



# Tribunal de Contas

## AUDITORIA À EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO DO HOSPITAL DE LOURES



Visão

**Promover a verdade,  
a qualidade e a  
responsabilidade  
nas finanças públicas**

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

**Relatório n.º19/2015 - 2.ª Secção  
Processo n.º 20/2014 – AUDIT  
Volume I – Sumário Executivo**





## Índice Geral

Relação de siglas e acrónimos .....	3
Glossário .....	4
Ficha técnica .....	6
<b>I. SUMÁRIO .....</b>	<b>7</b>
1. <i>INTRODUÇÃO</i> .....	7
2. <i>PRINCIPAIS CONCLUSÕES</i> .....	8
3. <i>CONCLUSÕES E OBSERVAÇÕES DA AUDITORIA</i> .....	11
3.1. <i>Desempenho da atividade assistencial</i> .....	11
3.2. <i>Organização, produtividade e eficiência global da atividade assistencial</i> .....	20
3.3. <i>Execução e controlo do Contrato de Gestão na vertente Hospitalar</i> .....	24
3.4. <i>Sustentabilidade do Projeto para a Gestão Clínica</i> .....	29
3.5. <i>Variação do valor do projeto para a Entidade Gestora do Estabelecimento</i> .....	30
3.6. <i>Entidade Gestora do Edifício</i> .....	31
4. <i>RECOMENDAÇÕES</i> .....	34
5. <i>EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO</i> .....	36
<b>II. EMOLUMENTOS</b> .....	<b>41</b>
<b>III. DETERMINAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>41</b>





## Glossário

---

### *Accountability*

Prestação de contas/necessidade de responsabilização e transparência da gestão pública.

### **Build Operate and Transfer (BOT)**

Forma típica de concessão, segundo a qual o privado assume a conceção, financiamento, construção e exploração transferindo o controlo para o Estado ao fim de um prazo estipulado.

### **Caso Base**

Conjunto de pressupostos e projecções económico-financeiras, descritas nos Anexos XIII e XXIV do Contrato de Gestão

### **CPC/Comparador Público**

Representa o custo que o projeto teria para o Estado, caso fosse desenvolvido pela via tradicional, ou seja, directamente pelo sector público. O CPC é utilizado como instrumento fundamental para aferir a existência, ou não, de *value for money* para o erário público (valor acrescentado) na contratação de uma parceria, funcionando como *benchmark* no processo de avaliação objectiva das propostas dos privados.

### **Design Build Finance Operate (DBFO)**

Versão britânica do esquema *BOT*. O parceiro privado assume a conceção, a construção, o financiamento e a exploração.

### **Doentes equivalentes**

Os doentes equivalentes, num dado Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de curta duração e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respectivo GDH. Num episódio típico ou normal um doente saído corresponde a um doente equivalente.

Fonte: <http://portalcodgdb.min-saude.pt>

### **Doente Padrão**

Medida de atividade hospitalar global que agrega as diferentes atividades do hospital, ponderadas pelo seu peso relativo e a sua complexidade (por exemplo, converte uma consulta externa num valor equivalente de internamento).

### **Equity Value**

Valor de mercado dos capitais próprios

### **Enterprise Value**

Valor de mercado dos ativos

### **Falhas de Desempenho**

Ato ou omissão da Entidade Gestora do Estabelecimento ou da Entidade Gestora do Edifício que implica o não cumprimento dos Parâmetros de Desempenho constantes, respetivamente, dos apêndices 1 e 2 ao Anexo IX e do apêndice 1 ao Anexo XXIII do Contrato de Gestão (cláusula 1ª do Contrato de Gestão).

### **Grupos de Diagnóstico Homogéneo**

Classificação dos episódios agudos de doença tratados em internamento definidos em termos de uma ou mais das seguintes variáveis: diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, patologias associadas e complicações, procedimentos clínicos realizados, idade, sexo do doente e destino após a alta, de acordo com o disposto na cláusula 39ª do Contrato de Gestão.

---



---

**Índice de *Case-Mix***

Coefficiente global de ponderação da produção dum hospital, refletindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e consequentemente mais consumidoras de recursos. Fonte: <http://portalcodgdb.min-saude.pt>

---

**Produção Prevista**

Previsão de todas as prestações de saúde a realizar no âmbito da atividade do Estabelecimento Hospitalar, para cada período, em regra anual, de execução do Contrato, (cláusula 1ª do Contrato de Gestão).

---

**Rédito**

Os réditos ou rendimentos são reconhecidos sempre que é provável que fluam benefícios económicos para a Entidade e que possam ser avaliados com fiabilidade.

---

**Risco**

Probabilidade de ocorrência de eventos que possam provocar alterações às estimativas de custos e/ou benefícios do projeto.

---

**TIR Acionista Nominal**

A Taxa Interna de Rendibilidade para os acionistas, em termos anuais, para todo o prazo do Contrato de gestão, definido como a TIR do *Cash-Flow* acionista a preços correntes, durante todo o período do Contrato de gestão, calculada, respetivamente, nos termos constantes dos modelos financeiros da Entidade Gestora do Edifício e do Estabelecimento, (cláusula 1ª do Contrato de Gestão).

---

**TIR Acionista Real**

A Taxa Interna de Rendibilidade para os acionistas, em termos anuais, para todo o prazo do Contrato de gestão, definido como a TIR do *Cash-Flow* acionista a preços constantes, referidos a 1 de janeiro de 2007, durante todo o período do Contrato de gestão, calculada, respetivamente, nos termos constantes do modelo financeiro da Entidade Gestora do Edifício e da Entidade Gestora do Estabelecimento, (cláusula 1ª do Contrato de Gestão).

---



AUDITORIA AO CONTRATO DE GESTÃO DO HOSPITAL DE LOURES EM  
REGIME DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA

**Ficha técnica**

**Auditor Coordenador:** *José António Carpinteiro*

*(Licenciado em Direito)*

**Auditor Chefe:** *Pedro Miguel Fonseca*

*(Licenciado em Economia)*

**Equipa de auditoria:** *Ana Isabel Carreiro*

*(Licenciada em Gestão)*

*Paulo Alexandre Filipe*

*(Licenciado em Gestão)*



# I. SUMÁRIO

## 1. INTRODUÇÃO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas para 2014, aprovado pela Resolução n.º10/2013 – 2ª S, de 28 de novembro, realizou-se uma auditoria de resultados à execução do contrato de gestão do Hospital Beatriz Ângelo, entre 2010 e 2013.

O hospital está integrado no Serviço Nacional de Saúde, tendo iniciado a sua atividade em 2012, e serve uma população de cerca de 278.000 habitantes residentes nos concelhos de Loures, Mafra, Odivelas e Sobral de Monte Agraço.



Dispõe de 417 camas de internamento, 8 blocos operatórios, 44 gabinetes de consulta externa e 64 postos de Hospital de Dia.

No início de 2014 contava com um total de 1.728 colaboradores, dos quais 385 médicos e 551 enfermeiros.

Opera em regime de parceria público-privada tendo representado um investimento inicial de cerca de € 109.927 milhares por parte dos parceiros privados.

O respetivo Contrato de Gestão foi celebrado entre o Estado Português representado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (também designada por Entidade Pública Contratante), a SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. (também designada por Entidade Gestora do Estabelecimento) e a HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A. (também designada por Entidade Gestora do Edifício), que constituem as entidades auditadas.

A auditoria teve por objetivos principais avaliar a sustentabilidade da parceria, o desempenho do estabelecimento hospitalar e a atuação da Entidade Pública Contratante, na vertente da contratualização anual da produção, monitorização da produção e respetivo pagamento.

Não foram observadas no decurso da auditoria situações condicionantes do normal desenvolvimento dos trabalhos, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários, quer da ARSLVT, quer das equipas executivas e técnicas das Entidades Gestoras do Edifício e do Estabelecimento. Ainda assim, é de referir que o exercício de benchmarking com outras unidades hospitalares sai prejudicado pela inexistência do apuramento e acompanhamento, para os hospitais EPE, da grande maioria dos indicadores previstos nos contratos de gestão dos hospitais em PPP. Quanto aos indicadores transversais, verifica-se a limitação de serem apurados ao nível dos centros hospitalares e não dos vários estabelecimentos individuais que os compõem.

Em cumprimento do princípio do contraditório, o relato foi enviado às entidades identificadas no ponto 5, tendo as alegações sido refletidas no texto do presente Relatório, destacando-se no referido ponto, em síntese, os comentários de teor mais global. As alegações apresentadas são parte integrante deste relatório, constituindo o seu volume III.

O presente Relatório de Auditoria é composto por três volumes: Volume I – Sumário Executivo; Volume II – Desenvolvimento e Anexos; Volume III - Alegações no âmbito do contraditório.

Início de atividade		27/02/2012
Produção 2013	Doentes saídos do Internamento	19.808
	Cirurgias realizadas	11.479
	Partos	2.146
	Consultas Externas médicas	243.176
	Atendimentos na Urgência	186.018
	Sessões de Hospital de Dia	9.302





## 2. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

1. Não resulta evidente, da análise do primeiro ano de atividade completo<sup>1</sup> do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, uma maior eficiência decorrente do seu modelo de gestão privada, em PPP, face à gestão de outras unidades com gestão pública empresarial do Serviço Nacional de Saúde.
2. O financiamento por doente padrão<sup>2</sup> tratado no Hospital Beatriz Ângelo foi, aliás, em 2013, mais elevado (€ 2.642) que o atribuído aos centros hospitalares públicos selecionados para efeitos de *benchmarking*, de dimensão e complexidade comparáveis. Este ascendeu a € 2.292 no Centro Hospitalar de Leiria, EPE<sup>3</sup>, a € 2.341 no Centro Hospitalar de Alto Ave, EPE<sup>4</sup>, e a € 2.430 no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE<sup>5</sup>.
3. No final do ano de 2013, com cerca de dois anos de atividade, os **gastos operacionais por doente padrão** do Hospital Beatriz Ângelo, **€ 2.512**, foram superiores aos verificados em várias entidades públicas empresariais do Serviço Nacional de Saúde. Destacam-se, no universo dos hospitais EPE, os gastos operacionais por doente padrão do Hospital Garcia de Orta, EPE, € 2.415, do Centro Hospitalar de S. João, EPE, € 2.444, do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE, € 2.454. Note-se que estes estabelecimentos públicos se debatem com elevados custos de contexto relacionados com condicionantes corporativas várias, que não afetam o Hospital de Loures<sup>7</sup>.
4. Considerando apenas os hospitais<sup>8</sup> da amostra selecionada para efeitos de *benchmarking*, verifica-se que os **gastos operacionais por doente padrão** do Hospital Beatriz Ângelo foram inferiores em cerca de 2% aos do hospital público mais eficiente, o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, com gastos operacionais por doente padrão de € 2.569.
5. Considerando este grupo de hospitais, verifica-se que foram as rubricas de gastos com pessoal por doente padrão e de consumo de matérias por doente padrão que revelaram uma gestão mais eficiente, tendo-se verificado que as aquisições de matérias são feitas, frequentemente, a preços mais baixos do que os verificados nos restantes hospitais.
6. Em termos **organizativos** o Hospital Beatriz Ângelo apresenta uma **estrutura** que, no essencial, não difere das estruturas organizativas de outras entidades públicas empresariais hospitalares do SNS. Em termos de **gestão** privilegia uma abordagem “de baixo para cima”, baseada na

<sup>1</sup> 2013. A atividade do Hospital teve início em fevereiro de 2012.

<sup>2</sup> Número de doentes padrão apurado em sede de auditoria e ajustado na fase do contraditório.

<sup>3</sup> Constituído pelo Hospital de Santo André, situado em Leiria, Hospital Distrital de Pombal, sito em Pombal e Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, situado em Alcobaca.

<sup>4</sup> Constituído pelo Hospital Senhora da Oliveira, situado em Guimarães e pelo Hospital São José de Fafe.

<sup>5</sup> Note-se que a comparação é efetuada com centros hospitalares, pelo que os dados do seu financiamento e dos seus custos estarão provavelmente onerados com as ineficiências das unidades hospitalares de menor dimensão que foram agregadas às unidades hospitalares principais: Hospital de Santo André, em Leiria, o Hospital de Guimarães e o Hospital de Santa Maria da Feira. Assim, seria muito provável que o financiamento e os custos unitários por doente padrão destes três hospitais públicos fossem inferiores aos apurados para os Centros Hospitalares em que atualmente estão inseridos.

<sup>6</sup> Constituído pelo Hospital de São Sebastião, situado em Santa Maria da Feira, pelo Hospital Distrital de São João da Madeira e pelo Hospital São Miguel, situado em Oliveira de Azeméis.

<sup>7</sup> Entende o Administrador Executivo da Entidade Gestora do Hospital de Loures, S.A., em sede de contraditório, que não se“(…) *pode, a contrario, ignorar-se as condicionantes que afetaram e afetam o HBA*”, como seja o facto de os hospitais públicos terem visto a sua despesa com pessoal temporariamente diminuída, por aplicação da legislação, ao contrário do HBA onde “(…) *a totalidade dos colaboradores manteve as suas condições salariais intocadas*”.

<sup>8</sup> Três hospitais com gestão pública empresarial e dois hospitais em regime de parceria público-privada.



descentralização das decisões correntes para centros de gestão, organizados em equipas multidisciplinares que gerem as áreas clínica e não clínica do respetivo centro, estrutura que assenta na vertente operacional internamente designada por “tríade de gestão”<sup>9</sup>.

7. A organização do hospital destaca-se também pela opção diferenciadora, face à generalidade dos hospitais do SNS, de implementação de um processo de **organização de camas do internamento** sem uma **pré-atribuição de camas** às diversas valências clínicas. Tal terá contribuído para que o hospital tenha registado a maior **taxa de ocupação das camas**<sup>10</sup> **existentes no internamento**, 93%, entre os hospitais analisados.
8. O Hospital Beatriz Ângelo apresenta a **segunda maior**<sup>11</sup> **taxa de cirurgias realizadas em ambulatório dos hospitais comparados**, o que se traduz na diminuição dos custos unitários da atividade cirúrgica.
9. Em termos de maximização da **utilização do bloco operatório**, a taxa de utilização verificada no Hospital Beatriz Ângelo não difere de forma relevante das taxas médias verificadas nas restantes unidades hospitalares selecionadas no exercício de *benchmarking*. Apresenta, ainda assim, a maior taxa de utilização (85%), o que significa que o investimento aplicado em formação bruta de capital fixo e nos recursos humanos afetos ao bloco operatório está a ser melhor utilizado nesta unidade. A taxa de utilização na melhor unidade pública, o Centro Hospitalar de Leiria, é similar (81%).
10. O Hospital não apresenta constrangimentos assinaláveis quanto ao **acesso aos cuidados de saúde cirúrgicos**, tendo-se verificado que os tempos médios de espera efetivos permaneceram abaixo dos limiares máximos definidos<sup>12</sup>, com uma média de 49 dias de espera ao longo do período. No entanto, **2,9% das cirurgias foram realizadas para além do tempo máximo de espera definido, valor superior ao registado na unidade hospitalar pública do grupo de benchmarking com o melhor desempenho, o Centro Hospitalar de Leiria, EPE com 1,7%**.
11. Por outro lado, o **acesso às primeiras consultas apresenta debilidades**, tendo o tempo médio que os utentes permanecem em lista aumentado. Em 2012 o tempo de médio de espera foi de 71 dias, em 2013, 134 dias e no final do 1º semestre de 2014 de 168 dias, valores que comparam negativamente com o hospital público com tempos de espera mais baixos, de entre os selecionados para efeitos de *benchmarking*, o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE, com 79 dias de espera em 2012, 80 dias em 2013 e 92 dias no 1º semestre de 2014.
12. No Hospital Beatriz Ângelo, **26% dos atendimentos no serviço de urgência em 2013 excederam os tempos máximos recomendados** entre a triagem e a observação médica, o que compara com a taxa de apenas 11% verificada no Hospital de Cascais<sup>13</sup>. O serviço de urgência não tem, assim, demonstrado capacidade de resposta para atender atempadamente os utentes.
13. De 2012 a 2014, a **produção anual contratada** tem resultado de acordo entre as partes, mas tem sido inferior à prevista no modelo financeiro da parceria, particularmente nas linhas de produção do internamento e cirurgia de ambulatório e da urgência (atendimentos urgentes), que representaram,

<sup>9</sup> Equipas multidisciplinares com elementos da gestão operacional, clínica e administrativa, de composição flexível de acordo com o assunto em discussão, mantendo como elemento comum o respetivo gestor.

<sup>10</sup> 417 camas em 2012 e 2013- cfr. Relatório anual de avaliação de desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento.

<sup>11</sup> A maior taxa de ambulatorização verifica-se no Hospital de Cascais, também gerido em regime de PPP. As taxas verificadas nos hospitais públicos EPE são inferiores.

<sup>12</sup> Na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro.

<sup>13</sup> A taxa apresentada pelo CHEDV, de 4%, decorre da existência de uma percentagem elevada de atendimentos urgentes não codificados (cor branca – 27%), pelo que não é relevante para efeitos de comparação.



entre 2012 e 2014, em média 80% da remuneração contratada.

14. A produção realizada em 2012, ano de início de atividade, foi 38% inferior à acordada com a Entidade Pública Contratante/ARSLVT. Contudo, em 2013 e a partir desse ano, todas as **linhas de produção registaram significativos aumentos de atividade**, indiciando a estabilização dos níveis de produção de acordo com o previsto.
15. Apesar de o Hospital de Loures, enquanto nova unidade hospitalar, ter vindo substituir unidades hospitalares públicas já em funcionamento no SNS, em áreas de influência até então da sua responsabilidade, com destaque para o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE e do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, verificou-se que os impactos da sua abertura na produção de cuidados de saúde e no financiamento destes hospitais **não atingiram as previsões do estudo estratégico e económico-financeiro** realizado aquando do lançamento da parceria, o que poderá indiciar uma duplicação de recursos e de despesa no SNS.
16. **Não existe um nível de conflitualidade entre os parceiros que ameace a execução normal do contrato.**
17. Os indicadores de avaliação global por parte da ARSLVT, bem como de satisfação dos utentes, revelam elevados padrões de qualidade e de qualidade percebida, embora não existam dados apurados pelo Ministério da Saúde para realizar um *benchmarking* adequado com as restantes unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.
18. **O processo de avaliação anual do desempenho foi prejudicado pela inexistência de resultados apurados, pela ARSLVT, para os hospitais públicos do grupo de referência.** Tal omissão prejudica a transparência e a *accountability* da prestação de cuidados hospitalares pelos hospitais públicos e prejudica a disseminação de boas práticas de gestão.
19. Sem prejuízo dos impactos negativos provocados pelo ano de início de atividade, quer na situação económico financeira da **sociedade gestora do estabelecimento**, quer na variação do valor do projeto, verificou-se uma forte recuperação dos resultados operacionais da empresa, destacando-se o desagravamento verificado ao nível do EBIT e EBITDA, este último a recuperar de -€ 11.674 milhares em 2012, para € 1.101 milhares em 2013 e para € 1.544 milhares em 2014.
20. Acresce que, atendendo a que a maior parte dos anos de vida útil do projeto, para a entidade Gestora do Estabelecimento, ainda se encontram por realizar (cerca de 7 dos 10 anos do projeto), o potencial verificado na recuperação ocorrida nestes primeiros três anos poderá eventualmente conduzir a uma recuperação do valor perdido ( $\approx$  € - 14.714 milhares) até 2013, no sentido da concretização do valor inicialmente estimado para os 10 anos do projeto, de  $\approx$  € 4.137 milhares.
21. Relativamente à **Entidade Gestora do Edifício** não se registaram desvios significativos entre o projetado e o executado que resultassem de uma gestão desajustada, pelo que esta componente da parceria confere estabilidade para o desenvolvimento da componente da gestão clínica, não comprometendo a continuidade da prestação do serviço público de saúde.

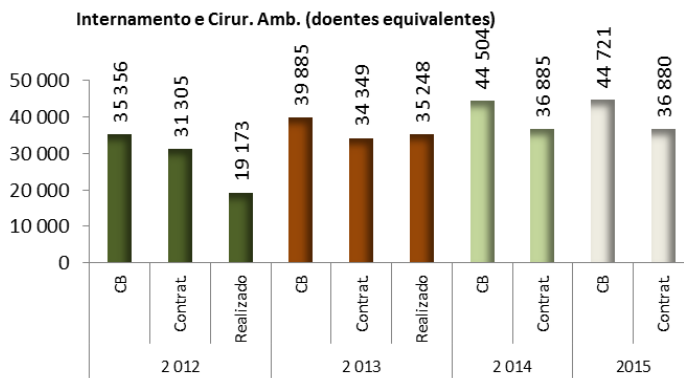


### 3. CONCLUSÕES E OBSERVAÇÕES DA AUDITORIA

#### 3.1. Desempenho da atividade assistencial

##### Internamento e cirurgia de ambulatório

- 22. As atividades de internamento e de cirurgia de ambulatório representaram em média **60% da remuneração anual** da Entidade Gestora do Estabelecimento, nos três anos de atividade do Hospital de Loures.
- 23. A **produção contratada** nesta área foi a que apresentou maiores reduções face às **estimativas do modelo financeiro**: -11% em 2012, primeiro ano incompleto de atividade, - 14% em 2013, segundo ano de atividade (primeiro ano completo), -17% em 2014 e -18% em 2015.



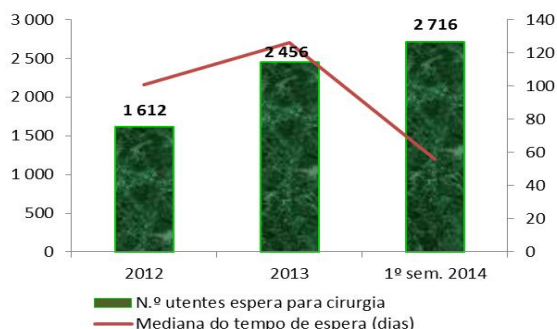
Fonte: Modelo financeiro; ARSLVT

Ainda assim, em 2012 a produção realizada<sup>14</sup> pelo hospital foi inferior em 39% à acordada com a Entidade Pública Contratante.

Já em 2013, o hospital produziu mais 3% nesta atividade relativamente ao acordado entre as partes.

- 24. A maior **complexidade dos doentes tratados** tem-se traduzido no apuramento de índices de *case mix* da atividade hospitalar superiores aos inicialmente estimados para o modelo financeiro (+37% em 2012 e +21% em 2013) e aos estimados na contratação da produção anual pela ARSLVT, situação com reflexo nos custos da atividade e no valor da respetiva remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento.
- 25. A maior complexidade da atividade realizada ocorreu fundamentalmente no **internamento cirúrgico**, o que resultará também, em parte, da transferência da atividade cirúrgica menos complexa para a atividade de ambulatório, tendência comum à generalidade das unidades hospitalares do SNS.
- 26. Em termos de **acesso aos cuidados de saúde cirúrgicos**, o número de **utentes em espera** tem aumentado desde o início de funcionamento do Hospital de Loures, conforme seria de esperar pelo efeito de entrada de novos utentes em lista. A **mediana do tempo de espera** desses utentes também aumentou nos dois primeiros anos, tendo no entanto diminuído no 1º semestre de 2014.

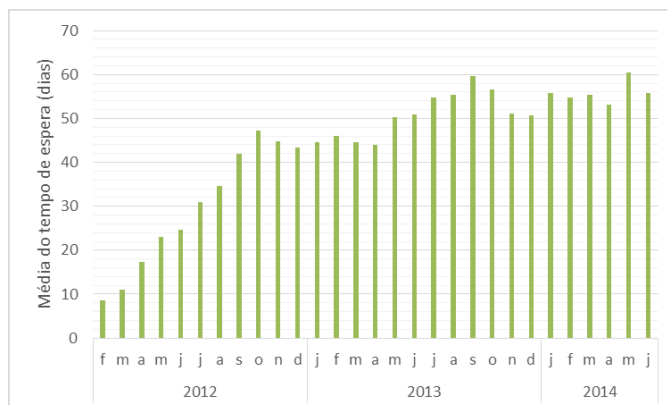
<sup>14</sup> Foi considerado, na produção realizada pela PPP de Loures, o número de doentes equivalentes que a EPC considerou elegível para pagamento após processo de reconciliação da produção.



Assim, em 2012, a mediana do tempo de espera foi de 101 dias, aumentando em 2013 para 126 dias e decrescendo significativamente no 1º semestre de 2014, para 56 dias, denotando uma tendência de estabilização e melhoria do indicador.

27. De facto, apesar de este indicador, em 2012 e 2013, ter sido dos piores entre as unidades hospitalares do SNS consideradas para efeito de *benchmarking*<sup>15</sup>, a situação parece estar controlada, tendo em conta que **no final do primeiro semestre de 2014 o Hospital Beatriz Ângelo registava a mais baixa mediana do tempo de espera, em conjunto com o C.H. de Leiria, EPE.**

28. Por outro lado, os **tempos efetivos de espera das cirurgias realizadas**, revelam que os tempos médios permaneceram abaixo dos limiares máximos definidos, com uma média de 49 dias de espera entre 2012 e o primeiro semestre de 2014.



29. Destacam-se com maiores tempos de espera as especialidades de Dermatologia e Oftalmologia: durante o primeiro semestre de 2014 os tempos médios de espera foram de 88 e de 78 dias respetivamente.

30. A **taxa de cumprimento dos tempos máximos de espera** foi, no período analisado, superior a 97%, embora a especialidade de ortopedia apresente uma taxa de incumprimento de 11% ao longo do período. Comparativamente às restantes unidades hospitalares consideradas, o resultado é inferior ao verificado na unidade hospitalar pública com o melhor desempenho, o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, com uma taxa de cumprimento de 98,3%.

Em sede de contraditório o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo** atualizou a informação do número de

<sup>15</sup> Para efeitos de *benchmarking* com o Hospital Beatriz Ângelo, foram selecionadas cinco unidades hospitalares do SNS: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE, Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, Centro Hospitalar de Leiria, EPE, Hospital de Vila Franca de Xira, PPP e Hospital de Cascais, PPP. A seleção teve por base os critérios da dimensão, da complexidade da atividade e do modelo de gestão. Três das unidades consideradas foram utilizadas como comparáveis no estudo que sustentou a celebração da parceria.



utentes na lista de inscritos para cirurgia, registando o Hospital de Loures, a 31 de dezembro de 2014 (dados provisórios), 2.777 de utentes com um tempo médio de espera de 88,2 dias. Comparativamente com os restantes hospitais da Região de Saúde de Lisboa, conclui a ARSLVT que, nessa data, o Hospital de Loures apresentou o segundo melhor tempo de espera para cirurgia e a quarta melhor lista de espera.

Informou, ainda, que o sistema de informação da Sociedade Gestora já se encontra harmonizado com o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia, tendo sido atualizado os dados relativos às listas de espera para cirurgia naquela plataforma.

31. Analisando a **eficiência** comparada do Hospital Beatriz Ângelo no primeiro ano completo de atividade, verifica-se que o seu desempenho foi inferior a todos os hospitais da amostra no que concerne à **demora média** dos utentes internados, 7,1 dias. O número de **doentes saídos** (por cama/mês), 3,9 doentes, é também dos mais baixos dos hospitais considerados.
32. Ainda assim, o aumento do **n.º de doentes saídos por cama**, 2,8 em 2012 e 3,9 em 2013, acompanhado pela diminuição da demora média, 7,3 no primeiro ano e 7,1 em 2013, revela uma **tendência de aumento na eficiência** de funcionamento do internamento.

	CHEDV	CHAlto Ave	CHLeiria	PPP-VFX	PPP- Cascais	PPP -Loures
Tx ocupação	83%	90%	67%	87%	76%	93%
Doentes saídos/por cama/mês	4,6	4,4	3,5	4,2	5,1	3,9
Demora média (dias)	5,3	6,5	5,9	5,8	4,7	7,1
Tx utilização bloco operatório	80%	74%	81%	82%	75%	85%
% de cirurgias de ambulatório	51%	55%	52%	60%	70%	63%

Fonte:Elaboração própria com base na informação da atividade assistencial dos hospitais (ano de 2013) e atualizada em sede de contraditório.

33. Embora a maior **demora média** possa ser explicada pela complexidade da atividade de internamento do Hospital de Loures, a mais elevada entre os hospitais em análise, outros hospitais apresentam **índices de case mix** similares com demoras médias inferiores, como é o caso do CHEDV.
34. A demora média é também superior à prevista no caderno de encargos (5 dias) que sustentou o lançamento do concurso da parceria. Tal desvio deverá no entanto ser analisado tendo em conta o contexto de **crescente ambulatorização** da atividade cirúrgica de menor complexidade, comum à generalidade das unidades hospitalares do SNS, que leva a que a atividade de internamento cirúrgico se concentre em patologias mais complexas e, consequentemente, com tempos de internamento superiores.

Em sede de contraditório procedeu o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo** ao recálculo da demora média do internamento, “(...) tendo por base a informação constante da Base de Dados de GDH nacional de 2013 disponibilizada pela ACSS (...) e comparou-a com os índices de case mix, em agrupador AP21 (...)” tendo obtido os seguintes resultados:

	H. Loures	CHEDV	CHAltoAve	CHLeiria
ICM internamento	1,075	1,077	1,003	1,006
Demora média internamento	7,09	5,38	6,48	6,24
% cir. Amb (GDH) p/ procedimentos ambulatorizáveis	83,80%	74,50%	77,90%	69,00%

Fonte: Contraditório da ARSLVT



Tendo concluído que o Hospital de Loures “*apesar de ter uma demora média superior às das demais unidades (...) apresenta igualmente índices de complexidade superiores*”, conclusão que não diverge da apresentada no relato de auditoria.

A ARSLVT salienta ainda as várias recomendações feitas à SGHL neste âmbito nos relatórios de avaliação do desempenho, alertando para a elevada demora média.

O **Administrador Executivo da Entidade Gestora do Hospital de Loures, S.A.** entende que a integração na comunidade, de um hospital *ex novo*, pode explicar a demora média pela permanência, para além do desejável, de “*doentes aguardando colocação na RNCCI ou em instituições residenciais de cariz social*”, representando “*cerca de 7% da capacidade total disponível*”.

Mencionou ainda que os valores da demora média apresentados no âmbito da auditoria, 7,10 dias, diferem dos apurados no sistema SICA, 7,18 dias, verificando-se também diferenças quanto aos dados das unidades consideradas para efeitos de *benchmarking*. Entendeu-se no entanto manter os valores apurados no âmbito da auditoria com base nos elementos solicitados a cada unidade hospitalar. Note-se que os valores apresentados para o Hospital Beatriz Ângelo, em sede de contraditório, quer pelo próprio hospital, 7,18 dias, quer pela ARSLVT, 7,09 dias, pouco diferem do valor apurado, não influenciando as conclusões apresentadas.

35. Por outro lado, apresenta a **segunda maior taxa de cirurgias realizadas em ambulatório**<sup>16</sup> dos hospitais comparados. O recurso à cirurgia de ambulatório traduz-se na diminuição dos custos unitários da atividade cirúrgica e contribui também para explicar a maior demora média.
36. Para a elevada **taxa de ocupação das camas do internamento, 93%**, no Hospital Beatriz Ângelo terá contribuído a opção diferenciadora, face à generalidade dos hospitais do SNS, de implementação do processo de **organização de camas de internamento** baseado na falta de territorialidade das mesmas, isto é, **inexistência** de uma pré-atribuição de camas às diversas valências clínicas. Esta prática, ao minimizar o número de camas inativas, contribui para a existência de uma elevada taxa de ocupação do internamento e para a eliminação das ineficiências resultantes da subutilização dos espaços afetos a determinadas especialidades concomitantemente à sobre utilização dos espaços de outras, comum na organização tradicional dos internamentos na generalidade das unidades hospitalares do SNS.
37. Em termos de maximização da **utilização do bloco operatório**, a taxa de utilização verificada no Hospital Beatriz Ângelo não difere de forma relevante das taxas médias verificadas nas restantes unidades hospitalares selecionadas no exercício de *benchmarking*. Apresenta, ainda assim, a maior taxa de utilização (85%), o que significa que o investimento aplicado em formação bruta de capital fixo e nos recursos humanos afetos ao bloco

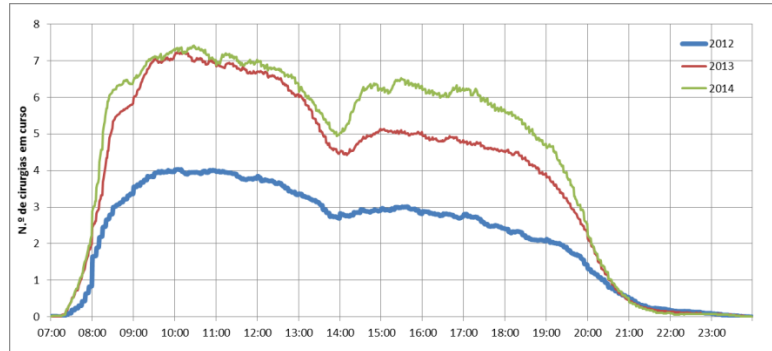
---

<sup>16</sup> A maior taxa de ambulatorização verifica-se no Hospital de Cascais, também gerido em regime de PPP. As taxas verificadas nos hospitais públicos, EPE, são inferiores.



operatório está a ser melhor utilizado nesta unidade. A taxa de utilização na melhor unidade pública, o Centro Hospitalar de Leiria, é similar (81%).

38. A ocupação física dos blocos operatórios tem, aliás, aumentado ao longo do período de atividade do hospital, conforme se observa no seguinte gráfico, que representa a ocupação média, ao longo do dia, das 8 salas de bloco do Hospital.



Fonte: SGHL,S.A

39. Em termos de rentabilidade, a linha de produção do internamento e cirurgia de ambulatório tem-se revelado negativa, tendo sido apurado, em 2012 um **EBIT por doente saído** de -€ 745 e, em 2013, de -€ 281,8.

### Consulta Externa

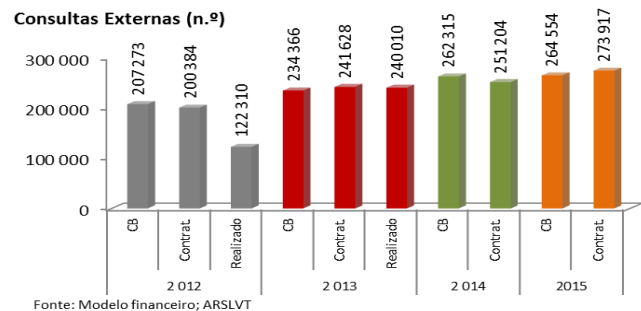
40. A linha de produção de consultas externas representou, em média, nos três anos analisados, **19% do total da remuneração anual** da Entidade Gestora do Estabelecimento.
41. A contratação de consultas externas em 2012 e 2014 foi inferior ao estimado no modelo financeiro em -3% e -4%, respetivamente. Em 2013 a Entidade Pública Contratante negociou a produção de 241.628 consultas com o Hospital Beatriz Ângelo, mais 3% do que o estimado no modelo financeiro, tendo sido reportada a realização de 243.176 consultas, isto é, cerca de 1% acima do valor contratado. Contudo, em processo de validação de produção a EPC considerou elegíveis apenas 240.010 consultas.

É de salientar o facto de **a produção de consultas externas em 2012 ter ficado cerca de 41% abaixo das previsões do caso base** e 39% face ao contratualizado com a Entidade Pública Contratante / Administração Regional de Saúde e de Lisboa, IP.





42. Para além do início faseado da atividade hospitalar até finais de fevereiro de 2012, a reduzida produção de consultas externas registada no 1º ano de atividade terá sido resultado das dificuldades na atração dos utentes<sup>17</sup> a uma nova unidade hospitalar, eventualmente subestimada nas previsões do caso base.



43. Para mitigar o risco de procura, transferido para a Entidade Gestora do Estabelecimento, esta tem desenvolvido contatos com as unidades de cuidados de saúde primários da sua área de influência, no sentido de divulgar a atividade desenvolvida pelo hospital e de garantir a adequada interligação entre os dois níveis de cuidados, o que poderá ter contribuído para a estabilização verificada em 2013.

44. A **proporção de primeiras consultas no total de consultas médicas**, indicador normalmente utilizado para avaliar o acesso à consulta externa, tem-se mantido acima do objetivo anual definido contratualmente (33,3%), situando-se ligeiramente acima da média das unidades hospitalares analisadas para efeitos de *benchmarking*.

45. Em 2014, perspectiva-se que a produção de consultas externas ultrapasse novamente as quantidades contratualizadas com a EPC/ARSLVT, situação que poderá ter reflexos ao nível dos tempos de espera, degradando as condições de acesso dos utentes à consulta externa hospitalar.

46. Tendo em conta que **a Entidade Gestora do Estabelecimento não é remunerada pelas consultas externas que realize acima da produção anual acordada**, a contratação, por parte da EPC/ARSLVT, de quantidades insuficientes de produção para esta linha de atividade poderá **dificultar o acesso dos utentes à consulta externa**, uma vez que a Entidade Gestora do Estabelecimento tem incentivos a desviar os recursos de que dispõe para outras atividades nas quais exista margem para aumentar a produção faturável.

Salientou o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo** que “(...) não obstante no quadro das regras de comportabilidade orçamental, a produção de primeiras consultas externas anualmente contratada (...) tem vindo a ser sucessivamente incrementada para dar resposta à procura dirigida ao Hospital (...)”. Afirmou ainda que “(...) na perspetiva do acesso que, com exceção do ano de arranque (2012), a SGHL tem inclusivamente efetuado mais primeiras consultas do que as contratualizadas e, conseqüentemente, remuneradas nos termos do Contrato de Gestão.”

<sup>17</sup> Quer pela insuficiência das infraestruturas de acesso ao hospital, quer por eventuais dificuldades na referenciação das unidades de cuidados primários (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Saúde Familiar) para a nova unidade hospitalar. O **Administrador Executivo da Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.**, apresentou como justificação, para uma produção de consultas externas, em 2012, abaixo do contratado com a ARSLVT, o facto de “(...) se verificaram problemas sérios de indisciplina na referenciação de doentes pelo Cuidados Primários (CP) da área de influência para o HBA, problemas só resolvidos pela ARSLVT em outubro de 2012 (...)”



Já o **Administrador Executivo da Entidade Gestora do Hospital de Loures, S.A. do Hospital Beatriz Ângelo**, referiu que o “(...) o HBA não só cumpriu integralmente em 2013 e 2014 a produção de consultas contratadas com a ARS-LVT, como no último ano realizou mais de 20 mil consultas acima da produção contratada, atividade que não será remunerada.”

47. Sendo a **procura de primeiras consultas externas** fundamentalmente exógena<sup>18</sup> ao Hospital, as consultas realizadas pelo Hospital Beatriz Ângelo, acima da produção acordada com a ARSLVT, são realizadas *pro bono* à comunidade. Assim, e porque importa também assegurar o adequado acesso à consulta externa, a ARSLVT deve ponderar, para efeitos de contratualização, a adequação da atividade contratada para a atividade de consulta externa à procura efetivamente verificada.
48. De facto, o **acesso às primeiras consultas** apresenta já algumas debilidades, tendo o número de utentes em espera e o tempo médio que permanecem em lista aumentado. Os 28.635 utentes em espera no final de 2012, com o tempo de médio de espera de 71 dias, aumentaram para 58.986 utentes em lista no final de 2013, registando em média a permanência de 134 dias. No final do 1º semestre de 2014 o Hospital de Loures tinha em lista de espera para consulta de 72.323 utentes com um tempo médio de espera de 168 dias.

Referiu o **Ministro da Saúde**, através do Chefe de Gabinete, que os tempos de espera para a primeira consulta, apresentados pelo Hospital de Loures em 2012 e 2013, encontram-se, ainda assim, dentro do limite máximo de resposta atribuído às consultas com prioridade normal, isto é, 150 dias, de acordo com a Portaria que estabelece o Tempo Máximo de Espera de Resposta Garantido para a realização das primeiras consultas de especialidade hospitalar referenciadas pelos Centros de saúde.

49. Os **tempos registados são dos mais elevados dos hospitais da amostra**<sup>19</sup>, destacando-se o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, como o que apresenta os melhores resultados no acesso à primeira consulta hospitalar. O Hospital de Loures também não se destaca nos **indicadores de produtividade** da consulta externa no ano de 2013: o **número de consultas por médico ETC** encontra-se abaixo da média do grupo de *benchmarking*, com 693 consultas realizadas por médico, no ano de 2013, valor inferior aos verificados nos Centros Hospitalares Entre Douro e Vouga, 1.443 consultas, e Leiria, 721 consultas por médico, bem como no Hospital de Vila Franca de Xira, 744 consultas por médico.
50. Em termos de rendibilidade, a linha de produção da consulta externa já contribuiu, em 2013, positivamente para os resultados da sociedade, registando um **EBIT unitário** de € 8,6 por consulta externa médica, recuperando dos -€14,6 verificados no ano anterior.

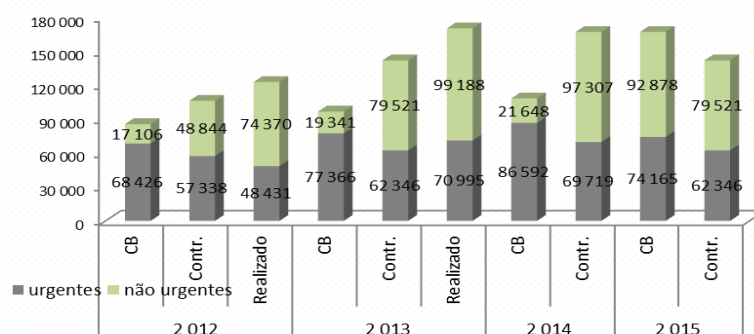
<sup>18</sup> Note-se que, apesar de o Contrato de Gestão prever a transferência do risco de procura para a entidade gestora, na prática o fluxo de doentes que acede à consulta externa hospitalar é determinado pelo Estado, dado que as referenciações dependem das unidades de cuidados de saúde primários, dependentes da ARSLVT.

<sup>19</sup> Com a exceção do registado no final do ano de arranque da atividade, no qual a procura dos utentes ficou aquém da esperada e da que se veio a verificar no ano seguinte.

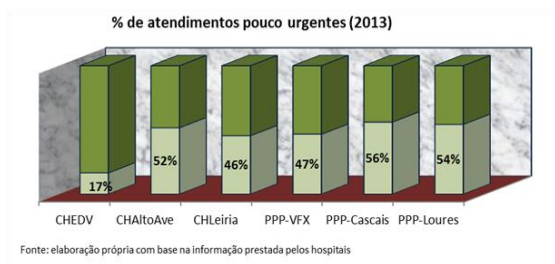


## Urgência

51. A Produção Prevista de **atendimentos urgentes** acordada entre a EPC/ARSLVT e a Entidade Gestora do Estabelecimento tem sido inferior às estimativas do modelo financeiro. Contrariamente, nos atendimentos considerados não urgentes<sup>20</sup>, cuja remuneração é feita por menos de metade do preço dos atendimentos urgentes, os valores contratados têm sido superiores aos previstos no modelo financeiro, tendo ainda a produção realizada<sup>21</sup> nos anos de 2012 e 2013 sido superior.



52. Ainda assim, em 2013 o Hospital Beatriz Ângelo registou um **EBIT** positivo nesta linha de atividade, de cerca de € 5,6 por cada atendimento na urgência, recuperando dos -€ 4,3 registados em 2012.
53. Da análise da **afluência à urgência hospitalar** na vertente da gravidade dos doentes que recorrem a este serviço, medido através do sistema de Triagem de Manchester, verifica-se existir uma percentagem muito elevada de utentes classificados como pouco urgentes e não urgentes.
54. Dos 135.425 atendimentos efetuados na urgência do Hospital Beatriz Ângelo, em 2012, 43% foram considerados urgentes, e em 2013, 45% do total de 186.018 atendimentos<sup>22</sup>.



<sup>20</sup> Os atendimentos na urgência são classificados em urgentes ou não urgentes de acordo com a prioridade atribuída pela aplicação do protocolo de triagem de Manchester.

<sup>21</sup> Produção após reconciliação, isto é, considerada elegível pela Entidade Pública Contratante para pagamento.

<sup>22</sup> Valores correspondentes à atividade assistencial do Hospital Beatriz Ângelo, anteriores à reconciliação da produção efetuada pela Entidade Pública Contratante e que inclui os atendimentos na urgência que originaram internamento e como tal não são elegíveis para pagamento nesta linha de produção.



55. A percentagem de atendimentos não urgentes não diverge de forma relevante da média dos hospitais da amostra<sup>23</sup>.

Em matéria de atendimento na urgência hospitalar não urgente afirmou o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**, que esta entidade, no quadro das suas atribuições e competências e “(...) *no sentido da minimização do recurso indevido/injustificado pelos utentes aos Serviços de Urgência dos hospitais, nomeadamente do Hospital Beatriz Ângelo, tem procurado implementar medidas, entre as quais se destacam o alargamento do horário de funcionamento dos Centros de Saúde até às 22h00, como aconteceu recentemente, a organização das listas de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, no sentido da atribuição de médico de família a mais utentes, a abertura de novas unidades de cuidados de saúde primários.*”

56. Em termos de **capacidade de resposta**, o serviço de urgência do Hospital Beatriz Ângelo não tem conseguido cumprir na totalidade os **tempos máximos de espera após triagem** considerados adequados para cada nível de prioridade. Em 2013, 26% dos atendimentos excederam os tempos máximos recomendados entre a triagem e a primeira observação médica.

Prioridade atribuída	Nº Atend.	Tempo médio espera	Tempo máximo definido	% atend. após tempo máximo
Vermelho	441	00:00:00	00:00:00	0,0%
Laranja	15 876	00:14:31	00:10:00	48,9%
Amarelo	64 862	00:51:03	01:00:00	31,7%
Verde	97 680	01:10:08	02:00:00	19,0%
Azul	1 990	01:23:47	04:00:00	3,5%
Branco	420	00:24:37	-	-
<b>Total</b>	<b>181 269</b>	<b>00:58:20</b>	<b>-</b>	<b>26,0%</b>

Fonte: Relatório anual de avaliação do desempenho da EGEst - 2013

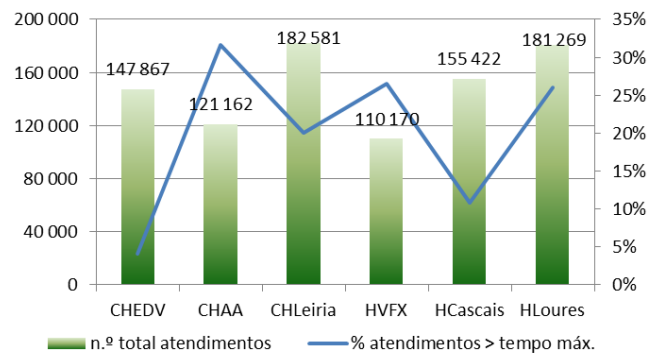
Nota: A análise excluiu atendimentos com ausência ou inconsistência da informação relativa à data/hora de cada registo

Em sede de contraditório referiu o **Ministro da Saúde**, através do Chefe de Gabinete, que se à primeira vista os 26% de atendimentos que excederam o tempo máximo de espera na urgência revelam alguma incapacidade deste serviço, “(...) *não pode deixar de salientar que este hospital não constitui um hospital de substituição, e por isso, está sujeito a uma maior incerteza e ao gradual ajustamento da procura nos primeiros anos de atividade, para além de que o ano de 2013, como primeiro ano completo de atividade, foi ainda um ano de ajustamentos de afetação de recursos humanos, de verificação de necessidades e da análise do comportamento da população a uma nova oferta de cuidados de urgência hospitalar.*”

Por sua vez, mencionou o **Administrador Executivo da Entidade Gestora do Hospital de Loures, S.A.** que “(...) *em termos de espera entre a triagem e o 1º atendimento médico, o HBA com exceção dos doentes laranja, assegura, em todas as outras cores de prioridade, tempos médios inferiores aos tempos-alvo do Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) e que, relativamente aos doentes laranja, o tempo médio é de 4,5 minutos acima do tempo-alvo do PTM (contra, por exemplo, 24 minutos no CH do Alto Ave e 14 minutos no H. e VFX e no CH Entre Douro e Vouga).*”

<sup>23</sup> A taxa apresentada pelo Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE, (CHEDV), de apenas 17% de episódios classificados como não urgentes, está relacionada com a existência de uma percentagem elevada, de 27%, de atendimentos urgentes não codificados (cor branca).

57. O Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE (CHAA) registou a taxa mais elevada de incumprimento, tendo realizado 31,6% dos atendimentos após triagem para além do tempo máximo definido. Por sua vez, o Hospital de Cascais apresentou uma taxa de apenas 11%<sup>24</sup>.



Fonte: Informação dos hospitais e relatórios de avaliação de desempenho da PPP de VFX e da PPP de Loures (2013)

### 3.2. Organização, produtividade e eficiência global da atividade assistencial

58. Em termos organizativos, o Hospital de Loures apresenta uma estrutura que, no essencial, não difere das estruturas organizativas de outras entidades hospitalares do SNS. Em termos de gestão, privilegia uma abordagem “de baixo para cima”, baseada na descentralização das decisões correntes para centros de gestão, organizados em equipas multidisciplinares que gerem as áreas clínica e não clínica do respetivo centro, estrutura que assenta no que internamente se designa por “tríade de gestão”<sup>25</sup>.
59. Por outro lado, a **estrutura de pessoal** caracteriza-se pelo recurso mais acentuado ao pessoal médico face ao pessoal de enfermagem (rácio de profissionais de enfermagem por pessoal médico, 1,56, o segundo mais baixo dos hospitais considerados para efeitos de *benchmarking*). Este rácio tem sido, ainda assim, superior ao que resulta das previsões do caso base.
60. Em 2013, a PPP de Loures é a segunda entidade com o menor peso dos gastos com pessoal<sup>26</sup> no total dos custos operacionais, 55 %, sucedendo à PPP de Cascais com 50%.
61. As horas extraordinárias no Hospital de Loures não são significativas no total da remuneração do pessoal, ao contrário do que se verifica nos restantes hospitais da amostra analisada, existindo alternativamente um recurso mais acentuado à contratação externa de médicos e enfermeiros em regime de prestação de serviços.
62. A estrutura de custos com pessoal no Hospital de Loures é mais flexível, entre os hospitais considerados para efeitos de *benchmarking*: enquanto nos hospitais EPE, em 2013 a parcela fixa dos gastos com pessoal se situou entre 81 e 85%, no Hospital de Loures os gastos fixos

<sup>24</sup> A taxa apresentada pelo CHEDV, de 4%, decorre da existência de uma percentagem elevada de atendimentos urgentes não codificados (cor branca – 27%), pelo que não é relevante para efeitos de comparação.

<sup>25</sup> Equipas multidisciplinares com elementos da gestão operacional, clínica e administrativa, de composição flexível de acordo com o assunto em discussão, mantendo como elemento comum o respetivo gestor.

<sup>26</sup> Para efeito de cálculo, introduziu-se nos gastos com pessoal as contratações externas de médicos e enfermeiros e retirou-se esse valor da rubrica de FSE.



foram de apenas 72% do total de gastos com pessoal, revelando uma gestão mais eficiente dos recursos humanos.

63. De facto, e apesar dos desvios verificados nesta rúbrica, face às previsões iniciais do modelo financeiro, é nos **gastos com pessoal** por doente padrão que o Hospital de Loures se revela mais eficiente face aos restantes hospitais da amostra. O Hospital de Cascais, também gerido em parceria público-privada, é ainda assim o que apresenta os menores gastos com pessoal por doente padrão.
64. Também os custos unitários com o **consumo de matérias** (material clínico e farmacêutico) são os mais baixos dos hospitais utilizados para efeitos de *benchmarking*, embora iguais aos verificados no Centro Hospitalar de Leiria.
65. Da análise dos consumos unitários de medicamentos constatou-se que, no Hospital Beatriz Ângelo e no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE, 37% dos medicamentos analisados em cada unidade<sup>27</sup> foram adquiridos a um preço inferior aos dos restantes hospitais utilizados para comparação, evidenciando a existência de um processo de aquisição mais económico. Tal também se verifica, em menor grau, no Centro Hospitalar de Leiria, EPE, no qual 30% dos produtos apresentam o preço mais baixo.
66. A variação de preços verificada entre as várias unidades hospitalares denota a existência de um potencial de poupança significativa nos custos com medicamentos pela melhoria dos processos de aquisição, especialmente no Hospital de Cascais, no qual apenas 4% dos produtos foram adquiridos a preços inferiores aos dos restantes hospitais.
67. São as rúbricas de gastos com pessoal e com consumo de matérias que mais contribuem para que o Hospital de Loures consiga atingir o menor gasto operacional por doente padrão, € 2.512, entre o grupo de hospitais selecionados para efeitos de *benchmarking*.
68. O ganho de eficiência face à média é, no entanto, idêntico ao obtido pelo Centro Hospitalar de Leiria, EPE, que consegue custos por doente padrão de € 2.569, pelo que **não resulta evidente uma maior eficiência da gestão privada da unidade hospitalar face à gestão de outras unidades com gestão pública**, embora seja de assinalar que o resultado apresentado foi conseguido logo no primeiro ano completo de atividade.
69. Acresce que, quando comparados com os 31 hospitais do SNS constantes do benchmarking desenvolvido pela ACSS<sup>28</sup>, os **gastos operacionais por doente padrão** de verifica-se que, em 2013 do Hospital de Loures foram superiores aos verificados em várias entidades públicas empresariais, embora ligeiramente inferiores à média. Posicionou-se, no seu

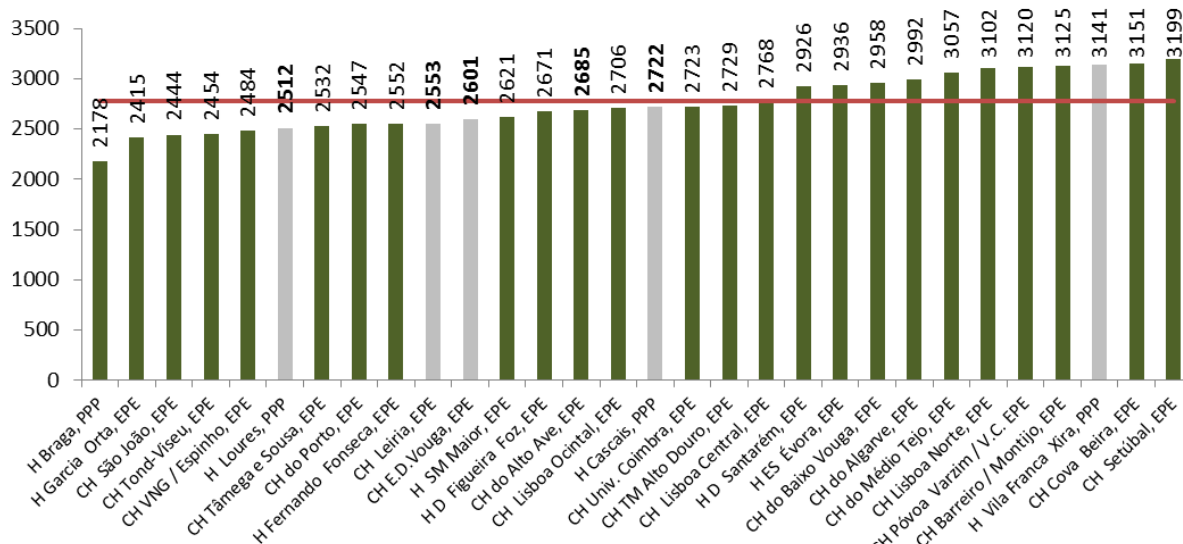
---

<sup>27</sup> Representativos de cerca de 40% do valor dos consumos de medicamentos do Hospital Beatriz Ângelo em 2013.

<sup>28</sup> A diferença de valores neste indicador, entre o estudo de *benchmarking* da ACSS e os cálculos apresentados no âmbito desta auditoria, relativamente aos CHEDV, CH de Alto Ave, CH Leiria, reside no facto de se ter considerado todos os gastos operacionais (incluindo os extraordinários), por motivos de comparabilidade com a informação financeira das sociedades gestoras do estabelecimento. Os dados da ACSS excluem os gastos extraordinários. Por outro lado, é de salientar que os dados relativos às unidades hospitalares em regime de PPP não são adequadamente validados pela ACSS, pelo que se optou pelo ajuste dos dados com base em informação prestada pelas entidades gestoras.



segundo ano de atividade, no primeiro terço das unidades hospitalares do SNS, indiciando assim forte possibilidade de melhoria da posição.



Fonte: ACSS, indicadores de Benchmarking, dez. 2013 e informação obtida junto da PPP Cascais, Loures e VFX

Refere o **Ministro da Saúde em sede de contraditório**, através do Chefe de Gabinete, que o indicador dos gastos operacionais por doente padrão tem “(...) *relevância para a Entidade Gestora do Estabelecimento, no sentido de desencadear as medidas necessárias para ser mais eficiente e, com isso, melhorar a sua performance económico-financeira*”. Refere, ainda assim, que a maior ou menor eficiência do parceiro privado não impacta nos encargos do Estado, uma vez que os preços pagos pela produção realizada estão fixados contratualmente.

O Tribunal considera que a questão não se coloca apenas nos preços mas na aferição do desempenho comparado dos modelos de gestão. É o desempenho mais eficiente dos parceiros privados, em termos de custos unitários, que sustenta o recurso a parcerias público-privadas em detrimento da produção própria.

O **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde** partilha os argumentos apresentados pelo Ministro da Saúde, acrescentando “(...) *que o sucesso de uma PPP, entre vários fatores, também deve ser avaliado pelos resultados económico-financeiros do parceiro privado e, consequentemente, o impacto que os mesmos têm na sustentabilidade do projeto objeto da parceria bem como na capacidade de remunerar os seus acionistas.*”

Neste sentido o Tribunal sublinha a relevância dos resultados dos parceiros privados para o interesse público, uma vez que são estes que garantem a sustentabilidade do projeto e a continuidade da prestação do serviço público.

70. O financiamento por doente padrão contratado com cada unidade hospitalar é mais baixo nos hospitais EPE, do que nas unidades geridas em PPP. Ainda assim, o financiamento por doente padrão no Hospital de Loures é mais baixo do que o apurado para as PPP dos Hospitais de Cascais e de Vila Franca de Xira.



2013	CHEDV	CHAlto Ave	CHLeiria	PPP-VFX	PPP- Cascais	PPP -Loures
Produção Contratada (2013)	75 778 624 €	71 834 876 €	72 861 872 €	63 119 602 €	72 665 697 €	90 763 025 €
<i>atividade clínica (PSNS prevista)</i>				52 147 821 €	62 784 053 €	73 813 394 €
<i>edifício (média 30 anos)</i>				10 971 781 €	9 881 644 €	16 949 632 €
<b>Financiamento por doente padrão</b>	<b>2 430 €</b>	<b>2 341 €</b>	<b>2 292 €</b>	<b>3 736 €</b>	<b>2 951 €</b>	<b>2 642 €</b>

Fonte: Contratos-Programa EPE (2013); parcela a cargo do SNS das Entidades Gestoras do Estabelecimento e Edifício das PPP de Vila Franca de Xira, Cascais e Loures e Protocolo de HIV/Sida celebrado entre a PPP de Cascais e a ARSLVT (montante estimado para 2013).

Nota 1: O valor respeitante à contratualização dos EPE inclui os incentivos institucionais.

Nota 2: A informação do n.º de doente padrão foi obtida junto da ACSS e retificada com a informação da PPP Loures e PPP VFX

É, no entanto, de notar que os montantes fixados nos contratos programa dos hospitais EPE podem não constituir os únicos encargos do Estado com estas unidades hospitalares.

Relativamente à comparação do financiamento por doente padrão, o **Administrador Executivo da Entidade Gestora do Hospital de Loures, S.A.**, vem salientar, em sede de contraditório, “*o facto de o financiamento do doente padrão dos hospitais PPP integrar uma parcela substancial relativa à componente dos novos edifícios, financiados em project finance, não comparável com hospitais cujos edifícios são mais antigos e se encontram total ou quase totalmente amortizados*”.

Salienta ainda “*os montantes atribuídos, pelo Ministério de Saúde, a título de reforços de capital estatutário e/ou orçamentos suplementares*”, não incluídos no contrato programa.

No mesmo sentido, pronunciaram-se o **Ministro da Saúde** e o **Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP**, salientando que “*nos Contratos de Gestão em regime PPP os preços pagos pela prestação de cuidados de saúde são os únicos encargos do Estado, o que não acontece no caso dos hospitais, EPE*”. O **Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP**, refere ainda que “*o modelo de financiamento e respetivos preços pode ser insuficiente para cobrir a estrutura de custos, ou seja, os défices gerados por esta situação acrescem aos encargos do Estado*”.

O **Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Vila Franca de Xira** referiu “*o facto da remuneração da Entidade Gestora do Edifício concentrar-se de forma substancial nos primeiros anos da parceria, contrariamente às outras parcerias*” e salientou que no primeiro trimestre do ano de 2013, o HVFX ainda desenvolveu a sua atividade no edifício do anterior hospital, sendo por isso remunerado a um preço “*significativamente superior (em média, cerca de 20%) ao financiamento relacionado com o resto do período*”, situações com influência direta no valor de financiamento considerado.

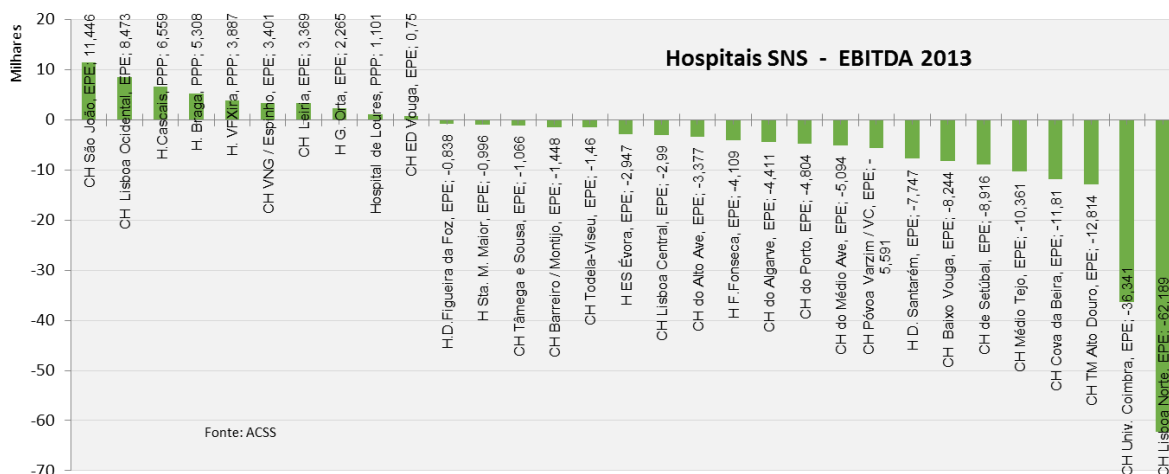
Tendo em conta a relevância do alegado quanto às diferenças existente nas distribuições temporais, ao longo dos 30 anos de contrato, das remunerações das entidades gestora dos edifícios das PPP, foram utilizados os valores médios anuais previstos nos contratos de gestão, tendo os dados e as análises sido ajustadas em conformidade.

De resto, entende o Tribunal ser de manter a análise do financiamento por doente padrão considerando a remuneração do edifício nas unidades hospitalares PPP, uma vez que se pretende considerar todos os encargos para o Estado, passíveis de quantificação, independentemente da fase de maturação dos respetivos projetos hospitalares, que deverão, obviamente, ser tidos em conta na interpretação dos valores apurados.

71. Comparando os resultados económicos obtidos nos hospitais do SNS, constata-se que todas as unidades hospitalares geridas em regime de parceria público-privada obtiveram EBTIDA



positivos em 2013, destacando-se entre estas, as PPP de Cascais e de Braga (ambas com mais anos de exploração) com EBTIDA mais elevados, € 6.559 milhares e € 5.308 milhares, respetivamente.



72. De entre os 32 hospitais analisados, o Hospital de Loures posicionou-se em 9º lugar com um EBITDA de € 1.100 milhares obtido no primeiro ano completo de atividade clínica.

### 3.3. Execução e controlo do Contrato de Gestão na vertente Hospitalar

73. Apesar da **produção anual contratada** ter, nos anos decorridos, resultado de entendimento entre as partes, esta tem sido inferior à prevista no modelo financeiro da parceria, particularmente nas linhas de produção do internamento e cirurgia de ambulatório e da urgência (atendimentos urgentes), que representaram, entre 2012 e 2014, em média 80% da remuneração contratada.
74. Todas as **linhas assistenciais registaram significativos aumentos de atividade em 2013**, face ao primeiro ano, refletindo não só o facto de em 2012 a atividade se ter iniciado faseadamente até 27 de fevereiro, mas também uma maior afluência dos utentes, que em 2012 ficou muito aquém do esperado.
75. A produção registada no primeiro ano de atividade do Hospital Beatriz Ângelo foi, no entender da sociedade<sup>29</sup>, prejudicada por uma tardia atualização da referenciação dos Cuidados de Saúde Primários para os hospitais e por não se ter verificado qualquer reestruturação da oferta pública hospitalar na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT).
76. Tratando-se de um novo hospital, abrangendo áreas de influência até então da responsabilidade de unidades hospitalares já em funcionamento no SNS, seria de esperar uma reestruturação da oferta de serviços por parte dessas unidades hospitalares. Com base

<sup>29</sup> Cfr. Relatório & Contas do Hospital Beatriz Ângelo de 2012.



em informação fornecida pela ARSLVT<sup>30</sup> verificou-se que os decréscimos da produção nos hospitais da RLVT, aquando da abertura, em 2012, do Hospital Beatriz Ângelo, foram mais evidentes nos Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE e Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, nas consultas externas, -9% e - 5%, respetivamente, nas cirurgias programadas, -4% e -13%, respetivamente e no n.º de doentes saídos do internamento, - 19% e -6%, respetivamente. Contudo, não atingiram os impactos previstos no estudo estratégico e económico-financeiro<sup>31</sup> o que **poderá indiciar alguma duplicação de recursos** aquando da abertura do Hospital de Loures.

77. Em sede de contraditório, a ARSLVT refere que as previsões do estudo estratégico se baseavam em dados de 2004 e 2005, alertando para as *“inúmeras alterações nos cuidados hospitalares da região de Lisboa, incluindo reorganizações hospitalares e de áreas de influência, alterações demográficas e evoluções na procura e nas necessidades de cuidados de saúde hospitalares a satisfazer”*, que podem explicar as divergências apuradas.
78. A **reconciliação anual da remuneração** a pagar à Entidade Gestora do Estabelecimento é um procedimento complexo e moroso, envolvendo a contratação e dependência, por parte da Entidade Pública Contratante, de consultores externos para a concretização dos testes de validação da produção, bem como para apoio às tarefas de acompanhamento do Contrato<sup>32</sup>.
79. Em sede de contraditório o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**, salientou que *“estas assessorias [constituíram] valor acrescentado no exercício dos poderes do ente público permitindo coadjuvar na obtenção de ganhos, de qualidade e financeiros para o Estado, decorrentes do rigoroso acompanhamento e fiscalização do Contrato de Gestão”*.

Por outro lado, salientou que tem havido o reforço dos meios internos aos quais têm sido progressivamente solicitadas mais tarefas com a consequente diminuição das necessidades de recurso aos consultores externos.

Assim, acolhe, o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**, a recomendação que lhe foi dirigida referindo que *“(…) manterá a todo o tempo a ponderação adequada para efeitos de custo/benefício e o desenvolvimento de competências adequadas que permitam um recurso pontual e sempre orientado para a satisfação de necessidades técnicas específicas”*.

80. Nas reconciliações anuais de produção/pagamentos têm surgido **divergências** quanto a **interpretação das normas** contratuais em termos de identificação da produção elegível e

---

<sup>30</sup> Constante dos Planos de Desempenho, instrumentos de contratualização e a acompanhamento da produção das unidades hospitalares do SNS.

<sup>31</sup> O estudo estratégico e económico-financeiro, realizado pelo Banco BPI, S.A. em dezembro de 2006, concluiu que os hospitais em que se verificariam os impactos mais significativos sobre a sua atividade assistencial, seriam os Hospitais Pulido Valente, com -30% no internamento e na consulta externa, o Hospital de Santa Maria com -32% na urgência e -26% no internamento e na Maternidade Dr. Alfredo da Costa com menos 26% no internamento.

<sup>32</sup> No mesmo sentido, ver o Relatório de Auditoria n.º 11/2014 – 2.ª S – Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais.



das eventuais deduções decorrentes da avaliação da performance da Entidade Gestora do Estabelecimento, que resultam do exercício normal e regular do controlo interno do contrato e que não geram conflitualidade que ameace o bom funcionamento da parceria, embora provoquem atrasos no processo de reconciliação.

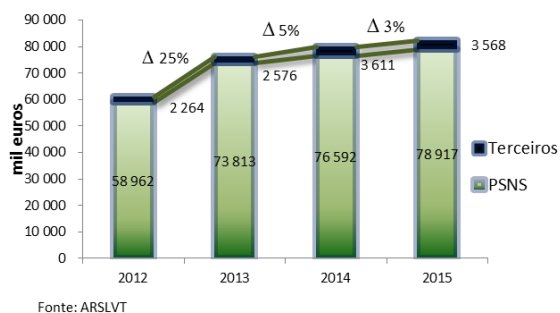
Relativamente aos atrasos verificados, a ARSLVT salienta, no âmbito do contraditório, que “estes trabalhos não se encontram unicamente dependentes das tarefas levadas a cabo pela Entidade Pública Contratante” e que a redução dos prazos não deve “sobrepôr-se ao objetivo fundamental que consiste na verificação e validação o mais exaustivas possível da informação necessária para apuramento do valor efetivo da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde”.

- 81. Em 2012 a remuneração da atividade clínica do Hospital de Loures foi fixada em € 61.266 milhares, sendo 96% deste montante da responsabilidade do SNS, ou seja € 58.962 milhares.

Em 2013, primeiro ano completo de atividade, a remuneração anual dos serviços clínicos aumentou em 25%, totalizando € 76.389 milhares.

Em 2014 a remuneração anual foi de € 80.203 milhares, mais 5% do que no ano anterior.

Para 2015 estimou-se um aumento da remuneração em 3% totalizando € 82.485 milhares.



- 82. Após validação da produção de 2012 a Entidade Pública Contratante ficou credora da Entidade Gestora do Estabelecimento em cerca de € 4.315 milhares. Em 2013 o valor de reconciliação ascendeu a € 11.053 milhares a favor da Entidade Gestora do Estabelecimento. Estes montantes foram liquidados, em finais de 2014, pelas respetivas entidades devedoras.
- 83. O valor contratualizado pela EPC ficou ligeiramente acima do previsto no modelo financeiro, apenas nos dois primeiros anos de atividade, 1% em 2012 e 5% em 2013. Apesar da maior complexidade da atividade realizada pelo Hospital Beatriz Ângelo, a valorização da produção contratada para 2014 e 2015 ficou aquém das previsões iniciais, - 5%.

Parcela a cargo do SNS	Unid.: euros			
	2012	2013	2014	2015
Modelo Financeiro*	58 366 185	70 631 711	80 462 160	82 885 753
Contratado	58 962 243	73 813 394	76 591 782	78 917 730
<b>Δ %</b>	<b>1%</b>	<b>5%</b>	<b>-5%</b>	<b>-5%</b>

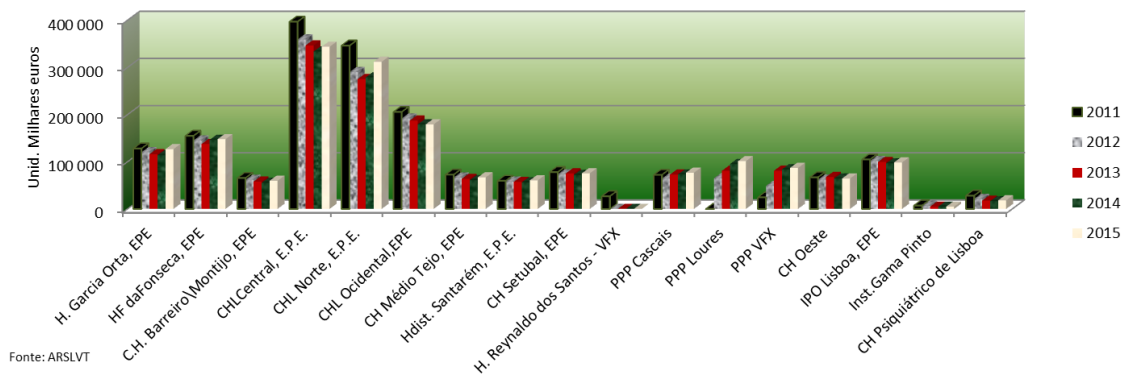
\* Valores ajustados tendo em conta que a parcela de 3ºs pagadores passou a representar cerca de 1% e não os 12% inicialmente estimados.

Fonte: ARSLVT e Anexo XIII ao CG.

- 84. Analisando a afetação de recursos à contratação com as unidades hospitalares públicas da região de Lisboa e Vale do Tejo verifica-se que foi nos anos de 2012 e 2013 que ocorreram as maiores reduções no orçamento total da região, sendo 2015 claramente um ano de inversão dessa tendência. Contrariamente, verificou-se uma tendência de aumento do



financiamento dos hospitais em regime de PPP: por um lado, pela abertura do hospital de Loures em 2012 e pelo aumento substancial da sua atividade em 2013, por outro pelas obrigações do parceiro público no cumprimento ao Contrato de Gestão. Em 2014 e 2015 as 3 PPP representaram cerca de 15% do orçamento total para as unidades hospitalares da responsabilidade do ARSLVT.



Fonte: ARSLVT

- 85. O valor unitário da atividade de internamento e cirurgia de ambulatório tem sido superior ao inicialmente previsto, resultado da maior **complexidade dos doentes tratados**.
- 86. Essa complexidade é medida pelo índice de *case mix*, resultante da **atividade de codificação dos cuidados de saúde** prestados no internamento e em parte da atividade de ambulatório, que cabe à EGEst<sup>33</sup>.
- 87. Apesar da ACSS, no âmbito das suas competências, realizar regularmente **auditorias à codificação clínica** desenvolvida pelos hospitais do SNS, com o objetivo de verificar o grau de conformidade dessa codificação com as normas aplicáveis, verificam-se regularmente taxas de desconformidade elevadas. A média de taxa de desconformidades das unidades hospitalares utilizadas no exercício de *benchmarking* é de 76%, sendo que, em média, cerca de 20% dos episódios analisados apresentavam desconformidades que implicariam a sua não codificação ou a alteração do GDH codificado.

Relativamente a este assunto, o Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa, IP, no âmbito do contraditório, salienta as diligências desenvolvidas junto da ACSS, solicitando a realização de auditorias clínicas à codificação de cada um dos anos de execução da parceria. Por seu turno, o Presidente da ACSS informou que “*foram realizadas, no ano de 2013, duas auditorias à BDGDH de 2012*” e que “*Para o ano de 2015 (...) encontra-se programada a realização de uma auditoria à BDGDH 2013 (que já não foi possível realizar em 2014) e outra à BDGDH 2014.*”

- 88. Em **2012** a Entidade Gestora do Estabelecimento obteve uma **avaliação global de muito bom**, em resultado da não aplicação de pontos de penalização nos parâmetros de resultado

<sup>33</sup> Bem como às restantes unidades hospitalares do SNS.



e de serviço e da não aplicabilidade da avaliação da satisfação dos utentes<sup>34</sup>. Em 2013, manteve a avaliação global de  **muito bom**.

89. O estudo efetuado à **satisfação global dos utentes** do Hospital de Loures revelou **um índice médio de satisfação de 85,1** pontos, numa escala de 0 a 100, em 2013. Em 2012 tinha sido de 84,7 pontos. No entanto, os resultados da Entidade Gestora do Estabelecimento **não foram comparados com os da satisfação dos utentes de outras unidades hospitalares do SNS**, para efeitos de *benchmarking*, impossibilitando que os estudos de satisfação pudessem ser tidos em conta na avaliação da entidade gestora.

Em sede de contraditório, considerou o **Administrador Executivo da Sociedade Gestora do Hospital de Loures**, que não sendo possível realizar uma a avaliação comparativa com os restantes hospitais “(...) **os resultados obtidos através do inquérito aos utentes, utilizando uma metodologia aprovada pela Entidade Pública Contratante/ARSLVT, sempre terão uma leitura autónoma e objetiva francamente positiva.**”

90. De igual forma, nos restantes indicadores, **a inexistência de resultados apurados para os hospitais do grupo de referência, por parte da ARSLVT, prejudicou o processo de avaliação anual do desempenho**, especialmente em 2013, ano em que já se previa contratualmente a aplicação de eventuais deduções por falhas:

- Por um lado, **impediu a definição de valores de referência** em 31 dos 67 indicadores previstos contratualmente;
- Por outro, **poderá diminuir a exigência do processo de avaliação** dos restantes indicadores uma vez que, inviabilizado o exercício de *benchmarking* com as restantes unidades hospitalares do SNS, os valores de referência de cada indicador acabaram por ser determinados apenas com base no histórico (de um ano incompleto de atividade) da unidade hospitalar e/ou nos limites pré-definidos no Contrato de Gestão.

Relativamente à inexistência de indicadores do grupo de referência, o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**, salienta, em sede de contraditório, que “*tem levado a cabo várias diligências no sentido de os hospitais do grupo de referência passarem a monitorizar os parâmetros de desempenho de resultado*” desde 2008, transmitindo a sua posição de que ainda assim “*não se constitui material e territorialmente competente para implementar um programa de monitorização dos Parâmetros de Desempenho de Resultado nos demais hospitais do SNS, portanto, um programa necessariamente de âmbito nacional*”.

---

<sup>34</sup> A avaliação da satisfação dos utentes foi realizada pelo Hospital Beatriz Ângelo em janeiro de 2013, tendo os respetivos resultados sido comunicados à EPC em março desse ano. Como contratualmente está previsto que a realização dos primeiros inquéritos ocorra até 12 meses após a Entrada em Funcionamento do Estabelecimento Hospitalar (19.01.2012), a EPC considerou não ser de avaliar o desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento nesta área.



91. No âmbito do **procedimento de apuramento de reconciliação** relativo ao ano de 2012 a EPC/ARSLVT aplicou **deduções associadas a falhas específicas**, por transferências indevidas do internamento, que ascenderam a € 19.808.
92. O Conselho Diretivo da ARSLVT, em dezembro de 2014, deliberou aplicar à Entidade Gestora do Estabelecimento uma **multa contratual**, no montante de € 76.591, decorrente do não cumprimento das obrigações estipuladas no Contrato de Gestão em matéria de prestação de informações.

### 3.4. *Sustentabilidade do Projeto para a Gestão Clínica*

93. Considerando os dois anos decorridos na execução do contrato, constata-se que a **Entidade Gestora do Estabelecimento ainda não alcançou as rendibilidades previstas**. As rendibilidades alcançadas nos dois primeiros anos de atividade foram de -105,97% em 2012 (ano incompleto de atividade) e -16,13% em 2013, muito inferiores ao estimado no modelo financeiro o qual previa para o mesmo período rendibilidades de 3,11% e 4,77%, respetivamente, embora com uma forte tendência de recuperação:
  - **Em 2012 o resultado líquido foi de -€ 11.706 milhares**. Apesar dos resultados líquidos negativos se manterem **em 2013, o EBITDA foi positivo** em € 1.101 milhares, recuperando dos -€ 11.674 milhares registados em 2012. Em 2014, o EBITDA continuou a ser positivo, em € 1.544.
  - **A evolução positiva em termos de EBITDA e EBIT verificada em 2013** foi influenciada pela margem bruta libertada no período, que aumentou 51%, compensando os maiores custos das matérias consumidas (CMC), fornecimentos e serviços externos (FSE) e gastos com o pessoal, respetivamente com crescimentos de 91%, 26% e de 9%.
94. Esse resultado, ainda assim negativo, obtido através da diluição dos custos fixos, resultou da redução de gastos unitários nas rubricas de pessoal e FSE, com o aumento da atividade<sup>35</sup>. No segundo ano de atividade hospitalar, o Hospital de Loures obteve **resultados operacionais positivos nas linhas de produção da consulta externa e da urgência**. Nas restantes linhas assistenciais, apesar de ainda se registarem EBIT negativos em 2013, os mesmos evidenciam uma forte recuperação face ao ano anterior.
95. Para os desvios face às previsões do modelo financeiro, contribuíram os **custos com fornecimentos e serviços externos e com o pessoal**.
96. Globalmente, os desvios verificados nos **custos com pessoal** têm origem num **efeito quantidade e não num efeito preço**, não existindo uma diferença significativa entre o custo médio por profissional previsto e o que efetivamente se veio a verificar. Existem, no entanto, desvios assimétricos entre as várias categorias profissionais, verificando-se que o custo unitário dos profissionais médicos se situou, em ambos os anos, claramente acima do

<sup>35</sup> Medida em termos de quantidade e complexidade, através do número de doentes padrão.



estimado. Pelo contrário, os custos unitários com o restante pessoal ligado à área operacional (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares) ficaram abaixo do esperado.

97. A **margem bruta** apurada em 2012 não apresentou desvios face à inicialmente estimada, tendo em 2013, sido superior em 29% face às previsões, resultado de rendimentos pelos serviços prestados acima das previsões e custos com matérias consumidas inferiores aos estimados.
98. Os resultados obtidos pela SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A., em 2012 e 2013, fizeram com que os capitais próprios apresentassem, no final de cada um dos exercícios, valores negativos, afetando desta forma os **indicadores económico-financeiros da sociedade**. Os **rácios de endividamento** variaram entre 123% e 127%, denotando a forte dependência da empresa face ao capital alheio e a insuficiência do capital próprio para cobrir o passivo.

Balanço SGHL,SA	2 012	2 013	2014 P*
ativo não corrente	26 670	21 788	17 042
ativo corrente	10 502	21 418	37 629
capital próprio	-8 460	-11 740	-9 985
passivo não corrente	23 990	29 811	40 259
passivo corrente	21 642	25 135	24 397

\* Informação preliminar não auditada  
Fonte: Balanços da SGHL, S.A.

99. Os **capitais próprios** ascenderam a - € 8.460 milhares em 2012 e a - € 11.740 milhares em 2013, colocando a sociedade na situação de “falência técnica”, nos termos previstos no art.º 35.º do Código das Sociedades Comerciais.
100. Em 2012, a Sociedade recorreu a **capital alheio**, nomeadamente a um empréstimo bancário para apoio de tesouraria de € 2.500 milhares que se encontrava integralmente utilizado no final do ano, situação que se manteve para o período seguinte. Em 2013, a rubrica de empréstimos, fruto da realização de suprimentos, por parte da ES Saúde ascendeu a € 6.800 milhares. A rubrica de “locação financeira”, referente a equipamento básico e administrativo, cerca de € 20.000 milhares, representava a parte remanescente do passivo não corrente.

### 3.5. **Variação do valor do projeto para a Entidade Gestora do Estabelecimento**

101. Para efeitos de cálculo da **variação do valor**<sup>36</sup> do projeto para a entidade gestora do estabelecimento, decorrentes dos resultados económico-financeiros atrás descritos, apuraram-se os VAL do projeto, na ótica do investimento, *ex ante* e *ex post*, atualizados a 1 de janeiro de 2013 à taxa de 6,08%<sup>37</sup>:

<sup>36</sup> Esta redução de valor deve ser interpretada no sentido em que a mesma ocorreu face aos pressupostos contratualizados.

<sup>37</sup> Taxa de desconto nominal resultante da aplicação do despacho n.º 13208/2003 (2.ª série) da Ministra de Estado e das Finanças. Esta taxa 6,08 % é a que consta no modelo financeiro.



