



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ESTUDO DE AVALIAÇÃO DAS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NA SAÚDE

MAIO DE 2016

Índice

Índice de abreviaturas.....	ii
Sumário executivo	iv
1. Introdução.....	1
2. Eficiência relativa	4
2.1. Metodologia para a análise da eficiência	4
2.2. Aplicação do método <i>data envelopment analysis</i>	17
3. Eficácia	21
3.1. Internamento, cirurgia e primeiras consultas médicas	21
3.2. Tempos de resposta.....	25
4. Qualidade	29
4.1. Avaliação dos prestadores no SINAS	32
4.2. Reclamações dos utentes em hospitais públicos.....	39
5. Custos de regulação	48
5.1. Ótica das entidades públicas contratantes	48
5.2. Mediação de conflitos.....	61
6. Conclusões	64
Referências bibliográficas	69



Índice de abreviaturas

- ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- ARS – Administração Regional de Saúde
- CH – Centro Hospitalar
- CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*
- CTH – Consulta a Tempo e Horas
- DEA – *Data Envelopment Analysis*
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- ETC – Equivalentes a Tempo Completo
- JCI – *Joint Commission International*
- LBS – Lei de Bases da Saúde
- LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia
- LVT – Lisboa e Vale do Tejo
- MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PPP – Pareceria Público-Privada
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- RRH – Rede de Referenciação Hospitalar
- SA – Sociedade Anónima
- SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SPA – Setor Público Administrativo
- TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos
- ULS – Unidade Local de Saúde

Sumário executivo

O presente estudo foi realizado em resposta a solicitação do Ministério da Saúde dirigida à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em 23 de fevereiro de 2016, para que, ao abrigo das atribuições e incumbências estabelecidas nos seus estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, procedesse a uma avaliação da gestão dos hospitais em regime de parcerias público-privadas (PPP), que permita identificar “o que de positivo trouxeram ao SNS, mas também que desvantagens comparativas encerram”. De acordo com esta solicitação, na avaliação são focadas quatro vertentes: eficiência relativa, eficácia, qualidade clínica e custos de regulação.

O presente estudo encontra-se estruturado em seis capítulos, em que o primeiro é dedicado a uma breve nota introdutória sobre o modelo de gestão hospitalar em regime de PPP em Portugal, motivações e objetivos do estudo, e o último dedica-se às conclusões.

A eficiência relativa dos hospitais PPP foi avaliada, no capítulo 2, mediante a aplicação do método *data envelopment analysis* (DEA), que consiste numa técnica de programação linear que tem em linha de conta fatores produtivos e indicadores da produção dos hospitais. Para este efeito, foi definido um grupo homogéneo de hospitais comparáveis – de entre os hospitais gerais do SNS –, em que se incluíram os quatro hospitais PPP. Foi possível obter resultados que revelam que os hospitais PPP foram globalmente eficientes, com destaque para os resultados positivos, indicativos de eficiência relativa, dos hospitais de Braga e Cascais. Porém, não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do grupo de hospitais PPP e o grupo de outros hospitais do SNS.

No capítulo 3, dedicado à análise da eficácia, são considerados indicadores respeitantes a internamento, cirurgia e primeiras consultas de especialidade hospitalar, e ainda analisado o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no acesso a primeiras consultas de especialidade e cirurgias programadas. Da análise dos indicadores de eficácia em cirurgias resulta que a maioria dos hospitais PPP tem uma taxa de resolatividade superior à média das taxas dos outros hospitais públicos comparáveis e que, no caso das fraturas da anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48 horas, a maioria dos PPP apresenta menor percentagem do que a média. Por outro lado, todos os hospitais PPP apresentam maior percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos

ambulatorizáveis do que os demais hospitais do grupo homogêneo, ou seja, melhor desempenho relativo face à média dos hospitais comparáveis, com diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

A respeito de indicadores de eficácia no internamento, apesar de a taxa de resolatividade do internamento ser comparativamente inferior na maioria dos hospitais PPP, com exceção do Hospital de Braga, que apresentou uma taxa superior a 90%, o que denota assimetrias dentro do grupo de hospitais PPP, nos restantes dois indicadores – percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias e percentagem de reinternamentos em 30 dias – o desempenho dos hospitais PPP não varia significativamente face à média dos restantes hospitais.

No que se refere ao cumprimento dos TMRG, a percentagem de cumprimento dos TMRG para cirurgias dos hospitais PPP é globalmente superior à média do grupo de outros hospitais. No entanto, os hospitais PPP apresentaram quase sempre menor percentagem de primeiras consultas médicas realizadas dentro do TMRG no período analisado.

O foco da análise da vertente da qualidade, empreendida no capítulo 4, recaiu sobre a avaliação dos prestadores no SINAS e as reclamações dos utentes nos hospitais do SNS, de onde se retirou que existe uma maior adesão dos hospitais PPP ao SINAS, na medida em que se propuseram para avaliação em todas as dimensões e áreas do projeto, com resultados, em média, favoráveis, quando comparados com os hospitais públicos com regime de gestão distinto. Este melhor desempenho pode ser motivado pelas imposições previstas nesta matéria, no contrato de gestão das PPP, com penalizações financeiras associadas ao seu incumprimento. As questões identificadas nas reclamações dos utentes não se referem a problemas exclusivos dos hospitais em regime de PPP, nem são comuns a todos os hospitais PPP, pelo que não é possível concluir pela ocorrência de constrangimentos especialmente associados ao modelo de gestão PPP. Contudo, os hospitais PPP são visados em grande número de reclamações, com expressivo crescimento registado em anos recentes, sendo os principais temas visados os tempos de espera e a focalização no utente.

