo do período analisado.

Quadro 50 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do GR EP por doente padrão, entre 2014 e 2017

2014	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	28 953	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€)	4 808	1 666	805	4 025	2 664	2 282	1 268	4 789	1 496	3 544
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	**33 760**	**43 348**	**33 268**	**51 298**	**54 073**	**45 669**	**46 241**	**48 501**	**39 158**	**46 959**
N.º de doentes padrão	23 477	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	**1 438 €**	**1 731 €**	**1 708 €**	**1 265 €**	**1 590 €**	**1 508 €**	**1 234 €**	**1 778 €**	**1 418 €**	**1 195 €**

2015	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	29 813	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€)	5 913	1 645	868	4 382	3 217	2 273	1 390	5 359	1 735	3 583
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	**35 726**	**43 863**	**33 630**	**53 614**	**55 567**	**47 386**	**47 603**	**48 534**	**40 929**	**48 854**
N.º de doentes padrão	25 884	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	**1 380 €**	**1 567 €**	**1 760 €**	**1 274 €**	**1 483 €**	**1 452 €**	**1 255 €**	**1 690 €**	**1 446 €**	**1 183 €**

2016	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	32 067	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€)	7 002	2 216	881	4 749	4 061	1 956	1 631	6 956	1 977	4 136
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	**39 069**	**47 504**	**34 116**	**57 445**	**59 292**	**49 521**	**52 005**	**52 912**	**44 347**	**52 888**
N.º de doentes padrão	26 892	26 697	18 979	44 806	37 568	31 841	36 520	28 983	29 400	42 309
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	**1 453 €**	**1 779 €**	**1 798 €**	**1 282 €**	**1 578 €**	**1 555 €**	**1 424 €**	**1 826 €**	**1 508 €**	**1 250 €**

2017	HVFX PPP	CHBM	CHCB	CHL	CHS	CHBV	CHDV	CHMT	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	33 369	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€)	7 937	2 662	881	4 299	4 650	1 761	2 930	7 410	2 326	4 427
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	**41 307**	**50 418**	**34 116**	**60 109**	**63 197**	**53 159**	**57 589**	**56 799**	**49 463**	**56 684**
N.º de doentes padrão	27 473	27 489	18 979	45 343	30 554	31 943	36 844	30 904	26 538	42 834
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	**1 504 €**	**1 834 €**	**1 798 €**	**1 326 €**	**2 068 €**	**1 664 €**	**1 563 €**	**1 838 €**	**1 864 €**	**1 323 €**

Nota: Gastos com o pessoal ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (gastos com honorários, subcontratos e trabalhos especializados) reconhecidos na rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos.

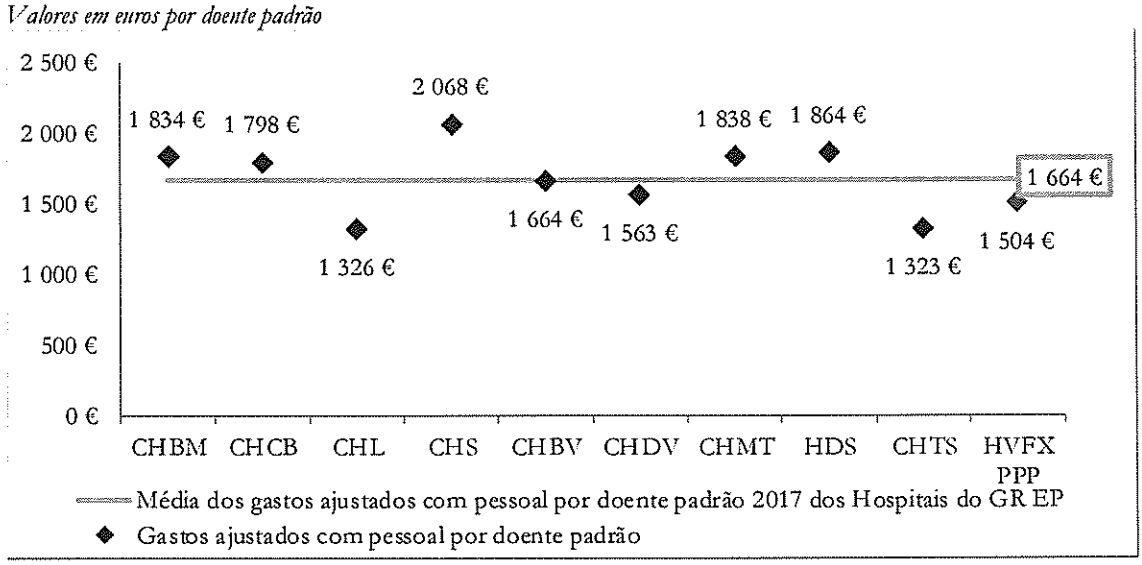
Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Os gráficos que se seguem, permitem concluir, mais uma vez, que a PPP de Vila Franca de Xira foi eficiente na gestão dos seus custos, neste caso ao nível dos gastos com o pessoal, durante o período compreendido entre 2015 e 2017, já que através do Gráfico 74 se verifica que os gastos com pessoal por doente padrão do Hospital de Vila Franca de Xira 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 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 73, é possível concluir que os gastos com pessoal ajustados por doente padrão do Hospital de Vila Franca de Xira foram inferiores à média dos hospitais do Grupo de Referência EP.

Gráfico 73 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do GR 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

Valores em euros por doente padrão

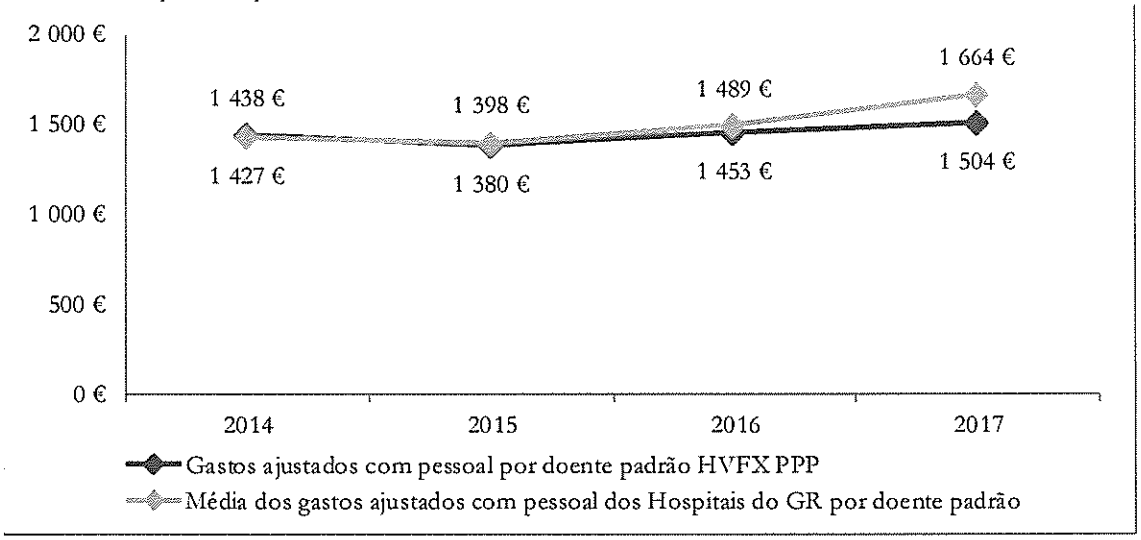


Nota: Gastos com o pessoal ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (gastos com honorários, subcontratos e trabalhos especializados) reconhecidos na rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos.

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Gráfico 74 – Gastos ajustados com pessoal do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2014 e 2017

Valores em euros por doente padrão



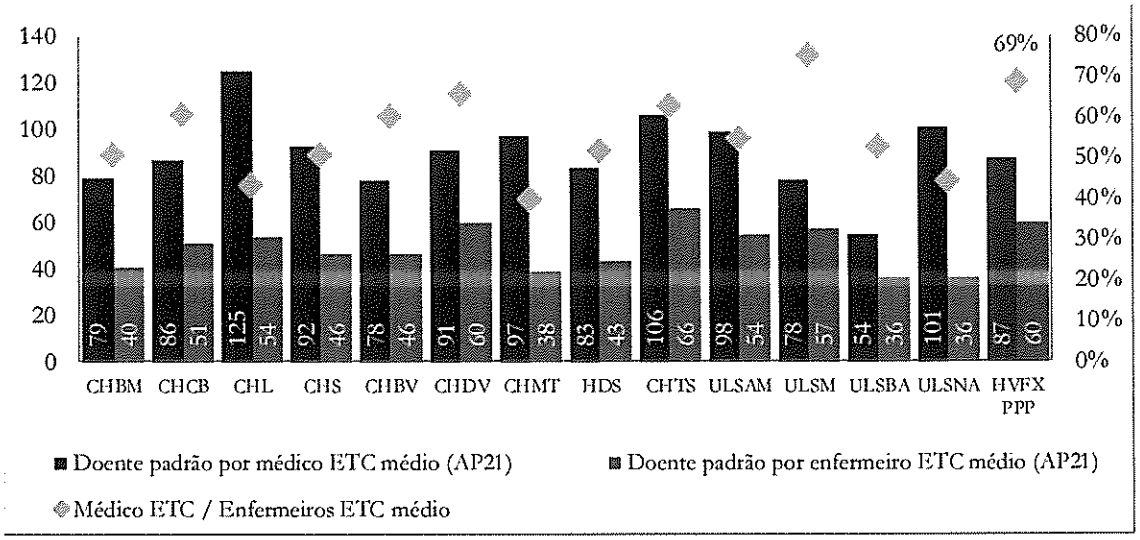
Nota: Gastos com o pessoal ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (gastos com honorários, subcontratos e trabalhos especializados) reconhecidos na rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos.

Fonte: Dados disponibilizados pela ARSLVT, R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Mediante a análise do gráfico seguinte, conclui-se que o Hospital de Vila Franca de Xira é uma as unidades hospitalares que, em termos médios, no período analisado, registou um maior nível de produtividade ao nível dos recursos humanos relativos a enfermeiros, ao apresentar o segundo maior número de doente padrão por enfermeiro ETC, sendo o rácio de médico ETC/enfermeiro ETC superior ao da maioria dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP. No que concerne ao número de doente padrão por médico ETC, o Hospital de Vila Franca de Xira apresentou um número ligeiramente inferior ao número médio apurado pelos hospitais do Grupo de Referência EP.

Gráfico 75 – Produtividade dos recursos humanos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, em termos médios, entre 2014 e 2017

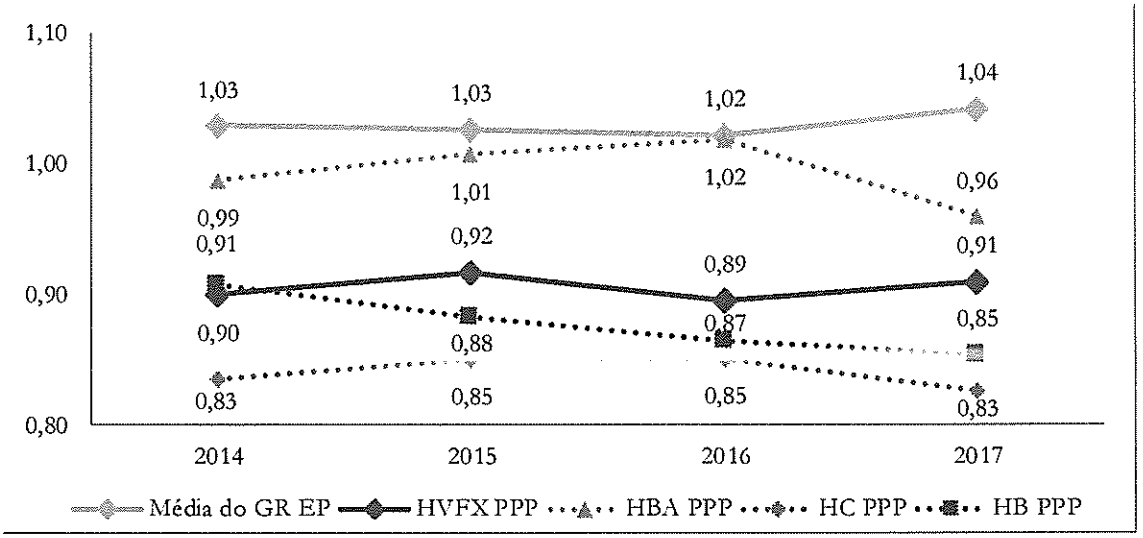
Valores em número de doente padrão e percentagem



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

172. No que diz respeito ao índice de demora média ajustada, o gráfico seguinte permite verificar que entre 2014 e 2017 o índice do Hospital de Vila Franca de Xira foi sempre inferior ao da média dos hospitais do Grupo de Referência EP, sendo o seu índice inferior a 1, 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.

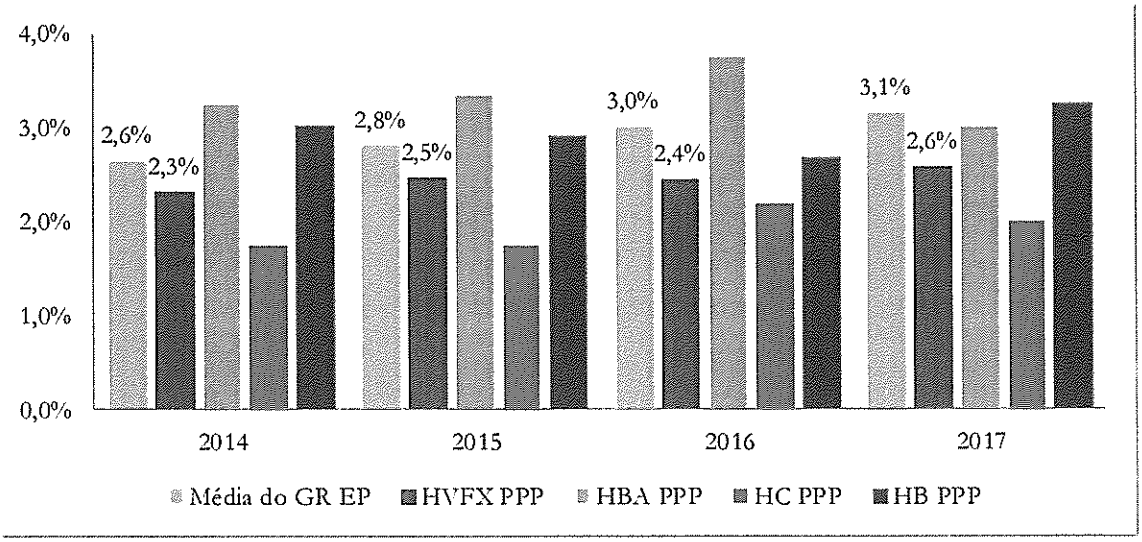
Gráfico 76 – Índice de demora média ajustada no internamento do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

173. No que diz respeito à percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias, o valor do Hospital de Vila Franca de Xira encontrou-se sempre abaixo da percentagem média dos hospitais do Grupo de Referência EP, bem como das percentagens verificadas nas PPP de Loures e de Braga.

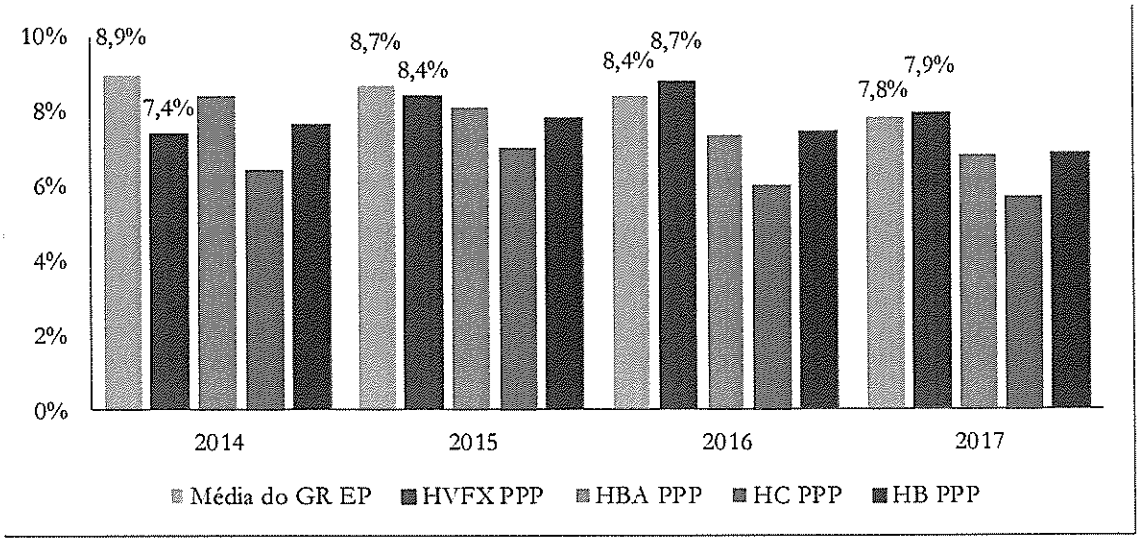
Gráfico 77 – Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

174. Por outro lado, importa referir o facto de a taxa de reinternamento em 30 dias do Hospital de Vila Franca de Xira ter evidenciado uma evolução crescente entre 2014 e 2016, contrária à dos hospitais do Grupo de Referência EP. Em 2017, depois de ter diminuído ligeiramente face a 2016, a taxa de reinternamento em 30 dias do Hospital de Vila Franca de Xira apresentou-se praticamente em linha com a taxa média dos hospitais do Grupo de Referência EP, mas superior à das restantes parcerias hospitalares.

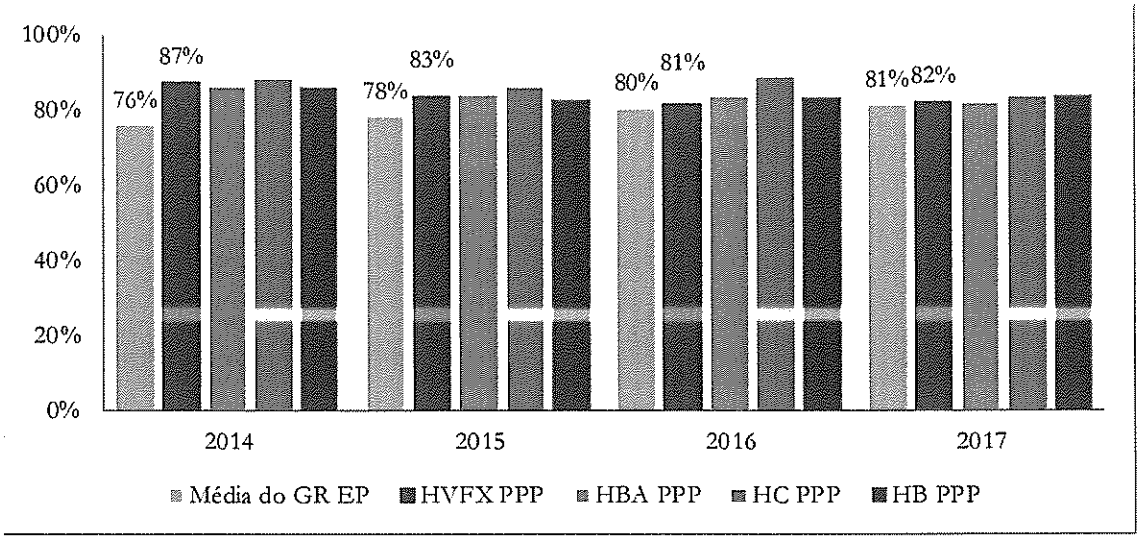
Gráfico 78 – Taxa de reinternamentos em 30 dias do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

175. No que concerne à percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, constata-se que o Hospital de Vila Franca de Xira 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 entre 2014 e 2016.

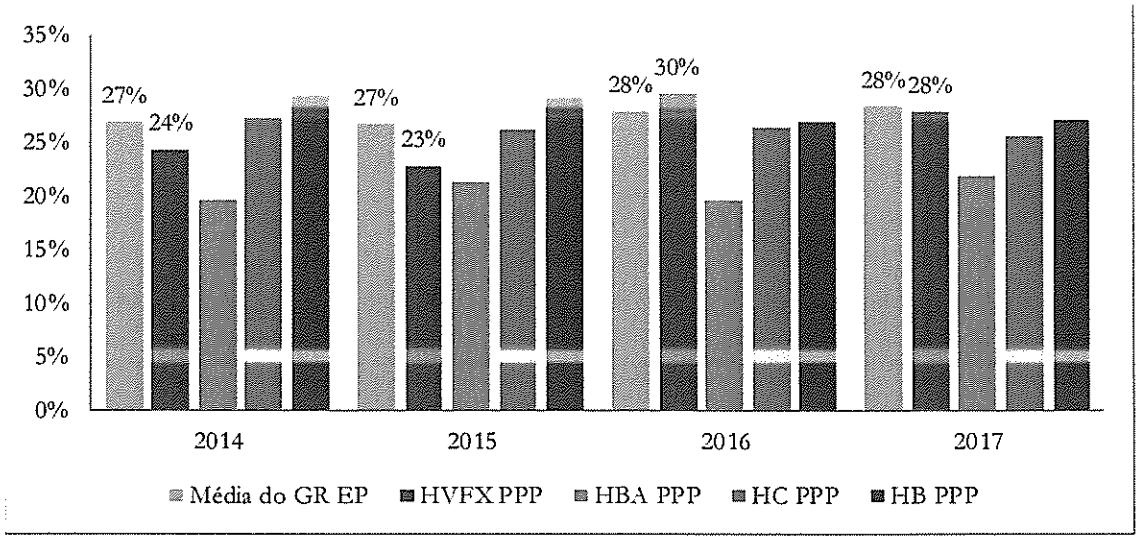
Gráfico 79 – Percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017



Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados pela ACSS.
Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

176. A evolução do indicador percentagem média de cesarianas face ao total de partos realizados no Hospital de Vila Franca de Xira apresentou alguma volatilidade ao longo do período analisado. Em termos de posicionamento relativo, verifica-se que depois de em 2014 e 2015 ter evidenciado um resultado melhor e em 2016 um resultado ligeiramente pior, o Hospital de Vila Franca de Xira apresentou em 2017 um resultado praticamente em linha com o da média dos hospitais do Grupo de Referência EP, mas pior do que o registado nas demais PPP hospitalares.

Gráfico 80 – Percentagem de cesarianas no total de partos do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

177. Em suma, tendo por base a análise efetuada, conclui-se que **a parceria de Vila Franca de Xira, 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, bem como ao nível da demora média ajustada pela complexidade da sua casuística.**

Ao nível dos demais indicadores de atividade clínica analisados entre 2014 e 2017, o Hospital de Vila Franca de Xira apresentou-se relativamente alinhado com a média do Grupo de Referência EP.

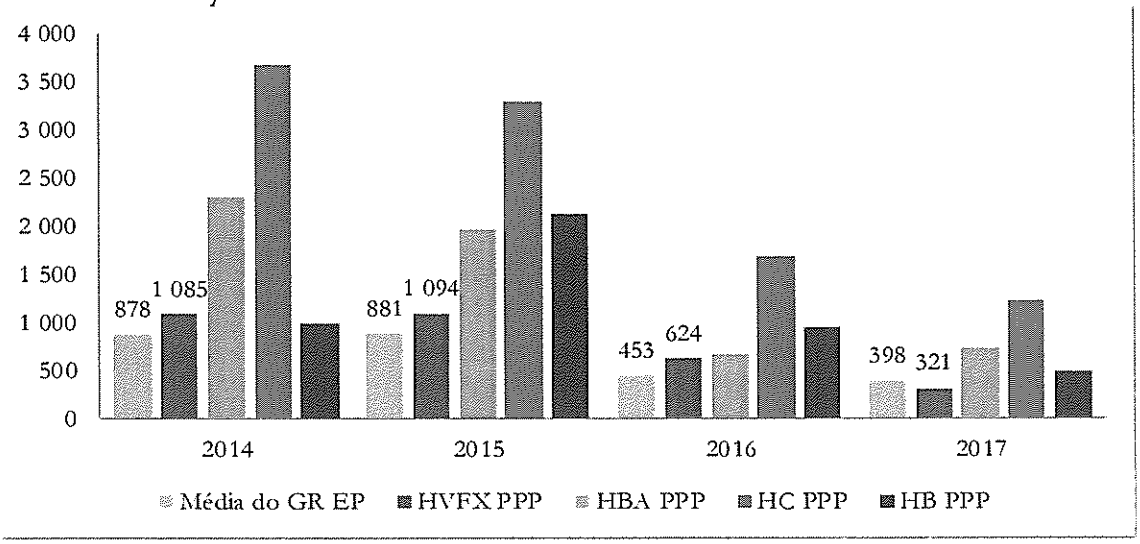
3.2.1.2.5. *Análise da qualidade/eficácia em termos relativos face ao Grupo de Referência EP*

178. 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 Vila Franca de Xira 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.

179. No gráfico seguinte, apresenta-se a evolução do indicador sépsis pós-operatória por 100 000 episódios, constatando-se que o Hospital de Vila Franca de Xira, depois de em 2015 ter evidenciado um valor considerável neste indicador, de 1 094, apresentou um decréscimo significativo em 2016 e 2017, para 624 e 321, respetivamente. O Hospital de Vila Franca de Xira apresentou, assim, um resultado mais satisfatório do que a média dos hospitais do Grupo de Referência EP em 2017, tendo registado um valor inferior ao dos demais hospitais em regime de PPP ao longo de todo o período analisado.