- ✘ O VAL dos *free cash flows ex ante* do projeto, na ótica do investimento, resultante das demonstrações financeiras previsionais do caso base, acendia a **+€ 4.137 milhares**;
  - ✘ O VAL dos *free cash flows* do projeto, obtidos através das demonstrações financeiras da Entidade Gestora do Estabelecimento até 2013 (*free-cash flows ex post*) e das projeções do caso base para os anos subsequentes, ascende a **- € 10.577 milhares**.
102. Conclui-se pela existência de uma redução de valor do projeto, para a EGEst, no montante de **-€ 14.714 milhares**.
103. Tal redução teve fundamentalmente **origem nos desvios verificados nos gastos com pessoal e com FSE**, os quais representaram, respetivamente, 69% (€ 28.497 milhares) e 30% (€ 12.187 milhares) do total de € 41.025 milhares que constituem os desvios adversos ao valor previsto para os *cash flows* do projeto. Tais efeitos foram atenuados por uma margem bruta superior à projetada no caso base, com um desvio que representou 52% (€ 13.789 milhares) do total de € 26.311 milhares de desvios que contribuiram positivamente para os *cash flows*.
104. A redução de valor do projeto para a EGEst foi resultado dos resultados obtidos no ano de em 2012. No ano seguinte, embora ainda existissem desvios significativos nas rubricas de custos com pessoal e com fornecimentos e serviços externos, face às previsões iniciais, verificou-se que tais desvios foram em parte explicados por uma maior produção de cuidados de saúde tendo em conta a relação quantidade-complexidade.
105. Tendo em conta o período não decorrido do contrato, 8 anos, existe um potencial de recuperação do valor perdido e de criação de valor para a Entidade Gestora do Estabelecimento, tendo em conta a trajetória de recuperação que parece resultar da análise da atividade e da execução do contrato em 2013 e no ano de 2014<sup>38</sup>, face ao ano de arranque da parceria<sup>39</sup>.

### 3.6. Entidade Gestora do Edifício

106. A Entidade Gestora do Edifício (HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.)<sup>40</sup>, detida a 50% por empresas do Grupo Mota-Engil, concorreu em consórcio, incluindo uma participação (10%) da Entidade Gestora do Estabelecimento, mas é autónoma e distinta na relação entre os parceiros público-privados.
107. O investimento inicial de construção do edifício hospitalar ascendeu a € 83.531.006, repartidos pelos anos de 2010 e 2011.

<sup>38</sup> Informação preliminar, não auditada.

<sup>39</sup> As dificuldades dos parceiros privados no arranque das parcerias que envolvem a prestação de cuidados de saúde, com rendibilidades abaixo das previstas nos respetivos casos base, têm sido descritas em relatórios do Tribunal de Contas. Veja-se, a este respeito, os Relatórios de Auditoria n.ºs 39/2010 – Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul e 11/2014 – 2.ª S – Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais.

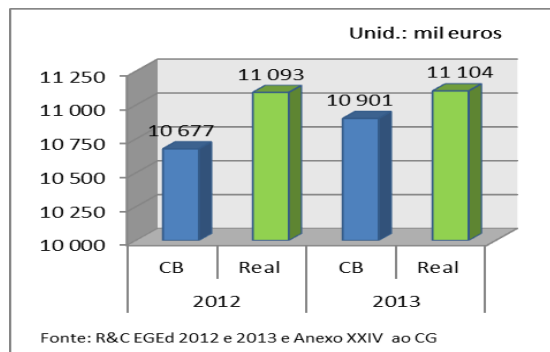
<sup>40</sup> Cfr.. Ilustração 5 - Participadas da HL- SGE, S.A.





108. O Contrato de Gestão, no que concerne à prestação da Entidade Gestora do Edifício, tem sido **executado dentro dos parâmetros previstos**, sem a ocorrência de litígios que prejudiquem o desempenho da parceria.

109. A **remuneração da Entidade Gestora do Edifício/HL-SGE, S.A.**, atualizada anualmente com base no índice de preços ao consumidor, ficou, em 2012, ligeiramente acima do estimado no caso base, devido à atualização por via da taxa de inflação ter sido superior ao previsto. Em 2013, o valor previsto e o valor pago foram aproximados.



110. A sustentabilidade da Entidade Gestora do Edifício não se encontra até ao momento ameaçada. As rendibilidades contabilísticas efetivas, analisadas sob a perspetiva de valorização subjacente ao caso base, encontram-se alinhadas com as rendibilidades estimadas no modelo financeiro do plano de negócios do caso base.

111. A **situação económico-financeira** da Entidade Gestora do Edifício traduziu-se na existência de **capitais próprios negativos** nos dois primeiros anos de atividade, nos quais decorreu a construção do edifício (2010 e 2011), apesar do aporte de prestações suplementares, por parte dos acionistas, no montante de € 7.958 milhares, ocorrido em 2011. A situação de capitais próprios negativos, nesse período, decorreu fundamentalmente da mensuração ao justo valor de um contrato de SWAP<sup>41</sup>. Nos anos seguintes, a Sociedade, viria a reverter a situação para capitais próprios positivos, passando a registar € 2.621 milhares em 2012 e € 6.018 milhares em 2013.

HL-SGE, S.A	31.12.10	31.12.11	31.12.12	31.12.13
ativo não corrente	28 835 065	92 635 654	93 805 634	90 068 503
ativo corrente	452 226	2 071 488	7 266 229	5 993 987
<b>total capital próprio</b>	<b>-5 241 175</b>	<b>-4 406 073</b>	<b>2 621 285</b>	<b>6 018 093</b>
passivo não corrente	24 275 093	91 692 885	95 471 984	87 795 931
passivo corrente	10 253 374	7 420 330	2 978 594	2 248 466

Fonte: Relatório & Contas da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.

112. Apesar do desequilíbrio verificado nos primeiros anos da parceria não se registaram desvios significativos entre o projetado e o executado que resultassem de uma gestão desajustada, pelo que esta componente da parceria confere estabilidade para o desenvolvimento da

<sup>41</sup> O contrato de financiamento assinado pela HL-SGE, S.A., com o Sindicato Bancário, teve associado um contrato *SWAP* para cobertura do risco de taxa de juro (taxa fixa em 4,325%) ao contrato de financiamento. Note-se que este instrumento financeiro derivado vigora desde a assinatura do contrato (29 de dezembro de 2009) e prolongar-se-á enquanto durar o contrato de financiamento, enquadrando-se nos requisitos exigidos pela NCRF 27.



componente da gestão clínica, não comprometendo a continuidade da prestação do serviço público de saúde.



## 4. RECOMENDAÇÕES

### ***À Ministra de Estado e das Finanças e ao Ministro da Saúde***

- i. Reforçar o acompanhamento da sustentabilidade financeira das sociedades gestoras, com vista a antecipar eventuais situações de desvio face às previsões do modelo financeiro da parceria, que possam provocar a interrupção ou colocar em causa a continuidade da prestação do serviço público.
- ii. Providenciar pela elaboração de um estudo que avalie os efeitos da abertura do Hospital Beatriz Ângelo no financiamento, na estrutura, e na atividade das unidades hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo cujas áreas de influência este veio, parcialmente, substituir.

### ***Ao Ministro da Saúde***

- iii. Determinar a extensão a todos os hospitais do SNS da obrigatoriedade de monitorização dos indicadores de desempenho de resultado previstos nos Contratos de Gestão das PPP, por forma a aprofundar o processo de *benchmarking* ao nível do SNS e a garantir a adequada exigência dos objetivos anuais definidos para as entidades gestoras dos estabelecimentos em PPP, à semelhança do anteriormente recomendado pelo Tribunal no Relatório n.º 11/2014 - 2.ª Secção.
- iv. Diligenciar no sentido de garantir que os indicadores de *performance* avaliados no âmbito da execução dos Contratos de Gestão das PPP são comparados com os de unidades hospitalares comparáveis, ainda que as mesmas façam parte integrante de Centros Hospitalares.
- v. Diligenciar pela realização e publicitação dos inquéritos de satisfação dos utentes das unidades hospitalares do SNS, por forma a contribuir para o necessário *benchmarking* entre as unidades hospitalares.
- vi. Aproveitar a experiência adquirida ao longo da execução dos contratos de PPP em saúde para promover o estudo da revisão do modelo de acompanhamento e controlo da execução do contrato de gestão, considerando a simplificação do modelo contratual com a consequente demonstração quantitativa da redução de custos para o contribuinte e para as entidades gestoras.

### ***Aos Conselhos Diretivos da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP***

- vii. Providenciar pela melhoria do processo de *benchmarking* dos indicadores de desempenho de resultado previstos nos Contratos de Gestão das várias PPP, nomeadamente obtendo indicadores comparáveis para as unidades hospitalares dos Grupos de Referência, por forma a garantir a adequada exigência dos objetivos anuais definidos para as entidades gestoras dos estabelecimentos em PPP. Note-se que recomendação semelhante foi efetuada pelo Tribunal no Relatório n.º 11/2014 - 2.ª Secção, relativamente à PPP do Hospital de Cascais.



***Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP***

- viii. Implementar procedimentos que garantam a comparabilidade da informação prestada pelas unidades hospitalares em regime de parceria público-privada com a obtida das restantes unidades hospitalares do SNS, para efeito da realização dos exercícios de *benchmarking* do SNS, nomeadamente os disponíveis em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>.
- ix. Intensificar a realização periódica e regular de auditorias clínicas à codificação da produção hospitalar, de modo a assegurar que o índice de *case mix* anualmente apurado nos hospitais do SNS corresponda efetivamente ao nível de complexidade dos cuidados prestados.

***Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Entidade Pública Contratante***

- x. Assegurar que a equipa afeta à monitorização e controlo da execução do Contrato de Gestão reúne e desenvolve as competências adequadas, que permitam minimizar o recurso permanente e sistemático à contratação de consultores externos.
- xi. Monitorizar as taxas de ocupação do internamento verificadas no Hospital Beatriz Ângelo, no sentido de assegurar que as mesmas não prejudicam o acesso dos utentes em situações de maior procura de cuidados de saúde.

***À Entidade Gestora do Estabelecimento (SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.)***

- xii. Desenvolver esforços para aproximar os níveis de *performance* do Hospital Beatriz Ângelo aos verificados nas melhores unidades hospitalares do SNS, em matérias de economia, eficiência e eficácia.
- xiii. Diligenciar pela celeridade do reporte de informação à Entidade Pública Contratante de modo a que os processos de reconciliação anuais sejam consensualizados no período mais curto possível.
- xiv. Promover a melhoria do acesso dos utentes do hospital à urgência hospitalar, reduzindo os tempos máximos de espera associados à situação clínica dos doentes.



## 5. EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO

113. Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, o relato foi enviado às seguintes entidades:
- Ministra de Estado e das Finanças;
  - Ministro da Saúde;
  - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
  - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
  - Presidente do Conselho de Administração da SGHL-Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.;
  - Presidente do Conselho de Administração da HL-Sociedade Gestora do Edifício, S.A.;
114. Foi ainda remetido, para efeitos de audição, na qualidade de partes interessadas não auditadas, às seguintes entidades:
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE;
  - Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Alto Ave, EPE;
  - Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, EPE;
  - Presidente do Conselho de Administração da Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.;
  - Presidente do Conselho de Administração da HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A..
115. Todas as alegações apresentadas constam, na íntegra, do Volume III do presente Relatório, nos termos dos artigos 13º, nº 4, da Lei nº 98/97, e 60º, nº 3, do Regulamento da 2ª Secção do Tribunal de Contas, aprovado pela Resolução nº 3/98 – 2ª Secção, de 19 de junho, com as alterações introduzidas pela Resolução nº 2/2002 – 2ª Secção, de 17 de janeiro, e pela Resolução nº 3/2002 – 2ª Secção, de 23 de maio.
116. Com exceção dos Presidentes dos Conselhos de Administração do Centro Hospitalar de Alto Ave, EPE e da HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., entidades ouvidas na qualidade de partes interessadas, todas as restantes entidades se pronunciaram em sede de contraditório.
117. Dos temas abordados destacam-se os comentários efetuados, por diversas entidades, à utilização **do indicador número de doentes padrão como agregador da produção anual das unidades hospitalares. Discordam da utilização deste indicador**, atendendo a que: (i) nas unidades geridas em PPP, o mesmo não inclui a produção referente a doentes com HIV/SIDA, distorcendo a análise subjacente, (ii) o índice de *case mix* (utilizado no cálculo do doente padrão) não reflete a produção hospitalar de igual forma em todas as unidades selecionadas para efeitos de *benchmarking* (contraditório do Ministro da Saúde, da ACSS, da ARSLVT, da Sociedade Gestora do Hospital de Loures e do Hospital de Vila Franca de Xira).



118. O **Administrador Executivo da Entidade Gestora do Hospital de Loures, S.A.** salientou concretamente que “(...) o número de doentes padrão que está a ser considerado pela ACSS não pode ser utilizado para efeitos de comparação com os outros hospitais, porquanto não leva em linha de conta toda a informação sobre a produção realizada pelo HBA, designadamente os doentes VIH (...)”.
119. Também o **Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Vila Franca de Xira** informou considerar que o número apurado pela ACSS não seria representativo de toda a atividade, o que já não ocorreu em 2014, por alteração dos procedimentos de cálculo.
120. Assim, os números de doentes padrão utilizados para efeitos de *benchmarking*, relativos ao Hospital de Loures e ao Hospital de Vila Franca de Xira, foram ajustados na sequência do contraditório, para incluir a atividade não contemplada, nomeadamente a relativa ao tratamento, em ambulatório, dos doentes com HIV/SIDA<sup>42</sup>.
121. O Tribunal faz notar que, na ausência de outros indicadores agregadores mais precisos, o cálculo do doente padrão, como medida da produção hospitalar e da respetiva complexidade em termos de consumo de recursos, permite comparar diferentes unidades hospitalares com razoável segurança e com indiscutível utilidade. Note-se, aliás, que tal indicador tem já um histórico de utilização de pelo menos 10 anos, sendo frequentemente utilizado nos exercícios de *benchmarking* no âmbito do Ministério da Saúde. De facto, no site de *benchmarking* do SNS produzido pela ACSS são apresentados indicadores de dimensão económico-financeira das PPP de Braga e de Vila Franca de Xira, tendo por base a aplicação do conceito de doente padrão e *índice de case-mix*, contrariando, assim, a argumentação apresentada pela ARSLVT no seu contraditório de que a utilização destes indicadores não é a mais adequada para a comparabilidade entre as diversas unidades hospitalares do SNS.
122. A **Ministra de Estado e das Finanças**, através da Chefe de Gabinete, pronunciou-se apenas sobre as recomendações que lhe foram dirigidas. Considerou que, relativamente à recomendação de em futuras negociações contratuais de PPP em saúde, se prever a obrigatoriedade de atualização periódica do modelo financeiro, “(...) na perspetiva do parceiro público, o Contrato de Gestão relativamente ao estabelecimento hospitalar, já consagra um mecanismo de proteção do interesse do parceiro público ao prever um mecanismo de revisão da remuneração, com revisão anual da produção esperada e um pagamento de reconciliação que permite o ajustamento da mesma à produção efetivamente verificada”. Acrescentou ainda que nesta parceria “(...) é clara a alocação do risco de procura ao parceiro privado, pressuposto que seria colocado em crise se se admitisse – fora dos cenários atualmente previstos no contrato – uma revisão (“atualização”) periódica obrigatória do modelo financeiro aplicável à parceria.”

Esclarece o Tribunal que a presente recomendação não visa promover qualquer alteração das condições contratuais, mas sim permitir a adequada comparação da execução do projeto com as previsões iniciais, além de se sugerir que a monitorização da execução do contrato

<sup>42</sup> No caso do Hospital Beatriz Ângelo, o número foi atualizado para 34.352, conforme informação fornecida em sede de contraditório, que inclui a atividade em causa. No que respeita ao Hospital de Vila Franca de Xira, foi atualizado para 16.896, refletindo os 616 doentes padrão, relativos à mesma atividade, segundo informação prestada pela sociedade gestora, após solicitação, no âmbito do contraditório.



através do modelo financeiro não deve ser descurada e sempre que possível deve ser objeto de um “*rolling forecast*” de modo a acompanhar as alterações de contexto e atualizar as previsões.

123. Relativamente a este assunto, o Ministério da Saúde informa, no âmbito do contraditório, que “concorda com a previsão nos Contratos de Gestão de parcerias público-privadas em saúde da obrigatoriedade de atualização anual do Modelo Financeiro pelas Entidades Gestoras, sem encargos para a Entidade Pública Contratante, que consubstancia um importante instrumento para o acompanhamento e fiscalização da performance económico-financeira das parcerias público-privadas hospitalares pelo Estado”.
124. Quanto à recomendação que visa providenciar pela elaboração de um estudo que avalie os efeitos da abertura do Hospital Beatriz Ângelo, considerou a **Ministra das Finanças**, através da Chefe de Gabinete, que deveria ser ponderada a oportunidade da recomendação sendo que “(...) *realizar um estudo conforme proposto pelo TdC (...) poderia ter por efeito, por um lado, colocar em questão a alocação do risco de procura anteriormente mencionada, com prejuízo para o parceiro público e, por outro lado, gerar incerteza e conflitualidade na execução e interpretação do contrato.*”

Refira-se que o objetivo da recomendação formulada não é colocar em causa a alocação de risco de procura, mas que seja avaliada a adaptação da restante rede hospitalar da RLVT, tendo em vista a eliminação de eventuais redundâncias de recursos.

125. Considerou o **Ministro da Saúde**, através do Chefe de Gabinete, de que o resultado da presente auditoria foi globalmente positivo atendendo a que “(i) *se verificaram elevados padrões de qualidade nos indicadores de avaliação global da Entidade Gestora do Estabelecimento e da satisfação dos utentes; (ii) a inexistência de um nível de conflitualidade entre os parceiros que ameace a normal execução do Contrato; (iii) a evidência de uma recuperação dos resultados económico-financeiros da Entidade Gestora do Estabelecimento; (iv) o aumento significativo da atividade indicado a estabilização dos níveis de produção de acordo com o previsto*”. Concluiu, também, que existe uma margem considerável para que os objetivos subjacentes ao lançamento desta parceria sejam alcançados, uma vez que decorreram apenas dois anos desde o início da parceria.
126. Para além destas apreciações gerais, as alegações em contraditório apresentadas pelo **Ministro da Saúde** centrou-se essencialmente na análise das recomendações que lhe foram dirigidas, concordando globalmente com as mesmas, de entre as quais as que lhe foram dirigidas em conjunto com a Ministra de Estado e das Finanças. Informou ainda que a ACSS, IP, se encontra a desenvolver os procedimentos necessários para que os indicadores de *performance* avaliados no âmbito da execução do Contrato de Gestão das PPP sejam comparáveis com as unidades hospitalares ainda que integradas em centros hospitalares.
127. No que concerne à recomendação de simplificação do modelo de acompanhamento e controlo de execução do Contrato de Gestão, apesar do **Ministro da Saúde** a considerar adequada, “(...) *só o poderá considerar aquando da realização dos estudos de renovação do Contrato de Gestão em causa*”. Também manifestou a sua concordância com a extensão à generalidade dos hospitais do SNS da obrigatoriedade de monitorização dos indicadores de desempenho de resultados contratualizados com os hospitais geridos em regime de PPP, salientando,



contudo, tratar-se de um “ (...) projeto complexo, (...) e com uma considerável alocação de recursos que necessitará de ser avaliado e devidamente planeado.” Acrescentou, ainda, que a ACSS, IP tem criado ferramentas que permitem a análise de *benchmarking* entre instituições hospitalares do SNS, “ (...) com especial destaque para i) o desenvolvimento de uma metodologia de *benchmarking* que procedeu à revisão do cálculo de doente padrão e engloba as quatro entidades com Contrato de Gestão em regime PPP (...)”

Relativamente ao número de doentes padrão, e face à informação obtida junto da ACSS sobre este indicador, o Tribunal salienta que a métrica utilizada poderá ser aperfeiçoada no sentido de melhor refletir a atividade assistencial considerada nas diversas unidades hospitalares, tanto nos hospitais EPE como nas PPP, através da inclusão de toda a produção hospitalar e aplicação do Índice de *Case-Mix* correspondente ao ano objeto de cálculo.

128. O contraditório do **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde** abordou as mesmas questões apresentadas pelo Ministro da Saúde, tendo-se pronunciado no mesmo sentido.

Relativamente à recomendação que lhe foi dirigida, nomeadamente a implementação de procedimentos que garantam a comparabilidade da informação dos hospitais em PPP com as restantes unidades hospitalares EPE, afirmou o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde** que “*As quatro entidades com Contrato de Gestão em regime de PPP já fazem parte do benchmarking que a ACSS divulga na sua página eletrónica, sendo o Hospital de Loures considerado no Grupo C. A comparabilidade encontra-se assegurada na medida em que os indicadores são idênticos para todas as instituições.*”

Refira-se, contudo, que no âmbito da presente auditoria pôde constatar-se que os indicadores de dimensão económico-financeira, publicitados na página de Monitorização do Serviço Nacional de Saúde, da ACSS<sup>43</sup>, não contemplam as parcerias público-privadas dos Hospitais de Loures e de Cascais (que pertencem ao grupo C). No entanto, as unidades hospitalares em regime de PPP do Hospital de Vila Franca de Xira (considerada no grupo B) e do Hospital de Braga (integrada no Grupo D) apresentam dados para estes indicadores.

129. O **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP**, pronunciou-se sobre aspetos concretos das análises vertidas no relato, pelo que a sua transcrição e análise são feitas, quando relevantes, nos pontos a que as alegações respeitam.
130. O **Administrador Executivo da Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.**, contestou a conclusão sobre não resultar evidente uma maior eficiência decorrente do modelo de gestão privada do Hospital Beatriz Ângelo, argumentando que foi ignorado o facto de o ano de 2013 ter sido o primeiro ano completo de operação e não se ter atendido aos seguintes aspetos:

<sup>43</sup> Página acedida durante o desenvolvimento da auditoria e posteriormente em maio de 2015 para confirmação.





- “(...) *dificuldade e tempo necessários para assegurar a integração de centenas de profissionais oriundos de dezenas de hospitais e outros serviços de saúde diferentes, ao difícil e trabalhoso processo de criação de uma cultura própria e, muitas vezes, antagónica da cultura dominante nos serviços públicos, a assegurar a atração e fixação da população para um hospital green field ou a obter e fortalecer articulação com os cuidados de saúde primários e continuados (...)*”.
- Ao se pretender “(...) *comparar instituições sedimentadas, com culturas próprias e instituídas e profissionais habituados a trabalhar em conjunto sob os mesmos paradigmas organizacionais há muitos anos, em hospitais bem integrados nas respetivas regiões (como acontece com os restantes 5 hospitais) com um hospital recém-construído e recém-instalado não parece curial, tal como não parece curial comparar o desempenho do seu primeiro ano completo de atividade com instituições que, nem que não seja pela força da inércia, sempre deveriam ficar bem em qualquer comparação. Ou seja, muitos dos indicadores utilizados na comparação do HBA com outros hospitais são sensíveis à “maturidade” das instituições comparadas.*”

Para sustentar a posição da SGHL, o Administrador Executivo compilou todos os indicadores utilizados no âmbito da auditoria, comparou-os com os hospitais da amostra e conclui que “O HBA, nos 33 indicadores utilizados na Auditoria, está na metade superior do ranking (isto é, nas 3 melhores posições) em 22 dos indicadores (67%) contra 19 do CHEDV, 18 de CHL, 17 de VFX, 15 de Cascais e 7 do CHAA.”

O Tribunal considera que o Hospital de Loures, como projeto “green field”, apresenta vantagens sobre os restantes hospitais EPE, estes com várias décadas de existência (com as inevitáveis entropias internalizadas ao nível dos recursos humanos e da desatualização do edifício hospitalar e dos equipamentos), que poderiam ter contribuído para uma maior eficiência, vantagens essas aliadas à sua gestão privada, estritamente profissional. Ainda assim, não deixou de se ter em conta, na análise realizada, o facto de o ano comparado (2013) ter constituído o primeiro ano completo de atividade, ano em que poderá ainda não se ter verificado uma adequação da oferta, dos recursos disponíveis, à procura efetiva e à atividade contratualizada.

131. O **Presidente do Conselho de Administração da HL-Sociedade Gestora do Edifício, S.A.**, apresentou comentários relativos ao “Ponto 9.2 Indicadores Financeiros”, “10.2 Modelo Financeiro vs Desempenho Real” e “11 Rendibilidade da Entidade Gestora do Edifício” os quais foram inseridos ao longo do relatório no seu Vol. II.
132. O **Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE**, em contraditório, veio a apresentar a sua concordância com os dados referentes à sua unidade hospitalar, pelo que entendeu não acrescentar qualquer comentário.
133. O contraditório do **Vogal Executivo do Centro Hospitalar de Leiria, EPE**, centrou-se na validação da informação relativa a esta unidade hospitalar, realçando as divergências em alguns indicadores seja por lapso da informação remetida no âmbito da auditoria ou por



confronto com a informação obtida através do Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA)<sup>44</sup>.

## **II. EMOLUMENTOS**

Nos termos dos artigos 1º, 2º, 10º, n.º 1, e 11º, n.º 3, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio<sup>45</sup>, são devidos emolumentos num total de € 17.164,00, suportados equitativamente pela SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A., pela HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A. e pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P, entidades auditadas., vd. Anexo 9 do Volume II.

## **III. DETERMINAÇÕES FINAIS**

Os juízes do Tribunal de Contas deliberam, em subsecção da 2ª Secção, o seguinte:

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da al. a) do n.º 2 do artigo 78º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, às seguintes entidades:
  - a. Ministra de Estado e das Finanças;
  - b. Ministro da Saúde;
  - c. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
  - d. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
  - e. Presidente do Conselho de Administração da SGHL-Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.;
  - f. Presidente do Conselho de Administração da HL-Sociedade Gestora do Edifício, S.A.;
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, o mesmo seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal.
4. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários das entidades envolvidas e/ou auscultadas o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada ao desenvolvimento desta ação.
5. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem por escrito ao Tribunal de Contas, no prazo de três meses após a receção deste Relatório, a sequência dada às recomendações formuladas, com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos.
6. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, n.º 4, 55º n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

<sup>44</sup> Plataforma informática desenvolvida pela ACSS, que tem como objetivo suportar o processo de Contratualização entre a Tutela e as entidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS.

<sup>45</sup> Com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril.



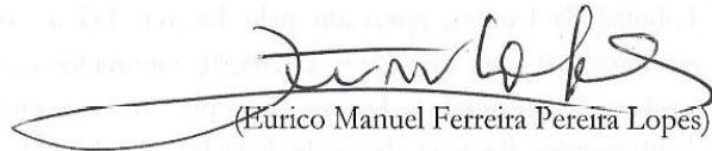
# Tribunal de Contas

*Direção-Geral*

Auditoria à execução do Contrato de Gestão do **Hospital de Loures**

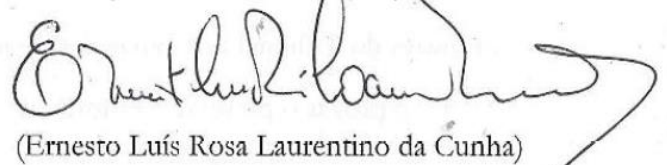
Tribunal de Contas, em 9 de julho de 2015

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juizes Conselheiros Adjuntos



(Ernesto Luís Rosa Laurentino da Cunha)



(António Augusto Pinto dos Santos Carvalho)

Fui presente,

A Procuradora-Geral Adjunta





# Tribunal de Contas

## AUDITORIA À EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO DO HOSPITAL DE LOURES



Visão

**Promover a verdade,  
a qualidade e a  
responsabilidade  
nas finanças públicas**

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

**Relatório n.º19/2015 - 2.ª Secção  
Processo n.º 20/2014 - AUDIT  
Volume II – Desenvolvimento**







## Índice Geral

<i>Relação de siglas e acrónimos</i> .....	8
<i>Glossário</i> .....	9
<i>Ficha técnica</i> .....	11
<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1. ORIGEM, ÂMBITO E OBJETIVOS DA AUDITORIA</b> .....	12
<b>2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS</b> .....	13
<b>3. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES</b> .....	13
<b>II. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA</b> .....	<b>14</b>
<b>4. CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL DE LOURES</b> .....	14
<b>4.1. Antecedentes do contrato de gestão do Hospital de Loures</b> .....	14
<b>4.2. Caraterização do Hospital de Loures</b> .....	17
<b>4.3. Atividade Hospitalar</b> .....	19
<b>4.4. Organização, governação e instrumentos de gestão</b> .....	21
<b>II.1-ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO</b> .....	<b>24</b>
<b>5. EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO</b> .....	24
<b>5.1. Produção contratada</b> .....	24
<b>5.2. Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento</b> .....	25
<b>5.3. Reconciliação da remuneração a pagar à Entidade Gestora do Estabelecimento</b> .....	31
<b>6. SUSTENTABILIDADE DO PROJETO</b> .....	36
<b>6.1. Situação Financeira</b> .....	36
<b>6.1.1. Balanço</b> .....	36
<b>6.1.2. Indicadores financeiros</b> .....	39
<b>6.1.3. Cash - Flow</b> .....	41
<b>6.2. Situação Económica</b> .....	42
<b>6.2.1. Resultados Apurados</b> .....	42
<b>6.2.2. Modelo financeiro vs desempenho real</b> .....	43
<b>6.2.3. Custos unitários por doente padrão e ajustamento nos custos com pessoal</b> .....	45
<b>6.3. RENDIBILIDADE DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO</b> .....	48
<b>6.4. Variação do valor do projeto</b> .....	51
<b>7. GESTÃO PRIVADA DO SERVIÇO PÚBLICO</b> .....	55
<b>7.1. Caracterização geral dos hospitais da amostra</b> .....	57
<b>7.2. Codificação clínica</b> .....	59
<b>7.3. Eficiência Global</b> .....	61
<b>7.4. Acesso</b> .....	63
<b>7.5. Eficácia e Qualidade</b> .....	68
<b>7.6. Estrutura de Gastos</b> .....	70
<b>II.2-ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO</b> .....	<b>77</b>



<b>8. EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO</b> .....	77
<b>9. SITUAÇÃO FINANCEIRA</b> .....	79
<b>9.1. Balanço</b> .....	79
<b>9.2. Indicadores Financeiros</b> .....	83
<b>9.3. Cash Flow</b> .....	83
<b>10. SITUAÇÃO ECONÓMICA</b> .....	85
<b>10.1. Resultados Apurados</b> .....	85
<b>10.2. Modelo Financeiro Vs Desempenho Real</b> .....	86
<b>11. RENDIBILIDADE DA ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO</b> .....	87
<b>II.3 ENTIDADE PÚBLICA CONTRATANTE</b> .....	<b>92</b>
<b>12. Função de Monitorização da EPC/ARSLVT</b> .....	92
<b>13. Avaliação da Entidade Gestora do Estabelecimento</b> .....	95
<b>14. Avaliação da Entidade Gestora do Edifício</b> .....	98
<b>II.4.- EFEITOS INDUZIDOS NA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DOS HOSPITAIS DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO HOSPITAL LOURES</b> .....	<b>99</b>
<b>III. ANEXOS</b> .....	<b>104</b>
<b>Anexo 1 – Principais categorias de risco associados ao projeto</b> .....	105
<b>Anexo 2 – Modelo Organizativo da SGHL-Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.</b> .....	106
<b>Anexo 3 – Participações diretas e indiretas detidas pelo Grupo ES Saúde</b> .....	107
<b>Anexo 4 – Estrutura da Rio Forte Investments, S.A.</b> .....	108
<b>Anexo 5 – FSE`s (Montante de reajustamento de Custos com Pessoal)</b> .....	109
<b>Anexo 6 – Cálculo da TIR do projeto (Entidade Gestora do Estabelecimento)</b> .....	110
<b>Anexo 7 – Comparação dos preços de aquisição de medicamentos</b> .....	111
<b>Anexo 8 – Cálculo da TIR do projeto (Entidade Gestora do Edifício)</b> .....	112
<b>Anexo 9 – Fichas de emolumentos</b> .....	115
 <i>Índice de Quadros</i>	
Quadro 1 – Custo Público Comparável.....	16
Quadro 2 – VAL dos pagamentos da EPC/ARSLVT.....	16
Quadro 3 – Atividade assistencial do Hospital de Loures.....	19
Quadro 4 – Resultados operacionais por linha de produção.....	21
Quadro 5 – Produção Prevista no modelo financeiro vs produção contratada (2012 a 2015).....	25
Quadro 6 – Remuneração contratada entre EPC e a EGEst. (2012 a 2015).....	27
Quadro 7 – Parcela a cargo do SNS – modelo financeiro vs contratação anual.....	28
Quadro 8 – Financiamento dos hospitais da RLVT (2011 a 2015).....	28
Quadro 9 – Evolução do financiamento dos 5 maiores hospitais e das 3 PPP da RLVT.....	30
Quadro 10 – Produção realizada (2012 e 2013).....	32
Quadro 11 – Índice de <i>Case Mix</i> Modelo Financeiro vs Negociação vs Real.....	34





Quadro 12 – Processo reconciliação 2012 (parcela SNS) .....	35
Quadro 13 – Balanço da SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. ....	37
Quadro 14 – Empréstimos e descobertos bancários .....	38
Quadro 15 – Participadas da SGHL, S.A.....	38
Quadro 16 – Indicadores financeiros da Entidade Gestora do Estabelecimento .....	40
Quadro 17 – Demonstração dos Fluxos de Caixa - Entidade Gestora do Estabelecimento .....	41
Quadro 18 – Demonstração de Resultados da SGHL, S.A.....	42
Quadro 19 – Demonstração de Resultados - Caso Base vs Real.....	43
Quadro 20 – Estrutura de Custos ponderada pelo Doente Padrão - Caso Base vs Real.....	46
Quadro 21 – Gasto por categoria profissional ponderado pelo Doente Padrão - Caso Base vs Real.....	47
Quadro 22 – Número de Pessoal por categoria profissional (ETC 35hrs) – Caso Base vs Real.....	47
Quadro 23 – Custo médio por categoria profissional (ETC 35hrs) * - .....	48
Quadro 24 – Determinação dos <i>cash flows</i> na ótica dos acionistas (EGEst) .....	49
Quadro 25 – Determinação dos <i>cash flows</i> na ótica dos capitais próprios (EGEst) .....	49
Quadro 26 – Determinação dos <i>cash flows</i> dos empréstimos (EGEst).....	49
Quadro 27 – Determinação dos <i>cash flows</i> na ótica do investimento (EGEst) .....	50
Quadro 28 – Determinação da rentabilidade contabilística periódica Ex Ante (EGEst) .....	50
Quadro 29 – Rentabilidade contabilística periódica Ex Post (EGEst).....	51
Quadro 30 – Determinação dos <i>cash flows</i> (caso base) na ótica do investimento .....	52
Quadro 31 – Apuramento do VAL do projeto (caso base).....	52
Quadro 32 – Determinação dos Cash Flows (real + Caso Base) na ótica do investimento .....	53
Quadro 33 – Apuramento do VAL do projeto (real + CB) .....	53
Quadro 34 – Decomposição do VAL do projeto (Real + CB vs CB) .....	54
Quadro 35 – ICM dos hospitais da amostra (2013) .....	59
Quadro 36 – Auditoria da ACSS à codificação.....	60
Quadro 37 – Indicadores de eficiência global.....	61
Quadro 38 – Indicadores de eficiência global (cont.) .....	63
Quadro 39 – Lista de espera para consulta externa dos hospitais da amostra .....	64
Quadro 40 – Mediana tempo espera para cirurgia dos hospitais da amostra .....	64
Quadro 41 – Tempo médio de espera das cirurgias .....	64
Quadro 42 – Percentagem de cumprimento dos tempos máximos de espera para cirurgia.....	65
Quadro 43 – Taxas de cumprimento dos tempos máximos de espera garantidos – PPP Loures .....	65
Quadro 44 – Tempo médio espera entre triagem e a 1ª observação médica.....	67
Quadro 45 – Atendimento para além do tempo máximo definido, por prioridade .....	67
Quadro 46 – Indicadores de eficácia e qualidade .....	68
Quadro 47 – Gastos com pessoal – fixos e variáveis .....	72
Quadro 48 – Percentagem artigos com o menor preço de aquisição .....	73
Quadro 49 – Gastos por doente padrão .....	73
Quadro 50 – Financiamento por doente padrão .....	76
Quadro 51 – Investimento inicial da HL-SGE, S.A. ....	77
Quadro 52 – Processo de reconciliação 2012 (EPC/ARSLVT e EGEst).....	78
Quadro 53 – Remuneração HL - SGE Caso Base vs Real .....	79
Quadro 54 – Balanço da HL-SGE,S.A.- Ativo.....	79
Quadro 55 – Balanço da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.- CP e Passivo .....	80
Quadro 56 – Participadas da SGE, S.A.....	81
Quadro 57 – Indicadores financeiros .....	83
Quadro 58 – Demonstração dos Fluxos de Caixa (Entidade Gestora do Edifício) .....	84
Quadro 59 – Demonstração de Resultados da Entidade Gestora do Edifício .....	85



Quadro 60 – Demonstração de Resultados - Caso Base vs Real.....	86
Quadro 61 – Determinação dos <i>cash flows</i> na ótica dos acionistas (EGEd) .....	88
Quadro 62 – Determinação dos <i>cash flows</i> na ótica dos capitais próprios (EGEd).....	88
Quadro 63 – Determinação dos <i>cash flows</i> dos empréstimos (EGEd) .....	89
Quadro 64 – Determinação dos <i>cash flows</i> na ótica do investimento (EGEd).....	90
Quadro 65 – Determinação da rendibilidade contabilística periódica Ex Ante (EGEd).....	90
Quadro 66 – Rendibilidade contabilística periódica <i>Ex Post</i> (EGEd) .....	91
Quadro 67 – Encargos com a contratação de serviços de consultoria.....	93
Quadro 68 – Número de consultas externas.....	100
Quadro 69 – Número de cirurgias programadas .....	100
Quadro 70 – Número de cirurgias de ambulatório .....	100
Quadro 71 – Doentes saídos do internamento.....	101
Quadro 72 – Número de partos .....	101
Quadro 73 – Número de colaboradores no CHLN .....	101

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Custo Público Comparável vs Caso Base.....	17
Gráfico 2- Intervenções cirúrgicas por especialidade .....	20
Gráfico 3- Consultas externas por especialidade .....	20
Gráfico 4- Média do financiamento dos hospitais da RLVT .....	29
Gráfico 5- Evolução do financiamento dos hospitais da RLVT (2011-2015) .....	30
Gráfico 6- Efeito da atualização do IPC.....	35
Gráfico 7- Gastos com FSE <i>ex ante</i> e <i>ex post</i> .....	44
Gráfico 8-Gastos com Pessoal <i>ex ante</i> e <i>ex post</i> .....	44
Gráfico 9- EBIT (EGEst) <i>ex ante</i> vs <i>ex post</i> .....	44
Gráfico 10 – Área de influência dos hospitais da amostra .....	57
Gráfico 11 – Número de doentes padrão.....	58
Gráfico 12– Número de colaboradores dos hospitais da amostra .....	58
Gráfico 13– Número de colaboradores dos hospitais da amostra .....	58
Gráfico 14 – Camas dos hospitais da amostra (2013) .....	59
Gráfico 15 – Codificação clínica - % de episódios não conformes .....	61
Gráfico 16- Taxa ocupação vs Demora Média, 2013 (hospitais da amostra).....	62
Gráfico 17- Demora média vs ICM internamento.....	62
Gráfico 18- Ocupação média anual dos blocos operatórios da PPP Loures.....	63
Gráfico 19 – Afluência à urgência e grau de gravidade .....	66
Gráfico 20 – N.º atendimentos na urgência <i>vs</i> .....	68
Gráfico 21 – % reinternamentos em 30 dias (2013) .....	69
Gráfico 22 – Estrutura de Gastos .....	70
Gráfico 23 – Contratação externa de serviços .....	70
Gráfico 24 – Estrutura de gastos operacionais ajustados de prestação de serviços .....	71
Gráfico 25 – Peso das horas extraordinárias na remuneração base do pessoal .....	72
Gráfico 26 – Gastos operacionais por doente padrão- 2013 .....	74
Gráfico 27 – Material de consumo clínico por doente padrão em 2013.....	75
Gráfico 28 – Produtos farmacêuticos por doente padrão em 2013.....	75
Gráfico 29 – EBITDA dos Hospitais do SNS em 2013 .....	76
Gráfico 30- Fontes de financiamento de longo prazo.....	82
Gráfico 31 – Lotação praticada .....	101
Gráfico 32 – Contratualização de consultas externas no CHLN entre 2010 e 2014 .....	102



Índice de Ilustrações

Ilustração 1- Objetivos da auditoria.....	12
Ilustração 2- Freguesias do concelho de Loures.....	18
Ilustração 3- Freguesias do concelho de Mafra .....	18
Ilustração 4- Entidades Gestoras.....	18
Ilustração 5 - Cronograma do Hospital de Loures.....	19
Ilustração 6 - Tríade de gestão .....	22





## Glossário

---

### *Accountability*

Prestação de contas/necessidade de responsabilização e transparência da gestão pública.

---

### *Build Operate and Transfer (BOT)*

Forma típica de concessão, segundo a qual o privado assume a conceção, financiamento, construção e exploração transferindo o controlo para o Estado ao fim de um prazo estipulado.

---

### *Caso Base*

Conjunto de pressupostos e projecções económico-financeiras, descritas nos Anexos XIII e XXIV do Contrato de Gestão

---

### *CPC/Comparador Público*

Representa o custo que o projeto teria para o Estado, caso fosse desenvolvido pela via tradicional, ou seja, directamente pelo sector público. O CPC é utilizado como instrumento fundamental para aferir a existência, ou não, de *value for money* para o erário público (valor acrescentado) na contratação de uma parceria, funcionando como *benchmark* no processo de avaliação objectiva das propostas dos privados.

---

### *Design Build Finance Operate (DBFO)*

Versão britânica do esquema *BOT*. O parceiro privado assume a conceção, a construção, o financiamento e a exploração.

---

### *Doentes equivalentes*

Os doentes equivalentes, num dado Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de curta duração e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respectivo GDH. Num episódio típico ou normal um doente saído corresponde a um doente equivalente.

Fonte: <http://portalcodgdb.min-saude.pt>

---

### *Doente Padrão*

Medida de atividade hospitalar global que agrega as diferentes atividades do hospital, ponderadas pelo seu peso relativo e a sua complexidade (por exemplo, converte uma consulta externa num valor equivalente de internamento).

---

### *Equity Value*

Valor de mercado dos capitais próprios

---

### *Enterprise Value*

Valor de mercado dos ativos

---

### *Falhas de Desempenho*

Ato ou omissão da Entidade Gestora do Estabelecimento ou da Entidade Gestora do Edifício que implica o não cumprimento dos Parâmetros de Desempenho constantes, respetivamente, dos apêndices 1 e 2 ao Anexo IX e do apêndice 1 ao Anexo XXIII do Contrato de Gestão (cláusula 1ª do Contrato de Gestão).

---

### *Grupos de Diagnóstico Homogéneo*

Classificação dos episódios agudos de doença tratados em internamento definidos em termos de uma ou mais das seguintes variáveis: diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, patologias associadas e complicações, procedimentos clínicos realizados, idade, sexo do doente e destino após a alta, de acordo com o disposto na cláusula 39ª do Contrato de Gestão.

---

### *Índice de Case-Mix*



Coeficiente global de ponderação da produção dum hospital, refletindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e consequentemente mais consumidoras de recursos. Fonte:

<http://portalcodgdb.min-saude.pt>

**Produção Prevista**

Previsão de todas as prestações de saúde a realizar no âmbito da atividade do Estabelecimento Hospitalar, para cada período, em regra anual, de execução do Contrato, (cláusula 1ª do Contrato de Gestão).

**Rédito**

Os réditos ou rendimentos são reconhecidos sempre que é provável que fluam benefícios económicos para a Entidade e que possam ser avaliados com fiabilidade.

**Risco**

Probabilidade de ocorrência de eventos que possam provocar alterações às estimativas de custos e/ou benefícios do projeto.

**TIR Acionista Nominal**

A Taxa Interna de Rendibilidade para os acionistas, em termos anuais, para todo o prazo do Contrato de gestão, definido como a TIR do *Cash-Flow* acionista a preços correntes, durante todo o período do Contrato de gestão, calculada, respetivamente, nos termos constantes dos modelos financeiros da Entidade Gestora do Edifício e do Estabelecimento, (cláusula 1ª do Contrato de Gestão).

**TIR Acionista Real**

A Taxa Interna de Rendibilidade para os acionistas, em termos anuais, para todo o prazo do Contrato de gestão, definido como a TIR do *Cash-Flow* acionista a preços constantes, referidos a 1 de janeiro de 2007, durante todo o período do Contrato de gestão, calculada, respetivamente, nos termos constantes do modelo financeiro da Entidade Gestora do Edifício e da Entidade Gestora do Estabelecimento, (cláusula 1ª do Contrato de Gestão).



AUDITORIA AO CONTRATO DE GESTÃO DO HOSPITAL DE LOURES EM  
REGIME DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA

**Ficha técnica**

**Auditor Coordenador:** *José António Carpinteiro*

*(Licenciado em Direito)*

**Auditor Chefe:** *Pedro Miguel Fonseca*

*(Licenciado em Economia)*

**Equipa de auditoria:** *Ana Isabel Carreiro*

*(Licenciada em Gestão)*

*Paulo Alexandre Filipe*

*(Licenciado em Gestão)*

## I. INTRODUÇÃO

### 1. ORIGEM, ÂMBITO E OBJETIVOS DA AUDITORIA

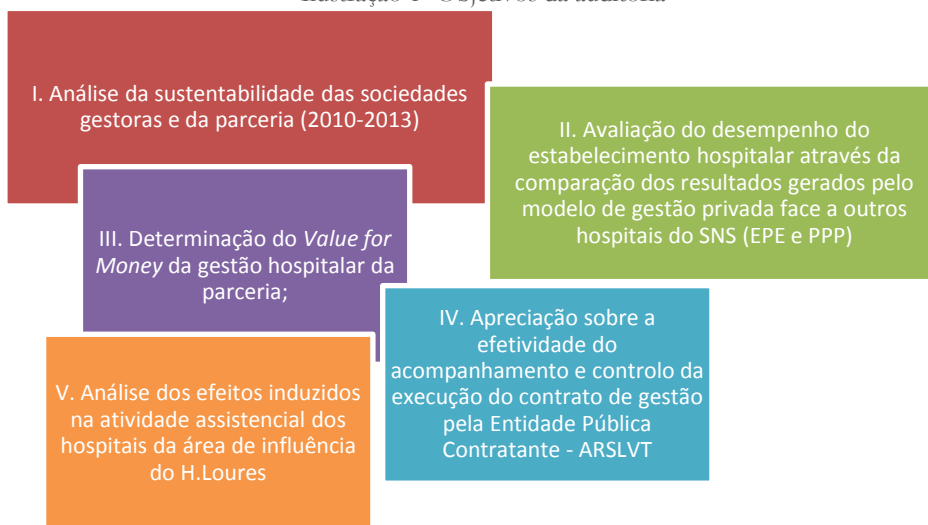
Em cumprimento do Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas para 2014, aprovado pela Resolução n.º. 10/2013 – 2ª Secção, de 28 de novembro, realizou-se uma auditoria de resultados à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, integrado no Serviço Nacional de Saúde, aos anos de 2010 a 2013 considerando o desempenho das Entidades Gestoras do estabelecimento e do edifício hospitalar e da Entidade Pública Contratante.

O referido Contrato de Gestão foi celebrado em regime de parceria público-privada entre o Estado Português, representado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (também designada por Entidade Pública Contratante), a **SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.** (também designada por Entidade Gestora do Estabelecimento) e a **HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.** (também designada por Entidade Gestora do Edifício).

Pretendeu-se determinar o *Value for Money* da parceria através da avaliação do preço/encargos, qualidade e risco da prestação de cuidados de saúde hospitalar realizados pelo Hospital de Loures (gestão clínica e gestão de infraestruturas), de acordo com os resultados esperados/previstos no contrato de parceria e com a garantia de sustentabilidade/continuidade do serviço público.

A auditoria teve como principal objetivo confrontar o *Value for Money* apurado inicialmente no momento da contratação, a partir do Caso Base, face ao valor gerado a partir da execução do contrato de gestão, contemplando designadamente:

Ilustração 1- Objetivos da auditoria







## 2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

Os trabalhos da auditoria desenvolveram-se de acordo com as normas e procedimentos internacionais de auditoria, acolhidos no Manual de Auditoria e de Procedimentos do Tribunal de Contas, as *Guidelines* constantes das “Linhas de Orientação e Procedimentos para o desenvolvimento de Auditorias Externas a PPP”, aprovadas pelo Tribunal de Contas, bem como as linhas de orientação da INTOSAI<sup>1</sup> da qual o Tribunal de Contas é membro, sobre as melhores práticas no domínio das auditorias a PPP e Concessões.

Procedeu-se à recolha de informação e à realização de entrevistas junto da Entidade Pública Contratante, responsável pelo acompanhamento do Contrato de Gestão, e junto das Entidades Gestoras do Estabelecimento e do Edifício.

Foram ainda realizados diversos testes de conformidade e testes analíticos à produção, remuneração, monitorização e controlo do contrato de gestão pela ARSLVT.

Auditou-se também o modelo financeiro da parceria que esteve na base das projeções económico-financeiras elaboradas para os 10 anos de duração do contrato com a Entidade Gestora do Estabelecimento e para os 30 anos de duração do contrato com a Entidade Gestora do Edifício.

## 3. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

Não foram observadas no decurso da auditoria situações condicionantes do normal desenvolvimento dos trabalhos, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários quer da ARSLVT, como Entidade Pública Contratante, quer das equipas executivas e técnicas das Entidades Gestoras do Edifício e do Estabelecimento.

Ainda assim, é de referir que o exercício de *benchmarking* com outras unidades hospitalares sai prejudicado pela inexistência do apuramento e acompanhamento, para os Hospitais EPE, da grande maioria dos indicadores previstos nos contratos de gestão dos hospitais em PPP. Quanto aos indicadores transversais, verifica-se a limitação dos mesmos serem oficialmente apurados ao nível dos Centros Hospitalares e não dos vários estabelecimentos individuais que os compõem.

---

<sup>1</sup>Cfr.. ISSAI 5220 - Guidelines on Best Practice for the Audit of Public/Private Finance and Concessions, disponível em [http://www.issai.org/media/13012/issai\\_5220\\_e.pdf](http://www.issai.org/media/13012/issai_5220_e.pdf) e

ISSAI 5240 - Guideline on Best Practice for the Audit of Risk in Public/Private Partnership (PPP), disponível em [http://www.issai.org/media/13020/issai\\_5240\\_e.pdf](http://www.issai.org/media/13020/issai_5240_e.pdf)



## **II. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA**

### **4. CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL DE LOURES**

#### **4.1. Antecedentes do contrato de gestão do Hospital de Loures**

O projeto da parceria público-privada do Hospital de Loures remonta a 2003 quando foi aprovado, por Despacho conjunto da Ministra de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde<sup>2</sup>, a abertura do concurso público internacional e o lançamento da parceria relativa à construção e gestão da nova unidade hospitalar.

Ao citado concurso foram presentes quatro concorrentes:

- CGH – Construção, Gestão de Hospitais (representada pela Santa Casa da Misericórdia do Porto);
- Consis Loures – Consórcio Internacional de Saúde;
- Hospitais Privados de Portugal/Teixeira Duarte;
- Escala Loures.

Todos foram considerados qualificados pela comissão de avaliação de propostas, em termos da sua capacidade técnica, económica e financeira. Iniciada a fase subsequente do concurso, isto é, a seleção das propostas e respetiva hierarquização face aos critérios pré-definidos, deparou-se, a comissão de avaliação das propostas, com uma série de vicissitudes, nomeadamente a falta de comparabilidade das propostas, facto que originou um pedido de parecer, por parte do Ministro da Saúde, à Procuradoria-Geral da República<sup>3</sup>.

Este pedido de parecer surge na sequência das questões de legalidade colocadas pela comissão de avaliação das propostas, tendo esta proposto lançar novo concurso apenas com os concorrentes qualificados.

É neste contexto que, em 2006, é retomada a preparação do lançamento da parceria público-privada<sup>4</sup>, tendo sido aprovado, em janeiro de 2007<sup>5</sup>, o lançamento do procedimento prévio para a celebração da parceria público-privada relativa à construção e gestão do novo Hospital de Loures. A este concurso apresentaram-se dois agrupamentos de concorrentes, Escala Loures –

---

<sup>2</sup> Despacho conjunto da Ministra de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, n.º 133/2004, de 2 de dezembro de 2003, publicado no DR - II Série, de 10 de março de 2004.

<sup>3</sup> Parecer n.º 98/2005, da Procuradoria-Geral da República, publicado em DR - II Série, de 17 de março de 2006.

<sup>4</sup> Despacho n.º 392/2006, de 21 de abril, do Ministro de Estado e das Finanças e Ministro da Saúde, que nomeou os elementos da comissão de acompanhamento que supervisionou a preparação do projeto da parceria.

<sup>5</sup> Despacho conjunto do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde n.º 2025/2007, de 17 de janeiro, publicado no DR - II Série, de 8 de fevereiro de 2007.



representada por José de Mello Saúde, S.G.P.S.,S.A. e a Consis Loures - representada pela Espírito Santo Saúde, S.G.P.S., S.A.<sup>6</sup>.

A Comissão de Avaliação de Propostas no seu relatório de Avaliação da Negociação Competitiva<sup>7</sup>, propôs a seleção do agrupamento Consis Loures - representada pela Espírito Santo Saúde, S.G.P.S., S.A. cuja última e definitiva proposta ascendeu a € 593.923 milhares, cerca de 3% abaixo da proposta do concorrente Escala Loures, € 611.800 milhares.

O estudo estratégico e económico-financeiro<sup>8</sup> realizado pelo Banco BPI, S.A. (BBPI) para a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde<sup>9</sup>, concluiu que o projeto desenvolvido através da parceria público-privada (construção de uma nova unidade hospitalar e gestão clínica) potenciará a obtenção de um conjunto de vantagens, tais como: a transferência de riscos do setor público para o privado, controlo dos custos e dos prazos associados ao investimento inicial; maior rapidez na implementação do projeto, maior incentivo para o desempenho, melhor qualidade de serviço, possibilidade de *benchmarking* da performance hospitalar, entre outras.

O Custo Público Comparável<sup>10</sup>, na sua elaboração, incorporou objetivos de incremento de eficiência futura nos custos associados à prestação de serviços clínicos pelos hospitais públicos permitindo, à partida, assegurar poupanças para o sector público face a um cenário de continuidade dos níveis de eficiência históricos registados nos hospitais públicos comparáveis, mais eficientes.

Assim, para apuramento do CPC, foram considerados dois cenários de evolução futura dos níveis de eficiência:

- a) o cenário de performance histórico, cenário A, que presumiu uma continuidade, com algum ganho, relativamente aos níveis de performance operacional e de eficiência registados historicamente pelo sector público; e
- b) o cenário de eficiência, cenário B, no qual se admitiram ganhos de eficiência face ao cenário histórico. A assunção deste cenário permitiu assegurar à partida a obtenção de uma redução de valor face ao cenário histórico.

---

<sup>6</sup> Cfr. Relatório de Auditoria n.º 15/2009 – Audit do Tribunal de Contas, “Auditoria ao Programa de Parcerias Público-Privadas da Saúde”.

<sup>7</sup> Relatório de Avaliação da Negociação, julho de 2009.

<sup>8</sup> Concluído em dezembro de 2006.

<sup>9</sup> A Estrutura de Missão Parcerias.Saude foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro tendo, posteriormente, sido integrada na ACSS. O processo de transmissão das suas atribuições foi dado por terminado em 31.12.2010 - Cfr. Decreto-Lei n.º 136/2010, de 27 de novembro.

<sup>10</sup> O Custo Público Comparável é utilizado como instrumento fundamental para aferir a existência, ou não, de *Value for Money* para o erário público na contratação de uma parceria, funcionando como *benchmark* no processo de avaliação objetiva das propostas dos privados. Havendo valor acrescentado, ou seja, sendo o custo do projeto em parceria inferior ao CPC, justifica-se a contratação da parceria; caso contrário, o projeto deverá ser promovido diretamente pela entidade pública.

Estes cenários traduziram-se nos seguintes custos públicos comparáveis para o projeto do Hospital de Loures:

Quadro 1 – Custo Público Comparável

Custo Público Comparável	Unid: mil euros		
	Cenário A	Cenário B	? %
CPC (atualizado a janeiro 2008)	977 344	745 000	-23,77%

Fonte: Relatório Final da Comissão de Avaliação, setembro de 2009.

Tendo sido adotado o cenário B, cenário de eficiência, para limiar máximo de referência na contratação do projeto ao setor privado<sup>11</sup>, a proposta a adjudicar teria que representar, para o Estado, um encargo atualizado a janeiro de 2008, inferior a € 745.000 milhares.

Desde a proposta inicial do concorrente Consis Loures até à fase final da negociação definitiva, o valor atualizado líquido (VAL) dos pagamentos a realizar pela Entidade Pública Contratante aumentou em 2,69%.

Quadro 2 – VAL dos pagamentos da EPC/ARSLVT

VAL dos pagamentos a realizar pela EPC e CPC (a janeiro de 2008)				
(milhares de euros)	EGEst	EGEd	Total	? face ao VAL
VAL da proposta inicial	458 809	119 544	578 353	
VAL apresentado na BAFO	443 329	150 595	593 923	2,69%
VAL da negociação final - Versão do CG	443 329	150 595	593 923	2,69%
CPC	643 430	101 570	745 000	

Fonte: Relatório Final da Comissão de Avaliação p. 16 , setembro de 2009 e Contrato de Gestão.

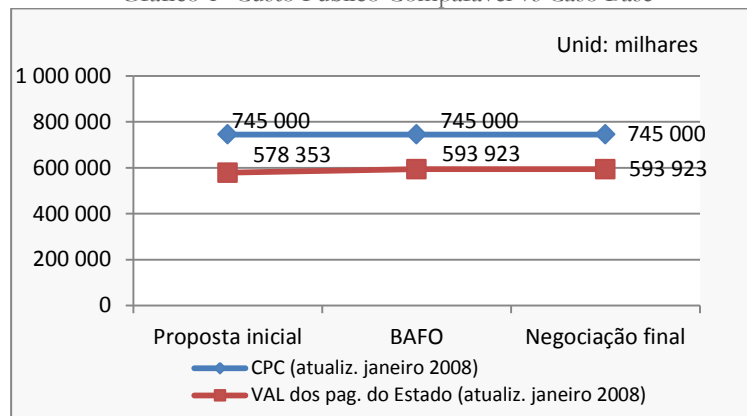
Este aumento do VAL dos pagamentos da EPC/ARSLVT teve origem na parcela relativa os pagamentos à Entidade Gestora do Edifício na sequência da variação dos custos financeiros de financiamento do parceiro privado, entre os dois momentos, dadas as alterações registadas nos mercados financeiros derivadas da crise financeira internacional, as quais originaram, nomeadamente, comissões e *spreads* de taxa de juro mais elevados. Contrariamente, no que respeita à Entidade Gestora do Estabelecimento o processo negocial traduziu-se na redução do VAL dos pagamentos a realizar pelo Estado que, no entanto, foi insuficiente para compensar o aumento nos pagamentos à Entidade Gestora do Edifício.

Ainda assim, a diferença entre o VAL da proposta final do concorrente, € 593.923 milhares e o CPC de € 745.000 milhares (cenário B), reflete uma poupança potencial de cerca de 20% para o Estado. Face ao CPC do cenário de manutenção da performance histórica, cenário A, do SNS (€ 977 344), essa poupança potencial seria de cerca de 39%.

<sup>11</sup> Segundo orientações da Comissão de Acompanhamento – Cfr. pág. 23 estudo estratégico e económico-financeiro do Hospital de Loures.



Gráfico 1- Custo Público Comparável vs Caso Base



Fonte: Relatório final da comissão de avaliação, setembro de 2009, pág.21.

O Contrato de Gestão, assinado em 31 de dezembro de 2009, contemplou um encargo global de € 593.923 milhares e procurou repartir os riscos<sup>12</sup> entre o parceiro público e o privado de acordo com a entidade melhor habilitada para os gerir. Assim, foram transferidos para o parceiro privado os riscos associados à conceção, construção, procura, exploração e manutenção e aos aspetos financeiro e fiscal. Na esfera do Estado permaneceram os de força maior não seguráveis, os de inflação, legislativo específico e político.

Por fim, os riscos associados à gestão do contrato bem como à propriedade dos ativos são partilhados entre o sector público e o parceiro privado.

#### 4.2. Caracterização do Hospital de Loures

O Hospital Beatriz Ângelo serve uma população de cerca de **278.000 habitantes** residentes nos concelhos de Loures, Mafra, Odivelas e Sobral de Monte Agraço. No caso destes dois últimos concelhos a área de influência do Hospital de Loures abrange todas as freguesias dos mesmos, enquanto nos concelhos de Loures e Mafra as freguesias abrangidas são as constantes das ilustrações seguintes.

<sup>12</sup> Cfr. Anexo 1 – Principais categorias de risco associadas ao projeto.

Ilustração 2- Freguesias do concelho de Loures



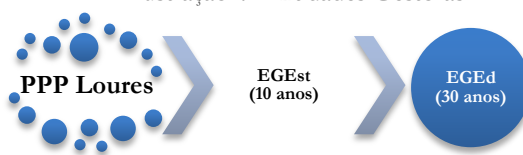
Ilustração 3- Freguesias do concelho de Mafra



Fonte: <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/apoio-aos-utentes/area-de-influencia/>, em 18-07-14

O modelo da parceria público-privada adotado, na vertente **DBFO**<sup>13</sup>, ou seja, de conceção, construção, financiamento e exploração da infraestrutura, previu a criação de duas entidades gestoras, uma dedicada à prestação de serviços clínicos e de apoio e responsável pelos investimentos em equipamentos médicos (Entidade Gestora do Estabelecimento), e a segunda responsável pela infraestrutura e pelos equipamentos gerais (Entidade Gestora do Edifício). O ativo, no final do período de concessão (30 anos), reverte para o Estado.

Ilustração 4- Entidades Gestoras



A Entidade Gestora do Estabelecimento é detentora da concessão dos serviços clínicos e dos serviços de apoio (compreendendo todas as atividades de natureza complementar ou auxiliar à prestação dos cuidados hospitalares) e é responsável pelo investimento em equipamentos médicos e informáticos. Encontra-se prevista a celebração de três contratos de prestação de serviços clínicos com a duração de 10 anos (com a atual entidade ou com outra entidade prestadora), estando o primeiro em execução desde 2012.

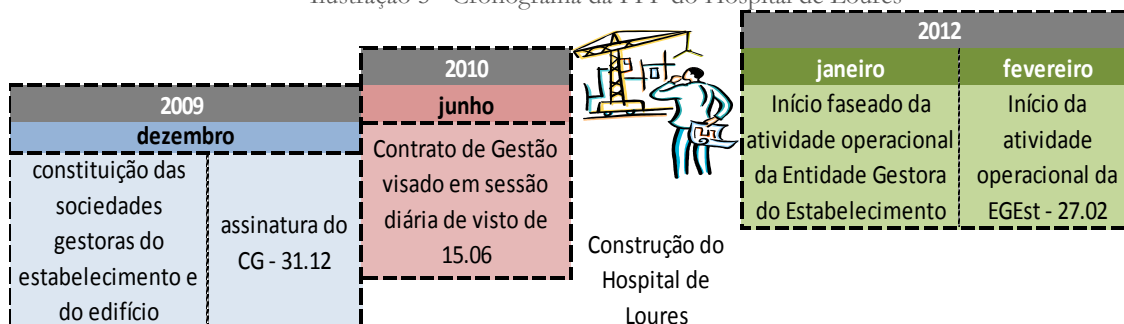
À Entidade Gestora do Edifício coube a responsabilidade da construção do hospital (que decorreu entre 2010 e 2011), assim como dos investimentos de substituição, reparação e manutenção do edifício e dos equipamentos gerais, durante os 30 anos de vigência do contrato (até 2039).

Em termos cronológicos a PPP de Loures desenvolveu-se nos seguintes prazos.

<sup>13</sup> Cfr. categorias de PPP segundo o FMI (2004:8) - INTERNATIONAL MONETARY FUND (IMF) – *Public-Private Partnerships, Government Guarantees, and Fiscal Risk, International Monetary Fund*, Washington DC. (Mar. 2004). Disponível em: <http://www.imf.org/external/np/fad/2004/pjfp/eng/031204.pdf>



Ilustração 5 - Cronograma da PPP do Hospital de Loures



### 4.3. Atividade Hospitalar

A atividade hospitalar desenvolvida pelo Hospital Beatriz Ângelo desde a sua abertura em janeiro de 2012 caracteriza-se, sumariamente, pelos seguintes números.

Quadro 3 – Atividade assistencial do Hospital de Loures

	2012	2013	Δ%
Doentes saídos do internamento	14 156	19 808	40%
Cirurgias realizadas	5 723	11 479	101%
convencional	1 551	3 442	122%
ambulatório	3 597	5 968	66%
urgentes	575	2 069	260%
N.º de partos	1 576	2 146	36%
N.º atendimentos na urgência	135 425	186 018	37%
urgentes	43%	45%	
com internamento	7,4%	7,0%	
N.º atendimentos por dia	441	510	16%
Consultas externas			
total (médicas)	122 920	243 176	98%
total (não médicas)	6 090	14 990	146%
1.ªs consultas			
médicas	64 562	91 067	41%
não médicas	1 876	3 603	92%
Hospital de dia			
N.º doentes tratados	2 270	2 546	12%
N.º de sessões	4 632	9 302	101%

Fonte: Relatórios de atividade assistencial do HBA

Todas as linhas assistenciais registaram significativos aumentos em 2013, face ao primeiro ano de atividade, refletindo não só o facto de a atividade de 2012 se ter iniciado faseadamente até 27 de fevereiro, mas também uma maior afluência dos utentes.

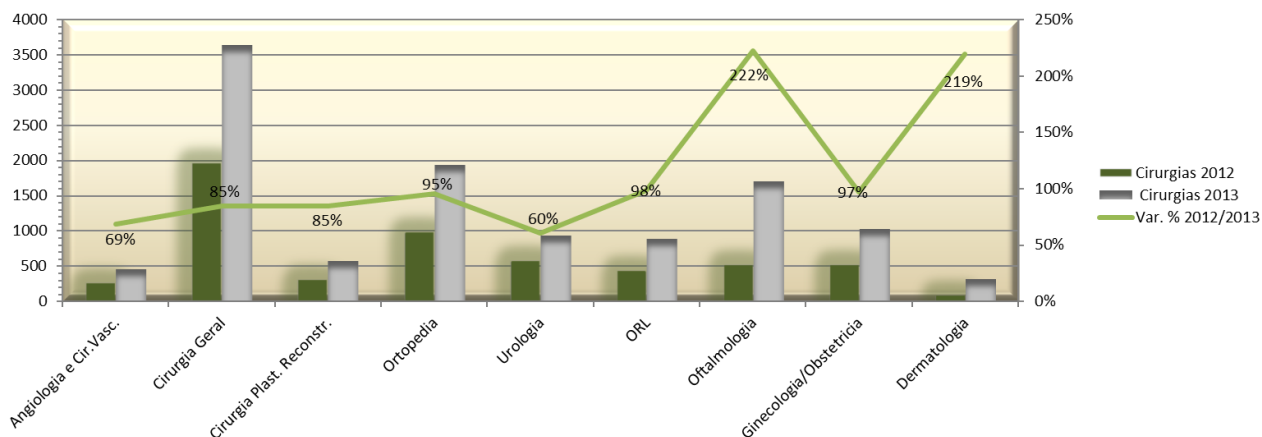
A produção de cirurgias e de consultas externas (médicas) quase que duplicaram no segundo ano de funcionamento do Hospital de Loures.

No caso das consultas externas não médicas (nutrição e diatética, psicologia, terapia da fala, etc...) a produção de 2013 mais que duplicou relativamente ao ano anterior. Tal como acontece nos contratos programa dos hospitais EPE as consultas não médicas não são remuneradas pelo SNS.

Com 8 salas de bloco, em 2013, para as intervenções programadas, a cirurgia de ambulatório é a mais representativa atingindo 63% nesse ano. Em 2012 o peso da cirurgia de ambulatório foi de 70% no total das cirurgias programadas.

A **cirurgia geral** é a especialidade com maior número de intervenções cirúrgicas, 1.979 em 2012 e 3.636 em 2013, secundada pela especialidade de **ortopedia**, com 993 e 1.941 intervenções, respetivamente.

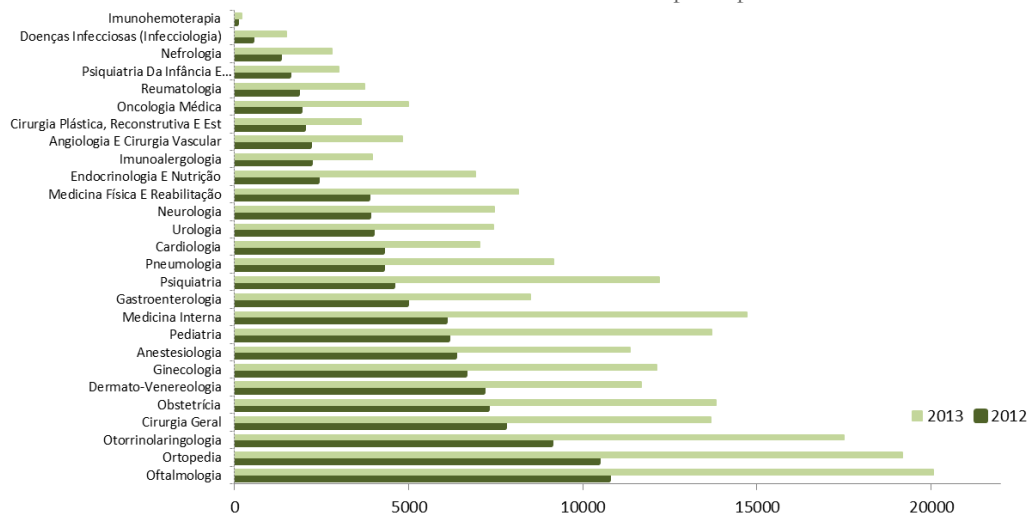
Gráfico 2- Intervenções cirúrgicas por especialidade



Em termos relativos a especialidade de oftalmologia foi a que registou o maior acréscimo nos anos analisados, 222%.

O gráfico seguinte espelha a evolução, nos dois primeiros anos de atividade, das consultas externas, de todas as especialidades constantes no perfil assistencial do Hospital Beatriz Ângelo.

Gráfico 3- Consultas externas por especialidade



Oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e medicina interna são as especialidades com maior número de consultas externas e também as que registaram maior aumento entre 2012 e 2013. Oftalmologia registou 10.724 consultas em 2012 e 20.064 em 2013, ortopedia aumentou de 10.429 para 19.161, respetivamente e otorrinolaringologia de 9.072 consultas externas realizadas no primeiro ano aumentou para 17.491 no ano seguinte.

Com base na estrutura da contabilidade analítica adotada pela Entidade Gestora do Estabelecimento apuraram-se os resultados operacionais das seguintes seções principais:





Quadro 4 – Resultados operacionais por linha de produção

	Internamento		Consulta Externa		Urgência		Hospital Dia	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Prestações Serviços + Sub.	27 595 627	40 699 593	8 038 167	13 874 148	12 336 604	15 985 163	409 073	517 894
CMVC	-5 881 776	-9 749 959	-842 166	-1 066 186	-1 038 068	-1 532 297	-14 533	-31 396
Margem Bruta	21 713 851	30 949 634	7 196 001	12 807 963	11 298 535	14 452 865	394 540	486 498
EBITDA	-8 240 519	-2 821 753	-1 308 468	2 889 836	-44 140	1 719 291	-438 891	-356 679
EBIT	-10 546 423	-5 582 637	-1 789 873	2 080 949	-583 771	1 042 987	-462 952	-389 288
EBIT por doente saído	-745,0	-281,8						
EBIT por n.º consultas externas			-14,6	8,6				
EBIT por n.º atendimentos urgência					-4,3	5,6		
EBIT por n.º sessões							-99,9	-41,8

Fonte: Balancete Analítico Hospital Beatriz Ângelo

Constata-se que no segundo ano de atividade, o Hospital de Loures obteve resultados operacionais positivos nas linhas de produção da consulta externa e da urgência. As restantes linhas assistenciais apesar de ainda registarem EBIT negativos em 2013 evidenciam uma forte recuperação fase ao ano anterior.

#### 4.4. Organização, governação e instrumentos de gestão

O Hospital de Loures apresenta uma estrutura organizativa, definida nos termos do Regulamento Geral de Atividade, aprovado em agosto de 2013, composta pelos seguintes órgãos:

- Gestão Estratégica e Executiva: Conselho de Administração e Direção Executiva;
- Fiscalização: Fiscal Único e Auditor Interno;
- Apoio à Gestão Estratégica e Executiva: Conselho Consultivo e Comitês;
- Apoio Técnico: comissões hospitalares e gabinetes de gestão de risco e comunicação;
- Governação Clínica;
- Gestão Operacional Intermédia: Direção de Operações, Administrativa-Financeira, Qualidade, Organização e Processos, Logística e Infraestruturas, Manutenção e Equipamento;

A referida estrutura<sup>14</sup>, no essencial, não difere das estruturas organizativas de outras entidades hospitalares do SNS, que englobam resumidamente as seguintes áreas:

- **clínica**, onde estão integradas as diversas valências que compõem o perfil assistencial de cada hospital;
- **suporte à área clínica**, que contempla, regra geral os serviços farmacêuticos, nutrição e dietética, apoio social, entre outras;
- **apoio geral**, que inclui a logística, a gestão de recursos humanos, a gestão financeira, a gestão de instalações e equipamentos, entre outros.

<sup>14</sup> Cfr. Anexo 2 – Organigrama da SGHL-Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.

- **comissões de apoio técnico**, tais como a de farmácia e terapêutica, ética e controlo da infeção.

No decorrer do trabalho de campo foi possível verificar que o Hospital Beatriz Ângelo, em termos de gestão, privilegia uma abordagem “de baixo para cima”<sup>15</sup>

Este tipo de abordagem implica a proatividade dos membros da equipa alargada de gestão, sendo que os mesmos são convidados a participar em cada fase do processo.

Os modelos de gestão “de baixo para cima” colocam a ênfase ao nível da gestão operacional atribuindo-lhes um papel relevante na forma como as medidas de gestão são implementadas, devendo envolver também a negociação e construção de consensos. Esta abordagem não significa uma inversão de controlo mas antes uma contribuição pragmática, a partir das experiências e competências das unidades operacionais descentralizadas.

Ilustração 6 - Tríade de gestão

Exemplo disso é a gestão dos **centros de gestão no Hospital Beatriz Ângelo** executada por equipas multidisciplinares que gerem a área clínica e não clínica do respetivo centro.



Denominada internamente por “tríade de gestão”, estas equipas de gestão são flexíveis na sua composição que, variando com o assunto em discussão<sup>16</sup>, mantém como elemento comum o respetivo gestor, reunindo em regra semanalmente.

Os Gestores dos Centros de Gestão<sup>17</sup> reportam diretamente à Direção de operações e têm, entre outras, as seguintes responsabilidades:

- Reuniões periódicas no modelo de “tríade de gestão”;
- Gestão do orçamento (da produção) atendendo aos desvios face ao programado nas negociações anuais com a EPC/ARSLVT;
- Confronto do pessoal envolvido com os resultados obtidos;

<sup>15</sup> Na terminologia anglo-saxónica os termos "*top-down*" (de cima para baixo) e "*bottom-up*" (de baixo para cima) são utilizados para indicar a forma como as organizações são geridas e como ocorrem os processos de tomada de decisão

<sup>16</sup> A título de exemplo, um assunto relacionado com a prática clínica pode envolver, além do gestor responsável, o Diretor Clínico e o Enfermeiro Diretor, se a sua abrangência assim o justificar, ou apenas o diretor de serviços de determinada especialidade se tal resultar da sua especificidade.

<sup>17</sup> Aos Gestores de Produção compete assegurar o cumprimento dos objetivos definidos pela organização através da realização dos níveis de atividade assistencial contratados, numa lógica de eficiência, através de um modelo de gestão participado e orientado para a qualidade (...). Cfr. n.º3 do art.º46 do Regulamento Geral de Atividade do Hospital Beatriz Ângelo.



- Processo de contratualização interna, dentro do serviço, área e em última análise, com o profissional médico.

O objetivo final passa por orientar os meios de produção do hospital para aquilo que são as prioridades de resposta face à procura dos cuidados clínicos, em cada momento. Note-se que, ao contrário do que sucede no sector privado, os hospitais integrados no SNS, onde se inclui as PPP da saúde, não podendo direccionar a procura de cuidados de saúde, procuram entre outras medidas, maximizar a produção contratada.

Em termos organizativos destaca-se, como opção diferenciadora do Hospital Beatriz Ângelo face à generalidade dos hospitais do SNS, o processo de organização de camas de internamento designado por “falta de territorialidade das camas”, que se traduz na inexistência de uma pré-atribuição de camas às diversas valências clínicas.

Este processo é desenvolvido por um gestor de camas – função atribuída a um enfermeiro – que, com recurso a um sistema informático de georreferenciação, gere os pedidos de ocupação de camas vindos das várias áreas clínicas.

A falta de territorialidade das camas não invalida a existência de zonas (alas) preferenciais de internamento (exceto obstetrícia, pedopsiquiatria e pediatria) e concentração de pessoal de enfermagem especializado, que sempre que possível, são respeitadas, para que a gestão das mesmas seja o mais adequada à arquitetura do edifício e respetiva concentração de meios.

Não será alheio a este modelo de gestão o facto do Hospital Beatriz Ângelo ter uma das mais elevadas taxas de ocupação do internamento, 93% em 2013, quando comparado com hospitais do SNS – cf. ponto 7.3.

## **II.1-ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO**

### **5. EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO**

#### **5.1. Produção contratada**

A componente da prestação dos serviços clínicos na parceria público-privada de Loures está, tal como nas restantes parcerias da saúde, sujeita ao processo de negociação anual entre a Entidade Pública Contratante e a Entidade Gestora do Estabelecimento, para a determinação da produção que se prevê, em princípio, ajustada às necessidades de cuidados de saúde da população.

É assim que, contratualmente, está determinado que a Produção Prevista seja acordada entre as partes até 15 de novembro de cada ano. Caso as partes não cheguem a acordo cabe à Entidade Pública Contratante determinar unilateralmente essa produção.

Entre 2012 e 2014, primeiros anos de atividade do Hospital de Loures, as partes acordaram a produção anual a realizar sem necessidade da ARLVT se socorrer da figura da determinação unilateral da produção.

A Produção Prevista anualmente pode ser ultrapassada nos termos definidos contratualmente. Assim, no caso da atividade do internamento a Entidade Gestora do Estabelecimento pode ultrapassar o limite acordado para o ano em 10%. Por sua vez, a atividade da urgência não tem limites de produção. Contudo, neste caso todos os atendimentos realizados para além das quantidades acordadas para o escalão 1 são pagos a um preço inferior. Nas atividades da consulta externa e hospital de dia não são pagos os episódios que ultrapassem a produção acordada.

Entendendo-se que o mecanismo de determinação da Produção Prevista, constante do Contrato de Gestão, acordado anualmente entre a Entidade Pública Contratante e a Entidade Gestora do Estabelecimento, corresponde a uma estimativa mais realista das necessidades de cuidados de saúde da população da área de influência, contemplando, na medida do permitido pelo Contrato de Gestão, eventuais alterações às orientações estratégicas definidas para o SNS, verificaram-se as seguintes variações entre os pressupostos da atividade assistencial, que serviram de base à formulação do modelo financeiro e a produção contratada anualmente.



Quadro 5 – Produção Prevista no modelo financeiro vs produção contratada (2012 a 2015)

Linha de Produção	2012			2013			2014			2015		
	CB	PCont.	Δ %	CB	Pcont.	Δ %	CB	Pcont.	Δ %	CB	Pcont.	Δ %
Internamento e Cirur. Amb. (D.E.)	35 356	31 305	-11%	39 885	34 349	-14%	44 504	36 885	-17%	44 721	36 880	-18%
RNCCI (dias)	819	779	-5%	926	926	0%	1 036	2 560	147%	1 043	5 038	383%
Consultas externas (n.º)	207 273	200 384	-3%	234 366	241 628	3%	262 315	251 204	-4%	264 554	273 917	4%
Urgências* (n.º)	85 532	106 182	24%	96 707	141 867	47%	108 239	167 026	54%	109 168	167 043	53%
atendimentos escalão 1	68 426	57 338	-16%	77 366	62 346	-19%	86 592	69 719	-19%	87 334	74 165	-15%
atendimentos pouco urgentes a) b)	17 106	48 844	186%	19 341	79 521	311%	21 648	97 307	349%	21 834	92 878	325%
Sessões Hosp.Dia (n.º)	5 363	7 410	38%	6 038	6 816	13%	6 717	10 500	56%	6 724	10 815	61%
Casos e Atos Específicos												
N.º de IVG					864			816			714	
N.º de dias - diálise peritoneal					1 092			967			1 861	

a) 25% do número de urgências não configuram emergência médica, cirúrgica, pediátrica, etc..., cfr. modelo financeiro

b) N.º de urgências contratadas e classificadas pelo sistema de Triagem de Manchester com a cor verde e azul (pouco urgentes e não urgentes)

PCon.- Produção Contratada; CB- Caso Base; DE - Doentes Equivalentes

Fonte - Modelo financeiro ("Bid Data\_Input"); ARSLVT

As **linhas de produção do internamento, cirurgia de ambatório e urgência** (mais propriamente os atendimentos considerados no escalão 1), foram as que apresentaram maiores reduções na produção contratada face à estimativa do modelo financeiro. Esta situação é particularmente relevante se atendermos ao facto da **atividade do internamento e da cirurgia de ambatório** ser a que maior peso tem na remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento, em média 60% nos três anos de atividade do Hospital de Loures, como se evidencia no ponto seguinte.

Por outro lado, a contratação de **atendimentos na urgência** abaixo da estimativa do modelo financeiro ocorreu nas urgências que são remuneradas a um preço superior. Os atendimentos considerados pouco urgentes ou não urgentes, cuja contratação ficou bem acima da projeção do modelo financeiro, são remunerados por menos de metade do preço dos atendimentos urgentes, equivalente ao preço das consultas subsequentes.

A contratação de número de **consultas externas**, que em 2014 tinha ficado em -4% do estimado no modelo financeiro, em 2015 inverteu o sentido registando um aumento de 4% face ao modelo.

## 5.2. Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento

A Entidade Gestora do Estabelecimento é remunerada anualmente pela Entidade Pública Contratante:

- pelos serviços clínicos prestados;
- pela disponibilidade operacional do serviço de urgência;
- pelos ajustamentos, positivos ou negativos, a efetuar em função do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos do Hospital de Loures e adquiridos nas farmácias de oficina.

A introdução desta última parcela na remuneração visa apurar se a despesa para o Estado proveniente das participações financeiras a efetuar com as aquisições, nas farmácias de oficina, dos produtos farmacêuticos cuja prescrição tenha origem no Hospital de Loures, são

superiores ou inferiores à média desta despesa *per capita* dos hospitais do Grupo de Referência. Sendo superiores o Hospital de Loures será penalizado na sua remuneração anual, caso contrário verá a sua remuneração incrementada.

Este mecanismo de incentivo à racionalização da prescrição médica não foi aplicado em 2012, uma vez que a ARSLVT, face à abertura faseada de serviços clínicos do Hospital de Loures nesse ano, considerou existirem fatores passíveis de distorcer a comparabilidade de dados com os hospitais do Grupo de Referência cuja atividade hospitalar já se encontrava estabilizada.