O capítulo 5 compreende o elenco de custos de regulação que os contratos de PPP hospitalares têm acarretado para o parceiro público e encontra-se subdividido em duas secções. Num primeiro momento é descrita a ótica das entidades públicas contratantes, em que são destacados como problemas mais comuns: indisponibilidade de indicadores de outros hospitais públicos, que impossibilitam a comparabilidade dos

hospitais PPP, e em alguns casos impede a avaliação de desempenho; falta de clareza na definição de alguns indicadores previstos no contrato de gestão; não adequação da carteira de serviços, que em alguns casos motiva a elaboração de protocolos específicos; articulação com os cuidados de saúde primários e com outros hospitais; e regras subjacentes à disponibilidade do serviço de urgência.

A segunda secção do capítulo 5 refere-se aos diferendos mediados pela ERS entre as entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares e a respetiva entidade pública contratante, onde se constata o recurso à mediação como meio de conciliação entre as partes em três dos quatro hospitais com gestão em regime de PPP. Porém não se pode daí deduzir uma maior ou menor ocorrência de litígios, na medida em que as cláusulas respeitantes a resoluções de litígios, integradas nos contratos de gestão respetivos, obrigam a que as partes tentem chegar a um acordo conciliatório com recurso à mediação, antes do recurso à arbitragem, obrigação que não resulta das regras previstas para definição dos contratos programa dos hospitais com gestão pública.

1. Introdução

A celebração de acordos ou contratos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde está prevista na Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, a Lei de Bases da Saúde (LBS) e no Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS). De acordo com a LBS, o Ministério da Saúde ou as Administrações Regionais de Saúde (ARS) podem “contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso” (cf. n.º 3 da Base XII da LBS). A respeito da articulação do SNS com as atividades particulares de saúde, o Estatuto do SNS dispõe que “as ARS podem celebrar contratos ou convenção com médicos não pertencentes ao SNS ou com pessoas colectivas privadas para a prestação de cuidados aos seus utentes” (cf. alínea c) do n.º 1 do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

O contrato de gestão de um hospital em regime de parceria público-privada (PPP) garante as prestações de saúde correspondentes ao serviço público de saúde através do estabelecimento de saúde integrado no SNS. A entidade gestora do hospital deve assegurar as prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos que integram o SNS (cf. n.º 1 do artigo 8.º e n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados).

A primeira experiência de gestão privada de um estabelecimento público na área da saúde em Portugal teve início em 1995 com a celebração de um contrato para a gestão privada de um hospital geral, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, após o lançamento de um concurso público no ano anterior (Simões, J.A., 2004, Tribunal de Contas, 2009, Simões et al., 2009). Esta gestão em regime de PPP subsistiu até 31 de dezembro de 2008.

Outros contratos de gestão de hospitais gerais públicos em regime de PPP¹ foram celebrados posteriormente, concretamente os relativos aos hospitais de Cascais², em

¹ Os contratos de gestão poderão ser consultados através do *website* da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, em <http://www.acss.min-saude.pt>.

² Contrato de gestão celebrado com a Lusíadas – Parcerias Cascais (entidade responsável pela prestação dos cuidados de saúde, cujo principal acionista é a AMIL, que integra o Grupo *UnitedHealth Group*) e com a TDHOSP – Gestão de Edifício Hospitalar (entidade responsável pela gestão do edifício).

2009, de Braga, em 2009³ e de Vila Franca de Xira, em 2011⁴, que foram substituídos por novos hospitais em 2010, 2011 e 2013, respetivamente, e ao Hospital Beatriz Ângelo (Loures)⁵, em 2012, que entrou em funcionamento naquele mesmo ano.

O termo dos contratos com as entidades gestoras dos hospitais de Cascais e Braga ocorrerá em 31 de dezembro de 2018 e 31 de dezembro de 2019, respetivamente, e em até dois anos antes do término destes prazos o Estado terá de informar as respetivas entidades gestoras acerca da sua decisão relativamente à continuidade ou não das parcerias em causa, como decorre do disposto na cláusula 8.ª dos respetivos contratos de gestão. Por esta razão, e em linha com o previsto no Programa do XXI Governo Constitucional – 2015-2019, que prevê a promoção da “avaliação externa independente das experiências hospitalares existentes em regime de parceria-público privada (PPP), no sentido de habilitar tecnicamente a decisão política em função da defesa do interesse público”, foi solicitada à ERS em 23 de fevereiro de 2016, pelo Ministério da Saúde, a análise da gestão hospitalar em regime de PPP em quatro vertentes, concretamente em matéria de eficiência relativa, eficácia, qualidade clínica e custos de regulação, para se perceber “o que de positivo trouxeram ao SNS, mas também as desvantagens comparativas que encerram”.

Serve assim o presente estudo o propósito de empreender e apresentar esta análise e os seus resultados, de acordo com o previsto nas alíneas a) e c) do artigo 15.º e alínea k) do artigo 40.º dos estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto. Considerando uma série de outros estudos já realizados, que se podem encontrar na literatura ou que foram publicados por instituições públicas diversas, como, por exemplo, o relatório de Simões et al. (2009), “Análise e parecer sobre o processo de criação e desenvolvimento das parcerias para a construção de hospitais em regime de financiamento privado e avaliação comparada do desempenho do Centro de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel”, o relatório de 2012 da Direção-Geral do Tesouro e Finanças, “Parcerias Público-Privadas e Concessões”, e o

³ Contrato de gestão celebrado com a Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento (entidade responsável pela prestação dos cuidados de saúde, tendo como principal acionista o Grupo José de Mello Saúde) e com a Escala Braga – Sociedade Gestora do Edifício (entidade responsável pela gestão do edifício).