Gráfico 81 – Sépsis pós operatória por 100 000 episódios do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017

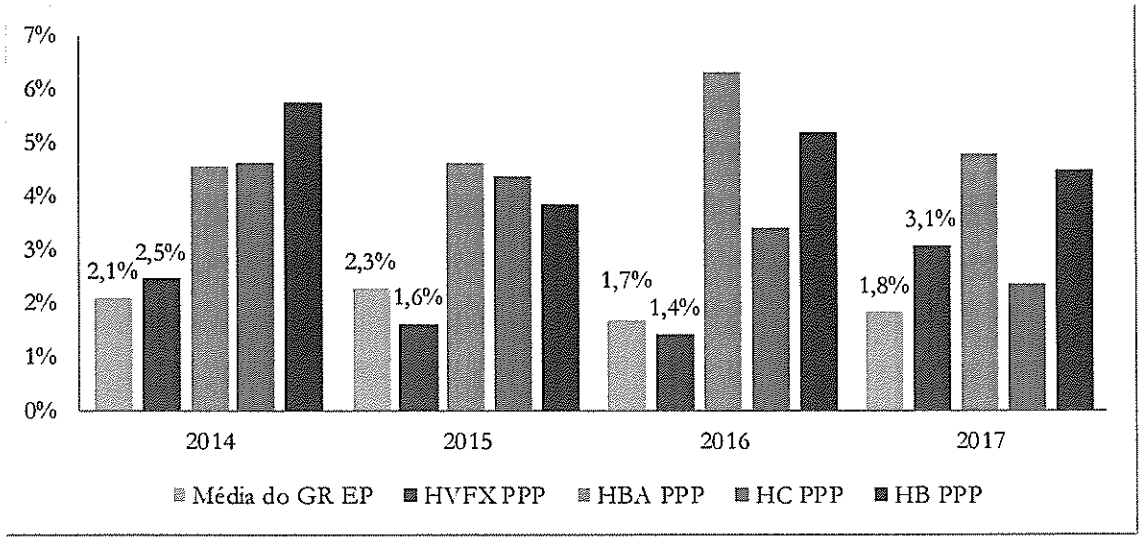
Valores em número de episódios



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

180. Como se pode verificar de seguida, depois de ter evidenciado uma redução entre 2014 e 2016, a percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus registada em 2017 pelo Hospital de Vila Franca de Xira ascendeu a um valor superior ao valor médio apresentado pelos hospitais do Grupo de Referência EP, mas inferior aos hospitais em regime de PPP de Loures e de Braga.

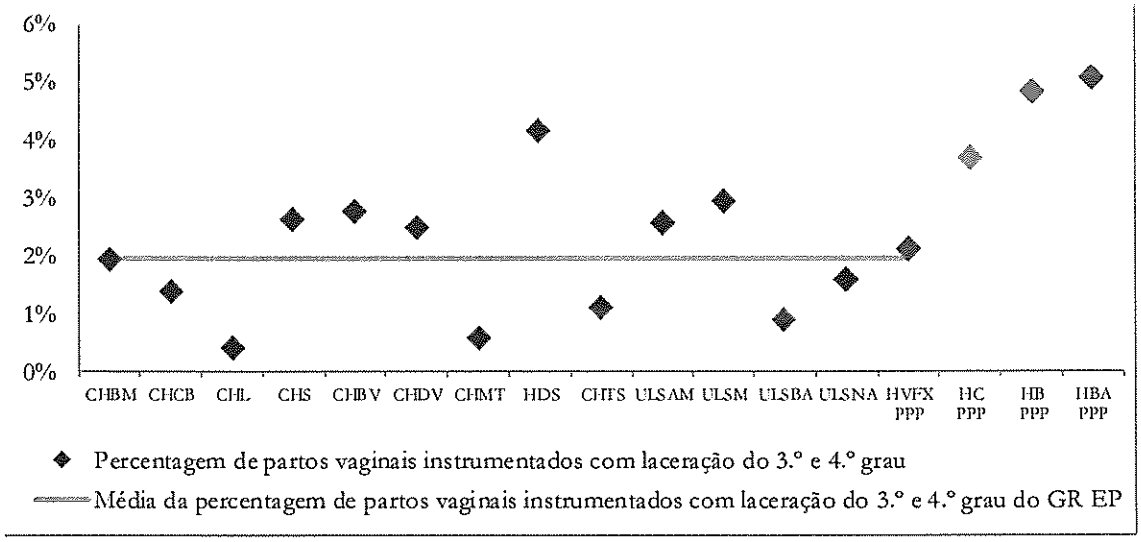
Gráfico 82 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

181. Em termos médios, no período compreendido entre 2014 e 2017, o Hospital de Vila Franca de Xira apresentou uma percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus praticamente em linha com a média dos hospitais do Grupo de Referência EP e significativamente inferior à das restantes parcerias hospitalares, como o demonstra o gráfico seguinte.

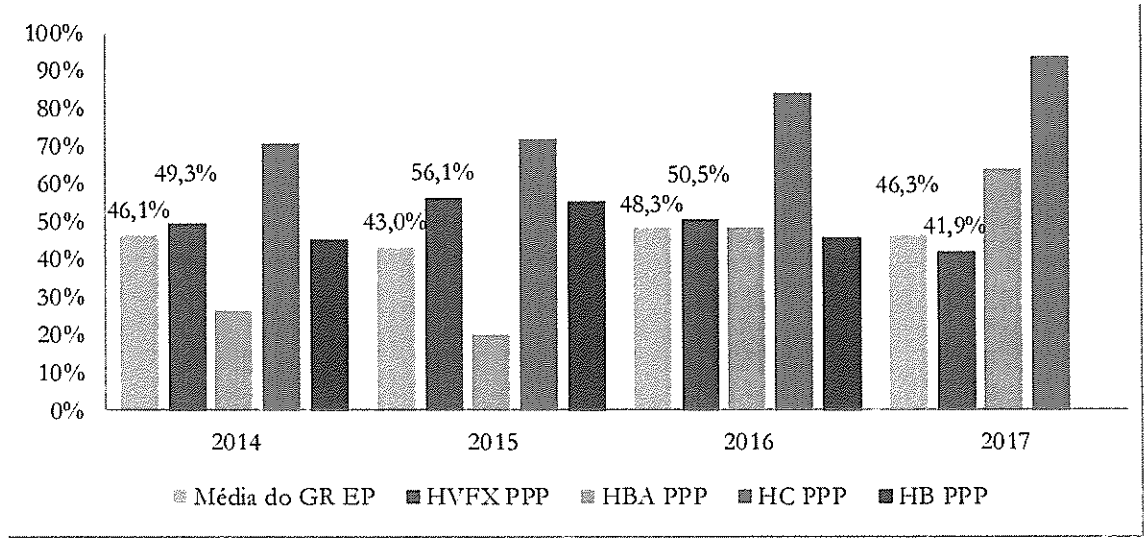
Gráfico 83 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3ª e 4ª graus, do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em termos médios, entre 2014 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

182. No que respeita à percentagem de cirurgias de anca efetuadas nas primeiras 48 horas, fruto da deterioração registada nos dois últimos anos, assistiu-se em 2017 a uma degradação do posicionamento relativo do Hospital de Vila Franca de Xira, patente na apresentação de um resultado inferior à média dos hospitais do Grupo de Referência EP.

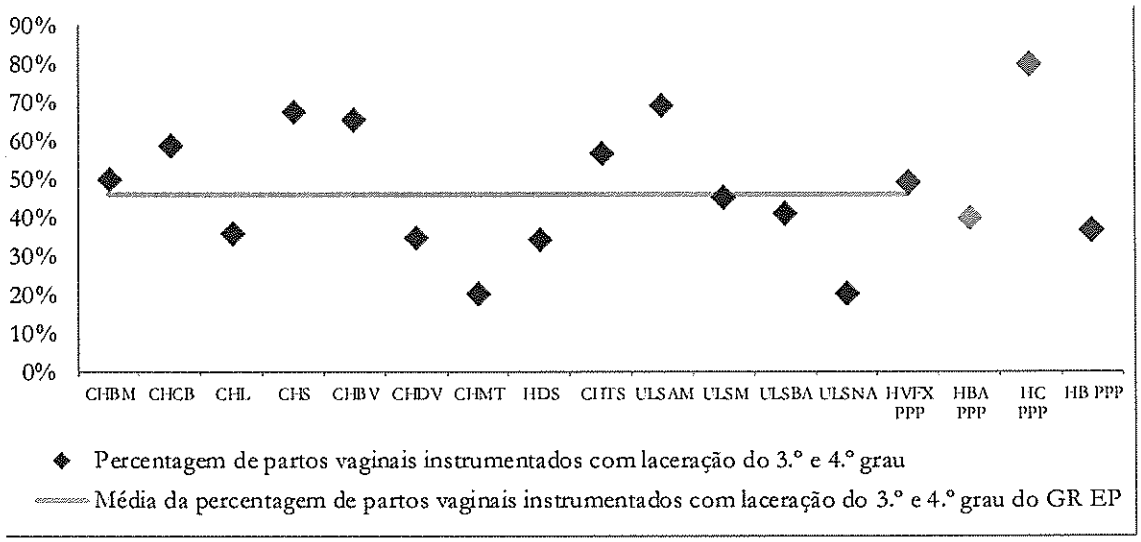
Gráfico 84 – Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

183. Contudo, quando analisados os valores médios no período compreendido entre 2014 e 2017, constata-se que o Hospital de Vila Franca de Xira apresentou um resultado ligeiramente melhor que o da média dos hospitais do Grupo de Referência EP e que o das PPP de Loures e de Braga.

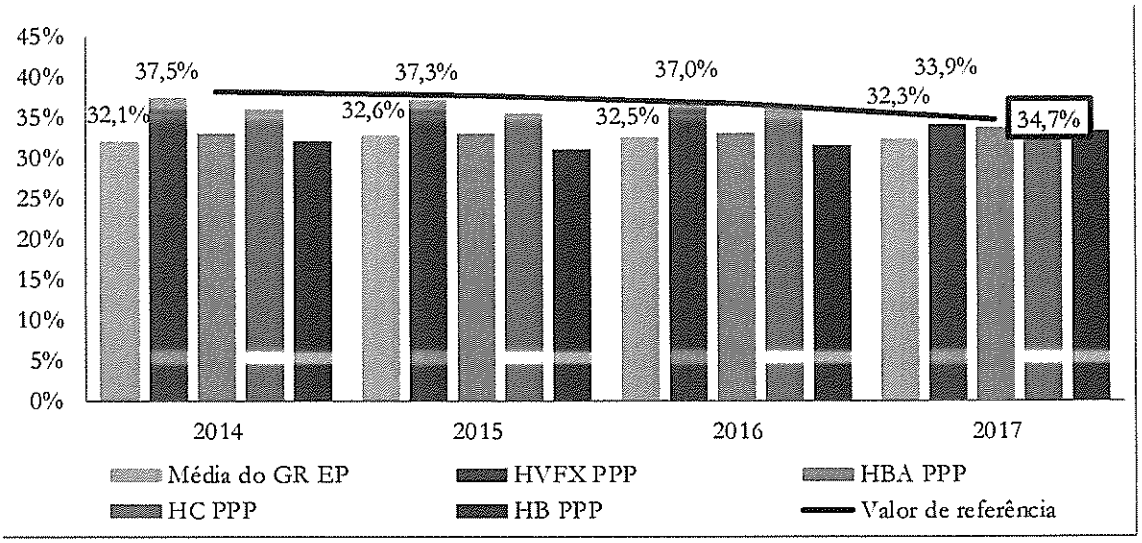
Gráfico 85 – Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em termos médios, entre 2014 e 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

184. Relativamente à percentagem de primeiras consultas face ao total de consultas realizadas por cada hospital, tal como ilustrado seguidamente, o Hospital de Vila Franca de Xira apresentou em todos os anos analisados resultados superiores aos registados pela média dos hospitais do Grupo de Referência EP e pelos demais hospitais PPP, embora, ainda assim, inferiores aos valores de referência definidos anualmente para este parâmetro (exceto em 2016, ano em que o valor de referência foi alcançado).

Gráfico 86 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017



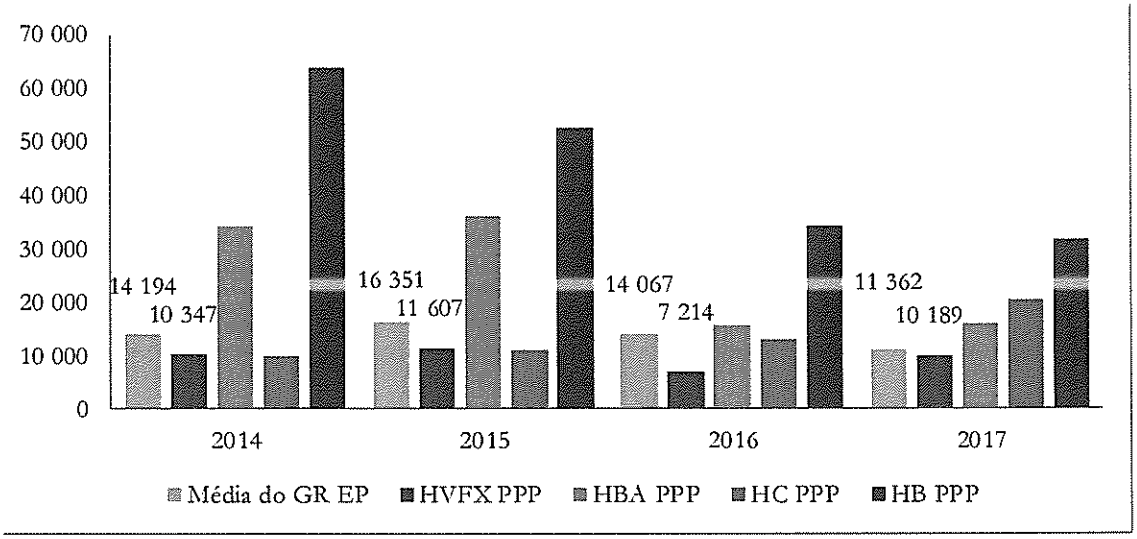
Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados para o Hospital de Vila Franca de Xira em cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação do respetivo parâmetro de desempenho.

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS (valores apurados) e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT (valores de referência).

185. No que concerne à lista de espera para primeiras consultas, da análise do gráfico seguidamente apresentado verifica-se que os valores relativos ao Hospital de Vila Franca de Xira se situaram quer abaixo da média dos hospitais do Grupo de Referência EP, quer da generalidade dos valores apresentados pelas restantes PPP.

Gráfico 87 – Lista de espera para primeiras consultas (pedidos não concluídos) do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017

Valores em número de consultas



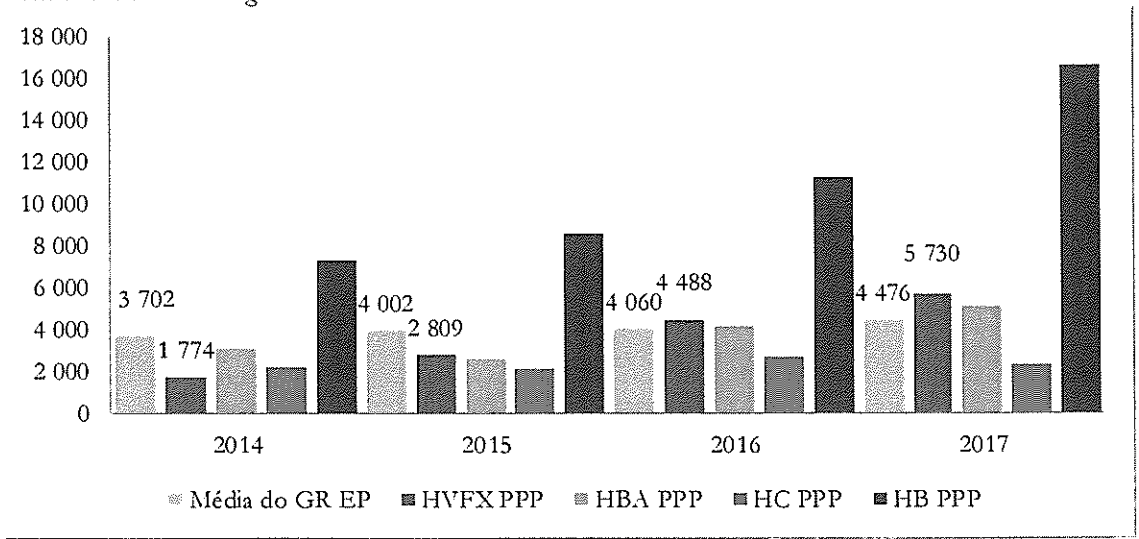
Nota: A lista de espera respeita a pedidos com origem nos cuidados de saúde primários, referenciados através do CTH (não inclui a referenciação interna intra-hospitalar).

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

186. Por sua vez, a lista de inscritos para cirurgia do Hospital de Vila Franca de Xira, 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 dos hospitais PPP de Loures e de Cascais.

Gráfico 88 – Lista de inscritos para cirurgia do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017

Valores em número de cirurgias

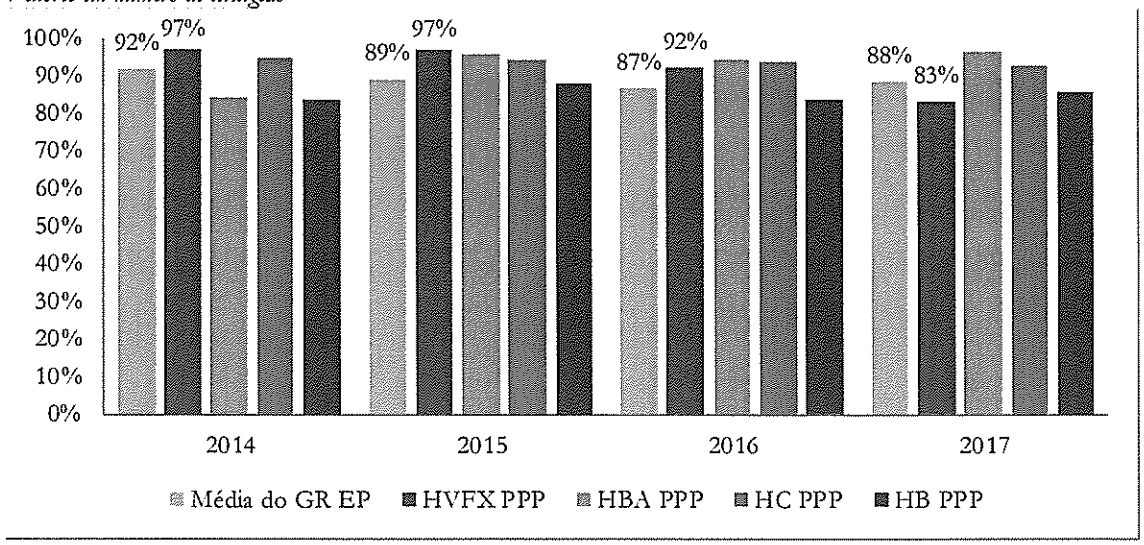


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Ainda relativamente à lista de inscritos para cirurgia, importa referir que em 2017 o Hospital de Vila Franca de Xira, para além de ter apresentado uma lista de inscritos para cirurgia superior tanto à média dos hospitais do Grupo de Referência EP como à verificada no hospitais em regime de PPP de Loures e de Cascais, apresentou, ao contrário do observado nos anos anteriores, uma percentagem da lista de inscritos com tempo de espera menor ou igual ao TMRG inferior àquela que, em média, foi verificada nos hospitais do Grupo de Referência EP.

Gráfico 89 – Percentagem da lista de inscritos para cirurgia com tempo de espera menor ou igual ao TMRG do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017

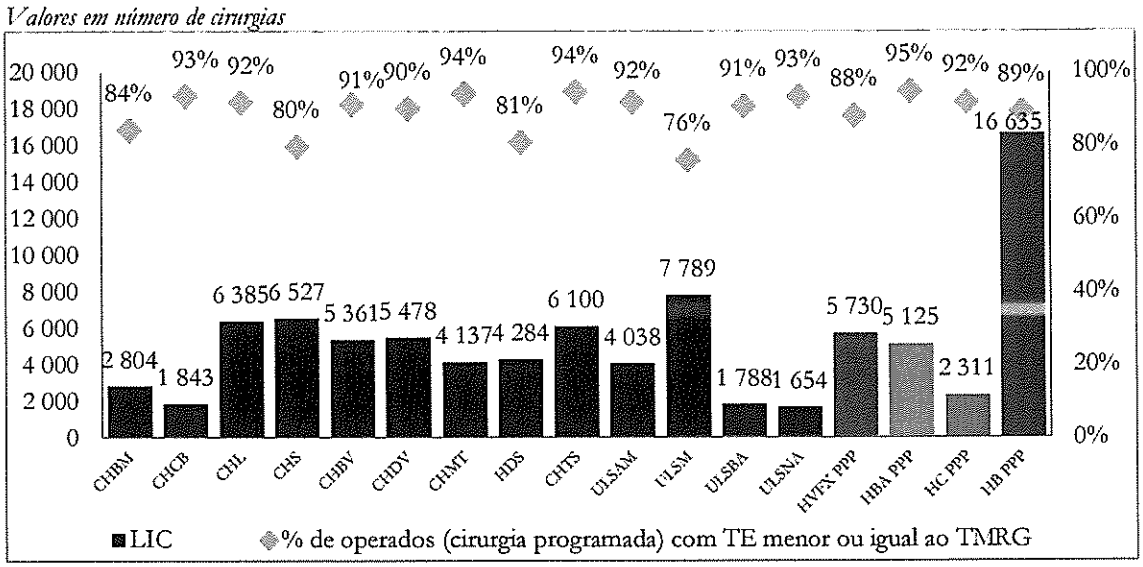
Valores em número de cirurgias



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

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 Vila Franca de Xira, não obstante ter registado uma percentagem de cirurgias realizadas dentro do TMRG em linha com a média registada pelas unidades hospitalares do Grupo de Referência EP, apresentou, em 2017, uma das maiores listas de inscritos para cirurgia entre as diferentes unidades hospitalares analisadas.

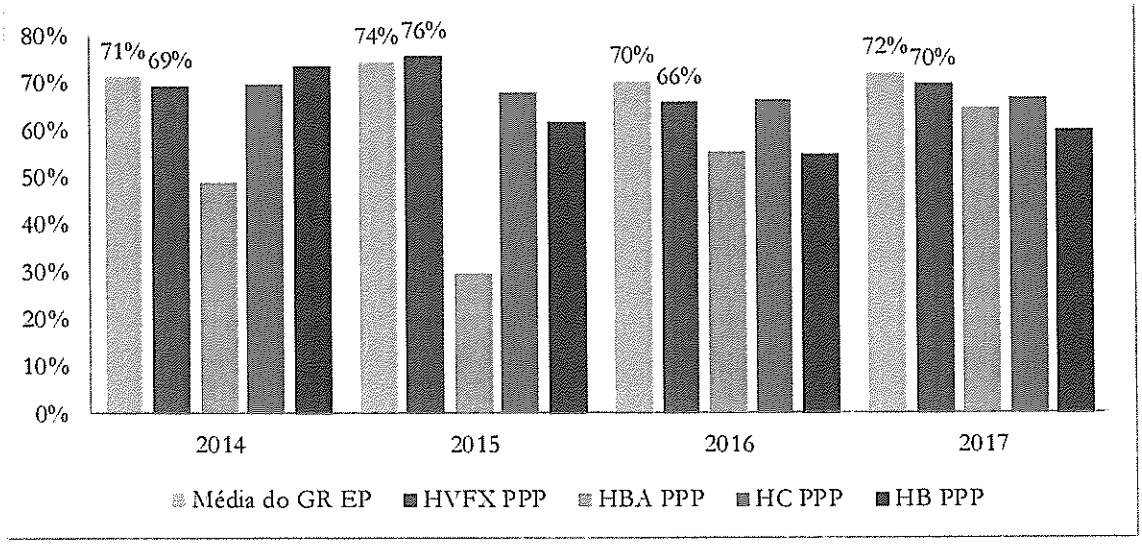
Gráfico 90 – Lista de inscritos para cirurgia versus percentagem de operados (cirurgia programada) com tempo médio menor ou igual ao TMRG do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2017



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

187. Ao nível da percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG, apenas em 2015 o Hospital de Vila Franca de Xira apresentou um valor superior ao da média do Grupo de Referência EP.

Gráfico 91 – Percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2014 e 2017

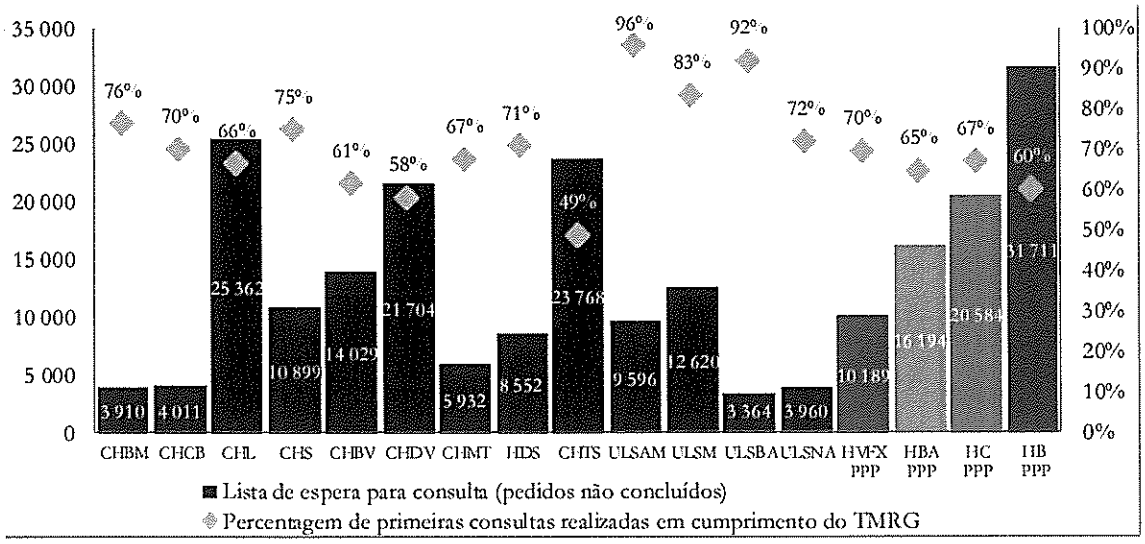


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

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 Vila Franca de Xira, apesar de apresentar uma lista de espera inferior à média dos hospitais do Grupo de Referência EP, regista um valor ligeiramente mais reduzido no que respeita ao cumprimento do TMRG no caso das primeiras consultas.