Em 2013 a despesa *per capita* com as comparticipações resultantes da prescrição de produtos farmacêuticos nos hospitais do Grupo de Referência foi de € 40,6 (média dos três hospitais que compõem o Grupo de Referência), enquanto o Hospital de Loures registou uma despesa *per capita* de € 29,74. O ajustamento pela prescrição de produtos farmacêuticos foi, assim, favorável à Entidade Gestora do Estabelecimento em € 285.921.

À remuneração base anual da Entidade Gestora do Estabelecimento são efetuadas ainda deduções em virtude da ocorrência de falhas de desempenho.

A remuneração anual é paga:

- pela Entidade Pública Contratante, na parte correspondente à parcela a cargo do SNS;
- por terceiros pagadores, nomeadamente as companhias de seguros, particulares e outros;
- pelos utentes, na parte correspondente às taxas moderadoras.

Alguns dos pressupostos da remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento previstos no modelo financeiro sofreram alterações aquando do início da execução do Contrato de Gestão, sendo de destacar:

- A parcela a cargo de terceiros pagadores e dos utentes (taxas moderadoras) foi estimada em cerca de 13% da remuneração anual, ficando a cargo do SNS os restantes 87% da remuneração. Na realidade, verificou-se que a parcela a cargo do SNS se situou nos 96% (média entre 2012 e 2014). Tal deveu-se à transferência, para o orçamento do SNS, da responsabilidade pelos encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde: ADSE, SAD da PSP e GNR e ADM das Forças Armadas.
- A atividade do hospital tem apresentado uma complexidade, traduzida pelo índice de *case mix*, superior à inicialmente prevista e que serviu de base às estimativas do modelo financeiro, implicando maiores custos de funcionamento e maior remuneração pela atividade desenvolvida.

O quadro seguinte discrimina a remuneração fixada, no âmbito do procedimento anual, e a Produção Prevista acordada entre a Entidade Pública Contratante e a Entidade Gestora do Estabelecimento.



Quadro 6 – Remuneração contratada entre EPC e a EGEst. (2012 a 2015)

Remuneração produção contratada	2012	2013	2014	2015	Δ %		
					12/13	13/14	14/15
Internamento e cirurgia ambulatório	36 816 795 €	45 925 661 €	47 534 825 €	48 283 974 €	25%	4%	2%
<i>n.º episódios</i>	32 100	35 133	37 548	37 357	9%	7%	-1%
<i>n.º doentes equivalentes</i>	31 305	34 349	36 885	36 880	10%	7%	0%
Consulta Externa	11 612 889 €	14 375 223 €	14 677 256 €	15 899 553 €	24%	2%	8%
<i>n.º consultas</i>	200 384	241 628	251 204	273 917	21%	4%	9%
Urgência	9 519 579 €	12 027 254 €	13 639 424 €	13 869 400 €	26%	13%	2%
<i>n.º atendimentos</i>	106 182	141 867	167 026	167 043	34%	18%	0%
Hospital de Dia	860 754 €	740 288 €	1 148 745 €	1 177 195 €	-14%	55%	2%
<i>n.º sessões</i>	7 410	6 816	10 500	10 815	-8%	54%	3%
RNCCI	12 542 €	15 320 €	41 574 €	81 313 €	22%	171%	96%
<i>n.º de dias</i>	779	926	2 560	5 038	19%	176%	97%
Casos e Atos Específicos		388 695 €	297 147 €	328 144 €		-24%	10%
Remuneração pela disponibilidade da urgência	2 403 218 €	2 917 371 €	2 863 769 €	2 845 969 €	21%	-2%	-1%
Remuneração anual EGEst	61 225 776 €	76 389 812 €	80 202 740 €	82 485 548 €	25%	5%	3%
Parcela a cargo de 3ºs	2 263 533 €	2 576 419 €	3 610 958 €	3 567 819 €	14%	40%	-1%
<b>Parcela a cargo do SNS</b>	<b>58 962 243 €</b>	<b>73 813 393 €</b>	<b>76 591 782 €</b>	<b>78 917 730 €</b>	<b>25%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>

Fonte: ARSLVT

A remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento registou o aumento mais significativo, 25%, no ano de 2013, traduzindo, em parte, o facto da atividade de 2012 apenas se ter iniciado plenamente em 27 de fevereiro.

As linhas de produção do **internamento e cirurgia de ambulatório** são as que mais pesam, atingindo, em média, nos quatro anos analisados, 60% do total da remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento. Por sua vez, a **urgência** (incluindo a remuneração pela disponibilidade da mesma) e a **consulta externa** têm peso idêntico no total da remuneração, em média, 20% e 19% respetivamente.

O entendimento das partes foi fundamental para que se procedesse à fixação da produção para 2014 sem recurso à determinação unilateral da produção por parte da ARSLVT, facto evidenciado pela SGHL,S.A., que, na figura do seu Administrador Executivo, considerou ter aceite uma produção para esse ano “(...) inferior à que resultaria da sua mera fixação unilateral, pela ARSLVT, nos termos do contrato de gestão”<sup>18</sup>.

Por sua vez o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT salientou que apesar das divergências de entendimento entre as partes, a parcela a cargo do SNS para 2014, fixada em € 76.591 milhares, ou seja, mais 4% do que o ano anterior, respeita as regras de comportabilidade financeira e orçamental que preside à execução da PPP, salvaguardando a adequada resposta às necessidades da população da área de influência do hospital.

<sup>18</sup> Cfr. ata da reunião de 20/12/2013 entre a ARSLVT e SGHL, S.A. sobre o procedimento anual para 2014 relativo ao Hospital de Loures.

Do confronto da **parcela a cargo do SNS inicialmente prevista no modelo financeiro**<sup>19</sup> com a **parcela contratada** anualmente desde o início da atividade da parceria, verifica-se que, com exceção dos dois primeiros anos, os encargos anuais com a parceria tendem a serem inferiores ao previsto no modelo financeiro.

Quadro 7 – Parcela a cargo do SNS – modelo financeiro vs contratação anual

Unid.: euros

Parcela a cargo do SNS	2012	2013	2014	2015
Modelo Financeiro*	58 366 185	70 631 711	80 462 160	82 885 753
Contratado	58 962 243	73 813 394	76 591 782	78 917 730
<b>Δ %</b>	<b>1%</b>	<b>5%</b>	<b>-5%</b>	<b>-5%</b>

\* Valores ajustados tendo em conta que a parcela de 3ºs pagadores passou a representar cerca de 1% e não os 12% inicialmente estimados.

Fonte: ARSLVT e Anexo XIII ao CG.

Note-se, contudo, que se atendermos à produção considerada elegível pela Entidade Pública Contratante (após atualização do ICM, dos preços das linhas de produção, da aplicação das deduções, da validação da produção e do apuramento dos encargos de terceiros pagadores), o montante a cargo do SNS em 2012 foi de € 48.751 milhares (e não de € 58.962 como inicialmente contratado), isto é, cerca de -16% face ao estimado no modelo financeiro e de € 77.485 milhares em 2013, ou seja, mais 10% do previsto no modelo.

Num contexto mais alargado de financiamento das unidades hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo, o quadro seguinte reflete a distribuição de recursos financeiros (valores dos contratos-programa) aos diversos hospitais, EPE, SPA e PPP, desde 2011 até 2015.

Quadro 8 – Financiamento dos hospitais da RLVT (2011 a 2015)

Unid. Milhares euros

Hospitais	2011	2012	Δ% 11/12	2013	Δ% 12/13	2014	Δ% 14/13	2015	Δ% 15/14
EPE e SPA	1 743 122	1 558 031	-11%	1 506 344	-3%	1 478 245	-2%	1 557 504	5%
PPP	96 875	177 833	84%	234 604	32%	252 294	8%	264 854	5%
<b>Total</b>	<b>1 839 997</b>	<b>1 735 864</b>		<b>1 740 948</b>		<b>1 730 539</b>		<b>1 822 358</b>	

Fonte: ARSLVT

A maior variação no financiamento das PPP, ocorrida em 2012, deve-se sobretudo à conversão do Hospital de Vila Franca de Xira (anterior Hospital de Reynaldo dos Santos) pertencente ao

<sup>19</sup> O modelo financeiro previa que a parcela a cargo dos terceiros pagadores (subsistemas e outras entidades) representasse cerca de 12%, contudo, face à transferência para o orçamento do SNS dos encargos dos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde: ADSE, SAD da PSP e GNR e ADM das Forças Armadas, essa parcela passou a representar pouco mais de 1%. Assim, o montante da parcela a cargo do SNS previsto no modelo financeiro, e considerado no quadro, foi ajustado tendo em conta a nova realidade.





setor público administrativo para hospital em regime de parceria público-privada e ao início do financiamento do novo hospital de Loures<sup>20</sup>.

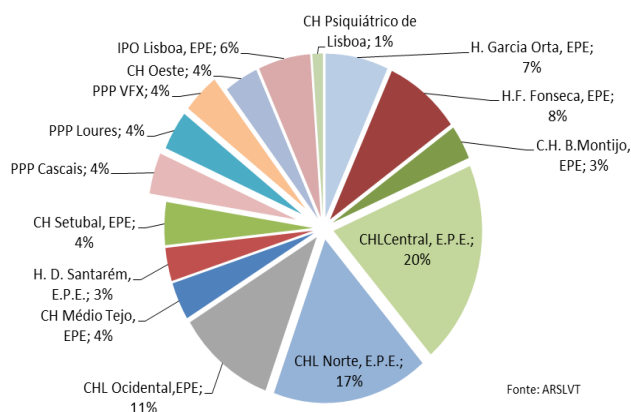
Entre 2011 e 2015 o peso médio, de cada uma das unidades hospitalares da RLVT, no financiamento total, é o que consta do gráfico seguinte.

Cerca de 50% do total de financiamento das unidades hospitalares da RLVT é afeto apenas a 3 hospitais.

Por outro lado, cada um dos hospitais em regime de parceria público-privada consome, em média, cerca de 4% do total da disponibilidade financeira.

Das 16 entidades hospitalares da RLVT, destacam-se os Centros Hospitalares Lisboa Central<sup>21</sup> Lisboa Norte e Lisboa Ocidental, como as unidades que maiores recursos financeiros consomem.

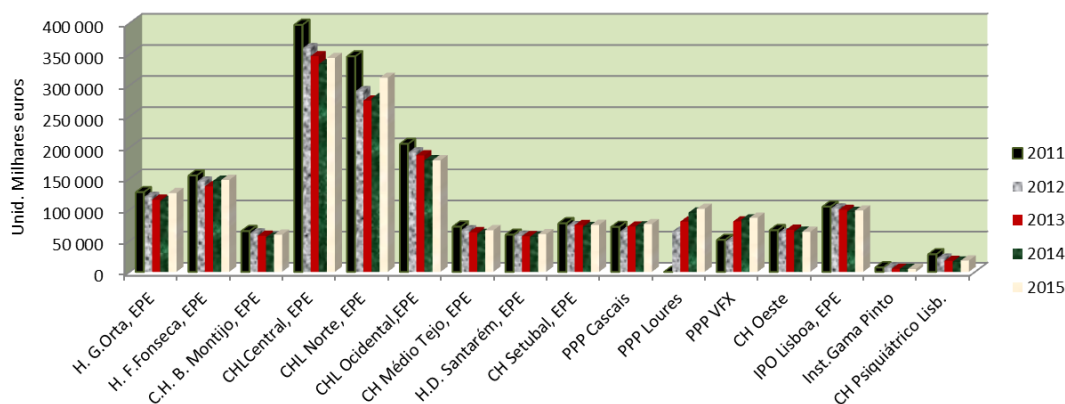
Gráfico 4- Média do financiamento dos hospitais da RLVT



<sup>20</sup> Entre 2011 e 2013, o orçamento a afetar a cada um dos hospitais em regime de PPP foi definido pela ACSS e transferido para a ARSLVT. A partir de 2014 a ACSS deixou de definir o orçamento para cada uma das parcerias sendo o mesmo englobado no orçamento afeto à ARSLVT.

<sup>21</sup> Na elaboração do gráfico, e para efeitos de comparabilidade dos dados, foi considerado, desde 2011, a integração, no Centro Hospital Lisboa Central, da Maternidade Alfredo da Costa e do Hospital Curry de Cabral, apesar de esta só ter ocorrido em maio de 2012.

Gráfico 5- Evolução do financiamento dos hospitais da RLVT (2011-2015)



Fonte: ARSLVT

De um modo geral, verifica-se que os anos de 2012 e 2013 foram os que revelaram maior redução no orçamento disponibilizado aos hospitais EPE e SPA da RLVT, sendo 2015 claramente um ano de inversão dessa tendência. Note-se, no entanto, que os montantes refletidos no gráfico respeitam à contratualização inicial, podendo haver situações de reforço dos mesmos.

O quadro seguinte evidencia, de forma mais pormenorizada, a variação do financiamento dos cinco hospitais EPE, com maior peso na RLVT, e das três PPP.

Quadro 9 – Evolução do financiamento dos 5 maiores hospitais e das 3 PPP da RLVT

Financiamento	Unid. Mil euros								
	2011	2012	Δ% 11/12	2013	Δ% 12/13	2014	Δ% 13/14	2015	Δ% 14/15
CHL Central, E.P.E.*	397 045	359 352	-9%	346 608	-4%	333 710	-4%	343 715	3%
CHL Norte, E.P.E.	346 369	290 250	-16%	275 217	-5%	278 866	1%	311 871	12%
CHL Ocidental, EPE	205 689	191 866	-7%	187 190	-2%	179 229	-4%	179 229	0%
H.F. da Fonseca, EPE	154 988	145 158	-6%	137 489	-5%	146 286	6%	147 723	1%
H. Garcia Orta, EPE	128 108	120 224	-6%	115 999	-4%	113 763	-2%	126 725	11%
PPP Cascais	72 320	64 225	-11%	72 755	13%	73 104	0%	76 770	5%
PPP Loures	0	64 885		80 850	25%	95 135	18%	101 224	6%
PPP VFX	51 468	48 723	-5%	80 999	66%	84 056	4%	86 860	3%

\* Apesar do Hospital Curry Cabral e da MAC só terem integrado o CHLC em março de 2012, na elaboração do quadro considerou-se desde 2011 o financiamento destas 2 unidades no financiamento do CHLC.

Nota: Os montantes de financiamento das PPP engloba as 2 sociedades, a do estabelecimento e do edifício.

Fonte: ARSLVT (Valor dos Contratos-Programas iniciais para os hospitais EPE).

As PPP, contrariamente aos restantes hospitais EPE, evidenciam uma tendência de crescimento mais acentuada no seu financiamento, fruto do cumprimento do Contrato de Gestão que impõe: a atualização anual dos preços das linhas de produção, através do índice de preços no consumidor e do índice de *case mix*; limiares mínimos para a quantidade de produção que o parceiro público é obrigado a contratar.



Contudo, hospitais como o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, e o Hospital Garcia de Orta, EPE, registam em 2015, aumentos no seu financiamento superiores a qualquer uma das PPP.

### 5.3. Reconciliação da remuneração a pagar à Entidade Gestora do Estabelecimento

A remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento foi acordada em € 61.225.776 em 2012 e € 76.389.794 em 2013, sendo o seu pagamento repartido pelos terceiros pagadores, utentes e Entidade Pública Contratante (parcela a cargo do SNS).

Sobre 90% do valor previsível da parcela a cargo do SNS é calculado o duodécimo, pago mensalmente pela Entidade Pública Contratante. Os restantes 10% ficam pendentes do resultado da execução de testes de validação e da realização de auditorias sobre a produção de toda a atividade reportada, com vista ao apuramento de eventuais inconformidades e de falhas de desempenho. O apuramento deverá ser efetuado até ao final do 1º semestre do ano imediatamente subsequente.

O valor a reconciliar anualmente resulta do cômputo de diversos acertos provenientes dos testes e auditoria realizados e da atualização de várias componentes:

- Apuramento de episódios não elegíveis para faturação e que resultam em expurgos para efeitos de remuneração e consideração dos limites contratuais à produção;
- Recálculo do índice de *case-mix* face ao estimado aquando da negociação/fixação da remuneração;
- Revisão dos preços a considerar em cada linha de atividade, em função da atualização do índice de preços no consumidor (IPC);
- Deduções por falhas específicas, de desempenho e de serviço (valor que também é afetado por via da atualização do índice de preços no consumidor);
- Atualização da estimativa efetuada ao valor das taxas moderadoras cobradas e das receitas de terceiros pagadores.

O processo de reconciliação da produção de 2012 foi moroso uma vez que os expurgos efetuados pela ARSLVT foram objeto de contestação pela Entidade Gestora do Estabelecimento decorrendo um longo período de análise das justificações apresentadas pelas partes e da informação complementar entretanto disponibilizada pela sociedade.

Em sede de contraditório o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo** referiu que “(...) o intervalo temporal de 5 meses, entre 31 de janeiro a 30 de junho que o Contrato de Gestão atribui à Entidade Pública Contratante corresponde (...) ao período de tempo considerado necessário ao desenvolvimento dos trabalhos necessários (testes ,auditorias, análise documental) ao apuramento do valor de reconciliação.” Realça que “estes trabalhos não se encontram unicamente dependentes das tarefas levadas a cabo pela Entidade Pública Contratante” e que a redução dos prazos não deve “sobrepor-se ao objetivo fundamental que consiste na verificação e validação o mais exaustivas

*possível da informação necessária para apuramento do valor efetivo da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde”.*

A produção realizada pela Entidade Gestora do Estabelecimento, em 2012 e 2013, considerada pela Entidade Pública Contratante como elegível para pagamento (com exceção dos casos e atos específicos), encontra-se refletida no quadro seguinte<sup>22</sup>.

Quadro 10 – Produção realizada (2012 e 2013)

Produção	2012			2013		
	Acordada	Realizada	Δ%	Acordada	Realizada	Δ%
Internamento e Cirurgia Ambulatório						
<i>n.º doentes equivalentes</i>	31 305	19 173	-39%	34 349	35 248	3%
Consultas						
1.ª consultas	66 793	59 945	-10%	80 541	83 246	3%
consultas subsequentes	133 591	62 365	-53%	161 087	156 764	-3%
Urgência						
<i>n.º de atendimentos 1.º escalão</i>	57 338	48 431	-16%	62 346	62 346	0%
<i>n.º de atendimentos 2.º escalão</i>					8 649	
<i>n.º atendimentos verdes e azuis</i>	48 844	74 370	52%	79 521	99 188	25%
Hospital de dia						
<i>n.º sessões</i>	7 410	2 702	-64%	6 816	9 000	32%
RNCCI						
Número de Dias	779	2 366	204%	926	2 917	215%
Casos e Atos Específicos						
<i>n.º de IVG</i>		591		864	771	-11%
<i>n.º de dias</i>		230		1 092	1 164	7%

Fonte: ARSLVT - documentos de apuramento de pagamento de reconciliação de 2012 (reporte de 1 de dezembro de 2014) e de 2013 (reporte de 19 de dezembro de 2014). EGEST - informação da produção realizada de casos e atos específicos (obtida em setembro de 2014).

**A produção realizada em 2012** foi inferior em todas as linhas de produção (com exceção no n.º de atendimentos não urgentes e pouco urgentes) face ao contratado com a Entidade Pública Contratante.

Destaca-se a produção de consultas externas em 2012 que ficou cerca de 39% abaixo da produção contratada com a Entidade Pública Contratante e 41% abaixo das previsões do modelo financeiro.

Várias são as causas que estão na origem dos desvios verificados em 2012, tais como a abertura faseada da atividade hospitalar, que ficou concluída em 27 de fevereiro de 2012, o facto de não ser um hospital de substituição e, na opinião da Entidade Gestora do Estabelecimento, a tardia integração do Hospital Beatriz Ângelo nas redes de referência dos Cuidados Primários para os hospitais que, face à inexistência de uma “(...) *reestruturação da oferta pública hospitalar em Lisboa* ,

<sup>22</sup> De notar que a produção de casos e atos específicos de IVG e de diálise peritoneal não foi tida em consideração pela Entidade Pública Contratante, no âmbito do apuramento do pagamento da reconciliação de 2012 e 2013, por não ter sido remetida pela EGEST o reporte específico nos termos dos *templates* acordados.



*os hospitais tentarem conservar os doentes da área de influência do Hospital Beatriz Ângelo, não os referenciando, mesmo que se encontrassem em lista de espera”.*<sup>23</sup>

Note-se que, relativamente à referenciação das consultas hospitalares para o Hospital Beatriz Ângelo, a ARSLVT, nos dois últimos meses de 2011, solicitou à SPMS a parametrização do *software* ALERT® P1<sup>24</sup> de modo a que fosse operacionalizada a alteração da referenciação dos utentes da área de influência do novo Hospital de Loures<sup>25</sup>. Paralelamente, foi comunicado aos diversos ACES a alteração dessa referenciação para primeira consulta,<sup>26</sup> à medida que as especialidades entrassem em funcionamento no novo hospital.

**O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**, acrescentou ainda que as “(...) *dificuldades verificadas na capacidade de atração do Hospital, limitação, aliás, prevista no modelo financeiro do Contrato de Gestão em 80%, devem ser enquadradas na circunstância de se tratar do primeiro ano de funcionamento de um Hospital que não veio substituir outra unidade hospitalar.*”

Por seu turno, o **Administrador Executivo da Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.**, apresentou como justificação para uma produção de consultas externas, em 2012, abaixo do contratado com a ARSLVT, o facto de se terem verificado problemas sérios de indisciplina na referenciação dos doentes pelos cuidados primários (CP) para o hospital, tendo clarificado que “(...) *o HBA só foi autorizado a marcar consultas pedidas pelos CP através do sistema CTH, com exceção do primeiro mês de funcionamento, em que houve autorização para utilização de uma linha de fax com os Centros de Saúde. Contudo, muitos pedidos dos CP chegavam (como era habitual com os hospitais públicos que anteriormente recebiam estes doentes) ao HBA por fax, correio eletrónico, carta ou telefone e não podiam ser aceites e, por outro lado, a plataforma CTH permitia a referenciação livre dos doentes da área de influência do HBA para outros hospitais, mesmo quando a especialidade em causa fazia parte da carteira de serviços do HBA. Se é certo que o risco da procura pertencia, no âmbito da parceria, ao HBA, é igualmente certo que era a ARSLVT que controlava os serviços de saúde que determinam, em parte substancial, essa procura.*”

<sup>23</sup> Cfr. Relatório & Contas 2012, do Hospital Beatriz Ângelo.

<sup>24</sup> O ALERT® P1 é um *software* destinado à requisição, triagem e encaminhamento de informação relacionada com pedidos de primeiras consultas de especialidade, entre centros de saúde e hospitais, permitindo o estabelecimento de prioridades com base em critérios clínicos, cfr. *ALERT Life Sciences Computing, S.A.*

<sup>25</sup> Foi também solicitado que “*a referenciação para outras Unidades Hospitalares em complemento ao HBA seja inativada 15 dias antes da abertura efetiva dos serviços respetivos de modo a que o HBA seja a Unidade Hospitalar de referenciação exclusiva (exceto para as especialidades inexistentes no HBA – em que a referenciação tem por destino o CHLN), cfr. e-mail da ARSLVT-URTCH de 30.11.2011.*”

<sup>26</sup> Segundo informação disponibilizada pela ARSLVT, face à dificuldade do Hospital Beatriz Ângelo em aceder à plataforma CTH, a referenciação através do ALERT® P1 foi temporariamente suspensa e substituída por pedidos efetuados nos ACES via fax.

Em 2013<sup>27</sup>, o Hospital de Loures praticamente superou em todas as linhas assistenciais as quantidades contratadas com a Entidade Pública Contratante. Para o **aumento da produção de consultas externas**, verificado nesse ano, terá contribuído os contatos promovidos pelo hospital junto das unidades de cuidados de saúde primários da sua área de influência, no sentido de divulgar a atividade desenvolvida e de garantir a adequada interligação entre os dois níveis de cuidados de saúde.

O número de **primeiras consultas externas** realizadas pelo Hospital Beatriz Ângelo, em 2013, foi de 83.246. Contudo a EPC como tinha acordado, em processo negociação da produção, o limite de 80.541 consultas, considerou para pagamento este último valor. Por sua vez a realização de **consultas subsequentes** ficou aquém, -3%, do acordado entre as partes.

Relativamente ao **índice de case-mix** o quadro seguinte espelha a diferença entre as previsões do modelo financeiro, as estimativas aquando da negociação da produção e os valores efetivamente apurado após a validação da produção elegível para pagamento.

Quadro 11 – Índice de *Case Mix* Modelo Financeiro vs Negociação vs Real

	ICM	Global	Inter. Cirur.	Amb. Cirur.	Amb. Médico	Inter. Médico
2012	Previsão Caso base	0,595	1,243	0,761	0,129	0,814
	Estimado na negociação	0,596	1,282	0,653	0,136	0,778
	Produção real*	0,814	1,500	0,676	0,129	0,826
	Δ% real/caso base	36,9%	20,7%	-11,2%	0,0%	1,5%
2013	Previsão Caso base	0,599	1,251	0,766	0,129	0,820
	Estimado na negociação	0,660	1,342	0,680	0,154	0,833
	Produção real*	0,723	1,607	0,682	0,116	0,8470
	Δ% real/caso base	20,8%	28,5%	-10,9%	-9,6%	3,2%

\* Produção reconciliada

Fonte: ARSLVT; modelo financeiro.

O **índice de case mix global** previsto no modelo financeiro de 0,595 para 2012 foi inferior ao real, que atingiu 0,814, destacando-se o **ICM do internamento cirúrgico** com o desvio mais acentuado, cerca de 20%. Situação contrária verificou-se no ICM da cirurgia de ambulatório uma vez que o ICM real, 0,676, foi inferior ao previsto no modelo financeiro, 0,761.

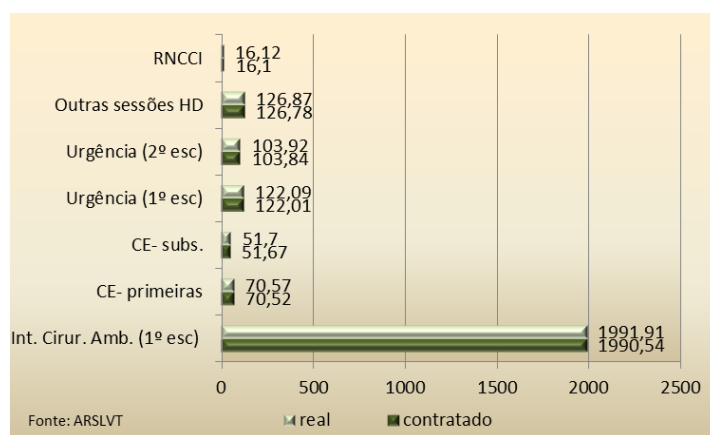
Em 2013, o **índice de case mix global** real foi de 0,723, ou seja cerca de 20% superior ao estimado no modelo financeiro, 0,599. A complexidade dos episódios cirúrgicos tratados na linha de produção do internamento, 1,607, ficou 28% acima do previsto no modelo financeiro, 1,251. O índice de *case mix* da atividade cirúrgica de ambulatório foi, contrariamente, inferior ao previsto inicialmente.

Outro fator que influencia o valor de reconciliação é o índice de preços no consumidor (IPC), sem habitação, publicado pelo Instituto Nacional de Estatística, por via da atualização dos preços das linhas de produção, aquando do apuramento desse valor.

<sup>27</sup> Produção considerada pela EPC como elegível para pagamento e ainda não contraditada pela EGEST.



Gráfico 6- Efeito da atualização do IPC



No entanto, no ano de 2012, como se pode verificar na figura, o impacto da atualização do IPC no preço das linhas assistências, face à estimativa dos preços aquando do procedimento de fixação da Produção Prevista, foi praticamente inexistente.

Após a realização do processo de validação da produção foram apurados pela ARSLVT os seguintes montantes de reconciliação:

Quadro 12 – Processo reconciliação 2012 (parcela SNS)

Reconciliação da parcela a cargo do SNS	2012	2013
Remuneração contratada	58 962 243 €	73 813 394 €
Remuneração corrigida pela EPC	48 751 075 €	77 484 759 €
<b>Valor a reconciliar da parcela a cargo do SNS</b>	<b>- 10 211 168,05 €</b>	<b>3 671 365,48 €</b>
10% da remuneração contratada	5 896 224,30 €	7 381 339,36 €
<b>Valor de reconciliação final</b>	<b>- 4 314 943,8 €</b>	<b>11 052 704,8 €</b>

Fonte : ARSLVT - Apuramento do pagamento de reconciliação de 2012 (versão de 1 dezembro de 2014) e 2013 (versão de 19 de dezembro de 2014)

Em 2012, face a uma produção inferior ao inicialmente contratado entre as partes, pelas razões expostas anteriormente, a Entidade Pública Contratante ficou credora da Entidade Gestora do Estabelecimento em cerca de € 4.314 milhares.

Em 2013, inverteu-se a situação devendo a ARSLVT à SGHL, S.A. o montante de € 11.053 milhares, sendo que destes, € 3.671 milhares resultam do apuramento do valor efetivo da parcela a cargo do SNS face à produção realizada, e considerada pela EPC/ARSLVT elegível para pagamento atendendo ao estipulado no Contrato de Gestão e os restantes € 7.381 milhares advêm do remanescente da remuneração acordada inicialmente para o ano de 2013.

Estes montantes foram, em finais de 2014, liquidados pelas respetivas entidades devedoras, conforme informação obtida, em sede de contraditório, quer pelo Administrador Executivo da Sociedade Gestora do Hospital de Loures, quer pelo Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Esclareceu ainda o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**, que o pagamento de reconciliação de 2012 foi saldado, em 29.12.2014, pela Entidade Gestora do Estabelecimento que transferiu € 4.026 milhares (dos



€ 4.315 milhares apurados) sendo os restantes € 289 milhares descontados no duodécimo de janeiro de 2015, uma vez que a sociedade gestora, por discordância quanto à interpretação efetuada pela Entidade Pública Contratante no apuramento do pagamento da reconciliação, não efetuou a transferência na totalidade.

O montante de € 11.053 milhares, referente à reconciliação de 2013, foi liquidado em 30.12.2014.

## **6. SUSTENTABILIDADE DO PROJETO**

Após a assinatura do Contrato de Gestão, em dezembro de 2009, seguiu-se o período de construção da nova infraestrutura hospitalar que abrangeu os anos de 2010 e 2011. O início da atividade clínica ocorreu em 2012, ano a partir do qual se analisaram as principais peças financeiras da SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A..

### **6.1. Situação Financeira**

#### **6.1.1. Balanço**

No quadriénio 2010-2013<sup>28</sup>, a estrutura do balanço da SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. foi a seguinte:

---

<sup>28</sup> Embora o ano de 2014 não tenha sido considerado no período temporal analisado no Relatório, pela informação financeira não estar disponível à data dos trabalhos da auditoria, disponibiliza-se também nos quadros seguintes a informação contabilística, provisória, de 2014, obtida já depois da elaboração do relato.





Quadro 13 – Balanço da SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.

	31.12.10	31.12.11	31.12.12	31.12.13	Δ% 12/13	31.12.14 P*
	Unid. Euros					
<b>ativo não corrente</b>						
ativos fixos tangíveis	19 921	681 245	21 880 221	19 274 889	-12%	14 181 019
ativos intangíveis			294 962	156 872	-47%	13 615
ativos por impostos diferidos	140 360	911 099	4 494 388	2 355 175	-48%	2 822 040
investimentos financeiros				837		25 651
	160 281	1 592 343	26 669 571	21 787 773	-18%	17 042 324
<b>ativo corrente</b>						
inventários		69 559	2 454 597	2 159 223	-12%	2 249 480
clientes			598 536	386 027	-36%	11 647 003
adiantamento a forneced.						223 857
outras contas a receber	20 928	116 229	2 433 741	15 508 733	537%	22 369 938
cx e depósitos bancários	115 236	188 036	5 015 480	3 364 137	-33%	747 112
diferimentos						391 478
	136 165	373 824	10 502 354	21 418 120	104%	37 628 869
<b>total ativo</b>	296 446	1 966 167	37 171 925	43 205 893	16%	54 671 193
<b>capital próprio e passivo</b>						
capital	50 000	538 813	1 274 710	1 313 591	3%	1 313 591
outros instrumentos de c.p.	200 000	2 195 250	5 138 839	5 294 363	3%	10 049 363
outras reservas						
resultados transitados	-172	-421 910	-3 167 598	-14 873 680	370%	-18 347 909
resultados líquido período	-421 738	-2 745 688	-11 706 082	-3 474 229	-70%	-2 999 988
<b>total capital próprio</b>	-171 910	-433 535	-8 460 131	-11 739 955	39%	-9 984 943
<b>passivo não corrente</b>						
provisões		8 853	53 527	0	-100%	744 036
financiamentos obtidos	300 000	850 000	2 500 000	9 300 000	272%	22 245 000
locação financeira		142 536	21 436 414	20 511 292	-4%	17 270 146
	300 000	1 001 389	23 989 941	29 811 292	24%	40 259 182
<b>passivo corrente</b>						
fornecedores	22 271	452 745	7 049 141	8 001 591	14%	6 709 761
forneced - faturas em conferência						836 141
outras contas a pagar	145 532	887 956	12 345 163	14 126 524	14%	9 110 734
adiantamentos de clientes						3 196 344
imposto corrente s/ rendimento a pagar	553	26 026	36 739	49 011	33%	1 313 809
locação financeira		31 586	2 211 072	2 957 431	34%	3 230 164
	168 356	1 398 313	21 642 116	25 134 556	16%	24 396 954
<b>total passivo</b>	468 356	2 399 702	45 632 056	54 945 849	20%	64 656 136
<b>total c.p. e passivo</b>	296 446	1 966 167	37 171 925	43 205 894	16%	54 671 193

\* Informação preliminar não auditada

Fonte: Relatório &amp; Contas SGHL,S.A..

O **ativo não corrente** no final de 2012 e 2013 registava respetivamente, € 26.670 milhares e € 21.788 milhares, tendo decrescido 18% face ao ano anterior.

A variação verificada ficou a dever-se principalmente à rubrica “ativos por impostos diferidos”, de valor inferior em 2013, pelos menores prejuízos fiscais reportados nesse ano. Os impostos diferidos resultantes dos prejuízos fiscais têm sido reconhecidos uma vez que a integração no regime especial de tributação de grupos de sociedades torna a sua recuperação expectável dentro do período de maturidade.

Quanto ao **ativo corrente**, a rubrica com maior destaque respeita a “**outras contas a receber**” que sofreu um aumento de 537% entre 2012 e 2013, passando de € 2.433 milhares para € 15.508 milhares. Tal facto fica a dever-se à faturação por emitir à EPC/ARSLVT, respeitante à prestação de serviços clínicos pendente de reconciliação, registada em acréscimos de rendimento.



O **passivo não corrente**, no final de 2012 e 2013, ascendia respetivamente a € 23.989 milhares e € 29.811 milhares, tendo aumentado 24% face ao período anterior.

Nesta componente do balanço, destacam-se os **“empréstimos e descobertos bancários”** que a Sociedade contratou para fazer face a dificuldades de tesouraria.

Quadro 14 – Empréstimos e descobertos bancários

	Unid. Euros	
	2 012	2 013
Barclays Bank	2 500 000	2 500 000
ES Saúde	0	6 800 000
<b>Total</b>	<b>2 500 000</b>	<b>9 300 000</b>

Fonte: R&C SGHL, S.A.

Foi esta a rubrica que mais contribuiu para o aumento do passivo. Em 2012, totalizava € 2.500 milhares, correspondendo a um empréstimo bancário para apoio de tesouraria, o qual se encontrava integralmente utilizado no final do ano, situação que se manteve para o período seguinte. Já em 2013, esta rubrica, fruto da realização de suprimentos no montante de € 6.800 milhares, por parte da ES Saúde, aumentou 272%.

Por seu turno, com ligeiro decréscimo, a rubrica de locação financeira, referente a equipamento básico e administrativo, representava em 2012 e 2013, respetivamente, cerca de 89% e 69% do passivo não corrente.

O **passivo corrente** registou no final de 2012 e 2013, o montante de € 21.642 milhares e € 25.135 milhares, respetivamente, representando uma variação de 16%, para a qual contribuíram com maior peso relativo, as rubricas de fornecedores e outras contas a pagar, ambas a aumentarem 14%, face a 2012.

Quadro 15 – Participadas da SGHL, S.A.

	% Capital Social
Espírito Santo Saúde- SGPS, S.A.	97,9999%
Hospital de Arrábida-Gaia, S.A.	1,0000%
Clíria - Hospital Privado de Aveiro, S.A.	1,0000%
Banco Espírito Santo S.A.	0,0001%
Opway - engenharia, S.A	0,0001%

Fonte: R&C - SGHL, S.A.

Quanto à **estrutura de capital**, a SGHL, constituída em 2010 com um capital social de € 50 mil, ascendia a € 1.313 milhares, em 2013, estando repartida pelas seguintes participadas.

De referir que a Espírito Santo Saúde - S.G.P.S, S.A<sup>29</sup> (ES Saúde), sociedade concessionária do Hospital de Loures, era detida maioritariamente (51%), pela Espírito Santo *Health Care Investment* (ESHCI), que por sua vez é controlada em 55% do capital pela Rioforte<sup>30</sup> (atualmente em processo de gestão controlada no Luxemburgo), em 27,26% pelo Novo Banco e em 17,74% pela Espírito Santo Financial Group<sup>31</sup> (ESFG). Atualmente é detida pela Fidelidade – Companhia de Seguros S.A., na sequência da oferta pública de aquisição ocorrida no último trimestre de 2014.

<sup>29</sup> Cfr. Anexo 3 - Participações diretas e indiretas detidas pelo Grupo ES Saúde

<sup>30</sup> Cfr. Anexo 4 – Estrutura da Rio Forte Investments, S.A..

<sup>31</sup> A Holding financeira Espírito Santo Financial Group, S.A. viria a declarar insolvência em 09 de outubro de 2014.



Durante os exercícios de 2012 e 2013, os acionistas disponibilizaram à Sociedade, respetivamente, os montantes de € 2.943 milhares e € 155,5 milhares em prestações acessórias de capital, conforme previsto no Acordo de Subscrição e Realização de Capital anexo ao CG, situando-se o valor acumulado de prestações acessórias de capital, no final dos respetivos períodos, em € 5.139 milhares e € 5.294 milhares.

Ainda assim, no final de 2012 e 2013, a Sociedade apresentava capitais próprios negativos em € 8.460 milhares e € 11.740 milhares, respetivamente. Estes factos foram objeto de ênfase na certificação legal de contas dos respetivos anos.

Encontrando-se perdida a totalidade do capital social no final dos anos de 2012 e 2013, o Conselho de Administração da SGHL, S.A., nos relatórios de gestão, solicitou que, na assembleia geral seguinte, fossem incluídos para deliberação dos sócios, os assuntos previstos no n.º 3 do art.º 35 do Código das Sociedades Comerciais. Face a esse pedido a Assembleia Geral deliberou em ambos os anos “...relegar para uma outra oportunidade a adoção de uma deliberação sobre esta matéria, em função da evolução que venha a ser registada pela sociedade”<sup>32</sup>.

Em suma, em 2013 verificou-se um agravamento nos capitais próprios, em cerca de € 3.300 milhares, em relação ao ano anterior, o que ficou a dever-se ao resultado negativo de € 3.500 milhares nesse ano, associado a um entrada de fundos próprios, no montante de 194.405 euros, repartidos em 38.881 euros de capital social e 155.524 euros em prestações acessórias, que se revelou insuficiente para superar a situação.

### 6.1.2. Indicadores financeiros

Os indicadores financeiros da SGHL, S.A. que se apresentam, procuram refletir o desempenho da sociedade quer em termos de endividamento quer em termos de liquidez. Os rácios de endividamento<sup>33</sup> permitem perceber o grau de intensidade no recurso a capitais alheios para financiamento da empresa, enquanto os rácios de liquidez<sup>34</sup> têm por finalidade analisar a capacidade para honrar os compromissos financeiros no curto prazo.

Assim, o rácio da **autonomia financeira** da SGHL, S.A. deteriorou-se, passando de -22,76% em 2012, para -27,17 em 2013, recuperando para -18,26% em 2014 . Significa que em 2014 passou a existir uma maior percentagem de ativos a ser financiado por capitais próprios.

Por seu turno, o **rácio de endividamento**, por ser complementar da autonomia financeira, também se agravou de 122,76% em 2012, para 127,17% em 2013, recuperando para 118,26% em 2014. Apesar da recuperação verificada neste último período constata-se a forte dependência

<sup>32</sup> Transcrição das atas da AG relativas à aprovação de contas da SGHL, S.A., dos anos de 2012 e de 2013

<sup>33</sup> **Autonomia Financeira** = Capital Próprio/Ativo total; **Solvabilidade** = Capital Próprio/Passivo; **Endividamento** = Passivo / (Capital Próprio + Passivo).

<sup>34</sup> **Liquidez Geral** = Ativo Corrente/Passivo Corrente; **Liquidez reduzida** = (Ativo corrente - (inventários)/Passivo Corrente; **Liquidez imediata** = Meios financeiros líquidos/Passivo Corrente

da empresa face ao capital alheio, já por si superior a 100% a desde o ano de arranque da atividade hospitalar.

Quadro 16 – Indicadores financeiros da Entidade Gestora do Estabelecimento

Rácios de Endividamento	2010	2011	2012	2013	2014 P*
Autonomia Financeira	-57,99%	-22,05%	-22,76%	-27,17%	-18,26%
Endividamento	157,99%	122,05%	122,76%	127,17%	118,26%
Solvabilidade	-36,71%	-18,07%	-18,54%	-21,37%	-15,44%
Rácios de Liquidez	2010	2011	2012	2013	2014 P*
Liquidez Geral	0,81	0,27	0,49	0,85	1,54
Liquidez Reduzida	0,81	0,22	0,37	0,77	1,45
Liquidez Imediata	0,68	0,13	0,23	0,13	0,03

\* Informação preliminar não auditada

Fonte: Elaboração própria, com base nas demonstrações financeiras da SGHL, S.A..

O mesmo se verificou com o rácio de **solvabilidade** que passou de -18,54% em 2012, para -21,37% em 2013, aliviando para -15,44% em 2014, o que evidencia, uma vez mais a insuficiência do capital próprio, neste caso para cobrir o passivo.

Em termos de liquidez, verifica-se que a sociedade evidenciou algumas dificuldades em satisfazer os seus compromissos imediatos nos dois primeiros anos de atividade, pese embora a melhoria registada em 2013. Em 2014, a Sociedade passou a a deter um conjunto de ativos correntes, que uma vez transformados em meios monetários, permitem solver os seus compromissos de curto prazo.

Assim, a **liquidez geral** registou um desagravamento, uma vez que em 2012 era de 0,49 passando para 0,85 em 2013, situando-se em 1,54% em 2014.

A **liquidez reduzida**, a qual exclui os inventários (por não serem facilmente convertidos em disponibilidades) também registou um desagravamento passando de 0,37 em 2012, para 0,77 em 2013, aumentando para 1,45% em 2014.

Em suma, verifica-se que a Sociedade, entre 2012 e 2014, apresenta rácios de endividamento superiores a 100%, o que decorre da diminuição dos capitais próprios e do aumento do passivo, apesar do desagravamento verificado em 2014. Por outro lado, apresenta alguma melhoria ao nível dos rácios de liquidez<sup>35</sup>, de 2012 para 2013. A partir de 2014 passou a revelar total capacidade de solver os seus compromissos no curto prazo.

<sup>35</sup> De referir que uma reduzida liquidez não implica necessariamente a injeção de fundos adicionais na empresa, podendo a mesma ser melhorada pelo aumento da rotação dos ativos, nomeadamente dos inventários, pela diminuição do prazo médio de recebimento ou pelo aumento do prazo médio de pagamento.

**6.1.3. Cash - Flow**

No intuito de avaliar a capacidade da entidade em gerar e utilizar os seus fluxos de caixa, apresenta-se no quadro seguinte uma análise à DFC para o período 2012-2013.

Quadro 17 – Demonstração dos Fluxos de Caixa - Entidade Gestora do Estabelecimento

Unid.: euros					
DEMONSTRAÇÃO DE FLUXOS DE CAIXA - MÉTODO DIRETO (EGEst)	2 010	2 011	2012	2013	2014 P*
<b>ATIVIDADES OPERACIONAIS</b>					
Recebimentos de clientes	-	-	54 756 823	69 775 993	68 772 227
Pagamento a fornecedores	-262 760	-1 360 274	-26 681 693	-43 122 015	-49 484 450
Pagamentos ao pessoal	-68 306	-687 973	-16 740 580	-19 552 610	-19 910 551
Fluxos gerados pelas operações	-331 066	-2 048 247,34	11 334 551	7 101 368	-622 774
Pagamento do Imposto sobre o Rendimento	57	139 807	857 257	3 967 907	1 568 335
Outros recebimentos/(pagamentos) relativos à atividade operaci	-45 958	-512 341	-10 507 254	-15 952 297	-16 897 750
<b>Total de fluxos das atividades operacionais (1)</b>	<b>-376 968</b>	<b>-2 420 782</b>	<b>1 684 554</b>	<b>-4 883 022</b>	<b>-15 952 190</b>
<b>ATIVIDADES DE INVESTIMENTO</b>					
Recebimentos respeitantes a:					
Juros e proveitos similares	-	-	62 228	7 627	1 270
	0	0	62 228	7 627	1 270
Pagamentos respeitantes a:					
Investimentos financeiros	-	-	-	-	-4 494
Ativos fixos intangíveis	-	-	-	-5 990	-
Ativos fixos tangíveis	-	-467 322	-880 272	-230 767	-347 674
	0	-467 322	-880 272	-236 757	-352 168
<b>Total de fluxos das atividades de investimento (2)</b>	<b>0</b>	<b>-467 322</b>	<b>-818 044</b>	<b>-229 129</b>	<b>-350 898</b>
<b>ATIVIDADES DE FINANCIAMENTO</b>					
Recebimentos respeitantes a:					
Empréstimos obtidos	300 000	1 650 000	7 570 000	26 400 000	29 000 000
Realização de capital	200 000	2 484 063	3 679 486	194 405	4 755 000
Prestações suplementares	-	-	-	-	0
Outros recebimentos	-	-	-	31 076	-
Empréstimos de acionistas	20 000	-	900 000	7 800 000	20 200 000
Juros e proveitos similares	-	-	-	-	-
	520 000	4 134 063	12 149 486	34 425 481	53 955 000
Pagamentos respeitantes a:					
Amortizações de contratos de locação financeira	-	-1 085	-779 571	-2 501 323	-3 041 211
Empréstimos de acionistas	-20 000	-	-900 000	-1 000 000	-4 755 000
Empréstimos obtidos	-	-1 100 000	-5 920 000	-26 400 000	-31 500 000
Juros e gastos similares	-34 790	-72 074	-588 981	-1 063 350	-972 726
	-54 790	-1 173 159	-8 188 552	-30 964 673	-40 268 937
<b>Total de fluxos das atividades de financiamento (3)</b>	<b>465 210</b>	<b>2 960 904</b>	<b>3 960 934</b>	<b>3 460 808</b>	<b>13 686 063</b>
<b>Variação de caixa e seus equivalentes (4) = (1) + (2) + (3)</b>	<b>88 242</b>	<b>72 800</b>	<b>4 827 444</b>	<b>-1 651 343</b>	<b>-2 617 025</b>
Caixa e seus equivalentes no início do período	26 994	115 236	188 036	5 015 480	3 364 137
Caixa e seus equivalentes no fim do período	115 236	188 036	5 015 480	3 364 137	747 112

\* Informação preliminar não auditada

Fonte: Demonstrações Financeiras da SGHL, S.A.

Da análise ao quadro anterior, resulta que a Entidade Gestora do Estabelecimento acumulou, no final de 2012, um excedente de caixa no montante de € 5.015 milhares, o qual adveio, quer das atividades operacionais, positivas em € 1.684 milhares, quer das atividades de investimento e financiamento positivas em € 3.142 milhares, salientando-se neste período o aumento de capital em € 3.679 milhares.



Em relação ao ano de 2013, o fluxo das atividades operacionais foi negativo em € 4.883 milhares, não tendo sido compensado pelo fluxo das atividades de investimento e financiamento, o qual foi positivo em € 3.231 milhares. De destacar a realização de suprimentos pelos acionistas, no montante de € 6.800 milhares, para fazer face aos pagamentos realizados nesse ano, pelo que no final do período o saldo de caixa foi positivo em € 3.364 milhares.

## 6.2. Situação Económica

### 6.2.1. Resultados Apurados

No quadro seguinte apresentam-se os resultados obtidos nos últimos quatro anos pela Entidade Gestora do Estabelecimento, com o enfoque da análise nos anos de atividade clínica, 2012 e 2013.

Quadro 18 – Demonstração de Resultados da SGHL, S.A.

	euros					
rendimentos e gastos	31.12.10	31.12.11	31.12.12	31.12.13	Δ% 12/13	31.12.14 P*
vendas e serviços prestados			51 937 184	81 823 950	58%	89 841 959
subsídios à exploração			80 057	129 317	62%	138 839
cmvc			-8 641 042	-16 489 304	91%	-18 967 310
<b>margem bruta</b>			<b>43 376 199</b>	<b>65 463 964</b>	<b>51%</b>	<b>71 013 488</b>
fse	-129 780	-1 762 958	-22 650 318	-28 588 658	26%	-30 561 127
gastos com pessoal	-317 065	-1 762 326	-32 332 448	-35 259 742	9%	-38 008 776
ajustamentos de dívidas a receber			-160 000	-495 302	210%	-150 584
provisões		-8 853	-44 674	53 527	-220%	-744 036
outros rendimentos e ganhos		340	167 802	103 906	-38%	417 676
outros gastos e perdas		-1 622	-31 254	-176 385	464%	-422 321
<b>EBITDA</b>	<b>-446 845</b>	<b>-3 535 419</b>	<b>-11 674 692</b>	<b>1 101 311</b>	<b>-109%</b>	<b>1 544 320</b>
gastos/reversões depreciação e amorti.	-2 015	-14 535	-3 904 181	-5 289 344	35%	-5 599 290
<b>EBIT (resultado operacional)</b>	<b>-448 860</b>	<b>-3 549 954</b>	<b>-15 578 873</b>	<b>-4 188 034</b>	<b>-73%</b>	<b>-4 054 970</b>
juros e rendimentos obtidos			62 228	7 627	-88%	1 270
juros e gastos similares suportados	-112 685	-80 806	-626 613	-1 109 036	77%	-999 575
<b>resultados antes de impostos</b>	<b>-561 545</b>	<b>-3 630 759</b>	<b>-16 143 258</b>	<b>-5 289 442</b>	<b>-67%</b>	<b>-5 053 274</b>
impostos sobre rendimento	139 807	885 072	4 437 176	1 815 530	-59%	2 053 286
<b>resultado líquido do período</b>	<b>-421 738</b>	<b>-2 745 688</b>	<b>-11 706 082</b>	<b>-3 473 912</b>	<b>-70%</b>	<b>-2 999 988</b>

\* Informação preliminar não auditada

Fonte: Relatório & Contas da SGHL, S.A.

A **margem bruta** no final de 2012 e 2013 ascendia, respetivamente, a € 43.376 milhares e € 65.463 milhares, tendo aumentado 51%. Este incremento ficou a dever-se principalmente às prestações de serviços, +58%, que compensou o acréscimo de 91% registado em CMVC.

O EBITDA, que desagravou em 109% nestes dois anos, apesar dos aumentos com FSE e gastos com o pessoal, respetivamente de 26% e de 9%, foi influenciado positivamente pela margem bruta libertada no período.

Apesar da evolução positiva verificada em 2013, com um desagravamento de resultados em relação ao ano anterior e uma variação de 73% ao nível dos resultados operacionais (passando de -€ 15.578 milhares para -€ 4.188 milhares) e um resultado líquido desagravado em 70%



(passando de -€ 11.706, para -€ 3.474), os encargos com as rubricas de CMVC, FSE e pessoal continuaram numa tendência crescente atenuando a margem de geração de rendimentos.

### 6.2.2. Modelo financeiro vs desempenho real

O modelo financeiro da parceria sustenta a decisão de investimento do parceiro privado e estima o valor dos pagamentos a suportar pelo parceiro público, constituindo a base da sua opção pelo modelo de contratação em PPP, em detrimento do desenvolvimento do projeto diretamente pelo Estado.

Importa, assim, comparar o referencial constituído pelas projeções do modelo financeiro da parceria com o desempenho efetivamente verificado, apesar das alterações aos pressupostos que sustentaram, *ab initio*, aquelas projeções.

Quadro 19 – Demonstração de Resultados - Caso Base vs Real

unid: euros

rendimentos e gastos	2012		Δ%	2013		Δ%	2014 P*		Δ%
	CB	Real	Real/CB	CB	Real	Real/CB	CB	Real	Real/CB
vendas e serviços prestados	59 568 572	51 937 184	-13%	72 099 927	81 823 950	13%	82 135 430	89 841 959	9%
subsídios à exploração		80 057			129 317			138 839	
cmvc	-16 125 186	-8 641 042	-46%	-21 464 062	-16 489 304	-23%	-24 506 990	-18 967 310	-23%
<b>margem bruta</b>	<b>43 443 386</b>	<b>43 376 199</b>	<b>0%</b>	<b>50 635 865</b>	<b>65 463 964</b>	<b>29%</b>	<b>57 628 440</b>	<b>71 013 488</b>	<b>23%</b>
fse	-15 394 395	-22 650 318	47%	-18 658 490	-28 588 658	53%	-21 538 738	-30 561 127	42%
gastos com pessoal	-21 928 352	-32 332 448	47%	-25 266 894	-35 259 742	40%	-27 597 513	-38 008 776	38%
ajustamentos de dívidas a receber		-160 000			-495 302			-150 584	
provisões		-44 674			53 527			-744 036	
outros rendimentos e ganhos		167 802			103 906			417 676	
outros gastos e perdas	-352 534	-31 254	-91%	-504 210	-176 385	-65%	-571 774	-422 321	-26%
<b>EBITDA</b>	<b>5 768 105</b>	<b>-11 674 692</b>	<b>-302%</b>	<b>6 206 271</b>	<b>1 101 311</b>	<b>-82%</b>	<b>7 920 416</b>	<b>1 544 320</b>	<b>-81%</b>
gastos/reversões depreciação e amorti.	-4 644 418	-3 904 181	-16%	-4 885 339	-5 289 344	8%	-4 885 339	-5 599 290	15%
<b>EBIT (resultado operacional)</b>	<b>1 123 687</b>	<b>-15 578 873</b>	<b>-1486%</b>	<b>1 320 932</b>	<b>-4 188 034</b>	<b>-417%</b>	<b>3 035 077</b>	<b>-4 054 970</b>	<b>-234%</b>
juros e rendimentos obtidos	0	62 228		0	7 627		0	1 270	
juros e gastos similares suportados	-869 556	-626 613	-28%	-1 774 035	-1 109 036	-37%	-1 563 161	-999 575	-36%
<b>resultados antes de impostos</b>	<b>254 131</b>	<b>-16 143 258</b>	<b>-6452%</b>	<b>-453 103</b>	<b>-5 289 442</b>	<b>1067%</b>	<b>1 471 916</b>	<b>-5 053 274</b>	<b>-443%</b>
impostos sobre rendimento	-67 345	4 437 176	-6689%	113 276	1 815 530	1503%	-390 058	2 053 286	-626%
<b>resultado líquido do período</b>	<b>186 787</b>	<b>-11 706 082</b>	<b>-6367%</b>	<b>-339 827</b>	<b>-3 473 912</b>	<b>922%</b>	<b>1 081 858</b>	<b>-2 999 988</b>	<b>-377%</b>

\* Informação preliminar não auditada

Fonte: Relatório & Contas da SGHL, S.A. e Anexo XI ao CG.

O modelo financeiro foi projetado para que o início da construção do edifício ocorresse a partir de janeiro de 2010, tendo a SGHL, S.A. assumido a gestão efetiva do Hospital Beatriz Ângelo em janeiro de 2012, razão pela qual a entidade não apresenta, em 2010 e 2011, custos e proveitos provenientes da atividade hospitalar.

Os montantes registados nas rubricas de CMVC e prestações de serviços, registaram claras diferenças em relação ao estimado inicialmente.

Pese embora as prestações de serviços e os CMVC, em 2012, terem sido inferiores, em -13% e -46% respetivamente, ao projetado, a **margem bruta** *ex post* foi idêntica à estimada *ex ante*, devido essencialmente a um gasto menor com os consumos de produtos farmacêuticos, clínicos e medicamentos.

Já no ano de 2013 a **margem bruta** foi superior ao projetado em 29%, resultado do efeito combinado do acréscimo de 13% em vendas e serviços prestados e da redução de 23% em CMVC.

Por sua vez, o EBITDA da atividade real foi, devido aos gastos com FSE e pessoal, muito inferior ao projetado.

Os **gastos com FSE** registaram, em 2012 e 2013, um desvio de +47% e +53%, respetivamente, relativamente ao estimado no modelo financeiro, enquanto os **gastos com pessoal** registaram um desvio de +47% e +40%.

Gráfico 7- Gastos com FSE *ex ante* e *ex post*

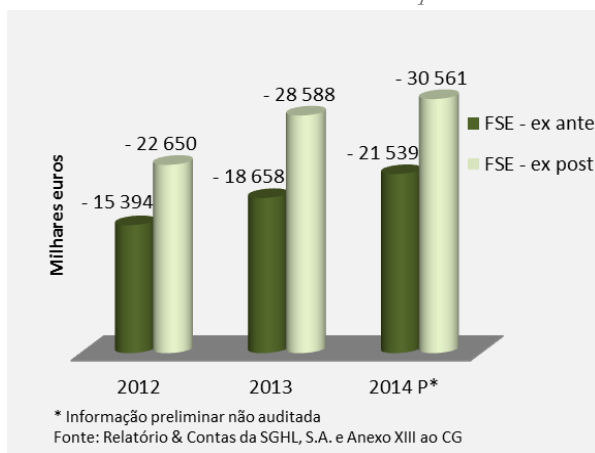
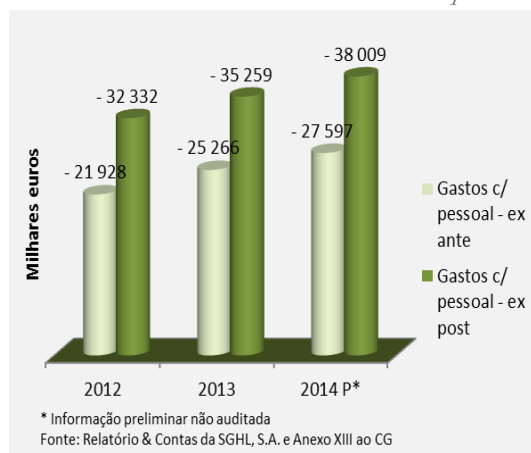
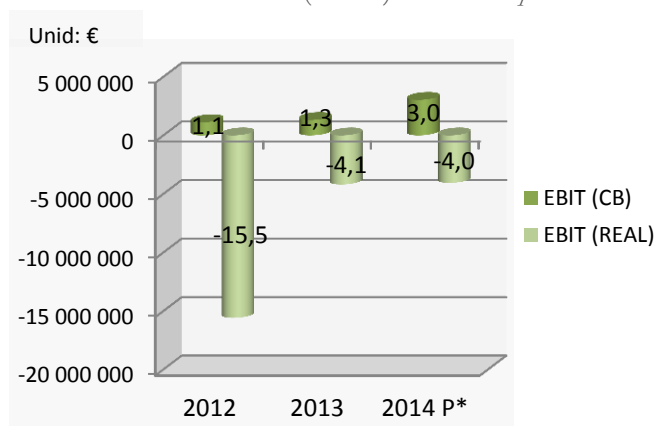


Gráfico 8-Gastos com Pe ssoal *ex ante* e *ex post*



Verifica-se que após decorrido o primeiro ano de atividade foi possível alcançar uma substancial reversão dos resultados (EBIT de -€15.578 milhares em 2012, para -€4.188 milhares em 2013). Esse resultado, ainda assim negativo, não foi obtido através da redução de gastos nas rubricas de pessoal e fornecimentos e serviços externos o que deixa antever a reduzida margem de contenção nestas rubricas.

Gráfico 9- EBIT (EGEst) *ex ante* vs *ex post*



\* Informação preliminar não auditada  
Fonte: Relatório & Contas da SGHL, S.A. e Anexo XIII ao CG





No entanto, como se observa na análise do ponto 6.2.3, o aumento destas rubricas de 2012 para 2013 pode ser em grande parte explicado pelo aumento da atividade em quantidade e em complexidade.

A melhoria dos resultados foi assim alcançada por via da maximização da produção contratada, consubstanciada nos proveitos da rubrica de prestação de serviços, e em simultâneo pela moderação dos gastos com os consumos.

Constata-se que o cenário previsto no modelo financeiro se revelou otimista em relação ao que realmente se veio a verificar, devido a uma incorreta avaliação dos pressupostos subjacentes à proposta apresentada pelo concorrente vencedor, designadamente na componente operacional, em particular nos fornecimentos e serviços externos e nos gastos com pessoal.

Esta situação terá condicionado as opções de gestão da Entidade Gestora do Estabelecimento na fase de execução do contrato entre 2012 e 2013 e afetou a rendibilidade esperada para esses anos.

### 6.2.3. Custos unitários por doente padrão e ajustamento nos custos com pessoal

Conforme já referido, a produção do Hospital Beatriz Ângelo tem registado diferenças significativas face às previsões do caso base. Para apurar se estas diferenças são explicativas dos desvios verificados nas principais rúbricas de custos, procedeu-se à análise dos custos unitários por atividade, utilizando o doente padrão como medida da atividade global do hospital, em termos de quantidade e complexidade<sup>36</sup>.

Adicionalmente, na presente análise, pelo facto de existir um recurso frequente, por parte dos hospitais do SNS, à contratação de profissionais médicos em regime de prestação de serviços, contabilisticamente refletida em fornecimentos e serviços externos e não em custos com pessoal, foram efetuados ajustamentos aos valores contabilísticos<sup>37</sup>.

Deste modo, a rubrica de FSE, em 2012, foi ajustada no modelo financeiro em € 6.718 milhares e em € 8.851 milhares na atividade real do hospital. No ano de 2013, o ajustamento foi de € 7.882 milhares e de € 12.458 milhares, respetivamente, no modelo financeiro e no real. Idênticos ajustamentos foram efetuados na rubrica de gastos com pessoal.

<sup>36</sup> O apuramento do número de doente padrão do modelo financeiro foi obtido com o mesmo algorítmico utilizado pela ACSS no cálculo deste indicador. Não foi utilizado o número de doentes padrão que inclui a atividade de dispensa de medicamentos em ambulatório a doentes com HIV/SIDA uma vez que não existe no caso base uma estimativa, isolada, do número de doentes a atender.

Cálculo Doente Padrão - CB Vs Real			
2012		2013	
Nº doentes padrão - Caso Base	Nº doentes padrão - Real	Nº doentes padrão - Caso Base	Nº doentes padrão - Real
21 586	21 282	24 503	33 697

Fonte: Elaboração própria e informação da ACSS

<sup>37</sup> Cfr. Anexo 5 - FSE's (montante de reajustamento de custos com pessoal)



Verifica-se que a atividade de 2012 não diferiu substancialmente da prevista, se considerados conjuntamente a sua quantidade e complexidade. O nível de atividade, inferior ao previsto, foi compensado pela maior complexidade das prestações médicas realizadas. Já em 2013, a atividade foi superior à inicialmente prevista, pelo crescimento verificado na quantidade, face ao ano anterior, e pela complexidade da atividade se manter superior à prevista no caso base.

O quadro seguinte apresenta os valores ajustados e os custos unitários por rubrica.

Quadro 20 – Estrutura de Custos ponderada pelo Doente Padrão - Caso Base vs Real

Unid.: euros

Estrutura de Custos - Reajustado*	2012						2013					
	Custo CB (A)	Custo Real (B)	Δ % (B/A-1)	Custo/Doente Padrão CB (C)	Custo/Doente Padrão R (D)	Δ % (D/C-1)	Custo CB (A)	Custo Real (B)	Δ % (B/A-1)	Custo/Doente Padrão CB (C)	Custo/Doente Padrão R (D)	Δ % (D/C-1)
CMC	16 125 186	8 641 042	-46%	747	406	-46%	21 464 062	16 489 304	-23%	876	489	-44%
FSE	8 676 132	13 799 176	59%	402	648	61%	10 776 211	16 130 435	50%	440	479	9%
Pessoal	28 646 615	41 183 590	44%	1 327	1 935	46%	33 149 174	47 717 965	44%	1 353	1 416	5%
Outros (prov.+ amortiz.+ outros + extraordin.)	4 996 952	4 140 109	-17%	231	195	-16%	5 389 549	5 961 031	11%	220	177	-20%
<b>Total gastos operacionais</b>	<b>58 444 885</b>	<b>67 763 917</b>	<b>16%</b>	<b>2 708</b>	<b>3 184</b>	<b>18%</b>	<b>70 778 995</b>	<b>86 298 734</b>	<b>22%</b>	<b>2 889</b>	<b>2 561</b>	<b>-11%</b>

\* Reajustamento de FSE s (Subcontratos pessoal + Honorários pessoal) os quais foram imputados a Custos com Pessoal

Fonte: Elaboração própria

Constata-se que em 2012 o modelo financeiro previa um montante global de **gastos operacionais** de € 58.444 milhares, tendo o valor *ex-post* ascendido a € 67.763 milhares, ou seja mais 16%. No ano seguinte os gastos operacionais totais *ex-post* foram superiores em 22% aos estimados no modelo financeiro.

O desvio verificado em 2013 parece, no entanto, ser explicado pela maior complexidade da atividade do hospital, refletida no número de doentes padrão assistidos. De facto, em 2013 os **gastos operacionais totais por doente padrão foram** até inferiores em 11% face aos estimados no modelo financeiro.

Tal resulta, fundamentalmente, da poupança verificada em termos dos custos com os consumos de produtos farmacêuticos, clínicos e medicamentos que, em termos unitários, se situaram 46% e 44% abaixo do previsto no caso base.

A **rubrica de FSE**, após o ajustamento resultante do expurgo dos custos com contratação de pessoal em regime de prestação de serviços, registou, em 2012, um desvio de 59% face ao modelo financeiro. Em 2013 a variação foi de +50%, passando de € 10.776 milhares para € 16.130 milhares. Em termos de **custos unitários com FSE por doente padrão**, o desvio em 2013 foi de apenas 9% em vez dos 50% verificados em valor absoluto.

Em termos globais a rubrica de **gastos com pessoal, em 2013**, aumentou de € 33.149 milhares para € 47.717 milhares, + 44% face ao projetado, devido, em parte, ao aumento da atividade do hospital, medido através do número de doente padrão, que foi superior ao previsto no modelo financeiro em 38%.

Para efeitos de análise detalhada da rubrica de pessoal, procedeu-se à comparação **dos gastos com pessoal por categoria profissional**, entre o modelo financeiro e a atividade real, verificando-se desta feita as diferenças em valor por categoria profissional.



Em 2012, as duas categorias profissionais com maior peso em termos de gastos, médicos e enfermeiros (76%), registaram respetivamente desvios de 49% e 31 % face ao modelo financeiro. No total, a rubrica de pessoal apresentou um desvio de € 28.646 milhares para € 41.183 milhares, + 44% face ao estimado.

Quadro 21 – Gasto por categoria profissional ponderado pelo Doente Padrão - Caso Base vs Real

Custo por função - Reajustado*	2012						2013					
	Custo CB (A)	Custo Real (B)	Δ % (B/A-1)	Custo/DP CB (C)	Custo/DP R (D)	Δ % (D/C-1)	Custo CB (A)	Custo Real (B)	Δ % (B/A-1)	Custo/DP CB (C)	Custo/DP R (D)	Δ % (D/C-1)
	Pessoal Médico	14 132 725	21 093 556	49%	655	991	51%	16 285 014	25 526 395	57%	665	758
Pessoal de Enfermagem	7 655 764	10 063 778	31%	355	473	33%	9 270 462	12 038 872	30%	378	357	-6%
Pessoal Técnico*	2 419 364	1 968 927	-19%	112	93	-17%	2 595 762	2 393 558	-8%	106	71	-33%
Pessoal Auxiliar	1 854 860	3 214 875	73%	86	151	76%	2 225 640	3 602 813	62%	91	107	18%
Pessoal Administrativo	1 589 596	2 496 926	57%	74	117	59%	1 705 495	2 896 002	70%	70	86	23%
Outro Pessoal	15 316	1 853 707	12003%	1	87	12176%	16 433	838 962	5005%	1	25	3612%
Pessoal Dirigente	500 209	306 823	-39%	23	14	-38%	536 680	217 582	-59%	22	6	-71%
Órgãos de Direção	478 780	184 997	-61%	22	9	-61%	513 689	203 780	-60%	21	6	-71%
<b>Total</b>	<b>28 646 615</b>	<b>41 183 590</b>	<b>44%</b>	<b>1 327</b>	<b>1 935</b>	<b>46%</b>	<b>33 149 174</b>	<b>47 717 965</b>	<b>44%</b>	<b>1 353</b>	<b>1 416</b>	<b>5%</b>

\* Reajustado de FSE s (Subcontratos + Honorários); \*\* Agrega Téc. Superior+ Téc. Diag. Terapeutica + Técn. Profissional

DP - Doente Padrão; CB- Caso Base; R - atividade Real

Fonte: Elaboração própria

Em 2013, as categorias profissionais de médicos e enfermeiros, novamente a representarem o maior volume de gastos (78%) registaram desvios de 57% e 30% respetivamente, em relação ao modelo financeiro.

Assim, **os gastos com o pessoal médico por doente padrão** registaram um desvio de 14% face ao caso base, que contrastam com o desvio de 57% verificado em termos absolutos. No caso do **pessoal de enfermagem**, os gastos por doente padrão foram inferiores em 6% relativamente às previsões do caso base, quando em termos absolutos aumentaram 30%.

Quadro 22 – Número de Pessoal por categoria profissional (ETC 35hrs) – Caso Base vs Real

Categorias profissionais	2012			2013		
	Qtd CB (A)	Qtd Real (B)	Δ (B-A)	Qtd CB (A)	Qtd Real (B)	Δ (B-A)
Pessoal Médico	247	326	79	265	350	85
Pessoal de Enfermagem	320	465	145	361	545	184
Pessoal Técnico*	106	112	6	106	140	33
Pessoal Auxiliar	202	342	140	226	392	166
Pessoal Administrativo	130	185	54	130	229	98
Outro Pessoal	1	2	1	1	4	2
Pessoal Dirigente	7	7	1	7	7	1
Órgãos de Direção	3	1	-2	3	1	-2
<b>Total</b>	<b>1 017</b>	<b>1 441</b>	<b>423</b>	<b>1 100</b>	<b>1 667</b>	<b>567</b>

\* Agrega (Téc. Superior + Téc. de Diag. e Terap. + Técnico Profissional)

Fonte: Modelo financeiro; ARSLVT

A análise à rubrica de pessoal para os anos de 2012 e 2013 foi ainda realizada na perspetiva do número de pessoal por categoria profissional, convertidos em profissionais equivalentes em tempo completo de 35 horas.

Verifica-se que em 2012 a SGHL - S.A. contratou mais 423 profissionais e em 2013 mais 567, face às previsões do modelo financeiro (+42% e +52%, respetivamente).

Conjugando a informação dos custos por categoria profissional com o número de profissionais, constantes nos quadros anteriores, obteve-se os seguintes custos médios anuais por categoria profissional.

Quadro 23 – Custo médio por categoria profissional (ETC 35hrs) \* -  
Comparação Modelo Financeiro vs Real

Custo por função - ajustado*	2012			2013		
	Custo médio		CB /Real	Custo médio		Δ % CB/Real
	Caso base	Ativ. Real		Caso base	Ativ. Real	
Pessoal Médico	57 170 €	64 716 €	13%	61 339	72 933	19%
Pessoal de Enfermagem	23 916 €	21 636 €	-10%	25 661	22 082	-14%
Pessoal Técnico**	22 763 €	17 522 €	-23%	24 422	17 139	-30%
Pessoal Auxiliar	9 191 €	9 392 €	2%	9 861	9 201	-7%
Pessoal Administrativo	12 201 €	13 528 €	11%	13 090	12 670	-3%
Outro Pessoal	13 402 €	1 081 329 €	7969%	14 379	234 909	1534%
Pessoal Dirigente	72 947 €	41 303 €	-43%	78 266	29 290	-63%
Órgãos de Direcção	139 644 €	161 872 €	16%	149 826	178 308	19%
<b>Total</b>	<b>28 164 €</b>	<b>28 588 €</b>	<b>2%</b>	<b>30 123</b>	<b>28 623</b>	<b>-5%</b>

\* Ajustado de FSE s (Subcontratos + Honorários)

\*\* Agrega (Téc. Superior + Téc. de Diag. e Terap. + Técnico Profissional)

Fonte: Elaboração própria

O modelo financeiro estimou, para 2012, um custo médio na categoria de **peçoal médico** de € 57.170, tendo na realidade ascendido a € 64.716, ou seja, mais 13%. Por outro lado, as categorias de enfermeiro e técnico registaram decréscimos 10% e 23%, respetivamente, face ao caso base. **Em termos globais, o custo médio por profissional apresenta um desvio de +2%.**

Em 2013, na categoria de pessoal médico o custo médio anual ficou 19% acima do previsto no modelo financeiro. Já a categoria de enfermeiro apresentou um decréscimo de 14% e a de técnico de 30%. **No total o custo médio por categoria profissional foi inferior ao previsto em 5%.**

Em suma, tendo em conta os custos totais com pessoal e o número de pessoal contratado, conclui-se que não existe uma diferença significativa entre o custo médio por profissional previsto e o que efetivamente se veio a verificar. Assim, os desvios verificados nos custos com recursos humanos têm sobretudo origem num efeito quantidade e não num efeito preço.

### 6.3. RENDIBILIDADE DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO

O projeto de parceria<sup>38</sup>, na vertente do estabelecimento, previa que o montante de fundos próprios disponibilizados pela SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A., ascendesse a € 6.555.660, repartidos entre capital social, € 1.311.132 e suprimentos, € 5.244.528, situando-se a taxa de rendibilidade acionista real em 10,00%, correspondendo a 12,17%, em termos nominais.

A partir da análise realizada ao modelo financeiro que sustentou o plano de negócios, determinaram-se os *cash flows* a seguir apresentados, que permitiriam aos acionistas obter uma TIR nominal de 12,17% prevista no Contrato de Gestão.

<sup>38</sup> Caso base na versão considerada no Relatório Final da Comissão de Avaliação (nos termos do art.42º do programa de procedimento) de 8 de Setembro de 2009 e visado pelo TC em 16 de junho de 2010, constitui o Anexo XIII ao CG.

Quadro 24 – Determinação dos *cash flows* na ótica dos acionistas (EGEst)

Unid.: mil euros

Itens	Anos														
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22	31/dez/23	
- Capital social	48	489	736	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- Prestações acessórias	190	1955	2944	156	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
+ Juros de suprimentos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
+ Reembolsos de suprimentos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
+ Restituição prest. acessórias capital	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5245	0	0	0	
+ Dividendos e redução de capital	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1877	2614	3669	5096	0	
= Cash Flow dos Acionistas	-238	-2444	-3679	-194	0	0	0	0	0	1877	7868	3669	5096	0	

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XIII ao Contrato de Gestão

Em complemento, foram calculados os *cash flows na ótica dos capitais próprios*, caso sejam adicionados aos *cash flows* dos acionistas o excedente gerado ao longo do projeto, o que permitiria alcançar uma **TIR de 8,49%**.

Quadro 25 – Determinação dos *cash flows* na ótica dos capitais próprios (EGEst)

Unid.: mil euros

Itens	Anos														
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22	31/dez/23	
Cash flow dos acionistas	-238	-2444	-3679	-194	0	0	0	0	0	1877	7868	3669	5096	0	
+ Surplus	0	0	0	0	1534	447	394	2545	2796	916	-5239	2021	-5413	0	
= Free Cash Flow dos Capitais Próprios	-238	-2444	-3679	-194	1534	447	394	2545	2796	2793	2619	5680	-316	0	

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XIII ao Contrato de Gestão

O projeto de parceria previa também o recurso a fundos alheios na modalidade de *leasing* quer para equipamento médico e mobiliário de € 28.656.764, quer para *Hardware e Software* de € 16.085.150, perfazendo um total de € 44.741.914, correspondendo a 87,22% da estrutura de financiamento, vencendo juros a uma taxa média anual de 6,31%.

Face a essa previsão, apuraram-se os *cash flows* dos empréstimos, para uma TIR de 4,55%.

Quadro 26 – Determinação dos *cash flows* dos empréstimos (EGEst)

Unid.: mil euros

Itens	Anos														
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22	31/dez/23	
- Empréstimos	0	0	33594	0	0	1312	2676	1365	0	1420	2897	1478	0	0	
+ Reembolsos	0	0	3730	4103	4326	4882	5653	3614	3867	3883	4244	1342	5078	0	
+ Juros	107	37	871	1776	1590	1377	1172	1006	801	581	447	402	35	0	
- Juros (Tc)	0	0	0	13	46	1255	177	810	431	605	273	256	76	0	
= Cash Flow dos Empréstimos	107	37	-28.993	5.866	5.871	3.701	3.971	2.445	4.237	2.449	1.521	10	5.037	0	

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XIII ao Contrato de Gestão

Em seguida apresentam-se os *cash flows*, na ótica do investimento, os quais possibilitariam alcançar uma TIR do projeto de 8,53%<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> Cfr. Anexo 6 – Cálculo da TIR do projecto (Entidade Gestora do Estabelecimento)



Quadro 27 – Determinação dos *cash flows* na ótica do investimento (EGEst)

Unid.: mil euros

Itens	Anos													
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22	31/dez/23
Cash flow dos capitais próprios	-238	-2444	-3679	-194	1534	447	394	2545	2796	2788	2619	5680	-316	0
+C flow dos empréstimos	107	37	-28988	5886	5871	3701	3971	2445	4237	2449	1521	10	5087	0
=Free Cash Flow	-131	-2407	-32672	5671	7405	4148	4365	4900	7033	5242	4141	5690	4770	0

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XIII ao Contrato de Gestão

Para que o projeto atingisse uma TIR de  $\approx 8,5\%$ <sup>40</sup> teriam de se obter as rendibilidades contabilísticas que se expõem no quadro seguinte:

Quadro 28 – Determinação da rendibilidade contabilística periódica Ex Ante (EGEst)

Unid.: mil euros

Itens	Anos													
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22	31/dez/23
Períodos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
RAJI*(1-Tc)	-91	-2128	1058	1423	2626	240	1827	777	2300	2611	3634	3350	278	0
Activo líquido no fim do período	40	319	34049	29800	25021	21113	18575	14363	9720	7089	6782	4442	0	0
[ARR] RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido	-225,86%	-667,03%	3,11%	4,77%	10,50%	1,14%	9,84%	5,41%	24,59%	36,84%	56,53%	75,42%	0,00%	0,00%
Σ Activos líquidos actualizados X ARR / Σ Activos líquidos actualizados	8,5%		Anual											

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XIII ao Contrato de Gestão

Face ao que precede teriam de se verificar rendibilidades anuais até 75,42% para se atingir uma TIR do projeto de  $\approx 8,5\%$ .

Considerando o período do contrato já decorrido<sup>41</sup>, constata-se que a Entidade Gestora Estabelecimento não alcançou as rendibilidades previstas, tal como se ilustra no quadro seguinte:

<sup>40</sup> Taxa calculada através da seguinte equação/modelo:

$$TIR = \frac{\sum_{t=1}^{t=n} I_t \times (1 + TIR)^{-t} \times O_t}{\sum_{t=1}^n I_{t-1} \times (1 + TIR)^{-t}}$$

$$O_t = \frac{RAJI_t}{I_t}$$

t = 1, 2, ..., n

O<sub>t</sub> = Rendibilidade económica;

I = Investimento em Capital Fixo (ICF) + Investimento em Capital Circulante Líquido (ICCL);

RAJI = Resultado Antes de Juros e Impostos;

<sup>41</sup> Na fase de contraditório foi possível aceder às DF's relativas a 2014 (não auditadas) tendo-se procedido à atualização do cálculo das rendibilidades para esse ano.



Quadro 29 –Rendibilidade contabilística periódica *Ex Post* (EGEst)

Unid.: mil euros

Itens	Anos				
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/12/2014*
Periodos	0	1	2	3	4
RAJI*(1-Tc)	-309	-2 665	-11 142	-2 373	-2 002
Activo líquido no fim do período	13	380	10 514	14 706	12 264
[ ARR ] RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido	-2404,47%	-701,62%	-105,97%	-16,13%	-16,32%

\* Informação preliminar não auditada

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras do Hospital de Loures (2010-2013).

A rendibilidade verificada em 2012, primeiro ano de execução do Contrato de Gestão, poderá resultar, em parte, da referenciação tardia de doentes da área de influência do Hospital Beatriz Ângelo, por parte das unidades de cuidados de saúde primários, o que viria a impactar numa produção aquém do contratado com a ARSLVT. Por outro lado, verificaram-se desvios de 47% nas rubricas de pessoal e FSE.

Apesar da produção efetiva ter sido inferior à prevista, verificou-se que a mesma teve uma complexidade substancialmente superior à estimativa do modelo financeiro, o que se traduziu no ICM global (37% superior ao estimado).

Pese embora o desagravamento verificado em 2013, resultante de vendas superiores em 13%, em relação ao previsto no modelo financeiro, continuou a verificar-se algum efeito adverso ao nível das rubricas de pessoal e FSE, a apresentarem desvios de 44% e 59%<sup>42</sup>, respetivamente, em relação ao previsto no Caso Base. Em particular, o incremento nos custos com pessoal, resultou do aumento do número de trabalhadores, como consequência de um índice de complexidade mais elevado e de uma procura superior ao inicialmente previsto, nomeadamente ao nível do serviço de urgência.

Tal como no ano anterior, a maior produção, bem como a sua maior complexidade, explicam parte dos aumentos nestas rubricas (os desvios foram de apenas 9% nos FSE e de 5% nos custos com pessoal, se considerarmos o fator atividade).

Em 2014 continuou a verificar-se a tendência de desagravamento, com o aumento das vendas em 10% face ao ano anterior, apesar do aumento nas rubricas de CMVMC, FSE e Gastos com pessoal em 15%, 7% e 8% respetivamente.

#### 6.4. Variação do valor do projeto

A partir do cálculo do *free cash flow* do projeto, na ótica do investimento, após reajustamento das rubricas de pessoal e FSE, procedeu-se ao apuramento da criação ou redução de valor, conforme se apresenta:

<sup>42</sup> Ajustados conforme referido no ponto 6.2.2.