⁴ Contrato de gestão celebrado com a Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento (entidade responsável pela prestação dos cuidados de saúde, tendo como principal acionista o Grupo José de Mello Saúde) e com a Escala Vila Franca, Sociedade Gestora do Edifício (entidade responsável pela gestão do edifício).

⁵ Contrato de gestão celebrado com a SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures (entidade responsável pela prestação dos cuidados de saúde, tendo como principal acionista a Luz Saúde do grupo Fidelidade) e com a HL – Sociedade Gestora do Edifício (entidade responsável pela gestão do edifício).

relatório do Tribunal de Contas de 2013, sobre os “Encargos do Estado com PPP na Saúde”, este estudo destaca-se por analisar o modelo de gestão em regime PPP dos quatro hospitais gerais, nas vertentes de eficiência relativa, eficácia, qualidade clínica e custos de regulação, em termos comparativos com outros hospitais gerais comparáveis do SNS.

Cada um dos próximos quatro capítulos é dedicado às referidas vertentes de análise. O capítulo 6, das conclusões, destina-se à apresentação resumida do estudo, destacando os principais resultados obtidos.

2. Eficiência relativa

A eficiência em saúde pode ser definida como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade. Em linha com esta definição, a produção eficiente é a que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter um determinado resultado (Pereira, 1993).

2.1. Metodologia para a análise da eficiência

A eficiência relativa de hospitais é avaliada com base numa comparação da eficiência entre os hospitais. No presente estudo, a avaliação da eficiência relativa é realizada por meio da aplicação da técnica de *Data Envelopment Analysis* (DEA), concretamente o modelo CCR (*vide* quadro 1), tipicamente utilizado na investigação quantitativa aplicada à atividade da prestação de cuidados de saúde (Garcia-Lacalle e Martin, 2010).⁶

Quadro 1 – Data Envelopment Analysis (DEA)

A técnica de DEA foi desenvolvida por Charnes et al. (1978) e baseia-se na resolução de um problema de programação linear. Mede a eficiência relativa de unidades organizacionais semelhantes (*Decision Making Units* – DMUs) na produção de resultados múltiplos (*outputs*). Tendo em conta um conjunto de n DMUs, o modelo CCR de Charnes et al. (1978) mede a eficiência de cada DMU _{j} ($j=1, \dots, n$) que utiliza m *inputs* x_{ij} ($i=1, \dots, m$) para produzir s resultados y_{rj} (*outputs*, $r=1, \dots, s$). O modelo resolve o seguinte problema de programação linear para um DMU específico, DMU _{k} :

$$\max g_k = \sum_{r=1}^s \mu_r y_{rk} ;$$

sujeito a

$$\sum_{i=1}^m v_i x_{ik} = 1$$

$$\sum_{r=1}^s \mu_r y_{rj} \leq \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} \quad j = 1, \dots, n ;$$

$$v_i \geq 0 \quad i = 1, \dots, m ;$$

$$\mu_r \geq 0 \quad r = 1, \dots, s ;$$

⁶ A técnica DEA também é conhecida em português como “análise envoltória de dados”. O modelo CCR apresentado no quadro é o de Charnes, Cooper e Rhodes, de Charnes et al. (1978), sendo também conhecido como CCR orientado aos *inputs* (*input-oriented*) com retornos constantes à escala (veja-se, ainda, Birman et al., 2003, Cooper et al., 2007, Zhou et al., 2008, Sánchez, 2009, Czypionka et al., 2014, e Lindlbauer et al., 2016, por exemplo).

(Continuação)

Onde ν_i e μ_r são as ponderações dos *inputs* e *outputs*, respetivamente.

Na sua forma envoltória, o modelo é representado matematicamente da seguinte forma:

$$E_k = \min \theta;$$

$$\text{sujeito a} \quad \sum_{j=1}^m \lambda_j x_{ij} \leq \theta x_{ik} \quad i = 1, \dots, m, \quad j = 1, \dots, n;$$

$$\sum_{r=1}^s \lambda_j y_{rj} \geq y_{rk} \quad r = 1, \dots, s, \quad j = 1, \dots, n;$$

$$\lambda_j \geq 0 \quad j = 1, \dots, n;$$

onde λ_j representa a ponderação dos DMU_j.

Assim, computa-se para cada DMU um *score* de eficiência relativa, equivalente ao rácio entre a soma ponderada de todos os *outputs* e a soma ponderada de todos os *inputs*, sendo o *score* de 1 equivalente ao DMU eficiente, em que não se consegue reduzir a quantidade de nenhum *input* para se obter o mesmo conjunto de *outputs*.

As DMUs relativamente ineficientes têm *scores* inferiores a 1. Um *score* inferior a 1 implica que os *outputs* poderiam ser produzidos com uma menor quantidade de *inputs* (um *score* de 0,8 para uma DMU significa que os seus *inputs* teriam de ser reduzidos em 20% para se produzir os *outputs* de forma eficiente).

O DEA permite a comparação da eficiência entre hospitais de um conjunto homogéneo que deve ser definido com base em critérios fundamentados para conter hospitais com características, objetivos e atividades similares. Por exemplo, Rego et al. (2010), que recorreu ao DEA para comparar a eficiência entre os hospitais SA e os SPA do SNS entre 2002 e 2004, adotou como principal critério de seleção a classificação dos hospitais gerais existente na altura, em central, distrital e nível 1, que tinha em atenção fatores como escala/conjunto de valências e complexidade, traduzida pelo índice de *case-mix*.⁷

É possível encontrar diferentes classificações que podem servir de referência para a definição de um conjunto homogéneo de hospitais, tais como, por exemplo, as classificações em grupos da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), para efeitos de financiamento⁸, e dos relatórios anuais de avaliação de qualidade e

⁷ *Case-mix* é um “coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos” (vide <http://portalcodgdh.min-saude.pt>).