Gráfico 92 – Lista de espera para consultas (pedidos não concluídos) versus percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG do Hospital de Vila Franca de Xira e dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2017

Valores em número de consultas



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

188. Em face do exposto, e tendo por base a análise efetuada, conclui-se que **a qualidade/eficácia da parceria de Vila Franca de Xira se encontra, em termos globais, e para todo o período analisado, relativamente em linha com a da generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP.**

Existem, no entanto, alguns indicadores nos quais o Hospital de Vila Franca de Xira registou uma deterioração dos respetivos resultados em 2017, conducente à apresentação, neste ano, de resultados inferiores aos 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 "lista de inscritos para cirurgia", cujo aumento pode explicar, de certa forma, o facto de o Hospital de Vila Franca de Xira ter registado em 2017 uma redução da percentagem da lista de inscritos para cirurgia com tempo de espera

menor ou igual ao TMRG, não obstante o mesmo ter apresentado neste mesmo ano uma maior percentagem de cirurgias realizadas dentro do TMRG comparativamente com as unidades hospitalares do Grupo de Referência EP.

Em sentido contrário, não obstante a lista de espera para consultas (pedidos não concluídos) do Hospital de Vila Franca de Xira ter sido sempre inferior à média dos hospitais do Grupo de Referência EP, em 2016 e 2017 a percentagem de primeiras consultas realizadas pelo Hospital de Vila Franca de Xira em cumprimento do TMRG foi ligeiramente inferior à média registada pelas referidas unidades hospitalares.

3.2.1.3. AVALIAÇÃO DA PPP NA ÓTICA DO GESTOR DO CONTRATO

189. 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 Vila Franca de Xira, enviado para a Equipa de Projeto no dia 1 de abril de 2019.

"Uma vez que o Contrato de Gestão, assinado em 25 de outubro de 2010, produziu os seus efeitos a 01 de junho de 2011, data em que se verificou a transmissão da gestão do estabelecimento hospitalar para o parceiro privado, tendo a transferência das antigas instalações para o novo edifício hospitalar ocorrido em 28 de março de 2013, na presente avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento do Hospital de Vila Franca de Xira (EGEST), que se apresenta em seguida, optou-se por considerar apenas os anos completos após a transmissão do estabelecimento, compreendidos entre 2012 a 2017.

Para o efeito, foram definidos como principais vertentes para a avaliação da prestação da EGEST os seguintes aspetos:

- *Produção;*
- *Desempenho por áreas e global;*
- *Qualidade dos Serviços;*
- *Articulação com os cuidados de saúde primários;*

- *Colaboração e relacionamento com a EPC;*
- *Colaboração e relacionamento com a Provedora do Utente.*

Produção

No que concerne à área do internamento, ao longo do período em análise a produção realizada evidencia, em termos globais, um crescimento em todos os anos, salvo em 2017, no qual se registou uma quebra no número de doentes equivalentes do internamento médico. De qualquer modo, entre 2012 e 2017 o número de doentes equivalentes aumentou aproximadamente 24% no internamento cirúrgico e 40% no internamento médico. Saliente-se, ainda, que a atividade respeitante ao internamento cirúrgico superou, por regra, a produção prevista estabelecida nos respectivos procedimentos anuais, sendo o ano de 2014 a única exceção. Já quanto ao internamento médico, o número de doentes equivalentes apenas se posicionou acima da produção prevista a partir ano de 2014 (inclusive).

No ambulatório cirúrgico cumpre assinalar o forte incremento na atividade realizada após a entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar, com a produção de 2017 a corresponder a cerca de 2,5 vezes a realizada em 2012. De referir que a produção prevista para esta área foi sistematicamente ultrapassada no período em análise. Também no âmbito do ambulatório médico se assistiu a um acentuado crescimento na atividade realizada, sendo este motivado, essencialmente, pela abertura da unidade de hemodiálise nas novas instalações hospitalares.

Quanto ao Bloco de Partos é notório que a transferência do estabelecimento hospitalar para o novo edifício teve grande impacto na atividade desenvolvida. Com efeito, assim que passou a dispor de condições assistenciais que até então não detinha e apesar do número de nascimentos em Portugal ter atingido na presente década valores historicamente muito reduzidos, o hospital, fruto da sua maior capacidade de atração, aumentou em cerca de 68% o número de partos entre 2012 e 2017, com o crescimento anual mais expressivo a acontecer precisamente no primeiro ano completo de atividade no novo edifício hospitalar (+23%).

Em relação à lista de inscritos para cirurgia (LIC), verificou-se um crescimento progressivo, mas não muito acentuado, no número de doentes em espera entre 2012 e 2014, mantendo-se o tempo médio de espera (TME) bastante estável, o que colocava o hospital entre os três melhores da Região neste indicador, considerando para esta análise apenas as especialidades que integram o perfil assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira. Em 2015 assiste-se a um aumento na LIC e no TME, mas o hospital continua a apresentar um bom desempenho face às restantes unidades hospitalares. A partir de 2016 a situação agrava-se claramente, com o TME a evoluir de 82 dias em 31 de dezembro de 2015 para 162 dias no período de dois anos, registando o hospital a 31 de dezembro de 2017 o 12.º valor mais elevado entre os hospitais da Região. Importa referir que esta degradação no TME não decorre apenas do aumento da procura ou de

limitações ao nível da contratação da produção pela EPC (em razão de constrangimentos orçamentais), uma vez que resulta também de uma ineficiente gestão da LIC por parte da EGEST, nomeadamente no cumprimento dos critérios de prioridade e antiguidade na programação da atividade cirúrgica. As especialidades mais representativas na LIC são Oftalmologia (com um peso superior a 50%), Cirurgia Geral (com o TME claramente mais elevado) e Ortopedia.

Na Consulta Externa, observou-se um aumento da atividade realizada em todos os anos, tendo a mesma sido sempre superior à produção prevista. No entanto, analisando especificamente a evolução das primeiras consultas, verifica-se que o número de episódios em 2017 diminuiu face ao ano anterior. Acresce que em determinadas especialidades, maioritariamente cirúrgicas, a atividade de primeiras consultas foi inferior nalguns anos à produção prevista, assumindo os desvios uma expressão significativa em certos casos, o que de alguma forma contribuiu para uma menor acessibilidade nas respetivas áreas. O tempo médio de resposta para primeiras consultas realizadas tem aumentado progressivamente desde 2014, atingindo os 106 dias em 2017. Em termos de cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), tem-se igualmente assistido a uma evolução negativa, representando o número primeiras consultas realizadas após o decurso do TMRG cerca de 20% da atividade do ano 2017.

No Hospital de Dia verifica-se que a atividade globalmente realizada (hospital de dia "outros" e hospital de dia psiquiátrico) apenas superou a produção prevista a partir do ano de 2015, sendo que no âmbito do hospital de dia de psiquiatria esta nunca chegou a ser alcançada em nenhum dos anos no período em análise. Assinala-se que esta linha de produção apenas se iniciou após a transferência para o novo edifício hospitalar.

Na Urgência, o número de atendimentos aumentou todos os anos, todavia, a tendência de grande crescimento que se vinha a observar anualmente esbateu-se em 2017, tendo a atividade sido muito idêntica à registada em 2016. Constata-se ainda que apenas no ano de 2012 o número de atendimentos não superou a produção prevista em sede de procedimento anual. No que tange ao cumprimento dos tempos alvo previstos no Sistema de Triagem de Manchester, o hospital apresentou sistematicamente um mau desempenho, com especial relevo nos níveis de prioridade mais elevados e em particular nas áreas da urgência geral e ginecológica/obstétrica. Esta situação tem originado múltiplas interpelações por parte da EPC no sentido da implementação de medidas que conduzam à redução dos tempos de espera até ao primeiro atendimento médico.

Desempenho por áreas e global

No termos da Cláusula 54ª do Contrato de Gestão, a avaliação do desempenho da EGEST é anual e efetuada, quer por áreas de avaliação, quer de forma global.

A avaliação por áreas compreende as seguintes componentes:

- *Resultados: é avaliado o desempenho anual da EGEST no cumprimento dos Parâmetros de Desempenho de Resultado (PDR) estabelecidos no Apêndice 1 do Anexo X ao Contrato de Gestão;*
- *Serviço: é avaliado o desempenho anual da EGEST no cumprimento dos Parâmetros de Desempenho de Serviço (PDS) estabelecidos no Apêndice 2 do Anexo X ao Contrato de Gestão;*
- *Índice de satisfação dos Utentes, nos termos do Anexo X ao Contrato de Gestão.*

Relativamente à componente ***"Resultados",*** *o quadro seguinte espelha o número de parâmetros de desempenho de resultado sujeitos a avaliação pela EPC em cada ano.*

Parâmetro de Desempenho de Resultado	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número de PDR aplicáveis	66	70	70	70	70	70
Número de PDR com obrigação de monitorização	66	69	69	69	69	69
Número de PDR excluídos da avaliação de desempenho	43	5	3	4	4	19
Número de PDR considerados na avaliação de desempenho	23	64	66	65	65	50
Número de PDR em incumprimento	8	19	8	7	16	14
Que não originaram penalização	2	6	1	5	7	6
Que originaram penalização	6	13	7	2	9	8
Pontos de penalização aplicados	251,71	196,60	21,51	46,64	190,73	75,71
Avaliação de desempenho	S	S	MB	MB	B	B

I = Insatisfatório; S = Satisfatório; B = Bom; MB = Muito Bom

De assinalar que em 2012 os 43 PDR previstos no ponto B do apêndice 1 ao Anexo X do Contrato de Gestão, embora com obrigação de monitorização a partir de 1 de junho de 2012, estavam excluídos da avaliação de desempenho. Quanto aos PDR do ponto C do mesmo apêndice, a sua monitorização iniciou-se em 2013, aquando da transferência do estabelecimento para o novo edifício hospitalar, não sendo igualmente, de acordo com o Contrato de Gestão, passíveis de avaliação em 2013. Saliente-se ainda que um número reduzido de PDR não foi objecto de avaliação, nomeadamente por impossibilidade de ajustamento à casuística dos Hospitais do Grupo de Referência, atenta a indisponibilidade e/ou incompatibilidade de dados. Também se excluíram no ano de 2017, excecionalmente, do âmbito da avaliação 15 PDR devido ao processo de implementação do novo sistema de codificação clínica em ICD-10-CM/PCS.

Tendo em consideração os PDR avaliados em cada ano, constata-se que a taxa de incumprimento variou entre o mínimo de 10,8% em 2015 (7 em 65) e o máximo de 34,7% em 2012 (8 em 23), no entanto foi no ano de 2013 que se registou um maior número de PDR em incumprimento (19 em 64).

Em sede de avaliação de desempenho na área "Resultado", a EGEST foi classificada no período em análise com "Bom" ou "Muito Bom", com excepção dos anos de 2012 e 2013 em que obteve "Satisfatório".

*No que se refere à componente "**Serviço**", cuja avaliação incide essencialmente em obrigações relativas à disponibilização/envio de informação, constata-se que em todos os anos se registou incumprimento de PDS, sendo 2017 o ano em que se verificou o maior número de parâmetros nessa situação (5) e que originaram um total de 316,9 pontos de penalização, conforme ilustra o quadro seguinte:*

Parâmetro de Desempenho de Serviço	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número de PDS	27	27	27	27	27	27
Número de PDS em incumprimento	4	3	1	2	3	5
Pontos de penalização aplicados	143,44	138,96	90,87	50,01	107,14	316,9
Avaliação de desempenho	S	S	S	S	S	I

No período entre 2012 a 2017, os PDS cujo incumprimento se verificou em 3 ou mais anos, estão relacionados com o prazo de codificação (PDS n.º 2), existência de inventário actualizado dos equipamentos e sistemas médicos (PDS n.º 18) e os PDS n.º 26 e n.º 27, que medem:

- *PDS 26 - A Entidade Gestora do Estabelecimento Hospitalar atingiu um valor satisfatório em 50% dos Parâmetros de Desempenho com resultados insatisfatórios em dois relatórios de avaliação consecutivos, no prazo definido de acordo com a alínea c) do ponto 3.8 e com o ponto 3.9 do Anexo X ao Contrato de Gestão.*
- *PDS 27 - Entidade Gestora do Estabelecimento Hospitalar atingiu um valor satisfatório em 100% dos Parâmetros de Desempenho com resultados insatisfatórios em dois relatórios de avaliação consecutivos, no prazo definido de acordo com a alínea c) do ponto 3.8 e do ponto 3.9 do Anexo X ao Contrato de Gestão.*

Em termos de avaliação de desempenho da área "Serviço" no período em análise, a EGEST foi classificada com "Satisfatório" nos anos de 2012 a 2016 e "Insatisfatório" no ano de 2017.

No que respeita à avaliação da componente "Satisfação", determina o Contrato que se proceda à comparação dos índices de satisfação obtidos nos inquéritos de satisfação do Utentes do Hospital Vila Franca de Xira, face aos índices obtidos pelos demais hospitais públicos, incluídos nos estudos realizados pelo Ministério da Saúde, não se aplicando, para efeitos de avaliação do desempenho da EGEST, os resultados obtidos no primeiro inquérito realizado durante o período de transição.

Sendo este o regime contratual, o certo é que nunca se afigurou possível a avaliação da EGEST nesta componente, em virtude de o Ministério da Saúde ter interrompido a realização dos inquéritos entre 2009 e 2014. Tendo sido retomada a sua realização em 2015, e sem continuidade nos anos subsequentes, a metodologia do estudo de satisfação dos utentes efetuado pelo Ministério da Saúde, a cargo da Direção-Geral da Saúde, apresentou alterações, passando a proceder a uma avaliação estritamente macro da satisfação global dos utentes, através da avaliação da perceção da sua satisfação quanto aos cuidados de saúde prestados pelo sistema de saúde, nos diferentes níveis de cuidados, quer do setor público, quer do setor privado. Todavia, considerando 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 54.ª Contrato de Gestão também não pôde ser aplicado em 2015.

Não obstante, e conforme determina o Contrato de Gestão, a EGEST desde sempre promoveu a realização dos inquéritos por entidade independente, com base em metodologia submetida a aprovação da EPC.

De acordo com os resultados dos inquéritos de satisfação, com a exceção da urgência, o índice médio de satisfação dos utentes do Hospital Vila Franca de Xira apresenta desde 2013 valores muito positivos (superiores a 80 pontos) em todas as linhas de atividade. Quanto ao ano de 2012, importa ter presente que o menor índice de satisfação obtido está, com elevado grau de probabilidade, associado ao facto da atividade do estabelecimento hospitalar ainda ter decorrido nas antigas instalações, cujos conhecidos constrangimentos, nomeadamente ao nível da estrutura física, interferiram naturalmente no desenvolvimento da atividade assistencial. Ainda assim, verifica-se que a transferência para o novo edifício hospitalar não se refletiu, ao contrário do observado nas outras linhas de atividade, numa efetiva melhoria da apreciação dos utentes quanto à área da urgência, oscilando o índice de satisfação entre o mínimo de 70 pontos em 2016 e 77 pontos em 2013, numa escala de a 0 a 100.

Analisando a evolução do índice médio de satisfação global, constata-se que se manteve por norma ligeiramente acima dos 80 pontos, já desconsiderando o ano de 2012 pelas razões supra expostas, constituindo o ano de 2016 a única exceção, conforme se visualiza no quadro infra:

Índice médio de satisfação por linha de atividade e global						
Linha de atividade	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*
Cirurgia de Ambulatório	*84,4*	*89,9*	*90,9*	*91,5*	*91,6*	*89,9*
Consulta Externa	*74,1*	*83,9*	*83,0*	*82,9*	*82,8*	*84,0*
Hospital Dia	*85,5*	*89,2*	*87,0*	*89,1*	*85,8*	*89,0*
Internamento	*77,3*	*84,5*	*86,0*	*90,4*	*84,3*	*87,8*
Urgência	*72,4*	*77,1*	*75,9*	*77,3*	*70,0*	*74,8*
Índice Médio de Satisfação Global	***73,8***	***81,4***	***80,2***	***81,3***	***77,3***	***81,2***

Índice de Satisfação: negativo - [0;40[; neutro - [40;60[; positivo - [60;80[; muito positivo - [80;100]

*Por último, em termos de "**Avaliação Global**" a EGEST obteve a classificação de "Satisfatório" em 2012, 2013 e 2017 e de "Bom" nos restantes anos.*

Qualidade dos Serviços

Relativamente às obrigações em matéria de Qualidade, previstas na Cláusula 62ª e no Anexo X ao Contrato de Gestão, a EGEST dando cumprimento ao estabelecido, implementou na data devida o 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 EGEST 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, destacando-se:

- *A certificação de Qualidade pela Norma ISO 9001 dos serviços elencados no Anexo X ao Contrato de Gestão, obtida em dezembro de 2013, ou seja, com alguma antecedência em relação ao prazo contratualmente instituído. Neste particular, cumpre assinalar que numa atitude dinâmica e proactiva a EGEST tem vindo a estender o âmbito da certificação a serviços que não se encontram expressamente previstos no Anexo X;*
- *A obtenção em janeiro de 2014 da certificação Ambiental, nos termos da Norma 14001, estando o hospital também certificado pela norma OHSAS 18001 no domínio da Segurança e Saúde no Trabalho;*
- *A obtenção da acreditação total do Hospital Vila Franca de Xira, o que se veio a concretizar, sob o referencial da Joint Commission International, previamente aprovado pela EPC, nos termos da alínea l) do n.º 1 da Cláusula 128ª, em outubro de 2014, tendo sido obtida a reacreditação em 2017;*

- *A implementação, nas três áreas do Serviço de Urgência (Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica), do Sistema de Triagem de Manchester;*

- *A implementação do Programa de Monitorização dos Parâmetros de Desempenho de Resultados, inserido no contexto mais vasto de um sistema de monitorização da atividade da EGEST.*

  Relativamente a esta componente importa, porém, assinalar que o processo tendente à aprovação do Programa de Monitorização dos Parâmetros de Desempenho de Resultados decorreu com muitas condicionantes da parte da EGEST, que obstaculizaram as ações de auditoria realizadas pela EPC, nomeadamente pelos sucessivos pedidos de prorrogação de prazos para resposta ou de implementação de várias recomendações e determinações emitidas pela EPC.

- *A realização anual de estudos de satisfação de utentes e profissionais com resultados globalmente positivos, nomeadamente no caso da satisfação dos utentes.*

  Em relação ao estudo de satisfação dos profissionais, apesar dos mesmos evidenciarem resultados positivos, refira-se que na questão sobre se "O número de colaboradores é adequado face ao volume normal de trabalho", a avaliação é sistematicamente muito negativa e transversal à generalidade dos serviços.

- *A adesão às orientações do Ministério da Saúde em matéria de qualidade e segurança dos doentes, com a elaboração e implementação do plano de ação da Comissão de Qualidade e Segurança, o qual, visando os objetivos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, tem incidido na melhoria da qualidade clínica e organizacional, no reforço da segurança dos doentes e na sua monitorização permanente;*

- *A constituição e funcionamento de órgãos de apoio técnico como seja o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Comissão de Ética para a Saúde, a Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços, a Equipa de Gestão de Altas, a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, entre outros.*

Articulação com os cuidados de saúde primários

A EGEST e o ACES Estuário do Tejo têm mantido ao longo dos anos um relacionamento de inequívoca cooperação, existindo recíproca disponibilidade no sentido de garantir e promover a adequada articulação e continuidade de cuidados.

a) Nível de articulação:

Ambas as partes têm diligenciado no sentido de se alcançarem melhores níveis de articulação, através de reuniões trimestrais entre o Conselho Diretivo do ACES e a administração do Hospital Vila Franca de Xira, onde se abordam as dificuldades sentidas por ambas as partes e se analisa a evolução dos projetos conjuntos.

No âmbito do Projeto da Transição Segura entre Hospital e Comunidade, realizam-se encontros regulares com os intervenientes das várias áreas (Diabetes Infantil, Ortopedia - Vida Ativa, Kapacitar - adesão ao regime terapêutico, Interrupção Voluntária da Gravidez, Acidente Vascular Cerebral e Urgência). As reuniões têm como objectivos, definir procedimentos que facilitem o circuito dos utentes entre o Hospital e a Comunidade, de forma a assegurar a continuidade de cuidados e também definir e ajustar a articulação entre profissionais.

No âmbito do Projeto de Reabilitação Respiratória mantem-se uma articulação permanente com os profissionais do Hospital, nomeadamente com os Serviços de Pneumologia e de Medicina Física e Reabilitação. A abertura da Sala de reabilitação respiratória do ACES Estuário do Tejo, em dezembro de 2017, só foi possível pelo apoio dado pelos médicos do Serviço de Pneumologia do Hospital que definiram os protocolos de atuação destes utentes e efectuaram formação aos profissionais do ACES.

No âmbito das Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) e do Núcleo de Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (NASCJR) também existe uma boa articulação, com a realização de reuniões frequentes, com o objetivo dos profissionais se conhecerem e definirem procedimentos de articulação e atuação no âmbito da continuidade de cuidados.

Relativamente à Equipa de Gestão de Altas também se realizam reuniões trimestrais para fazer um ponto de situação da atividade desenvolvida e identificar constrangimentos e estratégias de melhoria.

Quanto às cirurgias a doentes obesos, tem havido também uma boa articulação entre o Diretor Clínico do Hospital e o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, com o envio da informação dos utentes que fazem a cirurgia e os cuidados a ter após alta e continuidade de cuidados com o médico de família.

A Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes do ACES Estuário do Tejo e do Hospital Vila Franca de Xira tem sido reconhecida a nível nacional, como uma Boa Prática, como exemplo de uma boa articulação entre ACES, Hospital e Autarquias, nas atividades desenvolvidas nesta área, nomeadamente na implementação do rastreio da retinopatia diabética, onde a percentagem de adesão tem sido das mais elevadas.

Foi criada em 16 de novembro de 2017 a Unidade Coordenadora Funcional de Saúde Materna e Neonatal e de Saúde da Criança e do Adolescente do ACES Estuário do Tejo e do Hospital Vila Franca

de Xira, a qual mantém a sua atividade de acordo com as competências definidas no Despacho n.º 12917/98, de 27 de junho.

O Manuel de Referenciação elaborado pelo Hospital de Vila Franca de Xira e pelo ACES, onde constam os nomes e contactos do Diretores dos Serviços das várias especialidades do Hospital e também os Coordenadores das Unidades Funcionais do ACES Estuário do Tejo, tem facilitado a articulação e a comunicação entre os profissionais de ambas as partes.

A criação da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do ACES Estuário do Tejo, estando ainda numa fase de realização de formação e elaboração do Plano de Ação, tem também como objetivo articular com a equipa do Hospital de forma a assegurar a continuidade de cuidados e uma melhor resposta aos utentes.

b) Referenciação:

Na área da teledermatologia, apesar dos constrangimentos sentidos entre o ACES e Hospital, principalmente no que diz respeito à integração de Sistemas de Informação, situação que está a ser analisada pela SPMS e ARSLVT, os resultados são positivos, tendo sido referenciados, entre novembro de 2017 e dezembro de 2018, cerca de 500 utentes para o Hospital.

De referir o aumento do número de dias na resposta aos utentes, na sequência das referenciações efetuadas pelos médicos especialistas de MGF, para algumas especialidades, principalmente a partir da data entrada em vigor do Livre Acesso e Circulação no SNS (LAC).

Na área de Psicologia, na perspectiva do ACES, o Hospital não dá uma resposta efetiva aos utentes seguidos pelo Hospital, o que dificulta a gestão das agendas dos Psicólogos que desenvolvem a sua atividade nos CSP e que são em número reduzido face às necessidades identificadas.

c) Relacionamento entre as partes:

O ACES Estuário do Tejo e o Hospital mantêm um bom relacionamento, destacando-se, nomeadamente, a organização anual das Jornadas de Saúde e a realização de outros eventos, como, por exemplo i) no âmbito do Projeto da Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários, o "Encontro com pessoas com DPOC", uma iniciativa do ACES, do Hospital e da Associação Respira, que ocorreu em novembro de 2018 e ii) as primeiras Jornadas de Transição Segura, igualmente no mês de novembro de 2018, com organização conjunta do Hospital, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e do ACES, no Auditório do Hospital de Vila Franca de Xira.

Colaboração e relacionamento com a EPC

No que respeita à colaboração e relacionamento, cumpre realçar que as partes mantêm um relacionamento cordial e cordato, sendo este estabelecido por regra diretamente entre a Equipa de Gestão do Contrato da ARSLVT e o Presidente da Comissão Executiva da EGEST e/ou com os Diretores das áreas de Produção e do Planeamento, Controlo e Gestão do Contrato.

Sem prejuízo das multas aplicadas por situações de incumprimento de disposições contratuais verificadas e as deduções aos parâmetros de desempenho realizadas, importa em sede de apreciação da colaboração e relacionamento com a EPC, referir que tem a EPC vindo a dirigir interpelações à EGEST, em especial em matérias respeitantes à prestação da atividade assistencial objeto do Contrato, e que na generalidade das situações de interpelação a atuação da EGEST vem a apresentar melhorias. Sucede que em certos aspetos de execução contratual apenas após o caráter reiterado de tais interpelações, após uma atuação constante da EPC através de novas comunicações e ações de acompanhamento, a atuação da EGEST apresenta um sentido de sanação do incumprimento e essa sanação vem a revelar-se apenas de forma faseada e nem sempre de modo integral, o que não traduz um propósito de aberto acolhimento das recomendações e interpelações dirigidas pela EPC e de célere resolução a observar dos aspetos de cumprimento do Contrato.

Entre esses aspetos, entendeu a EPC de destacar os seguintes: subcontratação de camas em situações da impossibilidade de resposta pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); tempos de atendimento no serviço de Urgência até ao primeiro atendimento médico; funcionamento do serviço Imagiologia; recursos humanos afetos ao serviço de ortopedia e outras áreas assistenciais e inventário de equipamentos e sistemas médicos.

d) Subcontratação camas na situação de impossibilidade da RNCCI admitir o utente

Atento o acompanhamento da execução do Contrato de Gestão, que tem permitido identificar situações de esgotamento da capacidade instalada no que respeita às camas de internamento para dar resposta à procura de cuidados de saúde, tem a EPC vindo a interpelar a EGEST para a adoção de diligências que promovam uma mais adequada gestão das camas de Internamento.

Nesse âmbito, tem, nomeadamente em sede de relatórios de avaliação do desempenho, apresentado recomendações e dirigido interpelações à EGEST, designadamente, de recurso à subcontratação, como previsto no n.º 9 da Cláusula 34.ª do Contrato de Gestão, na falta de resposta dos órgãos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em quarenta e oito horas ou em caso de impossibilidade da RNCCI admitir o Utente e até que o Utente ingresse na RNCCI.