Quadro 30 – Determinação dos *cash flows* (caso base) na ótica do investimento

Unid.: mil euros

Anos	Unid.: mil euros													VAL
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22	
MB	0	0	43 443	50 636	57 628	59 394	61 293	62 909	64 648	66 535	68 543	70 703	3 611	<b>463 079</b>
- FSE	0	0	-8 676	-10 776	-21 539	-23 338	-23 665	-24 932	-25 628	-26 178	-27 200	-27 814	-1 395	<b>-164 166</b>
- Pess	0	0	-28 647	-33 149	-27 598	-28 782	-29 616	-30 257	-30 931	-31 646	-32 398	-33 195	-1 674	<b>-237 734</b>
- Outros	-168	-2 851	-4 997	-5 390	-5 457	-5 802	-5 789	-6 062	-4 788	-4 879	-3 774	-5 121	-188	<b>-44 143</b>
= RAJI	-168	-2 851	1 124	1 321	3 035	1 473	2 222	1 656	3 301	3 831	5 172	4 574	354	<b>17 035</b>
- IRC	-77	-723	66	-102	409	1 233	395	879	911	1 220	1 338	1 224	76	4 521
+ AR	0	0	4 644	4 885	4 885	5 213	5 182	5 422	4 149	4 222	3 097	4 423	152	36 407
= Cash Flow Potencial	-91	-2 128	5 702	6 308	7 512	5 453	7 009	6 199	6 539	6 833	6 931	7 774	430	48 922
± Δ CCL ( Inv. em CCL)	40	279	3 248	637	106	-7	-32	-156	-494	171	-107	606	-4 291	<b>1 814</b>
= Cash Flow Ajustado	-131	-2 407	2 454	5 671	7 405	5 460	7 041	6 355	7 033	6 662	7 038	7 167	4 720	47 108
- Inv. em Capital Fixo	0	0	35 127	0	0	1 312	2 676	1 365	0	1 420	2 897	1 478	0	<b>42 970</b>
<b>Free Cash Flow CB</b>	<b>-131</b>	<b>-2 407</b>	<b>-32 672</b>	<b>5 671</b>	<b>7 405</b>	<b>4 148</b>	<b>4 365</b>	<b>4 990</b>	<b>7 033</b>	<b>5 242</b>	<b>4 141</b>	<b>5 690</b>	<b>4 720</b>	<b>4 137</b>

Fonte: Elaboração própria, tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XIII ao Contrato de Gestão

No intuito de clarificar se o desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento, nos anos da parceria, entretanto decorridos, contribuiu para a criação ou redução de valor, procedeu-se ao cálculo do **VAL do projeto**, atualizado a janeiro de 2013 a uma taxa de 6,08%<sup>43</sup>, tendo-se apurado o montante de + **€ 4.137 milhares**.

Quadro 31 – Apuramento do VAL do projeto (caso base)

Anos	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22
Free Cash Flow CB	-131	-2 407	-32 672	5 671	7 405	4 148	4 365	4 990	7 033	5 242	4 141	5 690	4 720
Taxa atualização - CB (anual)	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%
Factor de atualização	1,125	1,061	1,000	1,061	1,125	1,194	1,266	1,343	1,425	1,512	1,603	1,701	1,804
Free Cash Flow - CB atualiz.	-147	-2 554	-32 672	5 346	6 581	3 475	3 447	3 715	4 936	3 468	2 582	3 345	2 616
<b>VAL (NPV) - Janeiro 2013</b>	<b>4 137</b>												

Fonte: Elaboração própria

Tendo por base as demonstrações financeiras da Entidade Gestora do Estabelecimento, produzidas desde o início da parceria, 2010 a 2013, obteve-se o *free-cash flow ex post* do projeto para os anos entretanto decorridos.

Efetuada a substituição do *free-cash flow* do Caso Base pelo *free-cash flow ex post*, referente aos anos de 2010 a 2013, e mantendo para os restantes anos os valores previstos no Caso Base até ao final da parceria (2022), apurou-se um **VAL negativo de - € 10.577 milhares**, atualizado a janeiro de 2013.

A assunção dos pressupostos iniciais do caso base como válidos para o apuramento dos *cash flows* dos anos futuros da parceria, é uma opção que resulta da inexistência de um procedimento

<sup>43</sup> Taxa de desconto nominal resultante da aplicação do despacho n.º 13208/2003 (2.ª série) da Ministra de Estado e das Finanças.





regular de atualização dos pressupostos do modelo financeiro da parceira, envolvendo os parceiros privados e a entidade pública contratante.

O cálculo do *free cash flow ex post e ex ante*, determinado na ótica do investimento, bem como o contributo de cada uma das rubricas para o apuramento do VAL, encontra-se espelhado no quadro seguinte.

Quadro 32 – Determinação dos Cash Flows (real + Caso Base) na ótica do investimento

Itens	Anos														VAL
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22		
MB	0	0	43 376	65 335	57 628	59 394	61 293	62 909	64 648	66 535	68 543	70 703	3 611	<b>476 868</b>	
- FSE	-130	-1 763	-13 799	-16 130	-21 539	-23 338	-23 665	-24 932	-25 628	-26 178	-27 200	-27 814	-1 395	<b>-176 353</b>	
- Pess	-317	-1 762	-41 184	-47 718	-27 598	-28 782	-29 616	-30 257	-30 931	-31 646	-32 398	-33 195	-1 674	<b>-266 231</b>	
- Outros	-2	-25	-3 972	-5 675	-5 457	-5 802	-5 789	-6 062	-4 788	-4 879	-3 774	-5 121	-188	<b>-40 201</b>	
= RAJI	-449	-3 550	-15 579	-4 188	3 035	1 473	2 222	1 656	3 301	3 831	5 172	4 574	354	<b>-5 918</b>	
- IRC	-140	-885	-4 437	-1 816	409	1 233	395	879	911	1 220	1 338	1 224	76	-1 840	
+ AR	2	15	3 904	5 289	4 885	5 213	5 182	5 422	4 149	4 222	3 097	4 423	152	36 066	
= Cash Flow Potencial	-307	-2 650	-7 238	2 917	7 512	5 453	7 009	6 199	6 539	6 833	6 931	7 774	430	31 988	
± Δ CCL ( Inv. em CCL)	-7	-294	-11 359	6 935	<b>9 035</b>	-7	<b>-32</b>	<b>-156</b>	<b>-494</b>	<b>171</b>	<b>-107</b>	<b>606</b>	<b>-4 291</b>	<b>418</b>	
= Cash Flow Ajustado	-300	-2 356	4 122	-4 019	-1 524	5 460	7 041	6 355	7 033	6 662	7 038	7 167	4 720	31 570	
- Inv. em Capital Fixo	22	676	25 398	2 546	<b>6 485</b>	<b>1 312</b>	<b>2 676</b>	<b>1 365</b>	<b>0</b>	<b>1 420</b>	<b>2 897</b>	<b>1 478</b>	<b>0</b>	<b>42 146</b>	
<b>Free Cash Flow</b>	<b>-322</b>	<b>-3 032</b>	<b>-21 276</b>	<b>-6 565</b>	<b>-8 008</b>	<b>4 148</b>	<b>4 365</b>	<b>4 990</b>	<b>7 033</b>	<b>5 242</b>	<b>4 141</b>	<b>5 690</b>	<b>4 720</b>	<b>-10 577</b>	

Fonte: Elaboração própria tendo por base as DF's da EGEst., entre 2010 e 2013 e as projeções financeiras (2014-2022) contidas no Caso Base (Anexo XIII ao CG).

Entre o **VAL do projeto do Caso Base, € 4.137 milhares** e o **VAL real -€ 10.577 milhares**, situa-se a diferença que demonstra o montante de redução de valor.

Quadro 33 – Apuramento do VAL do projeto (real + CB)

Unid.: mil euros

Itens	Anos													
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22	
Free Cash Flow	-322	-3 032	-21 276	-6 565	-8 008	4 148	4 365	4 990	7 033	5 242	4 141	5 690	4 720	
Taxa atualização - CB (anual)	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	
Factor de actualização (anual)	1,061	1,125	1,194	1,266	1,343	1,425	1,512	1,603	1,701	1,804	1,914	2,030	2,154	
Free Cash Flow - Real + CB	<b>-303</b>	<b>-2 694</b>	<b>-17 824</b>	<b>-5 184</b>	<b>-5 962</b>	<b>2 911</b>	<b>2 887</b>	<b>3 112</b>	<b>4 135</b>	<b>2 905</b>	<b>2 163</b>	<b>2 802</b>	<b>2 191</b>	
<b>VAL (NPV) - Janeiro 2013</b>	<b>-10 577</b>													

Fonte: Elaboração própria

Neste contexto, a operação do estabelecimento hospitalar, entre 2010 e 2013, gerou um valor, para o acionista único da sociedade concessionária, inferior em 14.714 milhares, ao que decorria das previsões iniciais do modelo financeiro.

O apuramento da redução de valor derivou quer de contributos adversos, quer de contributos positivos, quantificados tal como se evidencia no quadro seguinte.

Quadro 34 – Decomposição do VAL do projeto (Real + CB vs CB)

Unid.: mil euros

Itens	VAL Real + CB (A)	VAL CB (B)	Δ Valor (A-B)	Contributos positivos			Contributos adversos		
				Valor	%	%Relativa	Valor	%	%Relativa
Margem Bruta	476 868	463 079	13 789	13 789	52%	-94%			
- FSE	-176 353	-164 166	-12 187				12 187	30%	83%
- Pessoal	-266 231	-237 734	-28 497				28 497	69%	194%
- Outros	-40 201	-44 143	3 941	3 941	15%	-27%			
= RAJI									
- IRC	-1 840	4 521	-6 361	6 361	24%	-43%			
+ AR	36 066	36 407	-342				342	1%	2%
=Cash Flow Potencial									
± Δ CCL ( Inv. em CCL)	418	1 814	-1 396	1 396	5%	-9%			
=Cash Flow Ajustado									
- Inv. em Capital Fixo	42 146	42 970	-824	824	3%	-6%			
<b>= Free Cash Flow</b>	<b>-10 577</b>	<b>4 137</b>	<b>-14 714</b>	<b>26 311</b>	<b>100%</b>	<b>-179%</b>	<b>41 025</b>	<b>100%</b>	<b>279%</b>

Fonte: Elaboração própria

Os contributos para que a redução de valor fosse mitigada, no valor de € 26.311 milhares, representaram -179%, enquanto os contributos adversos, no valor de € 41.025 milhares, constituíram 279% do valor perdido:

- ✘ Nos **contributos positivos** sobressai a margem bruta, a qual representou 52% (€ 13.789 milhares) do total de € 26.311 milhares da contribuição positiva.

Deste modo, a margem bruta permitiu compensar a redução de valor em € 13.789 milhares, isto é, caso não tivesse sido superior ao projetado no caso base, a redução de valor teria sido ainda mais acentuada.

- ✘ Os principais **contributos negativos** para a redução de valor tiveram origem no pessoal<sup>44</sup>, seguido dos Fornecimentos e Serviços Externos (FSE), os quais representaram, respetivamente, 69% (€ 28.497) e 30% (€ 12.187 milhares) do total de € 41.025 milhares de contributos adversos (no seu conjunto, representaram 99% do efeito adverso).

Conclui-se, assim, que a redução de valor da parceria se deve praticamente a fatores internos (controláveis) como sejam as rubricas de pessoal e FSE, ainda assim, verificando-se um desagravamento do seu efeito através de uma margem bruta mais elevada que o previsto no modelo financeiro.

<sup>44</sup> Não obstante a sociedade beneficiar de alguma diminuição de custos de pessoal, dado tirar vantagem de algumas sinergias de grupo, existem custos que são suportados pela Entidade Gestora do Estabelecimento, relativamente a profissionais cedidos por outras empresas do grupo. Assim, entre fevereiro e dezembro de 2013, a Entidade Gestora do Estabelecimento tinha faturas do fornecedor Banco Espírito Santo de Investimento, S.A., no montante de € 191.495.



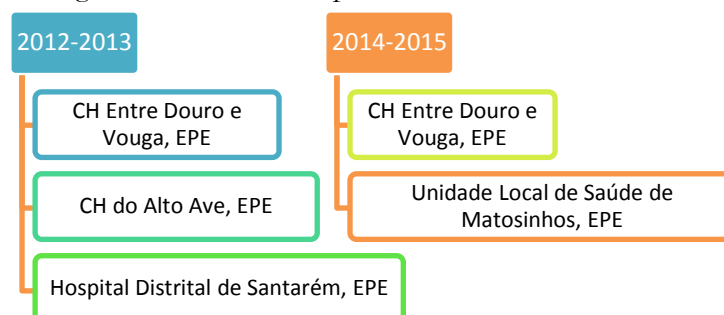
### 7. GESTÃO PRIVADA DO SERVIÇO PÚBLICO

A Entidade Gestora do Estabelecimento, de acordo com a cláusula 58ª do Contrato de Gestão está obrigada a assegurar elevados parâmetros de qualidade na prestação dos serviços de saúde, quer no que respeita aos meios e processos utilizados, quer no que respeita aos resultados obtidos. Parte do sistema de gestão de qualidade a implementar pelo Hospital, contempla a comparação com o desempenho dos hospitais selecionados para o Grupo de Referência<sup>45</sup>.

Daí que a Entidade Pública Contratante esteja obrigada a selecionar, de dois em dois anos, um conjunto de hospitais, tendo por base os seguintes critérios.

Critérios para seleção dos hospitais do Grupo de Referência	Existência de urgência médico-cirúrgica
	N.º de camas
	Nível de atividade (doentes equivalentes)
	Índice de <i>case-mix</i>

De entre os hospitais que, cumulativamente reúnem estes critérios, a EPC/ARSLVT deve selecionar os mais eficientes, em número por ela determinado. Para os dois primeiros biénios, foram selecionadas as seguintes unidades hospitalares:



Na preparação do projeto da parceria público-privada do Hospital de Loures, finalizado em dezembro de 2006, os hospitais considerados comparáveis com o futuro Hospital de Loures foram o Hospital de Guimarães (atualmente Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE), Hospital de Leiria (atualmente Centro Hospitalar de Leiria, EPE) e o Hospital de S. Sebastião (Centro Hospital de Entre Douro e Vouga, EPE).

Constituindo um dos objetivos da auditoria a avaliação do desempenho do estabelecimento hospitalar através da comparação dos resultados gerados pelo modelo de gestão privada face a outros hospitais do SNS (EPE e PPP) e atendendo ao facto de uma das vantagens apontadas para o lançamento da parceria se relacionava com o seu contributo para a “promoção de

<sup>45</sup> Inclui, entre outras, a implementação e manutenção de um sistema de gestão ambiental (de acordo com a ISO 14001), a adesão a programas de monitorização e avaliação dos resultados de natureza assistencial e dos indicadores de qualidade clínica, a realização periódica de inquéritos de satisfação aos Utentes e profissionais, a adoção de planeamento de altas e de controlo de infeção hospitalar.



*benchmarking* de performance entre unidades hospitalares”<sup>46</sup>, foram selecionados os seguintes hospitais para a comparação de diversos indicadores de processo e de resultados:

- Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE;
- Centro Hospitalar de Leiria, EPE;
- Centro Hospital de Entre Douro e Vouga, EPE;
- O Hospital de Cascais;
- O Hospital de Vila Franca de Xira.

Os três primeiros hospitais foram considerados comparáveis no estudo estratégico e económico-financeiro da parceria de Loures (para efeitos de apuramento do Custo Público Comparável).

Ao contrário da seleção efetuada pela EPC, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos; EPE não foi opção para a comparação com outras unidades hospitalares dada a especificidade da sua forma de funcionamento, ao integrar, no seu perímetro de gestão, os centros de saúde da área de influência.

Os Hospitais de Cascais e de Vila Franca de Xira foram selecionados por se enquadrarem no modelo de gestão em PPP e apresentarem características semelhantes ao Hospital de Loures em termos de dimensão, produção e respetiva complexidade.

De referir que o Hospital de Vila Franca de Xira (antigo Hospital de Reynaldo dos Santos) encontra-se a ser gerido em regime de PPP desde 1 de junho de 2011, tendo a transferência para as novas instalações sido concluída em março de 2013.

A gestão em regime de parceria público-privada, pela HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., do anterior Centro Hospitalar de Cascais, teve início em janeiro de 2009, tendo a transferência para o novo edifício hospitalar sido finalizada em março de 2010.

Os indicadores que de seguida se apresentam foram construídos com base em informação solicitada junto das entidades hospitalares, não tendo os mesmos sido objeto de validação no âmbito da auditoria.

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, em sede de contraditório, considera não ser adequada a seleção destas unidades para efeitos de *benchmarking* tendo em conta que “*decorreu um longo período temporal desde o apuramento do Custo Público Comparável do Hospital de Loures com a ocorrência de transformações profundas nas unidades hospitalares*” e que existem diferenças na dimensão e na “*carteira de especialidades disponível nas diferentes unidades*”. Sugere ainda que sejam considerados indicadores de unidades hospitalares individuais e não dos Centros Hospitalares em que estão inseridas.

---

<sup>46</sup> Uma das vantagens espretable da parceria, vertida no Estudo Estratégico e Económico Financeiro – dezembro de 2006, pág. 16.

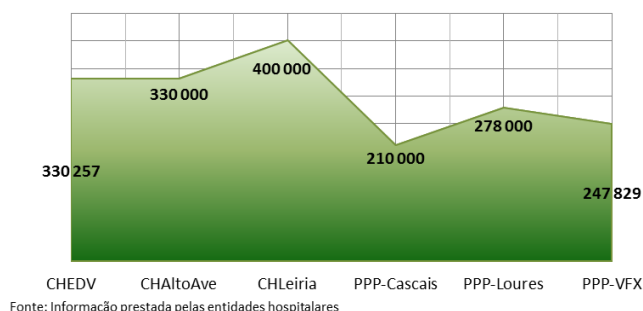


O Tribunal salienta que as considerações gerais apresentadas no contraditório da ARSLVT sobre as premissas a considerar na seleção de hospitais para efeitos de *benchmarking* traduzem obviamente o cenário ideal este tipo de exercícios. No entanto, o seu cumprimento integral levaria *in extremis* à impossibilidade de realizar *benchmarking* entre unidades hospitalares, dado existirem sempre especificidades que as distinguem. Considera-se que a seleção efetuada garante, tendo em conta as limitações existentes ao nível de informação estatística disponível no SNS, uma comparabilidade adequada.

### 7.1. Caracterização geral dos hospitais da amostra

Para a caracterização genérica dos hospitais da amostra, foram selecionados alguns indicadores, nomeadamente a população residente na área de atração das entidades hospitalares (reportado a 2013), o número de camas, o número de colaboradores, indicadores de produção e o respetivo índice de *case-mix*.

Gráfico 10 – Área de influência dos hospitais da amostra (n.º habitantes)

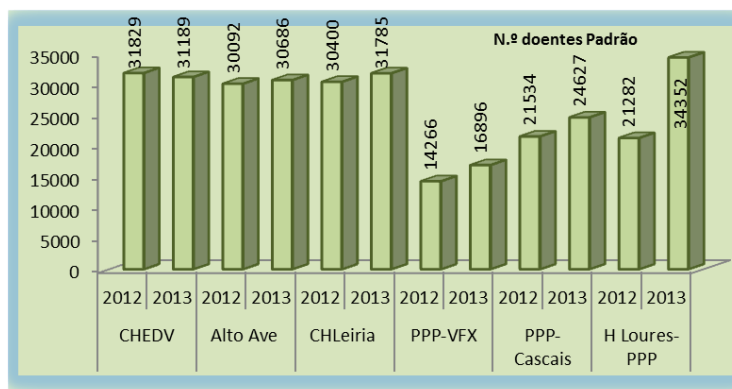


No caso do Hospital de Cascais o n.º de habitantes reportado, 210.000, encontra-se subavaliado uma vez que não inclui as freguesias previstas no Contrato de Gestão para a área materno-infantil do concelho de Sintra.

Constata-se que, da amostra selecionada, os hospitais EPE registam, tendencialmente, maior número de doentes padrão<sup>47</sup>. O Hospital Beatriz Ângelo foi a única entidade gerida em regime público privado cuja atividade hospitalar global ultrapassou a dos hospitais EPE, em 2013.

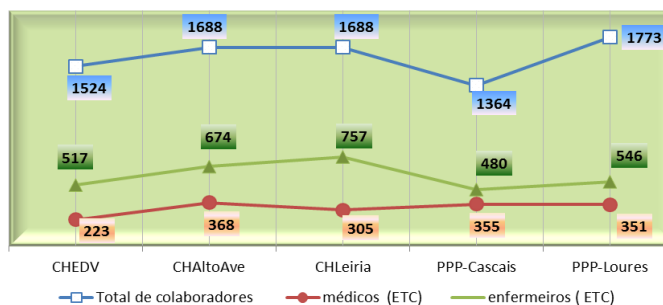
<sup>47</sup> Informação recolhida junto da ACSS. No caso da PPP de Cascais a informação obtida foi ajustados de modo a contemplar toda a atividade clínica do hospital.

Gráfico 11 – Número de doentes padrão



O peso do pessoal médico e de enfermagem no total dos colaboradores é superior nos Centros Hospitalares do Alto Ave, 62%, Leiria, 63% e no Hospital de Cascais, 61%, enquanto que no Hospital de Loures estas duas categorias representam 51% do total dos recursos humanos.

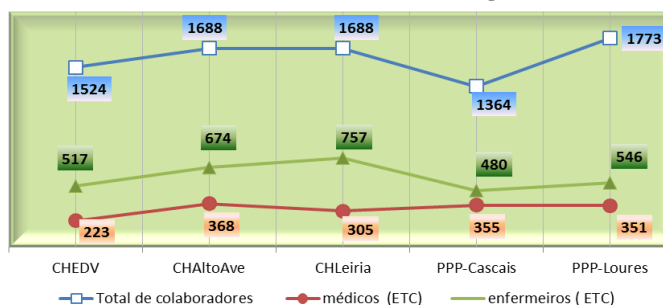
Gráfico 12– Número de colaboradores dos hospitais da amostra



Fonte: Informação prestada pelas entidades hospitalares

O peso do pessoal médico e de enfermagem no total dos colaboradores é superior nos Centros Hospitalares do Alto Ave, 62%, Leiria, 63% e no Hospital de Cascais, 61%, enquanto que no Hospital de Loures estas duas categorias representam 51% do total dos recursos humanos.

Gráfico 13– Número de colaboradores dos hospitais da amostra



Fonte: Informação prestada pelas entidades hospitalares



Analisando o índice de *case mix* dos hospitais da amostra<sup>48</sup>, nomeadamente os referentes ao internamento cirúrgico e cirurgia de ambulatório, constata-se que são mais elevados nos hospitais geridos em regime de parceria público-privada, e de entre estes o de Loures é o que apresenta a complexidade mais elevada

Quadro 35 – ICM dos hospitais da amostra (2013)

ICM hospitais (2013)	CHEDV	CHAlto Ave	CH Leiria	PPP-VFX	PPP-Cascais	PPP - Loures
Internamento cirúrgico	1,44	1,47	1,44	1,45	1,53	1,61
Internamento médico	0,79	0,76	0,79	0,77	0,77	0,85
Cirurgia de ambulatório	0,69	0,66	0,67	0,69	0,70	0,68

Fonte: ARSLVT (contraditório)

Gráfico 14 – Camas dos hospitais da amostra (2013)



Fonte: Informação prestada pelas entidades hospitalares

### 7.2. Codificação clínica

A produção realizada pelas unidades hospitalares na sua principal área de atividade, o internamento, e em parte da área de atividade do ambulatório, é classificada e agrupada em produtos finais denominados Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH)<sup>49</sup>, para efeitos de análise estatística e para efeitos de faturação da atividade.

A identificação destes códigos baseia-se nas regras de codificação clínica subjacentes à ICD-9-CM (*International Classification of Diseases – Classificação Internacional de Doenças, 9.ª revisão, Modificação Clínica*), nas orientações do *Coding Clinic* e nos Consensos<sup>50</sup>.

O processo de faturação da atividade do internamento e ambulatório dos hospitais do SNS, consiste na conversão dos episódios destas atividades em doentes equivalentes, classificados em GDH, ajustados pelo índice de *case-mix* da unidade hospitalar<sup>51</sup>. Daqui se depreende a importância da correta codificação destes episódios.

<sup>48</sup> O ICM constante do relato de auditoria foi obtido junto das unidades hospitalares e posteriormente corrigido, em sede de contraditório (informação da ARSLVT) pela necessidade de harmonização dos agrupadores de GDH em funcionamento em cada unidade hospitalar.

<sup>49</sup> Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos resultam “da agregação algorítmica de um conjunto de códigos que traduzem diagnósticos e procedimentos (entre os quais, diagnóstico principal e adicionais, procedimentos cirúrgicos, etc.) e de informação não clínica (designadamente, idade, sexo, destino após alta, etc.)” - Cfr. Manual de Auditoria à Codificação Clínica e à Faturação do Contrato Programa.

<sup>50</sup> “Os consensos resultam do estudo, interpretação e adequação das regras de codificação à prática clínica portuguesa consensualizados pela equipa de médicos codificadores e auditores colaboradores da ACSS”.- cfr. Manual de Auditoria à Codificação Clínica e à Faturação do Contrato Programa, ACSS.

<sup>51</sup> Pese embora esse ajustamento, no caso dos hospitais EPE e SPA, não ser realizado anualmente com a produção efetiva do ano, mas sim com o índice de *case mix* apurado em anos anteriores. O conceito de ajustamento dos preços a pagar em função do índice de *case mix* é ainda mais relevante no caso dos hospitais em PPP, dado o pagamento de cada ano refletir diretamente o *case mix* apurado para a produção respetiva.

Anualmente a ACSS, no âmbito das suas competências, efetua auditorias à codificação clínica com o objetivo de verificar o grau de conformidade dessa codificação com as normas do ICD-9-MC.

A ACSS nas auditorias realizadas em 2013 a cerca de 3.183 episódios de internamento e de ambulatório da base de dados de GDH de 2012, obteve os seguintes resultados para os hospitais da amostra<sup>52</sup>:

Quadro 36 – Auditoria da ACSS à codificação

Entidade	Episódios		Episódios desconformes			
	Conforme	Desconformes	Codificação Indevida	Alteração GDH	sem alteração GDH	Outra situação
CHEDV	33%	67%	12%	9%	46%	1%
CHAlto Ave	20%	80%	5%	17%	57%	0%
CHLeiria	35%	65%	2%	10%	50%	2%
PPP-VFX	15%	85%	6%	18%	56%	5%
PPP-Cascais	21%	79%	0%	17%	54%	8%
PPP-Loures	19%	80%	0%	19%	48%	13%
<b>Média</b>	<b>24%</b>	<b>76%</b>	<b>4%</b>	<b>15%</b>	<b>52%</b>	<b>5%</b>

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório Anual de Auditorias Externas à Codificação Clínica e a Dados Administrativos Presentes na Base de Dados de GDH (ano 2012) realizadas em 2013, ACSS

Verificaram-se elevados níveis de desconformidade<sup>53</sup> em todas as unidades hospitalares da amostra (em média 76%). Apenas o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE e Centro Hospitalar de Leiria, EPE, registaram uma percentagem de episódios não conformes inferior à média do grupo. Das unidades hospitalares com maior percentagem de episódios não conformes, destaca-se o Hospital de Vila Franca de Xira com 85%<sup>54</sup>.

De notar que um episódio é considerado não conforme quando ao nível das regras de codificação clínica (regras da ICD-9-CM, *Coding Clinic* e Consensos) ou em relação a dados administrativos, existir pelo menos um dos problemas identificados na Circular Normativa n.º 20/2011/UOFC da ACSS. Atendendo à sua relevância, estas desconformidades são classificadas em críticas e não críticas.

Assim, será de atender ao tipo de desconformidades apuradas na auditoria realizada pela ACSS, concluindo-se que a maior parte dos episódios não conformes não implicaram alteração ao

<sup>52</sup> Os resultados do CHEDV respeitam ao ano de 2011.

<sup>53</sup> No âmbito do contraditório, o Administrador Executivo da Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A., refere que os valores do quadro “...relativos ao HBA não coincidem com os resultados da última auditoria realizada pela ACSS à codificação clínica do hospital”. Esclarece-se que os valores do quadro se referem à totalidade dos episódios auditados, incluindo os referentes a uma amostra não estatística, enquanto os reportados pela sociedade gestora são os referentes apenas à amostra estatística.

<sup>54</sup> Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Vila Franca de Xira informa que, “após essa auditoria, apresentou junto da ACSS uma contestação sobre esta auditoria. Na sequência desta objeção, foi revista a análise e emitida nova versão do relatório de auditoria, na qual os valores globais de desconformidade diminuíram para 78%, e os valores de desconformidade com alteração de GDH diminuíram para 13%”.

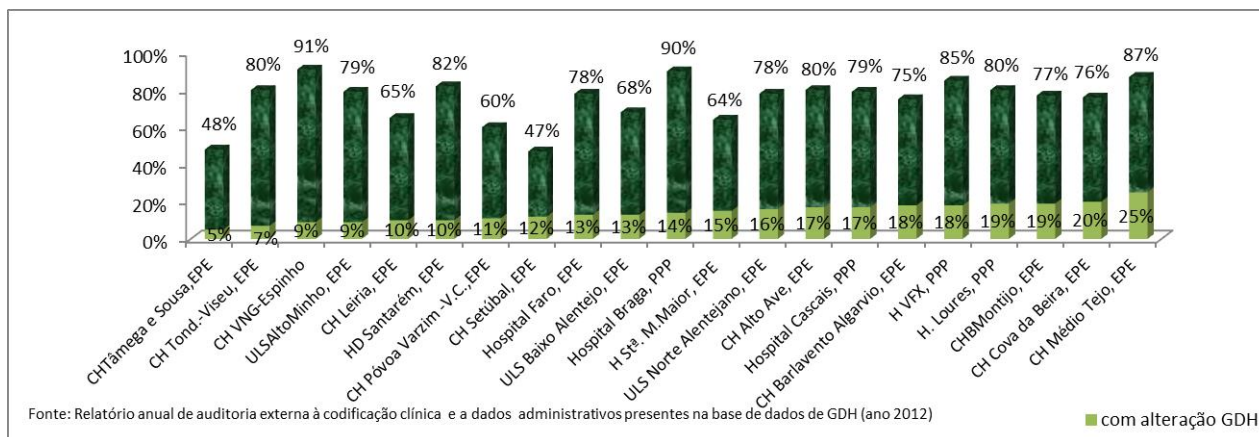




GDH. Ainda assim, parte relevante dos episódios auditados (em média, 15%) apresenta desconformidades que implicam a alteração do GDH codificado.

Alargando a análise à quase totalidade das unidades hospitalares auditadas pela ACSS, obteve-se o seguinte gráfico com a percentagem total de desconformidades e o peso dos episódios desconformes que originaram alteração do GDH.

Gráfico 15 – Codificação clínica - % de episódios não conformes



### 7.3. Eficiência Global

Para a análise dos indicadores aqui mencionados, foi incluída a atividade do berçário em todos os hospitais de modo a permitir a comparabilidade dos resultados com o Hospital de Loures, uma vez que atendendo ao modelo organizativo da mesma, não foi possível obter informação sobre a capacidade instalada sem a atividade do berçário.

Em 2013 o Hospital Beatriz Ângelo registou uma das **taxas de ocupação** mais elevadas dos hospitais da amostra, 93%. Este indicador estará certamente influenciado pelo sistema de gestão das camas do internamento implementado no hospital de Loures.

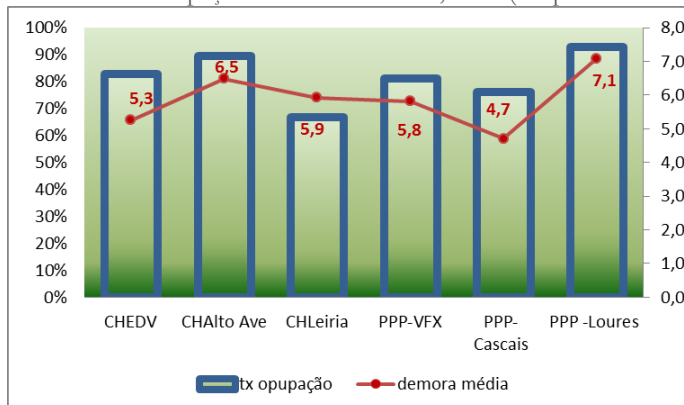
Quadro 37 – Indicadores de eficiência global

Eficiência Global	CHEDV		CH Alto Ave		CH Leiria		PPP-VFX		PPP- Cascais		PPP -Loures	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Taxa de ocupação	79%	83%	86%	90%	76%	67%	88%	87%	75%	76%	71%	93%
Doentes saídos/por cama/mês	4,7	4,6	4,2	4,4	3,7	3,5	4,8	4,2	5,1	5,1	2,8	3,9
Demora média (dias)	4,9	5,3	5,9	6,5	6,2	5,9	5,3	5,8	4,5	4,7	7,3	7,1
N.º salas de bloco para cirurgia programa	10	10	11	11	10	12	n.a.	5	5	5	7	8
Taxa de utilização do bloco operatório-cirurgias programadas	79%	80%	71%	74%	81%	81%	n.a.	82%	61%	75%	74%	85%

Fonte:Elaboração própria com base na informação da atividade assistencial dos hospitais. Informação do CHLeiria atualizada em sede de contraditório. Informação do tx de utilização do bloco operatório da PPP Loures atualizada em sede de contraditório.

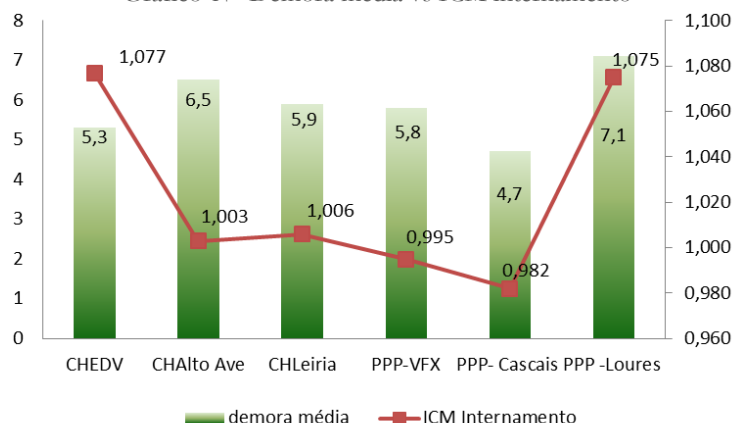
Por sua vez, a **demora média** apurada no Hospital de Loures é a mais elevada se comparada com os restantes hospitais da amostra, 7,1 dias em 2013, sendo a mais baixa, 4,7 dias, registada no Hospital de Cascais.

Gráfico 16- Taxa ocupação vs Demora Média, 2013 (hospitais da amostra)



Embora a maior demora média possa ser explicada pela complexidade da atividade de internamento do Hospital de Loures, a mais elevada entre os hospitais em análise, outros hospitais apresentam ICM similares com demoras médias inferiores, como é o caso do CHEDV.

Gráfico 17- Demora média vs ICM internamento

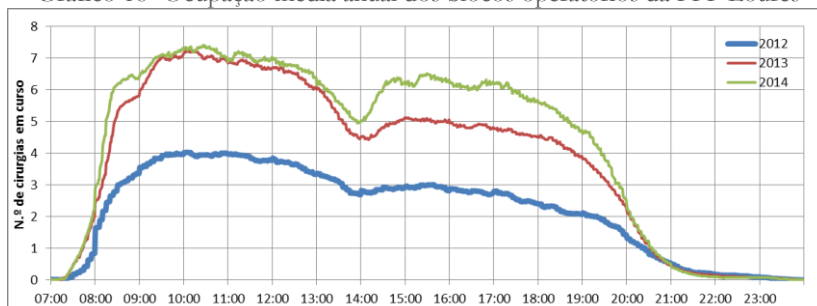


Em termos de **utilização dos tempos disponíveis nos blocos operatórios**<sup>55</sup>, para a cirurgia programada, o Hospital de Loures é uma das unidades hospitalares mais eficientes, com uma taxa de ocupação de 85% em 2013, embora não difira de forma relevante das taxas médias verificadas nas restantes unidades hospitalares. A taxa de utilização na melhor unidade pública, o Centro Hospitalar de Leiria, é similar (81%).

<sup>55</sup> Taxa de utilização do bloco operatório= N.º total de horas de utilização das salas de bloco para cirurgia programada/ N.º total de horas agendadas para cirurgia programada.



Gráfico 18- Ocupação média anual dos blocos operatórios da PPP Loures



Fonte: SGHL,S.A

O gráfico seguinte espelha a ocupação média anual dos blocos operatórios do Hospital de Loures.

Na relação **enfermeiro-médico** o Hospital de Loures apresentou, a par do Hospital de Cascais, um dos rácios mais baixos, isto é, 1,56 enfermeiros por clínico, enquanto o CH de Leiria apresentou 2,48 enfermeiros por clínico.

Quadro 38 – Indicadores de eficiência global (cont.)

Eficiência Global	CHEDV		CHAlto Ave		CHLeiria		PPP-VFX		PPP- Cascais		PPP -Loures	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Enfermeiro (ETC)/Médico (ETC)	2,18	2,32	1,49	1,83	2,33	2,48	2,33	2,53	1,34	1,35	1,43	1,56
Doente padrão /médico ETC	148,2	139,9	70,8	83,4	109,7	104,3	119,7	112,6	62,3	69,3	65,1	97,9
Doente padrão /enfermeiro ETC	68,0	60,3	47,5	45,5	47,0	42,0	51,4	44,6	46,4	51,3	45,7	62,9
N.º de atendimentos na urgência/di	490	494	393	404	466	500	285	302	412	426	441	510
N.º de consultas externas/dia útil	1216	1257	1001	979	783	859	357	436	458	510	480	950

Fonte:Elaboração própria com base na informação da atividade assistencial dos hospitais atualizada em sede de contraditório

Por outro lado, em 2013, o rácio **doentes padrão por médico ETC**, indica que cada profissional, no Hospital de Loures, atendeu 98 doentes padrão, enquanto no CH Entre Douro e Vouga esse rácio foi de 140 doentes padrão por profissional (o mais alto da amostra).

Na relação doentes padrão/enfermeiro ETC o Hospital de Loures, em 2013, foi mais eficiente com um rácio de 63 doentes padrão por enfermeiro (o mais alto da amostra) por oposição aos 42 doentes padrão por enfermeiro no CH de Leiria.

#### 7.4. Acesso

O quadro seguinte apresenta os dados referentes ao acesso aos cuidados de saúde e limitando o tema à análise do tempo médio de espera para as primeiras consultas e para a realização das cirurgias<sup>56</sup>, constata-se o seguinte:

<sup>56</sup> Para efeitos da análise comparativa foram utilizados dados reportados diretamente pelas unidades hospitalares. Embora o processo de acompanhamento da PPP de Loures inclua a análise, pela EPC, de informação relativa a estes indicadores, verificou-se que, por constrangimentos informáticos, a integração da informação de produção e de listas de espera do hospital de Loures não se encontrava devidamente vertida nas bases de dados nacionais sobre consultas e cirurgias. Optou-se, assim, na presente auditoria, por utilizar os dados reportados pela EGEst, obtidos dos respetivos sistemas de informação. Em sede de contraditório, foi comunicado que terão sido ultrapassados os constrangimentos existentes, e corrigida a informação das bases de dados nacionais.

Quadro 39 – Lista de espera para consulta externa dos hospitais da amostra

Lista espera Consultas Externas	2012			2013			1º semestre 2014		
	N.º utentes espera 1ª consulta	TME dos utentes em lista (dias)	TME das consultas realizadas (dias)	N.º utentes espera 1ª consulta	TME dos utentes em lista	TME das consultas realizadas (dias)	N.º utentes espera 1ª consulta	TME dos utentes em lista (dias)	TME das consultas realizadas (dias)
CHEDV	8 407	79	79	10 026	80	97	13 482	92	92
CHAlto Ave	20 558	339	161	19 746	106	103	17 995	98	82,4
CH Leiria	5 023	172	95,5	6 586	125	106	6 811	153	84
PPP - VFX	6 726	43	52	10 484	78	55	13 075	87	67
PPP- Cascais	7 141	147	n.d.	5 413	138	n.d.	6 735	143	90
PPP - Loures	28 635	71	n.d.	58 986	134	n.d.	72 323	168	n.d.

Fonte: Informação obtida junto das unidades hospitalares.  
TME - Tempo médio de espera

Com exceção do 1º ano de atividade (2012), o Hospital de Loures tem registado um dos tempos médios de espera mais elevados dos utentes que aguardam uma **primeira consulta**, atingindo 168 dias no final do 1º semestre de 2014. A unidade hospitalar que apresentou tempos médios de espera mais baixos, nos três períodos analisados, foi o Hospital de Vila Franca de Xira.

No que concerne à **mediana do tempo de espera dos utentes que aguardavam a realização de cirurgia no final de cada ano**, o Hospital de Loures, em 2012, obteve um dos tempos mais elevados dos hospitais da amostra, 101 dias. Este indicador só melhorou no 1º semestre de 2014 ao registar a mais baixa mediana do tempo de espera em conjunto com o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, 56 dias.

Quadro 40 – Mediana tempo espera para cirurgia dos hospitais da amostra

Lista espera Cirúrgica	2012				2013				1º semestre 2014			
	N.º utentes espera cirurgia	TME dos utentes em lista	Mediana do tempo de espera dos doentes em lista (dias)	TME das cirurgias realizadas (dias)	N.º utentes espera cirurgia	TME dos utentes em lista	Mediana do tempo de espera dos doentes em lista (dias)	TME das cirurgias realizadas (dias)	N.º utentes espera cirurgia	TME dos utentes em lista	Mediana do tempo de espera dos doentes em lista (dias)	TME das cirurgias realizadas (dias)
CHEDV	5 177	81	67	92	5 116	102	74	100	5 160	87	69	99
CHAlto Ave	4 583	132	105	101	4 942	125	90	104	5 034	144	105	107
CH Leiria Pombal	2 430	66	49	72	2 966	61	47	63	3 762	82	56	67
PPP - VFX	1 527	70	52	67	1 750	74	49	72	1 586	82	34	73
PPP- Cascais	2 573	176	98	109	2 715	118	84	131	2 530	121	98	116
PPP - Loures	1 612	168	101	35	2 456	168	126	51	2 716	114	56	56

Fonte: Entidades hospitalares

Quadro 41 – Tempo médio de espera das cirurgias realizadas – PPP Loures

Especialidade	Unid.: dias			
	2012	2013	1º sem. 2014	Total
Angiologia e Cirurgia Vascular	17	34	32	29
Cirurgia Geral	35	46	48	44
Cirurgia Plástica Reconstructiva	44	79	70	67
Dermatologia	51	83	88	80
Ginecologia	35	40	31	37
Oftalmologia	61	61	78	67
Ortopedia	21	49	53	43
Otorrinolaringologia	33	42	51	42
Urologia	35	54	49	47
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>51</b>	<b>56</b>	<b>49</b>

Fonte: Informação prestada pelo Hospital Beatriz Ângelo

Por sua vez o **tempo médio de espera das cirurgias programadas realizadas**, no Hospital de Loures, no período de 2012 até ao primeiro semestre de 2014, foi de 49 dias, ou seja, abaixo dos limiares máximos definidos.

As especialidades com maior tempo de espera foram as de Dermatologia, em média 80 dias e as de Oftalmologia e Cirurgia Plástica Reconstructiva, 67 dias.

Atendendo aos **tempos máximos de espera para cirurgia** e à classificação dos utentes segundo os níveis de prioridade clínica, que vão desde o nível 4 (quando a intervenção deverá



ocorrer num prazo não superior a 72 horas ou durante o período de internamento do utente) ao nível 1 (quando é admissível que o utente possa esperar até nove meses), obteve-se os seguintes dados relativos aos utentes entrados na Lista de Inscritos para Cirurgia desde 2012.

Quadro 42 – Percentagem de cumprimento dos tempos máximos de espera para cirurgia

Prioridades	CHEDV	CH Alto AVE	CH L.Pombal	PPP-VFX	PPP-Cascais	PPP-Loures
Nível 4	92,0%	69,0%	90,9%	76,8%	74,7%	70,0%
Nível 3	88,5%	97,7%	93,7%	88,8%	79,5%	95,5%
Nível 2	81,5%	91,4%	94,8%	91,8%	85,4%	95,8%
Nível 1	95,6%	91,8%	99,6%	99,6%	87,8%	99,6%
<b>Global</b>	<b>93,2%</b>	<b>92,1%</b>	<b>98,3%</b>	<b>97,9%</b>	<b>86,9%</b>	<b>97,1%</b>

Fonte: Elaboração própria com base em informação do HBA e na informação do SIGLIC (restantes unidades).

Em todos os hospitais da amostra constata-se haver um maior cumprimento dos tempos máximos de espera para as intervenções cirúrgicas classificadas com nível de prioridade 1, isto é, as menos urgentes e com prazo mais alargado para a realização da cirurgia. Neste nível de prioridade, o Hospital Beatriz Ângelo está entre as unidades com melhores taxas de cumprimento, 99,6%, juntamente com o Hospital de Vila Franca de Xira e o Centro Hospitalar de Leiria, EPE.

Nas cirurgias mais urgentes, classificadas com a prioridade nível 4, o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga e o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, são os que apresentam percentagens de cumprimento mais elevadas.

No que concerne à taxa de cumprimento dos tempos máximos garantidos por especialidade na PPP de Loures, constata-se que a especialidade com a taxa de cumprimento mais baixa é a de Ortopedia, com uma média de 89% no período entre 2012 e o primeiro semestre de 2014.

Quadro 43 – Taxas de cumprimento dos tempos máximos de espera garantidos – PPP Loures

Produção Cirúrgica	2012	2013	2014	Total
Angiologia e Cirurgia Vascular	100,0%	99,5%	98,6%	99,4%
Cirurgia Geral	99,5%	99,6%	99,8%	99,6%
Cirurgia Plástica Reconstructiva	98,7%	95,7%	95,5%	96,4%
Dermatologia	100,0%	96,1%	96,0%	96,6%
Ginecologia	99,6%	99,2%	99,8%	99,4%
Oftalmologia	99,2%	98,8%	98,1%	98,6%
<b>Ortopedia</b>	<b>85,6%</b>	<b>90,1%</b>	<b>90,2%</b>	<b>89,0%</b>
Otorrinolaringologia	100,0%	99,8%	99,8%	99,8%
Urologia	98,1%	96,2%	97,7%	97,1%
<b>Total</b>	<b>96,8%</b>	<b>97,2%</b>	<b>97,2%</b>	<b>97,1%</b>

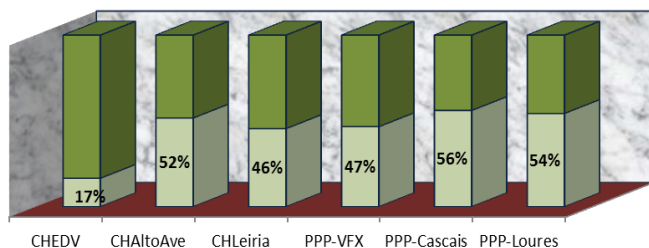
Fonte: Informação prestada pelo Hospital Beatriz Ângelo

Analisando a **afluência à urgência hospitalar** na vertente da gravidade dos doentes que recorrem a este serviço, medido através do sistema de Triagem de Manchester<sup>57</sup>, verifica-se

<sup>57</sup> Sistema que classifica por cores a gravidade do doente e consequentemente o grau de prioridade que lhe deve ser atribuído: cor vermelha – emergente; cor laranja – muito urgente, cor amarela- urgente, cor verde – pouco urgente, cor azul – não urgente.

existir uma percentagem muito elevada de utentes classificados como pouco urgentes e não urgentes.

Gráfico 19 – Afluência à urgência e grau de gravidade  
% de atendimentos pouco urgentes (2013)



Fonte: elaboração própria com base na informação prestada pelos hospitais

Com exceção do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE<sup>58</sup>, todas as restantes unidades hospitalares apresentam valores que chegam a ultrapassar os 50% de utentes cujo episódio foi classificado como pouco urgente.

Esta situação, exógena ao desempenho do hospital, é consequência de vários fatores, nomeadamente, a pouca sensibilização da população da área de influência do hospital para o recurso às urgências hospitalares só em casos emergentes ou muito urgentes, eventualmente conjugado com uma oferta de cuidados primários pouco eficaz na prestação imediata de serviços de saúde<sup>59</sup>.

A existência de 54% de casos de atendimentos considerados não urgentes no Hospital Beatriz Ângelo, significa que a remuneração destes episódios será muito inferior aos episódios ditos urgentes.

Do ponto de vista global, a introdução de melhorias no sistema de cuidados primários da área de influência do Hospital Beatriz Ângelo e de outras entidades hospitalares proporcionaria uma redução de custos para essas entidades e para o próprio SNS<sup>60</sup>.

Tendo por base a informação constante no Relatório Anual de Avaliação do Desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento de 2013 realizado pela ARSLVT, constata-se que o serviço de urgência do Hospital Beatriz Ângelo<sup>61</sup> não tem conseguido cumprir na totalidade os

<sup>58</sup> A taxa apresentada pelo Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE, (CHEDV), de apenas 17% de episódios classificados como não urgentes, está relacionada com a existência de uma percentagem elevada, de 27%, de atendimentos urgentes não codificados (cor branca).

<sup>59</sup> Segundo o relatório da fundação Calouste Gulbenkian “Um futuro para a saúde: Todos temos um papel a desempenhar; 2014”, a “prestação de cuidados de saúde primários tem sido feita de forma pouco integrada e irregular em termos de qualidade, recursos e distribuição” pelo que “...cerca de 25% dos utentes não necessitam de tratamento imediato. Neste contexto muitos preferem recorrer diretamente ao serviço de urgência dos hospitais da área de influência quando sentem necessidade, em vez de se dirigirem ao serviço local de cuidados primários ou ao hospital encaminhados por este.

<sup>60</sup> A este propósito, a Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de saúde primários (Relatório n.º 17/2014 - 2ª Secção) salienta as poupanças potenciais resultantes da transferência de “falsas” urgências para os ACES, na RLVT.

<sup>61</sup> Níveis de atividade da urgência considerados para cálculo do tempo de espera: Prioridade vermelha: 441 atendimentos; prioridade laranja: 15.876 atendimentos; prioridade amarela: 64.862 atendimentos; prioridade verde: 97.680 atendimentos; prioridade azul: 1.990 atendimentos, prioridade branca: 420.



tempos máximos de espera, na urgência, após triagem considerados adequados para cada nível de prioridade, se bem que as situações emergentes, de prioridade vermelha, são imediatamente atendidas.

Quadro 44 – Tempo médio espera entre triagem e a 1ª observação médica

Prioridade atribuída	Tempo máximo definido	CHEDV	CHAA	CHLeiria	HVFX	HCascais	HLoures
Vermelho	00:00:00	00:03:00	00:20:02	00:00:00	00:13:50	00:00:00	00:00:00
Laranja	00:10:00	00:24:00	00:33:52	00:12:34	00:23:59	00:11:23	00:14:31
Amarelo	01:00:00	01:05:00	01:16:42	00:35:29	00:49:53	00:25:36	00:51:03
Verde	02:00:00	01:26:00	01:21:58	01:08:00	01:02:41	00:46:30	01:10:08
Azul	04:00:00	02:01:00	02:26:10	01:40:12	01:39:11	01:24:22	01:23:47
Branco	-	00:40:00	01:20:03	00:39:04	00:36:52		00:24:37
<b>Total</b>	-	<b>00:57:00</b>	<b>01:15:42</b>	-	<b>00:52:25</b>	<b>00:33:33</b>	<b>00:58:20</b>

Fonte: Relatório anual de avaliação do desempenho da EGEst da PPP de VFX e da PPP de Loures; Informação disponibilizada pelos restantes hospitais da amostra.

Nos atendimentos de prioridade laranja o tempo médio de espera até à ocorrência da primeira observação médica é superior ao máximo definido em quase 49% dos atendimentos realizados na urgência do Hospital de Loures. Saliente-se, no entanto, que o tempo médio de espera nestes casos foi de apenas mais 4 minutos relativamente ao máximo definido.

Por sua vez o Centro Hospitalar do Alto Ave realizou apenas 8,8% dos atendimentos após o tempo máximo estipulado. Contudo o tempo médio de espera desses atendimentos foi superior em 23 minutos ao máximo estabelecido.

Quadro 45 – Atendimentos para além do tempo máximo definido, por prioridade

Prioridade atribuída	Tempo máximo definido	CHEDV	CHAA	CHLeiria	HVFX	HCascais	HLoures
Vermelho	00:00:00	18,9%	-	0,0%	96,3%	0,0%	0,0%
Laranja	00:10:00	11,2%	8,8%	43,0%	59,8%	36,6%	48,9%
Amarelo	01:00:00	5,4%	14,1%	18,0%	27,5%	10,1%	31,7%
Verde	02:00:00	3,1%	8,6%	19,0%	15,4%	6,7%	19,0%
Azul	04:00:00	1,5%	0,1%	9,0%	12,0%	5,1%	3,5%
Branco	-	-	-				-
<b>Total</b>	-	<b>4,0%</b>	<b>31,6%</b>	<b>20,0%</b>	<b>26,5%</b>	<b>10,8%</b>	<b>26,0%</b>

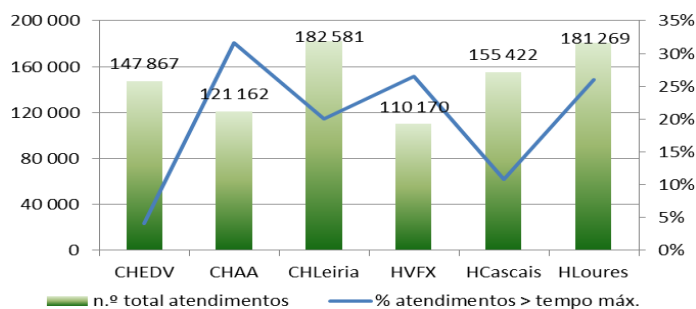
Fonte: Relatório anual de avaliação do desempenho da EGEst da PPP de VFX e da PPP de Loures; Informação disponibilizada pelos restantes hospitais da amostra.

Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Vila Franca de Xira, explicou a razão da PPP de Vila Franca de Xira apresentar 96,3% de utentes com atendimento superior ao tempo estipulado para a prioridade vermelha: “(...) Clinicamente, nem este hospital nem em qualquer outro com a Triagem de Manchester implementada, se verifica espera em utentes triados com a cor vermelha. Em concreto o que se passa é que estes utentes são imediatamente atendidos, sendo que os registos administrativos – de onde se retiram os tempos de espera, são efetuados já em momento posterior à assistência ao doente, pela enfermagem (triagem), bem como pelos elementos médicos. Como estes utilizadores não têm capacidade de alterar as horas/minutos (e bem) a que a assistência clínica é efetuada, os

*tempos médios apresentados refletem estes períodos em que os profissionais, já em períodos pós-atendimento, efetuam os seus registos em sistema de informação.”*

Da análise do quadro seguinte verifica-se que os hospitais com menores n.º de atendimentos na urgência são os que ultrapassam em maior % os tempos máximos definidos pelo sistema de Triagem de Manchester para observação médica após a triagem.

Gráfico 20 – N.º atendimentos na urgência vs atendimentos > tempos máximos definidos (2013)



Fonte: Informação dos hospitais e relatórios de avaliação de desempenho da PPP de VFX e da PPP de Loures (2013)

### 7.5. Eficácia e Qualidade

Selecionados alguns indicadores para aferição da qualidade e eficácia do desempenho das entidades hospitalares da amostra, verifica-se existir um predomínio da **cirurgia de ambulatório** face à cirurgia convencional<sup>62</sup> mais acentuado nos hospitais em regime de parceria público privada.

Quadro 46 – Indicadores de eficácia e qualidade

Eficácia e Qualidade	CHEDV		CHAlto Ave		CHLeiria		PPP-VFX		PPP- Cascais		PPP -Loures	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
% de cirurgias de ambulatório	48%	51%	56%	55%	49%	52%	52%	60%	64%	70%	70%	63%
% de partos por cesariana	24%	27%	30%	31%	31%	28%	29%	31%	30%	30%	26%	22%
% de primeiras consultas(médicas)	38%	37%	29%	28%	35%	35%	44%	39%	39%	36%	53%	37%
% de doentes atendidos na urgência classificados como pouco urgentes e não urgentes	18%	17%	50%	52%	42%	46%	48%	47%	62%	56%	56%	54%
% de infeções nosocomiais no internamento	n.d	n.d.	0,9%	0,9%	0,3%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	n.d	0,0%

Fonte:Elaboração própria com base na informação da atividade assistencial dos hospitais

A **proporção de primeiras consultas no total de consultas médicas** tem-se mantido, na PPP de Loures, acima do objetivo definido contratualmente (33,3%), situando-se ligeiramente acima da média das unidades hospitalares analisadas.

No que concerne ao indicador de qualidade de **% de partos por cesariana**, que se pretende ser o mais baixo possível atendendo às boas práticas clínicas<sup>63</sup>, o Hospital de Loures é a entidade hospitalar que apresenta o melhor resultado, 22% em 2013.

Em 1985 a OMS/WHO afirmava que não havia justificação para que nenhuma região apresentasse taxas de cesariana mais elevadas do que 10 a 15%. Atualmente mantem-se a controvérsia acerca da taxa ótima, quer nos países desenvolvidos, quer nos países

<sup>62</sup> Cálculo efetuado com base na totalidade das cirurgias programadas.

<sup>63</sup> World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436-7.



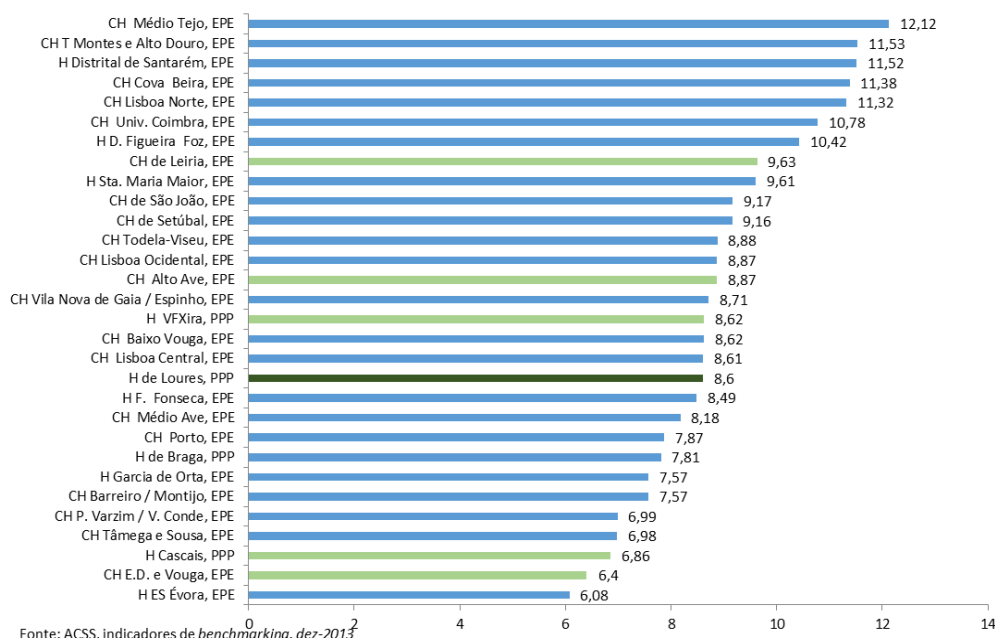


subdesenvolvidos. Num estudo mais recente sobre a taxa de cesariana em 137 países, esta entidade viria a rever esse intervalo para 20%<sup>64</sup>, numa perspetiva conservadora.

Segundo o estudo efetuado pela empresa IASIST<sup>7</sup> cujos resultados foram apresentados no documento “Top 5 – A Excelência dos Hospitais Portugueses”, a média apurada, em 2013, para o indicador taxa de cesariana foi de 29,2%<sup>65</sup> (mínimo de 22% e máximo de 37%), confirmando-se assim o bom resultado obtido pelo Hospital de Loures, quando comparado com os 12 hospitais que compõem o Grupo C analisado no referido estudo.

Outro indicador de qualidade refere-se à **percentagem de reinternamento em 30 dias**, que indica os doentes que após alta hospitalar são reinternados num período de 30 dias, independentemente da causa.

Gráfico 21 – % reinternamentos em 30 dias (2013)



Dos 30 hospitais analisados pela ACSS no *benchmarking* do SNS, o Hospital de Loures posicionou-se em 12º lugar, 8,6%, a seguir ao Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, com 6,4% e ao Hospital de Cascais, com 6,86%.

<sup>64</sup> World Health Organization The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year Overuse as a Barrier to Universal Coverage, 2010, pág. 6, disponível em <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf> [Consult. 07 janeiro 2015].

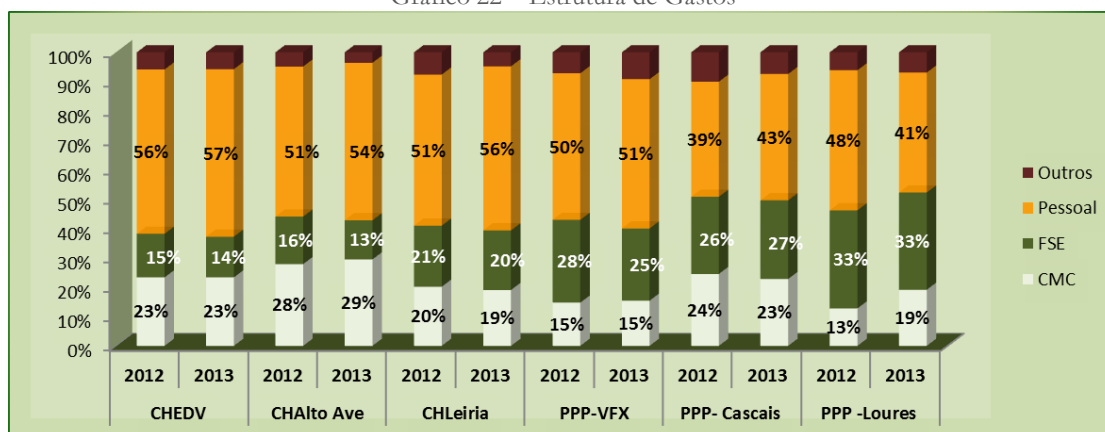
<sup>65</sup> Corresponde ao Grupo C, onde se inclui todos os hospitais da amostra utilizada nesta auditoria com exceção da PPP de Vila Franca de Xira, que pertence ao Grupo B.

7.6. Estrutura de Gastos

Em regra os custos/gastos com pessoal constituem a rubrica mais representativa da estrutura de gastos das entidades hospitalares do SNS. Nesta rubrica contabilizam-se todas as remunerações e respetivos encargos com o pessoal que mantém um vínculo contratual com o hospital, com exceção dos prestadores de serviços.

O gráfico seguinte, reflete a forma como os gastos das unidades hospitalares da amostra foram distribuídos pelas principais rubricas, nos anos de 2012 e 2013.

Gráfico 22 – Estrutura de Gastos

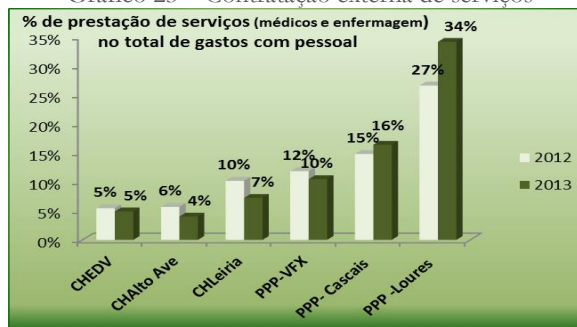


O Hospital de Loures é a unidade hospitalar que apresenta os gastos com **consumo de materiais mais baixos** da amostra, 13% em 2012 e 19% em 2013, logo secundado pelo Hospital de Vila Franca de Xira, 15% nos dois anos.

Relativamente aos **gastos com pessoal** verifica-se que são tendencialmente mais baixos nos três hospitais geridos em regime de parceria público-privada, sendo os hospitais de Loures e de Cascais os que apresentam as percentagens mais reduzidas. Contrariamente, os hospitais EPE registam gastos com pessoal acima dos 50% da totalidade dos gastos operacionais.

Por seu turno os **fornecimentos e serviços externos** são superiores nas parcerias público-privadas relativamente aos hospitais EPE, registando o Hospital de Loures, nos anos analisados, o valor mais elevado, 33% do total de gastos operacionais.

Gráfico 23 – Contratação externa de serviços

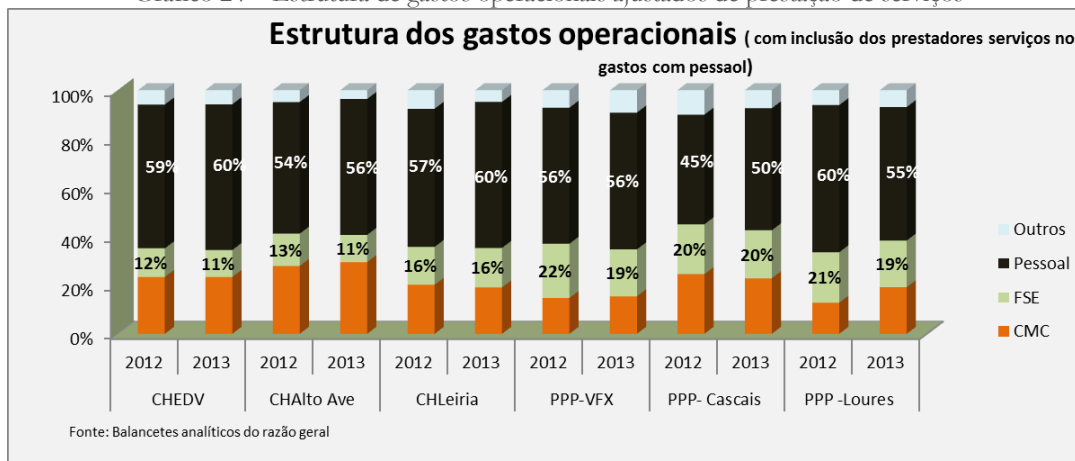


A justificação para esta situação reside em grande parte na **contratação externa de serviços** médicos, de enfermagem e outros, registados em **fornecimentos e serviços externos**, que de um modo geral são superiores nas PPP, como se pode observar no gráfico.



Com a inclusão dos gastos com prestações de serviços (contratação de médios e enfermeiros em nome individual e através de empresas), na rubrica de gastos com pessoal, a estrutura destas duas rubricas altera-se significativamente.

Gráfico 24 – Estrutura de gastos operacionais ajustados de prestação de serviços



Assim, quando anteriormente a percentagem de gastos com pessoal no Hospital de Loures era de 48%, em 2012, e 41% em 2013 do total dos gastos operacionais, com a inclusão nesta rubrica das prestações de serviços, o peso dos gastos com pessoal ascende a 60% em 2012 e 55% em 2013.

Comparando os hospitais da amostra, o Hospital de Cascais é a unidade hospitalar que apresenta a percentagem de gastos com pessoal mais baixa nos dois anos analisados, 45% em 2012 e 50% em 2013.

Conclui-se assim que, anulando o efeito das prestações de serviços (contratação de serviços médicos e de enfermagem) na rubrica de fornecimentos e serviços externos e imputando-as aos gastos com pessoal não se verifica subsistir grandes diferenças, entre os hospitais da amostra, da representatividade dos gastos com pessoal na estrutura de gastos operacionais.

No que concerne ao **peso das horas extraordinárias na remuneração base do pessoal** constata-se que o Hospital de Loures não apresenta praticamente gastos com estas horas, que incluem as horas extraordinárias e horas de prevenção, sendo o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga o que apresenta percentagens mais elevadas, 14% em 2012 e 18% em 2013. O menor recurso do Hospital de Loures a horas extraordinárias tem no entanto, como contrapartida, o maior recurso à contratação de pessoal em regime de prestação de serviços.

Gráfico 25 – Peso das horas extraordinárias na remuneração base do pessoal



Analisando a estrutura do pessoal na **vertente dos gastos fixos e variáveis** constata-se que a gestão da PPP de Loures do pessoal assenta numa estrutura mais flexível na medida em que recorre significativamente (face aos restantes hospitais da amostra) à contratação externa de médicos e enfermeiros quer em nome individual quer através de empresas).

Quadro 47 – Gastos com pessoal – fixos e variáveis

Unid.: euros	CHEDV		CHAlto Ave		CHLeiria		PPP- Cascais		PPP -Loures			
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%		
	<b>Total fixos</b>	39 622 987	81%	39 277 711	85%	39 946 249	82%	27 036 521	80%	33 837 374	72%	
Gastos com pessoal ajustados	Variáveis*	Horas extra+ prevenções	3 483 764	7%	2 004 518	4%	2 004 507	4%	786 244	2%	35 961	0%
		Prémios, SIGIC, noites e suplementos, sub. turnos	3 603 803	7%	3 173 266	7%	3 685 351	8%	1 036 937	3%	1 386 407	3%
		FSE (médicos e enfermeiros)	2 292 732	5%	1 791 694	4%	3 303 459	7%	4 736 195	14%	12 040 110	25%
		<b>Total variáveis</b>	<b>9 380 299</b>	<b>19%</b>	<b>6 969 478</b>	<b>15%</b>	<b>8 993 317</b>	<b>18%</b>	<b>6 559 376</b>	<b>20%</b>	<b>13 462 479</b>	<b>28%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>Fixos+variáveis</b>		49 003 286	100%	46 247 189	100%	48 939 565	100%	33 595 897	100%	47 299 853	100%

\* Gastos com pessoal variáveis=horas extra+prevenções+SIGIC+prémios+noites e suplementos

Fonte: Elaboração própria com base nos balancetes do razão geral dos hospitais.

A análise dos gastos por doente padrão na amostra de hospitais selecionada revela que o Hospital de Loures é das unidades mais eficientes no que concerne aos **gastos com pessoal** por doente padrão, € 1.404 (a segunda mais baixa da amostra), e ao **consumo de materiais** (clínico e farmacêutico) € 489 por doente padrão.

Com base nos consumos de medicamentos do ano de 2013 foram selecionados 37 medicamentos que representaram cerca de 39%<sup>66</sup> do valor total com o consumo desta rubrica no Hospital Beatriz Ângelo e comparado o respetivo preço unitário com os preços unitários dos restantes hospitais da amostra.

<sup>66</sup> Cfr. quadro do Anexo 7- Comparação dos preços de aquisição dos medicamentos.



Quadro 48 – Percentagem artigos com o menor preço de aquisição

N.º medicam entos	% consumos HBA	% dos medicamentos analisados nos quais apresenta o menor preço				
		HBA	HCascais	CHLeiria	CHAAve	CHEDV
37	39,41%	37%	4%	30%	18%	37%

Fonte: Elaboração própria com base na informação solicitada aos hospitais.

O Hospital Beatriz Ângelo e o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE, apresentaram a mesma percentagem de medicamentos cujo preço unitário foi o mais baixo da amostra. A PPP de Cascais foi a que apresentou valores de aquisição mais elevados no conjunto dos medicamentos selecionados.

Em termos do total de gastos operacionais, o Hospital de Loures revelou-se, em 2013, o mais eficiente<sup>67</sup> da amostra selecionada<sup>68</sup>, com € 2.512 por doente padrão. O ganho de eficiência face à média é, no entanto, idêntico ao obtido pelo melhor hospital EPE, o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, com €2.569 que consegue resultados semelhantes.

Quadro 49 – Gastos por doente padrão

Estrutura de gastos (2013)	CHEDV	CHAlto Ave	CHLeiria	PPP-VFX	PPP-Cascais	PPP-Loures
CMC por doente padrão	612 €	795 €	489 €	483 €	620 €	480 €
FSE por doente padrão	291 €	302 €	417 €	606 €	537 €	482 €
Pessoal por doente padrão	1 571 €	1 507 €	1 540 €	1 764 €	1 364 €	1 377 €
<b>Sub-total</b>	<b>2 473 €</b>	<b>2 604 €</b>	<b>2 446 €</b>	<b>2 853 €</b>	<b>2 521 €</b>	<b>2 339 €</b>
Outros gastos *	151 €	97 €	123 €	288 €	201 €	174 €
<b>total de gastos operacionais</b>	<b>2 624 €</b>	<b>2 701 €</b>	<b>2 569 €</b>	<b>3 141 €</b>	<b>2 722 €</b>	<b>2 512 €</b>

Notas: Foram integrados nos custos com pessoal as contratações externas de pessoal médico e enfermeiros.

O n.º de doentes padrão das PPP de Cascais, Loures e VFX foram recalibrados com base na informação solicitada.

\* Inclui provisões, amortizações, gastos extraordinários, imparidades e outros gastos operacionais.

Fonte: Elaboração própria com base nos balancetes das entidades hospitalares e ACSS (doente padrão).

Acresce que, quando comparados com os **31 hospitais do SNS** constantes do benchmarking desenvolvido pela ACSS<sup>69</sup>, os **gastos operacionais por doente padrão** de 2013 do Hospital de

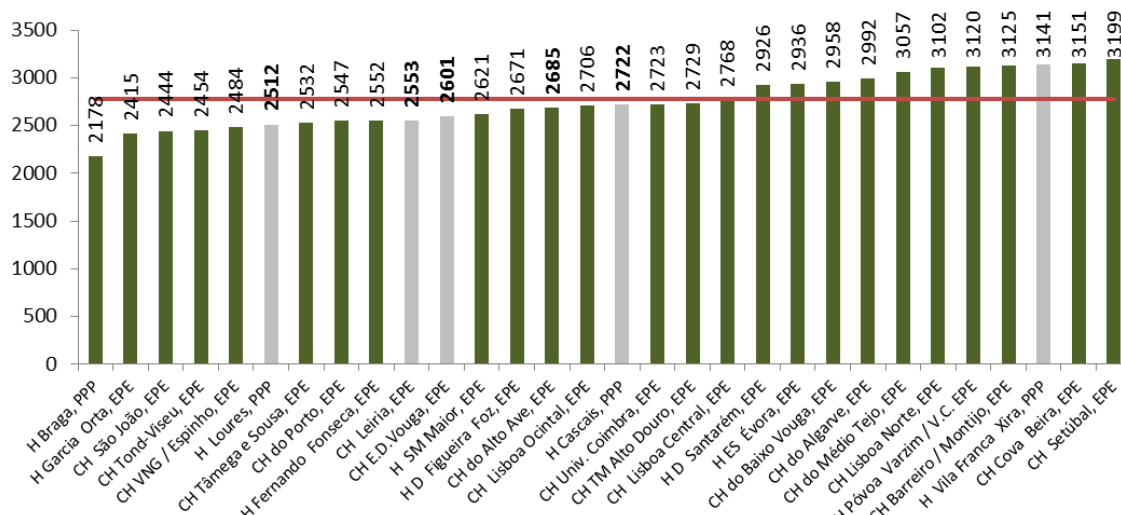
<sup>67</sup> Note-se que a comparação é efetuada com Centros Hospitalares, pelo que os dados do seu financiamento e dos seus custos estarão provavelmente onerados com as ineficiências das unidades hospitalares de menor dimensão que foram agregadas às unidades hospitalares principais: Hospital de Santo André, em Leiria, o Hospital de Guimarães e o Hospital de Santa Maria da Feira. Assim, é muito provável que o financiamento e os custos unitários por doente padrão destes três hospitais sejam inferiores aos apurados para os Centros Hospitalares em que estão inseridos.

<sup>68</sup> A este respeito, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Vila Franca de Xira refere, no âmbito do contraditório, que “o ano de 2013 (...) constituiu um ano em que o Hospital ainda não tinha atingido a sua “velocidade de cruzeiro”. Salieta ainda que “os hospitais PPP’s numa fase inicial do contrato e após o início de actividades nos novos edifícios hospitalares têm um peso de amortizações muito significativo que resulta do esforço de investimento efectuado”, sendo de notar que a informação dos gastos por doente padrão é apresentada de forma desagregada, pelo que este efeito pode ser analisado autonomamente.

<sup>69</sup> A diferença de valores neste indicador, entre o estudo de *benchmarking* da ACSS e os cálculos apresentados no âmbito desta auditoria, relativamente aos CHEDV, CH de Alto Ave, CH Leiria, reside no facto de se ter considerado todos os gastos operacionais (incluindo os extraordinários), por motivos de comparabilidade com a informação financeira das sociedades gestoras do estabelecimento. Os dados da ACSS excluem os gastos extraordinários.

Loures foram superiores aos verificados em várias entidades públicas empresariais, embora ligeiramente inferiores à média. Posicionou-se, no seu segundo ano de atividade, no primeiro terço das unidades hospitalares do SNS, indiciando assim forte possibilidade de melhoria da posição.

Gráfico 26 – Gastos operacionais por doente padrão- 2013



Fonte: ACSS, indicadores de Benchmarking, dez. 2013 e informação obtida junto da PPP Cascais, Loures e VFX

Analisado o consumo de material clínico por doente padrão destes 31 hospitais, constata-se que o Hospital de Loures registou €181 por doente padrão, superior a algumas unidades hospitalares como a PPP de Cascais com €133 por doente padrão, ou do Centro Hospitalar de Leiria, EPE, com um consumo de €177 por doente padrão.

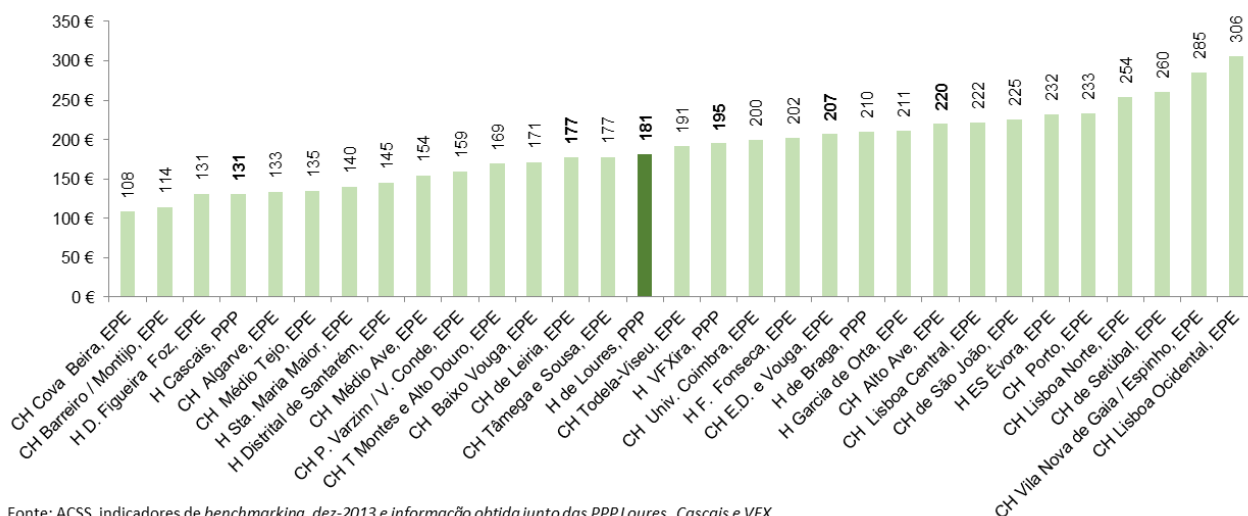
No âmbito do contraditório, **Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Vila Franca de Xira** refere que esta comparação “*não toma em consideração as características estruturais dos hospitais (...) que não são similares entre si (...) [nestes] 31 hospitais.*”

O Tribunal salienta que a utilização do número de doentes padrão produzidos em cada unidade hospitalar, ao considerar não só a quantidade como a complexidade da sua atividade, permite a comparação das diferentes unidades, sem contudo deixarem de ser relevantes, como referido, as diferentes características estruturais de cada unidade, não capturadas por esse indicador, e que deverão ser tidas em conta na leitura dos dados.

Por outro lado, é de salientar que os dados relativos às unidades hospitalares em regime de PPP não foram, em 2013, adequadamente validados pela ACSS, pelo que se optou pelo ajuste dos dados com base em informação prestada pelas entidades gestoras.



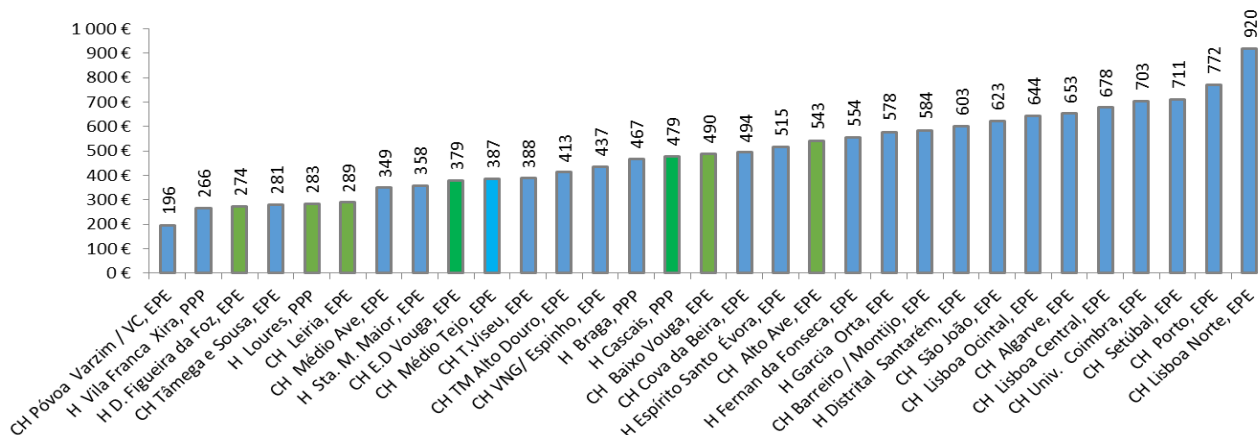
Gráfico 27 – Material de consumo clínico por doente padrão em 2013



Fonte: ACSS, indicadores de benchmarking, dez-2013 e informação obtida junto das PPP Loures, Cascais e VFX.

É nos gastos com produtos farmacêuticos por doente padrão que o Hospital de Loures se revela mais eficiente, atingindo o 5º lugar face aos 30 hospitais do SNS incluídos nos dados da ACSS.

Gráfico 28 – Produtos farmacêuticos por doente padrão em 2013



Fonte: ACSS, indicadores de benchmarking, dez-2013 e informação obtida junto da PPP Loures e Cascais

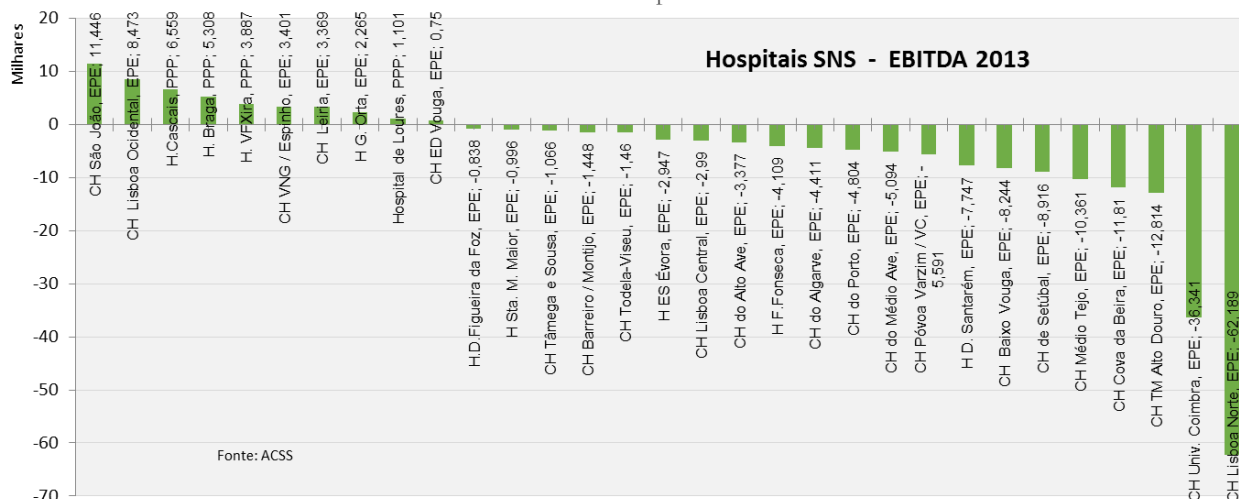
No que concerne à análise do EBTIDA de 2013 relativamente a 32 hospitais do SNS<sup>70</sup>, constata-se que todas as unidades hospitalares geridas em regime de parceria público-privada obtiveram EBITDA positivos.

Os Hospitais de Cascais e de Braga, as parcerias público-privadas em saúde com o maior número de anos de atividade (a transferência para o novo edifício hospitalar ficou concluída em

<sup>70</sup> Os dados obtidos no sítio da ACSS sobre Benchmarking foram completados com a informação do EBITDA das parcerias público-privadas.

fevereiro de 2010 e maio de 2011, respetivamente), foram as que obtiveram os EBTIDA mais elevados, € 6.559 milhares e € 5.308 milhares, respetivamente.