⁸ Os grupos da ACSS são definidos recorrendo-se a um *clustering* hierárquico após *standardização* de variáveis com capacidade explicativa de custos e de análise de componentes principais (vide <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>). Os hospitais são agrupados de acordo com a tipologia de serviços, desde o grupo A, com menor diferenciação, até ao E, com maior diferenciação (os hospitais do grupo F e hospitais psiquiátricos não são abordados no presente estudo, por corresponderem a hospitais especializados).

eficiência “Portugal Top 5 – A Excelência dos Hospitais”, da IASIST Portugal⁹, e a categorização hospitalar definida pela Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, que diferencia os hospitais do SNS com base em “critérios de base populacional e complementaridade da rede hospitalar para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e proximidade” (cf. preâmbulo do diploma¹⁰), com variação crescente de complexidade da resposta oferecida e da população abrangida desde o grupo I até ao grupo III.¹¹

Estas classificações da ACSS/IASIST e da Portaria n.º 82/2014 são apresentadas nas tabelas 1 a 5 abaixo.¹²

Tabela 1 – Classificação dos hospitais gerais da ARS Norte

Hospital	ACSS/IASIST	Portaria n.º 82/2014
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	B	I
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	C	I
Centro Hospitalar de São João, EPE	E	III
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	D	II
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	D	II
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	B	I
Centro Hospitalar do Porto, EPE	E	III
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	C	I
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE	C	I
Hospital de Braga (PPP)	D	II
Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	B	I
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	C/ULS	I
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	C/ULS	I
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	B/ULS	I

⁹ A IASIST é uma empresa que comercializa serviços e produtos tecnológicos ligados ao tratamento de informação sobre a actividade de prestadores de cuidados de saúde, abrangendo as áreas da gestão e planeamento, de *software* e codificação e de consultoria. A primeira edição do relatório “Portugal Top 5 – A Excelência dos Hospitais” teve lugar em 2014. A classificação da IASIST segue os agrupamentos da ACSS, sendo a única diferença a consideração das ULS em grupo separado (*vide* classificação em <http://www.iasist.pt>).

¹⁰ Refira-se que a ERS teve oportunidade de se pronunciar sobre uma versão propositiva da Portaria em causa, em fevereiro de 2014 e, na ocasião, pôde alertar o Governo sobre algumas implicações daquela proposta que careciam de esclarecimento, como, por exemplo, a perda implícita de valências em diferentes hospitais. Não obstante, depois da publicação do diploma constatou-se que não tinham sido promovidas alterações em todos os pontos suscitados pela ERS – entre os quais a omissão de hospitais da lista, como, por exemplo, o Hospital Arcebispo João Crisóstomo e o Hospital Dr. Francisco Zagalo (*vide* tabela 2). Importa notar, contudo, que a Portaria em questão foi revogada, em 20 de maio de 2016, pela Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

¹¹ Os hospitais do grupo IV não foram considerados porque este grupo corresponde aos hospitais especializados.

¹² Na medida em que os hospitais de interesse no presente estudo são os hospitais gerais em regime de PPP, em especial o Hospital de Braga e o Hospital de Cascais, são apresentados nas tabelas apenas os hospitais gerais do SNS.

Tabela 2 – Classificação dos hospitais gerais da ARS Centro

Hospital	ACSS/IASIST	Portaria n.º 82/2014
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	C	I
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	C	I
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	C	I
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	E	III
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	D	II
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	A/-	-
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	B	I
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	A	-
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	B/ULS	I
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	B/ULS	I

Tabela 3 – Classificação dos hospitais gerais da ARSLVT

Hospital	ACSS/IASIST	Portaria n.º 82/2014
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	C	I
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	E	III
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	E	II
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	C	I
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	C	I
Centro Hospitalar do Oeste	B	I
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	E	III
Hospital Beatriz Ângelo - Loures (PPP)	C	I
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida (PPP)	C	I
Hospital de Santarém, EPE	C	I
Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	D	II
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	D	I
Hospital Vila Franca de Xira (PPP)	B	I

Tabela 4 – Classificação dos hospitais gerais da ARS Alentejo

Hospital	ACSS/IASIST	Portaria n.º 82/2014
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	D	II
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	C/ULS	I
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	B/ULS	I
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	C/ULS	I

Tabela 5 – Classificação dos hospitais gerais da ARS Algarve

Hospital	ACSS/IASIST	Portaria n.º 82/2014
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	D	II

Conforme se pode constatar das tabelas 1 a 5, os quatro hospitais gerais em regime de PPP não são classificados todos nos mesmos grupos, tanto nos agrupamentos da ACSS/IASIST como na classificação da Portaria. Dispersam-se entre os grupos B, C e D e as classes I e II, de acordo com os critérios definidos pela ACSS, IASIST e a

Portaria, sendo certo que a adoção de critérios específicos para uma avaliação da eficiência relativa poderá resultar na escolha de um único conjunto lato.