A EGEST tem vindo a procurar tomar medidas quanto à gestão e ao planeamento precoce das altas e de referenciação atempada para a RNCCI, o que permite reconhecer nesse âmbito melhorias, mas quanto aos doentes que permanecem no Hospital após ser dada a alta clínica, e não obstante o caráter reiterado das interpelações da EPC, atenta a necessidade de um acompanhamento adequado dos doentes a aguardar vaga na RNCCI e de gestão de camas de internamento, persiste a EGEST a não recorrer à figura da subcontratação de camas de cuidados continuados prevista no Contrato de Gestão como um meio a atender até à admissão dos doentes na RNCCI, quando se entende e se tem salientado junto da EGEST que tal medida permitiria que o impacto dos doentes a aguardar vaga na RNCCI na gestão das camas de internamento e no número de dias de internamento fosse certamente muito mitigado.

e) Tempos de espera até primeiro atendimento médico no Serviço de Urgência

A execução do Contrato de Gestão pela EGEST tem revelado inadequado cumprimento dos tempos alvo previstos no Sistema de Triagem de Manchester para atendimento no Serviço de Urgência, com especial incidência para as situações relativas aos utentes com os níveis de prioridade na triagem mais urgentes. A situação motivou sucessivas interpelações e recomendações dirigidas à EGEST para implementar as medidas necessárias e ajustar a estrutura de recursos humanos para garantir o cumprimento dos requisitos de disponibilidade no que concerne aos tempos para atendimento. A situação de incumprimento das obrigações contratuais em matéria de disponibilidade do Serviço de Urgência persistiu e, no ano de 2015, veio a ser pela EPC aplicada multa contratual. Não obstante a aplicação de sanção contratual, os tempos de espera até ao primeiro atendimento médico mantiveram-se em valores inadequados, que conduziram a que tenham sido proferidas subsequentes recomendações. A matéria tem sido, pois, objeto de uma atuação persistente pela EPC em sede de acompanhamento face à execução do Contrato operada pela EGEST. Neste âmbito tem sido enfatizado pela EPC que, para fazer face a aumentos na afluência ao Serviço de Urgência, deve a EGEST, em tempo útil, proceder ao ajustamento das equipas, reforçando-as, por forma a assegurar uma resposta adequada nos períodos em que, com base no histórico registado, é previsível uma maior procura.

Os dados tratados e refletidos de forma objetiva no Relatório Anual de Avaliação do Desempenho do ano de 2017 traduzem, quanto ao tempo máximo de espera até ao primeiro atendimento médico, por cor de triagem e tipo de Urgência, uma vez mais, que os tempos alvo são substancialmente ultrapassados, o que é visto pela EPC com grande preocupação, como reiteradamente expresso.

Acresce que a taxa de abandonos na Urgência constitui um importante indicador de insatisfação dos utentes no que respeita à qualidade ou acessibilidade ao Serviço de Urgência. Entre as várias causas que estão na origem dos abandonos apontam-se, nomeadamente, os tempos de espera elevados, circuitos assistenciais inadequados ou a exígua dotação de recursos humanos. Nesse capítulo, o Hospital de Vila Franca de Xira

piorou o seu desempenho em 2017. Assim, no Relatório de Avaliação Anual de 2017, a EPC, persistiu em salientar e interpelar para que «Mais uma vez, atendendo à gravidade da situação, a EPC reitera o assinalado em relatórios anteriores sobre a necessidade da EGEST implementar medidas que conduzam à substantiva redução dos tempos de espera até ao primeiro atendimento médico e consequente observância dos tempos máximos recomendados para os respetivos graus de prioridades pelo STM, destacando-se que o incumprimento dos tempos alvos se mantem todos os anos sistematicamente a um nível inaceitável na Urgência Geral e na Urgência Ginecológica/Obstétrica, em especial para as prioridades mais elevadas, e mesmo na Urgência Pediátrica relativamente aos utentes triados com a cor laranja» e que «Cabe à EGEST garantir a adequada organização do Serviço de Urgência e a optimização dos circuitos internos, assim como a disponibilidade dos meios humanos, em número e com a diferenciação técnica necessária, para assegurar de forma tempestiva o acesso aos cuidados de saúde, que devem ser prestados com qualidade, devendo as equipas ser dimensionadas atendendo à procura mensal, diária e intradia».

Esta é igualmente uma matéria que, em face de uma execução da prestação no Serviço de Urgência pela EGEST em termos que não podem pela EPC ser tidos como adequados, ainda que algumas medidas tenham vindo a ser adotadas, ditam a necessidade de contínua interpelação e recomendações, o que afeta, na ótica do Gestor do Contrato, negativamente o relacionamento entre a EPC e EGEST.

f) Funcionamento do Serviço de Imagiologia

Ainda âmbito do acompanhamento da execução do Contrato de Gestão e com relevância para as questões de relacionamento entre a EPC e a EGEST, tem-se prestado particular atenção ao cumprimento das obrigações contratuais em matéria de funcionamento do Serviço de Imagiologia e do apoio pelo mesmo garantido ao Serviço de Urgência. Foi nesse âmbito, promovida em 2017, interpelação admonitória para a tomada imediata das medidas adequadas e necessárias ao cumprimento pela EGEST das obrigações contratuais que sobre si impendem.

A interpelação admonitória promovida visou que a EGEST tomasse as medidas adequadas ao referido cumprimento, as quais foram apontadas como devendo versar, desde logo, designadamente, sobre a dotação do estabelecimento hospitalar de médicos das especialidades de radiologia e neurorradiologia em presença física e em número suficiente à realização do Serviço Público de Saúde acometido nos termos que resultam devidos. Na promoção da referida interpelação admonitória, para o integral e efetivo cumprimento das obrigações contratuais que impendem sobre a EGEST, solicitou a EPC que fossem demonstradas as medidas adotadas para o efeito.

A última resposta da EGEST fez concluir que as medidas descritas e a implementação que das mesmas tem vindo a ser promovida não se revelam ainda suficientes nem adequadas ao nível de cumprimento que é exigível.

A EPC tem pautado nesta matéria a sua atuação e está empenhada na procura de soluções, para a garantia da regular execução do Contrato de Gestão e a realização da atividade assistencial acometida à EGEST com integral cumprimento das obrigações que para a Entidade Gestora resultam do Contrato de Gestão, mediante articulação entre as Partes e de modo equilibrado.

Esta é, pois, igualmente uma matéria que causou alguns constrangimentos no relacionamento entre EPC e a EGEST e em que apenas uma atuação constante, de interpelação continuada, tem permitido conduzir a EGEST a introduzir melhorias, e na qual a EPC tem de continuar a persistir que sejam implementadas as medidas na monta e expressão efetivas que tem o ente público por adequado.

g) Recursos humanos afetos ao Serviço de Ortopedia e outras áreas assistenciais

No exercício das competências acometidas ao Gestor do Contrato, foi realizada uma auditoria no Hospital de Vila Franca de Xira, que teve por objetivo analisar e avaliar a gestão, atividade e circuitos do Bloco Operatório Central, nomeadamente se o preconizado no âmbito das boas práticas se verifica no hospital, bem como a forma como o bloco operatório se relaciona com os outros serviços, em particular o Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Intermédios e Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos.

A auditoria permitiu concluir que quanto à especialidade de Ortopedia, pese embora esta seja uma das duas especialidades cirúrgicas cuja permanência de médicos nas 24 horas do dia é obrigatória em presença física numa urgência geral médico-cirúrgica, que o hospital não está dotado dos recursos humanos adequados a garantir a cirurgia urgente durante a noite, uma vez que a escala dos ortopedistas apenas contempla um elemento no período compreendido entre as 23:30h e as 08:30h.

O relatório da referida auditoria terminou com um conjunto de conclusões e de recomendações dirigidas à EGEST.

Entre as conclusões havidas pela EPC destacam-se: a insuficiência de recursos médicos na escala de urgência de ortopedia durante período noturno e a existência de apenas uma equipa de enfermagem e um anestesista afetos à cirurgia urgente nas 24 horas do dia», o que a EPC entende gerador de constrangimentos na atividade cirúrgica, que se repercute inclusivamente na cirurgia programada; a insuficiência de profissionais de enfermagem, nomeadamente quando as cirurgias de cesariana no Bloco de Partos ocorrem em simultâneo com a cirurgia de urgência no Bloco Operatório (BO), dado que um elemento da equipa de urgência tem que ser deslocado para o Bloco de Partos; a inexistência de dotação de enfermeiros na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) entre as 23h e as 08h por força do encerramento da unidade neste período, pese embora o Bloco Operatório se mantenha em funcionamento; existência de apenas uma equipa de BO (enfermeiros e anestesiologista, enfermeiros perioperatórios e assistente operacional), para duas salas de urgência, o que a

EPC entende traduzir uma insuficiente resposta à cirurgia de urgência em tempo útil, considerando ainda que a ausência de tempos operatórios adequados para o doente urgente constitui uma das causas de dias de internamento inapropriado pelo aumento da estadia pré-cirúrgica.

Estas conclusões entre outras, motivaram que a EPC, entre as recomendações feitas constar no relatório, dirigisse à EGEST às seguintes: «Assegurar que o Bloco de Partos dispõe de enfermeiros em número suficiente de modo a não ser necessário recorrer à equipa de enfermagem do BOC, garantindo a segurança dos procedimentos cirúrgicos»; «Alargar o período de funcionamento da UCPA às 24 horas do dia»; «Rever e aumentar os recursos de enfermagem nos recobros, em todos os turnos, de forma garantir dotações seguras ao doente adulto e pediátrico no pós-operatório de cirurgia convencional, ambulatório e de urgência»; «Manter a UCIPed disponível permanentemente nas 24h para garantir a prestação deste nível de cuidados ao doente pediátrico, com as dotações de profissionais, equipamento (ventiladores) e quarto de isolamento preparado para utilização imediata»; «Dotar, no imediato, a escala de urgência nocturna de ortopedia de dois elementos, sendo que a curto prazo, dependendo da avaliação feita, esta deverá ser composta por 3 elementos, tal como preconizado pelas orientações emanadas pela Ordem dos Médicos».

Este é, pois, também um domínio que apela à dotação do Estabelecimento Hospitalar com os recursos humanos suficientes e adequados e torna o relacionamento entre EPC e EGEST exigente.

Tratam-se, pois, de aspetos que respeitam a atividade assistencial, em cuja realização a EPC em sede de acompanhamento identificou dificuldades, recomendou a adoção de medidas e tem vindo a interpelar à melhoria no cumprimento integral do Contrato de Gestão, e que podem implicar o reforço de meios, e nos quais a EGEST não teve a correspondente ação enérgica de reforço de tais meios, o que gera dificuldades no relacionamento entre a EPC e a EGEST, impondo à EPC uma atuação contínua de novas recomendações e interpelações.

b) Inventário de equipamentos e sistemas médicos

Também em matéria de inventário, tem sido necessária uma atuação constante pela EPC de interpelação ao cumprimento, de algumas dificuldades e divergências em sede de relacionamento entre as Partes, tendo vindo, em diversos anos, a ser aplicados pontos de penalização no Parâmetro de Desempenho de Serviço n.º 18, que afere se a Entidade Gestora dispõe de um inventário actualizado dos Equipamentos e Sistemas Médicos.

Neste âmbito, tem vindo a ser salientado pela EPC que a observância do PDS n.º 18 apenas pode ser afirmada quando o inventário da EGEST e disponível à EPC cumpre os requisitos que contratualmente estão estabelecidos, não bastando, para este efeito, a simples existência do mesmo nem a mera disponibilização

à EPC. No relatório de avaliação do desempenho da EGEST relativo ao ano de 2017, a EPC foi compelida a concluir que, conforme já ocorrera em 2015 e 2016, também em 2017 se verificou uma situação de inobservância pela EGEST deste PDS.

Este é, pois, um aspeto no qual devem ser introduzidas melhorias no desempenho da EGEST em matéria de informação e que promoverão igualmente melhorias no relacionamento entre EPC e EGEST.

Por último, importa referir que uma das áreas de maior dificuldade no relacionamento tem sido a determinação da produção prevista e a fixação dos valores de referência dos parâmetros de desempenho de resultado no âmbito dos procedimentos anuais, pese embora, no primeiro caso, as partes tenha encerrado o processo negocial sempre com acordo. Também se salienta que do ponto de vista do fornecimento da informação contratualmente prevista, esta tem sido facultada pela EGEST nas datas definidas, existindo também disponibilidade para responder a pedidos de informação adicional solicitados pela EPC.

Colaboração e relacionamento com a Provedora do Utente

No âmbito da atividade da Provedora do Utente, a postura da EGEST tem-se mantido consistentemente cooperante.

Ao longo dos anos, foram emitidas diversas recomendações, no âmbito dos relatórios de avaliação de desempenho, que a EGEST acolhe na sua maioria, procurando minimizar a incidência dos problemas identificados pelos utentes.

Para tal têm contribuído as alterações verificadas no Gabinete do Cidadão, as sessões de esclarecimento junto dos diretores de serviço sobre o sentido e o tratamento das reclamações, a depuração dos circuitos administrativos, a implementação do projeto Cuidar+ e o desenvolvimento do Serviço de Apoio ao Utente na Urgência.

À data, salvo algumas sugestões pontuais, a Provedora do Utente tem salientado o adequado desempenho da EGEST nesta área, que, envolvendo diretamente a apreciação do Utente sobre os serviços prestados, deverá manter-se."

3.2.1.4. AVALIAÇÃO DA PARCERIA NA ÓTICA DOS DEMAIS *STAKEHOLDERS*

190. 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 Vila Franca de Xira 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.

191. 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 Vila Franca de Xira 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 32.ª a 35.ª do Contrato de Gestão, sendo de destacar o facto de esta articulação ser objeto de monitorização por parte da EPC, podendo o incumprimento contratual da EGEST, a este respeito, traduzir-se na aplicação de deduções ao valor da sua remuneração, nos termos da cláusula 55.ª daquele contrato.

Assim, qualquer transferência de utentes realizada fora dos casos previstos nos n.os 3 e 4 da cláusula 32.ª do Contrato de Gestão é classificada como uma transferência indevida e constitui uma falha específica de desempenho nos termos da cláusula 55.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

(iii) "*quando 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, tipificando-se os mesmos em função da sua área de residência ou centro de saúde de inscrição, com excepção dos Atendimentos em Urgência*" (*cfr.* n.º 4 da cláusula 32.ª do Contrato).

192. Não obstante se considerar que o referido mecanismo das deduções funciona, *de per se*, como um claro incentivo ao alinhamento de interesses entre as partes, mitigando os custos de agência que decorrem para o Estado Português no contexto da parceria, procurou-se, ainda assim, averiguar junto das referidas entidades pertencentes à rede de referenciação, *por um lado*, em que medida o relacionamento com o Hospital de Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira se consideram alinhados/melhores/piores com os do relacionamento com outras entidades do SNS.

Avaliação da parceria na perspetiva dos ACES

193. Nos termos do disposto na cláusula 33.ª do Contrato de Gestão, a EGEST encontra-se obrigada a "*estabelecer mecanismos de comunicação e articulação com os centros de saúde 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 centros de saúde situados na área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira; ***(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.

194. 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 de Vila Franca de Xira, recolher os contributos do Agrupamento de Centros de Saúde ("**ACES**") do Estuário do Tejo – que tem como zona de influência a área correspondente aos concelhos de Alenquer, Arruda dos

Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira, que constituem, nos termos da cláusula 29.ª do Contrato de Gestão, a área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira –, na qualidade de "*stakeholders*", promovendo-se, para tal, a realização de um inquérito, através do qual se procurou obter opiniões destes *stakeholders* nas várias dimensões consideradas relevantes para garantia de um profícuo relacionamento entre as partes e um correto funcionamento das redes de referenciação.

Para efeitos da interpretação dos resultados obtidos com os referidos inquéritos, importa ter presente que as unidades de cuidados de saúde do ACES do Estuário do Tejo referenciam e articulam-se com o Hospital de Vila Franca de Xira no âmbito de todas as especialidades constantes do perfil assistencial deste hospital.

195. Para avaliar o nível de satisfação e articulação do Hospital de Vila Franca de Xira com o ACES do Estuário do Tejo, solicitou-se ao respetivo diretor executivo colaboração para o preenchimento de um questionário com um conjunto de questões fechadas (*cfr.* modelo de inquérito ACES, constante do *Anexo 10* ao presente Relatório).

196. Analisados os resultados do referido inquérito, concluiu-se o seguinte:

- No processo de articulação, por iniciativa do ACES, em termos globais, a *disponibilidade* do Hospital de Vila Franca de Xira foi considerada "Suficiente";
- Para efeitos da adequada articulação, o ACES considera que o *dinamismo* do Hospital de Vila Franca de Xira foi "Suficiente";
- Face à pergunta de *como classificam o grau de articulação* com o Hospital de Vila Franca de Xira no que diz respeito aos aspetos específicos abaixo mencionados, as respostas foram as seguintes:
  - *Formação profissional*: o ACES considerou "Suficiente";
  - *Estruturação de protocolos de referenciação*: o ACES considerou "Boa";
  - *Estruturação de protocolos de atuação/prestação de cuidados*: o ACES considerou "Suficiente";
  - *Resposta a situações de exceção* (destacando-se, a título exemplificativo situações de gripe, vagas de calor, entre outras): no entendimento do ACES, a resposta foi considerada "Insuficiente";

- *Definição da estratégia subjacente aos planos estratégicos/planos locais de saúde*: o ACES considerou "Insuficiente";
- *Reuniões periódicas*: o ACES considerou o grau de articulação como "Bom";

- Na perspetiva de uma adequada articulação com o Hospital de Vila Franca de Xira, o ACES considerou 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*, o ACES considerou que "Por vezes" é assegurada uma continuidade de cuidados através da articulação entre as instituições;
- Questionados sobre o *prazo de marcação de consulta* pelo Hospital de Vila Franca de Xira, tendo em conta as necessidades clínicas dos doentes referenciados, as respostas foram nos seguintes termos:
  - Nas *especialidades médicas*, *cirúrgicas*, *pediatria* e *obstetrícia/ginecologia*: o ACES considerou "Adequado" o prazo de marcação de consultas;
  - Na *psiquiatria*, o prazo de marcação foi considerado "Inadequado";
- Relativamente ao *número de devoluções de pedidos de consulta para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica*, o ACES considerou "Inadequado";
- No que diz respeito à *informação clínica de retorno enviada pelo Hospital de Vila Franca de Xira, para posterior seguimento dos utentes*, o ACES considerou que a referida informação foi "Suficiente";
- Face à pergunta de "*como classifica a articulação do ACES/CS com outros hospitais do SNS*", o ACES considerou que essa articulação é "Igual" comparativamente com o que acontece com o Hospital de Vila Franca de Xira.

197. Em face da informação recolhida e ponderadas as respostas dadas nas diferentes componentes analisadas, pode concluir-se que a articulação entre o ACES e o Hospital de Vila Franca de Xira tem merecido, na perspetiva do primeiro, uma avaliação globalmente suficiente.

Avaliação da parceria na perspetiva dos outros hospitais da região

198. Para efeitos de avaliação da parceria no âmbito da articulação e referenciação inter-hospitalar promoveu-se a realização de um inquérito (*cfr.* modelo de inquérito CH, constante do *Anexo 10* ao presente Relatório) ao Centro Hospitalar Lisboa Central ("**CHLC**"), que constitui o hospital de referência para o Hospital de Vila Franca de Xira no âmbito das redes de referenciação em vigor, nos termos da cláusula 35.ª do Contrato de Gestão.

199. Do resultado do inquérito apurou-se o seguinte:

- Por iniciativa do CHLC, em termos globais, a *disponibilidade* do Hospital de Vila Franca de Xira, para efeitos de articulação, foi considerada "Boa";
- Para efeitos da avaliação do *dinamismo* do Hospital de Vila Franca de Xira para uma adequada articulação, o CHLC considera que o mesmo foi "Bom";
- Face à pergunta de *como classifica a articulação* com outros hospitais do SNS, o CHLC considera que essa articulação é "Melhor" comparativamente com o que acontece com o Hospital de Vila Franca de Xira;
- No âmbito das *transferências inter-hospitalares*, o CHLC considera que "Quase todos os doentes" transferidos são acompanhados de relatório médico;
- Considerando o perfil assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira, o CHLC considera que *as transferências de doentes* são "Quase Sempre" *adequadas, do ponto de vista clínico*;
- Relativamente à *resposta a situações de exceção* (gripe/vagas de calor, entre outras), o CHLC classificou como "Boa" a cooperação do Hospital de Vila Franca de Xira.

200. Em face da informação recolhida, pode concluir-se que a articulação entre o Hospital de Vila Franca de Xira e o CHLC tem merecido, na perspetiva deste último, uma avaliação globalmente positiva.

3.2.2. Estudo da ERS sobre o modelo das PPP no sector da saúde

201. 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**")[90].

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 «[o] *termo dos contratos com as entidades gestoras dos hospitais de Cascais e Braga ocorrerá em 31 de dezembro de 2018 e 31 de dezembro de 2019, respetivamente, e em até dois anos antes do término destes prazos o Estado terá de informar as respetivas entidades gestoras acerca da sua decisão relativamente à continuidade ou não das parcerias em causa, como decorre do disposto na cláusula 8.ª dos respetivos contratos de gestão. Por esta razão, e em linha com o previsto no Programa do XXI Governo Constitucional – 2015-2019, que prevê a promoção da "avaliação externa independente das experiências hospitalares existentes em regime de parceria-público privada (PPP), no sentido de habilitar tecnicamente a decisão política em função da defesa do interesse público", foi solicitada à ERS em 23 de fevereiro de 2016, pelo Ministério da Saúde, a análise da gestão hospitalar em regime de PPP em quatro vertentes, concretamente em matéria de eficiência relativa, eficácia, qualidade clínica e custos de regulação*».

Neste contexto cumpre, ainda que de forma necessariamente breve, proceder à análise das principais considerações e conclusões extraídas pela ERS nesse Estudo.

202. 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*".

[90] Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1841/ERS_-_Estudo_PPP.pdf.

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*".

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 "[o]*s hospitais de* ***Vila Franca de Xira*** *e de Cascais destacaram-se por apresentarem menores percentagens de internamentos com demora superior a 30 dias, e o Hospital de Cascais menores percentagens de reinternamentos em 30 dias, sendo relativamente mais eficazes nestes indicadores de internamento (embora sem que se pudesse identificar diferença estatisticamente significativa entre os grupos PPP e não PPP*" (sublinhado e sombreado nossos). Mais, a ERS concluiu adicionalmente 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*" e 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 clínica*", a ERS começa por realçar a impossibilidade de efetuar uma plena comparabilidade entre os grupos PPP e não PPP contanto que "[a] *importância atribuída à qualidade da prestação de cuidados de saúde varia entre contrato de gestão PPP e contrato programa de hospitais, centros hospitalares (CH) e ULS*". A ERS não deixa todavia de realçar que se verifica uma maior adesão dos hospitais em regime de PPP ao sistema de registo de qualidade (*SINAS*), "*com resultados, em média, favoráveis, quando comparados com os hospitais públicos*

com regime de gestão distinto" e que "[o] *facto de o contrato de 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.

203. 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 dúvidas interpretativas que dificultam o relacionamento entre as partes. Em concreto, foram referidas situações em que os parâmetros de desempenho de resultados não especificam adequadamente os requisitos funcionais a considerar para o seu apuramento e outras em que os parâmetros são detalhados em demasia, não obstante existirem práticas recomendadas por entidades competentes que*

consideram o estado da arte vigente, para as quais os parâmetros deviam remeter. Por último, alguns parâmetros de desempenho de resultado estabelecem valores de referência que, na ótica da ARS Lisboa e Vale do Tejo, não são adaptados à realidade da procura e são mesmo inatingíveis pela entidade gestora do estabelecimento."

- "*Avaliação do cumprimento dos requisitos relativos à disponibilidade da urgência, que preveem o cumprimento dos tempos de espera adequados e tendo em consideração a respetiva afluência, mas cuja redação não é suficientemente clara e objetiva. A este respeito, ARS Lisboa e Vale do Tejo entende relevante "[...] o esclarecimento cabal da forma de operacionalização da avaliação neste domínio, sem margem para diferentes interpretações entre as partes", em concreto no que se refere clarificação do conceito de "tempo de espera adequado" e do critério que pondera o tempo de espera de acordo com a afluência da urgência.*"
- "*Metodologia para apuramento da produção prevista num contexto de inexistência de acordo entre as partes, que prevê a fixação unilateral da produção, e que alegadamente coloca a entidade pública contratante numa situação de fragilidade negocial, por impossibilitar que esta rejeite os valores da produção propostos pela entidade gestora. No âmbito de simulações feitas pela ARS para o cenário de fixação unilateral da produção, os valores de produção em algumas linhas de produção resultam demasiado elevados e desequilibrados, por não ser considerada a capacidade instalada do hospital PPP e, simultaneamente, ser considerada toda a procura da área de influência desse hospital registada na totalidade dos hospitais do SNS, incluindo o próprio.*"
- "*Avaliação do cumprimento da produção prevista na linha de produção "Consulta Externa", fixada no âmbito do procedimento anual. Foi referido pela ARS Lisboa e Vale do Tejo que, apesar de a fixação da produção anual em consultas externas prever um número de consultas por especialidade, para avaliação do cumprimento e remuneração desta produção, o contrato de gestão não vincula as entidades gestoras à distribuição por especialidades, tal como acordado. Como consequência "caso as Entidades Gestoras entendam realizar a produção contratada com uma distribuição diferente da acordada, não existem mecanismos contratuais que salvaguardem a satisfação das necessidades expressas e assim o interesse público.*"
- "*Articulação com os cuidados de saúde primários, em especial no Hospital Beatriz Ângelo, no que se refere à demora na prestação de algumas consultas, de especialidades com muita procura, bem como a dificuldades na referenciação para especialidades que não existem no Hospital Beatriz Ângelo ou em que este não é o hospital de fim de linha, em concreto para a especialidade de cirurgia maxilo-facial. Nos restantes dois hospitais PPP existentes na ARS Lisboa e Vale do Tejo "[...] estão reunidas as condições para concretizarmos uma efectiva articulação/integração de cuidados com o nosso hospital de referência", no caso concreto do Hospital de Cascais, e existe entre o ACES*

Estuário do Tejo e o Hospital Vila Franca de Xira, uma "[f]orte aposta no relacionamento [...] ao nível da gestão quer no âmbito organizacional assim como clínica", com incremento no relacionamento entre diferentes perfis profissionais e "[a]mpla divulgação da necessidade imperiosa de notas de alta devidamente esclarecedoras" dirigidas as cuidados de saúde primários, com "[...] otimização de prescrição terapêutica e realização de MCDT", e implementação de projetos conjuntos centrados no utente."