Gráfico 29 – EBITDA dos Hospitais do SNS em 2013



O hospital que obteve melhores resultados foi o CH de S. João, no Porto com cerca de € 11.000 milhares e o pior resultado pertence ao C.H de Lisboa Norte com -€ 62.000 milhares.

Por outro lado, analisando o **financiamento por doente padrão** dos hospitais da amostra considerada para efeitos de *benchmarking*, constata-se que os hospitais EPE obtêm valores unitários mais baixos do que as unidades geridas em PPP. Ainda assim, o financiamento por doente padrão<sup>71</sup> no Hospital de Loures é mais baixo do que o apurado para as PPP dos hospitais de Cascais e de Vila Franca de Xira<sup>72</sup>.

Quadro 50 – Financiamento por doente padrão

2013	CHEDV	CHAlto Ave	CHLeiria	PPP-VFX	PPP- Cascais	PPP -Loures
Produção Contratada (2013)	75 778 624 €	71 834 876 €	72 861 872 €	63 119 602 €	72 665 697 €	90 763 025 €
atividade clínica (PSNS prevista)				52 147 821 €	62 784 053 €	73 813 394 €
edifício (média 30 anos)				10 971 781 €	9 881 644 €	16 949 632 €
<b>Financiamento por doente padrão</b>	<b>2 430 €</b>	<b>2 341 €</b>	<b>2 292 €</b>	<b>3 736 €</b>	<b>2 951 €</b>	<b>2 642 €</b>

Fonte: Contratos-Programa EPE (2013); parcela a cargo do SNS das Entidades Gestoras do Estabelecimento e Edifício das PPP

de Vila Franca de Xira, Cascais e Loures e Protocolo de HIV/Sida celebrado entre a PPP de Cascais e a ARSLVT (montante estimado para 2013).

Nota 1: O valor respeitante à contratualização dos EPE inclui os incentivos institucionais.

Nota2: A informação do n.º de doente padrão foi obtida junto da ACSS e retificada com a informação da PPP Loures e PPP VFX

<sup>71</sup> Os montantes da atividade clínica das PPP respeitam à Parcela a cargo do SNS, estimada para 2013 aquando da negociação da produção entre a ARSLVT e as entidades gestoras do estabelecimento. Não integram, assim, as atualizações por via do índice de preços ao consumidor, nem as correções à produção, efetuadas, posteriormente, na fase da reconciliação e que tendencialmente elevam o montante da remuneração da atividade clínica.

<sup>72</sup> O número de doentes padrão, obtido junto da ACSS, para a PPP de VFX foi retificado, em sede de contraditório, com a inclusão da atividade relativa a doentes com HIV/SIDA.





## II.2-ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO

### 8. EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

O Contrato de Gestão previu que à HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A., cabia conceber, projetar, construir e explorar o Edifício Hospitalar atendendo ao perfil assistencial contratado.

Para a construção do edifício a Sociedade teve de realizar um investimento inicial total no montante de € 84.620 milhares.

Quadro 51 – Investimento inicial da HL-SGE, S.A.

Unid.: euros	
Valores de investimento HL-SGE, S.A	Inicial
Construção Civil Edifício	72 781 318
Outras Construções	3 768 682
Contrato de Coordenação Construção e Fiscalização	956 875
Constituição, Organização e Desenvolvimento	7 112 974
<b>Total</b>	<b>84 619 849</b>

Fonte: Anexo XXIV ao CG.

Conforme previsto no Contrato de Gestão o final da fase de construção teria como data limite 31.12.2011.

Cumprindo com o estipulado (cláusula 92<sup>a</sup>) e atento aos requisitos técnicos de operacionalidade e de desempenho que a Entidade Gestora do Estabelecimento considerou estarem preenchidos, deliberou o Conselho Diretivo da ARSLVT estar o Edifício Hospitalar em condições de entrar em funcionamento, a partir de 1 de janeiro de 2012.

Após a construção do edifício ficou a HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A. responsável por toda a atividade de manutenção e por garantir as normais condições de funcionamento e operação do edifício, durante o período de duração do contrato, isto é, 30 anos.

Em contrapartida, a Entidade Gestora do Edifício recebe, da Entidade Pública Contratante, uma remuneração que inclui:

- Uma componente relativa à disponibilidade do edifício – remuneração base anual ( $Bas_t$ );  $RAEGEd_t = Bas_t - Ded_t$
- Uma componente correspondente a deduções por falhas de desempenho ( $Ded_t$ ).

Para além da remuneração anual a Entidade Gestora do Edifício partilha com a Entidade Pública Contratante 50% das receitas obtidas com as atividades comerciais acessórias. Assim, a remuneração anual devida ( $RAD_t$ ) resulta da seguinte fórmula:

$$RAD_t = Bas_t - Ded_t - RCT(SNS)_t$$

O pagamento efetuado pela Entidade Pública Contratante, que corresponde a 90% da remuneração base anual, fixada no Contrato de Gestão em € 10.363.000 (a preços de janeiro de 2009)<sup>73</sup>, só passou a ser devido a partir da data de entrada em funcionamento do Edifício Hospitalar (1 janeiro de 2012). O apuramento do valor previsível da remuneração base anual, (pBas) é obtido através da seguinte fórmula:

$$pBas_t = Bas_0 \times \frac{IPC_{novt-1}}{IPC_0}$$

O pagamento dos restantes 10% da remuneração deverá ser efetuado nos 60 dias após o apuramento do valor de reconciliação, valor este que deverá ser apurado até ao final do primeiro semestre do ano seguinte a que a remuneração diz respeito.

As potenciais divergências que ocorrem, entre as partes, no apuramento do valor de reconciliação advêm essencialmente da não concordância sobre as deduções efetuadas por falhas de desempenho.

A remuneração de 2012 e o apuramento do valor reconciliado, quer na ótica da Entidade Pública Contratante, quer na ótica da Entidade Gestora do Edifício, figuram no quadro seguinte.

Quadro 52 – Processo de reconciliação 2012 (EPC/ARSLVT e EGEst)

		Ótica EPC	Ótica HL-SGE
(1)	Bas <sub>2012</sub>	11 132 884 €	11 132 884 €
(2)	Ded <sub>t</sub>	55 664 €	- €
(3)	RCT (SNS)	39 725 €	39 725 €
(4)=(1-2-3)	RAD <sub>(2012)</sub>	11 037 495 €	11 093 159 €
(5)	pBas <sub>(2012)</sub>	11 081 999 €	11 081 999 €
(6)	90% pBas <sub>(2012)</sub>	9 973 799 €	9 973 799 €
(7)=(4-6)	PR (sem IVA)	1 063 696 €	1 119 360 €

RCT - Receitas comerciais de terceiros imputáveis à EPC

pBas - valor previsível da remuneração base anual

PR - Pagamento de reconciliação

Fonte: ARSLVT e HL-SGE

Como se pode constatar a divergência no valor final de reconciliação resulta da não concordância por parte da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A., das deduções efetuadas pela EPC/ARSLVT. Independentemente desta situação a ARSLVT procedeu ao pagamento do valor de € 1.063.696, em 15.07.2013.

Em contraditório o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo** veio acrescentar que o procedimento de reconciliação referente ao ano de 2013 se encontra encerrado desde 14.01.2015.

Salienta ainda que a “(...) reconciliação foi diferida no tempo, para 18.07.2014, em razão da dependência de elementos informativos que a Entidade Gestora do Edifício apenas entregou em 10.07.2014(...)”.

<sup>73</sup> Ao qual acresce IVA à taxa legal em vigor.



A remuneração anual da Entidade Gestora do Edifício ficou ligeiramente acima do estimado no modelo financeiro.

Quadro 53 – Remuneração HL - SGE Caso Base vs Real

Remuneração base anual - HL - SGE, S.A.	2012			2013		
	CB (A)	Real (B)	Δ % (B/A-1)	CB (A)	Real (B)	Δ % (B/A-1)
	Remuneração anual EGEEd	10 676 748	11 132 884	4%	10 900 959	11 145 597
Receitas Comerciais de Terceiros	0	39 725	0%	0	41 131	0%
<b>Total</b>	<b>10 676 748</b>	<b>11 093 159</b>	<b>4%</b>	<b>10 900 959</b>	<b>11 104 466</b>	<b>2%</b>

Fonte: ARSLVT e Anexo XXIV ao CG.

O desvio verificado em 2012 (4%) decorreu da atualização do índice de preços no consumidor, associado à atualização por via da taxa de inflação ter sido superior ao previsto. Em 2013, o valor previsto e o valor pago foram semelhantes. Em sede de reconciliação não se verificaram divergências, tendo os pagamentos sido realizados.

## 9. SITUAÇÃO FINANCEIRA

### 9.1. Balanço

No quadriénio 2010-2013, a estrutura do ativo da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A., foi a seguinte:

Quadro 54 – Balanço da HL-SGE,S.A.- Ativo

ATIVO	31.12.10		31.12.11		31.12.12		31.12.13	
		%		%		%		%
<b>ativo não corrente</b>								
ativos fixos tangíveis								
outros ativos financeiros								
ativos por impostos diferidos	1 924 786	6%	4 800 157	5%	5 973 730	6%	3 819 457	4%
outras Contas a receber	26 910 279	92%	87 835 497	93%	87 831 904	87%	86 249 046	90%
	28 835 065	98%	92 635 654	98%	93 805 634	93%	90 068 503	94%
<b>ativo corrente</b>								
clientes								
adiantamentos a fornecedores								
EOEP	301 630	1%	148 372	0%				
outras ontas a receber			155 747	0%	330 994	0%	832 838	1%
diferimentos								
outros ativos financeiros					2 500 000	2%		
cx e depósitos bancários	150 596	1%	1 767 369	2%	4 435 235	4%	5 161 149	5%
	452 226	2%	2 071 488	2%	7 266 229	7%	5 993 987	6%
<b>total ativo</b>	<b>29 287 291</b>	<b>100%</b>	<b>94 707 142</b>	<b>100%</b>	<b>101 071 863</b>	<b>100%</b>	<b>96 062 490</b>	<b>100%</b>

Fonte: Relatório & Contas da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.

Em 2010, com a entrada em vigor do SNC, o qual obrigou à alteração das políticas contabilísticas por via da adoção da IFRIC 12<sup>74</sup>, fez com que a HL- Sociedade Gestora do Edifício, S.A., procedesse ao registo do ativo financeiro na rubrica “outras contas a receber”, o

<sup>74</sup> Nos termos da referida norma a infraestrutura não deve ser reconhecida como ativo fixo tangível do concessionário. Este apenas tem direito de utilizar a infraestrutura para a prestação de um serviço público por conta do concedente. Ainda de acordo com a referida norma, a Empresa reconhece um ativo financeiro em função dos custos de construção e montagem incorridos, aplicando sobre estes uma margem de remuneração de 0,5%.

qual será deduzido ao longo do período da concessão, por via da faturação referente à construção da infraestrutura.

Assim, a construção do hospital foi registada no ativo não corrente na rubrica “**outras contas a receber**” tendo ascendido a € 26.910 milhares em 2010, € 87.835 milhares em 2011, € 87.831 milhares em 2012 e € 86.249 milhares em 2013.

A rubrica “**ativos por impostos diferidos**”, incorpora os montantes registados que advieram das variações do justo valor do instrumento financeiro derivado de taxa de juro (*SWAP*).

No **ativo corrente** salienta-se a rubrica “outras contas a receber” referente também ao valor da construção da infraestrutura utilizada na atividade da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A., e a rubrica “outras ativos financeiros” que em 31.12.2012 ascendeu a € 2.500 milhares, referente a um depósito a prazo.

Quadro 55 – Balanço da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.- CP e Passivo

Unid. Euros								
CAPITAL PRÓPRIO	31.12.10		31.12.11		31.12.12		31.12.13	
capital próprio e passivo		%		%		%		%
capital realizado	144 000	0,5%	144 000	0%	144 000	0%	144 000	0%
outros instrumentos de c.p.			7 958 288	8%	17 193 972	17%	14 193 972	15%
outras variações em CP	-4 702 111	-16%	-11 352 656	-12%	-15 361 018	-15%	-10 870 760	-11%
reservas legais							90 002	0%
outras reservas								
resultados transitados			-683 064	-1%	-1 155 705	-1%	554 329	1%
ajustamentos em ativos financeiros								
resultados líquido período	-683 064	-2%	-472 641	0%	1 800 036	2%	1 906 550	2%
<b>total capital próprio</b>	<b>-5 241 175</b>	<b>-18%</b>	<b>-4 406 073</b>	<b>-5%</b>	<b>2 621 285</b>	<b>3%</b>	<b>6 018 093</b>	<b>6%</b>
PASSIVO								
passivo não corrente								
financiamentos obtidos	17 875 885	61%	75 925 307	80%	74 137 236	73%	73 105 715	76%
outros passivos financeiros - derivados	6 399 208	22%	15 767 578	17%	21 334 748	21%	14 690 216	15%
	24 275 093	83%	91 692 885	97%	95 471 984	94%	87 795 931	91%
passivo corrente								
fornecedores	10 245 874	35%	6 451 297	7%	400 888	0%	186 375	0%
EOEP					735 052	1%	944 612	1%
financiamentos obtidos			662 132	1%	1 792 704	2%	1 062 748	1%
outras contas a pagar	7 500	0%	306 901	0%	49 950	0%	51 731	0%
diferimentos							3 000	0%
	10 253 374	35%	7 420 330	8%	2 978 594	3%	2 248 466	2%
<b>total passivo</b>	<b>34 528 467</b>	<b>118%</b>	<b>99 113 215</b>	<b>105%</b>	<b>98 450 578</b>	<b>97%</b>	<b>90 044 397</b>	<b>94%</b>
<b>total c.p. e passivo</b>	<b>29 287 292</b>	<b>100%</b>	<b>94 707 142</b>	<b>100%</b>	<b>101 071 863</b>	<b>100%</b>	<b>96 062 490</b>	<b>100%</b>

Fonte: Relatório & Contas da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.

O capital da sociedade é detido pelas sociedades e nas percentagens a seguir descritas, e encontra-se totalmente subscrito e realizado desde 2010, ascendendo a € 144.000.



Quadro 56 – Participadas da SGE, S.A.

	Unid. Euros	
	Participação no Capital	
	%	Valor
Mota-Engil, Engenharia e Construção, S.A.	25,00%	36 000
Mota-Engil, Ambiente e Serviços, S.A.	25,00%	36 000
Opway - Engenharia, S.A	16,00%	23 040
Novo Banco, S.A.*	15,00%	21 600
Espírito Santo Saúde, SGPS, S.A.	10,00%	14 400
Dalkia - Energia e Serviços, S.A.	9,00%	12 960
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>144 000</b>

\* Por Aplicação da Medida de Resolução do Banco de Portugal ao BES.

Fonte: R&CHL - SGE, S.A.

O saldo verificado na rubrica “Outras variações em CP” de -€ 4.702 milhares em 2010, de -€ 11.352 milhares em 2011, de -€ 15.361 milhares em 2012 e de -€ 10.870 milhares em 2013, dizem respeito à variação ocorrida no justo valor de mercado e respetivo imposto diferido do instrumento financeiro derivado contratado. O contrato SWAP, celebrado pela Sociedade para cobertura de risco de taxa de juro de um empréstimo de longo prazo, tem uma maturidade de 27 anos, no montante máximo de € 79.000 milhares.

O montante de prestações suplementares registadas na rubricas de “**Outros instrumentos de c.p.**” era de € 7.958 milhares em 2011, de € 17.193 em 2012, tendo-se reduzido para € 14.193 milhares em 2013.

Nos dois primeiros anos de atividade, a Entidade Gestora do Edifício apresentou capitais próprios negativos, no montante de -€ 5.241 milhares em 2010 e -€ 4.406 milhares em 2011. Esta situação, conforme referido no anexo às demonstrações financeiras dos respetivos anos, decorre da contabilização de um contrato de *SWAP* e respetiva mensuração pelo justo valor.

As situações referidas anteriormente determinam a aplicação do disposto no artigo 35º do Código das Sociedades Comerciais. Porém o Conselho de Administração, em 2010, no seu relatório de gestão, enquadrava a situação com o fato de ser o primeiro ano de atividade e a situação resultar da mensuração de um instrumento financeiro derivado a valores de mercado. Em 2011, referia que o plano de negócios da empresa previa a reversão desta situação. Em ambos os anos houve lugar ao registo de ênfases na certificação legal de contas

Considerando a descapitalização ocorrida no exercícios económicos de 2010 e 2011, a Assembleia Geral<sup>75</sup>, atendendo a um conjunto de circunstâncias, nomeadamente, em razão do objeto social, o financiamento se encontrar assegurado até ao termo da concessão, a perda de metade do capital social resultar da adoção de novas regras contabilísticas e do modelo económico financeiro incluir um acordo se subscrição e realização de capital adequado a proporcionar as devidas necessidades de capital, deliberou que “...não irão ser adoptadas quaisquer

<sup>75</sup> Atas da Assembleia Geral n.º 4 e n.º5 da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A., respetivamente, de 30 de maio de 2011 e 30 de março de 2012.

medidas previstas no artigo 35.º do Código das Sociedades Comerciais, porquanto as mesmas se mostram desnecessárias”.

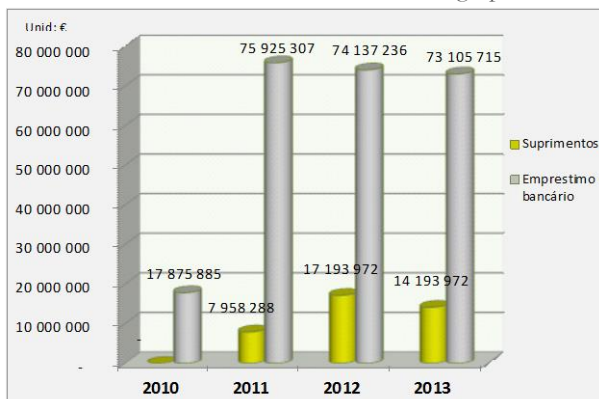
Nos anos seguintes a HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A., viria a reverter a situação de capitais próprios negativos, passando a registar em 2012 e 2013, € 2.621 milhares e € 6.018 milhares, respetivamente.

O contrato de financiamento, registado na rubrica “Financiamentos obtidos” assinado pela HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A., com o Sindicato bancário<sup>76</sup>, no montante máximo de € 79.000 milhares e 27 anos de maturidade, tem associado um contrato *SWAP* para cobertura do risco de taxa de juro (taxa fixa em 4,325%) ao contrato de financiamento. Este instrumento financeiro derivado celebrado em 29 de dezembro de 2009 vigora durante a maturidade do empréstimo, cumprindo em 31 de dezembro de 2013, todos os requisitos exigidos pela NCRF 27<sup>77</sup> para ser classificado como instrumento financeiro derivado de cobertura.

As responsabilidades inerentes ao contrato de *SWAP*, registaram a 31.12.2013, um saldo no montante € 10.870 milhares. Esta situação, conforme referido anteriormente, afeta de forma negativa o valor dos capitais próprios, através da rubrica “outros instrumentos de c.p.” respeitante à variação no justo valor do *SWAP*.

O **passivo não corrente** é composto pelo financiamento de longo prazo, obtido junto de instituições bancárias e pela contabilização do instrumento financeiro de cobertura.

Gráfico 30- Fontes de financiamento de longo prazo



Em 2012 os **suprimentos dos acionistas** atingiram o montante mais elevado ascendendo a **€ 17.193 milhares**, repartidos anualmente da forma como se ilustra.

Em 2013, o **empréstimo** de longo prazo<sup>78</sup>, contraído junto de sindicato bancário, até ao limite máximo de € 79.000 milhares e maturidade de 27 anos, atingiu o montante de € 73.105 milhares.

A rubrica de “outros passivos financeiros-derivados”, em 2010, 2011, 2012 e 2013 apresentava respetivamente € 6.399.208, € 15.767.578, € 21.334.748 e € 14.690.216, referente ao instrumento

<sup>76</sup> Constituído pelas seguintes entidades Bancárias: Banco Espírito Santo, S.A., Barclays Bank PLC – Sucursal em Portugal, Banif – Banco de Investimento, S.A., Banif – Banco Internacional do Funchal, S.A., Barclays Bank PLC e Banco Espírito Santo de Investimento, S.A.

<sup>77</sup> Cfr. Anexo às Desmonstrações Financeiras da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A., em 31 de dezembro de 2013.

<sup>78</sup> Destinado a despesas de investimento, operação e manutenção e financiamento, entre outras.



derivado de cobertura (SWAP) destinado a cobrir taxa de juro variável, inerente ao contrato de financiamento.

### 9.2. Indicadores Financeiros

Os rácios de endividamento HL – Entidade Gestora do Edifício têm vindo a melhorar ao longo do período em análise.

Assim, o rácio de **autonomia financeira**, apesar de negativo em 2010 e 2011, registou um valor positivo em 2012, tendo-se situado em 6,26% em 2013, evidenciando uma menor dependência em relação ao capital alheio.

O rácio de **solvabilidade** em 2010 e 2011 foi negativo, tendo revertido para valores positivos a partir de 2012, situando-se em 6,68% em 2013, o que resultou do incremento de capitais próprios proporcionados pelos acionistas.

Quadro 57 – Indicadores financeiros

Rácios de Endividamento	2010	2011	2012	2013
Autonomia Financeira	-17,90%	-4,65%	2,59%	6,26%
Endividamento	117,90%	104,65%	97,41%	93,74%
Solvabilidade	-15,18%	-4,45%	2,66%	6,68%
Rácios de Liquidez	2010	2011	2012	2013
Liquidez Geral	0,04	0,28	2,44	2,67
Liquidez Reduzida	0,04	0,28	2,44	2,67
Liquidez Imediata	0,01	0,24	1,49	2,30

Fonte: Elaboração própria, com base nas demonstrações financeiras da HL-SGE,S.A.

Em termos de **liquidez**, verificou-se que a sociedade, após o ano de 2010, foi melhorando a sua capacidade para fazer face aos compromissos de curto prazo, fruto do crescimento do ativo corrente e da diminuição do passivo corrente. Atualmente os rácios de liquidez são muito superiores a 1 (um), o que evidencia uma elevada capacidade de a Sociedade solver os seus compromissos de curto prazo.

### 9.3. Cash Flow

Como se pode constatar, nos exercícios de 2010, 2011 e 2012 a Entidade Gestora do Edifício registou um excedente de caixa, respetivamente de € 150.596, € 1.616.773 e € 2.667.866. Em 2013 registou uma variação negativa de caixa no montante de - € 1.774.087.

Quadro 58 – Demonstração dos Fluxos de Caixa (Entidade Gestora do Edifício)

DEMONSTRAÇÃO DE FLUXOS DE CAIXA - MÉTODO DIRETO (EGEd)	2 010	2 011	2012	2013
<b>ATIVIDADES OPERACIONAIS</b>				
Recebimentos de clientes	-	-	-	-
Pagamento a fornecedores	-17 183 640	-61 634 035	-9 145 116	-2 733 892
Pagamentos ao pessoal	-	-	-	-
Fluxos gerados pelas operações	-17 183 640	-61 634 035	-9 145 116	-2 733 892
Pagamento do Imposto sobre o Rendimento	-	55	-83 472	-473 799
Outros recebimentos/(pagamentos) relativos à atividade operacional	828 343	397 288	-690 641	-2 097 038
Fluxos gerados antes das rubricas extraordinárias	-16 355 297	-61 236 692	-9 919 229	-5 304 729
<b>Total de Fluxos das atividades operacionais (1)</b>	<b>-16 355 297</b>	<b>-61 236 692</b>	<b>-9 919 229</b>	<b>-5 304 729</b>
<b>ATIVIDADES DE INVESTIMENTO</b>				
Recebimentos respeitantes a:				
Juros e rendimentos similares	266	2 525	56 004	42 066
Outros ativos financeiros (IFRIC 12)	-	-	12 267 773	13 806 167
	266	2 525	12 323 777	13 848 233
Pagamentos respeitantes a:				
Ativos fixos intangíveis	-	-	-	-
Ativos fixos tangíveis	-	-	-	-
Outros ativos	-	-	-2 500 000	-
	0	0	-2 500 000	0
<b>Total de fluxos das atividades de investimento (2)</b>	<b>266</b>	<b>2 525</b>	<b>9 823 777</b>	<b>13 848 233</b>
<b>ATIVIDADES DE FINANCIAMENTO</b>				
Recebimentos respeitantes a:				
Empréstimos obtidos	20 000 000	59 000 000	-	-
Realização do capital e outros instrumentos de C.P.	144 000	7 958 288	9 235 684	-
Prestações suplementares	-	-	-	-
Empréstimos de acionistas	-	-	-	-
Juros e proveitos similares	-	-	-	-
	20 144 000	66 958 288	9 235 684	0
Pagamentos respeitantes a:				
Empréstimos de acionistas	-	-	-	-
Empréstimos obtidos	-	-	-805 800	-1 911 800
Juros e gastos similares	-3 638 373	-4 107 348	-5 666 566	-5 405 791
Reduções de capital e de outros instrumentos de CP	-	-	-	-3 000 000
	-3 638 373	-4 107 348	-6 472 366	-10 317 591
<b>Total de fluxos das atividades de financiamento (3)</b>	<b>16 505 627</b>	<b>62 850 940</b>	<b>2 763 318</b>	<b>-10 317 591</b>
<b>Varição de caixa e seus equivalentes (4) = (1) + (2) + (3)</b>	<b>150 596</b>	<b>1 616 773</b>	<b>2 667 866</b>	<b>-1 774 087</b>
Caixa e seus equivalentes no início do período	-	150 596	1 767 369	4 435 235
Caixa e seus equivalentes no fim do período	150 596	1 767 369	4 435 235	2 661 148

Fonte: Demonstrações Financeiras da HL - Sociedade Gestora do Edifício, S.A.

Em 2010, ano de arranque da atividade de construção do edifício, a sociedade financiou-se através de empréstimos e da realização de capital pelos acionistas, o que permitiu sustentar a atividade operacional e de investimento.

No ano seguinte, os acionistas entregaram à sociedade prestações suplementares de capital, não remuneradas, no montante de €7.958 milhares e o empréstimo bancário utilizado a 31.12.2011 ascendeu ao limite máximo de €79.000 milhares. As atividades de financiamento, no segundo ano de construção do edifício hospitalar, permitiram, uma vez mais suportar a atividade operacional

Em 2012, a atividade operacional sofreu um decréscimo, essencialmente na rubrica de “Pagamento a fornecedores”, devido à construção do edifício ter sido concluída no ano anterior. Quanto a atividade de investimento, verifica-se que o ativo começou a gerar rendimento no montante de € 12.267 milhares, fruto das rendas pagas pela EPC, dada a entrada





em funcionamento do edifício hospitalar no início desse ano. De salientar ainda a aplicação de tesouraria<sup>79</sup> no montante de €2.500.000, relativa a depósitos a prazo a vencer em abril de 2013.

Em suma, as atividades operacionais e de investimento apresentaram um saldo praticamente nulo, tendo a variação de caixa sido positiva, resultado do incremento da rubrica de “Outros instrumentos de C.P.”, por via da entrada de prestações suplementares proporcionadas pelos acionistas.

No ano de 2013, a atividade de investimento face a atividade operacional, gerou um fluxo positivo em cerca de € 8.500 milhares. Todavia, o saldo da atividade de financiamento, negativo em 10.317 milhares, o qual incorporou uma variação negativa (-€ 3.000 milhares) relativos ao reembolso de prestações acessórias aos acionistas, acabou por determinar uma variação negativa de caixa no montante - € 1.774 milhares.

## 10. SITUAÇÃO ECONÓMICA

### 10.1. Resultados Apurados

No quadro seguinte apresentam-se os resultados obtidos pela Entidade Gestora do Edifício no período compreendido entre 2010 e 2013.

Quadro 59 – Demonstração de Resultados da Entidade Gestora do Edifício

rendimentos e gastos	unid: euros			
	31.12.10	31.12.11	31.12.12	31.12.13
vendas e serviços prestados	26 274 149	57 674 512	2 408 518	2 378 679
cmvc				
fse	-26 314 964	-57 740 212	-2 021 515	-2 013 683
gastos com pessoal				
outros rendimentos e ganhos			43 089	45 469
outros gastos e perdas	-3 010		-354	-3 745
<b>EBITDA</b>	<b>-43 825</b>	<b>-65 700</b>	<b>429 738</b>	<b>406 721</b>
gastos/reversões depreciação e amortização	0	0	0	0
<b>EBIT (resultado operacional)</b>	<b>-43 825</b>	<b>-65 700</b>	<b>429 738</b>	<b>406 721</b>
juros e rendimentos similares obtidos	636 395	3 253 232	7 929 691	7 845 758
juros e gastos similares suportados	-1 503 322	-3 817 720	-5 869 404	-5 611 777
<b>resultados antes de impostos</b>	<b>-910 752</b>	<b>-630 188</b>	<b>2 490 025</b>	<b>2 640 702</b>
impostos sobre rendimento	227 688	157 547	-689 989	-734 153
<b>resultado líquido do período</b>	<b>-683 064</b>	<b>-472 641</b>	<b>1 800 036</b>	<b>1 906 550</b>

Fonte: Demonstrações Financeiras da HL - Sociedade Gestora do Edifício, S.A.

Como se verifica, o **EBITDA** e o **EBIT** foram iguais ao longo do período em análise. Nos dois primeiros anos de atividade, o resultado operacional foi negativo. Em 2012, com a entrada em funcionamento da atividade hospitalar, a sociedade passou a apresentar um **EBIT** positivo de 429 milhares e em 2013 de 406 milhares, o que significa que a HL-SGE, no que se refere apenas ao negócio, teve resultados positivos a partir da entrada em funcionamento da infraestrutura.

<sup>79</sup> De acordo com a NCRF 2 – Demonstração de Fluxos de Caixa, não foi classificado na rubrica Caixa e Depósitos à Ordem (Cfr. R&C HL-SGE,S.A., de 2012).

O valor negativo do resultado líquido do período em 2010 e 2011 foi afetado essencialmente pelos gastos com juros devidos a empréstimos bancários, sendo que o elevado montante com esta rubrica ficou a dever-se à fase de construção do Hospital de Loures, aliada ao facto de a maioria dos capitais ter origem externa. Já em 2012 e 2013 verificou-se uma melhoria no “resultado líquido do período” devido à diferença positiva entre os “juros e rendimentos similares obtidos”<sup>80</sup> e “juros e gastos similares suportados”.

Em suma, verifica-se que os diversos gastos em 2010 e 2011, resultaram da construção do edifício hospitalar. Em 2012 e 2013 já com o edifício em funcionamento, as “Vendas e serviços prestados” foram ligeiramente superiores aos gastos, o que permitiu atingir um resultado operacional positivo.

Destaca-se ainda o elevado encargo como o serviço da dívida em “juros e gastos similares suportados” resultante do facto dos fundos alheios representarem 85% da estrutura de financiamento.

### 10.2. Modelo Financeiro Vs Desempenho Real

O quadro seguinte mostra a comparação e respetivas variações, no período de 2010 a 2013, entre as demonstrações de resultados projetadas no Caso Base e as resultantes do desempenho real da HL-Sociedade Gestora do Edifício, S.A..

Quadro 60 – Demonstração de Resultados - Caso Base vs Real

Demonstração de Resultados	2010			2011			2012			2013		
	CB (A)	Real (B)	Δ % (B/A-1)	CB (A)	Real (B)	Δ % (B/A-1)	CB (A)	Real (B)	Δ % (B/A-1)	CB (A)	Real (B)	Δ % (B/A-1)
Proveitos e serviços de construção	19 425 264	26 274 149	35%	65 617 684	57 674 512	-12%	0	0	-	0	0	-
Proveitos e serviços de O&M	0	0	-	0	0	-	2 343 006	2 308 009	-1%	2 384 297	2 323 588	-3%
Proveitos de GR&S	0	0	-	0	0	-	50 326	100 508	100%	51 332	55 091	7%
Proveitos financeiros (1)	0	636 130	-	1 784 306	3 250 707	82%	7 975 510	7 873 688	-1%	8 045 298	7 803 693	-3%
Outros proveitos financeiros	0	266	-	0	2 525	-	89 390	56 003	-37%	123 094	42 065	-66%
Receitas comerciais de terceiros	0	0	-	0	0	-	0	42 736	-	0	41 724	-
Custos Operacionais	146 204	157 064	7%	385 163	372 016	-3%	2 910	9 549	228%	2 785	9 548	243%
Custos Financeiros	1 476 778	1 504 321	2%	3 715 326	3 818 846	3%	6 153 444	5 869 404	-5%	6 081 785	5 611 777	-8%
Custos de construção	19 328 621	26 159 912	35%	65 291 228	57 367 069	-12%	0	0	-	0	0	-
Custos de O&M	0	0	-	0	0	-	1 952 505	1 920 691	-2%	1 986 914	1 958 226	-1%
Custos de GR&S	0	0	-	0	0	-	41 938	91 275	118%	42 777	45 909	7%
<b>Resultados Operacionais</b>	<b>-49 561</b>	<b>-42 827</b>	<b>-14%</b>	<b>-58 707</b>	<b>-64 573</b>	<b>10%</b>	<b>395 979</b>	<b>429 738</b>	<b>9%</b>	<b>403 153</b>	<b>406 720</b>	<b>1%</b>
<b>Resultados Financeiros</b>	<b>-1 476 778</b>	<b>-867 925</b>	<b>-41%</b>	<b>-1 931 020</b>	<b>-565 614</b>	<b>-71%</b>	<b>1 911 456</b>	<b>2 060 287</b>	<b>8%</b>	<b>2 086 607</b>	<b>2 233 981</b>	<b>7%</b>
<b>Resultados Extraordinários</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
<b>Resultados antes de impostos</b>	<b>-1 526 339</b>	<b>-910 752</b>	<b>-40%</b>	<b>-1 989 727</b>	<b>-630 187</b>	<b>-68%</b>	<b>2 307 435</b>	<b>2 490 025</b>	<b>8%</b>	<b>2 489 760</b>	<b>2 640 701</b>	<b>6%</b>
<b>IRC</b>	<b>381 585</b>	<b>227 688</b>	<b>-40%</b>	<b>497 432</b>	<b>157 547</b>	<b>-68%</b>	<b>-612 866</b>	<b>-689 989</b>	<b>13%</b>	<b>-661 211</b>	<b>-734 153</b>	<b>11%</b>
<b>Resultado líquido do período</b>	<b>-1 144 754</b>	<b>-683 064</b>	<b>-40%</b>	<b>-1 492 295</b>	<b>-472 640</b>	<b>-68%</b>	<b>1 694 569</b>	<b>1 800 036</b>	<b>6%</b>	<b>1 828 549</b>	<b>1 906 548</b>	<b>4%</b>

(1) O CB não previa proveito financeiro no 1º ano. As contas reais foram reajustadas com a inclusão desse proveito.

Fonte: Modelo financeiro e DF's da EGEEd (2010-1013).

O modelo financeiro da EGEEd previa que o início da construção ocorresse a partir de janeiro de 2010 e que a obra terminasse em dezembro de 2011, o que veio a suceder dentro dos prazos previstos. Deve atender-se que neste período, os resultados reais foram menos negativos do que

<sup>80</sup> O valor registado nesta rubrica diz respeito ao reconhecimento de um proveito financeiro, resultante da atualização financeira do ativo financeiro no âmbito do contrato de gestão.



previa o modelo financeiro, tendo-se verificado um “Resultado líquido do período” em 2010 e 2011 desagradado, respetivamente, em 40% e 68%, face ao projetado no modelo financeiro.

Em 2012, com entrada em funcionamento do Hospital Beatriz Ângelo, e no ano seguinte, apenas se verificaram desvios significativos nas rubricas de menor peso. Apesar de terem existido desvios que variaram entre -1% e -3% nas principais rubricas de proveitos, os desvios, também negativos, verificados na principais rubricas de custos mais do que compensaram os primeiros. Assim, os resultados operacionais e financeiros têm vindo a ser superiores aos projetados (os operacionais, desde 2011 e os financeiros, desde 2012).

Globalmente, verifica-se que nos anos de construção do edifício, os resultados foram menos negativos do que o previsto. Por outro lado, a partir da entrada em funcionamento do Hospital Beatriz Ângelo, verifica-se que a Sociedade passou a apresentar um “Resultado líquido do período” superior ao inicialmente previsto.

### **11. RENDIBILIDADE DA ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO**

A estrutura de financiamento prevista no modelo financeiro<sup>81</sup>, para a componente do edifício, estimava que 15% das necessidades seriam satisfeitas com recurso a fundos próprios, sendo os restantes 85% através de fundos alheios.

Os fundos próprios disponibilizados pela HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A., ascenderam a € 17.337.970, repartidos entre capital social, € 144.000 e prestações acessórias, € 17.193.970. A taxa de rendibilidade acionista real seria de 8,32% e a nominal de 10,46%.

Auditado o modelo financeiro que sustentou o plano de negócios da Entidade Gestora do Edifício, foram apurados os *cash flows* que proporcionariam aos acionistas obter uma TIR nominal de 10,46%.

---

<sup>81</sup> Caso base na versão considerada no Relatório Final da Comissão de Avaliação (nos termos do art.42º do programa de procedimento) de 8 de Setembro de 2009 e visado pelo TC em 16 de junho de 2010, constitui o Anexo XXIV ao CG.

Quadro 61 – Determinação dos *cash flows* na ótica dos acionistas (EGEd)

Unid.: mil euros

Itens	Anos												
		1/jan/10	1/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21
- Capital social		144	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Prestações acessórias		0	7 958	9 236	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Juros de suprimentos		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Reembolsos de suprimentos		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Restituição prest. acessórias capital		0	0	1 286	1 487	1 455	1 242	1 488	1 809	1 672	1 629	1 524	1 727
+ Dividendos e redução de capital		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>= Cash Flow dos Acionistas</b>		<b>-144</b>	<b>-7 958</b>	<b>-7 950</b>	<b>1 487</b>	<b>1 455</b>	<b>1 242</b>	<b>1 488</b>	<b>1 809</b>	<b>1 672</b>	<b>1 629</b>	<b>1 524</b>	<b>1 727</b>

(...)

Itens	Anos												
		31/dez/22	31/dez/23	31/dez/24	31/dez/25	31/dez/26	31/dez/27	31/dez/28	31/dez/29	31/dez/30	31/dez/31	31/dez/32	31/dez/33
- Capital social		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Prestações acessórias		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Juros de suprimentos		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Reembolsos de suprimentos		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Restituição prest. acessórias capital		1 527	348	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Dividendos e redução de capital		0	1 311	1 497	1 739	1 382	1 617	1 280	1 660	1 273	2 801	1 302	1 902
<b>= Cash Flow dos Acionistas</b>		<b>1 527</b>	<b>1 659</b>	<b>1 497</b>	<b>1 739</b>	<b>1 382</b>	<b>1 617</b>	<b>1 280</b>	<b>1 660</b>	<b>1 273</b>	<b>2 801</b>	<b>1 302</b>	<b>1 902</b>

(...)

Itens	Anos							
		31/dez/34	31/dez/35	31/dez/36	31/dez/37	31/dez/38	31/dez/39	30/jun/40
- Capital social		0	0	0	0	0	0	-144
- Prestações acessórias		0	0	0	0	0	0	0
+ Juros de suprimentos		0	0	0	0	0	0	0
+ Reembolsos de suprimentos		0	0	0	0	0	0	0
+ Restituição prest. acessórias capital		0	0	0	0	0	0	0
+ Dividendos e redução de capital		2 031	1 567	6 143	15 148	12 201	10 329	1 789
<b>= Cash Flow dos Acionistas</b>		<b>2 031</b>	<b>1 567</b>	<b>6 143</b>	<b>15 148</b>	<b>12 201</b>	<b>10 329</b>	<b>1 933</b>

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XXIV ao Contrato de Gestão

Para efeitos de determinação do *cash flows* na ótica dos capitais próprios foram acrescidos, ao *cash-flow* acionista, o excedente gerado ao longo do projeto, obtendo-se uma TIR de 10,52%.

 Quadro 62 – Determinação dos *cash flows* na ótica dos capitais próprios (EGEd)

Unid.: mil euros

Itens	Anos												
		31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21
Cash flow dos acionistas		-144	-7 958	-7 950	1 487	1 455	1 242	1 488	1 809	1 672	1 629	1 524	1 727
+ Surplus		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>= Free Cash Flow dos Capitais Próprios</b>		<b>-144</b>	<b>-7 958</b>	<b>-7 950</b>	<b>1 487</b>	<b>1 455</b>	<b>1 242</b>	<b>1 488</b>	<b>1 809</b>	<b>1 672</b>	<b>1 629</b>	<b>1 524</b>	<b>1 727</b>

(...)

Itens	Anos												
		31/dez/22	31/dez/23	31/dez/24	31/dez/25	31/dez/26	31/dez/27	31/dez/28	31/dez/29	31/dez/30	31/dez/31	31/dez/32	31/dez/33
Cash flow dos acionistas		1 527	1 659	1 497	1 739	1 382	1 617	1 280	1 660	1 273	2 801	1 302	1 902
+ Surplus		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>= Free Cash Flow dos Capitais Próprios</b>		<b>1 527</b>	<b>1 659</b>	<b>1 497</b>	<b>1 739</b>	<b>1 382</b>	<b>1 617</b>	<b>1 280</b>	<b>1 660</b>	<b>1 273</b>	<b>2 801</b>	<b>1 302</b>	<b>1 902</b>

(...)

Itens	Anos							
		31/dez/34	31/dez/35	31/dez/36	31/dez/37	31/dez/38	31/dez/39	31/dez/40
Cash flow dos acionistas		2 031	1 567	6 143	15 148	12 201	10 329	1 933
+ Surplus		0	0	0	0	0	1 615	-1 615
<b>= Free Cash Flow dos Capitais Próprios</b>		<b>2 031</b>	<b>1 567</b>	<b>6 143</b>	<b>15 148</b>	<b>12 201</b>	<b>11 944</b>	<b>318</b>

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XXIV ao Contrato de Gestão

O modelo financeiro pressupunha que o recurso a capitais alheios ascendesse a € 79.000.000. Segundo essa previsão, determinaram-se os *cash flows* dos empréstimos, que permitiriam alcançar uma TIR de 9,98%.

Quadro 63 – Determinação dos *cash flows* dos empréstimos (EGEd)

Unid.: mil euros

Itens	Anos												
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	
- Empréstimos	18 066	60 934	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
+ Reembolsos	0	0	806	1 912	1 161	861	1 043	916	1 027	1 659	1 580	2 228	
+ Juros e impostos	3 712	4 025	6 696	5 967	5 879	5 822	5 789	5 698	5 265	5 209	5 128	4 992	
- Movimentos da CRSD e CR Inv	0	-3 421	-689	347	-48	-454	-518	-467	-1 103	-129	-524	339	
- Juros (Tc)	0	0	19	264	-351	-711	-415	-380	-372	-480	-385	-373	
= Cash Flow dos Empréstimos	-14 354	-53 488	7 512	7 267	7 440	7 848	7 764	7 461	7 767	7 486	7 616	7 253	

(...)

Itens	Anos												
	31/dez/22	31/dez/23	31/dez/24	31/dez/25	31/dez/26	31/dez/27	31/dez/28	31/dez/29	31/dez/30	31/dez/31	31/dez/32	31/dez/33	
- Empréstimos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
+ Reembolsos	2 094	2 844	2 607	3 476	2 647	3 634	2 647	3 318	3 516	3 950	3 950	6 478	
+ Juros e impostos	4 834	4 675	4 449	4 195	3 959	3 750	3 514	3 267	2 994	2 737	2 465	2 137	
- Movimentos da CRSD e CR Inv	-217	21	-891	-84	-1 416	-463	-2 786	-1 027	-1 584	1 876	-1 088	2 562	
- Juros (Tc)	-407	-415	-446	-434	-451	-390	-383	-311	-283	-271	-306	-357	
= Cash Flow dos Empréstimos	7 552	7 913	8 393	8 189	8 473	8 237	9 329	7 923	8 376	5 082	7 809	6 410	

(...)

Itens	Anos							
	31/dez/34	31/dez/35	31/dez/36	31/dez/37	31/dez/38	31/dez/39	31/dez/40	
- Empréstimos	0	0	0	0	0	0	0	
+ Reembolsos	7 426	6 478	10 744	0	0	0	0	
+ Juros e impostos	1 657	1 153	639	0	0	0	0	
- Movimentos da CRSD e CR Inv	2 738	-720	6 361	3 385	0	0	0	
- Juros (Tc)	-427	-631	-611	-754	-650	-569	542	
= Cash Flow dos Empréstimos	6 772	8 983	5 632	-2 631	650	569	-542	

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XXIV ao Contrato de Gestão

Por seu turno, a TIR nominal do projeto<sup>82</sup> de 10,11%<sup>83</sup>, estimada no modelo financeiro, foi calculada através dos *cash flows* apurados na ótica do investimento.

<sup>82</sup> Cfr. Anexo 8 – Cálculo da TIR do projeto (Entidade Gestora do Edifício)

<sup>83</sup> Taxa calculada através da seguinte equação/modelo:

$$TIR = \frac{\sum_{t=1}^{t=n} I_t \times (1 + TIR)^{-t} \times O_t}{\sum_{t=1}^n I_{t-1} \times (1 + TIR)^{-t}}$$

$$O_t = \frac{RAJ I_t}{I_t}$$

$$t = 1, 2, \dots, n$$

$O_t$  = Rendibilidade económica;

I = Investimento em Capital Fixo (ICF) + Investimento em Capital Circulante Líquido (ICCL);

RAJI = Resultado Antes de Juros e Impostos.



Quadro 64 – Determinação dos *cash flows* na ótica do investimento (EGEd)

Unid.: mil euros

Itens	Anos												
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	
Cash Flow dos Capitais Próprios	-144	-7 968	-7 950	1 487	1 455	1 242	1 488	1 809	1 672	1 629	1 524	1 727	
+ C. Flow dos Empréstimos	-14 354	-53 488	7 512	7 267	7 440	7 848	7 764	7 461	7 767	7 486	7 616	7 253	
= Free Cash Flow	-14 498	-61 446	-438	8 755	8 894	9 090	9 253	9 270	9 439	9 115	9 140	8 979	

(...)

Itens	Anos												
	31/dez/22	31/dez/23	31/dez/24	31/dez/25	31/dez/26	31/dez/27	31/dez/28	31/dez/29	31/dez/30	31/dez/31	31/dez/32	31/dez/33	
Cash Flow dos Capitais Próprios	1 527	1 659	1 497	1 739	1 382	1 617	1 280	1 660	1 273	2 801	1 302	1 902	
+ C. Flow dos Empréstimos	7 552	7 913	8 393	8 189	8 473	8 237	9 329	7 923	8 376	5 082	7 809	6 410	
= Free Cash Flow	9 079	9 572	9 890	9 927	9 855	9 854	10 609	9 584	9 650	7 883	9 112	8 311	

(...)

Itens	Anos							
	31/dez/34	31/dez/35	31/dez/36	31/dez/37	31/dez/38	31/dez/39	31/dez/40	
Cash Flow dos Capitais Próprios	2 031	1 567	6 143	15 148	12 201	11 944	318	
+ C. Flow dos Empréstimos	6 772	8 983	5 632	-2 631	650	569	-542	
= Free Cash Flow	8 804	10 550	11 776	12 518	12 851	12 512	-223	

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XXIV ao Contrato de Gestão

Para que o projeto alcançasse uma TIR de  $\approx 10\%$  teriam de se atingir as rendibilidades contabilísticas anuais que se apresentam no quadro seguinte:

Quadro 65 – Determinação da rendibilidade contabilística periódica Ex Ante (EGEd)

Itens	Anos												
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	
Períodos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
RAJI*(1-Tc)	97	5 532	9 097	7 604	8 274	8 998	8 729	8 601	9 061	8 235	8 456	7 556	
Activo líquido no fim do período	14 595	81 573	91 108	89 958	89 337	89 244	88 721	88 052	87 674	86 793	86 109	84 685	
[ ARR ] RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido	0,66%	6,78%	9,99%	8,45%	9,26%	10,08%	9,84%	9,77%	10,33%	9,49%	9,82%	8,92%	

Itens	Anos												
	31/dez/22	31/dez/23	31/dez/24	31/dez/25	31/dez/26	31/dez/27	31/dez/28	31/dez/29	31/dez/30	31/dez/31	31/dez/32	31/dez/33	
Períodos	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
RAJI*(1-Tc)	8 032	7 644	8 386	7 387	8 551	7 376	9 353	7 484	7 700	4 338	6 855	3 238	
Activo líquido no fim do período	83 638	81 710	80 206	77 666	76 362	73 883	72 627	70 527	68 577	65 033	62 777	57 703	
[ ARR ] RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido	9,60%	9,36%	10,46%	9,51%	11,20%	9,98%	12,88%	10,61%	11,23%	6,67%	10,92%	5,61%	

Itens	Anos				
	31/dez/34	31/dez/35	31/dez/36	31/dez/37	31/dez/38
Períodos	24	25	26	27	28
RAJI*(1-Tc)	2 647	5 670	-2 063	210	2 832
Activo líquido no fim do período	51 547	46 667	32 828	20 520	10 502
[ ARR ] RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido	5,14%	12,15%	-6,28%	1,02%	26,97%
$\sum$ Activos líquidos actualizados X ARR / $\sum$ Activos líquidos actualizados	10%		<b>Anual</b>		

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XXIV ao Contrato de Gestão

Face ao que precede terão de se verificar rendibilidades anuais<sup>84</sup> até 26,97% para se atingir uma TIR do projeto de  $\approx 10\%$ .

<sup>84</sup> Exceto para o ano de 2038 em que a libertação de fundos da CR Inv no ano anterior impactou positivamente no cálculo da rendibilidade desse ano.



Tendo em conta o período do contrato entretanto decorrido verifica-se que a Entidade Gestora do Edifício alcançou as rendibilidades previstas para o projeto.

As rendibilidades apresentadas nos quadros anteriores foram alcançadas no período compreendido entre 2010 e 2013.

Quadro 66 – Rendibilidade contabilística periódica *Ex Post* (EGEd)

Itens	Anos			
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13
Períodos	0	1	2	3
RAJI*(1-Tc)	411	3 898	502	-813
Activo líquido no fim do período	20 808	90 320	99 632	92 472
[ ARR ] RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido	1,98%	4,32%	0,50%	-0,88%

Fonte: Elaboração própria tendo por base as DF's da EGEd (2010-2013).

Conclui-se que as rendibilidades quer em 2010 e 2011, anos de construção do edifício, quer nos anos de 2012 e 2013, período após a entrada em funcionamento, foram alcançadas podendo considerar-se alinhadas com as inicialmente previstas no modelo financeiro



## II.3 ENTIDADE PÚBLICA CONTRATANTE

### 12. Função de Monitorização da EPC/ARSLVT

Cabe à Entidade Pública Contratante efetuar a monitorização do desempenho das entidades gestoras através da elaboração de relatórios, semestrais e anuais, cfr. cláusulas 74.<sup>a</sup> e 105.<sup>a</sup>, do Contrato de Gestão.

O relatório anual constitui o instrumento formal de avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento que contempla, entre outras, a análise da produção realizada, a monitorização dos parâmetros de desempenho, a verificação das obrigações nas áreas da qualidade das prestações de saúde, a avaliação das reclamações dos utentes e a comparação da *performance* económico-financeira face ao modelo financeiro. Neste último caso, a mesma decorre a partir de uma análise comparativa entre as principais rubricas da Demonstração de Resultados, Balanço e Mapa de Fluxos de Caixa. Este relatório contempla também a verificação do cumprimento da subscrição de fundos próprios e contingentes<sup>85</sup>, a atualização do valor de garantias previstas no Contrato de Gestão, bem como o cumprimento de regras e garantias dos acionistas<sup>86</sup>.

Todavia, verifica-se a inexistência da atualização dos pressupostos subjacentes aos modelos financeiros que suportam as propostas dos concorrentes. Se no caso do Edifício não existem grandes desvios entre o projetado e o real, o mesmo já não verifica na atividade clínica, uma vez que a determinação anual da produção<sup>87</sup>, tende a contemplar variáveis que não foram possíveis de prever aquando do lançamento da parceria.

Em termos gerais, os procedimentos de controlo instituídos pela EPC/ARSLVT asseguram o cumprimento operacional da monitorização da execução do Contrato de Gestão do Hospital Beatriz Ângelo, reforçado pela contratação de consultores externos para apoio a essa monitorização.

Com efeito, a ARSLVT tem recorrido à **contratação de consultores externos** para várias áreas, nomeadamente na área de infraestruturas e de acompanhamento da atividade da Entidade Gestora do Edifício, na prestação de serviços de auditoria clínica e de sistemas de informação (em particular no domínio do *Business Intelligence*). São também contratados serviços de assessoria jurídica tendo em vista a monitorização do Contrato de Gestão. A atividade de consultoria é coordenada e validada pela EPC.

A aquisição dos serviços de consultoria tem sido feita com recurso aos procedimentos conjuntos lançados pela SPMS para os hospitais em regime de parcerias público-privadas. No

---

<sup>85</sup> Associados ao cumprimento do previsto no ASRC (Acordo de Subscrição e Realização de Capital) constante do apêndice 1 ao Anexo III ao Contrato de Gestão

<sup>86</sup> Anexo XXVII ao Contrato de Gestão (Obrigações e garantias dos acionistas).

<sup>87</sup> Cfr. cláusula 70.<sup>a</sup> - Procedimento anual respeitante à Entidade Gestora do Estabelecimento e cláusula 40.<sup>a</sup> - Determinação da Produção Prevista.





caso do Hospital de Loures os encargos com estes serviços, entre 2010 e 2014, foram os seguintes:

Quadro 67 – Encargos com a contratação de serviços de consultoria

	2010	2011	2012	2013	2014 (até novembro)
Consultoria jurídica	3 360 €	11 583 €	30 460 €	29 474 €	3 797 €
Consultoria área de infraestruturas		15 984 €		40 000 €	16 830 €
Consultoria económico-financeira e produção		31 430 €	52 260 €	53 900 €	41 928 €
Consultoria informática		5 000 €	27 000 €		
Serviços de auditoria clínica				22 400 €	6 006 €
Acompanhamento construção hospital		61 500 €			
	3 360 €	125 497 €	109 720 €	145 774 €	68 561 €

Nota: valores sem IVA

Fonte: ARSLVT (informação atualizada em sede de contraditório)

Considerando os múltiplos contratos de parceria público-privada nos quais a ARSLVT assume o papel de entidade pública contratante, bem como as respetivas durações (até 30 anos), considera-se relevante assegurar que a equipa afeta à monitorização e controlo da execução do Contrato de Gestão, reúne e desenvolve as competências adequadas, de modo a incorporar o *Know-How* necessário, assim dispensando o recurso permanente e sistemático à contratação de consultores externos, substituindo-o por um recurso pontual e orientado para a satisfação de necessidades técnicas específicas.

Em sede de contraditório, esclareceu o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**, que a contratação de consultores externos não se destina apenas aos testes de validação da produção, mas também apoiar a equipa de gestão do contrato, sob a coordenação da gestora do contrato, num conjunto de tarefas de acompanhamento, com significativo benefício financeiro, decorrente da verificação da elegibilidade da produção para efeitos de pagamento de reconciliação.

Informou que têm vindo a dotar a equipa, afeta à monitorização e controlo da execução dos Contratos de Gestão em parcerias público-privadas, de novos recursos internos cuja experiência permitiu “(...)que cada vez mais tarefas sejam direta e exclusivamente assumidas por membros da Equipa de Gestão do projeto da parceria (...)”, nomeadamente na área económico-financeira, jurídica, monitorização dos encargos associados à atividade das Entidades Gestoras, validação de faturas de medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar, produção elegível no âmbito da RNCCI.

Salientou também que aumentar a equipa interna de modo a incorporar o *know-how* e substituir o recurso a consultores obriga à ponderação dos seguintes aspetos:

- “(...) as restrições à contratação de recursos humanos como os que seriam adequados para dar resposta a eventuais necessidades permanentes, em especial atento o perfil de diferenciação exigido pelas necessidades de acompanhamento e especificidade das funções, como a proibição de abertura de procedimentos concursais para categorias superiores (...) constitui relevante constrangimento à adoção do projeto de recomendação”;



- *“ a contratação ou afetação de elementos para estruturas próprias da ARSLVT não salvaguarda, por si só, que o conhecimento adquirido (...) se mantenha afeto ao acompanhamento (...) do contrato pelo ente público, atentos os instrumentos e regime de mobilidade da administração pública”;*
- *“ (...) as necessidades de apoio no acompanhamento do Contrato de Gestão não são constantes ao longo do ano, tendo picos de maior afetação (...). Verificam-se incidências de trabalho sazonais e para tarefas específicas que se adequam melhor a prestações específicas e com obrigação da alocação dos meios humanos necessários e qualificados do que recursos fixos internos com encargos constantes”;*
- *“os consultores, formados e qualificados nas matérias específicas para as quais são contratados revelam especiais conhecimentos setoriais em parcerias público-privadas e em saúde (...) com reflexos financeiros vantajosos para esta Administração(...)”.*

O Presidente do Conselho Diretivo, após exposição da argumentação supra, acolhe a recomendação efetuada comprometendo-se a manter *“(...) a todo o tempo a ponderação adequada para efeitos de custo/benefício e o desenvolvimento de competências adequadas que permitam um recurso pontual e sempre orientado para a satisfação de necessidades técnicas específicas”.*

No que concerne à articulação entre a Entidade Pública Contratante e o parceiro privado, SGHL,S.A., a existência de dúvidas na aplicação prática do clausulado do Contrato de Gestão tem originado vários pedidos de esclarecimento, por parte da sociedade, que abrange as mais diversas áreas, desde a atividade clínica até a questões relacionadas com o financiamento.

Em geral, as questões que surgiram no período analisado, julho de 2010 a abril de 2014<sup>88</sup>, tiveram resolução. Não obstante, encontram-se atualmente temas em processo de litígio, nomeadamente, o financiamento do tratamento de doentes com VIH/SIDA e encargos inerentes à realização do internato médico no Hospital Beatriz Ângelo.

Quanto à possibilidade de financiamento das prestações de saúde adicionais realizadas no âmbito dos cuidados em regime de ambulatório aos doentes com VIH/SIDA, a Entidade Gestora do Estabelecimento aguarda a decisão do Estado, sendo que o reconhecimento desse direito representaria um impacto estimado de € 2.200 milhares anuais.

Paralelamente, em relação ao financiamento dos montantes despendidos com o pagamento aos médicos internos colocados no Hospital Beatriz Ângelo, vai ter início um processo de arbitragem que opõe a SGHL. S.A. à Entidade Pública Contratante.

Deve atender-se que o espírito de cooperação e o diálogo permanente deverão continuar a nortear o relacionamento entre as partes, conduzindo assim a soluções céleres e a beneficiar

---

<sup>88</sup> Analisada a troca de correspondência entre as entidades, destacam-se os seguintes temas abordados: Realização de MCDTs; Funcionamento de serviços de urgência básica; rede de cuidados primários; Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH – SIDA; Urgência geral médico-cirúrgica; Acesso dos utentes sem médico de família; Acesso e funcionamento de aplicações informáticas; Processo de acreditação; Programas específicos de financiamento - Internato Médico; Alterações à infraestrutura hospitalar (parque de estacionamento); Cálculo da remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento; Alteração do Mapa de Freguesias.



verdadeiramente das vantagens perspectivadas para o Hospital de Loures referidas no estudo estratégico, aquando do lançamento da parceria. Por outro lado, um relacionamento salutar entre as partes permitirá atenuar divergências e evitar custos associados a decisões tardias e no limite a custos de litigância para ambas as partes.

### **13. Avaliação da Entidade Gestora do Estabelecimento**

A avaliação de desempenho da **Entidade Gestora do Estabelecimento** é efetuada por áreas de avaliação e de forma global nas seguintes áreas:

- **Áreas de resultados e serviços:** é avaliado o desempenho através da execução de determinados parâmetros, cujo não cumprimento determina a ocorrência de falhas, nomeadamente:
  - ✓ Específica, pela transferência ou referenciação indevida de utentes para atendimento ou internamento noutra estabelecimento hospitalar;
  - ✓ De resultados e de serviço, pelo incumprimento dos parâmetros identificados como tal no Contrato de gestão.
- **Área de satisfação:** é avaliado o índice de satisfação dos Utentes.

A avaliação global da Entidade Gestora do Estabelecimento, que resulta da avaliação efetuada por áreas, segue os critérios de : insatisfatório, satisfatório, bom e muito bom.

De acordo com o estabelecido contratualmente, os parâmetros de desempenho de resultado apenas foram avaliados, para efeitos da aplicação de eventuais deduções por falhas, a partir do ano de 2013, tendo os valores de referência<sup>89</sup> de cada indicador sido negociados entre as partes. Em **2012** a Entidade Gestora do Estabelecimento obteve uma **avaliação global de muito bom**, em resultado da não aplicação de pontos de penalização nos parâmetros de resultado e de serviço e da não aplicabilidade da avaliação da satisfação dos utentes<sup>90</sup>.

O facto do Hospital de Loures, em 2012, não ter um ano civil completo de funcionamento, não permitiu a avaliação de todos os parâmetros de desempenho.

Em **2013**, a **avaliação global foi também de muito bom** após revisão da avaliação inicial que tinha sido de satisfatório.

---

<sup>89</sup> Os valores de referência são determinados com base: (i) nos resultados obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência, (ii) nos resultados efetivamente obtidos pelo Estabelecimento Hospitalar nos últimos dois anos, ou no último ano quando o Estabelecimento Hospitalar esteja em funcionamento há menos de dois anos, (iii) nos valores e referência fixados no período anterior e (iv) nos limites aos valores de referência estabelecidos no Apêndice 1 ao Anexo IX do Contrato de Gestão.

<sup>90</sup> A avaliação da satisfação dos utentes foi realizada pelo Hospital Beatriz Ângelo em janeiro de 2013, tendo os respetivos resultados sido comunicados à EPC em março desse ano. Como contratualmente está previsto que a realização dos primeiros inquéritos ocorra até 12 meses após a Entrada em Funcionamento do Estabelecimento Hospitalar (19.01.2012), a EPC considerou não ser de avaliar o desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento nesta área.



Também neste ano a EPC/ARSLVT considerou não ser de considerar o resultado do estudo de satisfação aos utentes uma vez que a recolha dos dados para elaboração do referido estudo foi realizado no mês de janeiro de 2015, quando este seria o mês limite, imposto contratualmente, para a apresentação dos resultados das avaliações.

Independentemente desta situação o resultado do estudo efetuado à **satisfação global dos utentes** do Hospital de Loures revelou **um índice médio de satisfação de 85,1** pontos, numa escala de 0 a 100, em 2013. Em 2012 tinha sido de 84,7 pontos. Os resultados da Entidade Gestora do Estabelecimento não foram comparados com os da satisfação dos utentes de outras unidades hospitalares do SNS, para efeitos de *benchmarking*, impossibilitando que os estudos de satisfação pudessem ser tidos em conta na avaliação da entidade gestora.

Em sede de contraditório, considerou o **Administrador Executivo da Sociedade Gestora do Hospital de Loures**, que não sendo possível realizar uma a avaliação comparativa com os restantes hospitais “(...) **os resultados obtidos através do inquérito aos utentes**, utilizando uma metodologia aprovada pela Entidade Pública Contratante/ARSLVT, sempre **terão uma leitura autónoma e objetiva francamente positiva.**”

Nos restantes indicadores, a inexistência de resultados apurados para os hospitais do grupo de referência prejudicou o processo de avaliação anual do desempenho, especialmente em 2013, ano em que já se previa contratualmente a aplicação de eventuais deduções por falhas.

Na pronúncia apresentada considerou, o **Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**, ser esta uma situação exógena à ARSLVT, uma vez que apenas obtém os resultados dos indicadores dos hospitais, selecionados para o grupo de referência, quando estes conseguem monitorizar esses indicadores.

Considera também que não sendo, a ARSLVT, material e territorialmente competente para implementar um programa de monitorização dos parâmetros de desempenho de resultado nos hospitais do SNS, tem efetuado diligências junto da ACSS, para que esta disponibilize de forma sistematizada e regular a informação necessária ao acompanhamento da execução dos contratos de gestão.

Face às diligências enunciadas solicitou, o Conselho Diretivo, a revisão da recomendação.

Por um lado, impediu a definição de valores de referência em 31 dos 67 indicadores previstos contratualmente<sup>91</sup>. Por outro, poderá diminuir a exigência do processo de avaliação dos restantes indicadores uma vez que, inviabilizado o exercício de *benchmarking* com as restantes unidades hospitalares do SNS, os valores de referência de cada indicador acabaram por ser determinados apenas com base no histórico (de um ano incompleto de atividade) da unidade hospitalar e/ou nos limites pré-definidos no Contrato de Gestão.

---

<sup>91</sup> Quatro indicadores estão totalmente dependentes do *benchmarking* com os hospitais do grupo de referência. Em 2013, estiveram 27 indicadores também dependentes deste *benchmarking*, dada a inexistência de dados de desempenho histórico do Hospital Beatriz Ângelo.



O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no contraditório apresentado informou que “(...) embora no ano de 2013 não tenham sido negociados valores de referência para 33 parâmetros de desempenho, em 2014 tal situação verifica-se em apenas 7 parâmetros, o que configura uma redução de 79%”

Como corolário da avaliação de desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento são elaboradas uma série de **recomendações** pela Entidade Pública Contratante, que abrangem várias áreas, nomeadamente, o **cumprimento dos tempos médios de espera dos atendimentos na urgência**, conforme estipulado na alínea f) do n.º 3 da cláusula 34<sup>a</sup>, a análise da elevada **demora média no internamento** de vários episódios atendendo a que o “(...) dimensionamento mínimo do Hospital de Loures definido no Caderno de Encargos do concurso da parceria tomava como base uma demora média de 5 dias(...)”<sup>92</sup>, o cumprimento do tempo máximo de resposta de 9 meses no que respeita à lista de espera cirúrgica, entre outras.

No que se refere aos **tempos médios de espera está definido contratualmente**<sup>93</sup> como **requisito da disponibilidade da urgência** que “o atendimento dos Utentes se processe dentro dos tempos de espera máximos previstos no sistema acreditado de triagem de prioridades”, pelo que o não cumprimento dos tempos máximos deverá implicar ajustamentos ao pagamento por disponibilidade. Apesar da ARSLVT dispor de informação detalhada sobre os tempos de atendimento da urgência, e de efetivamente controlar o cumprimento destes tempos<sup>94</sup>, não tem aplicado as deduções por indisponibilidade do serviço de urgência, previstas contratualmente.

A não aplicação das referidas deduções resulta da ponderação efetuada pela EPC ao facto do Hospital de Loures não ser de substituição e como tal estar sujeito a uma maior incerteza e ao gradual ajustamento da procura nos primeiros anos de atividade. Considerou a EPC que sendo 2013 o primeiro ano completo de atividade foi ainda um ano de ajustamentos de afetação de recursos humanos, de verificação das necessidades – análise da produção contratada *vs* produção realizada – e da análise do comportamento da população a uma nova oferta de cuidados de urgência hospitalar. Considerando que “não estavam reunidas as condições objetivas exigíveis ao integral cumprimento e que tornassem devidas a aplicação da dedução”, optou por, em 2013, “manter uma fiscalização rigorosa e um tratamento específico da matéria nos seus relatórios de avaliação do desempenho, interpelar ao cumprimento, exigir a prestação de informação e o reforço dos meios, salientar o modo” de interpretação da referida cláusula, considerando que tal “correspondia a uma execução do Contrato de Gestão equilibrada e com o mesmo conformê”.

<sup>92</sup> Cfr. Relatório Anual de Avaliação de Desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento de 2013.

<sup>93</sup> Cláusula 34.<sup>a</sup> do Contrato de Gestão – Disponibilidade da Urgência. A interpretação da alínea f) do n.º 3 desta cláusula não é consensual entre as partes. Entende a ARSLVT dever considerar os tempos de espera de todos os atendimentos de utentes, enquanto a Entidade Gestora do Estabelecimento entende que se refere ao tempo médio de espera para atendimento médico, por cor de triagem. Esta divergência deverá ser rapidamente esclarecida entre as partes, dada a relevância para a qualidade do atendimento na urgência hospitalar

<sup>94</sup> Através da realização de auditorias e da análise da informação constante dos sistemas de informação. A situação é identificada como uma eventual falha de disponibilidade da urgência



Relativamente ao parâmetro de desempenho do **tempo médio de espera para realização de primeiras consultas**, prevê o Contrato de Gestão que, no caso da produção efetiva ultrapassar a prevista, **o incumprimento não origine** deduções a este parâmetro.

No âmbito do **procedimento de apuramento de reconciliação** relativo ao ano de 2012 a EPC/ARSLVT aplicou **deduções associadas a falhas específicas**, por transferências indevidas do internamento, que ascenderam a € 19.808.

Por deliberação do Conselho Diretivo da ARSLVT de 17 de dezembro de 2014, foi aplicado, à Entidade Gestora do Estabelecimento uma **multa contratual**, no montante de € 76.591,78<sup>95</sup>, correspondente a 0,1% da parcela a cargo do SNS prevista para 2014, decorrente do não cumprimento das obrigações estipuladas no Contrato de Gestão em matéria de prestações de informações.

Por informação, em sede de contraditório, do **Administrador Executivo da Sociedade Gestora do Hospital de Loures**, a multa contratual já foi liquidada.

#### **14. Avaliação da Entidade Gestora do Edifício**

A avaliação a que a Entidade Gestora do Edifício está sujeita compreende as seguintes áreas:

- **Disponibilidade:** é avaliado o desempenho no cumprimento das condições de disponibilidade do Edifício Hospitalar;
- **Serviço:** é avaliado o cumprimento dos parâmetros de desempenho de serviço estabelecidos em anexo ao Contrato de gestão;
- **Satisfação:** é avaliado o índice de satisfação dos Utentes, no que respeita às questões que tenham uma implicação direta com a atividade desenvolvida pela Entidade Gestora do Edifício.

A avaliação global da Entidade Gestora do Edifício é ponderada entre o insatisfatório, satisfatório, bom e muito bom e é realizada por uma empresa de consultoria, que submete a sua avaliação à consideração da EPC/ARSLVT.

Em **2012** a Entidade Gestora do Edifício obteve uma **avaliação global de desempenho de Bom** e em **2013 de Muito Bom**, uma vez que, neste último ano, obteve a classificação de muito bom no cumprimento das condições de disponibilidade do Edifício Hospitalar, não teve penalização nos parâmetros de serviço e alcançou um índice de satisfação de utentes de muito bom.

---

<sup>95</sup> O valor da multa a aplicar foi, inicialmente, de € 95.739, tendo sido posteriormente reduzida para € 76.591,78, na sequência do recurso interposto pela Entidade Gestora do Estabelecimento.



## II.4.- EFEITOS INDUZIDOS NA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DOS HOSPITAIS DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO HOSPITAL LOURES

Aquando da elaboração do estudo estratégico e económico-financeiro, em dezembro de 2006, com vista a avaliar a necessidade de construção de uma nova infraestrutura hospitalar no concelho de Loures, foram quantificados os impactos que esta nova estrutura teria na atividade dos hospitais que atendiam a população residente na área de influência do Hospital de Loures.

O referido estudo, realizado pelo Banco BPI, S.A., defendia ser fundamental uma “(...) reestruturação de capacidades hospitalares no centro de Lisboa e em Torres Vedras, uma vez que apenas desta forma, será possível justificar a necessidade de construção de novas capacidades, evitando a multiplicação dos custos com unidades de saúde hospitalares”.

Os hospitais cuja população da área de influência seria mais afetada eram:

- Centro Hospitalar Torres Vedras, atualmente integrado no Centro Hospitalar Oeste, EPE;
- Hospitais Pulido Valente e Santa Maria, atualmente Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE;
- Hospital de Curry Cabral, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Hospital Dona Estefânia, Hospital de S. José e Hospital de S. António dos Capuchos.

Atualmente este último grupo de hospitais e o Hospital de Santa Marta (que não foi considerado no estudo mencionado), constituem o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Note-se, contudo, que o Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa só integraram o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, em março de 2012.

O estudo estratégico e económico-financeiro concluiu que os hospitais em que se verificariam os impactos mais significativos sobre a sua atividade assistencial, seriam os Hospitais Pulido Valente, -30% no internamento e na consulta externa, o Hospital de Santa Maria, -32% na urgência e -26% no internamento e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, menos 26% no internamento.

Por sua vez o impacto no Centro Hospitalar de Torres Vedras seria de -11% em todas as linhas assistenciais, isto é, internamento, consulta externa, urgência e hospital de dia.

Com base nos Planos de Desempenho, solicitados à ARSLVT, que suportam a contratualização e a produção realizada com as diversas unidades hospitalares, analisou-se a evolução da capacidade instalada e produção realizada nos anos de 2010 a 2013 dos centros hospitalares da Região de Lisboa e Vale do Tejo que vieram a integrar as unidades hospitalares que suportariam, segundo o referido estudo estratégico e económico-financeiro, os impactos da abertura de uma

nova unidade hospitalar em Loures, ou seja, o **Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE<sup>96</sup>** e **Centro Hospitalar Oeste, EPE**.

Quadro 68 – Número de consultas externas

Consultas Externas	CHLC	CHLN	CHLOeste
2010	791 711	811 066	193 235
2011	852 695	830 777	189 213
$\Delta\%$ 2011/2010	8%	2%	-2%
2012	776 945	791 467	166 334
$\Delta\%$ 2012/2011	-9%	-5%	-12%
2013	832 341	776 328	163 278
$\Delta\%$ 2013/2012	7%	-2%	-2%

Fonte: Planos de Desempenho dos hospitais fornecidos pela ARSLVT.

Ao nível das **consultas externas** (primeiras e subsequentes) verifica-se, em 2012, face ao ano anterior, uma ligeira diminuição nos CHLC e CHLN, onde estão integrados os hospitais que, no estudo estratégico e económico-financeiro, se previa vir a registar o maior impacto com a abertura do Hospital Beatriz Ângelo.

A diminuição de consultas externas de 12%, ocorrida, entre 2011 e 2012, no Centro Hospitalar Oeste, poderá estar relacionada com uma reorganização interna uma vez que esta unidade hospitalar foi criada em 1 de outubro de 2012 em resultado da fusão hospitalar dos antigos Centro Hospitalar do Oeste Norte e Centro Hospitalar de Torres Vedras.

Em 2013, quer o CH Oeste, quer o CHLN continuaram a registar ligeiros decréscimos na produção realizada de consultas externas.

Quadro 69 – Número de cirurgias programadas

Cirurgias programadas	CHLC	CHLN	CHLOeste
2010	16 160	16 281	3 770
2011	16 351	15 609	3 663
$\Delta\%$ 2011/2010	1%	-4%	-3%
2012	15 724	13 567	3 275
$\Delta\%$ 2012/2011	-4%	-13%	-11%
2013	16 039	12 484	2 995
$\Delta\%$ 2013/2012	2%	-8%	-9%

Fonte: Planos de Desempenho dos hospitais fornecidos pela ARSLVT.

Quadro 70 – Número de cirurgias de ambulatório

Cirurgias ambulatório	CHLC	CHLN	CHLOeste
2010	18 022	15 656	3 145
2011	18 913	14 795	3 102
$\Delta\%$ 2011/2010	5%	-5%	-1%
2012	17 451	14 792	2 262
$\Delta\%$ 2012/2011	-8%	0%	-27%
2013	19 209	13 271	2 867
$\Delta\%$ 2013/2012	10%	-10%	27%

Fonte: Planos de Desempenho dos hospitais fornecidos pela ARSLVT.

Nas cirurgias programadas convencionais e cirurgias de ambulatório o CHLN foi a única entidade que registou sucessivos decréscimos desde 2011 até 2013, destacando-se o Centro Hospitalar Oeste que registou um aumento em 2013, face ao ano anterior, de 27%.

<sup>96</sup> Para possibilitar a comparabilidade dos dados, adicionou-se à produção do CHLC a produção da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e do Hospital de Curry Cabral dos anos de 2010 e 2011, uma vez que vieram a integrar este centro hospitalar em maio de 2012.





Quadro 71 – Doentes saídos do internamento

Doentes saídos do internam.	CHLC	CHLN	CHLOeste
2010	60474	49479	20038
2011	60926	50191	19712
$\Delta\%$ 2011/2010	1%	1%	-2%
2012	49241	47303	18399
$\Delta\%$ 2012/2011	-19%	-6%	-7%
2013	51243	43892	16856
$\Delta\%$ 2013/2012	4%	-7%	-8%

Fonte: Planos de Desempenho dos hospitais fornecidos pela ARSLVT

Quadro 72 – Número de partos

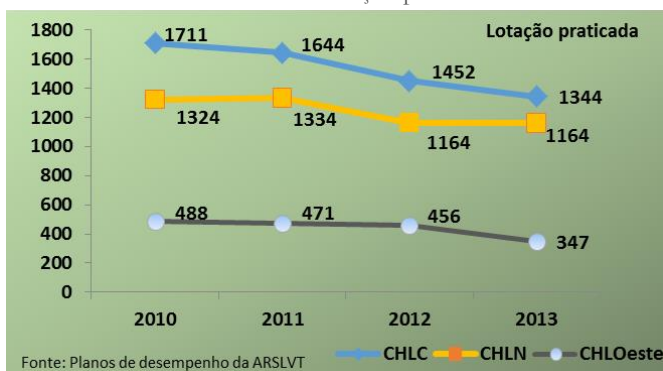
N.º Partos	CHLC	CHLN	CHLOeste
2010	2393	1090	2525
2011	1721	1273	1700
$\Delta\%$ 2011/2010	-28%	17%	-33%
2012	2016	1346	2027
$\Delta\%$ 2012/2011	17%	6%	19%
2013	1986	1248	1573
$\Delta\%$ 2013/2012	-1%	-7%	-22%

Fonte: Planos de Desempenho dos hospitais fornecidos pela ARSLVT.

O CHLN, a par do Centro Hospitalar Oeste, tem vindo a diminuir, desde 2011, o n.º de doentes saídos do internamento, -6% entre 2011 e 2012 e -7% entre 2012 e 2013. Por sua vez, o CHLC registou uma maior diminuição deste indicador em 2011/2012, - 19%, mas recuperou parcialmente no biénio seguinte, mais 4%.

A realização de partos (eutócicos e distócicos) em 2012 não registou qualquer diminuição nas unidades hospitalares analisadas, face ao ano anterior, tendo inclusive aumentado 17% no CHLC, 6% no CHLN e 19% no CH Oeste, deduzindo-se que a abertura de uma nova unidade hospitalar em Loures não teve grande impacto nesta linha assistencial. Note-se que o Hospital Beatriz Ângelo contratou com a EPC/ARSLVT a realização de 1.922 partos tendo sido efetuados apenas 1.576 partos.

Gráfico 31 – Lotação praticada



Fonte: Planos de desempenho da ARSLVT

O Centro Hospitalar Oeste foi a unidade hospitalar que registou a maior quebra na sua lotação, - 29% entre 2010 e 2013, secundado pelo Centro Hospitalar Lisboa Central com uma redução na ordem dos 21%.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte foi o que registou a menor redução nestes anos, -12%.

Com base nos Planos de Desempenho pode-se verificar que a contratualização de **colaboradores no Centro Hospitalar Lisboa Norte**<sup>97</sup> previa uma diminuição, em 2013, de -6%, correspondendo a menos 371 colaboradores. Nesse ano a categoria dos médicos com vínculo previa uma redução de 90 profissionais e a dos enfermeiros com vínculo - 107 colaboradores.

Quadro 73 – Número de colaboradores no CHLN

<sup>97</sup> Das três unidades hospitalares analisadas foi a única que disponha destes dados nos Planos de Desempenho facultados pela ARSLVT.

	2010	2011	2012	2013	Δ %		
					11/10	12/11	13/12
Nº Enf. c/ vínculo	1893	1997	1973	1866	5%	-1%	-5%
Nº Enf. outros vínculos	21	18	16	14	-14%	-11%	-13%
N.º Médicos com vínculo	894	883	908	818	-1%	3%	-10%
N.º médicos outros vínculos	155	133	83	89	-14%	-38%	7%
Número outro pessoal	3197	3419	3359	3181	7%	-2%	-5%
<b>Total</b>	<b>6160</b>	<b>6450</b>	<b>6339</b>	<b>5968</b>	<b>5%</b>	<b>-2%</b>	<b>-6%</b>

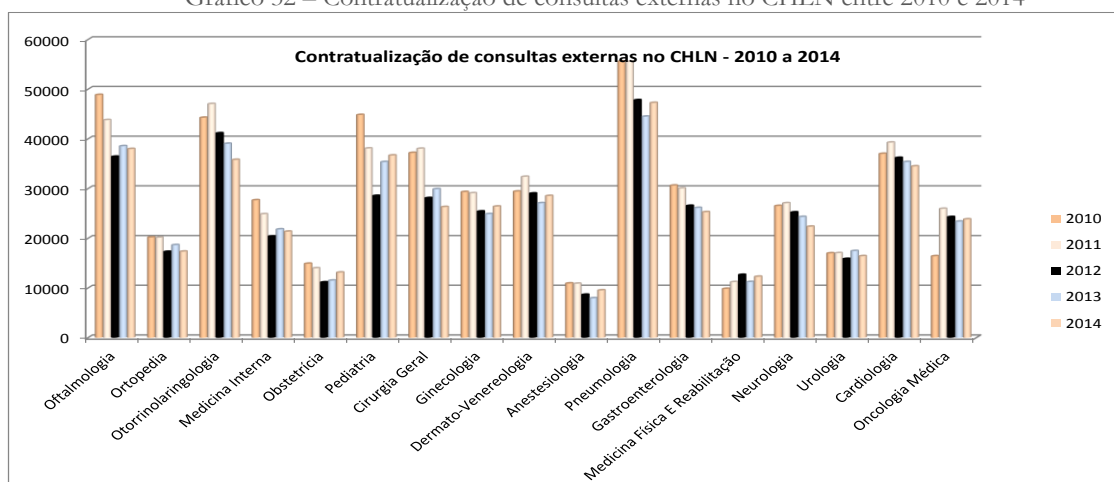
Fonte: Planos de Desempenho dos hospitais fornecidos pela ARSLVT.

Baseando-nos ainda na informação obtida nos Planos de Desempenho no que concerne à produção realizada pelas unidades hospitalares (que não foi sujeita a validação) e cingindo a análise apenas aos indicadores aqui analisados, verifica-se que os decréscimos da produção nos hospitais da RLVT aquando da abertura do Hospital Beatriz Ângelo foram mais evidentes nos CHLN e CHLC, em 2012, nas consultas externas, nas cirurgias programadas e no n.º de doentes saídos do internamento, sem contudo atingirem os impactos previstos no estudo estratégico e económico-financeiro.

Também é notório que a tendência de diminuição da produção apenas se verificou no CHLN, que em 2013 voltou a registar decréscimos nas linhas de produção, ao contrário do CHLC que aumentou a realização de consultas externas, de cirurgias programadas e de ambulatório e o n.º de doentes saídos do internamento face ao ano de 2012.

Foi ainda efetuada a análise da evolução produção contratualizada pela ARLVT com o CHLN, para os anos de 2010 a 2014, relativamente às especialidades mais significativas do perfil assistencial do Hospital Beatriz Ângelo.

Gráfico 32 – Contratualização de consultas externas no CHLN entre 2010 e 2014



Na generalidade as consultas externas (primeiras e subsequentes) registaram um decréscimo a partir de 2012, ano de entrada em atividade do Hospital Beatriz Ângelo. Contudo é notório que a contratualização com o CHLN de algumas especialidades registou novo incremento nos anos seguintes, sem contudo atingirem os níveis verificados em 2010.

É o caso da ortopedia, medicina interna, obstetrícia, pediatria, cirurgia geral, ginecologia, urologia.