Refira-se que, para além das classificações mencionadas, os próprios contratos de gestão das PPP definem critérios diversos para a identificação de hospitais comparáveis, tendo em vista a definição da remuneração das entidades gestoras dos estabelecimentos PPP. Assim, no caso do Hospital de Cascais, consta da cláusula 43.^a do contrato, na secção IV, da “Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento”, que os hospitais comparáveis deverão reunir as seguintes condições, que se passa a citar:

- a) “Serem dotados de urgência médico-cirúrgica ou outra classificação equivalente;
- b) Possuírem um número de camas situado num intervalo correspondente a menos 25% e a mais 25% do que o número médio de camas instalado no Hospital de Cascais nos dois anos anteriores;
- c) Registarem um número de Episódios de Internamento situado numa banda de 35% acima ou abaixo da média do número de Episódios de Internamento do Hospital de Cascais, verificados nos dois anos anteriores;
- d) Registarem um Índice de *Case-mix* situado numa banda de 10% abaixo ou 25% acima do índice de complexidade médio do Hospital de Cascais, após a Conclusão da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar, verificado nos dois anos anteriores;
- e) Terem pelo menos indicadores para 25% dos Parâmetros de Desempenho de resultado utilizados para monitorizar a Entidade Gestora do Estabelecimento;
- f) Pertencerem ao mesmo grupo de financiamento para efeitos de remuneração pela Tabela de Preços dos Hospitais Públicos”.

Os dois hospitais comparáveis ao Hospital de Cascais selecionados aquando do lançamento da PPP foram o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE, e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE, de acordo com o relatório de auditoria ao contrato de gestão do Hospital de Cascais em regime de PPP de 2014 (Tribunal de Contas, 2014). Por seu turno, adotando como critérios referências para o índice de *case-mix*, o número de doentes equivalentes e o perfil assistencial, o Tribunal de Contas adicionou a estes dois hospitais o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, o Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE e o Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, EPE,

tendo em vista uma comparação de desempenho assistencial. Comparando as classificações da ACSS/IASIST e da Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, de todos estes seis hospitais (incluindo o Hospital de Cascais), constata-se que as respetivas classificações são quase todas iguais, havendo apenas uma divergência, se se considerar as classificações do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, em substituição do extinto Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, EPE (o Centro Hospitalar do Algarve, EPE, foi criado após fusão do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, EPE, com o Hospital de Faro).

Por sua vez, quanto ao Hospital de Braga, define-se no n.º 1 da cláusula 43.^a do seu contrato de gestão que “os hospitais que integram o Grupo de Referência, para os efeitos previstos nos Anexos VII [da Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento] e X [da Qualidade dos Serviços Clínicos], são hospitais da Plataforma A, ou de outra classificação que a venha substituir, comparáveis com o Hospital de Braga, em termos de lotação global, nível de actividade e Índice de *case-mix* e que sejam os mais eficientes no sector público”. No n.º 2 da mesma cláusula, estabelece-se que se consideram os hospitais comparáveis com o Hospital de Braga os que reúnam, cumulativamente, as seguintes condições:

- a) “Serem dotados de urgência polivalente ou outra classificação equivalente;
- b) Possuírem um número de camas situado num intervalo correspondente a menos 35% e a mais 35% do que o número médio de camas instalado no Hospital de Braga nos dois anos anteriores;
- c) Registarem um número de Episódios de Internamento situado numa banda de 50% acima ou abaixo da média do número de Episódios de Internamento do Hospital de Braga verificados nos dois anos anteriores;
- d) Registarem um Índice de *case-mix* situado numa banda de 35% acima ou abaixo do índice de complexidade médio do Hospital de Braga verificado nos dois anos anteriores”

Refira-se que, de acordo com informação recebida da ARS Norte, numa resposta a um pedido remetido pela ERS para a recolha de elementos úteis para o presente estudo, os hospitais selecionados para integrarem o Grupo de Referência do Hospital de Braga são o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, e o Hospital Garcia de Orta, EPE, devendo notar-se

que estes hospitais têm em comum as mesmas classificações da ACSS/IASIST (D) e da Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, (II) atribuídas ao Hospital de Braga.

Há ainda outros critérios válidos para a definição de um conjunto homogéneo de unidades, para efeitos de avaliação da sua eficiência relativa por meio do DEA, como os de Moreira (2008), que compara a eficiência entre hospitais EPE e SPA. Sem prejuízo de também aplicar o DEA a todos os hospitais gerais públicos, Moreira (2008) define um conjunto homogéneo de hospitais em termos de dimensão (com base num intervalo de número de camas) e produção (existência de episódios de urgência/emergência e de sessões de hospital de dia e/ou cirurgias de ambulatório).

Para a avaliação da eficiência relativa com o DEA, é necessária a identificação de grupos homogéneos de unidades, mas também a escolha dos diferentes indicadores de fatores produtivos (*inputs*) e produtos (*outputs*) das unidades (conforme referido no quadro 1), sendo certo que há uma relação a ter-se em conta entre o número de unidades e o número de *inputs* e *outputs*.

Com efeito, a aplicação do DEA exige que se defina um número mínimo de unidades para um dado número de *inputs* e *outputs*, para que seja possível a identificação de diferenças de eficiência relativa entre as unidades (Podinovski e Thanassoulis, 2007). De acordo com Cooper et al. (2007), o número de unidades deve ser maior do que o máximo entre o produto do número de *inputs* com o número de *outputs* e três vezes a soma do número de *inputs* com o número de *outputs*. Já a regra de Golany e Roll (1989) é menos restritiva, exigindo que o número de unidades seja no mínimo igual a duas vezes o número de *inputs* e *outputs* (vide quadro 2).