204. 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 Hospital de Vila Franca de Xira foi o que apresentou pior desempenho relativo, em 2013, tendo sido, simultaneamente, o que apresentou "*o maior valor de deduções, que ascendeu a 1 402 786,33 EUR* [...], *em 2013, ano em que ocorreu a mudança para um novo edifício*". 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.

205. 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, 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 Vila Franca de Xira, evidenciando ainda alguns aspetos em que a atual parceria de Vila Franca de Xira (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

206. 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.

207. 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 reassunção dos riscos inerentes à gestão clínica que, por via da adoção do modelo de PPP hospitalar, havia sido possível transferir, ainda em que 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 retornarem à esfera pública riscos até então assumidos pelo privado, mas também e sobretudo, em virtude de retornarem à esfera pública riscos para os quais o parceiro privado, considerando a sua maior flexibilidade operacional, se encontrava, em muitos casos, mais vocacionado para gerir.

208. 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 (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.

209. Realce-se também que a questão se coloca, não apenas considerando os impactos diretos que resultam da reassunção dos riscos antes transferidos ou partilhados com o parceiro privado, mas igualmente dos impactos indiretos que daí advêm. Com efeito, a mero título de exemplo, recorde-se que, como já referido anteriormente, no que respeita à prestação dos serviços clínicos de forma internalizada, através da adoção do modelo hospitalar EPE, mesmo considerando que o seu modelo de financiamento tem semelhanças com o modelo PPP, há diferenças significativas entre os respetivos regimes, desde logo quanto a aspetos como ***(i)*** a volatilidade dos preços aplicados em cada ano, ***(ii)*** a fixação do ICM sem correção em função do seu valor real e, sobretudo, ***(iii)*** as transferências adicionais (à produção) que são por vezes efetuadas para os hospitais EPE (tais como o valor de convergência compensatório da ineficiência, verbas de convergência para regularização de dívidas, verbas de convergência de acordo com medidas extraordinárias para reequilíbrio financeiro ou verbas de convergência para compensação por acréscimo de gastos com pessoal).

Verifica-se, assim, que num cenário de internalização, se perde ou atenua, de forma significativa, o incentivo "*natural*" que o parceiro privado tem a alocar de forma mais eficiente, e com qualidade, os recursos, humanos e materiais, por forma a gerir da melhor forma esses riscos.

210. 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 123.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 20.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 11.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 *e)* do n.º 3 da cláusula 16.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 5 da cláusula 132.ª).

211. 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 Vila Franca de Xira. Na verdade, se a complexidade da unidade hospitalar em causa não parece compatível com a opção da atribuição da sua gestão à ARSLVT, cujo estatuto de instituto público implica fortes constrangimentos de atuação, a alternativa de atribuição da gestão a uma unidade hospitalar de natureza empresarial pré-existente, por integração horizontal num centro hospitalar, permitiria garantir maior flexibilidade gestionária, mas padeceria do vício de não refletir qualquer lógica interna da organização da atividade assistencial. Por outro lado, a hipótese da criação de uma nova entidade jurídica de natureza empresarial exigiria, entre outros aspetos, a atribuição de capital estatutário, cuja realização pelo Estado teria de ser acautelada;

- Por outro lado, não pode deixar de 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 16.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, "*as Entidades Gestoras, nos subcontratos a celebrar com terceiros, devem assegurar que os mesmos contêm mecanismos que permitam às Entidades Gestoras reflectir as vicissitudes modificativas e extintivas do contrato*". Trata-se de uma matéria que tende, portanto, a estar acautelada. Coisa diferente será a de saber se o estatuto da unidade que a EPC venha a designar para suceder na gestão tem condições para, de futuro, entabular o mesmo tipo de contratação e de obter as mesmas condições de fornecimento, num ambiente de subordinação ao CCP;

- Outro aspeto em que se antecipa que a transição se depararia com obstáculos de concretização não despiciendos prende-se, aliás, como já acima sinteticamente apontado, com a discrepância regulatória entre a forma como é prosseguida a gestão no âmbito de um contrato de gestão e, por contraste, no âmbito de um contrato programa. Na verdade, a comparação das regras dos contratos de gestão com as regras dos atuais contratos programa a que estão vinculados a generalidade dos hospitais do SNS sugere o risco de deterioração de alguns parâmetros de desempenho, sobretudo por via de um atenuar do acompanhamento e da extinção da faculdade de aplicação de penalidades contratuais.

- Por último, de referir que não é possível garantir o sucesso da articulação entre a entidade chamada a gerir o Hospital de Vila Franca de Xira 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 idênticos[91].

212. 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.

213. Sem prejuízo do acima exposto, importa sublinhar que, presentemente, se encontra a decorrer o procedimento de reversão da gestão clínica do Hospital de Braga, atualmente explorado em regime de PPP, 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, 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 manifesta impossibilidade de se garantir a conclusão de todas as formalidades necessárias ao lançamento e à execução 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 inevitável[92].

Sucede que, atendendo à fase prematura em que esse processo de internalização da gestão clínica do Hospital de Braga 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.

---

[91] 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.

[92] 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.

214. 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 pública[93]. 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 referir[94] que, comparando os principais dados de atividade do CMFRS entre o ano de 2012, que corresponde ao último ano completo de gestão em regime de PPP, e o período compreendido entre 2014 e 2016[95], 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;

---

93 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.

94 De acordo com informações da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

95 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).

d) Não obstante a pior performance operacional do CMFRS, a avaliação da satisfação dos utentes manteve-se positiva.

Quadro 51 – 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 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.

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[96], 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

[96] O impacto orçamental decorrente destes défices pode ser adiado, mas não evitado.

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 Vila Franca de Xira, sob o ponto de vista do seu *value for money* numa lógica "*ex post*", sob a égide dos princípios da economia, eficiência e eficácia, e considerando, simultaneamente, aspetos qualitativos e quantitativos.

Tendo em consideração que a Metodologia parte de um *raciocínio lógico dedutivo*, no qual se procura ***(i)*** por um lado, concluir sobre a razoabilidade e o valor acrescentado do modelo de PPP, quando aplicado genericamente à prestação de serviços clínicos; e ***(ii)*** por outro lado, aferir da racionalidade económica subjacente à aplicação do modelo de PPP em concreto ao Hospital de Vila Franca de Xira, considerando o resultado da sua *execução de facto*, nos capítulos anteriores apresentam-se, não só as análises relativas em concreto ao Hospital de Vila Franca de Xira – 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 a Vila Franca de Xira, mas a todas as PPP da saúde) e a análise crítica dos riscos associados a um cenário de internalização, que se entende aplicar-se, também, de uma forma genérica às PPP clínicas e não apenas ao Hospital de Vila Franca de Xira[97].

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

[97] Naturalmente, com as devidas adaptações em função de cada uma das realidades contratuais em presença.

comparação entre o CPC e o valor final da proposta adjudicada), verifica-se uma efetiva materialização da poupança perspetivada;

b) 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, para além de em 2011 e 2013 ter apresentado uma rentabilidade inferior à por si esperada (tendo por base as suas expectativas iniciais, com base no CB Inicial), o parceiro privado evidenciou ao longo de praticamente todo o período analisado uma rentabilidade inferior àquela que obteria caso não existissem quaisquer mecanismos de aplicação de limites à produção remunerada;

c) No período analisado, a parceria de Vila Franca de Xira, 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;

d) Com base numa análise da performance económico-financeira da EGEST foi possível concluir que a parceria se tem revelado sustentável do ponto de vista do parceiro privado;

e) Ao nível da eficiência, comparativamente com a generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, a PPP de Vila Franca de Xira 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;

f) Na esfera da qualidade/eficácia da parceria de Vila Franca de Xira, verifica-se que esta se encontra, em termos globais, relativamente em linha com a generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, embora existam alguns indicadores nos quais o Hospital de Vila Franca de Xira apresenta resultados inferiores aos do Grupo de Referência EP – nos quais se recomenda a implementação de medidas de melhoria

De onde resulta, pois, que **a PPP de Vila Franca de Xira apresenta *value for money* 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 Vila Franca de Xira, evidenciando, porém, alguns aspetos críticos em que a atual parceria de Vila Franca de Xira carece de ser melhorada, encontrando-se, assim, totalmente alinhado, com as conclusões da Equipa de Projeto.

No que tange à avaliação da parceria efetuada pelos demais *stakeholders*, cumpre salientar que da análise efetuada por aqueles não resulta uma avaliação global manifestamente negativa que possa colocar em causa uma eventual decisão de manutenção do modelo de PPP. Todavia, sublinhe-se que estes identificam um conjunto de questões suscetíveis de melhoria e que, como tal, deverão ser tidas em consideração, no futuro, na exploração dos serviços clínicos no Hospital de Vila Franca de Xira.

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 estarem reunidas as condições para, no caso específico do Hospital de Vila Franca de Xira, se recomendar a adoção de um modelo de PPP, em detrimento de um cenário de internalização.

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 Vila Franca de Xira, 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. Na Proposta Fundamentada, não se encontram identificadas as alterações que a entidade diretamente responsável pela gestão do Contrato de Gestão – a ARSLVT – pretenderia ver introduzidas no quadro contratual que venha a regular a prestação de serviços clínicos no Hospital de Vila Franca de Xira, quer num cenário de renovação com o atual parceiro privado, quer num cenário de adjudicação de um novo contrato a um novo parceiro privado.

Pelo que, em 8 e 11 de março de 2019, a ARSLVT remeteu à Equipa de Projeto, uma lista de alterações que, de acordo com aquela entidade, devem ser ponderadas e eventualmente introduzidas no clausulado contratual que regule a gestão clínica do Hospital de Vila Franca de Xira para o futuro.

Em concreto, de acordo com a referida informação da ARSLVT, devem ser ponderadas e eventualmente introduzidas as seguintes alterações[98]:

a) Alteração da capacidade instalada no internamento (aumento da lotação do Hospital de Vila Franca de Xira)

[98] A descrição das alterações que, de acordo com a ARSLVT, devem ser introduzidas num futuro quadro contratual baseia-se na descrição das mesmas constante dos e-mails enviados para a Equipa de Projeto nos dias 8 e 11 de março de 2019, assim como nas informações adicionais que foram, entretanto, prestadas pelos membros da Equipa de Projeto nomeados em representação da ARSLVT.

O acompanhamento da execução do atual Contrato de Gestão tem evidenciado a ocorrência de elevadas taxas de ocupação na área do internamento, sendo muito recorrente o esgotamento da capacidade instalada, situação que se agrava nos períodos do ano em que existe uma acrescida necessidade de cuidados assistenciais em regime de internamento, mesmo com o acionamento de planos de contingência que visam aumentar temporariamente a capacidade de resposta nesses momentos críticos.

Ciente desta realidade, a ARSLVT tem vindo a interpelar a EGEST para a necessidade de manter ou implementar medidas que promovam a adequada gestão das camas e o planeamento precoce das altas, incluindo o recurso ao mecanismo contratual que prevê a possibilidade de subcontratação de camas para a prestação de cuidados continuados em caso de incapacidade de resposta atempada da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Todavia, ainda que estas medidas contribuam para mitigar os constrangimentos provocados pela insuficiência de camas no Hospital de Vila Franca de Xira, não resolvem por si só as limitações existentes ao nível da capacidade instalada, o que obriga a encarar com acrescida premência a necessidade de ponderar o aumento permanente da lotação do internamento normal na área das especialidades médicas e eventualmente também nas cirúrgicas.

De notar que a escassez de vagas no internamento para responder às necessidades da população, designadamente em consequência dos níveis de procura registados em determinados períodos do ano, da elevada demora média, das comorbilidades associadas aos doentes (em muitos casos inerentes ao aumento da esperança de vida e que impactam diretamente na demora média) e da resposta ainda deficitária das estruturas de cuidados continuados e de âmbito social, tem conduzido a que, em muitas situações, ***(i)*** se prolongue a permanência dos doentes em salas de observação do Serviço de Urgência enquanto esperam por disponibilidade de cama, ***(ii)*** se utilize áreas que não foram originalmente concebidas para internamento ou ***(iii)***, em situações limite, se coloque os doentes em macas nos corredores, sendo que nenhum desses espaços reúne as adequadas condições de privacidade, qualidade e segurança clínica necessárias para a prestação de cuidados de saúde. Esta realidade tem inclusivamente originado várias reclamações de utentes, que motivaram mesmo a abertura de um processo de inquérito pela Entidade Reguladora da Saúde.

De acordo com o Estudo Estratégico elaborado em 2005, relativo ao lançamento desta PPP, a determinação da capacidade a instalar teve por base as projeções de atividade para a população da área de influência do hospital e uma demora média sem recém-nascidos de 5 dias. Atendendo aos pressupostos adotados de demora média (5 dias) e taxa de ocupação (80%), atingiu-se o número de 280 camas que veio a constituir o requisito mínimo de capacidade do atual Hospital de Vila Franca de Xira. Sucede que esta demora média se revelou desajustada da realidade verificada desde o início da execução do Contrato de Gestão, pelo que, no final do ano de 2015, foram realizadas obras no edifício, por forma a poder dar uma resposta de maior qualidade aos utentes, mediante a passagem de alguns quartos individuais a duplos e a infraestruturação de compartimentos de reserva já previstos no projeto de arquitetura inicial. Em resultado desta intervenção, a lotação passou a ser de 309 camas.

Porém, apesar do reforço da capacidade instalada, a taxa de ocupação anual manteve-se sempre em torno ou acima dos 95%, alcançando em 2018 um valor na ordem dos 100%, com níveis inclusivamente superiores num número considerável de meses. De referir que a demora média dos doentes saídos (sem berçário) se posicionou sistematicamente acima de 7 dias, apresentando nos anos mais recentes valores de 7,9 e 7,7 dias, respetivamente em 2017 e 2018.

Importa ainda ter presente que a insuficiência de camas no hospital se coloca principalmente no internamento sob a responsabilidade da medicina interna e restantes especialidades das áreas médicas, nas quais a demora média dos doentes saídos é superior a 10 dias[99], o que, face à atual lotação de 114 camas previstas para estes serviços, traduz taxas de ocupação de aproximadamente 140% e obriga, como *supra* referido, ao recurso a espaços alternativos não funcionalmente dirigidos a internamento, bem como à reafectação em permanência de camas de ginecologia à medicina interna.

Em face do exposto, entende a ARSLVT que, volvidos mais de treze anos a contar da preparação dos instrumentos de concurso do Hospital de Vila Franca de Xira, o número total de camas de internamento deve ser objeto de reponderação, devendo

[99] Corresponde à demora média dos doentes saídos das especialidades médicas, sem psiquiatria, pediatria, berçário e camas de internamento especial.

essa análise ter em consideração as necessidades atuais e perspetivadas da população da área de influência deste estabelecimento de saúde integrado no SNS.

De acordo com a ARSLVT, dessa reponderação resultará, com elevada probabilidade, a necessidade de aumentar o número de camas de internamento normal, o que – a confirmar-se – deve ser contratualmente considerado para efeitos de dimensionamento da capacidade instalada para os próximos anos, de modo a que a lotação do Hospital de Vila Franca de Xira atenda a pressupostos de demora média alinhados com o preconizado em termos de boas práticas médicas e de utilização eficiente dos recursos disponíveis. Nessa reanálise, devem igualmente ser tidos em consideração os constrangimentos de resposta que ainda subsistem no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e as soluções que se preconizam implementar no curto e médio prazo para as ultrapassar e que podem impactar diretamente na estimativa de necessidade de camas do Hospital de Vila Franca de Xira.

A decisão sobre a expansão da capacidade do internamento e sua quantificação depende ainda, porém, da elaboração de um estudo mais aprofundado, que implicará, pela sua inerente complexidade e os avultados custos associados a uma intervenção desta natureza no Hospital de Vila Franca de Xira, o envolvimento de múltiplas competências, incluindo no domínio da infraestrutura hospitalar. A inexistência, na presente data, desse estudo não permite quantificar, para efeitos do presente Relatório, quais as necessidades concretas quanto ao alargamento da capacidade do internamento no Hospital de Vila Franca de Xira e, consequentemente, avaliar o impacto financeiro dessa eventual alteração.

b) <u>Inclusão da especialidade de nefrologia no Perfil Assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira</u>

O Perfil Assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira delineado e definido no Anexo I ao atual Contrato de Gestão não integra a especialidade médica de nefrologia. Sem prejuízo, encontra-se a EGEST adstrita a assegurar a diálise crónica aos doentes da respetiva área de influência, dispondo para tal de uma Unidade de Hemodiálise dimensionada para um total de 25 postos.

Assim, atento o Perfil Assistencial constante do Anexo I ao Contrato de Gestão, o Hospital de Vila Franca de Xira foi tido como constituindo, no domínio da

nefrologia, uma unidade periférica que se destina ao tratamento de doentes renais crónicos com necessidade de terapêutica substitutiva da função renal em regime ambulatório e que não carecem de cuidados hospitalares. Em conformidade, a EGEST encontra-se adstrita a realizar as atividades próprias das unidades periféricas, designadamente o tratamento dialítico regular aos doentes da respetiva área de influência e consulta médica regular dos doentes seguidos diretamente pela unidade. A constituição de unidade periférica de acordo com o Perfil Assistencial e os objetivos visados com as referidas consultas médicas regulares ditam que tais consultas tenham pleno enquadramento na definição contratual prevista para Consulta Externa.

Sendo uma unidade periférica de diálise, e de acordo com o exposto no Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, tem-se como devido o desenvolvimento de consultas externas de Nefrologia no Estabelecimento Hospitalar, especificamente destinadas ao acompanhamento regular dos doentes que se encontrem em tratamento dialítico no Hospital de Vila Franca de Xira. Tal entendimento permite apenas afirmar a realização no Hospital de Vila Franca de Xira, de acordo com o seu atual Perfil Assistencial, através do Hospital de Dia Médico, da diálise crónica aos doentes da respetiva área de influência e de consultas médicas regulares dos doentes seguidos diretamente pela unidade e não de outra atividade assistencial.

Sucede que, nos termos da Rede de Referenciação Hospitalar de Nefrologia, aprovada por despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 19 de junho de 2017, caberia ao Hospital de Vila Franca de Xira responder às necessidades da população da sua área de influência direta, ou seja, dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira, figurando o Centro Hospitalar de Lisboa Central como a instituição hospitalar com a qual se deve articular para situações clínicas de maior diferenciação clínica.

Em face do enquadramento contratual descrito e atendendo aos termos da atual Rede de Referenciação Hospitalar de Nefrologia, entende a ARSLVT que, para a operacionalização da mencionada Rede, importa, pois, estabelecer a plena inclusão da especialidade de nefrologia no âmbito do Perfil Assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira, por forma a que esse hospital disponha também das valências consulta externa e interna e de internamento nessa especialidade, complementando desse modo a oferta de cuidados já disponibilizada através da Unidade Hemodiálise. Tal alteração permitiria, entre o mais, que os doentes da área de influência do

Hospital de Vila Franca de Xira deixassem de recorrer ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, em casos de internamento ou de consulta externa dessa especialidade.

De acordo com a ARSLVT, tendo por base ***(i)*** os preços praticados ao abrigo do atual contrato para o internamento e para a consulta – que seriam os preços aplicáveis caso estivesse previsto no Perfil Assistencial a especialidade de nefrologia – e ***(ii)*** o número de utentes área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira que recorrem aos serviços relacionados com essa especialidade no Centro Hospitalar de Lisboa Central, pela inexistência dessa especialidade no Hospital de Vila Franca de Xira, a estimativa de encargos adicionais decorrente da inclusão da especialidade de nefrologia no Perfil Assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira é de aproximadamente 560 mil euros/ano.

c) Diálise peritoneal

A diálise peritoneal não é realizada atualmente no Hospital de Vila Franca de Xira, por o Perfil Assistencial daquele hospital não prever, como se referiu, a especialidade de nefrologia. Mas caso venha a ser introduzida essa especialidade no Perfil Assistencial, entende a ARSLVT que deve ser previsto um preço unitário específico para a diálise peritoneal referente aos tratamentos de doentes insuficientes renais crónicos, integrados em programa de ambulatório na unidade de diálise do hospital e introduzida a respetiva linha de produção no Contrato de Gestão.

No entendimento da ARSLVT, esse preço deve ser compreensivo, integrando todos os cuidados prestados em regime ambulatório no âmbito da especialidade de nefrologia, isto é, as componentes tratamentos de diálise peritoneal, bem como os medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, os acessos relativos ao tratamento dialítico e as intercorrências que podem surgir no decurso do respetivo tratamento e que são passíveis de serem corrigidas no âmbito da gestão clínica em episódios de consulta externa e sessões de Hospital de Dia.

No que concerne ao cálculo dos efeitos financeiros desta alteração, optou-se, a um tempo, por considerar o preço compreensivo para a diálise peritoneal atualmente aplicável aos hospitais EPE do SNS e, a outro tempo, uma estimativa de 8 doentes

em tratamento contínuo por ano[100], tendo-se apurado um montante correspondente a cerca de 196 mil euros/ano. É, no entanto, expetável que o número de doentes tratados por ano com diálise peritoneal possa aumentar a médio prazo.

Este valor acresce à estimativa de encargos financeiros resultantes da inclusão da especialidade de nefrologia no Perfil Assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira mencionados na alínea anterior.

d) Integração da atividade de psiquiatria comunitária na prestação de cuidados de saúde de psiquiatria

Pese embora as especialidades de psiquiatria e de psiquiatria da infância e da adolescência integrem o Perfil Assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira, a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade não está contemplada no Contrato de Gestão, o que não permite o pleno cumprimento das orientações programáticas do Plano Nacional de Saúde Mental e tem criado constrangimentos na prestação de cuidados de saúde, quer ao nível da articulação entre prestadores, 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, em contexto comunitário, considerando a ARSLVT prioritário rever este modelo.

Em sede de acompanhamento da execução do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, foi já articulada com a EGEST a prestação, no próprio hospital e de acordo com o seu perfil e lugar na rede, de cuidados de psiquiatria que têm vindo a ser assegurados pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa no Espaço Terapêutico Comunitário, em funcionamento na cidade de Vila Franca de Xira, mas cujo encerramento se perspetiva a curto prazo. Ao tratarem-se de cuidados de psiquiatria a desenvolver no hospital, estes não integram, em termos conceptuais e finalísticos, a psiquiatria comunitária. Note-se que os cuidados ambulatórios e as outras intervenções na comunidade devem ser assegurados prioritariamente através

[100] Esta estimativa tem por base a experiência registada noutros hospitais, nomeadamente no Hospital de Loures.

de estruturas próprias, em articulação, designadamente, com os cuidados de saúde primários e o setor social e, no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência, também com os estabelecimentos de ensino.

O quadro programático, legal e regulamentar em vigor na área da saúde mental, bem como a apreciação feita no que se refere ao modelo de prestação de cuidados de saúde que vem a ser desenvolvido relativamente à população da área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira, não obstante a articulação já feita com a EGEST, aconselham que a intervenção comunitária em saúde mental seja objeto de tratamento específico no perfil assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira, numa perspetiva de realização da prestação de cuidados na comunidade e não na estrutura hospitalar, através de equipas multidisciplinares, de modo a potenciar a reabilitação e inserção social dos doentes.

Na expectativa de que seja identificado um ou mais espaços fora das instalações hospitalares para a realização da atividade em análise, sem que daí resultem encargos, e tendo presente que a psiquiatria comunitária iria, na prática, substituir parte das sessões de hospital de dia ou de consultas realizadas no próprio hospital no âmbito da psiquiatria, não se antecipa que desta alteração resulte um acréscimo significativo de encargos, dado que no âmbito da fixação da produção para o ano de 2019 foi já contemplado um reforço da atividade contratada, no sentido de acomodar o efeito gerado pela transferência, em curso, dos doentes do Espaço Terapêutico Comunitário para a responsabilidade assistencial do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Vila Franca de Xira. Sem prejuízo, não é possível, com base nos elementos atualmente disponíveis, quantificar qual seria o acréscimo concreto que poderia decorrer desta medida.

e) <u>Constituição de Unidade de Hospitalização Domiciliária no Hospital de Vila Franca de Xira</u>

O desenvolvimento de respostas no domicílio é um dos objetivos que se pretende incentivar no SNS, estando em curso, nos termos do Despacho da Senhora Secretária de Estado da Saúde n.º 9323-A/2018, de 27 de setembro, uma estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária vocacionadas para uma resposta segura e adequada a doentes com patologia aguda ou crónica agudizada

ou em estádio terminal/paliativo que necessitem de cuidados de âmbito hospitalar, conforme refletido.

Esta hospitalização domiciliária é distinta das respostas de saúde e de apoio social no domicílio já implementadas no SNS, estando direcionada a doentes que cumprem determinados critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem o internamento no domicílio sob a vigilância da Unidade de Hospitalização Domiciliária.

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.

De acordo com a ARSLVT, este modelo não exige a criação de uma nova linha de produção, porquanto se tenciona que o internamento domiciliário seja pago como internamento no próprio hospital.

Sem prejuízo da análise em curso sobre a admissibilidade de ser promovido no atual Contrato de Gestão a criação de Unidade de Hospitalização Domiciliária, para cujo efeito se perspetiva como essencial uma apreciação alargada e articulada, desde logo, com o Ministério da Saúde, considerando as vantagens associadas e que o Hospital de Vila Franca de Xira tem apresentado taxas de ocupação no internamento sistematicamente superiores aos valores recomendados, a ARSLVT entende como adequado que o Hospital de Vila Franca de Xira integre na respetiva carteira de serviços a prestação de cuidados de saúde através de Unidade de Hospitalização Domiciliária.