Poder-se-á questionar até que ponto a abertura do Hospital Beatriz Ângelo permitiu a introdução de melhorias de eficiência no sistema, ao não se ter verificado (com base nos dados analisados) o reajustamento da oferta de cuidados de saúde na RLVT que compensasse ao utente/contribuinte a sustentação de mais uma unidade hospitalar, pelo menos nos moldes em que o estudo estratégico e económico-financeiro previa.



### **III. ANEXOS**



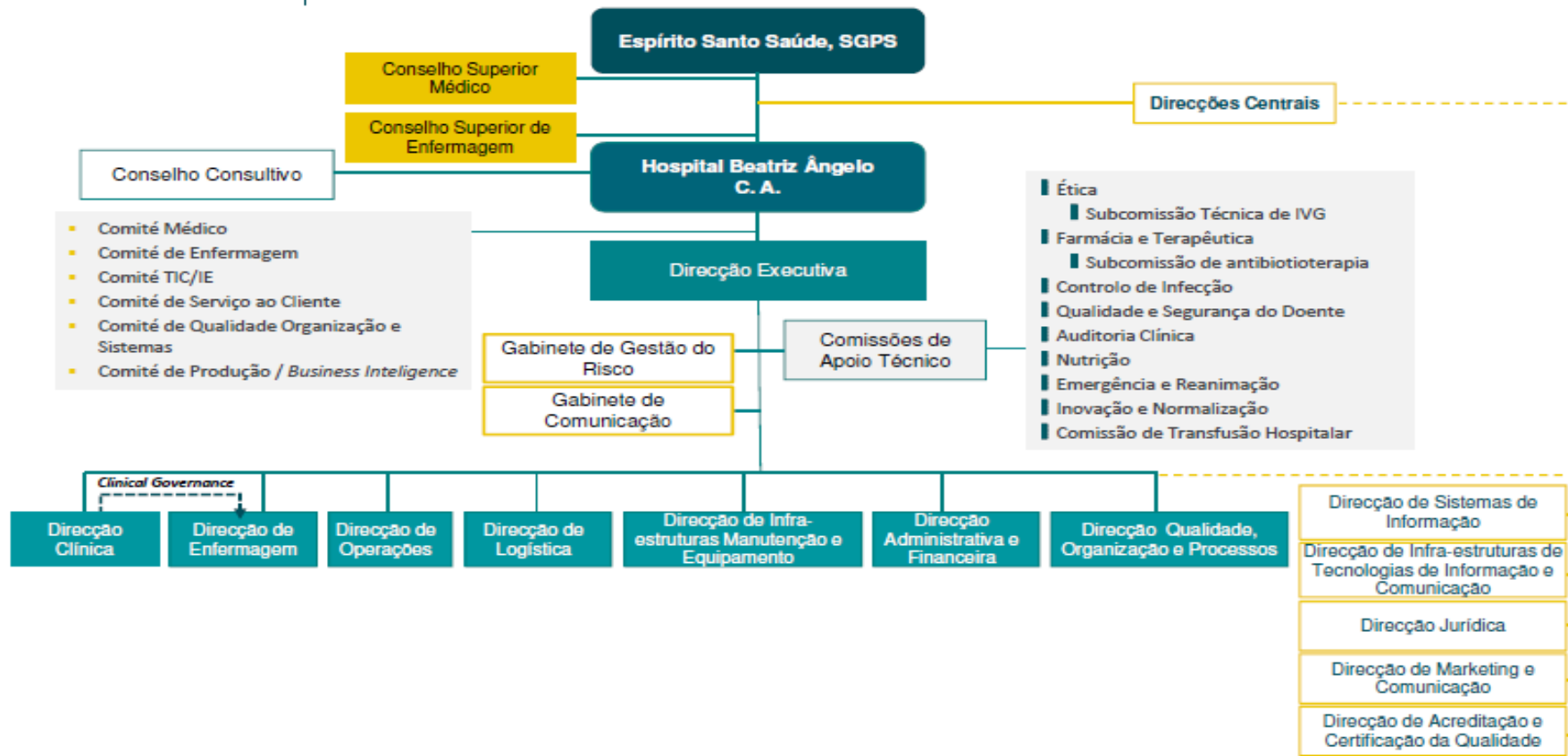
**Anexo 1 – Principais categorias de risco associados ao projeto**

Alocação de Riscos					
Categorias de Risco	Descrição	EPC	EGEst	EGEd	Partilhado
Conceção	Risco pela actividade de conceção do novo edifício hospitalar.			✓	
Construção	Risco de construção do novo edifício.			✓	
Procura	Risco pela procura de cuidados de saúde.		✓		
Exploração/Manutenção	Risco pela qualidade e quantidade dos serviços clínicos prestados.		✓		
.	Risco pela manutenção e pela actualização dos equipamentos.		✓	✓	
.	Risco pela manutenção e pela conservação do novo edifício Hospitalar.			✓	
.	Risco pela operação e pela manutenção dos sistemas de informação.		✓	✓	
.	Risco de a entidade gestora não dispor de pessoal em número suficiente, com formação adequada para exercer as actividades contratadas.		✓	✓	
Financeiro	Risco pela obtenção dos financiamentos necessários ao adequado desenvolvimento das actividades contratadas.		✓	✓	
.	Risco pela oscilação das taxas de juro ao longo do período do Contrato.		✓	✓	
.	Risco de os preços de referência unitários ultrapassarem os preços do SNS.		✓	✓	
Fiscal	Risco pela alteração na carga fiscal.		✓	✓	
Força Maior (Seguravel)	Risco pela ocorrência de casos de força maior seguráveis.		✓	✓	
Força Maior (N Seguravel)	Risco pela ocorrência de casos de força maior não seguráveis.	✓			
Gestão do Contrato	Risco pela contratação de terceiros.		✓	✓	
.	Risco pelas actividades de monitorização da execução do contrato.				✓
Inflação	Risco de inflação associado à actualização anual dos preços de referência.	✓			
Legislativo (Específico)	Risco pelas alterações na legislação específica e regulamentar do sector da saúde.	✓			
Legislativo (Geral)	Risco pelas alterações na legislação geral.		✓	✓	
Político	Risco pela alteração da política de saúde.	✓			
Propriedade dos Ativos	Risco pela propriedade e pela reversão dos móveis e imóveis afectos ao estabelecimento hospitalar.				✓

Fonte: Adaptado de Relatório final de negociação, pág. 23



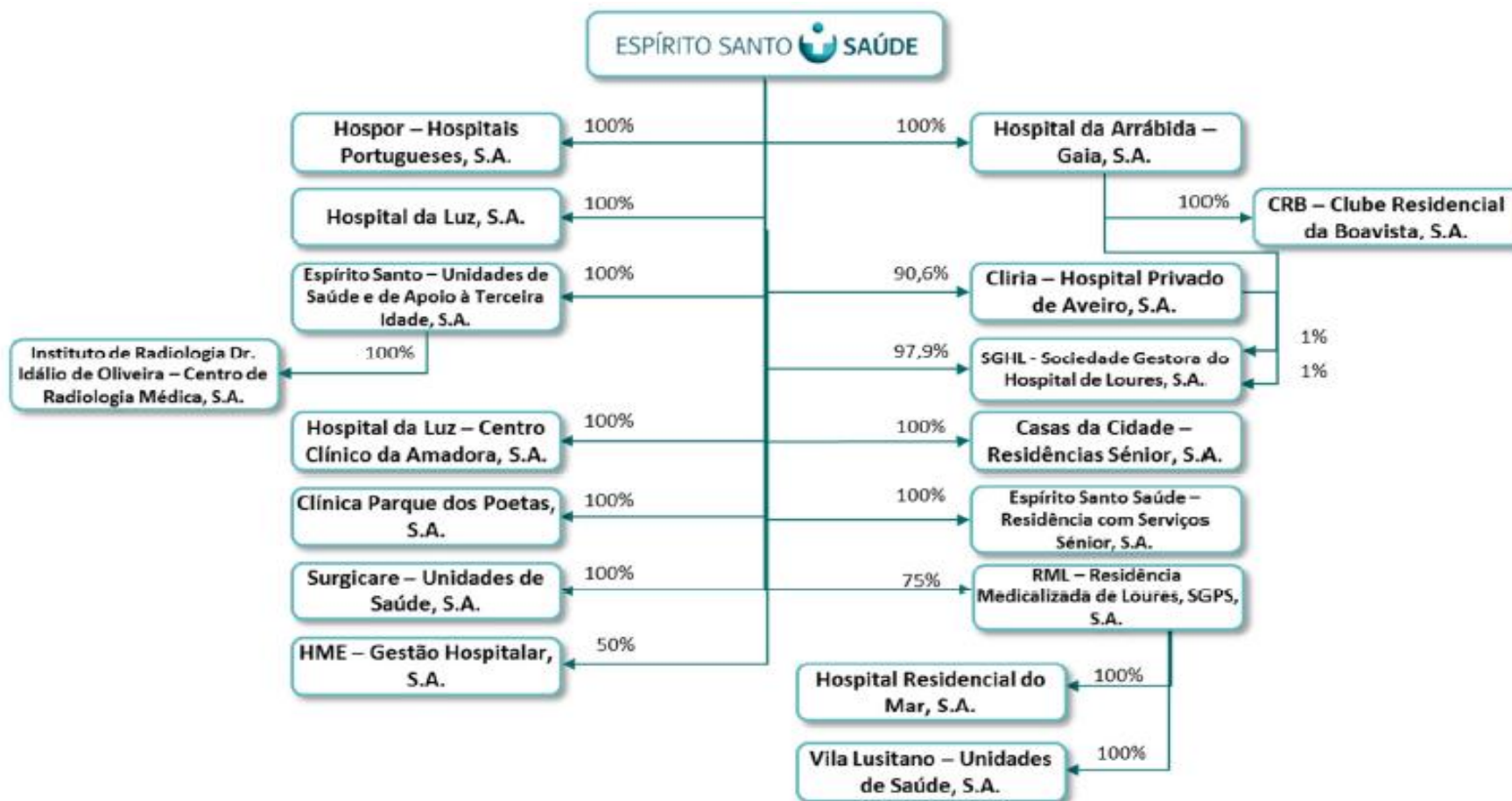
Anexo 2 – Modelo Organizativo da SGHL-Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A



Fonte: Regulamento Geral de Atividade do Hospital Beatriz Ângelo, agosto de 2013.

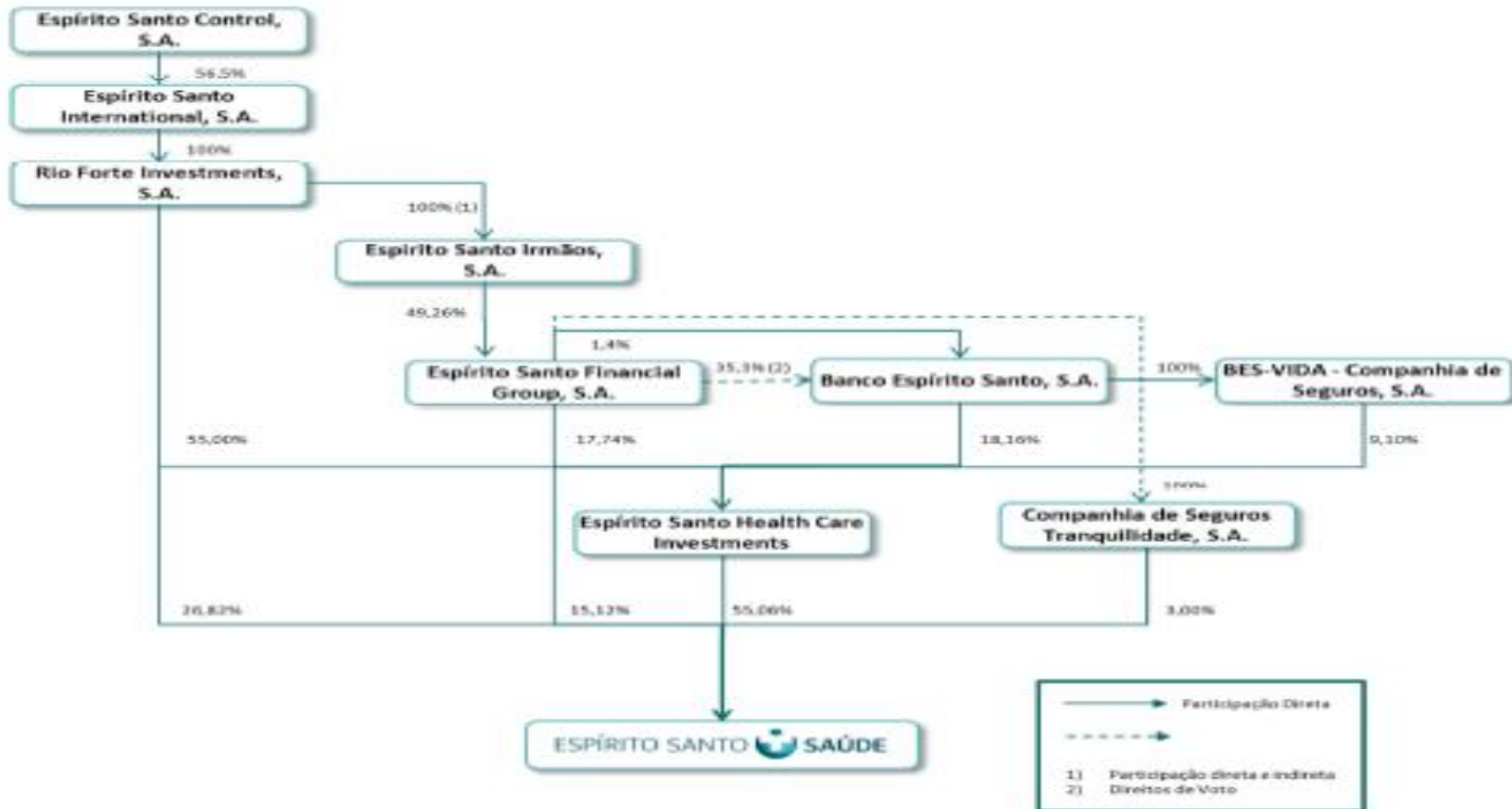


Anexo 3 – Participações diretas e indiretas detidas pelo Grupo ES Saúde



Fonte: ESSaúde, Prospeto de Oferta Pública, em 24 de Janeiro de 2014, p. 125.

Anexo 4 – Estrutura da Rio Forte Investments, S.A.



Fonte: ES Saúde, Prospeto de Oferta Pública, em 24 de Janeiro de 2014, p. 299.





## Anexo 5 – FSE's (Montante de reajustamento de Custos com Pessoal)

Decomposição Custos - FSE's (Pessoal)	2012 CB (A)	2012 R (B)	Δ % (B/A-1)	2013 CB (C)	2013 R (D)	Δ % (D/C-1)
<b>Subcontratos</b>	<b>6 718 263</b>	<b>6 355 572</b>	-5%	<b>7 882 279</b>	<b>9 345 379</b>	19%
Subcontratos - SC - Médicos	4 373 925	4 270 770	-2%	5 040 035	6 435 073	28%
Subcontratos - SC - Enfermeiros	2 344 338	26 941	-99%	2 842 244	100 995	-96%
Subcontratos - SC - Técnicos	0	0	-	0	45 083	-
<b>Subcontratos - Outros</b>	<b>0</b>	<b>2 057 861</b>	-	<b>0</b>	<b>2 764 228</b>	-
Subcontratos - Trabalho temporário (medico, enferme, etc...)	0	2 057 861	-	0	2 764 228	-
Subcontratos - TT - Médicos	0	1 373 947	-	0	1 648 275	-
Subcontratos - TT - Enfermeiros	0	583 901	-	0	927 261	-
Subcontratos - TT - Técnicos	0	23 351	-	0	66 544	-
Subcontratos - TT - AAM	0	68 552	-	0	109 857	-
Subcontratos - TT - Administrativos	0	8 110	-	0	12 292	-
<b>Honorários</b>	<b>0</b>	<b>2 495 571</b>	-	<b>0</b>	<b>3 112 843</b>	-
Honorários - Médicos	0	1 637 973	-	0	1 787 838	-
Honorários - Enfermeiros	0	737 435	-	0	1 140 669	-
Honorários - Técnicos	0	100 636	-	0	165 373	-
Honorários - AAM e assistentes	0	16 645	-	0	11 392	-
Honorários - Outros	0	2 882	-	0	7 571	-
<b>Total</b>	<b>6 718 263</b>	<b>8 851 143</b>	<b>32%</b>	<b>7 882 279</b>	<b>12 458 222</b>	<b>58%</b>

Fonte: Balancetes da SGHL, S.A. e Anexo XIII ao CG.



**Anexo 6 – Cálculo da TIR do projeto (Entidade Gestora do Estabelecimento)**

**DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS NA ÓPTICA DO INVESTIMENTO**

Unid.: euros

Itens	Anos														
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22	31/dez/23	
RAJI	-168	-2 851	1 124	1 321	3 035	1 473	2 222	1 656	3 301	3 831	5 172	4 574	354	0	
IRC	-77	-723	66	-102	409	1 233	395	879	911	1 220	1 338	1 224	76	0	
= RAJI-IRC	-91	-2 128	1 058	1 423	2 626	240	1 827	777	2 390	2 611	3 834	3 350	278	0	
+ AR	0	0	4 644	4 885	4 885	5 213	5 182	5 422	4 149	4 222	3 097	4 423	152	0	
= Cash Flow Potencial	-91	-2 128	5 702	6 308	7 512	5 453	7 009	6 199	6 539	6 833	6 931	7 774	430	0	
± Δ CCL ( Inv. em CCL)	<b>40</b>	<b>279</b>	<b>3 248</b>	<b>637</b>	<b>106</b>	<b>-7</b>	<b>-32</b>	<b>-156</b>	<b>-494</b>	<b>171</b>	<b>-107</b>	<b>606</b>	<b>-4 291</b>	<b>0</b>	
= Cash Flow Ajustado	-131	-2 407	2 454	5 671	7 405	5 460	7 041	6 355	7 033	6 662	7 038	7 167	4 720	0	
- Inv. em Capital Fixo	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35 127</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 312</b>	<b>2 676</b>	<b>1 365</b>	<b>0</b>	<b>1 420</b>	<b>2 897</b>	<b>1 478</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
= Free Cash Flow	-131	-2 407	-32 672	5 671	7 405	4 148	4 365	4 990	7 033	5 242	4 141	5 690	4 720	0	

Anual

**TIR = 8,53%**

Fonte: Elaboração própria tendo por base as DF's disponíveis no Anexo XIII ao CG (Caso Base).

**DETERMINAÇÃO DA TIR DO PROJETO (CASO BASE)**

Unid.: euros

Itens	Anos														
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	31/dez/22	31/dez/23	
Cash flow Exploração e Investimento	-131	-2 407	-32 672	5 671	7 405	4 148	4 365	4 990	7 033	5 242	4 141	5 690	4 720	0	

Anual

**TIR = 8,53%**

Fonte: Anexo XIII ao CG (Caso Base)



Anexo 7 – Comparação dos preços de aquisição de medicamentos

N.º	Comparação preços (preço mín. de cada produto = 1)				
	HBA	HCascais	CHLeiria	CHAAve	CHEDV
1	1,00	1,18	1,41	1,54	1,45
2	1,00	1,11	1,11	1,11	1,11
3	1,00	2,01	1,84	1,77	1,80
4	1,00	n.d.	1,68	1,62	1,67
5	1,00	2,04	n.d.	1,82	1,92
6	1,00	1,40	1,08	n.d.	1,17
7	1,00	n.d.	1,32	1,28	1,27
8	1,00	n.d.	n.d.	1,18	1,21
9	1,00	n.d.	n.d.	n.d.	1,26
10	1,00	n.d.	n.d.	n.d.	1,58
11	1,00	n.d.	n.d.	n.d.	1,41
12	1,00	1,07	n.d.	n.d.	n.d.
13	1,00	1,06	n.d.	n.d.	n.d.
14	1,05	1,00	1,37	1,02	1,28
15	1,07	1,10	1,00	1,34	1,04
16	1,07	1,03	1,00	1,06	1,21
17	1,35	1,47	1,00	1,25	1,22
18	1,34	n.d.	1,00	1,17	1,18
19	1,29	1,04	1,00	n.d.	1,14
20	1,09	1,12	1,00	n.d.	n.d.
21	1,36	1,37	1,22	1,00	1,08
22	1,47	n.d.	1,22	1,00	1,23
23	1,39	1,83	n.d.	1,00	n.d.
24	1,24	1,58	n.d.	1,00	n.d.
25	1,94	1,85	1,27	1,13	1,00
26	1,14	1,15	1,10	1,07	1,00
27	1,18	1,41	1,19	1,38	1,00
28	1,20	1,30	1,22	1,34	1,00
29	1,35	1,33	n.d.	1,11	1,00
30	1,13	1,16	n.d.	1,01	1,00
31	1,04	n.d.	1,06	n.d.	1,00
32	1,32	1,10	n.d.	n.d.	1,00
33	1,10	1,11	n.d.	n.d.	1,00
34	1,17	1,22	n.d.	n.d.	1,00
35	1,20	n.d.	n.d.	n.d.	1,00
% dos produtos analisados nos quais cada hospital apresenta o menor preço:					
	37%	4%	30%	18%	37%

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pelas unidades hospitalares.

Nota: Inclui os 35 medicamentos com maior peso nos consumos de 2013 do HBA, num total de 39.41% dos consumos.



Anexo 8 – Cálculo da TIR do projeto (Entidade Gestora do Edifício)

DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS NA ÓPTICA DO INVESTIMENTO

Unid.: euros

Anos	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21
Itens												
RAJI	-50	-59	396	403	415	423	436	485	486	623	632	736
IRC	-146	-5 591	-8 701	-7 201	-7 859	-8 575	-8 293	-8 116	-8 575	-7 611	-7 824	-6 819
= RAJI-IRC	97	5 532	9 097	7 604	8 274	8 998	8 729	8 601	9 061	8 235	8 456	7 556
+ AR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
= Cash Flow Potencial	97	5 532	9 097	7 604	8 274	8 998	8 729	8 601	9 061	8 235	8 456	7 556
± Δ CCL ( Inv. em CCL)	<b>-4 830</b>	<b>-424</b>	<b>8 775</b>	<b>-753</b>	<b>-35</b>	<b>715</b>	<b>508</b>	<b>398</b>	<b>1 016</b>	<b>57</b>	<b>533</b>	<b>-472</b>
= Cash Flow Ajustado	4 927	5 956	322	8 357	8 309	8 283	8 221	8 204	8 044	8 177	7 922	8 028
- Inv. em Capital Fixo	<b>19 425</b>	<b>67 402</b>	<b>760</b>	<b>-398</b>	<b>-585</b>	<b>-808</b>	<b>-1 032</b>	<b>-1 066</b>	<b>-1 395</b>	<b>-938</b>	<b>-1 218</b>	<b>-952</b>
= Free Cash Flow	-14 498	-61 446	-438	8 755	8 894	9 090	9 253	9 270	9 439	9 115	9 140	8 979

(...)

Anos	31/dez/22	31/dez/23	31/dez/24	31/dez/25	31/dez/26	31/dez/27	31/dez/28	31/dez/29	31/dez/30	31/dez/31	31/dez/32	31/dez/33
Itens												
RAJI	740	689	692	746	812	861	737	1 096	1 030	1 567	1 172	1 597
IRC	-7 292	-6 955	-7 693	-6 642	-7 740	-6 514	-8 616	-6 388	-6 671	-2 771	-5 683	-1 641
= RAJI-IRC	8 032	7 644	8 386	7 387	8 551	7 376	9 353	7 484	7 700	4 338	6 855	3 238
+ AR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
= Cash Flow Potencial	8 032	7 644	8 386	7 387	8 551	7 376	9 353	7 484	7 700	4 338	6 855	3 238
± Δ CCL ( Inv. em CCL)	<b>224</b>	<b>26</b>	<b>874</b>	<b>9</b>	<b>1 358</b>	<b>412</b>	<b>2 933</b>	<b>612</b>	<b>1 707</b>	<b>-2 472</b>	<b>1 595</b>	<b>-3 103</b>
= Cash Flow Ajustado	7 809	7 619	7 511	7 379	7 193	6 964	6 419	6 871	5 994	6 810	5 260	6 341
- Inv. em Capital Fixo	<b>-1 270</b>	<b>-1 954</b>	<b>-2 379</b>	<b>-2 548</b>	<b>-2 662</b>	<b>-2 890</b>	<b>-4 190</b>	<b>-2 712</b>	<b>-3 656</b>	<b>-1 073</b>	<b>-3 851</b>	<b>-1 970</b>
= Free Cash Flow	9 079	9 572	9 890	9 927	9 855	9 854	10 609	9 584	9 650	7 883	9 112	8 311

(...)



Itens	Anos							
	31/dez/34	31/dez/35	31/dez/36	31/dez/37	31/dez/38	31/dez/39	31/dez/40	
RAJI	1 398	1 147	1 001	943	957	1 156	0	
IRC	-1 249	-4 523	3 064	733	-1 875	-1 060	429	
= RAJI-IRC	2 647	5 670	-2 063	210	2 832	2 216	-429	
+ AR	0	0	0	0	0	0	0	
= Cash Flow Potencial	2 647	5 670	-2 063	210	2 832	2 216	-429	
± Δ CCL ( Inv. em CCL)	-2 489	963	-6 250	-3 308	73	-117	1 465	
= Cash Flow Ajustado	5 136	4 706	4 187	3 518	2 759	2 333	-1 894	
- Inv. em Capital Fixo	-3 667	-5 843	-7 588	-9 000	-10 092	-10 179	-1 671	
= Free Cash Flow	8 804	10 550	11 776	12 518	12 851	12 512	-223	Anual TIR = 10,11%

Fonte: Elaboração própria tendo por base as Demonstrações Financeiras disponíveis no Anexo XXIV ao CG (Caso Base).

### DETERMINAÇÃO DA TIR DO PROJETO (CASO BASE)

Unid.: euros

Itens	Anos												
	31/dez/10	31/dez/11	31/dez/12	31/dez/13	31/dez/14	31/dez/15	31/dez/16	31/dez/17	31/dez/18	31/dez/19	31/dez/20	31/dez/21	
Cash Flow Exploração e Investimento	-14 498	-61 446	-438	8 755	8 894	9 090	9 253	9 270	9 439	9 115	9 140	8 979	

(...)

Itens	Anos												
	31/dez/22	31/dez/23	31/dez/24	31/dez/25	31/dez/26	31/dez/27	31/dez/28	31/dez/29	31/dez/30	31/dez/31	31/dez/32	31/dez/33	
Cash Flow Exploração e Investimento	9 079	9 572	9 890	9 927	9 855	9 854	10 609	9 584	9 650	7 883	9 112	8 311	

(...)

Itens	Anos							
	31/dez/34	31/dez/35	31/dez/36	31/dez/37	31/dez/38	31/dez/39	31/dez/40	
Cash Flow Exploração e Investimento	8 804	10 550	11 776	12 518	12 851	12 512	-223	

Anual  
TIR = 10,11%

Fonte: Anexo XXIV ao CG (Caso Base)



**Tribunal de Contas**

Auditoria à execução do Contrato de Gestão do **Hospital de Loures**

---



Anexo 9 – Fichas de emolumentos

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

**Emolumentos e outros encargos**  
**(D.L. nº 66/96, de 31.5)**

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Proc. nº 20/14 – Audit	
		Relatório nº 19/15 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo		
		Regime jurídico:	AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial .....	€ 119,99	0		€ 0,00
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	891	€ 78.666,39	€ 78.666,39
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				€ 78.666,39
<b>Emolumentos</b>				
<b>Limite máximo (VR) .....</b>				€ 17.164,00
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				€ 5.721,34

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

- SGHL-Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.

### Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Proc. nº 20/14 – Audit	
		Relatório nº 19/15 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	SGHL-Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.		
Entidade devedora:	SGHL-Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial .....	€ 119,99	0		€ 0,00
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	891	€ 78.666,39	€ 78.666,39
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 78.666,39</b>
<b>Emolumentos</b>				
<b>Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 5.721,33</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria







- HL-Sociedade Gestora do Edifício, S.A.

### Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Proc. nº 20/14 – Audit	
		Relatório nº 19/15 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	HL-Sociedade Gestora do Edifício, S.A.		
Entidade devedora:	HL-Sociedade Gestora do Edifício, S.A.		
Regime jurídico:			AA
			AAF
			X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial .....	€ 119,99	0		€ 0,00
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	891	€ 78.666,39	€ 78.666,39
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 78.666,39</b>
<b>Emolumentos</b>				
<b>Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 5.721,33</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria



# Tribunal de Contas

## AUDITORIA À EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO DO HOSPITAL DE LOURES



Visão

**Promover a verdade,  
a qualidade e a  
responsabilidade  
nas finanças públicas**

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

**Relatório n.º19/2015 - 2.ª Secção  
Processo n.º 20/2014 – AUDIT  
Volume III – Alegações**





## Entidades às quais foi enviado o relato para efeitos de contraditório

### Índice

1. <i>Ministra de Estado e das Finanças;</i> .....	3
2. <i>Ministro da Saúde;</i> .....	7
3. <i>Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;</i> .....	16
4. <i>Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;</i> .....	24
5. <i>Presidente do Conselho de Administração da SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.;</i> .....	73
6. <i>Presidente do Conselho de Administração da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.</i> .....	86
<i>Respostas obtidas no âmbito de audição, na qualidade de partes interessadas não auditadas, às seguintes entidades:</i> .....	
7. <i>Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE;</i> .....	89
8. <i>Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, EPE;</i> .....	90
9. <i>Presidente do Conselho de Administração da Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.;</i> .....	92



## 1. Ministra de Estado e das Finanças;

 GOVERNO DE PORTUGAL |  MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

28.ABR15 00561

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor José Manuel Monteiro da Silva  
M. I. Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
Of. 4321	23-03-2015	Ent. 2464/2015 Proc. 12.01	27-04-2015

**ASSUNTO:** Relato de Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures

Exmo. Senhor Juiz Conselheiro,

Encarrega-me S.E. a Ministra de Estado e das Finanças de enviar a V.Exa. as alegações tidas por convenientes, para efeitos de exercício de contraditório relativo ao Relato de Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete

  
Cristina Sofia Dias

C/c: MS e SEF

/AP

BGTC 28 4\*15 7096



Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças  
Av. Infante D. Henrique, 1, 1149-009 Lisboa, PORTUGAL  
TEL + 351 21 881 68 00 FAX + 351 21 881 68 62 EMAIL gcb.mfomf.gov.pt www.portugal.gov.pt



## RELATO DE AUDITORIA À EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO DO HOSPITAL DE LOURES (Resposta apresentada para efeitos de exercício do contraditório)

A auditoria realizada pelo Tribunal de Contas à execução do contrato de gestão do hospital de Loures incidiu sobre os anos de 2010 a 2013, tendo examinado o desempenho das Entidades Gestoras do Estabelecimento e do Edifício Hospitalar e da Entidade Pública Contratante.

Conforme refere o TdC, a auditoria teve por objetivos principais:

- (i) avaliar a sustentabilidade da parceria;
- (ii) avaliar o desempenho do estabelecimento hospitalar; e
- (iii) avaliar a atuação da Entidade Pública Contratante, em todos os casos, na vertente da contratualização anual da produção, monitorização da produção e respetivo pagamento .

Neste contexto, importa destacar que o conteúdo do Relato do Tribunal de Contas abarca um leque variado de matérias cuja análise e avaliação está cometida a várias entidades. Na presente resposta, pretende-se sinalizar ao Tribunal de Contas alguns dos aspetos relativamente às recomendações apresentadas à Ministra de Estado e das Finanças.

### Recomendação 1

*"Prever nos Instrumentos contratuais que suportem futuras negociações contratuais de PPP em saúde, a obrigatoriedade de atualização periódica do modelo financeiro da parceria".*

Importa, antes de mais, aqui referir que, na perspetiva do parceiro público, o Contrato de Gestão relativamente ao estabelecimento hospitalar, já consagra um mecanismo de proteção do interesse do parceiro público ao prever um mecanismo de revisão da remuneração, com revisão anual da produção esperada e um pagamento de reconciliação que permite o ajustamento da mesma à produção efetivamente verificada.



De facto, através do mesmo é permitido ao parceiro público pagar apenas o serviço que é efetivamente prestado e na medida do mesmo.

Tal enquadramento contratual é, assim, largamente vantajoso face a um cenário diferente que previsse uma atualização ("obrigatória") da remuneração e dos pagamentos devidos pelo parceiro público perante o previsto originariamente no modelo financeiro (caso base).

Mais se recorde que, à semelhança do que acontece nas demais PPP do setor da saúde, nesta parceria relativa à gestão do estabelecimento do Hospital de Loures é clara a alocação do risco de procura ao parceiro privado, pressuposto esse que seria colocado em crise se se admitisse - fora dos cenários atualmente previstos no contrato - uma revisão ("atualização") periódica obrigatória do modelo financeiro aplicável à parceria.

Por fim, ainda no sentido de reforçar este ponto, mais uma vez na perspetiva do parceiro público, o sistema de remuneração e a alocação do risco de procura, bem como os casos em que se admite contratualmente uma revisão do modelo financeiro, foram aceites pelo parceiro privado.

## Recomendação 2

*"Providenciar pela elaboração de um estudo que avalie os efeitos da abertura do Hospital Beatriz Ângelo no financiamento, na estrutura e na atividade das unidades hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo cujas áreas de influência este veio, parcialmente, substituir."*

Esta recomendação consubstancia, naturalmente, um enquadramento predominantemente setorial. No entanto, na nossa perspetiva, deve recordar-se, primeiramente, que, no seio do lançamento de novas PPP, seja com o enquadramento legal atualmente vigente, seja no contexto do anterior enquadramento legal, o estudo e o impacto da abertura de uma nova unidade hospitalar foi feito previamente ao lançamento da parceria e será efetuada nas novas parcerias a lançar.



Para além disso, e com maior relevância, cumpre destacar também aqui o que anteriormente se mencionou relativamente à forma como foi alocado o risco de procura desta parceria (e das demais parcerias no setor da saúde).

Com efeito, o sistema de remuneração da entidade gestora pelo parceiro público prevê um mecanismo que permite a este pagar apenas a produção efetivamente realizada.

Ademais, insista-se, novamente, que o sistema de remuneração e esta alocação do risco de procura foram devidamente contratualizados e aceites pelo parceiro privado.

Deverá, nestes termos, ser devidamente ponderada a oportunidade de, nesta fase de execução do contrato, se realizar um estudo conforme proposto pelo TdC, sendo que tal poderia ter por efeito, por um lado, colocar em questão a alocação do risco de procura anteriormente mencionada, com prejuízo para o parceiro público, e, por outro lado, gerar incerteza e conflitualidade na execução e interpretação do contrato.





## 2. Ministro da Saúde;

Ofício: 11. 3892  
Data: 22-04-2015



GOVERNO DE  
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exm.º Senhor  
Juiz Conselheiro José Fernandes Farinha Tavares  
Diretor-Geral do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

Sua referência  
Ofício n.º 4322  
DAVI - UAT.1  
Proc. n.º 20/2014 - Audit

Sua comunicação  
23.03.2015

Nossa referência  
Entrada - 4010|2015  
Processo - 126|2015

**ASSUNTO: Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures**

Na sequência da notificação por parte do Excelentíssimo Diretor-Geral do Tribunal de Contas para, *"no prazo de 10 dias úteis, apresentar nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, as alegações que tiver por convenientes referentes ao salientado no relato de auditoria, de que se junta cópia, em especial no que concerne às conclusões e recomendações"*, prazo posteriormente prorrogado por mais 10 dias úteis, encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de informar o seguinte:

De acordo com o Relato de Auditoria constitui projeto de recomendações *"à Ministra de Estado e das Finanças e ao Ministro da Saúde"*,

- i. Prever, nos instrumentos contratuais que suportem futuras negociações contratuais de PPP em saúde a obrigatoriedade da atualização periódica do modelo financeiro da parceria.*
- ii. Providenciar pela elaboração de um estudo que avalie os efeitos da abertura do Hospital Beatriz Ângelo no financiamento, na estrutura, e na atividade das unidades hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo cujas áreas de influência este veio, parcialmente, substituir.*

Ainda de acordo com o mesmo Relato de Auditoria constitui projeto de recomendações *"ao Ministro da Saúde"*,

NS\*

Gabinete do Ministro da Saúde  
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1069-062 Lisboa, PORTUGAL  
TEL + 351 21 338 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt



- iii. *Diligenciar, junto da Administração Central do Sistema de Saúde, pela realização de auditorias para validação da atividade de codificação clínica desenvolvida pela Entidade Gestora do Estabelecimento, por forma a assegurar que o índice case mix resultante dessa atividade corresponde efetivamente à casuística dos atendimentos na unidade hospitalar.*
- iv. *Aproveitar a experiência adquirida ao longo da execução dos contratos de PPP em saúde para promover o estudo da revisão do modelo de acompanhamento e controlo da execução do contrato de gestão, considerando a simplificação do modelo contratual com a consequente demonstração quantitativa da redução de custos para o contribuinte para as entidades gestoras.*
- v. *Determinar a extensão à generalidade dos hospitais do SNS a obrigatoriedade de monitorização dos indicadores de desempenho de resultado previstos nos Contratos de Gestão das PPP, por forma a aprofundar o processo de benchmarking ao nível do SNS e a garantir a adequada exigência dos objetivos anuais definidos para as entidades gestoras dos estabelecimentos em PPP.*
- vi. *Diligenciar no sentido de garantir que os indicadores de performance avaliados no âmbito da execução dos Contratos de Gestão das PPP são comparados com os de unidades hospitalares comparáveis, ainda que as mesmas façam parte integrante de Centros Hospitalares. A mera comparação com indicadores de Centros Hospitalares, possivelmente onerados pelas ineficiências das unidades hospitalares de menor dimensão que os compõem, limita a exigência e a utilidade do processo de benchmarking.*
- vii. *Diligenciar pela realização e publicitação dos inquéritos de satisfação dos utentes das unidades hospitalares do SNS, por forma a contribuir para o necessário benchmarking entre as unidades hospitalares.*
- viii. *Promover a colaboração da ACSS, IP, da ARSLVT, IP e da Entidade Gestora do Estabelecimento, no sentido de ultrapassar os constrangimentos existentes no reporte da informação relativa às listas de espera para a cirurgia, no âmbito do SIGIC.*

Antes de entrarmos na análise das Recomendações, importa efetuar algumas referências às conclusões enunciadas pelo Relato, nomeadamente no que se refere a Indicadores de eficiência, indicadores assistenciais e à avaliação global do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento.

Assim, e no que se refere aos indicadores de referência, sublinha-se que, a conclusão evidenciada pelo Relato sobre o financiamento por doente padrão no Hospital de Loures ter sido, em 2013, o mais elevado quando comparado



com o grupo de hospitais selecionados para efeitos de *benchmarking*, não terá tido em conta que nos Contratos de Gestão em regime PPP os preços pagos pela prestação de cuidados de saúde são os únicos encargos do Estado, o que não acontece no caso dos hospitais, EPE.

Também numa ótica de gastos operacionais por doente padrão, o Relato do Tribunal de Contas conclui que o valor apurado para o Hospital de Loures, em 2013, foi superior ao verificado em várias entidades públicas empresariais. No entanto, salienta-se que, na amostra dos hospitais selecionados, não foram tidos em conta no grupo de hospitais considerados para efeitos de *benchmarking* (o Centro Hospitalar de Leiria (CHL), o Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA) e o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV)) e que, dessa forma, não são diretamente comparáveis com o Hospital de Loures.

De referir ainda que, conforme constata o Relato ao nível do indicador "gastos operacionais por doente padrão", é o Hospital de Loures que apresenta o valor mais baixo do grupo de hospitais geridos diretamente pelo Estado para efeitos de *benchmarking*, sendo destes o CHL o mais eficiente.

Por outro lado, também não pode deixar de se referir que, o indicador "gastos operacionais por doente padrão" é um indicador que apenas terá relevância para a Entidade Gestora do Estabelecimento, no sentido de desencadear as medidas necessárias para ser mais eficiente e, com isso, melhorar a sua performance económico-financeira. Ou seja, do ponto de vista do Estado, a maior ou menor eficiência do parceiro privado não impacta nos encargos do Estado, cujos preços pagos pela produção realizada então fixados contratualmente.

Ainda assim, para o Ministério da Saúde também importa avaliar o sucesso de uma PPP, entre vários fatores, nomeadamente no que se refere ao impacto que os resultados económico-financeiros do parceiro privado tem na sustentabilidade do projeto objeto da parceria, bem como na capacidade de remunerar os seus acionistas - e neste aspeto, realça-se, como o próprio Relato também faz, o esforço da Entidade Gestora do Estabelecimento no sentido de inverter os resultados económico-financeiros.

Já relativamente aos indicadores assistenciais, de entre eles o da demora média no internamento, que de acordo com o Relato, em 2013, se situou nos 7,1 dias, ultrapassando de forma considerável a demora média verificada no hospital público com a melhor performance neste indicador, importa referir que o Hospital de Loures apresenta a complexidade (índice case-mix) de atividade no internamento mais elevada entre os hospitais geridos diretamente pelo Estado que foram considerados para efeitos de análise de *benchmarking*, facto que, naturalmente, tem um impacto direto nos resultados da demora média no internamento.



No que se refere à taxa de cirurgias realizadas em ambulatório sublinha-se a constatação por parte do Relato de que o Hospital de Loures, em 2013, apresentou a maior taxa de entre o grupo de hospitais geridos diretamente pelo Estado que foram considerados para efeitos de análise de *benchmarking*, assim como, relativamente ao acesso aos cuidados de saúde cirúrgicos, se constatou que o Hospital de Loures não apresentou constrangimentos assinaláveis, verificando-se que os tempos médios de espera efetivos permaneceram abaixo dos limiares máximos definidos.

Concluiu o Relato, relativamente ao acesso às primeiras consultas, que o Hospital de Loures apresentou debilidades, na medida em que o tempo médio de espera em lista para primeira consulta aumentou de 71 dias (em 2012), para 134 (para 2013). Ora, não obstante se registe essa evolução, importa salientar que de acordo com a Portaria n.º 1528/2008, de 26 de dezembro, o Tempo Máximo de Espera de Resposta Garantido para a realização de primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde, com prioridade "normal" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar, é de 150 dias seguidos, a partir do registo do pedido de consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.

Relativamente aos atendimentos no serviço de urgência, no âmbito do qual o Relato constatou que o Hospital de Loures registou uma percentagem de 26% de atendimentos que excederam os tempos máximos recomendados, e não obstante se tenha registado esse resultado que, numa primeira vista revela alguma incapacidade do serviço de urgência, não pode deixar de se salientar que este hospital não constitui um hospital de substituição, e por isso, está sujeito a uma maior incerteza e ao gradual ajustamento da procura nos primeiros anos de atividade, para além de que o ano de 2013, como primeiro ano completo de atividade, foi ainda um ano de ajustamentos de afetação de recursos humanos, de verificação de necessidades e da análise do comportamento da população a uma nova oferta de cuidados de urgência hospitalar.

Da mesma forma, no que se refere à produção anual contratada, que de acordo com o Relato registou um aumento significativo de atividade em todas as linhas de produção, também terá relevância o facto do Hospital de Loures não ser de substituição e, como tal, estar sujeito a uma maior incerteza e ao gradual ajustamento da procura nos primeiros anos de atividade.

Finalmente, e no que se refere à avaliação global do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento e de satisfação dos utentes, sublinham-se os elevados padrões de qualidade e de qualidade percebida, constatada no Relato. A par, evidencia-se também o facto do Relato, relativamente à Entidade Gestora do Edifício, não registar desvios significativos entre o projetado e o executado que resultassem de uma gestão desajustada, conferindo esta componente da gestão clínica, não comprometendo a continuidade da prestação do serviço público de saúde.



Em suma, depois de analisadas as principais conclusões relatadas, o Ministério da Saúde considera que o resultado da auditoria é globalmente positivo, tendo em conta que (i) se verificaram elevados padrões de qualidade nos indicadores de avaliação global da Entidade Gestora do Estabelecimento e da satisfação dos utentes; (ii) a inexistência de um nível de conflitualidade entre os parceiros que ameace a normal execução do Contrato; (iii) a evidência de uma recuperação dos resultados económico-financeiros da Entidade Gestora do Estabelecimento; (iv) o aumento significativo da atividade indicando a estabilização dos níveis de produção de acordo com o previsto; (v) que a auditoria realizada pelo Tribunal de Contas incide sobre os dois primeiros anos de atividade, verificando-se, desta forma, uma margem considerável no sentido de se alcançarem os objetivos que estiveram subjacentes ao lançamento desta PPP e respetiva adjudicação do Contrato de Gestão.

Não obstante, e no que se refere ao projeto de Recomendações, nomeadamente à proposta de recomendação no sentido de *“prever, nos instrumentos contratuais que suportem futuras negociações contratuais de PPP em saúde, a obrigatoriedade da atualização periódica do modelo financeiro da parceira”*, o Ministério da Saúde antecipa a sua concordância.

Cabe aliás aqui referir que a ausência de uma tal obrigatoriedade no Contrato de Gestão do Hospital de Loures, ao contrário do que acontece no âmbito das parcerias público-privadas hospitalares do Hospital de Braga e do Hospital de Vila Franca de Xira, resultou da documentação concursal para lançamento desta parceria, determinada pela Comissão de Acompanhamento nomeada para a sua prestação.

No entanto, o Ministério da Saúde concorda com a previsão nos Contratos de Gestão de parcerias público-privadas em saúde da obrigatoriedade de atualização anual do Modelo Financeiro pelas Entidades Gestoras, sem encargos para a Entidade Pública Contratante, que consubstancia um importante instrumento para o acompanhamento e fiscalização da performance económico-financeira das parcerias público-privadas hospitalares pelo Estado, sendo tal importância evidenciada pela experiência existente no caso da PPP referente ao Hospital de Vila Franca de Xira.

Assim, o Ministério da Saúde concorda com a proposta de Recomendação i. realizada no Relato.

Também no que se refere à Recomendação expressa na alínea ii., *“providenciar pela elaboração de um estudo que avalie os efeitos da abertura do Hospital Beatriz Ângelo no financiamento, na estrutura, e na atividade das unidades hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo cujas áreas de influência este veio, parcialmente, substituir”*, entende o Ministério da Saúde que a mesma é adequada.

No entanto, não pode deixar de referir que o cumprimento da mesma implica a recolha de um conjunto significativo de informação relativamente a diversas



unidades hospitalares, o processamento dessa informação de acordo com a metodologia desenvolvida para o efeito e, por fim, a análise detalhada e aprofundada dos resultados obtidos, sendo que o Ministério da Saúde já se encontra a realizar um relevante trabalho de avaliação da oferta hospitalar na região de Lisboa, que permitirá conformar-se à recomendação proposta.

Da mesma forma, e relativamente à proposta de Recomendação constante na alínea iii, de *“Diligenciar, junto da Administração Central do Sistema de Saúde, pela realização de auditorias para validação da atividade de codificação clínica desenvolvida pela Entidade Gestora do Estabelecimento, por forma a assegurar que o índice de case mix resultante dessa atividade correspondente efetivamente à casuística dos atendimentos na unidade hospitalar”*, importa sublinhar que a ACSS, IP, realizou, no ano de 2013, duas auditorias à Base de Dados dos GDH de 2012, estando programadas para 2015 auditorias às Bases de Dados de 2013 e 2014, o que permite concluir pela adequação à proposta de Recomendação feita.

Já no que se refere à proposta de Recomendação de *“Aproveitar a experiência adquirida ao longo da execução dos contratos de PPP em saúde para promover o estudo da revisão do modelo de acompanhamento e controlo da execução do contrato de gestão, considerando a simplificação do modelo contratual com a consequente demonstração quantitativa da redução de custos para o contribuinte e para as entidades gestoras”*, não obstante não se identifiquem quais os fundamentos que terão justificado a sua proposta, o momento oportuno para uma eventual ponderação no sentido de uma simplificação contratual, será o da realização dos estudos de renovação do Contrato de Gestão, designadamente no que se refere ao desenvolvimento da atividade assistencial, com as inerentes modificações sobre o modelo de acompanhamento e controlo da execução do Contrato de Gestão.

E isto porque, por um lado, de acordo com o próprio Relato sob análise, *“os procedimentos de controlo instituídos pela EPC/ARSLVT asseguram o cumprimento operacional da monitorização da execução do Contrato de Gestão do Hospital Beatriz Ângelo, reforçado pela contratação de consultores externos para apoio a essa monitorização”* (v. página 92 do Desenvolvimento (Volume II) do Relato), sendo que o modelo de acompanhamento e controlo da execução do Contrato de Gestão em aplicação em que a Administração Regional de Saúde participa, na qualidade de Entidade Pública Contratante, está contratualmente determinado, compreendendo um conjunto vasto e articulado de poderes, que lhe estão cometidos, e que, conforme reconhecido pelo Relato, têm possibilitado o alcance dos fins visados, nomeadamente, de verificação do cumprimento do Contrato pelas Entidades Gestoras e de salvaguarda da regularidade, da continuidade e da qualidade das prestações de saúde, bem como da comodidade e da segurança dos Utentes.

Repare-se que, de entre os poderes atribuídos à Entidade Pública Contratante, de que a Gestora do Contrato constitui importante apoio e meio de operacionalização do acompanhamento e controlo da execução do



Contrato, encontram-se os poderes de inspeção e fiscalização da atividade desenvolvida pelas Entidades Gestoras, de fiscalização da execução do Contrato e do integral cumprimento, por aquelas, dos deveres e obrigações a que estão vinculadas nos termos do Contrato, de determinação da realização de inspeções e auditorias à atividade das Entidades Gestoras, de solicitar informações sobre a atividade assistencial e o atendimento dos Utentes, e os poderes de acompanhamento de forma sistemática a execução do Contrato, estabelecendo sistemas de alerta relativamente aos indicadores neste previstos, bem como de emissão de diretivas a cujo respeito as Entidades Gestoras ficam vinculadas (cf. Cláusula 16.ª do Contrato de Gestão).

A par desses poderes, relevam, ainda, para efeitos de acompanhamento e controlo da execução do Contrato de Gestão, as obrigações das Entidades Gestoras de informação periódica, melhor sistematizadas na Cláusula 18.ª do Contrato.

De referir que, no espaço de tempo que decorreu desde a celebração do Contrato de Gestão são inúmeros os exemplos de adequação e suficiência do modelo de acompanhamento e controlo da execução do Contrato de Gestão implementado.

Por outro lado, importa ainda salientar que a aplicação aos Contratos de Gestão já celebrados e em execução de qualquer simplificação do modelo contratual carece da abertura de procedimento de modificação objetiva do Contrato de Gestão, o qual obedece à disciplina e depende da verificação dos pressupostos exigidos nos termos da Cláusula 110.ª do contrato de Gestão e previstos nos artigos 20.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, que aprovou o novo regime jurídico de parcerias público-privadas.

Pelo exposto, e não obstante, o Ministério da Saúde considere adequada a recomendação de ponderar uma eventual simplificação do modelo de acompanhamento e controlo de execução do contrato de gestão, só o poderá considerar aquando da realização dos estudos de renovação do Contrato de Gestão em causa.

Para além disso, importa ainda referir que, também a avaliação do *Value for Money* sempre será efetuada a par da avaliação pelo Ministério da Saúde da decisão de renovação das parcerias público-privadas hospitalares e dos termos em que, a ocorrer, esta deverá ser efetuada, sendo que tal estudo dará prioridade às parcerias público-privadas hospitalares com um maior número de anos de execução, ou seja, o Hospital de Cascais e o Hospital de Braga.

Na medida em que, os Contratos de Gestão relativos às Entidades Gestoras do Estabelecimento (na vertente da prestação de serviços clínicos) têm um prazo de 10 anos com possibilidade de duas renovações por períodos não superiores a 10 anos cada uma, não podendo o prazo global ultrapassar o prazo total do Contrato de Gestão na vertente infraestrutural relativa à Entidade Gestora do Edifício, e tendo o Contrato de Gestão relativo ao Hospital de Cascais



produzido efeitos em 2008, a Entidade Pública Contratante deverá manifestar a sua intenção de renovação até 2016, seguindo-se a PPP do Hospital de Braga em 2017, e posteriormente, o Hospital de Vila Franca de Xira em 2019 e o Hospital de Loures em 2020.

Quanto à proposta de Recomendação de *“Determinar a extensão à generalidade dos hospitais do SNS a obrigatoriedade de monitorização dos indicadores de desempenho de resultado previstos nos Contratos de Gestão das PPP, por forma a aprofundar o processo de benchmarking ao nível do SNS e a garantir a adequada exigência dos objetivos anuais definidos para as entidades gestoras dos estabelecimentos em PPP”*, o Ministério da Saúde antecipa a sua concordância com a mesma, até porque a mesma vai ao encontro do esforço de avaliação comparativa que vem sendo levado a cabo, nomeadamente pela ACSS, IP, no sentido de criar ferramentas que permitam uma análise de *benchmarking* entre instituições hospitalares do SNS, com especial destaque para (i) o desenvolvimento de uma metodologia de *benchmarking* que procedeu à revisão do cálculo de doente padrão e engloba as quatro entidades com Contrato de Gestão em regime PPP e (ii) para a criação do microsite *“Monitorização do Serviço Nacional de Saúde”*, que reúne informação dos hospitais do Setor Empresarial do Estado e dos hospitais em regime de PPP.

Assim, reconhece-se a relevância de alargar à generalidade dos hospitais do SNS a monitorização dos indicadores de desempenho de resultado contratualizados com os hospitais PPP, não obstante esse seja um projeto complexo, nomeadamente no que se refere e com uma considerável alocação de recursos que necessitará de ser avaliado e devidamente planeado.

Também no que se refere à proposta de Recomendação indicada em vi. de *“diligenciar no sentido de garantir que os indicadores de performance avaliados no âmbito da execução dos Contratos de Gestão das PPP são comparados com os de unidades hospitalares comparáveis, ainda que as mesmas façam parte integrante de Centros Hospitalares. A mera comparação com indicadores de Centros Hospitalares, possivelmente onerados pelas ineficiências das unidades hospitalares de menor dimensão que os compõem, limita a exigência e a utilidade do processo de benchmarking”*, o Ministério da Saúde concorda com a mesma, mais se antecipando que a ACSS, IP, se encontra já a desenvolver os procedimentos necessários à concretização dessa proposta.

Já no que se refere à proposta de Recomendação VII. de *“diligenciar pela realização e publicitação dos inquéritos de satisfação dos utentes das unidades hospitalares do SNS, por forma a contribuir para o necessário benchmarking entre as unidades hospitalares”* mais uma vez a proposta vem ao encontro do trabalho realizado no sentido de uma avaliação comparativa das suas unidades hospitalares, de que é exemplo a criação pela Entidade Reguladora da Saúde, no âmbito das suas atribuições de regulação, do SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, enquanto sistema da avaliação da





qualidade global dos serviços de saúde em Portugal continental, que, para além do mais, permitirá obter mais informação, necessária à concretização da proposta de Recomendação.

Finalmente, e no que se refere à proposta de Recomendação viii “*promover a colaboração da ACSS, IP, da ARSLVT, IP e da Entidade Gestora do Estabelecimento, no sentido de ultrapassar os constrangimentos existentes no reporte da informação relativa às listas de espera para cirurgia, no âmbito do SIGIC*”, informa-se que, os constrangimentos verificados foram já ultrapassados.

De facto, e de acordo com as informações recolhidas junto da Administração Regional de Saúde, IP, esta tem vindo a acompanhar a articulação havida entre a Entidade Gestora do Estabelecimento e a Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, a funcionar junto da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, o que permitiu que a Entidade Gestora procedesse já à atualização dos dados relativos às listas de espera para cirurgia, no âmbito do SIGIC, na plataforma em utilização para efeitos da gestão da Lista de Inscritos em Cirurgia.

Assim, e embora o Ministério da Saúde registe a recomendação proposta nos termos do Relato, sublinha o esforço de ultrapassar os referidos constrangimentos levado a cabo por várias instituições do Ministério da Saúde, em articulação com a SGHL, sendo disso exemplo a recente atualização dos registos do Hospital Beatriz Ângelo na plataforma SIGLIC, com um impacto bastante significativo (a regularização de 1.454 episódios, já intervencionados mas permanecendo como em espera no SIGLIC, contribuiu para a redução do tempo médio de espera do Hospital de Loures de 214,7 dias para 88,2 dias, ou seja, o segundo melhor tempo da ARSLVT, excluídas as unidades especializadas Instituto Português de Oncologia de Lisboa - Dr. Francisco Gentil, E.P.E., e Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto).

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

(Luís Vitório)



### 3. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;



Síntese: Of. 4314, de 23.03.2015

Nºreferência: 4017/2015/DFI/UGR Coord./ACSS

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinheiro  
Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

**Assunto:** Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures - Proc. n.º 20/2014 - Audit.  
Direção-Geral do Tribunal de Contas. Alegações.

Na sequência do vosso ofício n.º 4314, de 23.03.2015, notificando esta Administração Central do Relato da auditoria acima mencionada, vimos apresentar os comentários deste Instituto, em especial quanto às conclusões proferidas, bem como quanto às recomendações dirigidas ao Conselho Diretivo:

#### A. Entidade Gestora do Estabelecimento (vertente clínica)

##### 1. Indicadores de eficiência

Conclui o Tribunal de Contas que o financiamento por doente padrão tratado no Hospital de Loures foi, em 2013, o mais elevado [2.597 Euros] quando comparado com o grupo de hospitais selecionados para efeitos de benchmarking, nomeadamente o Centro Hospitalar de Leiria, EPE [“CHL”], o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE [“CHAA”] e o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE [“CHEDV”]. Com efeito, os montantes apurados para estes três hospitais sob gestão pública direta foram de 2.226 Euros [- 14%] no CHL, 2.341 Euros [- 10%] no CHAA e 2.430 Euros [- 6%] no CHEDV.

Sobre esta conclusão evidenciada pelo Tribunal de Contas importa, contudo, ressaltar que nos Contratos de Parceria Público-Privada [“PPP”], os preços pagos pela prestação de cuidados de saúde são os únicos encargos do Estado enquanto, no caso dos hospitais EPE, o modelo de financiamento e respetivos preços pode ser insuficiente para cobrir a estrutura de custos, ou





seja, os défices gerados por esta situação acrescem aos encargos do Estado. Acresce ainda salientar que os preços acordados nos Contratos PPP refletem o valor proposto pelos parceiros privados para fazer face a todos os encargos que decorrem das suas atividades (operacionais e financeiros) e, tendo ainda, uma perspetiva de obter uma determinada rentabilidade acionista.

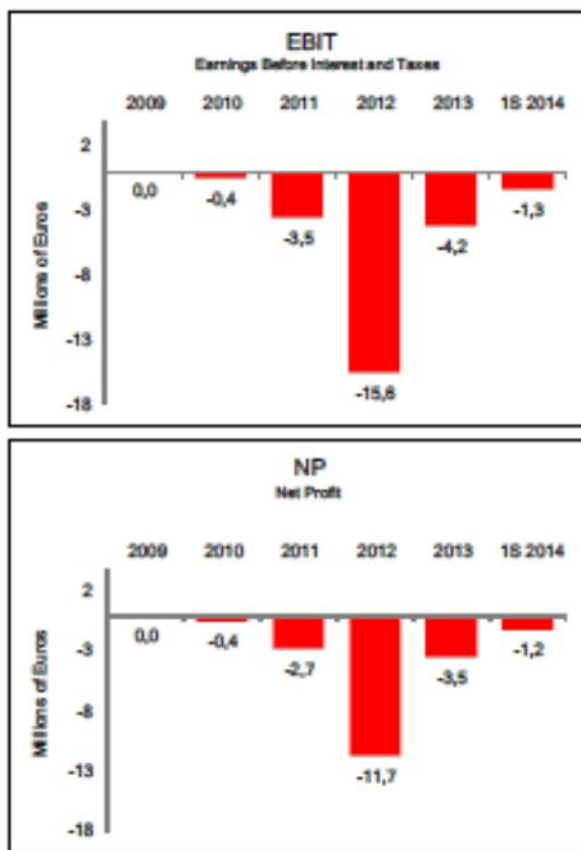
Numa ótica de gastos operacionais por doente padrão, o Relatório do Tribunal de Contas conclui que o valor apurado para o Hospital de Loures em 2013 [2.561 Euros] foi superior ao verificado em várias entidades públicas empresariais, destacando os valores registados no Hospital Garcia de Orta, EPE, no Centro Hospitalar de S. João, EPE, no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE e no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE, com custos, respetivamente, de 2.415 Euros [- 6%], 2.444 Euros [- 5%], 2.454 Euros [- 4%] e 2.532 Euros [- 1%].

Em relação à conclusão referida no parágrafo anterior, importa salientar dois aspetos:

- (i) O primeiro prende-se com a amostra de hospitais selecionados que não foram tidos em conta no grupo de hospitais considerados para efeitos de benchmarking [CHL, CHAA e CHEDV] e que, dessa forma, não são diretamente comparáveis com o Hospital de Loures. Consta, aliás, o Tribunal de Contas que ao nível do indicador "gastos operacionais por doente padrão", é o Hospital de Loures que apresenta o valor mais baixo [2.561 Euros] do grupo de hospitais geridos diretamente pelo Estado para efeitos de benchmarking, sendo, destes, o CHL o mais eficiente com um valor de 2.569 Euros;
- (ii) Por outro lado, embora se considere relevante para efeitos de análise, salienta-se que os gastos operacionais por doente padrão é um indicador que importa sobretudo à Entidade Gestora do Estabelecimento no sentido de desencadear as medidas necessárias para ser mais eficiente e, com isso, melhorar a sua performance económico-financeira. Ou seja, do ponto de vista do Estado, a maior ou menor eficiência do parceiro privado não impacta nos encargos do Estado cujos preços pagos pela produção realizada estão fixados contratualmente. Os Contratos PPP têm uma lógica de outputs [resultados] e não de inputs [recursos alocados à atividade]. Não obstante, entendemos igualmente que o sucesso de uma PPP, entre vários fatores, também deve ser avaliado pelos resultados económico-financeiros do parceiro privado e, conseqüentemente, o impacto que os mesmos têm na sustentabilidade do projeto objeto da parceria bem como na capacidade



de remunerar os seus acionistas. A este respeito, destacamos o esforço da Entidade Gestora do Estabelecimento no sentido de inverter os resultados económico-financeiros, conforme se ilustra nos gráficos seguintes relativos aos resultados operacionais ["EBIT"] e resultados líquidos ["NP"]:



2. Indicadores assistenciais

No que concerne à demora média no internamento, conclui o Tribunal de Contas que a mesma situou-se, em 2013, nos 7,1 dias ultrapassando de forma considerável a demora média





verificada no hospital público com a melhor performance neste indicador [CHL com 4,8 dias]. Ainda assim, destaca o Tribunal de Contas que se verificou uma evolução positiva neste indicador no Hospital de Loures na medida em que, em 2012, a demora média no internamento havia sido de 7,3 dias. Como bem salienta o Relatório de Auditoria, é importante referir que Hospital de Loures apresenta a complexidade [índice case-mix] de atividade no internamento mais elevada entre os hospitais geridos diretamente pelo Estado que foram considerados para efeitos de análise de benchmarking, facto este que impacta diretamente nos resultados de demora média no internamento.

Em relação à taxa de cirurgias realizadas em ambulatório, assinala-se que, em 2013, o Hospital de Loures apresenta a maior taxa [53%] de entre o grupo de hospitais geridos diretamente pelo Estado que foram considerados para efeitos de análise de benchmarking [CHEDV: 51%; CHL: 52%; CHAA: 55%]. De referir ainda que, para efeitos de análise de benchmarking, o Tribunal de Contas incluiu ainda as PPP de Cascais e de Vila Franca de Xira tendo as mesmas apresentado, respetivamente, percentagens de 70% e 60%, evidenciando que o Hospital de Loures apresenta a segunda maior percentagem de entre as 5 unidades hospitalares comparadas.

Quanto ao acesso aos cuidados de saúde cirúrgicos, conclui o Tribunal de Contas que o Hospital de Loures não apresenta constrangimentos assinaláveis, tendo-se verificado que os tempos médios de espera efetivos permaneceram abaixo dos limites máximos definidos, com uma média de 49 dias de espera ao longo do período. Ainda assim, 2,9% das cirurgias foram realizadas para além do tempo máximo de espera definido, valor superior ao registado na unidade hospitalar pública do grupo de benchmarking com o melhor desempenho, o CHL com 1,7% [- 1,2 pontos percentuais].

Relativamente ao acesso às primeiras consultas, considera o Tribunal de Contas que o Hospital de Loures apresenta debilidades, tendo o tempo médio de espera em lista para primeira consulta aumentado de 2012 [71 dias] para 2013 [134 dias]. Estes resultados comparam negativamente com o hospital gerido diretamente pelo Estado com tempos de espera mais baixos, nomeadamente o CHEDV com 79 dias de espera em 2012 e 80 dias em



2013. Muito embora não seja aferível a metodologia utilizada pelo Tribunal de Contas do ponto de vista da "prioridade" da realização da primeira consulta, salienta-se que de acordo com a Portaria n.º 1528/2008, de 26 de dezembro, o Tempo Máximo de Resposta Garantido [TMRG<sup>2</sup>] para a realização primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde, com prioridade «normal» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar, é de 150 dias seguidos a partir do registo do pedido de consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.

No que diz respeito aos atendimentos no serviço de urgência, destaca o Tribunal de Contas que, em 2013, o Hospital de Loures registou uma percentagem de 26% de atendimentos que excederam os tempos máximos recomendados. Efetivamente, este resultado revela alguma incapacidade do serviço de urgência em dar resposta de uma forma atempada, em particular quando comparado com CHEDV que apresentou uma percentagem de 4%. Ainda assim, o Hospital de Loures apresentou uma percentagem inferior à verificada no CHAA (> 30%) e semelhante à evidenciada na PPP de Vila Franca de Xira. A este respeito, ressaltou a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP [ARS LVT<sup>3</sup> ou "EPC"] (i) o facto do Hospital de Loures não ser de substituição e, como tal, estar sujeito a uma maior incerteza e ao gradual ajustamento da procura nos primeiros anos de atividade e, (ii) que sendo 2013 o primeiro ano completo de atividade foi ainda um ano de ajustamentos de afetação de recursos humanos, de verificação das necessidades – análise da produção contratada vs. produção realizada – e de análise do comportamento da população a uma nova oferta de cuidados de urgência hospitalar.

Do ponto de vista da produção anual contratada, de registar o facto de, entre 2012 e 2014, a mesma ter resultado sempre com o acordo entre as partes [não sendo necessária a determinação unilateral por parte da EPC], apesar dos níveis de atividade terem sido inferiores aos previstos no modelo financeiro da parceria, particularmente nas linhas de produção do internamento e cirurgia de ambulatório e da urgência (atendimentos urgentes), que representaram, entre 2012 e 2014, em média, 80% da remuneração contratada. Em termos de produção efetivamente realizada, em 2012, ano de início de atividade, foi 38% inferior à acordada com a EPC. Contudo, em 2013 e a partir desse ano, todas as linhas de produção



registaram significativos aumentos de atividade, indiciando a estabilização dos níveis de produção de acordo com o previsto. Sobre esta matéria, alude-se novamente ao referido anteriormente relativamente ao facto do Hospital de Loures não ser de substituição e, como tal, estar sujeito a uma maior incerteza e ao gradual ajustamento da procura nos primeiros anos de atividade.

### 3. Avaliação global do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento

De assinalar que os indicadores de avaliação global da Entidade Gestora do Estabelecimento, bem como de satisfação dos utentes, revelam elevados padrões de qualidade e de qualidade percebida, ressalvando o Tribunal de Contas que não existem dados apurados pelo Ministério da Saúde para realizar um benchmarking adequado com as restantes unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Conforme já foi evidenciado por esta Administração Central em anteriores análises e auditorias do Tribunal de Contas e outros Contratos PPP, importa notar o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido no sentido de criar ferramentas que permitam uma análise de benchmarking entre instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde ["SNS"], designadamente através do desenvolvimento de uma metodologia de benchmarking que procedeu à revisão do cálculo de doente padrão e que engloba as quatro entidades com Contrato de Gestão em regime PPP, realçando-se ainda a criação do microsite "Monitorização do Serviço Nacional de Saúde" que reúne informação dos hospitais do Setor Empresarial do Estado e dos hospitais em regime de PPP.

#### B. Entidade Gestora do Edifício (vertente infraestrutural)

Relativamente à Entidade Gestora do Edifício, conclui o Tribunal de Contas que não se registaram desvios significativos entre o projetado e o executado que resultassem de uma gestão desajustada, conferindo esta componente da parceria a necessária estabilidade para o desenvolvimento da componente da gestão clínica, não comprometendo a continuidade da prestação do serviço público de saúde.



## C. Apreciação global do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas

Tendo em conta as principais conclusões relatadas pelo Tribunal de Contas e os argumentos apresentados por esta Administração Central, considera-se que o resultado da auditoria é globalmente positivo realçando-se:

- (i) Os elevados padrões de qualidade nos indicadores de avaliação global da Entidade Gestora do Estabelecimento e da satisfação dos utentes;
- (ii) A inexistência de um nível de conflitualidade entre os parceiros que ameace a normal execução do Contrato;
- (iii) A evidência de uma forte recuperação dos resultados económico-financeiros da Entidade Gestora do Estabelecimento;
- (iv) O aumento significativo da atividade indicando a estabilização dos níveis de produção de acordo com o previsto;
- (v) Que a auditoria realizada pelo Tribunal de Contas incide sobre os [praticamente] dois primeiros anos de atividade verificando-se, desta forma, uma margem considerável no sentido de se alcançarem os objetivos que estiverem subjacentes ao lançamento desta PPP e respetiva adjudicação do Contrato de Gestão.

## D. Projeto de recomendações

Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde:

- i. Implementar procedimentos que garantam a comparabilidade da informação prestada pelas unidades hospitalares em regime de parceria público-privada com a obtida das restantes unidades hospitalares do SNS, para efeito de realização dos exercícios de benchmarking do SNS, nomeadamente os disponíveis em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>.

As quatro entidades com Contrato de Gestão em regime PPP já fazem parte do benchmarking que a ACSS divulga na sua página eletrónica, sendo o Hospital de Loures





considerado no Grupo C. A comparabilidade encontra-se assegurada na medida em que os indicadores são idênticos para todas as instituições.

ii. "Intensificar a realização periódica e regular de auditorias clínicas à codificação de produção hospitalar, de modo a assegurar que o índice de case mix anualmente apurado nos hospitais do SNS corresponde efetivamente ao nível de complexidade dos cuidados prestados."

A ACSS tem tido como objectivo promover e assegurar a realização de uma auditoria à codificação clínica à BDGDH de cada ano, atendendo aos recursos disponíveis. Relativamente ao Hospital de Loures informa-se que foram realizadas, no ano de 2013, duas auditorias à BDGDH de 2012.

Para o ano de 2015, e dando continuidade a este acompanhamento, encontra-se programada a realização de uma auditoria à BDGDH 2013 (que já não foi possível realizar em 2014) e outra à BDGDH 2014.

Com os melhores cumprimentos,



O Presidente do Conselho Diretivo

Digitally signed by Rui Santos Ivo  
DN: cn=Rui Santos Ivo, ou=Administração Central do  
Sistema de Saúde, ou=Ministério da Saúde,  
o=Portugal, c=PT

(Rui Santos Ivo)



## 4. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;

			
<p>Exmo. Senhor Dr. José Tavares Diretor-Geral do Tribunal de Contas TRIBUNAL DE CONTAS Av. Barbosa du Bocage, n.º 61 1069-045 LISBOA</p>			
<b>Sua Referência</b>	<b>Sua Comunicação de</b>	<b>Nossa Referência</b>	<b>Data</b>
4315 DAVI-UAT1 Proc. N.º 20/2014-Audit	23-03-2015	6697 / APPP / 2015	14-04-2015
<b>Assunto</b>	Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures em regime de Parceria Público-Privada – Pronúncia sobre o Relato de Auditoria (processo n.º 20/2014-Audit)		
<p>Na sequência da notificação, para efeitos de pronúncia, do Relato de auditoria à execução do Contrato de Gestão relativo ao Hospital de Loures, no âmbito do Processo n.º 20/14, e atento em especial o projeto de conclusões e recomendações dirigidas a esta Administração Regional de Saúde (ARS), na qualidade de Entidade Pública Contratante (EPC), vem este Conselho Diretivo apresentar, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na sua atual redação, as seguintes considerações, organizadas por matérias e atenta a sistemática do Relato, Volume I e Volume II, e a apresentação de recomendações dirigidas a esta Administração nos termos do n.º 4 do Volume I – Sumário Executivo do Relato, que se deixam à apreciação desse douto Tribunal:</p>			
<p><b>I. Considerações gerais</b></p>			
<p>Sem prejuízo da pronúncia que se segue, entende este Conselho Diretivo de salientar, em termos prévios e a título de considerações gerais, o seguinte:</p>			
<p>Esta Administração Regional de Saúde, na qualidade de Entidade Pública Contratante, tem vindo a realizar, e continuará a efetuar, um acompanhamento e fiscalização do cumprimento do Contrato de Gestão do Hospital de Loures rigoroso, próximo, permanente e sempre que possível preventivo, no sentido da boa execução do Contrato de Gestão, bem como da otimização da performance económico-financeira das Entidades Gestoras, na medida dos poderes conferidos pelo Contrato de Gestão e das obrigações neste</p>			
<p>Av. Estados Unidos da América n.º75-77, 1749-096 Lisboa Tel. +351 218 424 800   Fax. +351 218 499 723 geral@arslvt.min-saude.pt   www.arslvt.min-saude.pt</p>			



assumidas pelas Entidades Gestoras e pelos seus acionistas. Tal acompanhamento e exercício dos poderes públicos legal e contratualmente previstos têm tido reflexos efetivos e eficazes nos pedidos de informação, para efeitos do exercício do poder de fiscalização que cabe à Entidade Pública Contratante, dirigido por este Conselho Diretivo e pela Equipa de Gestão dos projetos em parceria público-privada desta Administração Regional de Saúde às Entidades Gestoras, nos relatórios de avaliação de desempenho das Entidades Gestoras, semestrais e anuais, na aplicação de deduções por aplicação de Falhas de Desempenho e na aplicação de sanções contratuais nas situações de incumprimento contratual identificadas.

Tem esta Administração Regional de Saúde, na qualidade de Entidade Pública Contratante, promovido de forma sistemática o espírito de cooperação e de diálogo permanente visando um relacionamento salutar entre as Partes, nos termos a que se refere o douto Tribunal a páginas 94 do Volume II do Relato de Auditoria.

Em cumprimento do ofício do douto Tribunal com a referência *supra* identificada, procurou este Conselho Diretivo apresentar a sua pronúncia de forma objetiva e quantificada. A análise e respetiva pronúncia quantificada obriga à verificação dos dados e valores constantes do Relato de Auditoria.

Salienta, porém, este Conselho Diretivo que, não obstante os melhores esforços encetados por esta Administração, não foi possível proceder a uma validação exaustiva de todos os valores que integram os gráficos e as tabelas constantes do Relatório, dado o prazo estabelecido para efeitos de pronúncia e consequente tempo de preparação do contraditório e atenta a circunstância de muitos valores considerados pelo douto Tribunal e que estão vertidos no Relato resultarem ou de dados fornecidos diretamente ao Tribunal de Contas por entidades terceiras ou de cálculos do próprio Tribunal e que, como tal, não são passíveis de verificação ou confirmação por esta Administração Regional de Saúde.

Sem prejuízo da pronúncia que ora se apresenta, entende este Conselho Diretivo de referir que o Relato de Auditoria remetido pelo douto Tribunal mereceu a melhor atenção desta Administração, assim como merecerá o Relatório final que venha a ser apresentado e as respetivas recomendações que venham a ser dirigidas ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (de ora em diante, também, designada por "ARSLVT" ou "ARS"), atentos os objetivos estabelecidos para a Auditoria, e que esta Administração atuará, como tem vindo a fazer, no sentido da constante melhoria dos instrumentos e ações de acompanhamento e controlo da execução do Contrato de Gestão no exercício dos poderes públicos que lhe foram confiados.

Atentos os objetivos da auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures e as considerações, conclusões e recomendações constantes do mesmo (cf. em particular o enunciado a páginas 8 do Volume I e a páginas 12 do Volume II), aproveita este Conselho Diretivo o ensejo para informar o



douto Tribunal que esta Administração Regional de Saúde, considerando os Contratos de Gestão em parceria público-privada que acompanha – Cascais, Loures e Vila Franca de Xira, integrará o Grupo de Trabalho cuja constituição foi determinada por despacho do Senhor Ministro da Saúde de 18.11.2014 com o objetivo de propor uma metodologia de avaliação comparativa das diferentes opções que se colocam na tomada de decisão quanto ao termo dos Contratos de Gestão na componente da prestação de serviços clínicos. Entende esta Administração que, no âmbito dos trabalhos de estudo da referida metodologia de avaliação das diferentes opções, deve ser desenvolvido o estudo de determinação e avaliação do *Value for Money* de cada uma das referidas parcerias em saúde, desde logo tendo em vista a aferição e a proposta de decisão quanto à renovação ou não dos Contratos de Gestão na parte relativa à componente de Serviços Clínicos, nos termos previstos nos Contratos de Gestão. Na realização do estudo com vista à preparação da tomada de decisão, entende este Conselho Diretivo que a prioridade na conclusão dos trabalhos deve ser estabelecida de acordo com a anterioridade quanto à produção dos efeitos do Contrato relativamente à componente clínica e consequentemente de acordo com a proximidade de data de termo dos Contratos de Gestão com as Entidades Gestoras do Estabelecimento. Assim, atentas as datas de celebração e produção de efeitos e de termo de execução dos Contratos de Gestão, a prioridade deve atender à conclusão desse estudo quanto ao Hospital de Cascais, seguindo-se da conclusão do mesmo quanto ao Hospital de Vila Franca de Xira e ao Hospital de Loures.

## **II. Pronúncia**

Como referido, apresenta este Conselho Diretivo as seguintes considerações, organizadas por matérias e atenta a sistemática do Relato, Volume I e Volume II, e a apresentação de recomendações dirigidas a esta Administração nos termos do n.º 4 do Volume I – Sumário Executivo do Relato, e agregando sempre que pertinente e adequado as referências comuns vertidas no Volume I e no Volume II. Solicita este Conselho Diretivo que estas considerações sejam ponderadas e acolhidas para efeitos da preparação do relatório final de auditoria.

### **Reconciliação da remuneração a pagar às Entidades Gestoras**

No que se respeita à *Execução e controlo do Contrato de Gestão na vertente Hospitalar* e em particular ao procedimento de reconciliação do pagamento anual a realizar à Entidade Gestora do Estabelecimento (de ora em diante, também, designada por “EGEST”),, a que o Relato de Auditoria se refere no n.º 5.3 do Volume II – Desenvolvimento, a páginas 31 e seguintes e nos n.ºs 80 e seguintes do Volume I – Sumário, e a que respeita a Recomendação xiii., no sentido de diligenciar para que os processos de reconciliação dos



pagamentos a realizar às Entidades Gestoras sejam efetuados nos prazos estabelecidos no Contrato de Gestão, cumpre a este Conselho Diretivo expor o seguinte:

1. Efetivamente, a alínea b) do n.º 1 da Cláusula 65.ª estabelece que o pagamento de reconciliação deve ser apurado até ao final do primeiro semestre do ano imediatamente subsequente, com base no valor efetivo da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde.
2. Para esse efeito, a Entidade Gestora do Estabelecimento está obrigada, nos termos do n.º 6 da mesma Cláusula, a fornecer a esta Administração Regional de Saúde, enquanto Entidade Pública Contratante, a informação necessária ao referido apuramento.
3. O apuramento do valor de reconciliação até ao final do primeiro semestre do ano imediatamente subsequente tem por base o previsto no n.º 9 da Cláusula 18.ª (Informação Periódica), que estabelece que a entrega dos relatórios mencionados no n.º 4 da mesma Cláusula, designadamente dos relatórios anuais que relevam para efeitos do apuramento do valor do pagamento de reconciliação, deve ser feita pela Entidade Gestora do Estabelecimento até 31 de janeiro do ano seguinte.
4. O intervalo temporal de 5 meses, entre 31 de janeiro a 30 de junho, que o Contrato de Gestão atribui à Entidade Pública Contratante corresponde, assim, ao período de tempo considerado necessário ao desenvolvimento dos trabalhos necessários (testes, auditorias, análise documental) ao apuramento do valor de reconciliação.
5. Atentas as referências *supra* mencionadas no n.º 5.3 do Volume II – Desenvolvimento, a páginas 31 e seguintes e nos n.ºs 80 e seguintes do Volume I – Sumário, e a que respeita a Recomendação xiii., importa a esta Administração proceder a clarificações e à junção de elementos adicionais que assim se submetem à consideração do douto Tribunal.
6. No que respeita ao tempo de desenvolvimento dos trabalhos tendentes ao fecho do apuramento dos pagamentos de reconciliação para os anos de 2012 e 2013 deveria no entender desta ARS ser tido em consideração que estes trabalhos não se encontram unicamente dependentes das tarefas levadas a cabo pela Entidade Pública Contratante, mas também dos elementos informativos, esclarecimentos e justificações que têm obrigatoriamente que ser apresentados pela Entidade Gestora.
7. Acresce que, não obstante o período de desenvolvimento dos trabalhos, os resultados obtidos foram determinantes para a identificação da atividade clínica elegível para pagamento pelo Serviço Nacional de Saúde com respeito pelas regras contratualmente aplicáveis e permitiram a obtenção de importantes poupanças financeiras para o erário público face às estimativas do valor efetivo da parcela



a cargo do Serviço Nacional de Saúde inicialmente apresentadas pela Entidade Gestora do Estabelecimento.

8. Conforme se comprova pelo confronto entre os apuramentos do pagamento de reconciliação inicialmente apresentados pela Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. (de ora em diante, também, abreviadamente designada por “SGHL”), para os anos de 2012 e de 2013 (conforme documentos n.ºs 1 e 2 em anexo à presente pronúncia e que aqui se dão por reproduzidos) e os apuramentos efetuados por esta ARS enquanto Entidade Pública Contratante do Contrato de Gestão do Hospital de Loures em PPP (conforme documentos n.ºs 3 e 4 em anexo à presente pronúncia e que aqui se dão por reproduzidos), as poupanças obtidas em resultado dos trabalhos desenvolvidos por esta Administração Regional de Saúde foram as seguintes:

(euros)	2012	2013	Total
Apuramento inicial do Pagamento de Reconciliação pela SGHL <sup>(1) (2)</sup>	-3.367.957,03	12.201.878,06	8.833.921,03
Apuramento do Pagamento de Reconciliação pela EPC <sup>(3)</sup>	-4.314.943,68	11.052.704,86	6.737.761,18
<b>Poupança obtida</b>	<b>946.986,65</b>	<b>1.149.173,20</b>	<b>2.096.159,85</b>

Nota (1): Conforme ficheiro de cálculo do pagamento de reconciliação de 2012 remetido pela SGHL na sua comunicação 0196/2013\_AMV de 31 de maio de 2013.

Nota (2): Conforme ficheiro de cálculo do pagamento de reconciliação de 2013 remetido pela SGHL em anexo ao Ofício com a Refª 0355/2014\_IVAV de 6 de outubro de 2014. Note-se que este ficheiro contém também um apuramento para 2012 já inferior ao inicialmente efetuado pela Entidade Gestora em 31.05.2013 em resultado da aceitação de um conjunto de expurgos entretanto efetuados pela Entidade Pública Contratante.

Nota (3): Conforme Relatórios de apuramento do pagamento de reconciliação pela EPC relativos ao ano de 2012 (de 01.12.2014) e ao ano de 2013 (de 19.12.2014).