Quadro 2 – Número de DMUs

Sejam m o número de *inputs* e s o número de *outputs*, o número n de unidades para a aplicação do DEA, as regras de Cooper et al. (2007) e Golany e Roll (1989) para a determinação do número ideal de unidades podem ser representadas matematicamente pelas seguintes equações, respetivamente:

$$n \geq \max \{m \times s, 3 \times (m + s)\}; \text{ e}$$
$$n \geq 2 \times (m + s).$$

A escolha do número ideal de unidades dependerá, assim, por um lado, dos critérios definidos para a obtenção de um conjunto homogéneo de unidades e, por outro lado, dos *inputs* e *outputs* definidos para a avaliação.

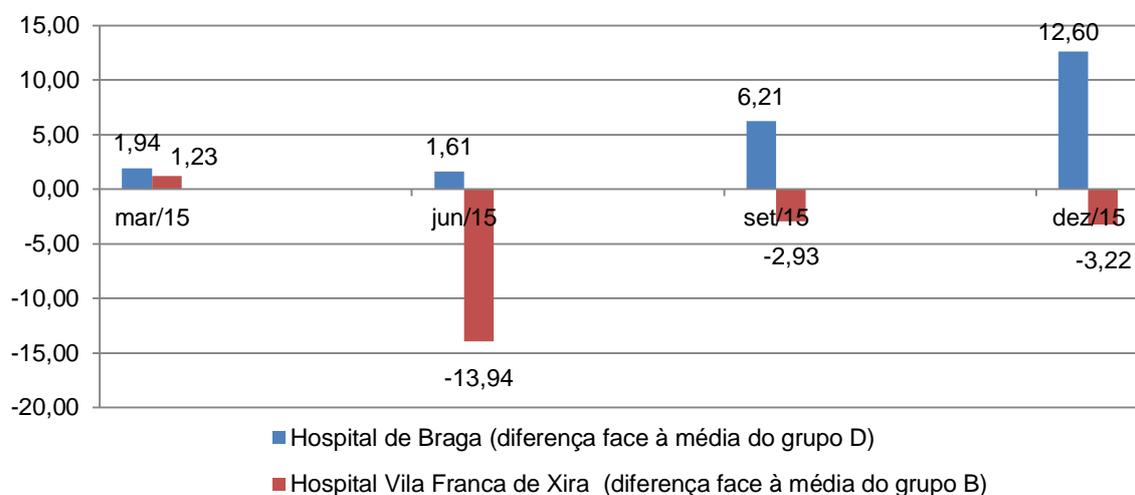
Se os critérios para o conjunto homogêneo forem muito restritivos, o número de *inputs* e *outputs* deverá ser limitado, porque um número pequeno de unidades em relação ao número de *inputs* e *outputs* produzirá pouca variabilidade, impedindo ou dificultando a identificação de diferenças de eficiência relativa entre as unidades. No entanto, se se utilizar um número muito restrito de unidades, *inputs* e *outputs*, a análise da eficiência relativa das unidades torna-se pouco abrangente. Isto porque a utilização de um número muito pequeno de unidades implica uma baixa probabilidade de se capturar unidades muito eficientes para a comparação. Por sua vez, a utilização de informação muito limitada em termos do número de fatores, ou seja, de *inputs* e *outputs*, resultará numa análise que tem em conta poucas dimensões relevantes, pelo que os seus resultados serão pouco úteis ou fiáveis.

Não obstante, antes de se apresentar a seleção de hospitais comparáveis, *inputs* e *outputs* para a análise baseada no DEA, apresenta-se uma análise preliminar simples com base em indicadores da atividade dos hospitais, sendo alguns deles publicados regularmente pela ACSS e pela IASIST. Com efeito, a ACSS publica com atualização trimestral na sua página de *Benchmarking* de Hospitais indicadores de produtividade e económico-financeiros que transmitem em alguma medida o grau de eficiência dos hospitais.

As figuras 1 a 4 abaixo apresentam quatro indicadores de eficiência dos hospitais PPP comparados com os hospitais dos seus respetivos grupos, B, C e D, de acordo com a classificação da ACSS (*vide* tabelas 1 e 3).¹³ As figuras 1, 2 e 4 apresentam comparações face às médias dos grupos e restringem-se aos hospitais de Braga e de Vila Franca de Xira por indisponibilidade de dados dos restantes. A figura 3 apresenta uma comparação com um valor absoluto de um intervalo ótimo e inclui os hospitais de Loures e o de Cascais.

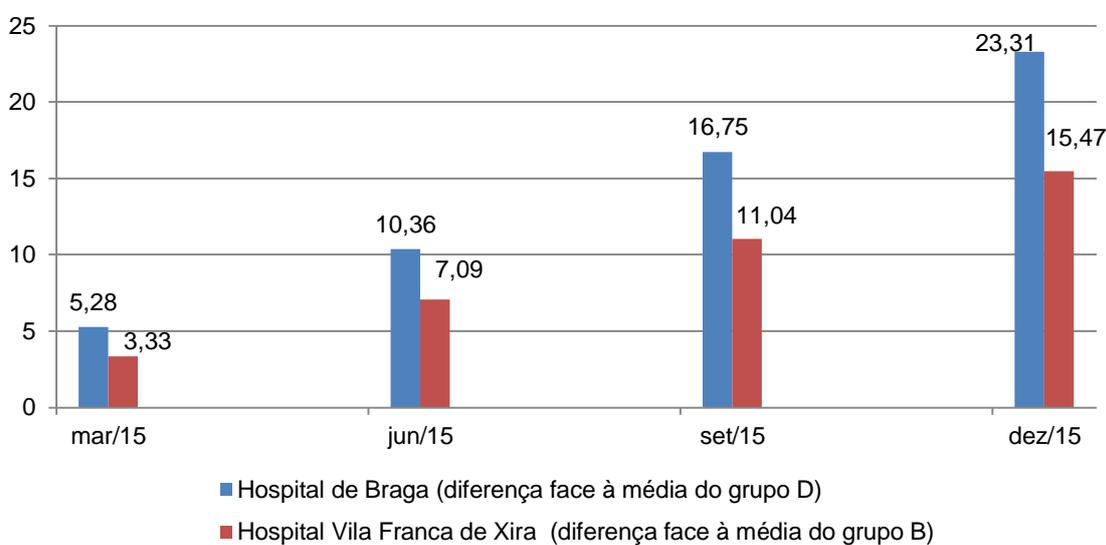
¹³ *Vide* <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>. Os indicadores em causa são classificados como sendo representativos da eficiência dos hospitais, em linha com a classificação de Simões (2004a, 2004b).