No que concerne à estimativa de encargos adicionais gerados pela existência de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária sob a responsabilidade do Hospital de Vila Franca de Xira, a ARSLVT não perspetiva que da mesma resulte um acréscimo de custos, na medida em que este modelo de assistência hospitalar praticada no domicílio constituirá uma alternativa ao internamento hospitalar convencional, sendo aplicado a ambos os modelos o mesmo preço.

f) Teleconsulta

Considerando que no quadro do SNS têm vindo a ser reconhecidas as vantagens do recurso à telemedicina e incremento da utilização das tecnologias de informação e comunicação para a prestação de serviços aos utentes do SNS e atendendo a que o Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira não consagra expressamente o recurso a essas técnicas, entende a ARSLVT como pertinente 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.

g) Interrupção voluntária da gravidez ("**IVG**")

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

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 PPP e que tais prestações fossem realizadas em condições de remuneração idênticas às dos restantes hospitais do SNS e com preços atualizados de modo igualmente idêntico. Adicionalmente, o pagamento pela ARSLVT desses atos ficou condicionado à aceitação por parte das entidades gestoras da renúncia expressa da exigência de qualquer pedido de reposição de equilíbrio financeiro.

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

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

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

b) Revisão dos PDR

Tendo presente que a aplicação dos PDR visa, entre o mais, garantir um juízo de comparabilidade com outros hospitais, o entendimento acerca da imprescindibilidade de revisão daqueles decorre primeiramente da necessidade de fazê-los coincidir, na medida do possível, com os indicadores monitorizados nos demais hospitais públicos, a fim de se obter a devida comparabilidade, nomeadamente para efeitos de avaliação do desempenho da EGEST. De notar que muitos dos PDR constantes do Anexo X ao atual Contrato não são monitorizados nos hospitais públicos ou, sendo, não existe total conformidade quanto aos requisitos definidos para o seu apuramento. Por outro lado, a aplicação de alguns PDR encontra-se presentemente comprometida em razão da impossibilidade de ajustamento à casuística dos hospitais do Grupo de Referência por indisponibilidade e/ou incompatibilidade de dados.

Ademais, alguns parâmetros carecem de ser melhor formulados, na medida em que a sua aplicação tem gerado diversas dúvidas interpretativas com reflexos, nomeadamente, no relacionamento entre as partes, enquanto que outros necessitam de ser revistos por forma a garantir a sua adequação aos objetivos da EPC, designadamente de qualidade e segurança, atendendo ao atual estado de arte na prestação de serviços de saúde.

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

i) Revisão dos PDS

Reconhece-se a necessidade de revisão e/ou substituição de alguns PDS, como, por exemplo, o PDS 2, que visa a avaliação do cumprimento dos prazos estabelecidos de codificação clínica, mas não inclui a atividade relativa à linha de produção de ambulatório médico, ou o esclarecimento da aplicação de alguns dos PDS, cuja aplicação tem gerado diversas dúvidas interpretativas com reflexos, nomeadamente, no relacionamento entre as partes.

Em termos financeiros, a revisão dos PDS não terá qualquer impacto caso se mantenha o número de pontos de penalização definidos no atual Contrato de Gestão.

j) Determinação da produção prevista e fixação unilateral da produção pela EPC

A cláusula 53.ª do Contrato de Gestão, em articulação com a cláusula 37.ª, estabelece os elementos que devem ser considerados na determinação da produção prevista, bem como os termos da determinação unilateral da produção – procedimento a aplicar em caso de desacordo entre a EPC e a EGEST.

Sucede que a aplicação das regras atualmente previstas para o procedimento anual 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 Vila Franca de Xira. Tal resulta do facto de, para esse efeito, ser considerada toda a utilização hospitalar verificada pela população da área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira nos hospitais do SNS, incluindo o próprio Hospital de Vila Franca de Xira.

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 Vila Franca de Xira, verificada nos três anos imediatamente anteriores, em alternativa à utilização hospitalar pela população da área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira, 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, designadamente quanto aos limites de produção estabelecidos na cláusula 38.ª, de modo a que a execução da produção seja mais consentânea com a atividade contratada, tendo em vista um acesso mais equitativo em todas as especialidades, transpondo igualmente para os PDR um conjunto de aspetos que presentemente não se encontram suficientemente reconhecidos.

k) Revisão da alínea f) do n.º 3 da cláusula 26.ª (Disponibilidade da Urgência)

Nesta sede, tem-se por pertinente rever a disposição contratual por força a que fiquem inequivocamente clarificados os termos de aferição do requisito da disponibilidade da urgência, quanto ao cumprimento dos tempos alvo previstos na "*Triagem de Manchester*", de acordo com o preconizado pelo Grupo Português de Triagem. Esta sugestão da ARSLVT corresponde a uma mera clarificação do texto contratual, não tendo, como tal, a sua introdução, qualquer impacto financeiro.

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

Neste âmbito, o que se pretende é que os vários exercícios de comparabilidade previstos no Contrato de Gestão, designadamente no que respeita ao desempenho da EGEST em matéria de PDR, tenham por referência os hospitais que integram o grupo de *benchmarking* definido pela ACSS, no qual o Hospital de Vila Franca de Xira se inclui. Para tal, afigura-se necessário alterar o Contrato de Gestão, sem prejuízo de se dever prever a manutenção da atual metodologia de definição dos HGR no caso de a ACSS deixar de definir os grupos de *benchmarking* aplicáveis.

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

Nos termos da cláusula 54.ª do Contrato de Gestão, a avaliação do desempenho da EGEST é anual e é efetuada, quer por áreas de avaliação, quer de forma global. Como anteriormente referido, a avaliação por áreas compreende as componentes de

Resultados (em que é avaliado o desempenho da EGEST no cumprimento dos valores de referência definidos para os PDR), Serviço (em que é avaliado o desempenho da EGEST no cumprimento dos PDS) e Satisfação. A avaliação desta última componente deve ser realizada mediante a comparação entre os índices de satisfação dos utentes do Hospital de Vila Franca de Xira 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 se afigurou possível a avaliação da EGEST nesta componente, em virtude de o Ministério da Saúde ter interrompido a realização dos inquéritos entre 2009 e 2014.

Tendo sido retomada a sua realização em 2015, mas sem continuidade nos anos subsequentes, a metodologia de estudo de satisfação dos utentes efetuado pelo Ministério da Saúde, a cargo da Direção-Geral da Saúde, foi, no entanto, alterada, passando a proceder-se a uma avaliação estritamente *macro* da satisfação global dos utentes, através da avaliação da perceção da sua satisfação quanto aos cuidados de saúde prestados pelo sistema de saúde, nos diferentes níveis de cuidados, quer do setor público, quer do setor privado.

Neste novo contexto, em que a análise da satisfação dos utentes não é realizada ao nível da prestação de serviços por cada instituição, o disposto no n.º 4 da cláusula 53.ª Contrato de Gestão não poderá ser aplicado, carecendo, como tal, a avaliação do desempenho no que respeita à satisfação dos utentes, de ser revista.

Assim, entende a ARSLVT como necessária a revisão da metodologia de avaliação do desempenho da EGEST nesta componente, no sentido de passar a prever-se 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 EGEST.

n) Revisão das obrigações de informação periódica (Cláusula 129.ª)

Considerando a experiência desenvolvida no acompanhamento dos atuais Contratos de Gestão, as obrigações de informação devem ser revistas, por forma a adequar as mesmas, quer do ponto de vista do conteúdo, quer do ponto de vista dos prazos, às

novas necessidades. 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.

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 Vila Franca de Xira nos próximos anos, importa sublinhar que as propostas de alteração apresentadas pela ARSLVT, acima identificadas, não foram objeto de apreciação pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, nem pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças, pelo que não se conhece a posição do Governo sobre a pertinência e grau de relevância das alterações sugeridas por aquela entidade. 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 decisores, se afigure necessário introduzir outras alterações, como forma de garantir a adequação do Contrato de Gestão à evolução entretanto ocorrida no mercado 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 Vila Franca de Xira 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 previamente apurar se tais alterações podem ser introduzidas no atual instrumento contratual ou se, pelo contrário, a introdução das mesmas obrigaria ao lançamento de um novo concurso e à celebração de um novo contrato, 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[101].

a. *Ponto prévio: definição do regime legal aplicável*

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*"[102]. Mais tarde, PEDRO GONÇALVES propôs que a concessão de serviço público fosse definida como o "*acto constitutivo de uma relação jurídica administrativa pelo qual uma pessoa, titular de um serviço*

[101] A este respeito, recorde-se que, no Contrato de Gestão do Hospital de Loures, a possibilidade de renovação depende expressamente, nos termos do n.º 2 da respetiva cláusula 38.ª, de o parceiro público não pretender, "*por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato*".

[102] *Cfr.* MARCELLO CAETANO, *Manual de Direito Administrativo*, I, Coimbra, 1984, pp. 583 e 584.

público, atribui a uma outra pessoa o direito de, no seu próprio nome, organizar, explorar e gerir esse serviço"[103].

Atualmente, na linha dessa melhor doutrina, o artigo 407.º do CCP define o contrato de concessão de serviços públicos como o contrato administrativo "*pelo qual o co-contratante se obriga a gerir, em nome próprio e sob sua responsabilidade, uma atividade de serviço público, durante um determinado período, sendo remunerado pelos resultados financeiros dessa gestão ou, diretamente, pelo contraente público*".

Desde logo, o Contrato de Gestão assume-se como *ato constitutivo de uma relação jurídica administrativa* ou, dito de outro modo, como um contrato administrativo, na medida em que através do mesmo o contraente privado se associa ao desempenho regular de atribuições do contraente público, em concreto a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, estando, como tal, associado à satisfação de uma utilidade pública. A existência de um regime de Direito Administrativo é também patente tanto no clausulado do contrato, no qual podemos encontrar diversas regras norteadas por preocupações de direito público[104], 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[105].

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, 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.

---

[103] *Cfr. A Concessão de Serviços Públicos (uma aplicação da técnica concessória)*, Coimbra, 1999, p. 130.

[104] *Cfr.*, entre outras, as cláusulas referentes à modificação unilateral do contrato ou à resolução unilateral por motivos de interesse público.

[105] Sobre a definição de contratos administrativos, *cfr.* artigo 1.º, n.º 6, do CCP.

224. Relativamente à legislação nacional, a disciplina jurídica aplicável à execução dos contratos administrativos encontra-se consagrada na Parte III do CCP. No entanto, dispõe-se no artigo 16.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, que aprovou o CCP, que aquele código só é aplicável à execução dos contratos administrativos celebrados na sequência de procedimentos de formação iniciados após a data da sua entrada em vigor (30 de julho de 2008). Ora, considerando que o contrato em apreço foi celebrado na sequência de procedimento de formação iniciado antes dessa data, conclui-se que não se lhe aplicam, por esta via, as disposições do CCP em matéria de modificação de contratos administrativos. Por maioria de razão, também mais recente a 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.

Não significa isto, 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 diretamente aplicável à execução do contrato aqui em causa, deveremos recorrer igualmente aos princípios gerais de direito dos contratos públicos, bem como aos princípios gerais do direito e, na parte aplicável, ao Código do Procedimento Administrativo, que se continua a aplicar a contratos administrativos como aquele aqui em causa, malgrado a revogação operada pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro[106].

225. No quadro comunitário, refira-se que a figura do contrato de concessão de serviços públicos apenas era objeto de um número limitado de disposições de direito derivado, não existindo, até muito recentemente, regras para a respetiva execução, nomeadamente, para a sua modificação. A previsão de disposições específicas sobre o regime

[106] Esta conclusão não é prejudicada, em nossa opinião, pela entrada em vigor do novo Código do Procedimento Administrativo, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, que devolve, por sua vez a remissão para o CCP. De todo o modo, sublinhe-se, a exposição aqui avançada sempre mereceria a mesma conclusão caso fosse o CCP aplicável, sendo sempre feita, conforme exposto em texto, a articulação com as referidas disposições.

de modificação dos contratos, incluindo dos de concessão de serviços públicos, é uma das novidades das Diretivas n.º 2014/23/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014, relativa à adjudicação de contratos de concessão ("**Diretiva n.º 2014/23/UE**"), e n.º 2014/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014, relativa aos contratos públicos ("**Diretiva n.º 2014/24/UE**")[107].

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.

b. *Dos limites gerais à modificação dos contratos administrativos*

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 diferente[108].

[107] Publicadas no *Jornal Oficial da União Europeia* no dia 28 de março de 2014 e cujas regras, em conjunto com as disposições da Diretiva n.º 2014/25/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa aos contratos públicos celebrados pelas entidades que operam nos setores da água, da energia, dos transportes e dos serviços postais, entraram em vigor no dia 17 de abril de 2014.

[108] 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).

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.

Efetivamente, a modificação dos contratos administrativos encontra-se submetida a determinados limites que visam não só proteger o cocontratante privado, mas igualmente os interesses da transparência, da concorrência e da objetividade. Estes limites aplicam-se não só nos casos de modificação unilateral, mas também de modificação por acordo[109].

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 contrato*[110] e, por outro lado, pelo princípio da concorrência[111].

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, com os fundamentos previstos no artigo anterior, encontra-se sujeita aos seguintes limites:*

a) Não pode conduzir à alteração substancial do objeto do contrato [princípio da intangibilidade do objeto];

---

[109] *Cfr.*, neste sentido, Acórdão n.º 20/10 do Tribunal de Contas, proferido no Processo n.º 108/2010, de 1 de junho de 2010, pp. 7 e ss.

[110] Expressão utilizada na Diretiva n.º 2014/23/UE.

[111] Como refere PEDRO GONÇALVES, *"a modificação do contrato* [deve] *balizar-se não só pelo "scope of the contract" (fim do contrato) como também pelo "scope of the competition" (fim da proteção da concorrência)"* ("Acórdão Pressetext: modificação do contrato existente vs adjudicação de novo contrato", *ob. cit.*, p. 17). No mesmo sentido, GONÇALO GUERRA TAVARES/NUNO MONTEIRO DENTE, *Código dos Contratos Públicos, Comentado*, II, Coimbra, 2011, p. 95 e TIAGO DUARTE, "Os eléctricos de Marselha não chegaram a Sintra: O Tribunal de Contas e os limites à modificação dos contratos", Revista de Contratos Públicos, n.º 3, setembro/dezembro 2011, pp. 33 e ss.

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 propos*tas;

(...)

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)*" [112], o que significa que "*a Administração* [pode] *modificar o contrato, mas apenas dentro do âmbito do respetivo objeto*"[113].

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 introduzir*"[114].

229. Como referido, a modificação contratual está ainda limitada pela necessária consideração da proteção da concorrência – não apenas dos operadores económicos que concorreram ou que poderiam ter concorrido à adjudicação do contrato inicial, mas também dos potenciais concorrentes a uma nova adjudicação –, afigurando-se irrelevante, para esse efeito, que o contrato seja modificado por ato unilateral ou por acordo. Aliás, "*com este limite, tem-se em vista, principalmente, evitar situações de manipulação do poder de modificação por parte do contraente público em conluio com o co-contratante (no âmbito da modificação por acordo das partes)*"[115].

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

---

[112] *Cfr.* GONÇALO GUERRA TAVARES/NUNO MONTEIRO DENTE, *Código dos Contratos Públicos, Comentado*, p. 95.

[113] *Cfr.* PEDRO GONÇALVES, "Acórdão Pressetext: modificação do contrato existente vs adjudicação de novo contrato", *ob. cit.*, p. 16.

[114] *Cfr.* 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.

[115] *Cfr.* CARLA AMADO GOMES, "A conformação da relação contratual no Código dos Contratos Públicos", in AAVV, Estudos de Contratação Pública – I, 2008, p. 542.

estabelecidos nas atuais alíneas b) e c) do artigo 313.º do CCP[116] – 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.

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*"[117], ou, na nossa opinião, em obras ou serviços adicionais, contemplados na b) do artigo 72.º daquela diretiva.

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.

[116] 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.

[117] *Cfr.* ANA GOUVEIA MARTINS, *Em debate: Modificação Contratual..., ob.cit.*, p. 30.

231. À luz 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.** Sem prejuízo do regime específico da alteração dos contratos de concessão que se fará referência a seguir, 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.**

232. Ainda com relevância para o enquadramento legal dos limites à modificabilidade dos contratos administrativos, dispõe o artigo 420.º-A do CCP[118], 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."

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*

[118] 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.

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»)".

233. Refira-se ainda que o Contrato de Gestão contém uma disposição destinada a consagrar a realização de atos clínicos adicionais, a saber, a cláusula 24.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, 4, 5, 6, 7 e 10 da cláusula 38.ª.*"

Por fim, a Diretiva n.º 2014/23/UE, incorporando, como referimos, as soluções básicas desenvolvidas pela jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia[119/120], 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.

De facto, 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*".

---

[119] 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:

"*- O direito comunitário não proíbe a modificação de contratos públicos, mas limita-a de forma significativa por aplicação dos princípios da concorrência, igualdade e transparência;*

- É possível introduzir alterações aos contratos desde que a possibilidade de modificação haja sido expressamente prevista no contrato inicial ou nas peças do procedimento de adjudicação, de forma precisa quanto às circunstâncias e condições em que pode ser feita;

- Ainda que não expressamente autorizadas, admitem-se alterações não substanciais aos contratos mas não podem ser feitas quaisquer alterações substanciais;

- As alterações são substanciais quando apresentam características substancialmente diferentes das do contrato inicial e sejam, consequentemente, susceptíveis de demonstrar a vontade das partes de renegociar os termos essenciais do contrato;

- Salvo previsão expressa ou operações de reorganização interna do co-contratante, a substituição do co-contratante ao qual a entidade adjudicante tinha inicialmente adjudicado o contrato por outro constitui uma alteração de um dos termos essenciais do contrato público;

- Não é possível o alargamento do contrato, numa medida importante, a serviços inicialmente não previstos;

- Salvo ajustamentos inicialmente previstos ou sem significado relevante, a alteração do preço durante o período de vigência do contrato constitui alteração de uma das suas condições essenciais;

- As modificações só são possíveis até ao ponto em que se possam considerar "neutras" para os interesses económicos dos proponentes, em particular do co-contratante privado, que não deve resultar beneficiado;

- As modificações só são possíveis se não forem prejudiciais aos interesses dos que poderiam ter apresentado proposta no processo de adjudicação inicial;

- As modificações só são possíveis se não forem prejudiciais aos interesses dos potenciais concorrentes a uma nova adjudicação;

- Fora destes parâmetros, as alterações correspondem a uma nova adjudicação;

- Nesses casos, o contraente público tem o dever de promover a «concorrência para o mercado»".

[120] 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.

Por sua vez, do artigo específico sobre a modificação de concessões durante o seu período de vigência – o artigo 43.º da Diretiva n.º 2014/23/UE[121] – resulta, em termos gerais, o seguinte:

- O princípio geral é o de que uma modificação substancial das disposições de uma concessão durante o seu período de vigência é considerada uma nova adjudicação e obriga a um novo procedimento de adjudicação;
- Uma modificação é considerada substancial quando tornar a concessão substancialmente diferente do contrato inicialmente celebrado;
- Uma modificação é ainda considerada substancial, quando se verificar uma das seguintes condições:
  - A modificação introduz condições que, se fizessem parte do procedimento de adjudicação original, teriam permitido a seleção de 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[122];
- 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;

[121] Equivalente ao artigo 72.º da Diretiva n.º 2014/24/UE relativa aos contratos públicos.

[122] 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, *cfr.* Acórdão do Tribunal Central Administrativo Sul, de 21 de março de 2013, Processo n.º 09580/12.

- Se decorrer da necessidade de serviços adicionais, que não tenham sido incluídos na concessão inicial, desde que a mudança de concessionário:
  - Não possa ser efetuada por razões económicas ou técnicas, como requisitos de permutabilidade ou interoperabilidade com equipamento, serviços ou instalações existentes adquiridos ao abrigo da concessão inicial; e
  - Seja altamente inconveniente ou provoque uma duplicação substancial de custos para a autoridade ou entidade adjudicante.
- Se se verificarem todas as seguintes condições:
  - A necessidade de modificação decorre de circunstâncias que uma autoridade ou entidade adjudicante diligente não poderia prever;
  - A modificação não altera a natureza global da concessão;
  - 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 causa[123] e a 10% do valor da concessão inicial, e desde que a mesma não altere a natureza global da concessão; o valor aqui em causa é avaliado com base no valor líquido acumulado das várias modificações[124].

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**

[123] Que corresponde atualmente a 5.480.000 €.

[124] 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.

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.*

234. Por último, cumpre mencionar a cláusula 112.ª, n.º 1, do Contrato de Gestão, 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 esta cláusula 112.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, designadamente quanto aos custos associados às mesmas ou decorrentes das exigências que a esse respeito poderão ser formuladas pelo parceiro privado.

c. *Inclusão da nefrologia no Perfil Assistencial e a nova linha de produção relativa à diálise peritoneal*

236. Conforme anteriormente referido, constitui intenção da ARSLVT que a especialidade de nefrologia passe a integrar o Perfil Assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira, prevendo-se, ademais, a autonomização de uma linha de produção autónoma no Contrato para a diálise peritoneal de doentes insuficientes renais crónicos.

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[125].

Atingida esta conclusão, cabe agora verificar se essa modificação é admissível à luz do princípio da concorrência. Com efeito, 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.*

238. Como se referiu, tal alteração seria admissível se estivesse expressamente prevista e regulada no contrato e nas peças do procedimento que o precedeu. A este respeito, cumpre recordar que o Contrato admite a possibilidade de virem a ser realizados atos clínicos adicionais, nos termos do n.º 3 da cláusula 24.ª[126], razão pela qual cumpre, antes de mais,

[125] 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).

[126] A cláusula 27.ª do Contrato de Gestão permite a realização de atividades específicas adicionais relacionadas com a promoção e prevenção da saúde, que correspondam à prossecução de fins específicos de relevante interesse público na área da saúde. Acontece que a contratação destas atividades específicas deverá ser feita

verificar se a alteração sugerida pela ARSLVT poderia ser enquadrada nessa habilitação contratual.

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.

Todavia, na medida em que nos encontramos perante modificações que, de acordo com a ARSLVT, teriam impacto no Perfil Assistencial (pois que, para todos os efeitos, este não integra específica e expressamente a especialidade de nefrologia, sendo apenas considerada a caraterização do Hospital de Vila Franca de Xira como unidade periférica que se destina ao tratamento de doentes renais crónicos com necessidade de terapêutica substitutiva da função renal em regime ambulatório), a resposta deve ser, na nossa opinião, negativa, porquanto resulta dessa disposição contratual que tal permissão apenas abrange atos clínicos adicionais, de acordo com o perfil assistencial contratualizado, que lhe sejam solicitados pela EPC. Dito de outro modo, o Contrato de Gestão prevê a possibilidade de se alterar o âmbito dos serviços a prestar, mas essa possibilidade encontra-se limitada aos atos enquadráveis no Perfil Assistencial, o que não sucede no caso da nefrologia.

239. Dito isto e não configurando as alterações agora em análise *atos clínicos adicionais*, importa verificar se a introdução da especialidade de nefrologia no Perfil Assistencial constitui uma *alteração substancial* na aceção da Diretiva n.º 2014/23/UE, ou, por outras palavras, uma forma de impedir, restringir ou falsear a concorrência.

A este respeito, o artigo 313.º, n.º 1, do CCP, concretizando o que se deve entender por alterações contratuais substanciais, dispõe que a modificação[127]:

anualmente e não para todo o período de execução do Contrato, como se pretende no caso da psiquiatria comunitária. Ou seja, trata-se de uma solução contratual especialmente vocacionada para a execução de programas específicos de caráter não permanente, pelo que, mesmo que se considerasse que a prestação de serviços de psiquiatria comunitária poderia ser considerada uma atividade de promoção e prevenção da saúde – análise que não foi realizada –, a aplicação desta cláusula não habilitaria a alteração pretendida pela ARSLVT.

[127] 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, ANA GOUVEIA MARTINS, *Em Debate: A modificação contratual...*, *ob. cit.*, p. 30.

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.

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, de acordo com as peças do procedimento que esteve na origem do atual Contrato de Gestão, o Perfil Assistencial constituía um limite ao conjunto de atividades que poderiam ser prestadas no hospital – limite esse que se mantém no Contrato de Gestão. Tanto assim é que os concorrentes no concurso público para a celebração do Contrato de Gestão podiam propor a realização de serviços clínicos adicionais, desde que não incluíssem qualquer nova especialidade não prevista no Perfil Assistencial[128]. Por outro lado, outros aspetos das propostas a apresentar dependiam ou eram influenciados pelo Perfil Assistencial, como é o caso da gestão da procura, descrição dos equipamentos e sistemas médicos ou a estrutura de recursos humanos[129]. Ou seja, o Perfil Assistencial constituía um parâmetro base do Caderno de Encargos delimitador do âmbito de atuação da concessionária.

A outro tempo, recorde-se que o alargamento pretendido do Perfil Assistencial poderá eventualmente afetar os valores apresentados para algumas das unidades de cálculo, como também poderá afetar a determinação do ICM, com reflexo nos preços apresentados e na remuneração da EGEST.

Sob este pano de fundo não se pode deixar de concluir que o Perfil Assistencial era relevante para efeitos de elaboração das propostas, não se podendo excluir, com segurança, que tais alterações, se tivessem sido introduzidas nas peças do procedimento, não teriam impacto nas propostas apresentadas. Não obstante, tendo presente a circunstância que o

[128] *Cfr.* Anexo I do Programa do Procedimento.

[129] *Cfr.* modelo da proposta constante do Anexo I ao Programa do Procedimento.

impacto financeiro e operacional não é muito significativo[130], crê-se como não muito provável que a sua introdução no caderno de encargos ocasionasse, de forma objetivamente demonstrável, a alteração das propostas avaliadas ou a admissão de outras propostas.

Ainda assim, por força da sua própria interpretação dos princípios de direito da União Europeia aplicáveis, o Tribunal de Contas tem vindo a adotar um conceito muito – quiçá excessivamente [131] / [132] – 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*"[133], 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*"[134].

Efetivamente, da leitura de vários acórdãos desse Tribunal[135], 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*"[136].