9. A poupança global para o erário público resultante dos trabalhos de auditoria validação e verificação das variáveis necessárias para apuramento dos acertos de contas ascende na presente data a um total de 2.096.159,85 euros, incluindo 946.986,65 euros relativos ao pagamento de reconciliação de 2012 e 1.149.173,20 euros respeitantes ao pagamento de reconciliação de 2013. Considera assim esta Administração Regional de Saúde que, sendo a redução dos prazos ao mínimo indispensável um objetivo que norteia os trabalhos desenvolvidos por esta Administração, não devem os mesmos, no entanto, tanto mais que estão dependentes de elementos disponibilizados pela Entidade Gestora do Estabelecimento, podendo por isso ser influenciados por esta, sobrepor-se ao objetivo fundamental que consiste na verificação e validação o mais exaustivas possível da informação necessária para apuramento do valor efetivo da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde, nos termos previstos no n.º 22 do Anexo VI ao Contrato, dado o impacto financeiro favorável que, conforme fica comprovado, pode advir destes trabalhos.



10. Por outro lado, refere ainda o douto Tribunal relativamente aos trabalhos de apuramento dos pagamentos de reconciliação da Entidade Gestora do Estabelecimento, a páginas 23 do Volume I (Sumário Executivo) do Relatório de Auditoria, que «83. Após validação da produção de 2012 a Entidade Pública Contratante ficou credora da Entidade Gestora do Estabelecimento em cerca de € 4.315 milhares, ainda não cobrados. Em 2013 prevê-se que o valor de reconciliação ascenda a € 11.053 milhares a favor da Entidade Gestora do Estabelecimento».
11. Ora, importa esclarecer que os pagamentos de reconciliação de 2012 e 2013 foram saldados ainda no decurso de 2014 em conformidade com os apuramentos efetuados pela Entidade Pública Contratante, juntando-se em anexo os documentos comprovativos de:
  - i) Transferência efetuada em 29.12.2014 pela SGHL a favor da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., para pagamento de 4.025.531,33 euros relativos ao pagamento de reconciliação de 2012 (nos termos do documento n.º 5 que se junta como parte integrante da presente pronúncia) e Ofício da SGHL com a ref.º 0398/2014\_AMV, de 22.12.2014, a justificar o não pagamento de 289.412,35 euros por discordância neste montante quanto à interpretação efetuada pela EPC no apuramento do pagamento de reconciliação de 2012 (cf. documento n.º 6 que se junta para efeitos da presente pronúncia). O montante de 289.412,35 euros que a SGHL não transferiu para a ARSLVT veio a ser descontado no duodécimo de janeiro de 2015. Conclui-se, assim, que o pagamento de reconciliação de 2012 se encontra integralmente salgado.
  - ii) Transferência de 11.052.704,86 euros pela ARSLVT a favor da SGHL relativa ao pagamento de reconciliação de 2013 (cf. documento n.º 7 que se junta para efeitos da presente pronúncia).
12. Salienta-se ainda que, no ano de 2013, a Entidade Gestora do Estabelecimento solicitou, a prorrogação do prazo de entrega de informação fundamental que suportaria o apuramento do valor do pagamento de reconciliação de 2013. Apenas em 30.04.2014, conforme informado a esse Tribunal através de mensagem de correio eletrónico de 14.11.2014, remetida pela Gestora do Contrato do Hospital de Loures no âmbito do processo de auditoria, a Entidade Gestora veio apresentar a esta Administração Regional de Saúde a referida informação.
13. Neste quadro e por forma a garantir as condições e tempo necessário à realização pela Entidade Pública Contratante dos trabalhos de apuramento do valor do pagamento de reconciliação, o termo do período dos 5 meses conferidos pelo Contrato de Gestão para o efeito foi diferido, por força das circunstâncias, para 30.09.2014.



14. Em 19.12.2014 foram concluídos, como referido, pela Entidade Pública Contratante os trabalhos de apuramento do valor do pagamento de reconciliação relativo ao ano de 2013, o qual foi determinado como ascendendo a 11.052.704,86 euros, tendo sido nessa data emitido o Relatório respetivo.
15. Em 30.12.2014 foi realizada, como referido e nos termos do documento n.º 7 que se junta à presente pronúncia, a transferência do referido montante para a conta bancária da Entidade Gestora do Estabelecimento.
16. Reitera este Conselho Diretivo que, conforme referido no ponto 11.i) *supra*, o procedimento relativo ao apuramento do valor do pagamento de reconciliação a realizar à Entidade Gestora do Estabelecimento no ano de 2012 se encontra encerrado desde 01.12.2014, com a conclusão da elaboração do Relatório correspondente, de que se deu conhecimento a esse Tribunal em 15.12.2014. Em 29.12.2014, conforme documento n.º 5 junto, a Entidade Gestora procedeu à transferência do valor relativamente ao qual houve consenso entre as Partes e que se determinou que a Administração Regional de Saúde era credora. A Entidade Gestora do Estabelecimento emitiu, ainda, uma nota de crédito correspondente ao valor de 289.412,35€, relativo à diferença entre o valor apurado pela Entidade Pública Contratante e o valor sobre o qual foi alcançado o acordo das Partes, com fundamento em divergência quanto a algumas interpretações da Entidade Pública Contratante, tendo esta Administração Regional de Saúde procedido, como referido no ponto 11.i) *supra*, à dedução do referido montante, cifrado em 289.412,35€, ao valor do duodécimo de janeiro de 2015.
17. Neste caso particular, este Conselho Diretivo toma o ensejo de frisar que os trabalhos de apuramento do pagamento de reconciliação de 2012 iniciaram-se em 31.05.2013 com o envio pela Entidade Gestora do Estabelecimento da informação necessária através da comunicação n.º 0196/2013\_AMV, daquela data, e na sequência do ofício da Entidade Pública Contratante com a referência n.º 6736/APPP/2013, de 15.04.2013. Conforme também informado a esse Tribunal através da mensagem de correio eletrónico de 15.12.2014, o prolongamento do procedimento esteve relacionado com a pronúncia apresentada pela Entidade Gestora do Estabelecimento quanto ao Relatório de Apuramento do Pagamento de Reconciliação de 2012. Com efeito, tendo por base a informação reportada pela Entidade Gestora, esta Administração Regional de Saúde procedeu a um conjunto de verificações e de auditorias clínicas e à elaboração do Relatório de Apuramento do Pagamento de Reconciliação de 2012, tendo remetido o mesmo à Entidade Gestora em 19.08.2013. Apenas em 07.04.2014 a Entidade Gestora do Estabelecimento apresentou resposta ao Relatório da Entidade Pública Contratante, contestando e apresentando justificações relativamente a alguns dos episódios expurgados pela Entidade Pública Contratante. A pronúncia da Entidade Gestora do Estabelecimento exigiu o desenvolvimento de trabalhos suplementares de análise dos argumentos aduzidos e de informação





complementar entretanto disponibilizada a esta Administração Regional de Saúde, que motivou, assim, um prolongamento do procedimento.

18. Em face do que antecede, sublinha este Conselho Diretivo que os procedimentos de apuramento do pagamento de reconciliação foram concluídos nos termos contratualmente fixados e tendo em conta as prorrogações dos prazos conferidas em razão de pedido das Entidades Gestoras ou a dependência do prosseguimento dos procedimentos da entrega pelas mesmas dos elementos informativos solicitados/exigidos. Note-se que mesmo no que se refere ao procedimento de apuramento do valor do pagamento de reconciliação de 2012 a realizar à Entidade Gestora do Estabelecimento, em que o prolongamento verificado foi mais expressivo, a Entidade Pública Contratante conduziu os trabalhos que lhe cabem no prazo de cinco meses que o Contrato de Gestão considera ao fixar como prazo de apuramento o final do primeiro semestre do ano subsequente. O prolongamento dos procedimentos e a conclusão em momento posterior ao referido prazo deveram-se às prorrogações, à dependência de elementos informativos adicionais e, em particular, às respostas apresentadas pela Entidade Gestora do Estabelecimento aos relatórios notificados e relativos às conclusões alcançadas, sendo que, conforme *supra* referido no ponto 9., a poupança global para o erário público resultante dos trabalhos de auditoria validação e verificação das variáveis necessárias para apuramento dos acertos de contas foi muito significativa.
19. Também quanto ao pagamento de reconciliação a realizar à Entidade Gestora do Edifício relativo ao ano de 2013, conforme dado a conhecer a esse Tribunal através da mensagem de correio eletrónico da Gestora do Contrato de 14.01.2015, o procedimento se encontra encerrado.
20. No caso da Entidade Gestora do Edifício, destaca este Conselho Diretivo que a conclusão do procedimento de apuramento do valor do pagamento de reconciliação foi diferida no tempo, para 18.07.2014, em razão da dependência de elementos informativos que a Entidade Gestora do Edifício apenas entregou em 10.07.2014, conforme se deu a conhecer a esse Tribunal através dos esclarecimentos prestados em mensagem de correio eletrónico da Gestora do Contrato de 14.01.2015.
21. De todo o modo, sublinha este Conselho Diretivo que o pagamento do valor apurado como respeitante ao pagamento de reconciliação à Entidade Gestora do Edifício relativo ao ano de 2013 foi realizado em 05.08.2014, ou seja, dentro do prazo contratual previsto para o efeito (cf. n.º 8 da Cláusula 98.ª do Contrato de Gestão), de que se deu conhecimento a esse Tribunal através de mensagem de correio eletrónico da Gestora do Contrato de 14.11.2014.
22. Ainda no que respeita à análise desenvolvida relativamente à Entidade Gestora do Edifício do Hospital de Loures em PPP, é referido na página 77 do Volume II o seguinte «Contudo, a falta de acordo não é



impeditivo do não pagamento do valor reconciliado apurado pela Entidade Pública Contratante, que incorrerá em juros de mora caso não efetue esse pagamento no prazo estipulado contratualmente». A este respeito, além dos esclarecimentos assim prestados, importa deixar à consideração do douto Tribunal o entendimento de que, enquanto a obrigação for ilíquida e a quantia não for certa em razão das verificações cuja realização seja tida por justificada para efeitos do apuramento do pagamento de reconciliação, não deve entender-se que o que resultar devedor do pagamento de reconciliação não está ainda em mora, nos termos do n.º 3 do artigo 805.º do Código Civil, salvo se a obrigação não for líquida e a quantia não for certa por razões imputáveis ao devedor. Em conformidade com os princípios gerais, nos termos do artigo 804.º, n.º 2, do Código Civil, apenas se deverá considerar o devedor em mora se a prestação, possível, não for realizada no prazo devido (no caso concreto, de 30 dias) por causa imputável ao devedor.

23. Sem prejuízo deste Conselho Diretivo se reconhecer sensibilizado, em identidade com o sentido da recomendação xiii. formulada por esse douto Tribunal, para a conclusão dos procedimentos de apuramento do pagamento de reconciliação a realizar às Entidades Gestoras nos prazos contratualmente fixados, entende-se que a recomendação deve ser revista, atentos os esclarecimentos assim prestados, por não refletir as especificidades que caracterizaram cada um dos procedimentos até à data cursados.
24. Vem, assim, este Conselho Diretivo solicitar a esse Tribunal que sejam refletidas no Relato todas as particularidades e atualizações verificadas nos processos em causa (a título de exemplo, sinaliza-se a desatualização da informação que consta do n.º 83 do Sumário (Volume I) do Relato) por forma a garantir o tratamento da informação em causa atualizada e que seja ponderada a supressão da referida recomendação xiii.
25. Esclarece, ainda, este Conselho Diretivo que tem por propósito firme que o procedimento de reconciliação anual relativamente a ambas as Entidades Gestoras seja conduzido com a máxima celeridade com vista a ser concluído nos prazos previstos na alínea b) do n.º 1 da Cláusula 65.ª e na alínea b) do n.º 7 da Cláusula 98.ª do Contrato de Gestão e a que os pagamentos que devam ter lugar sejam realizados, igualmente, nos prazos contratualmente estipulados (cf. n.º 2 da Cláusula 65.ª e n.º 8 da Cláusula 98.ª do Contrato de Gestão).
26. Este Conselho Diretivo atuará, e assim também interpelará as Entidades Gestoras, para que quaisquer divergências que as Entidades Gestoras venham a suscitar relativamente às conclusões alcançadas no âmbito dos procedimentos em causa, após notificação dos valores dos pagamentos de reconciliação apurados pela Entidade Pública Contratante, sejam sanadas e os valores que sejam obtidos como



devidos sejam pagos nos prazos previstos no n.º 2 da Cláusula 65.ª e no n.º 8 da Cláusula 98.ª do Contrato de Gestão.

27. Por último, cumpre ainda referir, relativamente ao Quadro 10 constante da página 32 do Volume II do Relato de Auditoria, a propósito da reconciliação da remuneração a pagar à Entidade Gestora do Estabelecimento que não foram pagos por esta Administração Regional de Saúde, nem em 2012 nem em 2013, quaisquer casos e atos específicos pelo facto de os mesmos não terem sido considerados elegíveis para pagamento.
28. Na verdade, conforme esclarecimento prestado em sede de auditoria do Tribunal de Contas, através de mensagem de correio eletrónico de 05.11.2014 da Gestora do Contrato do Hospital de Loures desta Administração, «No que concerne à produção de casos e atos específicos, nomeadamente à atividade desenvolvida de IVG até às 10 semanas (medicamentosa e cirúrgica) e de diálise peritoneal, não foi até à presente data remetido a esta ARS o reporte específico desta atividade, relativamente aos anos de 2012 e de 2013, nos termos de reporte acordados, não obstante as solicitações dirigidas pela Entidade Pública Contratante quanto à necessidade de apresentação dessa informação (vide, v.g., o ofício n.º 17336/APPP/2012, de 17.09.2012, que se anexa à presente comunicação). Neste sentido, e não sendo possível a verificação desta atividade pela ARSLVT, não pode a mesma ser tida em consideração no âmbito do apuramento dos referidos pagamentos de reconciliação». No mesmo sentido, veja-se que no relatório de apuramento do pagamento de reconciliação relativo ao ano de 2012, remetido à a Entidade Gestora do Hospital de Loures, e que foi remetido, através de mensagem de correio eletrónico de 15.12.2014 da Gestora do Contrato do Hospital de Loures desta Administração, ao douto Tribunal em sede de auditoria, é também expressamente referido, no ponto 2.2.8. *casos e atos específicos*, que: «Consideraram-se 0 dias de ventilação prolongada, conforme reportado pela EGEST. Adicionalmente, no que concerne à produção de casos e atos específicos de IVG até às 10 semanas (medicamentosa e cirúrgica) e de diálise peritoneal não foi remetido a esta ARS, no decurso dos trabalhos desenvolvidos no âmbito do pagamento de reconciliação de 2012, o reporte específico desta atividade, nos termos acordados, não obstante as solicitações dirigidas pela EPC quanto à necessidade de apresentação dessa informação (ofício com a ref.ª n.º 17336/APPP/2012, de 17.09.2012 e reuniões de trabalho subsequentes). Acresce ainda que, no que diz respeito à diálise peritoneal, não foi efetuado o registo de atividade realizada pelo HBA na Plataforma de Gestão Integrada da Doença. Assim, não sendo possível a verificação da atividade de IVG até às 10 semanas e de diálise peritoneal, reflectidas pela primeira vez no cálculo do pagamento de reconciliação da EGEST remetido à EPC em outubro de 2014, não pode a mesma ser tida em consideração pela ARSLVT no âmbito do apuramento do pagamento de reconciliação de 2012».



29. Assim, solicita-se a indicação, no referido Quadro 10, de quantidade zero nessas linhas de produção, atendendo à designação do Quadro: Produção realizada, elegível para pagamento.

### **Sustentabilidade do projeto**

A propósito do exposto pelo douto Tribunal sob a referência à *Sustentabilidade do Projeto para a Gestão Clínica*, no n.º 3.4. do Volume I – Sumário Executivo do Relato e no n.º 6. do Volume II – Desenvolvimento, salienta esta Administração o seguinte, que assim solicita que seja ponderado para efeitos do relatório final de auditoria:

30. Resulta de tais referências que o douto Tribunal considera apenas a informação económico-financeira da Entidade Gestora do Estabelecimento para os anos de 2010 a 2013, tendo já sido entregue pela EGEST no dia 30.01.2015, nos termos do ponto vi) da alínea a) do n.º 4 da Cláusula 18.ª do Contrato, a informação financeira simplificada com referência a 31.12.2014, a qual inclui, conforme recomendação efetuada pela Entidade Pública Contratante no âmbito dos Relatórios de Avaliação de Desempenho, a disponibilização não só das Demonstrações Financeiras (Balanço, Demonstração de Resultados e Demonstração de Fluxos de Caixa), mas também de um balancete analítico da contabilidade geral com nível máximo de desagregação de contas. Refira-se ainda que a informação constante do quadro 18 da página 41 do Volume II do Relato de Auditoria não corresponde à Demonstração de Resultados da Entidade Gestora do Estabelecimento do Hospital de Loures com referência a 30.06.2014 pelo que deverá ser corrigida.
31. Após proceder a uma primeira análise dos elementos contabilísticos relativos a 31.12.2014 remetidos pela SGHL em 30.01.2015, esta Administração identificou a existência de uma incoerência entre as Demonstrações Financeiras e o balancete analítico detalhado que conduziu à solicitação à Entidade Gestora e envio por esta de informação revista em 12.03.2015 (conforme documentos n.ºs 8 e 9 que se juntam em anexo para efeitos da presente pronúncia) após introdução de uma correção relativa à transferência no Balanço de um saldo de 3.904.600 euros da rubrica “adiantamentos de clientes” para a rubrica “outras contas a pagar”.
32. Muito embora a informação económico-financeira disponível com referência a 31.12.2014 não esteja ainda auditada, o que apenas ocorre nos termos do n.º 2 da Cláusula 18.ª (Informação Periódica) do Contrato de Gestão no dia 15 de abril de cada ano, entende esta Administração Regional de Saúde ser de salientar que, de acordo com os elementos mais atualizados disponíveis, se confirma (sujeito à informação constante das contas anuais finais auditadas) a manutenção no decurso do ano de 2014 da tendência já identificada pelo douto Tribunal relativamente ao ano de 2013 de melhoria gradual da



performance económico-financeira da Entidade Gestora do Estabelecimento, ainda que com resultados líquidos negativos de 2.999.987,77 euros em 2014, face aos resultados líquidos negativos de 3.474.229,17 euros que haviam sido obtidos no ano de 2013.

33. No que respeita à situação financeira da SGHL e, mais concretamente, ao agravamento da situação de capitais próprios negativos da Entidade Gestora registada entre 31.12.2012 e 31.12.2013, o douto Tribunal faz a seguinte referência, a páginas 38 do Volume II (Desenvolvimento) do Relato de Auditoria: «Em suma, em 2013 verificou-se um agravamento nos capitais próprios, em cerca de € 3.300 milhares, em relação ao ano anterior, o que ficou a dever-se ao resultado negativo de € 3.500 milhares nesse ano, associado a um entrada de fundos próprios, no montante de 194.405 euros, repartidos em 38.881 euros de capital social e 155.524 euros em prestações acessórias, que se revelou insuficiente para superar a situação».
34. A respeito da evolução da situação económico-financeira da Entidade Gestora do Estabelecimento, não pode esta Administração Regional de Saúde deixar de realçar o acompanhamento permanente que tem vindo a efetuar à performance económico-financeira da SGHL conforme se comprova, nomeadamente:
- i) Pela inclusão nos Relatórios de Avaliação de Desempenho semestrais e anuais de um capítulo integralmente dedicado à análise da performance económico-financeira da Entidade Gestora, no qual se desenvolve uma comparação entre as projeções do Modelo Financeiro anexo ao Contrato de Gestão e o desempenho efetivamente registado, bem como uma verificação do cumprimento das obrigações de subscrição de fundos próprios base e contingentes, de atualização do valor das garantias do Contrato e de cumprimento das regras relativas às obrigações e garantias acionistas.
  - ii) Pelo envio, com periodicidade trimestral, pela Entidade Gestora, de balancetes analíticos da contabilidade geral com nível máximo de desagregação de contas e de informação detalhada relativamente às dívidas a fornecedores, em resultado das solicitações de disponibilização de informação que foram efetuadas por esta Administração Regional de Saúde, com o intuito de proceder a um acompanhamento permanente da situação económico-financeira da sociedade.
  - iii) Pela identificação por esta Administração Regional de Saúde, na sequência da análise da informação de cariz económico-financeiro entregue pela Entidade Gestora nos termos do n.º 2 da Cláusula 18.ª do Contrato de Gestão, da existência em 2013 de necessidades de fundos não previstas em Caso Base ascendentes a 4.755 mil euros. Tal motivou a notificação da SGHL, conforme ofício n.º 13077/APPP/2014, de 18.07.2014 (documento n.º 10 que se junta em anexo para efeitos de pronúncia), para que interpelasse os acionistas da SGHL para procederem ao abrigo do n.º 4.2 do Apêndice 1 ao



Anexo III (Acordo de Subscrição e Realização de Capital da Entidade Gestora do Estabelecimento) ao Contrato de Gestão, à realização em benefício da Sociedade de 4.755.000,00 euros (quatro milhões setecentos e cinquenta e cinco mil euros) de fundos próprios contingentes a título de prestações acessórias atendendo ao disposto no n.º 4.5 do ASRC, e ao não cumprimento do disposto no artigo 35.º do Código das Sociedades Comerciais. A Entidade Gestora, na sua comunicação com a referência n.º 0325/2014\_IVAMV, de 05.08.2014 (documento n.º 11 que se anexa para efeitos de pronúncia), informou que iria proceder à conversão de suprimentos em prestações acessórias no montante requerido, tendo posteriormente através da comunicação com a referência n.º 0338/2014\_AMV, de 12.09.2014 (documento n.º 12 que se junta e se solicita seja considerado) sido remetido comprovativo da deliberação tomada pelo Conselho de Administração da SGHL referente à conversão de suprimentos dos respetivos acionistas em prestações acessórias no montante de 4.755 mil euros.

- iv) Verifica-se, assim, que esta ARS, enquanto Entidade Pública Contratante do Hospital de Loures em PPP, tem vindo a realizar, e continuará a efetuar, um acompanhamento próximo, permanente e sempre que possível preventivo da execução do Contrato de Gestão, bem como da performance económico-financeira da SGHL, na medida dos poderes conferidos pelo Contrato de Gestão e das obrigações neste assumidas pela Entidade Gestora e pelos seus acionistas. Tal é comprovado pela documentação remetida em anexo a este contraditório e está devidamente consubstanciado nas contas não auditadas da SGHL cujos capitais próprios com referência a 31.12.2014 traduzem o impacto positivo da conversão de 4.755 mil euros de suprimentos em prestações acessórias.

#### Gestão Privada do Serviço Público

Nas considerações iniciais do n.º 7 do Relatório de Auditoria o douto Tribunal fundamenta da seguinte forma a seleção efetuada no âmbito dos trabalhos de auditoria relativamente às unidades hospitalares a utilizar para avaliação do *Value for Money* face ao Hospital de Loures em PPP:

- A seleção do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE (CHAtoAve), do Centro Hospitalar de Leiria, EPE (CHLeiria) e do Centro Hospital de Entre Douro e Vouga, EPE (CHEDV) é fundamentada da seguinte forma «Os três primeiros hospitais foram considerados comparáveis no estudo estratégico e económico-financeiro da parceria de Loures (para efeitos de apuramento do Custo Público Comparável)»; e
- A inclusão do Hospital de Cascais (HCascais) e do Hospital de Vila Franca de Xira (HVFXira) é justificada do seguinte modo «Os Hospitais de Cascais e de Vila Franca de Xira foram selecionados por se



enquadrarem no modelo de gestão em PPP e apresentarem características semelhantes ao Hospital de Loures em termos de dimensão, produção e respetiva complexidade.».

Estas considerações iniciais no n.º 7 do Volume II tem igualmente reflexos nas considerações entabuladas pelo douto Tribunal no n.º 3.1. *Desempenho da atividade assistencial* do Volume I e no ponto 2 das *Principais Conclusões*, assacadas pelo douto Tribunal a páginas 8 do seu Relato.

Estas considerações ditam a seguinte pronúncia desta Administração que assim se submete a apreciação. Salienda-se, em termos prévios, que as considerações que de seguida se enunciam e se submetem a apreciação, atendem apenas aos objetivos visados pela presente auditoria nos termos enunciados pelo douto Tribunal no n.º 1 *Origem, âmbito e objetivos da auditoria*, do Volume II, a páginas 12 («Pretendeu-se determinar o *Value for Money* da parceria através da avaliação do preço/encargos, qualidade e risco da prestação de cuidados de saúde hospitalar realizados pelo Hospital de Loures (gestão clínica e gestão de infraestruturas), de acordo com os resultados esperados/previstos no contrato de parceria e com a garantia de sustentabilidade/continuidade do serviço público»), e não se confundem com os critérios materiais de determinação do Grupo de Referência, nos termos contratualmente estabelecidos na Cláusula 71.ª, nem respeitam nem interferem com os pressupostos que ditam em cada ano a integração dos hospitais no Grupo de Referência do Hospital de Loures:

35. Considera-se a este respeito que a seleção efetuada de unidades hospitalares para efeitos de avaliação do *Value for Money* deverá ser verificada e reavaliada, uma vez que não só decorreu um longo período temporal desde o apuramento do Custo Público Comparável do Hospital de Loures com a ocorrência de transformações profundas nas unidades hospitalares em causa, nomeadamente pela constituição de centros hospitalares, como o facto de os Hospitais de Cascais e de Vila Franca de Xira geridos em regime de Parceria Público-Privada não permitirem justificar a respetiva comparabilidade face ao Hospital Beatriz Ângelo nos termos integrais visados em termos de objetivos de auditoria, tanto mais tratando-se de unidades hospitalares que, como veremos, apresentam menor abrangência de perfil assistencial e menor dimensão.
36. Por outro lado, o Grupo de Referência selecionado por esta Administração Regional de Saúde nos termos e em conformidade com as condições constantes da Cláusula 71.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures em PPP, que engloba, para o biénio 2014/2015, o CHEDV e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSMatosinhos) resultou da aplicação dos critérios materiais estabelecidos na Cláusula 71.ª do Contrato de Gestão, não se afigurando como adequado para efeitos dos objetivos estabelecidos na auditoria que a ULSMatosinhos, dado incluir a prestação de cuidados de saúde primários, seja utilizada para a avaliação do *Value for Money* da PPP, nomeadamente na vertente da economia da PPP que constitui um dos objetivos da auditoria.



37. Entende este Conselho Diretivo, o que assim deixa à consideração do douto Tribunal, que a avaliação da PPP do Hospital de Loures, para o efeito visado na auditoria de determinação do *Value for Money*, face às unidades comparáveis deveria ser efetuada, preferencialmente, mediante os seguintes vetores:

i) Uma análise atualizada, abrangente e detalhada do universo hospitalar do Serviço Nacional de Saúde selecionando as unidades hospitalares que apresentem atualmente as melhores características de comparabilidade com o Hospital de Loures em termos de perfil assistencial, atividade desenvolvida e dimensão.

ii) No caso concreto dos centros hospitalares, deveria, para efeitos de avaliação da economia da PPP ser identificada a unidade que é efetivamente comparável com o Hospital de Loures, de forma a utilizar, se disponíveis, os dados de atividade e de custos respeitantes, exclusivamente, a essa unidade. Por exemplo, no caso do CHEDV, se o Hospital da Feira, por hipótese, for a unidade que melhor compara com o Hospital Beatriz Ângelo, os dados de encargos e atividade a usar para a avaliação da economia da PPP deveriam, tanto quanto possível e caso esteja disponível contabilidade analítica por unidade hospitalar, respeitar àquela unidade. Este trabalho implica a recolha de informação junto dos hospitais, assim como uma estreita articulação com os Conselhos de Administração das unidades, para que, conhecendo ao pormenor as mesmas, seja possível melhor interpretar os dados recolhidos e os resultados obtidos. A este respeito, importa ainda referir a nota de pé de página n.º 61 constante da página 72 do Volume II do Relatório de Auditoria, para salientar, o que assim se deixa à consideração em sede de pronúncia e com o devido respeito, que o douto Tribunal apenas se refere a um dos lados da questão. Com efeito, concede-se que, no caso dos centros hospitalares, a dispersão da atividade por diversas infraestruturas poderá gerar ineficiências e como tal, custos acrescidos. No entanto, se a unidade a agregar no centro hospitalar desenvolver atividade clínica pouco diferenciada, o efeito final poderá ser o oposto, conduzindo a um menor custo por unidade de produção de serviços clínicos. Ou seja, não é líquido que, em termos globais, se esteja a onerar, e não a desonerar, os custos unitários do centro hospitalar como um todo.

iii) A aferição de resultados para uma série histórica de observações e não considerando apenas um ano completo de atividade como acaba por suceder no caso do Hospital de Loures que, tendo iniciado a sua atividade em 2012, apenas pode ser avaliado relativamente ao ano de 2013, dado não estar ainda disponível informação relativamente aos hospitais que revestem a natureza de entidades públicas empresariais (de ora em diante também EPE) para o ano de 2014. Acresce ainda o facto de o Hospital de Loures ser um hospital novo, não substituindo uma unidade pré-existente, pelo que ainda se encontra na fase crescente de captação de procura.





- iv) O cálculo integral dos indicadores partindo da informação de base e garantindo, desta forma, que a metodologia de tratamento da informação é idêntica relativamente a todas as unidades hospitalares e é a mais adequada considerando o objetivo final da análise que se pretende realizar. Tal poderá não estar garantido no caso da utilização de indicadores com resultados pré-calculados e que não são sujeitos ou passíveis de validação. Refira-se a título exemplificativo o apuramento do ICM considerando o agrupador AP21 ou AP27. Com efeito, a informação constante do Quadro 35 da página 57 do Volume II do Relato suscita a questão, que assim se deixa respeitosamente à consideração do douto Tribunal, de saber se não estará o douto Tribunal a analisar indicadores apurados com base em agrupadores distintos e, como tal, não diretamente comparáveis.
- v) O apuramento de indicadores que permitam comparar as unidades reduzindo eventuais fatores que induzam menor comparabilidade. Com efeito, tem esta Administração Regional de Saúde reservas, que assim se deixam à boa ponderação do douto Tribunal, se o doente padrão, como considerado no Relato de Auditoria, será o indicador mais adequado à avaliação do *Value for Money* do Hospital de Loures, tendo em consideração nomeadamente que:
- a. O número de doentes padrão é influenciado pela forma como a atividade é (ou não) financiada. A título de exemplo, e sem prejuízo da pretensão apresentada pela SGHL de que o douto Tribunal dá conta no Relato em apreço, refira-se o facto de o Hospital Beatriz Ângelo (de ora em diante, também HBA) ter doentes de VIH/Sida sem beneficiar de um financiamento específico relativamente a tais doentes<sup>1</sup>, ao contrário do que sucede nos demais hospitais EPE em que o perfil assistencial contempla esta valência. Dado que o doente padrão é apurado considerando se há ou não pagamento, no Hospital de Loures os doentes padrão de VIH são nulos e nos demais hospitais, sempre que esta linha de atividade exista são contabilizados, sem que isso se traduza efetivamente num maior número de doentes tratados nos hospitais EPE;
  - b. O número de doentes padrão, constantes do Gráfico 11 da página 57 do Volume II do Relato, determinado pela ACSS para 2013, e fornecido por esta entidade ao douto Tribunal, pela forma como é apurado não reflete a atividade efetivamente realizada por essas unidades hospitalares nesse ano. Mais concretamente, e por exemplo no que respeita ao ICM, o cálculo do doente padrão de 2013 disponibilizado pela ACSS considera, no caso do HBA, o ICM real verificado no 1.º semestre de 2013, enquanto para os demais hospitais considera os ICM reais de 2012, aplicando-os à atividade realizada em 2013.

<sup>1</sup> Note-se que, conforme foi dado conhecimento ao douto Tribunal em sede de auditoria, esta Administração Regional de Saúde entende não ser contratualmente devido um pagamento autónomo nem admitido financiamento específico para o tratamento dos doentes com HIV/Sida no Hospital de Loures, atenta a inclusão da valência de Doenças Infecciosas no Perfil Assistencial do Hospital de Loures, ao invés do que sucede com o Hospital de Cascais, e o mecanismo de remuneração estabelecido



38. Não obstante, concretamente no que respeita à seleção dos hospitais comparáveis, e sem prejuízo dos resultados que pudessem ser obtidos através de uma seleção atualizada de hospitais comparáveis para efeitos de avaliação do *Value for Money* do Hospital Beatriz Ângelo, considera esta Administração Regional de Saúde dever tecer os seguintes comentários relativamente à seleção efetuada pelo douto Tribunal e que assim se deixamos a apreciação:

i) A análise comparativa do perfil assistencial das 6 unidades hospitalares efetuada na tabela seguidamente apresentada permite concluir que existem diferenças entre a carteira de especialidades disponível nas diferentes unidades utilizadas como referência pelo Tribunal:

ÁREA	ESPECIALIDADES	HLoures	HCascais	HVFXira	CHEDV	CHAltoAve	CHLeiria
MÉDICA	cardiologia	X	X	X	X	X	X
	dermato-venerologia	X	X	X	-	X	X
	doenças infecciosas	X	-	X	-	-	-
	endocrinologia	X	-	-	X	-	X
	gastroenterologia	X	X	X	X	X	X
	imunologia	X	-	-	-	X	X
	medicina interna	X	X	X	X	X	X
	nefrologia	X	-	-	-	X	-
	neurologia	X	X	X	X	X	X
	oncologia médica	X	-	X	X	X	X
	Pediatria	X	X	X	X	X	X
	pneumologia	X	X	X	X	X	X
	psiquiatria	X	X	X	X	X	X
	psiquiatria da infância e adolescência	X	-	X	-	-	X
	reumatologia	X	-	-	X	-	-
	CIRÚRGICA	angiologia e cirurgia vascular	X	-	-	-	X
cirurgia geral		X	X	X	X	X	X
cirurgia plástica e reconstrutiva		X	-	-	X*	X	-
neurocirurgia		-	-	-	-	-	X
obstetrícia/ginecologia		X	X	X	X	X	X
oftalmologia		X	X	X	X	X	X
ortopedia		X	X	X	X	X	X
otorrinolaringologia		X	X	X	X	X	X
Urologia	X	X	X	X	X	X	

**N.º de especialidades** 23 14 17 16 19 19

Fontes: HLoures, HCascais e HVFXira (Perfil Assistencial constante do Anexo I ao Contrato de Gestão); CHEDV (site oficial desta entidade e Relatório "Reordenamento Hospitalar da área metropolitana do Porto" da ACSS/Ministério da Saúde e ARSLVT); CHAlto Ave e CHLeiria (Relatório & Contas de 2013)

Nota\*: em regime de consulta

contratualmente que compreende no preço do ato por linha de produção os encargos com a dispensa de medicamentos pela farmácia hospitalar (cf. Cláusula 49.ª, n.º 1, alínea c), do Contrato de Gestão, e n.º 3.1. do Anexo I).



Com efeito, o Hospital de Loures apresenta o perfil assistencial com maior número de especialidades e, com exceção da especialidade de neurocirurgia disponível no CHLeiria, possui valências que não integram o perfil assistencial da maioria das restantes unidades, nomeadamente doenças infecciosas, nefrologia, reumatologia, e angiologia e cirurgia vascular, o que poderá ter impacto nos encargos gerados com a prestação de serviços clínicos no âmbito da avaliação da economia da PPP, destacando-se em particular o Hospital de Cascais com um número significativamente menor de valências incluídas no seu perfil assistencial face ao Hospital de Loures.

- ii) No que respeita à dimensão das unidades selecionadas para avaliação do *Value for Money* atentos os objetivos da auditoria, tanto em termos de número de camas, como de níveis de atividade, sumarizam-se na tabela seguinte os principais indicadores para o ano de 2013:

	HLoures	HCascais	HVFXira	CHEDV	CHAltoAve	CHLeiria
<b>Nº camas (#)</b>	<b>417</b>	<b>299</b>	<b>298</b>	<b>384</b>	<b>437</b>	<b>608</b>
<b>Doentes Saídos (#)</b>	<b>35.826</b>	<b>18.188</b>	<b>17.603</b>	<b>33.246</b>	<b>31.577</b>	<b>34.959</b>
Internamento Cirúrgico	5.715	3.931	4.031	8.821	7.007	8.059
Internamento Médico	13.704	9.909	8.423	11.616	14.553	17.562
Cirurgia de Ambulatório	5.872	4.274	4.073	7.334	5.585	6.498
Ambulatório Médico	10.535	74	1.076	5.475	4.432	2.840
GDH 410 - quimioterapia	3.295	0	76	4.807	3.536	2.654
GDH 317 - diálise	6.653	0	647	0	0	0
Outros Episódios Amb M	587	74	353	668	896	186
<b>Consulta Externa (#)</b>	<b>240.010</b>	<b>127.641</b>	<b>106.755</b>	<b>321.683</b>	<b>266.117</b>	<b>219.838</b>
Primeiras consultas	83.246		40.830	118.035	75.765	77.508
Subsequentes	156.764		65.925	203.648	190.352	142.330
<b>Urgências sem internamento (#)</b>	<b>170.183</b>	<b>143.852</b>	<b>98.000</b>	<b>168.848</b>	<b>127.813</b>	<b>167.025</b>
Médico-cirúrgicas	170.183		98.000		103.124	
Básicas					24.689	
<b>Hospital de Dia</b>	<b>9.000</b>	<b>5.758</b>	<b>51</b>	<b>21.995</b>	<b>27.074</b>	<b>7.100</b>

Fontes: Doentes Saídos, ICM: CHEDV, CHAlto Ave, CHLeiria e HCascais - Base de Dados Nacional 2013 (ref. 13091/2014/DPS/ACSS de 12 de Outubro 2014), HLoures e HVFXira - Pagamento de Reconciliação 2013; Atividade de Ambulatório (Consulta Externa, Urgência e Hospital de dia): CHEDV, CHAlto Ave, CHLeiria e HCascais - Relatório e Contas 2013, HLoures e HVFXira - Pagamento de Reconciliação 2013; Nº Camas: HLoures, HCascais e HVFXira: ARSLVT, CHAlto Ave, CHLeiria e CHEDV - Relatório e Contas 2013

Conforme se pode constatar pela análise da tabela anterior, os hospitais de Cascais e de Vila Franca de Xira possuem uma dimensão substancialmente inferior à dimensão do Hospital de Loures, tanto em



termos de número de camas, como de níveis de atividade. No caso do Hospital de Cascais, acresce ainda o facto de esta unidade dar resposta, exclusivamente na área materno-infantil, a um conjunto de freguesias do concelho de Sintra [Algueirão-Mem Martins; Pêro Pinheiro; Colares; S. João das Lampas; Sintra (Santa Maria e São Miguel); Sintra (S. Martinho); Sintra (S. Pedro de Penaferrim); e Terrugem], o que acarreta impactos na importância relativa das diferentes especialidades e respetivos indicadores de atividade. A título de exemplo, refira-se que 32,3% dos doentes saídos do Hospital de Cascais respeitam a especialidades da área materno-infantil, valor que compara com 16,1% no Hospital de Loures e 15,6% no CHEDV.

- iii) No que respeita à complexidade da atividade de internamento e de ambulatório médico e cirúrgico apresenta-se na tabela seguinte a comparação dos índices de *case mix* para as 6 unidades hospitalares considerando, por forma a garantir a comparabilidade da informação analisada, os agrupadores AP21 e AP27, de acordo com os cálculos efetuados por esta Administração Regional de Saúde, tendo por base a Base de Dados de GDH nacional de 2013 disponibilizada pela ACSS:

Índice de case mix hospital (ICM)	HLoures	HCascais	HVFXira	CHEDV	CHAltoAve	CHLeiria
<b>ICM AP 21</b>						
ICM Internamento Cirúrgico	1,607	1,513	1,455	1,438	1,472	1,443
ICM Internamento Médico	0,847	0,767	0,765	0,788	0,762	0,787
ICM Cirurgia de Ambulatório	0,682	0,704	0,687	0,691	0,661	0,671
ICM Ambulatório Médico	0,116	0,140	0,111	0,211	0,219	0,221
<b>ICM Global</b>	<b>0,723</b>	<b>0,912</b>	<b>0,867</b>	<b>0,844</b>	<b>0,827</b>	<b>0,873</b>
<b>ICM Internamento</b>	<b>1,075</b>	<b>0,982</b>	<b>0,995</b>	<b>1,077</b>	<b>1,003</b>	<b>1,006</b>
<b>ICM AP 27</b>						
ICM Internamento Cirúrgico	-	-	-	0,876	0,926	0,926
ICM Internamento Médico	-	-	-	0,876	0,854	0,883
ICM Cirurgia de Ambulatório	-	-	-	0,355	0,369	0,370
ICM Ambulatório Médico	-	-	-	0,220	0,224	0,232
<b>ICM Global</b>	-	-	-	<b>0,648</b>	<b>0,691</b>	<b>0,739</b>
<b>ICM Internamento</b>	-	-	-	<b>0,876</b>	<b>0,878</b>	<b>0,897</b>

Fonte: CHEDV, CHAlto Ave, CHLeiria e HCascais - cálculo com base na Base de Dados Nacional 2013 (ref. 13091/2014/DPS/ACSS de 12 de Outubro 2014), HLoures e HVFXira - Pagamento de Reconciliação 2013.



Tendo em consideração os dados constantes do quadro anterior, pretende esta ARS alertar para o facto de a análise efetuada pelo douto Tribunal no Quadro 35 do Volume II poder eventualmente estar a considerar o agrupador AP21 para as PPP e o agrupador AP 27 para os hospitais EPE, não sendo, por isso, os indicadores diretamente comparáveis, influenciando, naturalmente as conclusões da análise desenvolvida pelo Tribunal.

Considerando o ICM determinado por esta ARS em AP21 para todos os hospitais, e desta forma garantindo a comparabilidade dos dados, verifica-se que nas áreas de internamento médico e cirúrgico o Hospital de Loures apresenta os ICM mais elevados. O facto de o ICM global ser inferior ao das demais unidades resulta do elevado peso relativo da atividade de ambulatório médico (30% do total de doentes equivalentes face a valores significativamente mais baixos nas restantes unidades), a qual tem um ICM associado mais reduzido.

39. Face ao exposto, na presente pronúncia os hospitais de Cascais e de Vila Franca de Xira não serão considerados como comparáveis com o HBA, cingindo-se a análise, quando relevante, à comparação com os três hospitais EPE (CHEDV, CHAltoAve e CHLeiria).
40. Por outro lado, caso a presente pronúncia desta Administração Regional de Saúde mereça concordância do douto Tribunal, nomeadamente no que respeita à necessidade de atualização da seleção de grupo de referência, à importância do ajustamento da informação no que respeita a centros hospitalares e à necessidade de garantia de comparabilidade dos indicadores avaliados, assim como à própria escolha do doente padrão como indicador principal de comparação entre as unidades, tal tem impacto e afeta decisivamente as conclusões retiradas pelo Tribunal na análise constante dos pontos seguintes:
  - Volume I
    - i) 2. Principais conclusões: n.ºs 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11 e 12;
    - ii) 3. Conclusões e observações da auditoria: n.ºs 27, 32, 33, 35, 37, 45, 49, 51, 57, 59, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72 e 73.
  - Volume II
    - iii) 6.2.3. Custos unitários por doente padrão e ajustamento nos custos com pessoal;
    - iv) 7. Gestão privada do serviço público.
41. Solicita, assim, este Conselho Diretivo que sejam acolhidas pelo douto Tribunal as presentes considerações e que seja revisto em conformidade o Relato.



## Codificação clínica

42. Atentas as referências, ainda a propósito da *Gestão Privada do Serviço Público*, constantes do n.º 7.2. do Volume II do Relato, e as referências constantes do n.º 77 do n.º 3.3. *Execução e controlo do Contrato de Gestão na vertente hospitalar* do Volume I, informa este Conselho Diretivo que:

- a) Reconhecendo a importância das auditorias à codificação clínica para efeitos de verificação da conformidade da codificação clínica no âmbito do acompanhamento dos Contratos de Gestão referentes aos três hospitais da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT) geridos em regime de parceria público-privada, esta Administração Regional de Saúde, através da comunicação com a referência 12084/APPP/2012, de 15.06.2012, solicitou à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (doravante, também, designada por “ACSS” ou “ACSS,I.P.”) (cf. documento n.º 13 que se junta para efeitos da presente pronúncia), a inclusão dos referidos hospitais no Plano Anual de Auditorias à Codificação Clínica estabelecido pela ACSS.
- b) O referido pedido mereceu resposta favorável da ACSS, I.P., conforme comunicação constante do ofício com a referência n.º 15926, de 12.10.2012 (cf. documento n.º 14 que se junta para efeitos da presente pronúncia).
- c) Em 2013 a ACSS, I.P., efetuou auditorias à codificação clínica dos três hospitais geridos em regime de parceria público-privada, tendo as mesmas sido dirigidas a episódios agrupados em GDH referentes ao ano de 2012.
- d) Como tal não sucedeu em 2014, por referência ao ano de 2013, esta Administração Regional de Saúde solicitou, através do Ofício com a ref.º 2587/APPP/2015, de 09.02.2015 (cf. documento n.º 15 que se junta para efeitos da presente pronúncia), confirmação de que as mesmas seriam realizadas no início do ano de 2015, nos três hospitais em regime de parceria pública privada.
- e) A ACSS, I.P., informou este Conselho Diretivo, através da comunicação com a referência n.º 3553/2015/DPS/ACSS, de 31.03.2015, da calendarização prevista para as auditorias a realizar aos três hospitais da RSLVT geridos em regime de parceria público-privada, dirigidas aos episódios referentes aos anos de 2013 e 2014 (documento n.º 16 que se junta para efeitos da presente pronúncia).



## Eficiência global

43. No que respeita à análise de indicadores desenvolvida no ponto 7.3 *Eficiência global* do Relato de Auditoria, cumpre apresentar seguidamente os comentários desta Administração Regional de Saúde relativamente aos indicadores **demora média, taxa de ocupação do bloco operatório e produtividade dos recursos humanos**, que assim se deixam à consideração do douto Tribunal.

### Demora média e taxa de ocupação

44. A páginas 60 e 61 do Volume II (Desenvolvimento) do Relato de Auditoria, e com reflexos igualmente no n.º 3.1. *Desenvolvimento da atividade assistencial* (n.ºs 33 a 35) e no ponto 7 das principais conclusões no Volume I do Relato, apresenta o douto Tribunal as seguintes conclusões relativamente à demora média das unidades hospitalares da amostra e ao respetivo índice de complexidade da atividade de internamento «(...) Por sua vez, a demora média apurada no Hospital de Loures é a mais elevada se comparada com os restantes hospitais da amostra, 7,1 dias em 2013, sendo a mais baixa, 4,7 dias, registada no Hospital de Cascais. Embora a maior demora média possa ser explicada pela complexidade da atividade de internamento do Hospital de Loures, a mais elevada entre os hospitais em análise, outros hospitais apresentam ICM similares com demoras médias inferiores, como é o caso do Hospital de Cascais.».
45. Acresce que a análise de *benchmarking* de demora média incluída no ponto 7.3 do Volume II do Relato de Auditoria é utilizada para suportar a seguinte conclusão inserida no ponto 2 do Volume I do Relatório: «7. O Hospital Beatriz Ângelo apresenta uma demora média do internamento (7,1 dias) superior à que seria expectável dada a casuística dos doentes internados, ultrapassando largamente a demora média verificada no hospital público com o melhor indicador, o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, com 4,8 dias. A evolução verificada de 2012 para 2013 revela, ainda assim, uma tendência de melhoria deste indicador.».
46. A este respeito, refira-se antes de mais que não se afigura do interesse da Entidade Gestora manter os utentes internados no hospital por períodos superiores ao clinicamente necessário, pelo que deixa este Conselho Diretivo à consideração do douto Tribunal que a conclusão constante do n.º 7 do ponto 2 do Volume I do Relato de Auditoria seja verificada e validada, não só quanto à comparabilidade dos dados apresentados entre as diversas unidades hospitalares, como quanto à demora média que no entender do douto Tribunal seria expectável que o Hospital Beatriz Ângelo atingisse. Neste contexto, considerou esta Administração Regional de Saúde indispensável desenvolver uma análise da demora



média do Hospital de Loures face às três unidades EPE, ainda que a mesma possa estar insuficientemente detalhada e aprofundada, dadas as limitações resultantes do prazo concedido para a elaboração do contraditório. Neste contexto, procedeu esta ARS à determinação da demora média do internamento relativamente ao Hospital Beatriz Ângelo e aos três centros hospitalares EPE<sup>2</sup> selecionados no Relato de Auditoria, tendo por base a informação constante da Base de Dados de GDH nacional de 2013 disponibilizada pela ACSS a esta ARS<sup>3</sup> e no reporte de 2013 da SGHL, e comparou-a com os índices de *case mix*, em agrupador AP21, determinados com base na mesma informação:

	HLoures	CHEDV	CHAltoAve	CHLeiria
<b>ICM (AP21)</b>				
ICM internamento cirúrgico	1,607	1,438	1,472	1,443
ICM internamento médico	0,847	0,788	0,762	0,787
<b>ICM internamento</b>	<b>1,075</b>	<b>1,077</b>	<b>1,003</b>	<b>1,006</b>
<b>Demora Média</b>				
DM internamento cirúrgico	7,17	4,36	5,84	4,81
DM internamento médico	7,05	6,11	6,77	6,90
<b>DM internamento</b>	<b>7,09</b>	<b>5,38</b>	<b>6,48</b>	<b>6,24</b>
<b>% cir. amb (GDH) para procedimentos ambulatorizáveis</b>	<b>83,8%</b>	<b>74,5%</b>	<b>77,9%</b>	<b>69,0%</b>

Fonte: CHEDV, CHAlto Ave, CHLeiria - cálculo com base na Base de Dados Nacional 2013 (ref. 13091/2014/ DPS/ ACSS de 12 de Outubro 2014), HLoures – informação reportada pela EGEST para efeitos do apuramento do pagamento de reconciliação de 2013

47. Conforme se pode constatar, o Hospital de Loures, apesar de ter uma demora média superior à das demais unidades (muito embora com um distanciamento inferior ao que resulta do relatório do douto Tribunal, o que assim se deixa à ponderação), quer no que respeita ao internamento médico quer cirúrgico, apresenta igualmente índices de complexidade superiores. Adicionalmente, verifica-se que o peso das cirurgias de ambulatório é superior no Hospital de Loures face aos demais, o que poderá igualmente justificar a demora média mais elevada, uma vez que, existindo um maior número de

<sup>2</sup> Apesar de, conforme *supra* exposto, esta Administração entender que o Hospital de Cascais não permite a comparabilidade face ao Hospital Beatriz Ângelo nos termos integrais visados em termos de objetivos de auditoria, gostaria de não deixar de referir que a demora média de 4,7 dias referida pelo douto Tribunal não se confirma nos cálculos desenvolvidos por esta ARS, ascendendo tal indicador a 6,3 dias considerando a informação constante da Base de Dados de GDH nacional de 2013 disponibilizada pela ACSS a esta ARS.





cirurgias menos complexas realizadas em ambulatório e que, como tal, deixam de requerer o internamento do Utente, a demora média associada ao internamento aumenta. A este respeito, importa ainda salientar que, muito embora no Relato, no ponto 2 do Volume I, se refira que «8. Por outro lado, apresenta a segunda maior taxa de cirurgias realizadas em ambulatório dos hospitais comparados, o que se traduz na diminuição dos custos unitários da atividade cirúrgica», tal conclusão, que constitui um dos fatores que contribuem para justificar uma demora média superior no caso do Hospital de Loures, não é utilizada pelo duto Tribunal para esse fim, o que poderia, no entender desta Administração Regional de Saúde, ser efetuado, o que assim se deixa à consideração para efeitos do relatório final de auditoria.

48. Não obstante considerar esta Administração Regional de Saúde que existem motivos que poderão justificar uma demora média mais elevada no Hospital de Loures, no âmbito dos Relatórios de Avaliação do Desempenho da Entidade Gestora tem vindo sempre, como é do conhecimento do duto Tribunal, a recomendar à SGHL que efetue uma análise dos internamentos que apresentam demoras médias mais elevadas face à média dos demais episódios que integram uma determinada GCD e que, como tal, contribuem para uma demora média global do hospital superior, tendo em vista a compreensão de tais desvios e o estabelecimento de mecanismos de atuação caso possível. Muito embora não tenha sido possível a esta Administração Regional de Saúde no tempo disponível validar a argumentação apresentada pela SGHL na resposta ao Relatório de Avaliação de Desempenho do 1.º Semestre de 2014, refira-se que esta entidade apresentou como argumento para o Hospital de Loures registar uma demora média superior, o facto de existir um conjunto de episódios de internamento com durações mais elevadas que determinam uma subida da demora média global. Tais episódios, no entender da Entidade Gestora, decorrem de motivos clínicos, respeitam a utentes que aguardam vaga na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a situações em que a alta foi protelada única e exclusivamente por motivos do foro social.

49. Adicionalmente, cumpre ainda salientar o facto de, tendo em consideração a forma de financiamento dos hospitais EPE quanto aos doentes crónicos de medicina física e reabilitação e de psiquiatria (por diária), a base de dados não considerar estes dias de internamento por não haver codificação em GDH (considera apenas os dias crónicos resultantes de um episódio agudo). No caso do Hospital de Loures, todo o pagamento é efetuado por GDH, pelo que a Entidade Gestora do Estabelecimento regista os casos crónicos na base de dados. Muito embora não se consiga quantificar o impacto de tal questão, consegue-se concluir que a inclusão de tais dias na base de dados, relativamente aos hospitais EPE à

<sup>3</sup> A utilização da base de dados de GDH de 2013 para cálculo da demora média, uma vez que apenas inclui episódios de internamento codificados, desconsidera os dias de internamento relativos a episódios sem codificação; contudo, admite-se que tal questão não altera as conclusões da análise desenvolvida.



semelhança do que sucede nos hospitais em PPP, contribuiria para um aumento do número de dias de internamento, e consequentemente da demora média dos hospitais EPE.

50. Por último, gostaria esta ARS de dar nota que:

- i) No gráfico 15, constante da página 61, Taxa de ocupação vs. demora média (hospitais da amostra), os valores apresentados para a demora média coincidem com os valores da demora média constantes da tabela da página 60 anterior para o ano de 2012 e não para o ano de 2013.
- ii) No gráfico 16, constante da página 61, Demora média vs. ICM internamento cirúrgico, não se compreende o motivo que justifica a análise apenas do ICM cirúrgico quando a demora média é apurada considerando os episódios de internamento médicos e cirúrgicos, o que assim se deixa igualmente a apreciação do douto Tribunal.

51. Por referência à recomendação xiv., compromete-se esta Administração a realizar e a manter uma rigorosa monitorização das taxas de ocupação do internamento verificadas no Hospital Beatriz Ângelo.

#### Taxa de utilização do bloco operatório

52. Refira-se, ainda, que a conclusão incluída a páginas 10 do Volume I (ponto 9 das principais conclusões, a qual tem por base os valores do Quadro 37 Indicadores de Eficiência que consta da página 60 do Volume II do Relato, e o referido no ponto 31 do n.º 3.1. *Desempenho da atividade assistencial* do Volume I) parece resultar excessiva face à pouco expressiva diferença das taxas de utilização do bloco operatório para cirurgias programadas apresentada relativamente ao Hospital de Loures e ao CHLeiria «9. Em termos de maximização da utilização do bloco operatório, a taxa de utilização verificada no Hospital Beatriz Ângelo (82%) não difere de forma relevante das taxas médias verificadas nas restantes unidades hospitalares consideradas para o exercício de benchmarking, destacando-se o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, com a maior taxa, 84%, o que significa que o investimento aplicado em formação bruta de capital fixo e nos recursos humanos afetos ao bloco operatório está a ser melhor utilizado nesta unidade pública.»

#### Produtividade dos recursos humanos

53. As limitações e falta de comparabilidade referidas relativamente ao cálculo dos doentes padrão têm também impacto na análise comparativa efetuada pelo douto Tribunal no Quadro 38 do Volume II do Relato, no que concerne às conclusões que são retiradas relativamente à produtividade dos recursos



humanos, e também no n.º 51, relativamente à consulta externa, do n.º 3.1. *Desempenho da atividade assistencial*, do Volume I.

### Acesso

54. No ponto 7.4 do Volume II do Relatório é desenvolvida uma análise de listas e tempos de espera que conduz, nomeadamente, às seguintes conclusões constantes do ponto 2 do Volume I do Relato: «46. *Em 2014, perspectiva-se que a produção de consultas externas ultrapasse novamente as quantidades contratualizadas com a EPC/ARSLVT, situação que poderá ter reflexos ao nível dos tempos de espera, degradando as condições de acesso dos utentes à consulta externa hospitalar.*

47. *Tendo em conta que a Entidade Gestora do Estabelecimento não é remunerada pelas consultas externas que realize acima da produção anual acordada, a contratação, por parte da EPC/ARSLVT, de quantidades insuficientes de produção para esta linha de atividade poderá dificultar o acesso dos utentes à consulta externa, uma vez que a Entidade Gestora do Estabelecimento tem incentivos a desviar os recursos de que dispõe para outras atividades nas quais exista margem para aumentar a produção faturável.»*

55. Atentas as referidas conclusões, não pode esta Administração Regional de Saúde deixar de salientar que, não obstante no quadro das regras de comportabilidade orçamental, a produção de primeiras consultas externas anualmente contratada no âmbito dos procedimentos anuais da Entidade Gestora do Estabelecimento tem vindo a ser sucessivamente incrementada para dar resposta à procura dirigida ao Hospital Beatriz Ângelo, conforme se comprova no gráfico seguinte:



Fonte: Fecho dos procedimentos anuais (consultas contratadas), pagamentos de reconciliação de 2012 e 2013 (consultas efetuadas em 2012 e 2013), reporte da EGEST relativamente a 2014 (consultas efetuadas em 2014)



56. Saliente-se ainda na perspetiva do acesso que, com exceção do ano de arranque (2012), a SGHL tem inclusivamente efetuado mais primeiras consultas do que as contratualizadas e, consequentemente, remuneradas nos termos do Contrato de Gestão.
57. Por outro lado, e atento o exposto nos n.ºs 26 a 30 do Volume I, gostaria esta ARS de referir que, na sequência de um trabalho conjunto com a SGHL e outras entidades do Ministério da Saúde, foi possível obter uma harmonização entre o SIGLIC e o sistema de informação da SGHL, apresentado o Hospital de Loures, à data de referência de 31.12.2014, o segundo melhor tempo de espera para cirurgia (88,2 dias) e a quarta melhor lista de espera (2.777 utentes) de toda a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo conforme se pode constatar na tabela seguinte (excluindo IPOL e IOGP):

LIC 31/12/2014	LIC, por Hospital	TME, por Hospital
CHLC	10.004	141,4
CHLN	7.106	190,2
HGO	6.619	210,6
HFF	5.299	121,0
CHS	4.422	168,6
HDS	3.677	153,3
CHMT	3.135	127,6
CHLO	2.999	141,8
CHBM	2.832	150,3
<b>HBA</b>	<b>2.777</b>	<b>88,2</b>
CHO	2.652	129,7
H. CASCAIS	2.347	116,3
HVFX	1.789	73,8
<b>Total Região:</b>	<b>57.804</b>	<b>147,1</b>

Fonte: Dados Provisórios Dezembro 2014 fornecidos pela UCGIC após atualização do HBA a 07/04/2015

58. Assim, no que se refere às listas de espera para cirurgia, no âmbito do SIGIC, toma este Conselho Diretivo o ensejo de informar que os constrangimentos verificados foram já ultrapassados.
59. Na verdade, esta Administração Regional de Saúde tem vindo a acompanhar a articulação havida entre a Entidade Gestora do Estabelecimento e a Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, a funcionar junto da Administração Central do Sistema de Saúde, sendo que, de acordo com a informação recolhida no passado dia 08.04.2015, a Entidade Gestora procedera já à atualização dos



dados relativos às listas de espera para cirurgia, no âmbito do SIGIC, na plataforma em utilização para efeitos da gestão da Lista de Inscritos em Cirurgia.

60. Em momento prévio, no final de março do corrente ano, conforme resulta melhor explicitado no ofício com a referência n.º 5467/APPP/2015, de 25.03.2015, que se junta como documento n.º 17, este Conselho Diretivo, ao abrigo dos poderes de gestão e acompanhamento da execução do Contrato de Gestão e com vista ao cumprimento das obrigações contratuais em matéria de realização das prestações de saúde aos Utentes do Hospital de Loures e à respetiva regularidade, acessibilidade, continuidade e qualidade, teve oportunidade de expor e solicitar a atenção da Entidade Gestora para as obrigações que sobre si impendem, em resultado da integração no Serviço Nacional de Saúde (cf. artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, e Cláusula 46.ª do Contrato de Gestão), em matéria de garantia das condições adequadas de acessibilidade à prestação de cuidados de saúde nos termos do Serviço Público de Saúde que lhe está acometido.
61. Nesse âmbito, este Conselho Diretivo interpelou a Entidade Gestora para observar as regras que se encontram previstas no Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, aprovado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, com a redação dada pela alteração operada pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro, às quais a mesma se encontra vinculada, por força do disposto nas Cláusulas 46.ª e 47.ª do Contrato de Gestão e no artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, bem como no n.º 4 da Cláusula 16.ª do Contrato de Gestão, que dita que a Entidade Gestora está obrigada a cumprir «as disposições de natureza regulamentar, emanadas do Ministro da Saúde ou dos órgãos do Ministério da Saúde, relacionadas com a garantia de realização de prestações de saúde aos Utentes no âmbito do Serviço Público de Saúde». Com apoio no disposto no n.º 3 do Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia conjugado com o n.º 4 da Cláusula 16.ª do Contrato de Gestão, este Conselho Diretivo interpelou a Entidade Gestora para o pontual e integral cumprimento da obrigação de registar e transferir a informação relativa à atividade cirúrgica programada e à realizada pelos serviços de urgência para o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), centralizado na Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., que, no caso de informação necessária à regulação da Lista de Inscritos em Cirurgia e à transferência dos utentes entre hospitais e à sua abordagem nos hospitais de destino, deverá ocorrer diariamente, por força do disposto no n.º 4 do Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.
62. Em suma, atendendo aos dados entretanto apurados, verifica este Conselho Diretivo e deixa assim à consideração do douto Tribunal que a Entidade Gestora do Estabelecimento deu já cumprimento à



referida obrigação, atualizando a informação registada e transferida para o referido sistema de informação.

63. Desta forma, como referido, e em resultado de um esforço de articulação das entidades competentes do Ministério da Saúde entre si e com a SGHL, propomos que seja ponderada, para efeitos do relatório final em sede de auditoria, a recente atualização dos registos do Hospital Beatriz Ângelo na plataforma SIGLIC, com um impacto bastante significativo (a regularização de 1.454 episódios, já intervencionados mas permanecendo como em espera no SIGLIC, contribuiu para a redução do tempo médio de espera do Hospital de Loures de 214,7 dias para 88,2 dias, ou seja, o segundo melhor tempo da RSLVT, excluídas as unidades especializadas Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Dr. Francisco Gentil, E.P.E., e Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto).

#### **Tempos de espera na urgência**

64. Ainda em matéria de acesso (cf. n.º 7.4. do Volume II do Relato), a propósito do n.º 7. *Gestão Privada do Serviço Público*, importa, atentas as referências apresentadas no Relato de auditoria no que respeita aos tempos de espera na urgência, em particular o exposto a páginas 65 a 67 do Volume II, n.º 7.4. *Acesso*, e o referido nos n.ºs 60 e 61. em matéria de *Urgência*, a propósito do n.º 3.1. *Desempenho da atividade assistencial*, a páginas 18 e 19 do Volume I do Relato, solicita que sejam vertidas no relato as considerações apresentados por esta Administração, em sede de auditoria, através da mensagem de correio eletrónico da Gestora do Contrato do Hospital de Loures de 29.01.2015, em particular as que se seguem:

«(...)entendeu-se, por referência ao ano de 2013, manter uma fiscalização rigorosa e um tratamento específico da matéria nos seus relatórios de avaliação do desempenho, interpelar ao cumprimento, exigir a prestação de informação e o reforço dos meios, salientar o modo como interpretar a alínea f) do n.º 3 da Cláusula 34.ª (o que, como identificado, não é consensual entre as Partes) e considerar que não estavam reunidas as condições objetivas exigíveis ao integral cumprimento e que tornassem devidas a aplicação da dedução como sanção contratual por inobservância, por sessão, do requisito de disponibilidade do SU. Concluiu-se, assim, como não devida a aplicação desta sanção contratual no primeiro ano completo de atividade e que a adoção desta conduta – reiteração da fiscalização rigorosa e da interpelação ao cumprimento e não aplicação das deduções – correspondia a uma execução do Contrato de Gestão equilibrada e com o mesmo conforme. (...)



Refira-se ainda que, com vista à verificação do cumprimento dos requisitos de disponibilidade do Serviço de Urgência e das referidas obrigações contratuais, está planeada a realização, em 2015, de nova auditoria ao SU.

Manterá ainda sobre este domínio, como até aqui, também a verificação dos Parâmetros de Desempenho de Resultado n.ºs 25 e 26».

### **Desempenho da atividade assistencial – articulação com os cuidados primários**

65. No relato de auditoria são apresentadas considerações que respeitam à articulação do Hospital de Loures com os cuidados de saúde primários.

66. Essas considerações têm reflexos quer na matéria versada pelo douto Tribunal com conexão com a consulta externa (a produção prevista e a produção efetiva de consulta externa e com o acesso às consultas externas) e com afluência à urgência hospitalar. As considerações que se seguem tomam por referência, quanto à consulta externa, em particular o ponto 44. do 3.1. *Desempenho da atividade assistencial*, a páginas 15 do Volume I do Relato, o ponto 78. do n.º 3.3. *Execução e controlo do Contrato de Gestão na vertente hospitalar*, a páginas 22 do Volume I do Relato, o ponto 5.3. *Reconciliação da remuneração a pagar à Entidade Gestora do Estabelecimento*, a páginas 32 e 33 do Volume II do Relato, o 6.3. *Rendibilidade da Entidade Gestora do Estabelecimento*, a páginas 50 do Volume II do Relato, e quanto ao atendimento na urgência hospitalar, em especial os pontos 55 e 56 do n.º 3.1. *Desempenho da atividade assistencial*, a páginas 17 do Volume I do Relato, e o n.º 7.4. do Volume II do Relato, a páginas 65.

67. Atentas essas referências, e sem prejuízo das considerações explanadas por este Conselho Diretivo nos n.ºs 55 a 57 da presente pronúncia, deixa esta Administração ainda à ponderação do douto Tribunal o seguinte:

a) Veja-se em especial que o relato de auditoria salienta as ações realizadas pela SGHL «nos contatos promovidos pelo hospital junto das unidades de cuidados de saúde primários da sua área de influência» (cf. página 33 do Volume II do Relato), o que deve ser considerado, atentas as obrigações que impendem sobre a Entidade Gestora do Estabelecimento Hospitalar em sede de articulação com os cuidados de saúde primários, nos termos da Cláusula 48.ª, n.º 2, do Contrato de Gestão.

b) A par dessas considerações, deixa este Conselho Diretivo ainda a apreciação que no âmbito do procedimento anual de 2012 a negociação dos níveis de produção para esse ano teve em



consideração, entre outros, o cronograma de abertura dos serviços do Hospital Beatriz Ângelo, que ocorreu entre 19.01.2012 e 27.02.2012. Assim, conforme já referido, as dificuldades verificadas na capacidade de atração do Hospital, limitação, aliás, prevista no modelo financeiro do Contrato de Gestão em 80%, devem ser enquadradas na circunstância de se tratar do primeiro ano de funcionamento de um Hospital que não veio substituir outra unidade hospitalar.

c) Acresce notar que a referenciação de pedidos de primeira consulta através do sistema eletrónico de referenciação CTH/Alert P1, existente no Serviço Nacional de Saúde (de ora em diante, também, designado por “SNS”), esteve disponível desde a abertura do Hospital, tendo inclusive respeitado as datas estabelecidas no cronograma de abertura do Estabelecimento Hospitalar. Em abril de 2012 a ARSLVT enviou a todos os Hospitais SNS da Região de Saúde de Lisboa e de Vale do Tejo circulares contendo as regras de articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais (incluindo o Hospital de Loures) no âmbito da Consulta a Tempo e Horas nas várias especialidades. As referidas circulares explicitaram as regras de referenciação que já se encontravam definidas e em prática. Ao longo do ano de 2012 foram divulgadas mais circulares com o mesmo objetivo.

d) Em matéria de atendimento na urgência hospitalar não urgente, salienta este Conselho Diretivo que, no quadro das suas atribuições e competências, esta Administração Regional de Saúde, no sentido da minimização do recurso indevido/injustificado pelos utentes aos Serviços de Urgência dos hospitais, nomeadamente do Hospital Beatriz Ângelo, tem procurado implementar medidas, entre as quais se destacam o alargamento do horário de funcionamento dos Centros de Saúde até às 22h00, como aconteceu recentemente, a reorganização das listas de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, no sentido da atribuição de médico de família a mais utentes, a abertura de novas unidades de cuidados de saúde primários.

68. Assim, solicita este Conselho Diretivo que sejam atendidas, pelo douto Tribunal no relatório final de auditoria, as presentes considerações, com reflexos designadamente nas mencionadas referências (quanto à consulta externa, em particular o ponto 44. do 3.1. Desempenho da atividade assistencial, a páginas 15 do Volume I do Relato, o ponto 78. do n.º 3.3. Execução e controlo do Contrato de Gestão na vertente hospitalar, a páginas 22 do Volume I do Relato, o ponto 5.3. Reconciliação da remuneração a pagar à Entidade Gestora do Estabelecimento, a páginas 32 e 33 do Volume II do Relato, o 6.3. Rendibilidade da Entidade Gestora do Estabelecimento, a páginas 50 do Volume II do Relato, e quanto ao atendimento na urgência hospitalar, em especial os pontos 55 e 56 do n.º 3.1. Desempenho da atividade assistencial, a páginas 17 do Volume I do Relato, e o n.º 7.4. do Volume II do Relato, a páginas 65).





## Estrutura de Gastos

69. No ponto 7.6 *Estrutura de gastos* do Relato de Auditoria é desenvolvida uma análise de gastos que inclui uma comparação relativamente às unidades hospitalares selecionadas para efeitos de avaliação do *Value for Money* na vertente da economia da PPP, nomeadamente, de indicadores de financiamento por doente padrão (quadro 50) e de gastos operacionais por doente padrão (quadro 48 e gráfico 25), com reflexos nos pontos 1 a 4 das principais conclusões e nos pontos 72 e 73, em sede do n.º 3.2. *Organização, produtividade e eficiência global da atividade assistencial*, do Volume I do Relato.
70. Com base nessa análise são apresentadas no ponto 2 do Volume I do Relatório as seguintes quatro conclusões principais:
- «1. Na sequência da auditoria à execução do Contrato de Gestão não resulta evidente uma maior eficiência decorrente do modelo de gestão privada do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, cuja atividade se iniciou em 27 de fevereiro do ano 2012, face à gestão de outras unidades com gestão pública empresarial do Serviço Nacional de Saúde.
  2. O financiamento por doente padrão tratado no Hospital Beatriz Ângelo foi, aliás, em 2013, mais elevado (€ 2.597) que o atribuído aos centros hospitalares públicos selecionados: o financiamento por doente padrão ascendeu, no Centro Hospitalar de Leiria1, EPE, a € 2.226, no Centro Hospitalar de Alto Ave2, EPE, a € 2.341 e no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga3, EPE, a € 2.4304.
  3. No final do ano de 2013, com cerca de dois anos de atividade, os gastos operacionais do Hospital Beatriz Ângelo, € 2.561 por doente padrão, foram superiores aos verificados em várias entidades públicas empresariais do Serviço Nacional de Saúde, apesar de estas se debaterem com elevados custos de contexto relacionados com condicionantes corporativas várias, que não afetam o Hospital de Loures. Destacam-se os gastos operacionais por doente padrão do Hospital Garcia de Orta, EPE, € 2.415, do Centro Hospitalar de S. João, EPE, € 2.444, do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE, € 2.454, e do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE, € 2.532.
  4. Considerando apenas os hospitais com gestão pública empresarial da amostra selecionada, verifica-se que os gastos operacionais por doente padrão do Hospital Beatriz Ângelo foram idênticos aos do hospital público mais eficiente, o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, com gastos operacionais por doente padrão de € 2.5696.»
71. Sem prejuízo das considerações já tecidas por esta Administração Regional de Saúde no âmbito do n.º 7. *Gestão Privada do Serviço Público*, considera esta Administração que a análise desenvolvida pelo



douto Tribunal não permite, na realidade, aferir o *Value for Money* da parceria do Hospital de Loures na vertente da economia para o erário público decorrente da prestação de serviços clínicos hospitalares mediante a gestão por via de uma parceria público-privada face à alternativa de gestão pública desse serviço.

72. Solicita este Conselho Diretivo que, neste âmbito, sejam considerados os seguintes aspetos:

73. Em primeiro lugar, não deverão ser incluídos para efeitos da análise da economia da PPP os encargos relativos à vertente infraestrutural, uma vez que:

- Tal economia não pode ser aferida com base num único ano de observações, devendo, ao invés, considerar o valor atualizado dos encargos ao longo de todo o prazo da parceria, tanto mais que as diversas parcerias público-privadas hospitalares infraestruturais têm mecanismos de pagamentos distintos (ex. componente fixa e componente variável) e concentrações temporais dos pagamentos à Entidade Gestora do Edifício distintas, dado terem sido dimensionadas para fazer face ao serviço da dívida contraída para financiamento da construção.
- Por outro lado, as infraestruturas hospitalares em análise, ou seja, o Hospital de Loures e os centros hospitalares (CHEDV, CHAltoAve e CHLeiria), apresentam características completamente distintas em termos de antiguidade do edifício hospitalar (e respetiva amortização) e dos requisitos de manutenção e conservação (contratualmente definidos no caso da PPP) que as tornam não diretamente comparáveis para os efeitos a que a auditoria se refere. Devem, desta forma, no entender desta Administração Regional de Saúde, ser expurgados da análise, tanto os pagamentos efetuados à Entidade Gestora do Edifício relativamente à PPP do Hospital de Loures, como os encargos operacionais relativos à infraestrutura no caso dos hospitais EPE, centrando-se a análise na vertente clínica da prestação de serviços de saúde hospitalares.

74. Adicionalmente, e especificamente no que respeita à economia da prestação de serviços clínicos, considera esta Administração Regional de Saúde, o que assim se deixa à apreciação do douto Tribunal, que a mesma deve ser efetuada mediante, nomeadamente, a comparação entre:

- Por um lado, os pagamentos efetivamente realizados pelo Estado relativamente aos serviços prestados pela Entidade Gestora do Estabelecimento, uma vez que sendo o risco operacional e de performance económico-financeira integralmente transferido para o parceiro privado no âmbito da PPP, mesmo que haja lugar à geração de défices de exploração, os mesmos não são transferíveis ou imputáveis ao Estado, mantendo-se de acordo com a matriz de risco da PPP integralmente na esfera do parceiro privado; e



- Por outro lado, os encargos que estariam previsivelmente associados a esses mesmos cuidados de saúde hospitalares caso fossem desenvolvidos diretamente pelo setor público, sendo para tal necessário selecionar unidades públicas comparáveis (EPE) e apurar os respetivos gastos operacionais, uma vez que os encargos anualmente gerados (ainda que não sejam imediatamente saldados por via, por exemplo, dos prazos de pagamentos a fornecedores) são responsabilidade do Estado. Acresce que a consideração dos montantes de financiamento ao abrigo dos contratos-programa também não pode ser utilizada para *benchmarking* tendo em vista a aferição da economia da PPP, uma vez que (conforme resulta evidente do gráfico 28 EBITDA dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde em 2013 do Volume II do Relato) os hospitais do SNS geram défices ou *superavits* de exploração anuais.

75. Relativamente aos hospitais comparáveis, deve ser efetuada, com base na informação mais recente e detalhada que esteja disponível, uma seleção criteriosa, tendo em vista a máxima comparabilidade entre as unidades ou, pelo menos, a identificação das áreas em que essa comparabilidade não existe, para que se possam introduzir correções aos dados que permitam obtê-la. A este respeito, consideramos nomeadamente que as unidades comparáveis devem:

- Ser identificadas de entre todo o universo de unidades públicas hospitalares, corrigindo, tanto quanto possível, e para efeitos de avaliação da economia da PPP, ou seja, no que respeita a níveis de atividade e aos respetivos encargos anualmente suportados, a sua integração em centros hospitalares ou em unidades locais de saúde (também designadas, de ora em diante, por “ULS”), sempre que seja este o caso.
- Apresentar um perfil assistencial com características muito semelhantes; não sendo possível uma total coincidência de perfil assistencial, dever-se-á procurar corrigir, sempre que possível, esse facto. Tal pode ser feito, nomeadamente, consultando a contabilidade analítica quando disponível, que permitiria, por exemplo, eliminar da unidade comparável os custos com uma especialidade não contemplada no perfil do Hospital de Loures.
- Ter dimensão comparável, não só no que respeita a lotação, mas igualmente no que respeita às demais áreas. Com efeito, a relação entre internamento e áreas de ambulatório não é igual em todas as unidades hospitalares, sendo importante que seja o mais semelhante possível para evitar distorções na análise. Caso não se consiga uma total comparabilidade, uma vez mais será possível, recorrendo à contabilidade analítica dos hospitais caso disponível, corrigir esses efeitos.

76. Em suma, é essencial compreender a realidade de cada unidade hospitalar, de forma a poder ser possível interpretar os dados recolhidos e os resultados obtidos, assim como introduzir, sempre que possível, os ajustamentos tendentes à melhoria da comparabilidade.



77. Tendo em conta as considerações apresentadas por este Conselho Diretivo no n.º 37 v.) da presente pronúncia, deixa esta Administração Regional de Saúde a apreciação que o cálculo da economia seja efetuado com base em indicadores construídos propositadamente para esse fim, considerando a fonte de informação original, tendo em vista garantir a total comparabilidade entre os dados relativos aos hospitais EPE e à PPP de Loures. A este respeito refira-se que tem esta Administração reservas sobre se, para efeitos da avaliação do *Value for Money*, o doente padrão, como efetuado no Relato de Auditoria, será o indicador mais adequado à comparação das unidades hospitalares, tendo em consideração o exposto no referido n.º 37 v.) da presente pronúncia.

78. Adicionalmente, a aferição da economia da parceria deverá ser realizada tendo em consideração uma série histórica de observações e não apenas um ano como acaba por suceder no caso do relato de auditoria relativamente ao Hospital de Loures.

79. Refira-se ainda, a propósito da tendência de crescimento na variação do financiamento do Hospital de Loures em parceria público-privada por confronto com a evolução do financiamento dos hospitais EPE, nos termos vertidos a páginas 30 e 31 do Volume II do Relato, em sede do n.º 5.2. *Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento*, que essa tendência é justificada e esperada em razão de o Hospital de Loures constituir, como referido, um novo equipamento hospitalar que, tendo iniciado a sua atividade no ano de 2012, seria exetável que a sua capacidade de atração crescesse progressivamente nos primeiros anos de funcionamento.

80. Por último, gostaria esta ARS de salientar que, naturalmente, tendo em consideração o tempo disponibilizado para efeitos deste contraditório a apresentação de uma análise alternativa à desenvolvida pelo douto Tribunal não se afigurou possível. Está esta Administração, conforme *supra* referido em sede de considerações gerais, a preparar a análise do *Value for Money* de cada um dos projetos de parceria público-privada acompanhados por esta Administração, que será essencial para efeitos da proposta de decisão da renovação dos Contratos de Gestão na componente clínica, nos termos previstos contratualmente.

#### **Entidade Pública Contratante - Contratação dos consultores externos**

81. Atenta a recomendação xi. vertida no Volume I, páginas 32, do Relato e enunciada igualmente no n.º 80 do Volume I, e no n.º 12 do Volume II - Desenvolvimento do Relato de Auditoria, a páginas 92 e 93, em matéria da *Função de Monitorização da EPC/ARSLVT*, deixa este Conselho Diretivo à consideração do douto Tribunal o seguinte:



82. Em termos globais, a contratação de consultores externos sob coordenação da Gestão do Contrato tem constituído um importante auxílio na execução dos poderes que cabem à Entidade Pública Contratante, de acompanhamento e de fiscalização do Contrato de Gestão, na verificação do cumprimento das Entidades Gestoras, na mitigação de problemas e na identificação de melhorias a implementar na gestão do Contrato desta parceria público-privada.

83. Cabe a este Conselho Diretivo clarificar que o trabalho desenvolvido pelos consultores externos, ao invés do que parece resultar da passagem constante do n.º 80, a páginas 23 do Sumário (Volume I) do Relato de Auditoria, não se destina apenas aos testes de validação da produção, mas a apoiar um conjunto de tarefas de acompanhamento desenvolvidas na Gestão do Contrato com significativo benefício, em particular financeiro, na verificação da elegibilidade da produção para efeitos de pagamento de reconciliação. Os consultores técnicos têm apoiado a Equipa de Gestão do Contrato e concretizado, sob a coordenação da Gestora do Contrato designada pela ARSLVT e do coordenador da Equipa de Parcerias Público-Privadas, a realização de testes de validação da atividade hospitalar efetuados com recurso a mecanismos específicos e complexos de análise e auditoria de dados. Os trabalhos incluem a verificação da elegibilidade para pagamento pelo Estado dos atos clínicos reportados pelas Entidades Gestoras sendo expurgada toda a atividade reportada que não cumpre os critérios de elegibilidade para pagamento contratualmente previstos, e apuradas as falhas por transferências indevidas e por indisponibilidade da urgência, e as correspondentes deduções a aplicar à remuneração.

84. Entende este Conselho que o efeito da contratação de consultores foi de reforço dos procedimentos de controlo com vista a garantir o cumprimento operacional da monitorização da execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures.