Figura 1 – Doentes padrão por médicos ETC: Diferenças face às médias dos grupos dos hospitais de Braga e Vila Franca de Xira¹⁴



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS.

Figura 2 – Doentes padrão por enfermeiros ETC: Diferenças face às médias dos grupos dos hospitais de Braga e Vila Franca de Xira

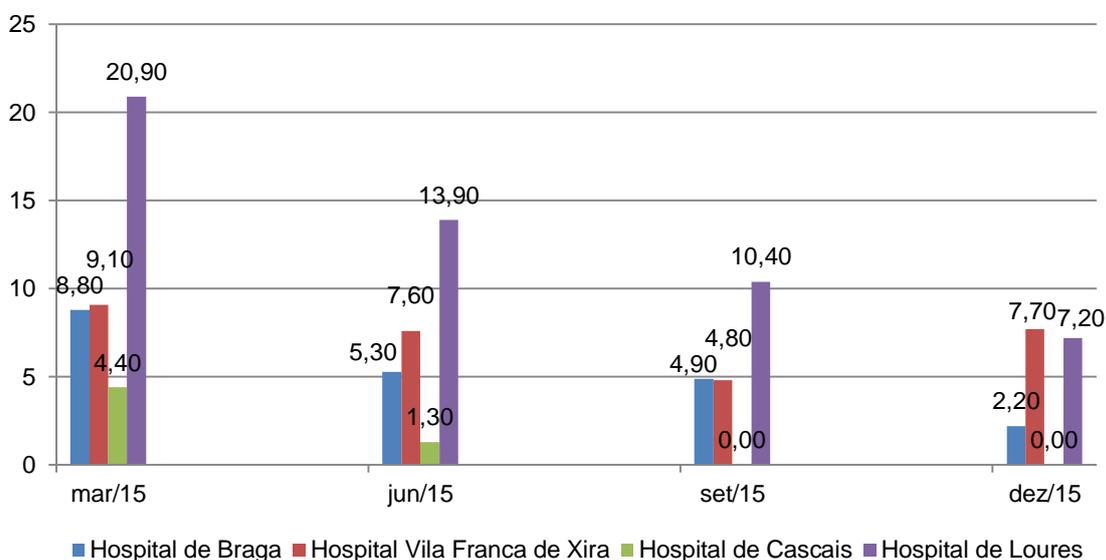


Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS.

¹⁴ De acordo com informação obtida no *website* da ACSS, “o cálculo do doente padrão baseia-se na transformação da atividade hospitalar por natureza heterogénea numa unidade de produção única de forma a possibilitar o exercício de comparação entre entidades” (vide <http://www.acss.min-saude.pt>).

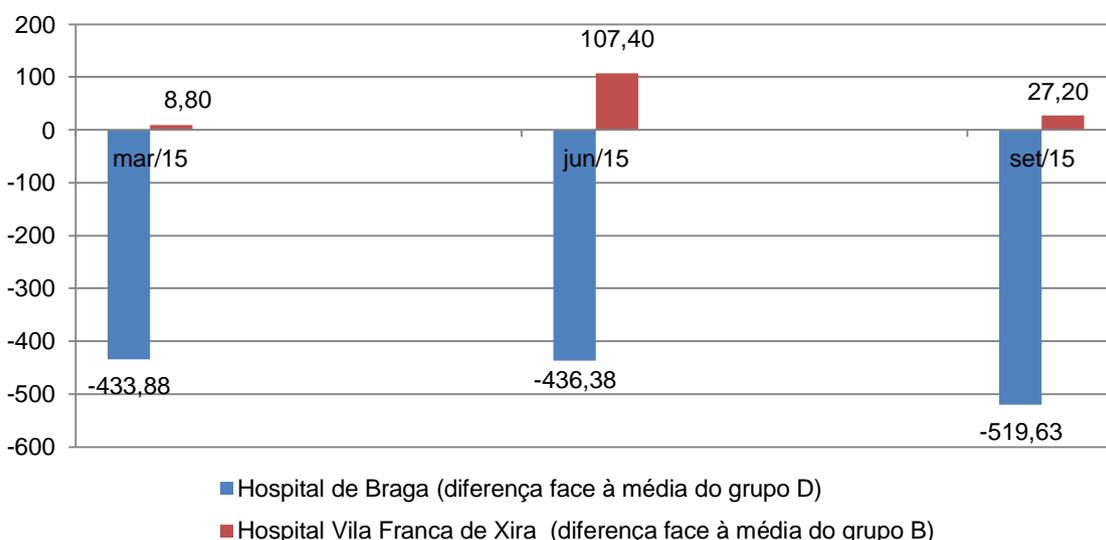
ETC refere-se ao número equivalente a tempo completo, que é calculado com base no número de horas efetivamente trabalhadas pelos profissionais de saúde em causa.