Independentemente de se concordar, ou não, com esta posição do Tribunal de Contas, a mesma assume, no presente caso, a maior relevância para a ponderação dos riscos associados à introdução das alterações agora em análise, uma vez que a modificação do contrato naqueles termos terá de ser submetida ao procedimento de fiscalização prévia do Tribunal de Contas por força do disposto na alínea *c)* do n.º 1 do artigo 5.º e no artigo 46.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, aprovada pela Lei n.º 98/97, de 31 de dezembro.

---

[130] De acordo com as estimativas apresentadas, o impacto aproximado seria de 756.000 € / ano (560.000 € mais 196.000 referente à diálise), sendo a remuneração anual atual superior a 60.000.000 €.

[131] 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.

[132] Sobre o perigo da primazia da proteção da concorrência constituir um recuo na prossecução do interesse público, *cfr.* Pedro Gonçalves, "Acórdão Pressetext", p. 22.

[133] Acórdão do Tribunal de Contas n.º 3/2013, de 26 de fevereiro.

[134] Acórdão do Tribunal de Contas n.º 20/2010, de 1 de junho.

[135] *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.

[136] *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.

240. É certo que importa igualmente ter presente a necessidade de compatibilizar a tutela da concorrência com a necessidade de adaptar os contratos à evolução das exigências económicas e sociais e à necessidade de atualizar o modo como o serviço público é prestado, em especial nos contratos de longa duração – como é o caso do Contrato de Gestão –, sob pena de os contratos se tornarem imutáveis. É neste sentido que o CCP, bem como a Diretiva n.º 2014/23/UE, admitem, independentemente de se tratar, ou não, de uma *alteração substancial*, outras alterações, dispondo, aliás, o próprio n.º 2 do artigo 313.º do CCP que os limites relacionados com a proteção da concorrência, consagrados nas alíneas b) e c) do n.º 1 do daquele artigo, não são aplicáveis às alterações que resultem da natureza duradoura do vínculo contratual e desde que o decurso do tempo as justifique.

Sucede que a já mencionada e muito exigente jurisprudência do Tribunal de Contas sobre os limites à modificação dos contratos foi quase toda ela proferida a propósito de contratos de longa duração de concessão de obras ou de serviços públicos[137]. Ou seja, mesmo considerando a longa duração dos contratos e reconhecendo expressamente a maior flexibilidade dada, quer pelo legislador comunitário, quer pelo legislador nacional, à modificação deste tipo de contratos, a aplicação feita por aquele tribunal dos limites à modificação dos contratos decorrentes da proteção da concorrência é muitíssimo exigente.

Por outro lado, como antes referimos, numa interpretação conforme ao direito comunitário, será ainda necessário para justificar a alteração substancial que a mesma se funde numa circunstância imprevisível, nos termos previstos na alínea c) do n.º 1 do artigo 72.º da Diretiva n.º 2014/24/UE", ou em obras ou serviços adicionais, contemplados na alínea b) do artigo 72.º daquela diretiva, ambas a situações especialmente consagradas para os contratos de concessão no novo artigo 420.º-A do CCP.

Importa, portanto, equacionar a possibilidade de estas alterações, por implicarem um alargamento do âmbito dos serviços a prestar, serem enquadradas na figura dos "*serviços complementares*" ou se as mesmas se baseiam em circunstâncias imprevisíveis, caso em que as referidas alterações seriam permitidas no âmbito do presente Contrato de Gestão.

[137] *Cfr.*, entre outros, os acórdãos do Tribunal de Contas n.º 20/2010, de 1 de junho, n.º 27/2012, de 11 de dezembro, n.º 6/20013, de 9 de julho, n.º 29/2013, de 18 de novembro, e n.º 29/2018, de 20 de junho.

241. A este respeito, recorde-se que o artigo 420.º-A do CCP[138] estabelece que o concedente apenas pode ampliar a quantidade de obras ou serviços abrangidos pelo contrato, com fundamento em circunstâncias não previstas ou imprevisíveis[139], se 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.

Em função de a alteração se fundar em circunstâncias não previstas ou imprevisíveis, o valor desses serviços a mais não pode ser superior a 10% ou 50 %, respetivamente, do valor do contrato.

Neste ponto, a dúvida que se coloca quanto à introdução no objeto do contrato da especialidade de nefrologia prende-se com a demonstração de que esses serviços adicionais não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o contraente público. Com efeito, não se vislumbra das informações fornecidas elementos suficientemente fortes para se concluir que tais serviços não podem ser prestados por outro operador ou que não podem ser prestados fora do objeto do Contrato de Gestão, ou seja, que não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a EPC. Isto claro está sem prejuízo de a não realização de toda a atividade de nefrologia, pela entidade que tem a seu cargo a realização da atividade clínica neste Hospital, ditar que a mesma tivesse que ser realizada ou mantida noutro hospital, o que se afiguraria indesejável no futuro. É que, para se defender juridicamente a admissibilidade de tais alterações, não basta invocar as vantagens da interoperabilidade técnica proposta ou das suas vantagens económicas. É necessário, à luz da mencionada disposição, assim como do artigo 43.º da Diretiva 2014/23/UE, demonstrar

---

[138] 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.

[139] É bastante discutível se, quando a alteração se baseia em circunstância imprevisíveis, é também aplicável o limite previsto na alínea a) do n.º 1 do artigo 420.º-A do CCP. Com efeito, tal não resulta de forma clara do artigo 420.º-A, tendo aliás o legislador optado por uma redação distinta da que utiliza no artigo 454.º aplicável aos contratos de prestação de serviços, da qual resulta de forma clara a aplicação da exigência de interdependência técnica ou económica independentemente da causa da modificação. Em segundo lugar, de acordo com as diretivas comunitárias, tal exigência não é aplicável quando estejam em causa alterações decorrentes de circunstância imprevisíveis. De todo o modo, por uma questão de cautela, em especial face àquela que poderá ser a interpretação do Tribunal de Contas sobre este artigo, ter-se-á essa exigência como aplicável também aos casos em que a alteração se funda em circunstâncias imprevisíveis. De todo o modo, de acordo com a informação disponibilizada pelos membros da Equipa pertencentes à ARSLVT, esta alteração dificilmente poderia ser enquadrada como uma alteração imprevisível.

que a mudança de prestador implicaria graves inconvenientes ou um aumento considerável dos custos[140].

242. Aqui chegados e em face do exposto, em especial, do entendimento que tem vindo a ser adotado pelo Tribunal de Contas em matéria de modificação dos contratos, conclui-se que o risco de as alterações agora preconizadas serem consideradas ilegais e, em especial, de fundamentarem uma recusa do visto prévio por parte daquele tribunal a uma modificação do Contrato de Gestão que as consagrasse é significativo.

d. *Introdução da psiquiatria comunitária*

243. Recorde-se que, de acordo com a ARSLVT, o contrato que regular no futuro a prestação de serviços clínicos no Hospital de Vila Franca de Xira 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.

244. Como ponto de partida da análise da admissibilidade da alteração pretendida, podemos dar por assente que a alteração ideada *não altera a natureza global do contrato*[141], nem altera o conteúdo *das prestações principais abrangidas pelo contrato*[142]. Efetivamente, não há qualquer alteração do tipo serviço gerido pela EGEST, estando apenas em causa uma modificação do modo como alguns cuidados de saúde, ao nível da psiquiatria, são prestados. Todavia, em contrapartida, trata-se de uma modificação que não se encontra prevista ou regulada no Contrato, não havendo, como tal, habilitação contratual para o efeito.

[140] *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.

[141] *Cfr.* Diretiva 2014/23/EU.

[142] *Cfr.* artigo 313.º, n.º 1, do CCP.

245. Vejamos, em segundo lugar, se tal alteração poderia ser enquadrada no já mencionado artigo 420.º-A do CCP.

Nesta sede, cumpre citar a opinião da ARSLVT transmitida à Equipa a este respeito[143]:

"*a) Do ponto de vista técnico, não é aceitável que esta prestação de cuidados possa ser realizada por outro operador, que não o hospital que serve a população da sua área de influência e que já dispõe no seu perfil assistencial da especialidade de psiquiatria, pese embora não esteja previsto atualmente na carteira de serviço a realização da valência de psiquiatria comunitária.*

b) Pelo facto do actual Contrato de Gestão não considerar de forma expressa esta atividade, foi a mesma sendo assegurada através do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), em instalações específicas localizadas na cidade de Vila Franca de Xira.

c) Para a realização dessa atividade, o CHPL constituiu uma equipa multidisciplinar, para seguimento de um conjunto bastante significativo de doentes.

d) Não obstante, esta solução apresenta graves consequências, com repercussões no acompanhamento dos utentes, já que a prestação de cuidados de saúde deve ser realizada numa perspectiva articulada e integrada. Isto é, não é aceitável que os doentes sejam seguidos no âmbito dos cuidados de psiquiatria comunitária por um determinado operador, sendo a restante prestação de cuidados de psiquiatria realizada por outro operador, nesse caso o HVFX.

e) Note-se que, apesar do Livre Acesso e Circulação dos utentes ser uma realidade, os hospitais não deixaram de ter a seu cargo a resposta à população da sua área de influência. Ora, cabe ao HVFX assumir os doentes da respetiva área, nos termos do seu perfil assistencial, o qual, conforme já referido, integra a especialidade de Psiquiatria.

f) Em suma, para o cumprimento da estratégia gizada para a saúde mental, que assenta no desenvolvimento de cuidados de proximidade, a prestação de cuidados apenas deve ser prosseguida em ambiente hospitalar nas situações em que a resposta em contexto comunitário não é recomendada. Posto isto, naturalmente que a deslocalização desta prestação de cuidados implica a existência de estruturas físicas fora das instalações hospitalares, mas tal não pode servir de argumento para justificar, em reforço de um entendimento que os elementos da ARSLVT não acolhem, que a mesma pode ser realizada por outro operador".

[143] Informação transmitida à Equipa de Projeto através de um documento enviado, por e-mail, em 17 de abril de 2019 e atualizado através de e-mail de 3 de maio de 2019.

Ainda com relevo para análise desta questão, esclareça-se que foi dado a conhecer à Equipa a posição da Senhora Coordenadora Regional de Saúde Mental da Região de Lisboa e Vale do Tejo, de acordo com a qual:

"A prestação de cuidados de proximidade à população, através de estruturas comunitárias, é da responsabilidade inequívoca dos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), o que está bem expresso no «Plano Regional de Saúde Mental para a Região de Lisboa e Vale do Tejo», assim como «Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020» elaborado pela Comissão Técnica de acompanhamento da reforma de Saúde Mental.

Assim, na página 7 do "Plano Regional de Saúde Mental" podemos ler:

«Assumimos como prioridades para 2018/2019 o reforço dos Serviços mais periféricos e dos Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência de uma forma geral. Para a concretização destes objetivos será fundamental:

• a implementação de uma carteira de serviços mínimos, com definição de indicadores e sua consequente integração obrigatória em sede de contratualização (ex. consultas, sessões de Hospital de dia, urgência, internamentos, visitas domiciliárias, majoração de intervenções comunitárias);

• a clarificação das responsabilidades assistenciais das Parcerias Público-Privadas (PPPs), nomeadamente no que toca à intervenção comunitária e urgência e também em relação à área da Psiquiatria da Infância e da Adolescência;»

Da mesma forma no "Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020", podemos ler na página 41:

«C. Recomendações

2. Os SLSM devem reunir as condições necessárias para:

- organizar e capacitar equipas multidisciplinares;

- assegurar a gestão eficiente das unidades, equipas e programas de que são responsáveis;

- implementar uma rede de serviços comunitários, com várias tipologias de resposta;

- prestar cuidados individualizados na comunidade, garantindo estreita articulação com os cuidados primários e continuados, serviços de apoio social e outros agentes na comunidade.»

e ainda na página 45:

«C. Recomendações

1.Os SLSM de todo o território nacional devem ser dotados de equipas multidisciplinares ajustadas às necessidades das populações, estruturadas de acordo com os princípios organizativos estipulados no PNSM. Os diretores dos SLSM deverão ter competências de coordenação e articulação, na sua área de responsabilidade, com as estruturas afins (DICAD, CPCJ, Rede Social no âmbito dos municípios, ACES, estruturas de saúde mental do sector social, etc).

3. Os SLSM devem estar organizados de forma a disponibilizar obrigatoriamente um conjunto mínimo de prestações (dispositivos, intervenções, programas), definidos de acordo com as boas práticas e baseados na evidência. Para tal, devem num curto prazo ser dotados de estrutura física e recursos humanos que permitam incluir sistematicamente unidades de internamento para doentes agudos em hospitais gerais, hospital de dia, unidades de ambulatório e equipas comunitárias, capazes de desenvolver uma atividade diferenciada de acordo com as normas científicas mais atualizadas»."[144]

À luz do exposto, dependendo de, aquando da tomada de decisão quanto às alterações a introduzir na regulação dos serviços no Hospital de Vila Franca de Xira, se demonstrar, ou não, 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 concedente, ou seja, por exemplo, como referido pela ARSLVT[145], que a prestação desse serviço por outra entidade que não entidade gestora do Hospital de Vila Franca de Xira tem graves repercussões no acompanhamento dos utentes, poder-se-á considerar a inclusão deste serviço no atual contrato como uma alteração admissível ao abrigo do artigo 420.º-A do CCP.

246. Por fim, tendo presente as várias situações *supra* identificadas em que, quer o legislador da União Europeia, quer o legislador nacional, consideram a modificação dos contratos públicos admissível, resta verificar se aquela modificação poderá ser considerada como uma *alteração não substancial*, na medida em que não possa prejudicar a concorrência, nomeadamente os interesses de quem tenha apresentado proposta no procedimento que deu origem ao Contrato de Gestão.

---

144 Cfr. e-mail enviado para a Equipa no dia 23 de abril de 2019.

145 Sem prejuízo de, na opinião da ARSLVT, "*esta solução apresenta*[r] *graves consequências, com repercussões no acompanhamento dos utentes, já que a prestação de cuidados de saúde deve ser realizada numa perspectiva articulada e integrada. Isto é, não é aceitável que os doentes sejam seguidos no âmbito dos cuidados de psiquiatria comunitária por um determinado operador, sendo a restante prestação de cuidados de psiquiatria realizada por outro operador*, no entendimento dos membros da Equipa de Projeto indicados pela UTAP, tal alegação, por ter um caráter essencialmente conclusivo, carece ainda, por forma a respeitar as especiais exigências de fundamentação e de demonstração aplicáveis à modificação dos contratos e exigidas pelo Tribunal de Contas, de ser melhor demonstrada.

Assim sendo, importa apurar se a mesma configura, à luz do artigo 313.º do CCP ou do artigo 43.º da Diretiva 2014/23/UE, uma "alteração substancial". A este propósito, 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*"[146].

Nesta sede, em primeira linha, cumpre salientar que não é para nós evidente que a prestação de cuidados de psiquiatria comunitária implique necessariamente uma alteração do Perfil Assistencial, na medida em que este já contempla a especialidade de psiquiatria, na qual se enquadraria a psiquiatria comunitária. Tal facto constitui um pressuposto relevante da análise que se seguirá. Com efeito, de acordo com as peças do procedimento que esteve na base da celebração do Contrato de Gestão, o Perfil Assistencial constitui um limite relevante das atividades que poderiam ser prestadas no Hospital – limite esse que se mantém no Contrato de Gestão[147].

No entanto, não se tratando de uma questão incontroversa mesmo entre os vários membros a Equipa de Projeto, e considerando que a intervenção comunitária em saúde mental sempre constituirá objeto de tratamento específico no Perfil Assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira, numa perspetiva de realização da prestação na comunidade e não na estrutura hospitalar do Hospital de Vila Franca de Xira, não podemos deixar de alertar para o risco de se poder vir a prevalecer um entendimento diverso, *i.e.*, que esta medida implica uma alteração do Perfil Assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira – parâmetro essencial para a definição do objeto do Contrato de Gestão e cuja alteração é com maior probabilidade passível se ser qualificada como substancial. Nesse caso, dever-se-á ter em consideração o que se disse a este respeito no ponto a. anterior, devendo concluir-se, em conformidade, que, nesse caso, o risco de se considerar a alteração em análise inadmissível é consideravelmente superior.

Mesmo não se tratando de uma alteração ao Perfil Assistencial – tal como entendemos ser defensável –, tratar-se-ia, em qualquer caso, de uma alteração do atual Contrato de Gestão, através do alargamento do leque de serviços prestados, pelo que se terá sempre de

[146] *Cfr.* artigo 43.º da Diretiva 2014/23/UE. No mesmo sentido, *cfr.* o artigo 313.º, n.º 1, alínea c), do CCP.

[147] De acordo com o n.º 1 da cláusula 24.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).

averiguar, como referido, a natureza "substancial", ou não, da mesma, dependendo a resposta a essa questão essencialmente da medida do impacto financeiro que esta alteração possa ter.

A este propósito, relembre-se que, muito embora se estime que o impacto financeiro não será significativo, não existe ainda uma concretização dessa estimativa. Ora, quanto maior for esse impacto, maior é o risco de a alteração em causa poder ser considerada como substancial.

Confirmando-se que o impacto financeiro é efetivamente pouco expressivo, 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 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.

Não obstante, ou seja, sem prejuízo de entendermos como defensável que esta alteração não afetaria o resultado do concurso originário, não se pode excluir com segurança o risco de o Tribunal de Contas vir a considerar esta alteração como não admissível[148], na medida em que a integração da psiquiatria comunitária alteraria o elenco de prestações a realizar pelo parceiro privado, com reflexo (ainda que diminuto) na remuneração deste, dependendo, porém, a avaliação desse risco da medida concreta do impacto financeiro da medida.

e. *Constituição de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária*

247. O n.º 6 da cláusula 24.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 33.ª e 34.ª do Contrato, essencialmente no sentido de a EGEST dever

[148] Recorde-se a este propósito a entendimento muito restritivo do Tribunal de Contas sobre o que se deve entender como uma alteração substancial, melhor explanado no ponto anterior deste relatório, aquando da análise da possibilidade de se incluir no Perfil Assistencial a nefrologia.

"*estabelecer mecanismos de comunicação e articulação com os centros de saúde situados na Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar*" e, bem assim, "*naquilo que dela dependa, a garantir a correcta e a adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*".

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 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, na medida em que incide sobre a fase aguda da doença ou agudização de doença crónica.

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].

248. 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.

249. 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.

[149] Este despacho não é diretamente obrigatório para a EGEST do Hospital de Vila de Franca de Xira, porquanto aquele apenas vincula diretamente as entidades hospitalares do SNS que tiveram financiamento para a constituição de unidades de hospitalização domiciliária. Quanto as restantes unidades hospitalares, a sua vinculação a estas medidas poderá ainda depender de atos a praticar nomeadamente por parte das ARS.

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.º, 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 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.

f. *Alteração da capacidade instalada no Internamento*

250. Nos termos do n.º 8 da cláusula 24.ª do Contrato de Gestão, é à EGEST que cabe "*o planeamento e a gestão da capacidade instalada do Hospital de Vila Franca de Xira*", encontrando-se esta obrigada "*a rever e a avaliar, periodicamente, os pressupostos que presidiram ao planeamento, ou outros que considere relevantes para efeitos de determinação da capacidade a instalar*". Isto é, genericamente, resulta para a EGEST a responsabilidade de ponderar, a cada momento da execução contratual, a adequação e suficiência da capacidade instalada e a eventual necessidade de esta ser alterada. De resto, nos termos do n.º 2 da cláusula 80.ª do Contrato de Gestão, encontra-se previsto que, não obstante a obrigação que decorria para EGEST de instalar o novo edifício hospitalar, estar poderia instalar apenas a capacidade que considerasse "*necessária à realização da Produção Prevista, de acordo com os níveis de eficiência operacional*", o que acrescenta à ideia de que lhe cabe a concreta gestão e avaliação da capacidade instalada a cada momento.

Concretizando ainda mais esta prerrogativa, o Contrato de Gestão, na sua cláusula 94.ª, prevê que a obrigação da EGED de promover a realização de alterações no edifício

hospitalar, incluindo a realização de instalações adicionais, que venham a ser solicitadas pela EGEST. Parece, pois, prever-se no próprio contrato a possibilidade de serem alteradas as instalações, nomeadamente por forma a aumentar a capacidade instalada, de modo a assegurar a adequada prestação do serviço público contratado.

Note-se, porém, que essa possibilidade de realização de instalações adicionais apenas se encontra prevista no caso de as mesmas serem solicitadas pela EGEST e com os custos a serem suportados por esta, não se conhecendo ainda o modo como este aumento de capacidade será operacionalizado.

Na mesma linha, o Perfil Assistencial, constante do Anexo I ao Contrato de Gestão, assim como o correspondente Perfil publicitado com as peças do procedimento, fixam o número de camas deste hospital como um requisito mínimo de capacidade e não como um requisito máximo ou fechado. Tanto assim é que, de acordo com a informação disponibilizada pela ARSLVT, o número de camas foi já aumentado na decorrência do Contrato de Gestão.

251. Acresce que se admite como facilmente demonstrável – embora essa demonstração não tenha ainda sido feita – que se trata de uma ampliação dos serviços que não pode técnica e economicamente ser separada do atual Contrato sem inconvenientes graves ou sem implicar um aumento considerável dos custos. Com efeito, uma solução alternativa fora do objeto do Contrato de Gestão, apresentaria certamente, para além de uma dificílima implementação e problemas de eficiência e eventuais dificuldades de articulação entre as várias entidades, um custo muito mais avultado do que aquele que resultaria do aumento da capacidade instalada. Em qualquer caso, dever-se-á ter em consideração os limites máximos ao valor das modificações a introduzir contantes do artigo 420.º-A do CCP e da Diretiva 2014/23/UE, revelando para o efeito determinar se estas modificações se fundam em circunstâncias imprevisíveis ou apenas não previstas.

252. Assim, tudo ponderado, parece-nos que, no âmbito do Contrato de Gestão em vigor, é possível, mediante a interação entre a EPC, a EGEST e a EGED, ser articulada a possibilidade de o número total de camas de internamento ser objeto de reponderação, tal não implicando necessariamente uma modificação *substancial* ao contrato. No entanto, uma posição final quanto à admissibilidade de tal alteração dependerá sempre da análise da

proposta que em concreto se venha a fazer a este respeito, nomeadamente do impacto financeiro das alterações a introduzir[150].

g. *IVG*

253. 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 Vila Franca de Xira, 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 incluído na linha de produção residual 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.

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, porquanto o que se pretende é apenas prever

[150] Relembre-se que, de acordo com a ARSLVT, para além de esta alteração não ter sido ainda confirmada pelo Ministério da Saúde, a sua concretização depende de um estudo mais aprofundado, que ainda não foi feito.

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.

h. *Teleconsulta*

254. 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.

255. 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 24.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 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, não só, pelo seu caráter inovatório, não se exigia que este tipo de consultas estivesse previsto no caderno de encargos, como 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 24.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 esta 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*"[151].

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*

256. No que respeita em concreto à revisão e substituição dos PDR e dos PDS, cumpre ter presente que a cláusula 23.ª do Contrato de Gestão prevê expressamente a possibilidade de se proceder à sua revisão periódica, nomeadamente, mediante a introdução de novos parâmetros que se mostrem em falta, a alteração dos respetivos termos e a eliminação daqueles que se revelem inadequados ou desajustados, bem como o ajustamento da classificação e a graduação das falhas de desempenho. Essa revisão deve ocorrer mediante acordo entre as partes. No entanto, estabelece o n.º 4 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 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 112.ª do Contrato de Gestão, modificações ao mesmo, pelo que a admissibilidade da sua concretização não carece

[151] *Cfr.* ANA GOUVEIA MARTINS, *Em debate: Modificação Contratual...*, *ob. cit.*, p. 28.

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 cláusula 23.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.

257. Por sua vez, a hipótese de revisão das obrigações de informação periódica constantes da cláusula 129.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.

258. 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[152]. 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, não tendo por efeito tornar essa avaliação menos exigente, alterando a matriz de risco contratual – caso em que essa alteração se afiguraria como inadmissível.

259. Já no que se reporta à revisão da metodologia de 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 externas e supervenientes à data de assinatura do

[152] Nesta sede, importa não esquecer que, pelos motivos *supra* referidos, a definição do grupo de *benchmarking* pela ACSS para o Hospital de Vila Franca de Xira encontra-se desatualizada. Pelo que é essencial garantir a atualização pela ACSS da definição desses grupos antes de se proceder à alteração identificada como conveniente pela ARSLVT. Caso contrário, a alteração sugerida terá um impacto contrário ao que se pretende, ou seja, garantir que a performance da PPP seja comparada com o conjunto de hospitais mais adequado à realização dessa comparação.

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.

260. 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 máximos definidos. 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.

261. 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 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. *Alteração da forma de cálculo da produção prevista em caso de determinação unilateral*

262. A alteração descrita na alínea *j) 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*"[153].

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 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 125.ª do Contrato de Gestão, a equação financeira em que assentou o contrato teria que ser reposta.

Assim sendo, caso a EGEST não aceitasse sem mais a introdução 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 125.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.

[153] *Cfr.* Pedro Gonçalves, "Acórdão Pressetext", p. 18.

k. *Relevância da proximidade do termo do Contrato na análise global do risco de introdução de alterações*

263. Ainda para efeitos de apreciação do risco jurídico associado à introdução das alterações identificadas, num cenário de renovação, importa recordar que, de acordo com a cláusula 8.ª do Contrato de Gestão, aquele tem, na parte referente à EGEST, uma duração de dez anos a contar da data da transmissão do estabelecimento hospitalar, terminando a sua vigência no dia 31 de maio de 2021. Prevê-se, não obstante, como já se referiu, a possibilidade de extensão deste período inicial, por recurso à faculdade de renovação do contrato[154], devendo, para o efeito, a EPC manifestar essa sua vontade até dois anos antes do final do prazo inicial de vigência do contrato, ou seja, até 31 de maio de 2019.

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 Vila Franca de Xira.

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 é possível submeter as condições de execução da prestação dos serviços clínicos no Hospital de Vila Franca de Xira ao mercado.

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*

[154] *Cfr.* n.os 2 e 3 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão.

face das circunstâncias do caso concreto, se justifica (e em que termos) a produção daquele efeito ampliativo da esfera jurídica do co-contratante. Ao particular, em contrapartida, assistirá, não um direito à prorrogação, mas a mera possibilidade de a requerer, à luz dos pressupostos contratualmente fixados"[155].