85. Adicionalmente, atento igualmente o constante do parágrafo xi. do projeto de recomendações dirigidas pelo douto Tribunal a este Conselho Diretivo, a páginas 32 do Volume I – Sumário Executivo do Relato, que determina que esta Administração procure «Assegurar que a equipa afeta à monitorização e controlo da execução do Contrato de Gestão reúne e desenvolve as competências adequadas que permitam dispensar o recurso permanente e sistemático à contratação de consultores externos», substituindo, como referido a páginas 92 e 93 do Volume II do Relato, em matéria da *Função de Monitorização da EPC/ARSLVT*, tal recurso «por um recurso pontual e orientado para a satisfação de necessidades técnicas específicas», entende este Conselho Diretivo de salientar e deixar à consideração o seguinte:



- a. A ARSLVT tem vindo a desenvolver a articulação das suas estruturas internas de modo a permitir uma adequada gestão e correto acompanhamento do Contrato de Gestão. Saliente-se que, atento o disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º dos Estatutos da Administração Regional de Saúde de Vale do Tejo, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 161/2012, de 22 de maio, alterados pela Portaria n.º 211/2013, de 27 de junho, o acompanhamento das parcerias está integrado no Departamento de Contratualização desta Administração, e, ao abrigo do n.º 4 do artigo 1.º dos mesmos Estatutos, que permite que, em matérias intersectoriais ou sectoriais, o Conselho Diretivo crie, modifique e extinga equipas de projeto ou assessorias especializadas, tendo em vista a prossecução de objetivos específicos, coordenados por um responsável, sem estatuto de dirigente, foi criada a equipa de projeto das parcerias em saúde no quadro da ARSLVT e que funciona em colaboração com o Departamento de Contratualização.
- b. Assim, a circunstância de, em determinadas áreas, esta Administração Regional de Saúde ter vindo a recorrer a assessorias técnicas especializadas para apoio ao acompanhamento da execução do Contrato e fiscalização do cumprimento pelas Entidades Gestoras deve ser considerada no quadro da respetiva importância, em particular, atento o facto de estas assessorias constituírem valor acrescentado no exercício dos poderes do ente público permitindo coadjuvar na obtenção de ganhos, de qualidade e financeiros para o Estado, decorrentes do rigoroso acompanhamento e fiscalização do Contrato de Gestão. A obtenção de ganhos financeiros decorrentes de tal auxílio e das ações e operações de fiscalização que beneficiam dessa coadjuvação específica com recurso a consultores são mais do que compensadores dos encargos com a consultoria.
- c. Este Conselho Diretivo tem vindo a dotar a equipa afeta à monitorização e controlo da execução dos Contratos de Gestão em parceria público-privadas de novos recursos internos. Na verdade, salienta esta Administração que, no decurso do ano de 2012, 2013 e de 2014, foram identificadas necessidades na realização de tarefas específicas de acompanhamento que foram supridas, com cada vez maior expressão, através de solicitação aos recursos internos afetos, o que foi acompanhado por uma redução progressiva na afetação de consultores externos.
- d. Nesse sentido atente-se que foi operada em 2012, respetivamente em junho e setembro de 2012, a integração na Equipa de Gestão de dois recursos dos quadros do Estado. Essa integração constituiu reforço dos meios internos aos quais têm sido progressivamente solicitadas mais tarefas com a conseqüente diminuição da necessidade de recurso a consultores externos.
- e. Por outro, a maior experiência dos recursos internos afetos permitiu que cada vez mais tarefas sejam direta e exclusivamente assumidas por membros da Equipa de Gestão do projeto de



parcerias em saúde sem recurso a qualquer solicitação a consultores externos. Assim, denota-se, em termos práticos, que há tarefas que anteriormente exigiam o apoio técnico dos consultores externos de prestação de serviços de consultoria económico-financeira que atualmente são realizadas sem recurso a solicitação desse apoio na prestação de serviços, sendo autónoma e exclusivamente executadas por um recurso, técnico superior, com curso de Administração Hospitalar, que pertence ao mapa de pessoal desta Administração Regional de Saúde e que presta apoio aos Gestores dos Contratos no âmbito da monitorização dos encargos associados à atividade das Entidades Gestoras, validação de faturas de medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar, produção elegível no âmbito da RNCCI, entre outros aspetos, assim como se verifica que há tarefas que antes requeriam, para efeitos de acompanhamento dos Contratos de Gestão, a prestação de serviços de consultoria económico-financeira ou de serviços de consultoria jurídica e que são atualmente exclusivamente executadas pelos Gestores dos Contratos desta Administração sem recurso a apoio externo de consultoria económico-financeira ou de consultoria jurídica.

f. A solicitação de apoio a assessorias técnicas especializadas para apoio ao acompanhamento da execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures e fiscalização do cumprimento pelas Entidades Gestoras tem sido feita apenas para tarefas específicas e na medida do estritamente necessário e após a análise interna, cuidada e ponderada, pela Equipa de Gestão dessa efetiva necessidade.

g. Aumentar a equipa interna incorporando *know-how* e substituir o recurso a consultores, obriga a uma correta ponderação entre essa solução e a solução de manter uma Equipa de Projeto interna, articulada com outras valências da estrutura interna da ARSLVT, e com recurso em determinadas matérias específicas a uma assessoria qualificada e especializada.

Para efeitos dessa ponderação não deve ser desconsiderado um conjunto de aspetos que em especial se salientam e que têm sido ponderados por esta Administração na avaliação custo/benefício quanto à afetação de meios humanos no acompanhamento dos projetos de parcerias público-privadas em saúde:

- em primeiro lugar, cumpre notar que a mais expressiva afetação dos consultores corresponde ao acompanhamento e monitorização da atividade clínica, a cargo da Entidade Gestora do Estabelecimento e que a duração do Contrato de Gestão na vertente clínica corresponde a uma duração de 10 anos, com início em 2012, apenas eventualmente renovável, nos termos da Cláusula 38.ª do Contrato de Gestão; este caráter temporário, não favorece a decisão de constituição de encargos fixos e integração de pessoal na ARSLVT; saliente-se ainda que, para



acompanhar contratos de duração determinada, os encargos fixos decorrentes da integração de pessoal na estrutura da ARSLVT implicam igualmente considerar outros encargos, salariais e contributivos, decorrentes da relação jurídica de emprego;

- as restrições à contratação de recursos humanos como os que seriam adequados para dar resposta a eventuais necessidades permanentes, em especial atento o perfil de diferenciação exigido pelas necessidades de acompanhamento e especificidades das funções, como a proibição de abertura de procedimentos concursais para categorias superiores de carreiras pluricategoriais, gerais ou especiais, ou, no caso das carreiras não revistas e subsistentes, incluindo carreiras e corpos especiais, para as respetivas categorias de acesso, incluindo procedimentos internos de seleção para mudança de nível ou escalão, constante da alínea c) do n.º 2 do artigo 35.º da Lei do Orçamento do Estado para 2013 (Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro), proibição esta que se manteve no ano de 2014 e se mantém no corrente ano, nos termos do n.º 1 e da alínea c) do n.º 2 do artigo 39.º da Lei de Orçamento do Estado para 2014, aprovado pela Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro, mantido na Lei de Orçamento do Estado para o ano de 2015 (n.º 1 e alínea c) do n.º 2 do artigo 38.º), aprovada pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, constitui relevante constrangimento à adoção do projeto de recomendação;

- refira-se ainda que a contratação ou afetação de elementos para estruturas próprias da ARSLVT não salvaguarda, por si só, que o conhecimento adquirido, gerado e incorporado nesse apoio prestado internamente se mantenha afeto ao acompanhamento e fiscalização do contrato pelo ente público, atentos os instrumentos e regime de mobilidade da administração pública;

- acresce notar que as necessidades de apoio no acompanhamento do Contrato de Gestão não são constantes ao longo do ano, tendo “picos” de maior afetação e outros períodos de menor afetação, o que faz considerar como mais adequado a gestão de equipas de consultores, cujo número e afetação pode ser maior ou menor em razão das necessidades em cada momento verificadas, em que o pagamento da atividade dos consultores depende da realização efetiva do trabalho que é sindicada e verificada por esta Administração Regional de Saúde; verificam-se incidências de trabalho sazonais e para tarefas específicas que se adequam melhor a prestações específicas e com obrigação da alocação dos meios humanos necessários e qualificados do que a recursos fixos internos com encargos constantes;

- os consultores, formados e qualificados nas matérias específicas para as quais são contratados, revelam especiais conhecimentos setoriais em parcerias público-privadas e em saúde, o que tem constituído um aspeto que tem beneficiado o exercício dos poderes de fiscalização pela EPC, com





reflexos financeiros vantajosos para esta Administração, na relação custo-benefício, tendo contribuído muito positivamente para o acompanhamento do Contrato de Gestão.

Por outro lado ainda, importa notar, o que tem relevo na ponderação da contratação de consultores *versus* internalização, atentos os custos também envolvidos com recursos internos, que têm sido impostas nos contratos com os consultores externos nos consecutivos anos novas e sucessivas reduções remuneratórias e que, designadamente no caso da prestação de serviços de consultoria jurídica, a que, a título de exemplo, no segundo semestre de 2014, foi aplicada por esta Administração nova redução remuneratória de 10% no valor/hora, quando tal redução remuneratória não resultava para o prestador como imperativa por força da lei. Quanto à contratação de serviços de consultoria, salienta-se ainda que os encargos referidos no Quadro 68 a páginas 93 por referência à consultoria jurídica e ao ano de 2013 carecem de correção – os encargos aí referidos foram considerados de acordo com informação previsional quanto à execução do contrato, sendo que a execução corresponde a valores reais inferiores, no montante de 29.473,88 euros.

86. Estas considerações que assim se submetem à apreciação do douto Tribunal fazem a esta Administração concluir que os atuais instrumentos de afetação de recursos internos e externos na monitorização e fiscalização constituem mecanismos eficazes na monitorização e avaliação da execução do Contrato de Gestão e que o recurso a consultores externos por esta Administração tem sido um recurso ponderado e orientado para a satisfação de necessidades técnicas específicas e na medida do estritamente necessário.

87. Sem prejuízo do exposto, este Conselho Diretivo acolhe a recomendação que é lhe dirigida pelo douto Tribunal e manterá e visará a todo o tempo a ponderação adequada para efeitos de custo/benefício e o desenvolvimento de competências adequadas que permitam um recurso pontual e sempre orientado para a satisfação de necessidades técnicas específicas.

#### **Entidade Pública Contratante – Avaliação da Entidade Gestora do Estabelecimento – aplicação de multa**

88. Em matéria da *Avaliação da Entidade Gestora do Estabelecimento*, nos termos versados no n.º 13 do Desenvolvimento (Volume II) do Relato de Auditoria, a páginas 94 e ss., deixa este Conselho à consideração o seguinte:

89. A referência, na página 97 do Desenvolvimento (Volume II) e na página 26 do Sumário (Volume I) do Relato, ao processo relacionado com a aplicação de multa contratual à Entidade Gestora do Estabelecimento encontra-se desatualizada. Com efeito, em 17.12.2014, foi deliberado por este



Conselho Diretivo (Deliberação n.º 234/Acta n.º 116) a aplicação de multa contratual à referida Entidade Gestora, ao abrigo do disposto no n.º 8 da Cláusula 108.ª do Contrato de Gestão, relacionada com o incumprimento de deveres de informação, de montante correspondente a 0,1% do valor da parcela a cargo do SNS prevista para o ano de 2014, ou seja, de 76.591,78 euros (setenta e seis mil, quinhentos e noventa e um euros e setenta e oito cêntimos), pelos fundamentos que melhor constam da Deliberação tomada, que se anexa a este ofício como documento n.º 18 e aqui se dá por integralmente reproduzida.

### **Entidade Pública Contratante – Avaliação da Entidade Gestora do Estabelecimento**

90. No que respeita à referência efetuada na página 95 do Volume II do Relato «Os resultados da Entidade Gestora do Estabelecimento não foram comparados com os da satisfação dos utentes de outras unidades hospitalares do SNS, para efeitos de *benchmarking*, impossibilitando que os estudos de satisfação pudessem ser tidos em conta na avaliação da entidade gestora» e ao exposto nos n.ºs 89 a 91 do n.º 3.3. *Execução e controlo do Contrato de Gestão na vertente hospitalar*, a páginas 21 e 22 do Volume I do Relato, cumpre a esta Administração salientar que os resultados dos inquéritos à satisfação dos utentes do HBA não foram comparados com os das demais instituições integradas no SNS pelo facto de tais inquéritos não serem levados a cabo desde 2010, facto que é totalmente exógeno a esta Administração Regional de Saúde.
91. No que se refere à avaliação da satisfação dos Utentes, e conforme o Relato de Auditoria considera (cf. Volume I, pág. 25), sem prejuízo do entendimento perfilhado por esta Administração Regional de Saúde, refletido no Relatório Anual de Avaliação de Desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento relativo ao ano de 2013 (cf. página 128), de que a proximidade entre a data da realização do trabalho de campo, realizada, tanto no ano de 2012 como de 2013, em janeiro do ano seguinte, e a data de apresentação do relatório final do estudo pode fazer perigar o bom cumprimento do Contrato de Gestão, frisa este Conselho Diretivo que a falta de dados da satisfação dos utentes de outras unidades hospitalares do SNS impossibilitou que os estudos de satisfação pudessem ser tidos em conta na avaliação da Entidade Gestora do Estabelecimento. Com efeito, de acordo com o disposto na alínea c) do n.º 3 e no n.º 4 da Cláusula 74.ª do Contrato de Gestão, a avaliação da satisfação dos Utentes depende da ordenação e, por isso, acesso, aos índices de satisfação de Utentes obtidos pelos hospitais públicos de classificação equivalente à do Hospital de Loures incluídos nos inquéritos de satisfação de Utentes realizados pelo Ministério da Saúde, o que não logrou acontecer.



92. Não deixa, porém, este Conselho Diretivo de sublinhar que a Entidade Gestora do Estabelecimento, tanto por referência aos resultados obtidos na avaliação da satisfação dos Utentes no ano de 2012 como de 2013, foi interpelada pela Entidade Pública Contratante para «orientar os seus esforços no sentido de implementar melhorias nas áreas identificadas no inquérito de satisfação aos utentes realizado em janeiro de 2013» (cf. Recomendação n.º 32 do Relatório Anual de Avaliação do Desempenho de 2012, pág. 191) e para «atuar sobre os Indicadores de Atuação Preferencial, em cada uma das linhas de atividade objeto de estudo e implementar medidas que garantam a melhoria da satisfação dos utentes» (cf. Recomendações n.ºs 11 a 14 do Relatório Anual de Avaliação do Desempenho de 2013, pág.s 218 e ss.).

93. Por outro lado, a páginas 95 e 96 do Volume II do Relato é referido o seguinte:

«Nos restantes indicadores, a inexistência de resultados apurados para os hospitais do grupo de referência prejudicou o processo de avaliação anual do desempenho, especialmente em 2013, ano em que já se previa contratualmente a aplicação de eventuais deduções por falhas. Por um lado, impediu a definição de valores de referência em 31 dos 67 indicadores previstos contratualmente. Por outro, poderá diminuir a exigência do processo de avaliação dos restantes indicadores uma vez que, inviabilizado o exercício de *benchmarking* com as restantes unidades hospitalares do SNS, os valores de referência de cada indicador acabaram por ser determinados apenas com base no histórico (de um ano incompleto de atividade) da unidade hospitalar e/ou nos limites pré-definidos no Contrato de Gestão.»

«91. De igual forma, nos restantes indicadores, a inexistência de resultados apurados para os hospitais do grupo de referência, por parte da ARSLVT, prejudicou o processo de avaliação anual do desempenho, especialmente em 2013, ano em que já se previa contratualmente a aplicação de eventuais deduções por falhas:

- Por um lado, impediu a definição de valores de referência em 31 dos 67 indicadores previstos contratualmente;
- Por outro, poderá diminuir a exigência do processo de avaliação dos restantes indicadores uma vez que, inviabilizado o exercício de *benchmarking* com as restantes unidades hospitalares do SNS, os valores de referência de cada indicador acabaram por ser determinados apenas com base no histórico (de um ano incompleto de atividade) da unidade hospitalar e/ou nos limites pré-definidos no Contrato de Gestão.»

94. Ora, também relativamente à inexistência de indicadores para o Grupo de Referência cumpre salientar que tal situação é totalmente exógena a esta Administração Regional de Saúde. Com efeito, a ARS apenas recolhe, junto dos hospitais do grupo de referência, os resultados relativos aos indicadores; se



tais hospitais não tiverem monitorizado os mesmos não é possível a esta ARS tomar em consideração tais elementos no âmbito da avaliação de desempenho da EGEST. Não obstante, esta ARS tem levado a cabo várias diligências no sentido de os hospitais do grupo de referência passarem a monitorizar os parâmetros de desempenho de resultado. Ainda assim, o facto de o Contrato prever a existência de um mecanismo de melhoria contínua tem permitido a fixação de valores de referência para os parâmetros. O douto Tribunal atendeu apenas ao ano de 2013, no qual efetivamente não foi possível fixar valores de referência para vários parâmetros, também pela inexistência de histórico do HBA que é um hospital *greenfield*. No entanto, não podemos deixar de salientar que embora no ano de 2013 não tenham sido negociados valores de referência para 33 parâmetros de desempenho, em 2014 tal situação verifica-se em apenas 7 parâmetros, o que configura uma redução de 79%.

95. Salienta-se ainda que sendo certo que a monitorização do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento tem ínsito, entre outros, o pressuposto de comparabilidade com os demais hospitais do Serviço Nacional de Saúde, em particular com os demais hospitais do Grupo de Referência, conforme resulta previsto no n.º 12 da Cláusula 28.ª do Contrato de Gestão, esta Administração tem empregado todos os meios ao seu alcance para lograr obter a informação dos hospitais que integram o Grupo de Referência, necessária à monitorização do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento através dos Parâmetros de Desempenho contratualmente definidos.

96. Considerando que esta Administração não se constitui material e territorialmente competente para implementar um programa de monitorização dos Parâmetros de Desempenho de Resultado nos demais hospitais do SNS, portanto, um programa necessariamente de âmbito nacional, não se pode deixar de salientar o empreendimento desde 2008 de diligências com vista à obtenção de informação dos hospitais que têm vindo a integrar os diversos Grupos de Referência, não só da PPP do Hospital de Loures, mas também do Hospital de Cascais e do Hospital de Vila Franca de Xira. Qualquer hospital do SNS, desde que cumprindo os critérios estabelecidos nos Contratos de Gestão dos hospitais PPP para efeitos de apuramento do Grupo de Referência, pode vir a integrá-los.

97. Atentas as competências da Administração Central do Sistema de Saúde, solicitou, mediante o ofício com a ref.ª EPC\_fss\_031/2008, de 15.07.2008, de que se junta cópia como documento n.º 19, esta Administração Regional de Saúde a essa entidade, a disponibilização da informação necessária ao acompanhamento dos Contratos de Gestão.

98. A ACSS veio a organizar e liderar um Grupo de Trabalho, com o objetivo de desenvolver uma proposta de programa de monitorização dos Parâmetros de Desempenho de Resultado nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, com base nos indicadores preconizados nos Contratos de Gestão dos hospitais PPP,



que permitisse apurar valores de referência para estes hospitais e assegurar dessa forma a comparabilidade dos resultados apurados entre os Hospitais PPP e os demais hospitais do SNS.

99. Essa informação, centralizada na ACSS, I.P., seria disponibilizada à ARS Norte e à ARSLVT (na qualidade de Entidade Pública Contratante nas PPP do Hospital de Cascais, Loures e Vila Franca de Xira) de forma oportuna, sistemática e tendencialmente automática.

100. Assim, em maio de 2011, mediante o ofício com a ref.<sup>a</sup> 8619/APPP/2011 de que se junta cópia como documento n.º 20, e remetendo para o projeto que havia sido desenvolvido pelo Grupo de Trabalho, foi solicitado à ACSS o envio dos valores obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência do Hospital de Cascais nos Parâmetros de Desempenho de Resultado.

101. Entre outras diligências, o Conselho Diretivo desta ARS, através do Ofício com a ref.<sup>a</sup> 1319/ A PPP/2014, de 20.01.2014, de que se junta cópia como documento n.º 21, informou a ACSS, I.P. sobre os Hospitais que, à data, integravam os Grupos de Referência de cada um dos Hospitais geridos em regime de PPP e solicitou que os respetivos resultados fossem disponibilizados a esta Administração Regional e que o envio dos mesmos passasse a ser efetuado de forma sistematizada e regular, por forma a permitir o devido acompanhamento da execução dos contratos de gestão. Com efeito, e conforme se pode facilmente demonstrar, a Administração Regional de Saúde desde sempre pugnou por obter resultados dos hospitais dos vários Grupos de Referência.

102. Especificamente quanto ao Hospital de Loures, importa referir que, nos termos do Apêndice 1 do Anexo IX ao Contrato de Gestão, em conjugação com o n.º 3.7 do mesmo Anexo, em 2012, primeiro ano de vigência do Contrato de Gestão, a Entidade Gestora do Estabelecimento apenas se encontrava obrigada a monitorizar os Parâmetros de Desempenho de Resultado (PDR) do ponto A], num total de 32 PDR.

103. Também nos termos do Contrato de Gestão, tratando-se 2012 do primeiro ano contratual, não havia lugar à avaliação do cumprimento de valores de referência, nem à aplicação de qualquer penalização nos PDR, porquanto, essa avaliação só era aplicável por referência ao primeiro ano civil completo após a entrada em funcionamento do Hospital, ou seja, por referência a 2013.

104. No que respeita à fixação dos valores de referência a vigorar em 2013, os mesmos foram negociados em sede de procedimento anual, conforme determina a Cláusula 70.<sup>a</sup> do Contrato de Gestão.

105. Assim, considerando o estatuído no n.º 12.2 do Anexo IX, para os PDR do ponto A], os valores de referência foram estabelecidos de acordo com a alínea (ii) desse número, portanto, com base nos resultados obtidos pelo estabelecimento hospitalar no último, e também primeiro, ano de atividade.



106. Já quanto aos PDR do ponto B], cuja monitorização, os valores de referência foram estabelecidos de acordo com a alínea (iv) do n.º 12.2, tendo sido adotados os limites aos valores de referência definidos no Apêndice 1 do Anexo IX.

107. Assim, em 2013, dos 32 PDR do ponto A, foram alvo de avaliação do seu cumprimento, um total de 28. Já quanto aos PDR do ponto B, nesse ano, ano em que, registe-se, se iniciou a sua monitorização por força do previsto no Contrato de Gestão, foi possível a avaliação de 7 PDR. Resulta do exposto que em 2013 de um total de 69 PDR, foi possível avaliar 35, ou seja, 51,5% dos PDR.

108. Importa ainda sublinhar que para o ano de 2014, como pode verificar-se no âmbito do respetivo procedimento anual, a não fixação dos valores de referência apenas ocorreu em sete dos PDR.

109. Por último, importa referir que, paralelamente às diligências descritas, esta Administração desde sempre solicitou essa mesma informação diretamente aos hospitais dos vários Grupos de Referência.

110. Refira-se a este propósito que, no âmbito do procedimento anual para 2015, esta ARS obteve, recentemente (durante o mês de março) e em resultado das diligências diretas que desenvolveu, designadamente através dos ofícios 2584/APPP/2015 e 2699/APPP/2015, ambos de 11.02, resposta do Hospital Pedro Hispano, que integra a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, que se constituem como Grupo de Referência do Hospital Beatriz Ângelo para o biénio 2014/2015, no que respeita ao pedido que lhes foi endereçado, tendo em vista a fixação de valores de referência no ano de 2015.

111. Salienta-se ainda que, em conformidade com os n.º 12.3. e 12.4. do Anexo IX ao Contrato de Gestão, quando não é possível obter os resultados dos hospitais que integram o Grupo de Referência, o cálculo dos valores de referência para os Parâmetros de Desempenho é estabelecido tendo em conta a média dos resultados obtidos pelo Estabelecimento Hospitalar nos dois anos anteriores, o valor de referência fixado no ano anterior e o limite ao valor de referência estabelecido no Apêndice 1 do Anexo IX, quando aplicável, num escopo de melhoria contínua do desempenho do Estabelecimento Hospitalar, em consonância com o previsto na Cláusula 58.ª, n.º 2, e n.º 3, alínea e), do Contrato.

112. Assim, entende este Conselho Diretivo que tomou todas as diligências possíveis ao seu alcance, atentas as atribuições legalmente conferidas a esta Administração, no sentido da melhoria do processo de *benchmarking* dos indicadores de desempenho de resultado previstos nos Contratos de Gestão das PPP e com vista, nomeadamente, a obter indicadores comparáveis para as unidades hospitalares do Grupo de Referência, pelo que se solicita a correspondente revisão do objeto da recomendação xii. dirigida a este Conselho Diretivo.



## Efeitos induzidos na atividade assistencial dos Hospitais da área de Influência do Hospital de Loures

113. Toma este Conselho Diretivo, ainda, o ensejo de se pronunciar sobre a análise desenvolvida e as conclusões retiradas pelo douto Tribunal, nos termos do n.º II.4, a páginas 97 e seguintes do Volume II do Relato e no ponto ii) em sede de recomendações, nos termos constantes do Volume I do Relato, nomeadamente quando é referido o seguinte:

*Poder-se-á questionar até que ponto a abertura do Hospital Beatriz Ângelo permitiu a introdução de melhorias de eficiência no sistema, ao não se ter verificado (com base nos dados analisados) o reajustamento da oferta de cuidados de saúde na RLVT que compensasse ao utente/contribuinte a sustentação de mais uma unidade hospitalar, pelo menos nos moldes em que o estudo estratégico e económico-financeiro previa.*

114. A este respeito refira-se que a análise de impactos da abertura do Hospital Beatriz Ângelo efetuada no estudo estratégico e económico-financeiro do Hospital de Loures teve por base os dados históricos então disponíveis relativos a 2004 no que respeita à Base de Dados de GDHs e maioritariamente respeitantes a 2005 relativamente às linhas de consulta urgência e hospital de dia. A análise efetuada consistiu na identificação da atividade clínica que então era realizada por um conjunto de unidades hospitalares selecionadas a utentes residentes naquela que viria a ser a área de influência do novo hospital de Loures. Os impactos percentuais dados pelo peso da atividade relativa a utentes da área de influência de Loures na atividade total de cada unidade hospitalar foram apurados de forma estática para o último ano histórico disponível.

115. A identificação dos impactos que vieram efetivamente a resultar da abertura do Hospital Beatriz Ângelo em 2012 não deve, no entender desta Administração, ser efetuada pela mera verificação da evolução da atividade total por linha de atividade das unidades hospitalares que haviam sido identificadas no Estudo Estratégico e Económico-Financeiro como sendo passíveis de ser as mais afetadas.

116. Decorreu uma década entre o ano de referência dos dados considerados no estudo estratégico (2004) e a atualidade e, como sabemos a realidade é dinâmica, tendo entretanto ocorrido inúmeras alterações nos cuidados hospitalares da região de Lisboa, incluindo reorganizações hospitalares e de áreas de influência, alterações demográficas e evoluções na procura e nas necessidades de cuidados de saúde hospitalares a satisfazer.

117. Para que uma análise com o âmbito pretendido pudesse ser conclusiva ou, pelo menos, pudesse fornecer explicações para as evoluções registadas e apontar estratégias de atuação tornar-se-ia necessário recolher um conjunto muito significativo de informação relativamente a diversas unidades



hospitalares, processar essa informação de acordo com uma metodologia desenvolvida para o efeito e, por fim, analisar os resultados de forma aprofundada.

118. O desenvolvimento dessa análise não cabe no âmbito deste contraditório, nem tal seria praticável no reduzido tempo disponível. Não obstante, essa análise constitui uma determinação desta Administração que a envidará, no exercício das competências legais que na área de administração territorial de saúde lhe foram confiadas.

119. De todo o modo, e sem prejuízo de outros aspetos relevantes, destacam-se as seguintes questões metodológicas:

- A análise deveria ser efetuada por linha de atividade de internamento e ambulatório médico e cirúrgico, de consulta externa e de urgência (no caso do Hospital de Dia não só se trata de uma linha de atividade com menor peso relativo, como as alterações ocorridas nos últimos anos são muito significativas quanto aos atos que devem ser contabilizados nesta linha pelo que não se justificará a respetiva análise);
- Deveriam ser incluídas todas as unidades hospitalares atualmente relevantes;
- A análise deveria incidir sobre a atividade gerada pela população residente na área de influência do Hospital de Loures e não sobre toda a atividade das unidades hospitalares, uma vez que os impactos da abertura de Loures podem estar a ser, pelo menos parcialmente, compensados por acréscimos na atividade realizada a utentes com outras residências.
- Em termos temporais, a análise deveria abranger o número máximo de anos disponível, preferencialmente incluindo 2014, uma vez que os níveis de atividade do Hospital Beatriz têm vindo a registar incrementos desde a abertura em 2012.

120. A análise desenvolvida no ponto II.4 do Relatório, a páginas 97 e seguintes do Volume II do Relato, não está a considerar um conjunto de aspetos que podem influenciar significativamente as conclusões e que assim se deixam respeitosamente à consideração do douto Tribunal:

- A mudança dos utentes de uma unidade hospitalar para outra é um processo continuado que se encontra em curso no Hospital Beatriz Ângelo cujos níveis de atividade continuam a crescer;
- Não é expectável que uma determinada unidade hospitalar responda a 100% da atividade gerada pela sua área de influência, tanto mais no caso do Hospital de Loures que não é de substituição de uma única unidade pré existente;
- Reorganizações da oferta hospitalar entretanto ocorridas em Lisboa;





- Aumentos de atividade que possam ter ocorrido relativamente às restantes áreas de influência das unidades hospitalares; e
- Alterações das necessidades de cuidados de saúde hospitalares pela população da área de influência do Hospital de Loures.

### III. Conclusão

Em suma, solicita esta Administração, nos termos e ao abrigo do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na sua atual redação, que sejam pelo douto Tribunal atendidas para efeitos do relatório final de auditoria as considerações apresentadas nestes termos por este Conselho Diretivo e revisto em conformidade o relato de auditoria.

Agradecemos pela atenção dispensada, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Diretivo

Luis Cunha Ribeiro

LUIS PISCO

Vice-Presidente do Conselho Directivo  
ARSLVT, I.P.

#### Anexos:

- Documento 1: Apuramento do pagamento de reconciliação pela SGHL para o ano de 2012;
- Documento 2: Apuramento do pagamento de reconciliação pela SGHL para o ano de 2013;
- Documento 3: Apuramento do pagamento de reconciliação pela ARSLVT para o ano de 2012;
- Documento 4: Apuramento do pagamento de reconciliação pela ARSLVT para o ano de 2013;
- Documento 5: Comprovativo de transferência efetuada pela SGHL a favor da ARSLVT relativa ao pagamento de reconciliação de 2012;
- Documento 6: Ofício da SGHL com a ref.ª n.º 0398/2014\_AMV, de 22.12.2014, justificativo do não pagamento de 289.412,35 euros respeitantes ao pagamento de reconciliação de 2012;
- Documento 7: Comprovativo de transferência efetuada pela ARSLVT a favor da SGHL relativa ao pagamento de reconciliação de 2013;
- Documento 8: Informação financeira simplificada da EGEST relativa ao quarto trimestre de 2014;
- Documento 9: Informação financeira simplificada da EGEST revista relativa ao quarto trimestre de 2014;



Documento 10: Ofício da ARSLVT com a ref.ª n.º 13077/APPP/2014, de 18.07.2014, de notificação para a realização de fundos próprios contingentes;

Documento 11: Comunicação da SGHL com a ref.ª n.º 0325/2014\_IVAMV, de 05.08.2014, de notificação da conversão de suprimentos em prestações acessórias no montante requerido pela ARSLVT;

Documento 12: Comunicação da SGHL com a ref. n.º 0338/2014\_AMV, de 12.09.2014, com comprovativo da deliberação tomada pelo Conselho de Administração da SGHL referente à conversão de suprimentos dos acionistas da SGHL em prestações acessórias;

Documento n.º 13: ofício n.º 12084/APPP/2012, de 15.06.2012, desta ARSLVT, no sentido da inclusão dos hospitais em parcerias público-privadas no Plano Anual de Auditorias à Codificação Clínica estabelecido pela ACSS;

Documento n.º 14: ofício n.º 15926, de 12.10.2012, da ACSS;

Documento n.º 15: ofício n.º 2587/APPP/2015, de 09.02.2015, desta ARSLVT;

Documento n.º 16: ofício n.º 3553/2015/DPS/ACSS, de 31.03.2015, da ACSS, de calendarização prevista para as auditorias a realizar aos três hospitais da RSLVT geridos em regime de parceria público-privada, dirigidas aos episódios referentes aos anos de 2013 e 2014;

Documento n.º 17: ofício n.º 5467/APPP/2015, de 25.03.2015, desta ARSLVT;

Documento n.º 18: deliberação em sede de procedimento sancionatório de aplicação de multa;

Documento n.º 19: ofício com a ref.ª EPC\_fss\_031/2008, de 15.07.2008, desta ARSLVT;

Documento n.º 20: ofício com a refª 8619/APPP/2011, desta ARSLVT;

Documento n.º 21: ofício com a ref.ª 1319/ APPP/2014, de 20.01.2014, desta ARSLVT;



## 5. *Presidente do Conselho de Administração da SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.;*



Tribunal de Contas  
Gabinete do Diretor-Geral  
**A/c. Exmo. Senhor Auditor-Coordenador**  
**Dr. José António Carpinteiro**  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069 – 045 Lisboa

*Loures, 13 de abril de 2015*

**N/Ref. 1038/2015\_AMV**

*P.M.P. com Protocolo*

**Assunto:** Alegações à Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures – V. Refª DA VI – UAT.1 Proc. N.º 20/2014 - Audit

Exmo. Senhor Auditor Coordenador,

A SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. (“**SGHL**”), na qualidade de sociedade gestora do Hospital Beatriz Ângelo (“**HBA**”) vem remeter em anexo, as suas alegações ao Relato de Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures remetido por V. Exa. no passado dia 23 de março melhor identificada em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

O Administrador Executivo

Artur Morais Vaz



## CONTRADITÓRIO DA SOCIEDADE GESTORA DO HOSPITAL DE LOURES, S.A. AO RELATO DE AUDITORIA À EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO DO HOSPITAL DE LOURES – TRIBUNAL DE CONTAS PROCESSO Nº 20/2014 – AUDIT

No exercício do contraditório relativamente ao relatório em título, entende a Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S. A. produzir os seguintes comentários:

1. **Eficiência do modelo de gestão privada** - Tratando-se de uma parte do Sumário Executivo em que se pretende dar enquadramento às conclusões e observações da Auditoria e às recomendações apresentadas às diversas entidades envolvidas, mal se compreende que do nº 1. do Volume I - Sumário Executivo do Relato ("SE") conste a seguinte afirmação: *"...não resulta evidente uma maior eficiência decorrente do modelo de gestão privada do Hospital Beatriz Ângelo, cuja atividade se iniciou em 27 de fevereiro do ano de 2012, face à gestão de outras unidades com gestão pública empresarial do Serviço nacional de Saúde."*

1.1. Desde logo, foi completamente ignorado o facto, relevante sob todos os aspetos (desde a dificuldade e tempo necessários para assegurar a integração de centenas de profissionais oriundos de dezenas de hospitais e outros serviços de saúde diferentes, ao difícil e trabalhoso processo de criação de uma cultura própria e, muitas vezes, antagónica da cultura dominante nos serviços públicos, a assegurar a atração e fixação da população para um hospital *green field* ou a obter e fortalecer a articulação com os cuidados de saúde primários e continuados e com os serviços da segurança social, por exemplo) de **2013 ter sido, para o HBA, o seu primeiro ano completo de operação**. Pretender comparar instituições sedimentadas, com culturas próprias e instituídas e profissionais habituados a trabalhar em conjunto sob os mesmos paradigmas organizacionais há muitos anos, em hospitais bem integrados nas respetivas regiões (como acontece com os restantes 5 hospitais) com um hospital recém-construído e recém-instalado não parece curial, tal como não parece curial comparar o desempenho do seu primeiro ano completo de atividade com instituições que, nem que não seja pela força da inércia, sempre deveriam ficar bem em qualquer comparação. Ou seja, muitos dos indicadores utilizados na comparação do HBA com outros hospitais são sensíveis à "maturidade" das instituições comparadas;

1.2. Depois e mesmo não tendo em consideração o expendido acima, percorrendo o Volume II - Desenvolvimento do Relato ("Volume II"), ressalta, desde logo, e de uma forma direta, que o Hospital Beatriz Ângelo (HBA) apresenta uma performance, comparativamente com os outros cinco hospitais utilizados na comparação de desempenho (3 hospitais EPE e 2 hospitais PPP), **claramente distintiva**, o que coloca em causa a adequação da frase inicial citada em 1.;



1.3.O quadro seguinte espelha a posição relativa de cada um dos 6 hospitais relativamente aos 33 indicadores utilizados pela Auditoria para a comparação entre o HBA e este grupo de controlo (valores constantes da Auditoria e não corrigidos pela SGHL):

Quadro 1 – Comparação do HBA c/ Hospitais EPE e PPP 2013 (posições relativas)

INDICADORES	CHEDV	CHAA	CHL	VFX	Cascais	HBA
1 Nº de Doentes Padrão	3	4	2	6	5	1
2 ICM Internamento Cirúrgico	6	4	5	3	2	1
3 ICM Internamento Médico	2	1	3	6	5	4
4 ICM Cirurgia Ambulatória	4	6	4	2	1	3
5 ICM global	6	4	5	2	3	1
6 Taxa de Ocupação	3	2	6	4	5	1
7 Demora Média	2	4	5	3	1	6
8 Taxa de ocupação do Bloco	?	?	1	?	?	2
9 % Cumprimento dos TM espera Cirurgia	4	5	1	2	6	3
10 Mediana tempo espera p/ cirurgia **	3	6	1	1	4	5
11 Nº de utentes em espera p/ cirurgia **	6	5	4	1	2	3
12 TME 1º atendimento médico no SU* -	3	5	n.d.	2	1	4
13 Atendimentos acima do tempo máximo	1	6	3	5	2	4
14 Atendimentos urgência/dia útil	3	5	2	6	4	1
15 % Cirurgias ambulatório	5	4	6	3	1	2
16 % Cesarianas	2	5	3	5	4	1
17 % Primeiras Consultas	2	6	5	1	4	2
18 nº consultas externas/dia útil	1	2	4	6	5	3
19 TME para consulta- utentes em lista **	2	3	5	1	4	6
20 Nº de utentes em espera p/ consulta **	4	5	2	3	1	6
21 % Infecções Nosocomiais no Internamento	n.d.	5	4	2	2	1
22 Taxa Reinternamento em 30 dias	1	5	6	4	2	3
23 CMC por doente padrão	4	6	1	3	5	1
24 FSE por doente padrão	1	2	3	6	5	4
25 Pessoal por doente padrão	5	3	4	6	1	2
26 Doente padrão/médico ETC	1	5	3	2	6	4
27 Doente padrão/enfermeiro ETC	2	4	6	5	3	1
28 Total de Gastos Oper./doente padrão	3	4	2	6	5	1
29 % Aquisição Medicamentos Menor Preço	1	4	3	n.d.	5	1
30 Financiamento por doente padrão	3	2	1	6	5	4
31 Material Consumo Clínico/doente padrão	5	6	2	4	1	3
32 Produtos Farmacêuticos/doente padrão	4	6	3	1	5	2
33 EBITDA	5	6	3	2	1	4
<b>Soma das posições</b>	<b>97</b>	<b>140</b>	<b>108</b>	<b>109</b>	<b>106</b>	<b>90</b>

\* Tempo Médio de espera \*\* 1º semestre 2014

1.4. O HBA apresenta 11 primeiros lugares e 5 segundos (total 16), contra 13 do Hospital de Cascais (8 primeiros e 5 segundos), 12 do CHEDV (6 primeiros e 6 segundos) e VFX



(5 primeiros e 7 segundos), 10 do CHL (5 primeiros e 5 segundos) e 5 do CHAA (1 primeiro e 4 segundos).

1.5. O HBA, nos 33 indicadores utilizados na Auditoria, está na metade superior do ranking (isto é, nas 3 melhores posições) em 22 dos indicadores (67%) contra 19 do CHEDV, 18 de CHL, 17 de VFX, 15 de Cascais e 7 do CHAA.

1.6. O HBA apenas é classificado em último e penúltimo lugar em 4 indicadores, contra 7 do CHEDV, 9 do CHL, 11 de VFX, 12 de Cascais e 17 do CHAA.

1.7. Assinale-se que a posição relativa do HBA anteriormente apresentada poderá resultar melhorada em todos os indicadores calculados com base no número de doentes padrão pois, como se demonstra mais abaixo, o número considerado pelo TC se encontra subvalorizado. Assim, todos os indicadores que utilizam o doente padrão terão que ser recalculados e as conclusões reajustadas.

1.8. Foram ainda detetadas incongruências entre os valores utilizados pelo TC relativos aos restantes hospitais e a informação constante do SICA. Estas incongruências entre os valores utilizados, conduzem a resultados muito diferentes nomeadamente nos indicadores: "Doentes Saídos", "Doentes padrão por médico ETC", "Demora média" (abordado com mais detalhe no ponto 4 do presente documento) e "Lotação".

1.9. Ainda que justamente se possa argumentar que nem todos os indicadores têm idêntica relevância para avaliar o desempenho dos hospitais, não nos competirá a nós fazê-lo, uma vez que todas as ponderações refletirão um juízo de valor nem sempre consensual. Por isso entendemos carecer de fundamento e justificação adequada a conclusão do Relato de Auditoria citado em 1, que além de incorreta em nada reflete o Volume II.

2. Financiamento por doente padrão - Uma outra matéria que merece menção, por falta de adesão à realidade dos factos é a contida n.º 2. do SE: "O financiamento por doente padrão tratado no Hospital Beatriz Ângelo foi, aliás, em 2013, mais elevado (€ 2.597) que o atribuído aos centros hospitalares públicos selecionados...". Esta conclusão é repetida no ponto 73. do SE.

2.1. De facto, o valor de produção contratada para a PPP-Loures utilizado para o cálculo deste indicador (ver Quadro 50, pág. 73 do Volume II) não está correto. Por um lado, o TC considerou incorretamente o valor da remuneração base anual (RAEGest) em vez de considerar, apenas, a parcela a cargo do SNS (PSNS) e não procedeu ao ajustamento de preços decorrentes da sua atualização pela taxa de inflação, neste caso negativa.



2.2. Ou seja, os valores financiados pelo Estado foram cerca de € 4,4 milhões inferiores aos que constam no relato no TC, o que significa que o financiamento por doente padrão é também inferior ao referido pelo TC.

Quadro 2 – Financiamento do HBA 2013

Indicador	TC	HBA
Produção Contratada PPP-Loures (2013) – Euros	87.494.278	83.079.738
Entidade Gestora Estabelecimento	76.389.812	*71.975.272
Entidade Gestora Edifício	11.104.466	11.104.466

\*€73.813.393,64 correspondentes à Parcela a Cargo do SNS, atualizados de acordo com o IPC de janeiro de 2014, só conhecido em fevereiro de 2014. No Quadro 6 da página 27 do Volume II terão que ser efetuados os ajustamentos relativos ao IPC de 2013, 2014 e 2015.

2.3. Por outro lado, o número de doentes padrão do HBA a considerar nos cálculos deverá ser revisto. De acordo com o que tinha sido comunicado à equipa de auditoria do TC, o número de doentes padrão que está a ser considerado pela ACSS não pode ser utilizado para efeitos de comparação com os outros hospitais, porquanto não leva em linha de conta toda a informação sobre a produção realizada pelo HBA, designadamente os doentes VIH Sida que, em 2013, representam 669 doentes padrão adicionais (e que são considerados para cálculo dos doentes padrão dos restantes hospitais). Assim, o número de doentes padrão a considerar em 2013 para o HBA é 34.352.

2.4. Não pode, igualmente, ser ignorado o facto de o financiamento do doente padrão dos hospitais PPP integrar uma parcela substancial relativa à componente dos novos edifícios, financiados em *project finance*, não comparável com hospitais cujos edifícios são mais antigos e se encontram total ou quase totalmente amortizados, como acontecerá, certamente, com os três hospitais de gestão pública que integram o grupo de *benchmarking*.

2.5. Da mesma forma, refira-se o peso relativo aos equipamentos – médicos, hospitalares e gerais – e sistemas de informação também presentes nos hospitais PPP, cuja expressão no financiamento não é comparável, por ser significativamente superior, ao que se verifica nos hospitais de gestão pública que integram o grupo de *benchmarking*.

2.6. O valor de produção contratada do CH Alto Ave deveria ser ajustado em mais € 2,9 milhões, valor que corresponde à verba de convergência (medidas extraordinárias para reequilíbrio financeiro) atribuído em 2014 mas que está relacionado com o ano anterior. Relativamente ao CHLeiria e CH Entre Douro e Vouga não dispomos de



informação sobre o financiamento de 2014 e, como tal, desconhece-se se existem ajustamentos que devam ser feitos.

### Quadro 3 – Correção do financiamento do CH Alto Ave em 2013

Indicador	TC	HBA
Produção Contratada CH Alto Ave (2013) - Euros	71.834.876	74.734.876

Fonte: ACSS, SICA

2.7. Considerando estas alterações e o valor de doentes padrão correto do HBA conclui-se que, dos hospitais em análise, **o HBA é dos que apresenta um valor de financiamento por doente padrão mais baixo**, só sendo superado pelo CHLeiria, ainda que não se tenham conseguido confirmar os dados deste Hospital.

### Quadro 4 – Recálculo do valor de financiamento do HBA 2013

Financiamento por doente padrão 2013	CHEDV	CHAltoAve	CHLeiria	PPP-VFX	PPP-Cascais	HBA
Produção Contratada	75.778.625	74.734.876	70.758.054	78.666.452	72.781.005	83.079.738
Nº doentes padrão	31.189	30.686	31.785	16.281	24.627	34.352
Financiamento por doente padrão	2.430	2.436	2.226	4.832	2.955	2.418

2.8. Acresce a tudo quanto ficou atrás expandido que se desconhece se o TC considerou, nos seus cálculos relativos ao financiamento de cada uma das unidades do grupo de *benchmarking* sob gestão pública, os montantes atribuídos, pelo Ministério de Saúde, a título de reforços de capital estatutário e/ou orçamentos suplementares. Já quanto à Sociedade Gestora do Hospital de Loures, o valor referido no Quadro 2, acima, esgota a totalidade dos pagamentos recebidos do Estado. Nestes termos, e caso tenham existido reforços de capital estatutário e/ou orçamentos suplementares, novo recálculo terá de ser efetuado, sendo que, comparativamente, o financiamento por doente padrão do HBA será necessariamente menor.

3. **Gastos Operacionais por doente padrão** – relativamente a este aspeto, destacamos as seguintes afirmações constantes no relatório:

Nº 3 do SE: *“...os gastos operacionais do Hospital Beatriz Ângelo, € 2.561 por doente padrão, foram superiores aos verificados em várias entidades públicas empresariais do SNS, apesar de estas se debaterem com condicionantes corporativas várias, que não afetam o Hospital de Loures. Destacam-se os gastos operacionais por doente padrão do Hospital Garcia de Orta EPE, € 2.415, do Centro Hospitalar de S. João, EPE, € 2.444, do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, € 2.454 e do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE, € 2.532.”*





Nº 4 do SE: **“Considerando apenas os hospitais com gestão pública empresarial da amostra selecionada para efeitos de benchmarking, verifica-se que os gastos operacionais por doente padrão do Hospital Beatriz Ângelo foram idênticos aos do hospital público mais eficiente, o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, com gastos operacionais por doente padrão de € 2.569”.** Esta conclusão é repetida no nº 71 do SE.

Página 72 do Volume II: **“Assim, em termos operacionais o Hospital Beatriz Ângelo revelou-se o mais eficiente em 2013, com € 2.561 por doente padrão, comparativamente com a amostra selecionada. O ganho de eficiência face à média é, no entanto, idêntico ao obtido pelo Centro Hospitalar de Leiria, EPE que consegue resultados semelhantes”.** -

- 3.1. Em primeiro lugar, não pode deixar de se referir, com significativo descontentamento, a incongruência verificada, mais uma vez, entre o SE e o Volume II, pois aqui podemos ler que **“em termos operacionais o Hospital Beatriz Ângelo revelou-se o mais eficiente em 2013”**, ao passo que o SE, que tem por objetivo resumir as principais ideias do documento refere que **“não resulta evidente uma maior eficiência decorrente do modelo de gestão privada do Hospital Beatriz Ângelo...”**
- 3.2. Por outro lado, não deixa de ser curioso notar que, apresentando o HBA os gastos operacionais por doente padrão mais baixos do grupo de *benchmarking*, tal como concluído na página 72 do Volume II, logo se **altera o grupo comparador para eliminar essa aparente vantagem.**
- 3.3. Igualmente se assinala o facto de se considerar que € 2.561 por doente padrão (do HBA) é idêntico a € 2.569 do CH de Leiria quando, efetivamente, **a diferença de € 8 por doente padrão representaria uma poupança global**, se o CH de Leiria tivesse o mesmo valor do HBA, de cerca **de € 245.000**, ou, se o HBA apresentasse os gastos operacionais do CH de Leiria, uma despesa superior em € 275.000 ao verificado, valores esses não despidiendos.
- 3.4. Acresce que, **corrigido o número de doentes padrão** do HBA em 2013, conforme referido no ponto 2.2. supra da presente resposta, os gastos operacionais por doente padrão no HBA diminuem para € 2.511, **o valor indiscutivelmente mais baixo do grupo de benchmarking.**

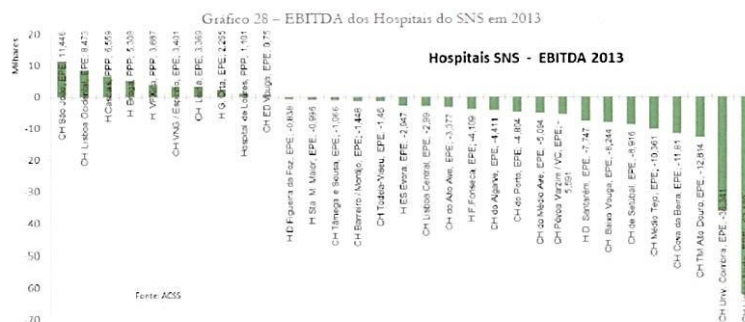
Quadro 5 – Recálculo dos gastos operacionais/doente padrão do HBA 2013

Gastos Operacionais/ doente padrão	CHEDV	CHAltoAve	CHLeiria	PPP-VFX	PPP-Cascais	HBA
Ano 2013	2.624	2.701	2.569	3.260	2.722	2.511
Nº doentes padrão	31.189	30.686	31.785	16.281	24.627	34.352



3.5. Uma referência ainda às “condicionantes corporativas várias, que não afetam o Hospital de Loures”. É um facto, por exemplo, que os hospitais públicos com gestão empresarial e os hospitais PPP de Cascais e Vila Franca de Xira viram a sua despesa com pessoal temporariamente diminuída, por legislação aplicável ao pessoal da Administração Pública, o que não aconteceu no HBA, onde a totalidade dos colaboradores manteve as suas condições salariais intocadas. Não se pretende ignorar, obviamente, as dificuldades de gestão do setor público empresarial hospitalar português mas não pode, *a contrario*, ignorar-se as condicionantes que afetaram e afetam o HBA.

3.6. Finalmente, estranha-se que nas principais conclusões do SE não seja efetuada qualquer referência ao ponto 74 do próprio SE:



Dos 32 hospitais do SNS constantes do gráfico, apenas 10 apresentaram EBITDA positivo em 2013 (que para o HBA correspondeu ao primeiro ano completo de atividade), sendo que “todas as unidades hospitalares geridas em regime de parceria público-privada obtiveram EBITDA positivo em 2013”.

4. Ns 7. e 31 do SE, referentes à Demora Média

4.1. Verificam-se, igualmente, discrepâncias entre os valores referidos pelo TC na sua Auditoria e os valores que constam do SICA (da responsabilidade da ACSS), conforme resulta do Quadro seguinte:

Quadro 6 – Comparação de Demoras Médias referidas pelo TC e as constantes do SICA

Demora Média 2013	CHEDV	CHAltoAve	CHLeiria	PPP-VFX	PPP-Cascais	HBA
Informação TC	5,30	6,00	4,80	5,80	4,70	7,10
Informação SICA	5,63	7,10	5,92	7,23	6,91	7,18
Diferença	0,33	1,10	1,12	1,43	2,21	0,08



- 4.2. Considerando os valores do SICA, **as diferenças** das demoras médias entre os hospitais **resultam substancialmente esbatidas**.
- 4.3. Refira-se, ainda, que os **valores de demora média constantes dos Gráficos 15 e 16** (pág. 61 do Volume II), aparentemente se referem a 2012, enquanto os valores das taxas de ocupação e do índice de *case-mix* (ICM) do internamento cirúrgico são relativas a 2013, pelo que convirá eliminar essa discrepância, já que os gráficos pretendem estabelecer uma associação entre demora média e taxa de ocupação e entre demora média e ICM do internamento cirúrgico, respetivamente.
- 4.4. Por outro lado, este é um **indicador sensível ao grau de integração de um hospital na comunidade**. Como já referido, o HBA é um hospital *ex novo* que teve de começar a construir uma relação eficiente com outras estruturas prestadoras de cuidados de saúde ou sociais da área que serve. As dificuldades que tal facto naturalmente provoca e o tempo necessário a alicerçar relações institucionais e a definir procedimentos comuns determinaram, em 2012 e 2013, uma grande dificuldade do HBA referenciar os seus doentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e de obter resposta tempestiva da segurança social para resolução dos casos sociais. Em média, pode considerar-se que, de forma relativamente constante, existem 25 a 30 camas (isto é, praticamente uma unidade de internamento correspondente a cerca de 7% da capacidade total disponível) ocupadas com doentes aguardando colocação na RNCCI ou em instituições residenciais de cariz social. Na verdade, parte da demora média do HBA deverá ser imputada às falhas do sistema social e de saúde do Estado Português, no que respeita a utentes idosos, doentes crónicos e em fim de vida, que obrigam o HBA a manter internados em ambiente hospitalar de agudos doentes com alta clínica, mas que não têm vagas noutras instituições mais adequadas, nem condições para permanecer no seu domicílio sem apoio permanente.
5. Os nºs 9. e 32. do SE referem-se à **Utilização do Bloco Operatório** e também aqui parece haver divergência da informação registada pela Auditoria, no que se refere ao HBA. Do quadro seguinte consta a informação para cálculo da “taxa de utilização do Bloco Operatório” do HBA em 2013, a qual atingiu os 85%, superior, portanto, aos 82% referidos pelo TC, devendo por isso ser alterada a conclusão retirada e talvez substituída pela frase que está na página 61 do Volume II: **“Em termos de utilização de tempos disponíveis nos blocos operatórios, para cirurgia programada, o Hospital de Loures é uma das unidades hospitalares mais eficientes”**. Acresce que, tal como é evidente no Gráfico do ponto 38 do SE (e Gráfico 17 da página 62 do Volume II), a eficiência na utilização do bloco continuou a crescer em 2014. No entanto, mais uma vez, incompreensivelmente, o SE não reflete a análise feita no Volume II.



Quadro 7 – Taxa de Utilização do Bloco Operatório HBA 2013

Informação HBA	2013
Total horas agendadas	20.950
Total horas utilizadas	17.796
Taxa Utilização BO	85%

6. O nº 11. do SE – Acesso a Primeiras Consultas – analisa o tempo médio de acesso a primeiras consultas, estabelecendo comparação com o melhor hospital público do *benchmarking*. A este respeito deverá ser tido em consideração que o HBA não só cumpriu integralmente em 2013 e em 2014 a produção de consultas contratada com a ARS-LVT, como no último ano realizou mais de 20 mil consultas acima da produção contratada, atividade que não será remunerada.
7. Em relação ao referido nos nºs 12. e 53. a 61. do SE, que abordam as urgências, importa assinalar algumas questões:
- 7.1. A primeira é que, em termos de espera entre a triagem e o 1º atendimento médico, o HBA com exceção dos doentes laranja, assegura, em todas as outras cores de prioridade, **tempos médios inferiores aos tempos-alvo do Protocolo de Triagem de Manchester (PTM)** e que, relativamente aos doentes laranja, o tempo médio é 4,5 minutos acima do tempo-alvo do PTM (contra, por exemplo, 24 minutos no CH do Alto Ave e 14 minutos no H. de VFX e no CH Entre Douro e Vouga) (cfr. pág. 66 do Volume 2);
- 7.2. Uma outra questão que merece referência é a da **distribuição dos doentes atendidos na urgência por cores de prioridade do PTM** verificada no CH Entre Douro e Vouga. Atrevemo-nos a afirmar que a percentagem de doentes amarelos, laranjas e vermelhos (isto é, os verdadeiros doentes urgentes) atribuída ao CH Entre Douro e Vouga não pode, em caso algum, corresponder à realidade. Mesmo que este Centro Hospitalar continue a utilizar a versão 1 do PTM (a primeira utilizada em Portugal e que, relativamente à segunda versão, em uso no HBA, determina uma menor percentagem de doentes não urgentes), a distribuição média histórica verificada nos hospitais portugueses cifrava-se em cerca de 30% de doentes verdes e azuis e 70% de doentes amarelos, laranjas e vermelhos, valores bem distantes dos apresentados pelo CH Entre Douro e Vouga. Convirá, portanto, confirmar a veracidade da informação utilizada e confirmar, igualmente, se todos os hospitais comparados utilizam a mesma versão do PTM.
8. No nº 14. do SE faz-se referência a que **“A produção realizada em 2012, ano de início de atividade, foi 38% inferior à acordada com a Entidade Pública Contratante/ARSVT...”**. No ponto 42. do SE igualmente se refere que : **“...a produção de consultas externas em 2012 ter ficado cerca de 41% abaixo das previsões do caso**



*base e 39% face ao contratualizado...".* Importa, a este propósito, deixar claro que se verificaram **problemas sérios de indisciplina na referenciação de doentes** pelos Cuidados Primários (CP) da área de influência para o HBA, problemas só resolvidos pela ARSLVT em outubro de 2012. Por um lado, o HBA só foi autorizado a marcar consultas pedidas pelos CP através do sistema CTH, com exceção do primeiro mês de funcionamento, em que houve autorização para utilização de uma linha de fax com os Centros de Saúde. Contudo, muitos pedidos dos CP chegavam (como era habitual com os hospitais públicos que anteriormente receberiam estes doentes) ao HBA por fax, correio eletrónico, carta ou telefone e não podiam ser aceites e, por outro lado, a plataforma CTH permitia a referenciação livre dos doentes da área de influência do HBA para outros hospitais, mesmo quando a especialidade em causa fazia parte da carteira de serviços do HBA. Se é certo que o risco da procura pertencia, no âmbito da parceria, ao HBA, é igualmente certo que era a ARSLVT que controlava os serviços de saúde que determinam, em parte substancial, essa procura.

## 9. Valores da Reconciliação 2012 e 2013 – nº 83. do SE

9.1. O crédito da Entidade Pública Contratante sobre a Entidade Gestora do Estabelecimento relativo à **reconciliação de 2012 já se encontra totalmente liquidado.**

9.2. Relativamente à **reconciliação de 2013**, a ARSLVT **definiu e procedeu já à liquidação do montante de € 11.052.704,85.**

10. **Codificação clínica – nº 88. do SE e ponto 7.2 do Volume II** – Os valores constantes do Quadro 36 da página 59 do Volume II relativos ao HBA não coincidem com os resultados da última auditoria realizada pela ACSS à codificação clínica do hospital, conforme a seguir apresentado.

Quadro 8 – Auditoria da ACSS à Codificação

Indicador	TC	ACSS
Episódios Conformes	19%	20,6%
Episódios Desconformes	80%	79,4%
Com codificação indevida	0%	0,0%
Com alteração ao GDH	19%	12,7%
Sem alteração ao GDH	48%	59,8%
Outra Situação	13%	6,9%

Fonte: ACSS

11. **Avaliação Global da Entidade Gestora do Estabelecimento – nº 89. do SE** – A avaliação da EGEST relativa a 2013 foi alterada pela ARSLVT para **Muito Bom**, em resultado da revisão da avaliação global do desempenho da EGEST, relativamente à avaliação inicial.



- 12. Avaliação da Satisfação Global dos Utentes – nº 90. do SE** – Considera a Auditoria que, apesar do HBA ter obtido, em 2013, uma satisfação global dos utentes de 85,1 pontos, numa escala de 0 a 100 (contra 84,7 em 2012), o facto de não existirem idênticas avaliações nos hospitais do grupo de *benchmarking* impossibilitou “*que os estudos de satisfação pudessem ser tidos em conta na avaliação da entidade gestora*”. Ora, se é certo que não é possível realizar uma avaliação comparativa com os restantes hospitais, **os resultados obtidos através do inquérito aos utentes**, utilizando uma metodologia aprovada pela Entidade Pública Contratante/ARSLVT, sempre terão uma leitura autónoma e objetiva francamente positiva.
- 13. Multa Contratual – nº 93. do SE** – Após recurso da Entidade Gestora do Estabelecimento, a **Entidade Pública Contratante deliberou reduzir o montante da multa contratual** aplicada para cerca de € 77 mil, já liquidados.
- 14. Taxa de Ocupação – Recomendação xiv. ao Conselho Diretivo da ARSLVT** – Relativamente a esta matéria e sendo esta recomendação a única referência a um eventual impacto negativo da taxa de ocupação do HBA sobre a acessibilidade dos utentes ao hospital, importa produzir alguns esclarecimentos:
- 14.1. O **HBA é o hospital**, entre os que integram o grupo de *benchmarking*, **que apresenta a maior taxa de ocupação**, o que reflete a maior eficiência na utilização deste recurso, fruto do seu modelo interno de gestão de camas.
- 14.2. Esta taxa de ocupação é obtida, para além da gestão eficiente da lotação oficial do HBA, também pela implementação de um **plano de contingência**, desencadeado, normalmente, a partir de outubro de cada ano e de duração variável, para fazer face às necessidades adicionais de internamento determinadas pelo agravamento da situação clínica dos doentes durante o inverno e pelo crescimento da taxa de internamento dos doentes atendidos no seu Serviço de Urgência. Essa possibilidade estava contemplada na proposta apresentada pelo Consórcio que ganhou o concurso público do Hospital de Loures e foi devidamente contemplada no projeto de construção do hospital, dotando todos os espaços de internamento individual com infraestruturas para receberem dois doentes, em caso de necessidade.
- 14.3. Ora, é exatamente a **maior eficiência na gestão** da lotação oficial do HBA durante os períodos de “normalidade” e a **geometria variável** permitida pela estrutura física instalada **no internamento** que garantem, em conjunto, não só o pleno acesso dos utentes que carecem de internamento mas, também, que o HBA conseguirá, sempre, responder às necessidades de hospitalização dos doentes que o utilizam.



15. **Recomendação xv. À SGHL** – Desta recomendação à SGHL consta que esta deve *“Desenvolver esforços para aproximar os níveis de performance do HBA aos verificados nas melhores unidades hospitalares públicas, em matérias de economia, eficiência e eficácia”*. Naturalmente que esta recomendação corresponde à prática corrente, desde o arranque do HBA, de procura incessante de melhores desempenhos, sendo certo que a SGHL utiliza cada *benchmarking* realizado (seja com hospitais públicos ou privados), incluindo o constante da presente Auditoria, como oportunidade de melhoria. Importa, todavia, referir que a **presente Auditoria não abordou, em qualquer momento, a eficácia dos hospitais comparados**, compreendida esta como os resultados em saúde obtidos através dos processos de prestação de cuidados, pelo que a referência à eficácia deverá ser eliminada do texto da recomendação. Aliás, para este efeito, poderiam ter sido utilizados na Auditoria os resultados de avaliações independentes (cada uma com sua metodologia, naturalmente passíveis de discussão) como o SINAS (sistema da responsabilidade da Entidade Reguladora da Saúde que avalia 5 dimensões – Excelência Clínica, Segurança do Doente, Adequação e Conforto das Instalações, Focalização do Utente e Satisfação do Utente), a Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos Portugueses (Internamento) da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (que avalia dimensões como a mortalidade, complicações e readmissões) ou o mais recente (e apenas disponível no final de 2014) Portugal Top 5 – A Excelência do Hospitais, da empresa IASIST (que avalia dimensões da atividade dos hospitais como a mortalidade, complicações e readmissões ajustadas pelo risco, entre outras) que poderiam sustentar a efetiva análise de eficácia dos hospitais comparados.
16. Em relação às restantes recomendações dirigidas à SGHL serão, obviamente, tidas em conta no futuro. **A SGHL é a primeira interessada em que a Parceria Público/Privada do Hospital de Loures seja um projeto de sucesso** e mantém-se empenhada em melhorar continuamente o seu desempenho. Não pode, todavia, deixar de referir, em nota final, que teria sido muito positivo se a presente Auditoria tivesse logrado **identificar as fragilidades do contexto contratual** definido para a Parceria. Esse seria, certamente, um primeiro e importante passo para eliminar os obstáculos a uma relação ainda mais profícua entre o Estado português e a SGHL e a produzir mais valor para as populações servidas pelo HBA.
17. Finalmente, por tudo o que ficou exposto **a SGHL considera que o Relato deverá ser revisto**, não só no que respeita à correção da informação utilizada (sendo que as observações efetuadas pela SGHL não esgotam todos os lapsos dos dados e/ou informações contidas no Relato<sup>1</sup>) como, essencialmente, na **aderência das conclusões à matéria factual**.

<sup>1</sup> A título de exemplo, os Quadros 13 e 18, respetivamente das páginas 36 e 41 do Volume II apresentam informação relativa ao 1º trimestre de 2014 e não do 1º semestre como referido.



6. Presidente do Conselho de Administração da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.



Registada com  
Aviso de Recepção

Ao  
**TRIBUNAL DE CONTAS**  
Direcção Geral  
Departamento de Auditoria VI  
À Att: Exm<sup>o</sup> Sr. Dr. José António Carpinteiro  
Av<sup>a</sup> Barbosa du Bocage, n<sup>o</sup> 61  
1069-045 LISBOA

N. Ref<sup>a</sup>: HL-SGE/035/15

Linda-a-Velha, 08 de Abril de 2015

**Assunto: Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures  
Proc<sup>o</sup> n<sup>o</sup> 20/2014-Audit**

Exmos. Senhores,

Fazemos referência ao Vosso Ofício ref<sup>a</sup> DA VI – UAT.1, Proc. N<sup>o</sup> 20/2014 – Audit e passamos a tecer os seguintes comentários relativamente à vossa comunicação:

**1 – “Ponto 9.2. Indicadores Financeiros (página 84)”**

A variação negativa de € -3.000.000 diz respeito ao reembolso de Prestações Acessórias aos Accionistas, nada tem a ver com SWAP conforme é dito no documento. O SWAP não tem qualquer tipo de impacto ao nível do cash-flow e da tesouraria do projecto, nem sequer ao nível da demonstração de resultados.

**2 – “10.2 Modelo Financeiro vs Desempenho Real”**

Em seguida apresenta-se o mapa comparativo (corrigido), no período de 2010 a 2013, entre as demonstrações de resultados projectadas no “Caso Base” e o “Real”:

Demonstração-Resultados (conforme CASO BASE)	2010		2011		2012		2013	
	CB	Real	CB	Real	CB	Real	CB	Real
Proveitos de serviços de construção	19.425.264	26.274.149	65.617.684	57.674.512	0	0	0	0
Proveitos de serviços de O&M	0	0	0	0	2.343.006	2.308.009	2.384.297	2.323.588
Proveitos de GR&S	0	0	0	0	50.326	100.508	51.332	55.091
Proveitos financeiros (1)	0	636.130	1.784.306	3.250.707	7.975.510	7.873.688	8.045.298	7.803.693
Outros proveitos financeiros	0	266	0	2.525	89.390	56.003	123.094	42.065
Recetas Comerciais de Terceiros	0	0	0	0	0	42.736	0	41.724
<b>Custos Operacionais</b>	<b>146.204</b>	<b>157.064</b>	<b>385.163</b>	<b>372.016</b>	<b>2.910</b>	<b>9.549</b>	<b>2.785</b>	<b>9.548</b>
Custos Financeiros	1.476.778	1.504.321	3.715.326	3.818.846	6.153.444	5.869.404	6.081.785	5.611.777
<b>Custos de construção</b>	<b>19.328.621</b>	<b>26.159.912</b>	<b>65.291.228</b>	<b>57.367.069</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Custos de O&M	0	0	0	0	1.952.505	1.920.691	1.986.914	1.958.226
Custos de GR&S	0	0	0	0	41.938	91.275	42.777	45.909
<b>Resultados Operacionais</b>	<b>-49.561</b>	<b>-42.827</b>	<b>-58.707</b>	<b>-64.574</b>	<b>395.979</b>	<b>429.738</b>	<b>403.154</b>	<b>406.721</b>
Resultados Financeiros	-1.476.778	-867.925	-1.931.020	-565.614	1.911.456	2.060.287	2.086.608	2.233.980
Resultados Extraordinários	0	0	0	0	0	0	0	0
RAI	-1.526.339	-910.752	-1.989.728	-630.188	2.307.435	2.490.025	2.489.761	2.640.701
IRC	-381.585	-227.688	-497.432	-157.547	612.866	689.989	661.211	734.152
<b>RLE</b>	<b>-1.144.754</b>	<b>-683.064</b>	<b>-1.492.296</b>	<b>-472.641</b>	<b>1.694.569</b>	<b>1.800.036</b>	<b>1.828.550</b>	<b>1.906.549</b>

(1) O CB não previa proveito financeiro no 1<sup>o</sup> ano, nas contas reais teve de ser feito o ajuste com inclusão desse proveito.

Capital Social: € 144.000,00 | NIPC 509 249 884  
Registada na Conservatória do Registo Comercial de Oeiras, sob o n<sup>o</sup> 509 249 884  
Sede: Rua Mário Dionísio, n.º 2 | 2799-557 Linda-a-Velha





### 3 – “11. Rendibilidade da Entidade Gestora do Edifício”

Na página 90 é dito que “a Entidade Gestora do Edifício não alcançou as rendibilidades previstas para o projecto”, não entendemos em que se baseia o TC para retirar tais conclusões, quando a EGED tem tido uma performance em termos de rendibilidade em linha com o inicialmente previsto.

Estamos disponíveis para colaborar com o Tribunal de Contas na elaboração de novos cálculos, se for esse o entendimento.

Neste mesmo ponto e na mesma página é dito ainda, “a rendibilidade real se encontra afetada por via da aplicação da IFRIC12”, também não entendemos de que forma. Reiteramos que o SWAP não tem qualquer tipo de impacto ao nível do cash-flow, da tesouraria do projecto e da demonstração de resultados.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos apresentando os nossos melhores cumprimentos,

De V. Exa.  
Atentamente,

(A Administração da HL-SGE, S.A.)



*Respostas obtidas no âmbito de audição, na qualidade de partes interessadas não auditadas, às seguintes entidades:*



## 7. *Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE;*



Centro Hospitalar  
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor- Coordenador do  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

CA - 221/15-20  
MP/AC

**Data:** 2015/03/31

**Assunto:** Auditoria à execução do contrato de gestão do Hospital de Loures

Em resposta ao ofício com a ref.<sup>a</sup> n.º DA VI - UAT.1, de 23 de março de 2015, referente ao processo n.º 20/2014-Audit, informa-se V.Exa que os dados apresentados relativos ao Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, estão corretos pelo que se conclui que o relato não merece qualquer observação.

Com os melhores cumprimentos,

Miguel Paiva  
Presidente do Conselho de Administração





## 8. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, EPE;



CENTRO  
HOSPITALAR  
LEIRIA

Conselho de Administração

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor-Coordenador  
Direcção-Geral do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

SAL.HSA 03339\*15-04-02

V/ REF<sup>o</sup>: DA VI – UAT.1  
Proc. Nº 20/2014 - Audit

**ASSUNTO:** Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures

No seguimento do vosso ofício nº 4320, de 2015.03.23, sobre o assunto em epígrafe, informamos V. Exa., que validamos a informação relativa ao nosso Centro Hospitalar, constante no relato de auditoria, à execução dos indicadores que se seguem, por dois motivos:

1. O CHL não dispõe da informação necessária para a validação dos indicadores:
  - **Episódios de internamento e de ambulatório conformes/desconformes** – dados calculados pelo Tribunal de Contas, tendo como fonte os Relatórios de Auditoria à Codificação Clínica;
  - **% de cumprimento dos tempos máximos de espera para cirurgia** - dados calculados pelo Tribunal de Contas com base na informação do SIGLIC;
  - **% de aquisição de medicamentos ao menor preço** – dados calculados pelo Tribunal de Contas, com base na informação solicitada aos hospitais e tendo como referência o Hospital Beatriz Ângelo;

DCGC 7 4 15 5839

N/Ref. 349/2015/EP  
Rua das Olhalvas  
Pousos, 2410 – 137 Leiria  
Telefone: 244 817 006 Fax: 244 817 080  
Email: sec@chleiria.min-saude.pt  
[www.chleiria.pt](http://www.chleiria.pt)

Hospital de Santo André Accredited by  
Joint Commission International





2. Ao que o CHL apurou, existem divergências em alguns dos indicadores (tabela abaixo):

	2012		2013		Fonte	Observações
	Tribunal de Contas	Validação	Tribunal de Contas	Validação		
Taxa de ocupação	75%	76%	66%	67%	SICA	
Doentes saídos / por cama / mês	3,9	3,7	3,6	3,5	SICA	Exclui Berçário e Andrinos
Demora média (dias)	6	6,22	4.8	5,92	SICA / OQE	
Nº salas de bloco para cirurgia programada	11	10	11	12	Plano Desempenho / Plano Estratégico	Detetado lapso no envio da informação por parte do CHL
Taxa de utilização do bloco operatório - cirurgias programadas	77%	81%	84%	81%	SICA	Atividade adicional incluída
Financiamento por doente padrão	-	-	2.226	2.292	CP 2013	O valor considerado parece ser anterior à integração do HABLO

Ao dispor para os esclarecimentos adicionais que eventualmente pretenda, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O VOGAL EXECUTIVO

(LICÍNIO OLIVEIRA DE CARVALHO)



## 9. *Presidente do Conselho de Administração da Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.;*



Ao  
Tribunal de Contas  
A/c Exmo. Dr. José António Carpinteiro  
Auditor-Coordenador  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

Registado com aviso de recepção

N/ Ref.: CE 118/15

Vila Franca de Xira, 08 de Abril de 2015

**Assunto:** Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures

*Exmo. Sr. Dr.,*  
Na sequência da vossa carta refª DA VI – UAT.1, Proc. N.º20/2014 – Audit referente ao tema mencionado em epígrafe, vem esta Entidade Gestora, de acordo com o solicitado, apresentar um conjunto de observações no âmbito do Relato da Auditoria.

No Relato de Auditoria do Tribunal de Contas, o Hospital de Vila Franca de Xira é mencionado em diversos pontos, sobre os quais esta Entidade Gestora considera pertinente tecer alguns comentários, uns de carácter mais genérico e outros mais específicos – abordando valores apresentados relativos a esta PPP.

### 1. Considerações Gerais

A Parceria Público Privada do Hospital de Vila Franca de Xira reveste-se uma natureza algo diferente da PPP do Hospital de Loures. A principal diferença deriva do facto de, ao contrário de Loures, em VFX já existir previamente em funcionamento um Hospital, tendo a PPP tido o seu início, em 1 Junho de 2011, com o hospital existente, ou seja trata-se de um hospital de substituição. Em Abril de 2013 procedeu-se à transferência do antigo



**Hospital**  
Vila Franca de Xira

hospital para o novo hospital. Ora, essa realidade é totalmente distinta da ocorrida em Loures, em que o arranque da parceria se concretizou nas novas instalações, não se tratando portanto de um hospital de substituição. Este facto tem impacto nas comparações a vários níveis. Por um lado, e tal como previsto no modelo base deste Contrato de Gestão, o ano de 2013, utilizado de forma substancial em diversas variáveis de comparação, constituiu um ano em que o Hospital ainda não tinha atingido a sua “velocidade de cruzeiro”. De facto, em 2013, o Hospital funcionou no primeiro trimestre nas antigas instalações e nos períodos seguintes já nas novas instalações. O próprio ano de 2013, em modelo base, constituía um ano de crescimento substancial da actividade hospitalar, sendo que seria expectável uma estabilização da mesma de 2014 em diante. E de facto, os níveis de actividade hospitalar de 2013 para 2014 cresceram de forma substancial. No Internamento a evolução foi de 10,6%, na actividade cirúrgica cresceu 17% e nos partos 23,2%, na consulta externa o incremento foi de 18% e nas admissões à urgência foi de 10%.

## 2. Considerações Específicas

### **Apuramento de Doentes Padrão**

O cálculo dos doentes padrão encontra-se suportado nos dados submetidos pelos diversos hospitais no Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA), plataforma gerida pelo Ministério da Saúde. O formato da informação solicitada nessa plataforma, e que serve de input para o apuramento do doente padrão, encontra-se totalmente ajustado ao modelo de contratualização dos hospitais EPE, não se aplicando em toda a sua plenitude à realidade contratual dos hospitais PPP. Em concreto, esta PPP não tem nenhuma linha de financiamento suportada em modelo de preço compreensivo, tal como os hospitais EPE, embora tenha os custos inerentes. Como tal, no ano de 2013, o HVFX não forneceu qualquer dado de actividade relativo, por exemplo, a doentes HIV em preço compreensivo – porque não existe essa linha de financiamento na metodologia



**Hospital**  
Vila Franca de Xira

contratual desta PPP, e porque essa informação consta de um mapa específico SICA (que não o utilizado como input para os doentes padrão). Esta situação levou a que a ACSS, por via dos dados assim recebidos, apurasse para o HVFX em 2013 um total de doentes padrão inferior ao real, uma vez que carece de parcelas de valor relevante, tornando esse total de doentes padrão não comparável com as outras unidades hospitalares. Esta EGEST, após contactos com a ACSS, tomou consciência do sucedido, e em 2014 já incorporou no seu reporte anual do SICA a actividade que, independentemente de não ter financiamento específico, é equivalente ao reportado pelos restantes hospitais.

Outro aspecto a relevar no cálculo dos doentes padrão é o **índice de casemix utilizado**. Para 2013, foi utilizado o índice de casemix de 2012 – informação que poderá ser confirmada junto da ACSS. É compreensível que à data de apuramento dos doentes padrão para um determinado ano se encontrem disponíveis os níveis de actividade desse mesmo ano, mas não se encontrem disponíveis os níveis de casemix obtidos. Como tal, utilizam-se os valores de casemix do ano anterior, ou os mais recentes que se encontrem encerrados. Ora, este cenário não mudará de forma substancial o casemix em hospitais que se encontram em níveis de actividade estabilizados – o que não é o caso desta PPP. De 2012 para 2013, com base no agrupador de GDH em vigor para esta parceria (AP21), o casemix no Internamento cresceu de 0,9643 para 0,9908. A utilização de um casemix inferior ao real contribui para afastar o total de doentes padrão apresentado (menor), face ao real (maior).

Estas considerações **afectam todas as comparações que envolvem o Doente Padrão**.

### **Financiamento**

No indicador de financiamento por doente padrão (página 21 e 73 do relatório), verifica-se outro facto que enviesa a análise, novamente relacionado com o ano de 2013. Como contratualmente estabelecido, os preços a que o SNS remunerou a actividade desenvolvida

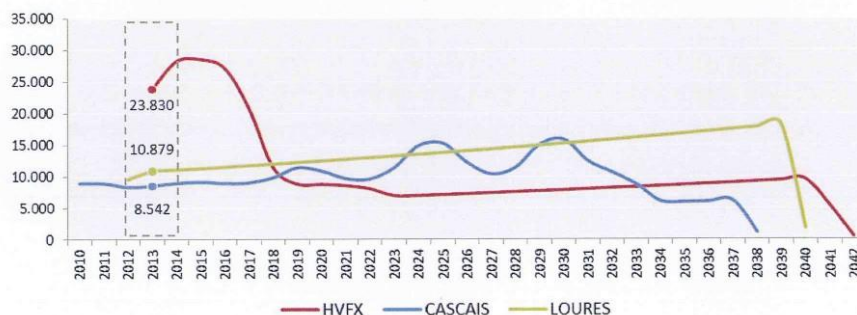




no HVFX no antigo hospital, são superiores aos preços aplicados no novo hospital. Em 2013, o financiamento relacionado com o primeiro trimestre (antigo hospital) por doente padrão, é significativamente superior (em média, cerca de 20%) ao financiamento relacionado com o resto do período. Ou seja, há neste indicador, neste ano, um efeito preço que desvirtua a análise.

Adicionalmente, há outro factor que influencia de forma ainda mais relevante este indicador no ano em causa, que é o perfil de remuneração da Entidade Gestora do Edifício. Na PPP do HVFX, e comparativamente às outras PPPs, a EGED é ressarcida nos anos iniciais de forma bastante mais substancial (gráfico abaixo)

**Perfil Cash Flow EGED**  
milhares euros



Esta discrepância de perfis de remuneração das EGEDs tem que ser tomada em consideração neste indicador, senão estaremos a incorrer num erro metodológico que envia comparações. Uma opção será analisar a remuneração das EGEDs de forma autónoma ou, em alternativa, é possível apurar um valor médio anual associado ao financiamento das EGEDs, tomando em consideração todo o período de vida do contrato na sua componente de infraestrutura (30 anos).



### **Comparação sem Clustering**

Adicionalmente, esta EGEST não pode deixar de mencionar que a comparação apresentada na página 21 e 73 do relatório, de gastos operacionais por doente padrão (2103), para além de estar influenciado pelos factores acima referidos (relacionados com o apuramento dos doentes padrão), não toma em consideração as características estruturais dos hospitais. De facto, o alargamento da comparação a 31 hospitais não é metodologicamente correcta, uma vez que não são similares entre si as características estruturais desses 31 hospitais.

Acresce que os hospitais PPP's numa fase inicial do contrato e após o início de actividades nos novos edifícios hospitalares têm um peso de amortizações muito significativo que resulta do esforço de investimento efectuado (equipamentos e contrapartida contratual). No ano de análise o HVFX tem todos os custos inerentes ao arranque de exploração no novo edifício.

Por último, nas páginas 72 e 73 há dois valores distintos de gastos por doente padrão para o HVFX, para o qual não se identificam as diferenças de cálculo que sustentam os diferentes resultados. Na primeira página apresenta-se um valor de 3.260 euros, e na página seguinte apresenta-se o valor 3.301 euros por doente padrão.

### **Taxa de Ocupação (pág. 13 e 60)**

O valor apresentado para o HVFX, em 2013 de 81%, não é correcta. Associado a este valor encontra-se um nível de lotação oficial de 298 camas, valor esse que se verificou apenas no novo hospital e não no antigo Hospital (224 camas, no primeiro trimestre). O ajustamento para uma lotação média ponderada, tendo em consideração estas lotações, reajusta a taxa de ocupação de 81% para 87%.



**Hospital**  
Vila Franca de Xira

### **Codificação Clínica em GDH (pág. 59)**

Neste ponto do Relato de Auditoria são apresentados dados relativos a auditorias efectuadas pela ACSS à codificação em GDH em diversos hospitais. Os valores apresentados relativamente ao HVFX referem uma taxa global de desconformidade de 85% - maior percentagem apresentada, sendo que atendendo a desconformidades que provocam alteração de GDH esse valor reduz-se para 18%. O HFVX tem a relatar que, após essa auditoria, apresentou junto da ACSS uma contestação sobre esta auditoria. Na sequência desta objecção, foi revista a análise e emitida nova versão do relatório de auditoria, na qual os valores globais de desconformidade diminuíram para 78%, e os valores de desconformidade com alteração de GDH diminuíram para 13%.

### **Tempos de atendimento na Urgência por Cor de Triagem (páginas 66 e 67 do relatório)**

Sobre os valores apresentados, há a salientar um aspecto importante, que uma leitura simples sem enquadramento adicional não permite identificar. Em particular no que diz respeito aos tempos de espera para atendimento dos utentes triados com cor vermelha, é importante salientar que estes utentes não esperam e são atendidos assim que “dão entrada” no hospital. Clinicamente, nem neste hospital nem em qualquer outro com a Triagem de Manchester implementada, se verifica espera em utentes triados com cor vermelha. Em concreto, o que se passa é que estes utentes são imediatamente atendidos, sendo que os registos administrativos – de onde se retiram os tempos de espera, são efectuados já em momento posterior à assistência ao doente, pela enfermagem (triagem), bem como pelos elementos médicos. Como estes utilizadores não têm capacidade de alterar as horas/minutos (e bem) a que a assistência clínica é efectuada, os tempos médios apresentados reflectem estes períodos em que os profissionais, já em período pós-atendimento, efectuem os seus registos em sistema de informação.



**Hospital**  
Vila Franca de Xira

É totalmente incorrecta a frase inscrita na página 67: “Apesar de o sistema de Triagem de Manchester prever que as urgências triadas com a cor vermelha têm indicação para serem imediatamente atendidas, na PPP de VFX tal não se verificou em 96,3% dos casos.”

A EGEST e a EPC optaram por manter o cálculo deste indicador (B32 – tempo médio de espera entre triagem e primeira observação médica) nestes termos, apenas e só para garantir que este apuramento se mantém igual para todos os episódios/cores, ou seja, automático, suportado nos registos, administrativos e clínicos, inscritos em sistema de informação. Mais, na negociação dos valores de referência para o ano subsequente, é tido em consideração o histórico do indicador, para o qual contribuem os tempos apurados na triagem dos vermelhos.

Encontramo-nos naturalmente à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir.

Com os melhores cumprimentos,

Vasco Luís de Mello  
*Presidente do Conselho de Administração*