264. 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, com elevada probabilidade, influenciará a forma como as alterações ideadas serão interpretadas. Efetivamente, em nossa opinião, o Tribunal de Contas, na apreciação da legalidade de um eventual aditamento ao contrato, para introdução das referidas alterações contratuais a introduzir, não deixará de tomar em linha de conta a possibilidade que existe de se recorrer ao mercado, o que, conjugado com o elevado número de alterações que se pretende introduzir no Contrato de Gestão, aumentará o risco 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.

[155] "Prorrogação do prazo de concessão de obras e serviços públicos", *ob. cit.*, p. 230.

1. *Conclusões*

265. Do exposto, a primeira conclusão que cumpre retirar é a de que, caso a introdução das alterações propostas pela ARSLVT venha a ser considerada necessária pelos órgãos competentes – e apenas nesse caso –, o primeiro cenário em equação de renovação *tout court* do Contrato de Gestão, isto é, sem a prévia negociação do mesmo, se afigura contrária à prossecução do interesse público, sendo, como tal, de excluir[156]. Com efeito, tal solução não permitiria introduzir as melhorias consideradas fundamentais pela tutela para garantir uma melhor execução contratual, perpetuando, sem razão aparente, os problemas ou ineficiências já identificados.

266. Em segundo lugar, em face de tudo quanto acima foi exposto, importa considerar, num plano realista, que existe o risco de algumas das alterações *supra* identificadas serem consideradas incompatíveis com a continuidade do Contrato, em especial no que concerne às alterações que implicam uma modificação do Perfil Assistencial.

Acresce que, muito embora se considere, pelos motivos *supra* expostos, que a maioria das alterações analisadas, quando isoladamente consideradas, são defensáveis à luz dos limites à modificabilidade dos contratos administrativos, o risco de aquelas serem consideradas inadmissíveis, quando analisadas conjuntamente e para efeitos de uma renovação contratual, ou seja, quando constituiria uma verdadeira alternativa recorrer à abertura de um novo procedimento concorrencial, aumenta consideravelmente.

Por estes motivos, a solução de negociação do contrato atual seguida de renovação do mesmo, comporta um risco não despiciendo de não obtenção do visto do Tribunal de Contas e, em menor medida, de impugnação judicial por parte de outros *stakeholders*.

267. Noutro prisma, importa igualmente ter presente o risco estratégico e operacional associado à abertura de um procedimento negocial prévio à negociação. Na verdade, sublinhe-se que a renegociação de contratos de PPP assume, em regra, especial complexidade, revelando-se esta mais acentuada quando é o concedente a tomar a iniciativa

[156] Neste contexto, a renovação do atual contrato, sem mais, poderia, no limite, ser considerada ilegal por violação do princípio geral da prossecução do interesse público consagrado atualmente no artigo 4.º do Código do Procedimento Administrativo e no artigo 266.º da Constituição da República Portuguesa.

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.

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 EGEST[157], 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, ainda 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

268. Como referido e explicado no capítulo 2.3.2 *supra*, constitui ponto de partida para uma eventual decisão de renovação do Contrato de Gestão a verificação de, pelo menos[158], os seguintes requisitos:

[157] 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.

[158] Recorde-se que, como antes mais desenvolvidamente se explicou, a possibilidade de renovação prevista no Contrato de Gestão constitui uma mera faculdade da Administração. Assim sendo, mesmo no caso de verificação dos mencionados requisitos de renovação, a EPC poderá optar por não renovar o contrato se, em face das circunstâncias do caso concreto, tal se revelar, justificadamente, a melhor solução.

a) O resultado das avaliações de desempenho realizadas ser qualificado, em todos os anos, no mínimo, como "Bom";

b) O parceiro público não pretender, "*por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato*";

c) A renovação não colidir "*com qualquer dos princípios do regime de parcerias definido no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, especialmente o disposto na alínea e) do artigo 3.º desse diploma*"[159].

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.

269. 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.

No presente caso e tendo por base a análise e os dados apresentados no Quadro 30, verifica-se que a classificação global obtida pela EGEST[160], considerando a avaliação dos resultados e do serviço, oscilou ao longo do período de vigência do contrato entre "Satisfatório" – classificação obtida entre 2011 e 2013 e em 2017 – e "Bom" – classificação obtida entre os anos de 2014 e de 2016. Pelo que, com base numa aplicação formalista das exigências resultantes da cláusula 38.ª, n.º 2, do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, conclui-se que o primeiro dos requisitos mencionados para uma eventual renovação não se encontra verificado.

270. Por sua vez, a conclusão quanto à verificação do segundo requisito identificado depende da posição que venha a ser adotada pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e da

[159] Recorde-se que estes requisitos resultam do n.º 2 da cláusula 38.ª do já referido Contrato de Gestão do Hospital de Loures, cuja aplicação entendeu a Equipa de Projeto ser de estender, em termos metodológicos, a todos os demais contratos.

[160] Refira-se, porém, que a avaliação do desempenho efetuada pela EPC com referência aos anos de 2016 e 2017 é, ainda, provisória.

Saúde e pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças sobre as alterações que devem ser introduzidas, em concreto, no quadro contratual que venha a regular a prestação de serviços clínicos no Hospital de Vila Franca de Xira nos próximos anos.

Não obstante, tendo por base as alterações sugeridas pela ARSLVT e a análise realizada no capítulo anterior, podemos concluir que, pelo menos, as alterações com impacto no Perfil Assistencial nos oferecem algumas reservas quanto à sua admissibilidade legal e, consequentemente, quanto à possibilidade de aquelas não serem aceites pelo Tribunal de Contas.

Por outro lado, pelos motivos expostos no capítulo antecedente e sem prejuízo da análise individual que foi feita de cada uma das alterações preconizadas, o risco de as alterações sugeridas serem consideradas inadmissíveis, quando analisadas conjuntamente e para efeitos de uma renovação contratual, ou seja, quando existe a alternativa de se recorrer à abertura de um novo procedimento concorrencial, aumenta, comportando, por conseguinte, a solução de negociação do contrato atual seguida de renovação do mesmo um risco não despiciendo de não obtenção do visto do Tribunal de Contas.

A este risco acresce ainda, como julgamos ter deixado claro, o risco estratégico e operacional associado à abertura de um procedimento negocial prévio à renovação.

Posto isto, caso o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e o Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças entendam como essenciais as modificações *supra* identificadas, e tendo presente a interpretação conservadora dos limites à modificabilidade dos contratos administrativos sufragada pelo Tribunal de Contas, existe o risco desse tribunal recusar o visto a uma eventual renovação contratual por considerar considerar algumas dessas alterações como legalmente não admissíveis. Esta circunstância, no entanto, não impede, em termos definitivos, uma eventual renovação do Contrato, podendo o Estado ser convidado a reformar o contrato de renovação, eliminando as alterações – se algumas – consideradas pelo Tribunal de Contas como inadmissíveis. Pelo que, para efeitos de análise do requisito elencado na alínea *b) supra*, afigura-se essencial o Estado ponderar e decidir sobre a relevância de cada uma das alterações sugeridas.

271. 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, a parceria relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira, 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 Vila Franca de Xira 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-se-iam na esfera do parceiro público, originando, portanto, necessariamente um aumento dos encargos do Estado.

272. Por forma a concluir o teste aos requisitos de uma eventual de renovação, recordaremos ainda a necessidade de se demonstrar a vantagem da opção pela renovação/prorrogação contratuais, por comparação com a abertura de um procedimento concorrencial.

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*"[161].

Sucede que, neste momento, não existem dados concretos que permitam afirmar com segurança se são, ou não, expectáveis a apresentação das propostas com condições idênticas ou melhores num eventual recurso ao mercado.

A um tempo e muito embora se desconheçam os suportes objetivos que conduzem a esta afirmação, importa referir o entendimento expresso na Nota Interna do Gabinete da Senhora Secretária de Estado da Saúde, de 26 de fevereiro de 2018, constante da Proposta Fundamentada segundo a qual "[u]*m cenário de mera renovação de Contratos com as actuais EGEST* (...) *não parece afigurar-se politicamente desejável* (...) *porque a evolução do mercado da saúde (nomeadamente quanto a recursos humanos, medicamentos, ou tecnologia diagnóstica e terapêutica), no período que decorreu entre os concursos e a negociação dos contratos em vigor, e o momento actual, foi de tal modo forte, que os preços em vigor já não poderão refletir condições de eficiência no momento presente*".

A outro tempo, não pode deixar de se ter em consideração que a evolução dos gastos operacionais por doente padrão, no caso do Hospital de Vila Franca de Xira tem sido claramente inferior à evolução média da mesma tipologia de gastos verificada nos hospitais públicos que integram o Grupo de Referência EP, o que, admitindo-se que esta evolução tenda a refletir melhor a evolução das condições de mercado, poderá significar que a evolução dos preços no mercado da saúde não tem sido, ao contrário do que é referido na Proposta Fundamentada, positiva.

273. Sem prejuízo do exposto, importa não olvidar que os requisitos elegidos inicialmente pela Equipa de Projeto para apreciação da questão de se saber se o Contrato deve ser renovado resultam, não do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, mas antes, como se referiu, do contrato de gestão do Hospital de Loures. Com efeito, a cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira apenas prevê que o contrato pode ser renovado por sucessivos períodos não superiores a dez anos cada um, nos

[161] *Cfr.* LINO TORGAL, "Prorrogação", p. 237.

termos da legislação em vigor, não estabelecendo, por conseguinte, diretamente quaisquer requisitos para essa renovação. Significa isto que, em termos contratuais, o Estado não se encontra, em rigor, vinculado na sua decisão de renovação àqueles requisitos mínimos, podendo, dentro da sua margem de discricionariedade, definir outros parâmetros.

É certo que o artigo 45.º do caderno de encargos do procedimento que esteve na origem do Contrato de Gestão estabelecia requisitos mínimos para a renovação, semelhantes, aliás, àqueles que se encontram previstos no contrato de gestão do Hospital de Loures. Poder-se-ia, assim, questionar se a cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, sendo omissa quanto às condições em que se pode renovar o contrato, não deveria ser interpretada à luz do disposto no caderno de encargos. Sucede que constituiu uma alteração intencional a eliminação da referência a esses requisitos mínimos, por forma a manter-se apenas a possibilidade de renovação nos termos da lei – opção que, aliás, não mereceu contestação por parte daquele Tribunal, que concedeu visto prévio ao Contrato[162].

Com este enquadramento e tendo em consideração que, de acordo com a cláusula 2.ª do Contrato, em caso de divergência entre os vários elementos que integram o Contrato, o caderno de encargos deve ser atendido em último lugar, afigura-se-nos defensável – embora não isento de risco jurídico – que a cláusula 8.ª do Contrato deve ser lida de forma literal, ou seja, não exigindo qualquer requisito mínimo específico para a renovação, para além daqueles, claro está, que sempre resultariam da aplicação da legislação em vigor.

Significa isto que, desde que acautelados os interesses subjacentes ao regime jurídico da renovação, por força de ponderação pelos decisores políticos de outras circunstâncias aqui não consideradas ou sequer conhecidas pela Equipa de Projeto, é possível concluir que, ainda assim, o cenário de "renovação" é aquele que se revela mais consentâneo com a necessária e intransigente defesa dos interesses públicos em presença. Isso poderá eventualmente acontecer no caso de se vir a concluir pela impossibilidade objetiva de se proceder ao lançamento de um novo concurso e garantir a entrada em vigor de um novo contrato antes do termo deste, o que implicaria a internalização da gestão clínica daquele hospital. Com efeito, os pressupostos de decisão, nesse caso, seriam diferentes dos analisados no presente Relatório, cabendo ponderar e comparar qual se afiguraria a melhor decisão para a

[162] Entende a Equipa de Projeto não ser esta a sede nem o momento oportuno para avaliar a legalidade da alteração realizada ao disposto na cláusula 8.ª do caderno de encargos, para mais tratando-se de uma variação que operou ainda durante o procedimento concursal e que o Tribunal de Contas entendeu visar sem reservas.

prossecução do interesse público: a internalização dos serviços (que poderia eventualmente inviabilizar o lançamento de uma nova PPP a curto prazo) ou a renovação da presente PPP.

Note-se que, nesse caso, uma eventual decisão de renovação não teria de ser necessariamente contrária aos requisitos da renovação contratual. Com efeito, essa decisão terá sempre em consideração as especificidades de cada parceria, por forma a se poder adotar a decisão que, em face de cada caso concreto, se revele a mais adequada à prossecução do interesse público. Aliás, só uma adequada ponderação das especificidades de cada caso concreto, dentro da margem de liberdade de apreciação permitida pelo legislador, permitirá justificar e fundamentar devidamente, à luz do *interesse público*, a decisão que venha a ser tomada. Podendo mesmo suceder que, em função desses novos pressupostos de análise, se conclua pela existência de uma ambiência fáctica indutora de vantagens económicas, financeiras e sociais do cenário de renovação por comparação com outras soluções.

A este propósito, não pode deixar de se enfatizar que, conforme decorre da análise vertida no presente relatório, a PPP revelou-se claramente mais económica e mais eficiente do que os resultados que teriam sido alcançados com uma hipotética gestão pública do Hospital de Vila Franca de Xira.

Em qualquer caso, sublinhe-se que essa ponderação seria possível apenas porque não obstante o desempenho do parceiro privado não se tenha revelado sempre "bom", aquele poderá ser considerado globalmente positivo[163], encontrando-se a qualidade dos serviços prestados pelo Hospital de Vila Franca de Xira em linha com a evidenciada pelas entidades do Grupo de Referência EP, como demonstrado anteriormente.

Atenta a necessidade de – tal como refere 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) – "[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-Benefício*", o que relevaria essencial era, nesse caso, a realização de uma análise custo-benefício justificativa dessa decisão. Ora, tendo presente as análises antecedentes, numa situação em que as únicas soluções objetivamente concretizáveis sejam a renovação contratual ou a internalização dos serviços, a decisão de renovação poderia ser entendida como a que apresenta a melhor relação "*Custo-Benefício*".

[163] Recorde-se, a este respeito, que a classificação da EGEST ao longo do período de vigência do Contrato tem variado entre "Satisfatório" – classificação obtida entre 2011 e 2013 e em 2017 – e "Bom" – classificação obtida entre os anos de 2014 e de 2016, nunca tendo havido uma classificação considerada insatisfatória.

Efetivamente, sendo o "*Custo*" de não renovar o contrato e, consequentemente, abdicar das poupanças que o mesmo atualmente confere, representativo, e sendo claro, simultaneamente, que a reversão para a gestão direta do Estado não se afiguraria como mais benéfica em termos económicos, dados os resultados das análises de *benchmarking* apresentados em capítulos anteriores do Relatório, poderia, nesse caso, se afigurar mais adequado recomendar a renovação do contrato.

Essa análise poderá também ser influenciada pela posição que venha em concreto a ser adotada pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde e pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças sobre as alterações que devem ser introduzidas no quadro contratual que venha a regular a prestação de serviços clínicos no Hospital de Vila Franca de Xira nos próximos anos, podendo, mesmo, justificar-se, em face das vantagens económica e financeira que pudessem resultar da renovação, a assunção do risco de algumas das modificações sugeridas pela ARSLVT poderem vir a ser consideradas como não admissíveis pelo Tribunal de Contas. Note-se que a análise que consta dos pontos antecedentes das modificações sugeridas pela ARSLVT configura essencialmente uma análise de risco, não se tendo concluído em relação a nenhuma delas pela sua manifesta inadmissibilidade jurídica, mas antes, e apenas em alguns casos, tendo presente a interpretação conservadora dos limites à modificabilidade dos contratos administrativos sufragada pelo Tribunal de Contas, pela existência de um risco não despiciendo de aquele tribunal as considerar incompatíveis com a continuidade do Contrato.

274. Em suma, tendo presente os vários elementos elegidos como relevantes para a resposta à "*segunda questão central*", a decisão mais conforme com os mencionados requisitos de renovação é a decisão de não renovação do Contrato de Gestão pelo período de 10 anos, devendo, em face de resposta dada à "*primeira questão central*", ser iniciado, com caráter de urgência, o lançamento de uma nova PPP.

No entanto, tal não obsta a que, caso se venham a considerar outras circunstâncias, nomeadamente no caso de se vir a revelar, por razões objetivas, a impossibilidade de se proceder atempadamente ao lançamento de uma nova parceria, não possa o Estado, com base numa análise conjunta, ponderada e fundamentada dos vários elementos relevantes para

a decisão de renovação, incluindo uma análise custo-benefício das várias soluções que se revelem à data possíveis, decidir antes pela renovação do Contrato de Gestão[164].

[164] Essa decisão poderá mesmo 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.

4. PROPOSTA DE DECISÃO

275. Em face do exposto, conclui-se em relação ao Hospital de Vila Franca de Xira:

a) A existência de *value for money* da parceria em face de um cenário de internalização;

b) Com base nos pressupostos assumidos, que não se encontram reunidos todos os requisitos para uma decisão de renovação do Contrato de Gestão pelo período de 10 anos.

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 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 Vila Franca de Xira.

5. PASSOS SUBSEQUENTES

276. 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 Vila Franca de Xira, cumpre deixar claros os pressupostos e as condições a que se encontra sujeita a sua eventual implementação:

(a.) **Adoção de uma decisão política quanto às alterações que devem ser introduzidas no clausulado contratual que regule a gestão clínica do Hospital de Vila Franca de Xira para o futuro;**

(b.) **Em função da decisão a que refere o ponto anterior, a adoção de uma decisão política conjunta 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 proposta ***(i)*** de manutenção do modelo de PPP e ***(ii)*** de não renovação do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira pelo período de 10 anos, na parte referente à EGEST e à proposta de aprofundamento do estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP na vertente clínica, através da implementação do procedimento previsto nos artigos 9.º a 14.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, seguido do procedimento de lançamento da parceria, nos termos dos artigos 15.º a 18.º do mesmo decreto-lei e das regras de contratação pública aplicáveis ao procedimento concursal que seja proposto nesse procedimento, em observância do disposto no Código dos Contratos Públicos.

(c.) **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 Vila Franca de Xira (*cfr.*, em especial, o n.º 4 da cláusula 8.ª), o ónus de notificação do parceiro privado apenas impende sobre a EPC no caso de ser sua intenção renovar o contrato – daqui resultando, no caso de a intenção ser de não renovar, o parceiro público, para que o Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira 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 Vila Franca de Xira 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.

(d.) **Em caso de adoção da proposta de decisão constante do presente Relatório, preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis, previstos nos artigos 9.º e 10.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, e ainda não observados**.

Considerando que o desenvolvimento dos 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, a qual, por sua vez, deverá ser aprovada pelos membros do Governo responsáveis pela área da saúde e das finanças, depois, reencaminhada 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 Vila Franca de Xira.

277. A proposta de decisão e os passos subsequentes são apresentados no pressuposto que serão criadas as condições para que possa ser lançada uma nova parceria dentro dos prazos considerados úteis. Caso tal não suceda, ou caso se venha a revelar conveniente considerar novas circunstâncias não contempladas no presente Relatório, o presente documento não exclui, nesse caso, a possibilidade de a decisão de renovação do Contrato de Gestão vir a revelar-se, em função desses novos dados e da análise custo-benefício dos cenários que se revelem à data possíveis, como a melhor solução para a prossecução do interesse público.

6. ANEXOS

NÚMERO	DESIGNAÇÃO
ANEXO 1	Termos e prazos de vigência dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Loures e de Vila Franca 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	Fontes de informação
ANEXO 9	Principais pressupostos assumidos no CPC Original e no CB Original e valores reais no CPC Atualizado e no CB Atualizado
ANEXO 10	Modelos de inquérito ACES e CH

7. ANÁLISE DO IMPACTO ORÇAMENTAL DA PPP DE VILA FRANCA DE XIRA

278. 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.

279. De acordo com as conversas informais anteriormente estabelecidas com o INE (no âmbito da avaliação *ex post* das parcerias de Cascais e de Braga), é possível concluir que, no caso de, uma vez findo o atual Contrato de Gestão, a gestão hospitalar do Hospital de Vila Franca de Xira vir a ser atribuída a um novo parceiro privado, através do lançamento de um novo procedimento contratual, e dado que se trata do estabelecimento hospitalar (à partida, com um montante de investimento que, a ser necessário, será de reduzida monta) e não do edifício (esse sim, com um valor de investimento associado elevado), este contrato seria, com grande probabilidade, classificado, em contas nacionais, como um contrato de prestação de serviços e não como um contrato de PPP[165].

Tal circunstância deve-se ao facto de, tal como referido, este novo contrato não incluir a parte do investimento infraestrutural, estimando-se que possa, no limite, incluir algum investimento em equipamento hospitalar[166] dedicado à operação do Hospital de Vila Franca de Xira.

280. Assumindo, assim, o novo contrato, a celebrar 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 operação clínica e aos investimentos em equipamentos, deverá obedecer às seguintes regras de registo nas contas nacionais:

[165] Importa relembrar que o conceito de PPP, tal como definido nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012 não é coincidente com aquele que é considerado pelo Eurostat.

[166] À data de hoje, a Equipa de Projeto não tem elementos suficientes para avaliar a real necessidade de investimento a considerar no contexto de um novo procedimento contratual.

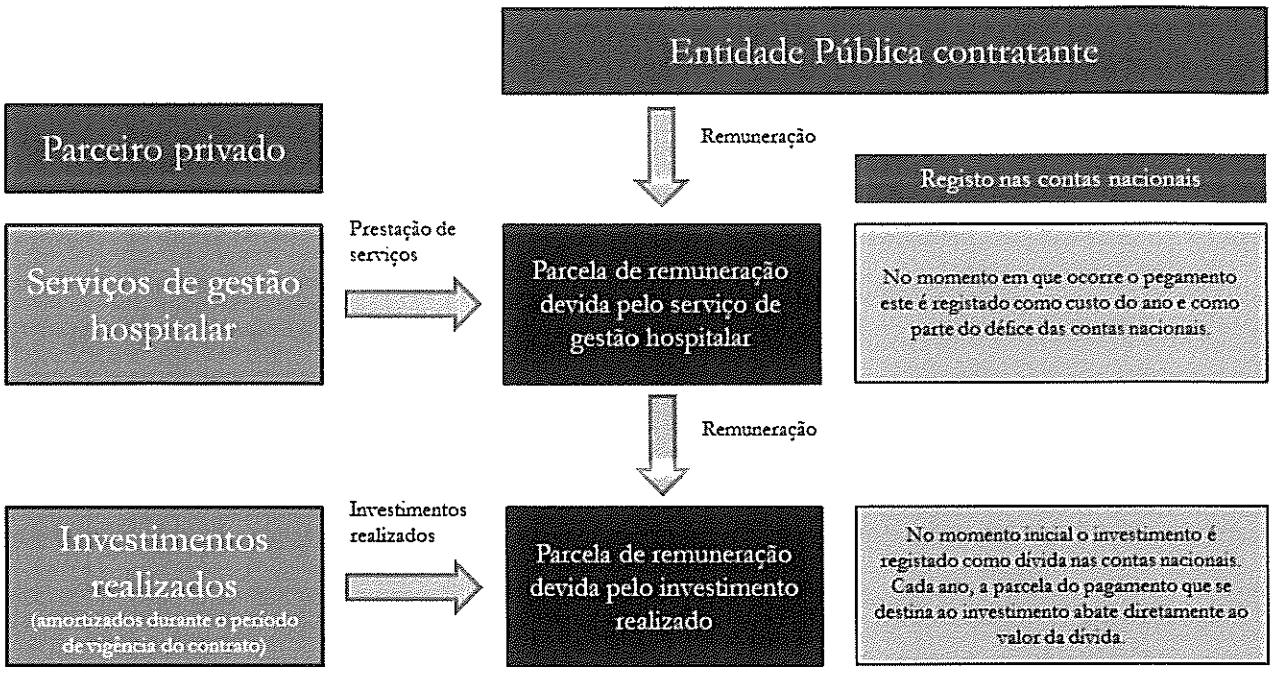
- O valor devido pelo parceiro público, em cada ano, ao parceiro privado, em virtude dos serviços de gestão do hospital[167], nos termos do que vier a ser definido no novo contrato de gestão, é contabilizado no défice desse ano;
- O valor devido pelo parceiro público, em cada ano, ao parceiro privado, em virtude dos investimentos realizados, nos termos do que vier a ser definido no novo contrato de gestão, é contabilizado da seguinte forma:

  I. No momento zero, aquando da celebração do contrato de gestão, o valor do investimento é contabilizado como dívida pública;

  II. Nos períodos seguintes, o valor da proporção do pagamento devido pelo parceiro público, em cada ano, ao parceiro privado, em virtude dos investimentos realizados, é abatido à dívida pública (reduzindo também o impacto dos pagamentos realizados pelo parceiro público em cada ano no défice), de tal forma que, no final do contrato de gestão, a dívida pública deverá ser igual a zero, significando, portanto, que o investimento foi amortizado linearmente durante o período de vida do contrato de gestão.

281. 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.

[167] 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.


Entidade Pública contratante
Parceiro privado
Remuneração
Registo nas contas nacionais
Prestação de serviços
Serviços de gestão hospitalar
Parcela de remuneração devida pelo serviço de gestão hospitalar
No momento em que ocorre o pegamento este é registado como custo do ano e como parte do défice das contas nacionais.
Remuneração
Investimentos realizados
Investimentos realizados (amortizados durante o período de vigência do contrato)
Parcela de remuneração devida pelo investimento realizado
No momento inicial o investimento é registado como dívida nas contas nacionais. Cada ano, a parcela do pagamento que se destina ao investimento abate diretamente ao valor da dívida.

A EQUIPA DE PROJETO

VÍTOR MANUEL BATISTA DE ALMEIDA

RITA DOMINGUES DOS SANTOS DA CUNHA LEAL

INÊS MARGARIDA COSTA BERNARDO

FILIPA SEQUEIRA LEITE BRÁS MONTEIRO

JOÃO LUÍS LEMOS DE MATOS

NUNO JOSÉ MARTINS BOTELHO

PEDRO NOBRE DA VEIGA NETO MIRANDA