Figura 3 – Taxa anual de ocupação em internamento: Diferenças (em pontos percentuais) face ao limite mais próximo do intervalo ótimo¹⁵



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS.

Figura 4 – Custos operacionais por doente padrão (EUR): Diferenças face às médias dos grupos dos hospitais de Braga e Vila Franca de Xira¹⁶



Fonte: Elaboração própria com base em dados da ACSS.

¹⁵ O limite mais próximo do intervalo ótimo considerado para o cálculo foi o limite superior (85%). Assim, ao contrário do que ocorre nas duas figuras anteriores, quanto maiores as barras nesta figura, mais baixa será a eficiência do hospital. O valor nulo significa que o valor está dentro do intervalo ótimo.

¹⁶ Quanto a este indicador, são apresentados apenas os valores acumulados até setembro devido à indisponibilidade de dados de dezembro. Os custos operacionais incluem custos com pessoal, custos com material de consumo clínico, custos com produtos farmacêuticos e custos com fornecimento de serviços externos.

As figuras 1, 2 e 4 indicam uma eficiência relativamente alta do Hospital de Braga, enquanto que os resultados do Hospital de Vila Franca de Xira são menos positivos, com indícios de ineficiência relativa verificados nas figuras 1 e 4. A figura 3 mostra resultados mais negativos para os hospitais de Loures e de Vila Franca de Xira, com o valor do indicador do Hospital de Braga a distanciar-se muito do intervalo ótimo no primeiro trimestre, mas a aproximar-se ao intervalo nos trimestres seguintes.¹⁷ O Hospital de Cascais apresenta os melhores resultados neste indicador.

No entanto, este tipo de análise com os dados publicados pela ACSS na página de *Benchmarking* de Hospitais é pouco abrangente. Acresce que, no caso de alguns indicadores, a análise restringe-se aos hospitais de Braga e de Vila Franca de Xira, devido à inexistência de dados acerca dos outros hospitais gerais PPP. Por esta razão, no presente estudo recorreu-se a uma recolha de dados mais completos da ACSS para a aplicação da técnica DEA. Com efeito, a aplicação do DEA neste estudo foi possível com a obtenção de um conjunto de dados recolhidos junto da ACSS, na sequência de um pedido de informação enviado em 10 de março de 2016 àquele instituto público sobre os hospitais do SNS, a solicitar diferentes dados de 2012, 2013, 2014 e 2015. Com esses dados, definiu-se inicialmente um conjunto de hospitais comparáveis com base em critérios fundamentados e depois procedeu-se à escolha dos indicadores de *inputs* e *outputs* a incluir no modelo, tendo em conta as regras apresentadas no quadro 2.

Hospitais comparáveis

Como primeiro critério para a seleção dos hospitais comparáveis, definiu-se que os hospitais devem ter um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) ou um Serviço Médico-Cirúrgico (SUMC), com vista à restrição da análise aos hospitais gerais (não especializados) do SNS com maior nível de diferenciação.¹⁸ Assim, foram identificados preliminarmente 39 hospitais, para além dos quatro hospitais em regime de PPP.

Desse primeiro conjunto, foram eliminados dois hospitais por falta de conformidade dos dados ao longo dos períodos de tempo considerados na avaliação, concretamente o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, que deixou de existir, na sequência da

¹⁷ Em 2015, o Hospital de Vila Franca de Xira apresentou o segundo pior resultado entre os nove hospitais do seu grupo, que são comparados pela ACSS. No mesmo ano, o Hospital de Loures apresentou o quarto pior resultado no seu grupo de 16 hospitais e o Hospital de Braga o terceiro maior afastamento entre oito hospitais.

¹⁸ Sobre os diferentes tipos de urgência do SNS, bem como a sua cobertura populacional, *vide* parecer “Análise da Cobertura Populacional da Rede de Urgência/Emergência criada pelo Despacho n.º 13427/2015, de 16 de novembro, do Ministro da Saúde”, em <https://www.ers.pt>.

transferência de gestão do Hospital de Fafe à Santa Casa da Misericórdia de Fafe, em 1 de janeiro de 2015, e a Unidade Local de Saúde de Baixo Alentejo, EPE, que teve o Hospital de São Paulo de Serpa devolvido à Santa Casa da Misericórdia de Serpa, também em 1 de janeiro de 2015.

Como critério de seleção final para garantir a homogeneidade do conjunto, foram excluídos ainda quatro hospitais com valores extremos (*outliers*) em termos de dimensão, medida com base no número de camas de internamento (lotação praticada) e doentes saídos.¹⁹ Deste modo, integraram o conjunto homogéneo de hospitais para a análise da eficiência os seguintes 33 hospitais:

- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE;
- Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE;
- Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE;
- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE;
- Centro Hospitalar de Leiria, EPE;
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE;
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE;
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE;
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE;
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE;
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE;
- Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE;
- Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE;
- Centro Hospitalar do Oeste;
- Centro Hospitalar do Porto, EPE;
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE;
- Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE;
- Hospital Beatriz Ângelo - Loures (**PPP**);
- Hospital de Braga (**PPP**);
- Hospital de Cascais Dr. José de Almeida (**PPP**);
- Hospital de Santarém, EPE;
- Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE;
- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE;
- Hospital Garcia de Orta, EPE – Almada;
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE – Amadora;

¹⁹ Também se procurou aferir a existência de *outliers* no índice de *case-mix* de internamento, mas não se encontrou qualquer valor extremo. Foram considerados *outliers* os valores que ultrapassaram o terceiro quartil em mais de 1,5 vezes a amplitude interquartilica dos dados.

- Hospital Vila Franca de Xira (**PPP**);
- Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE;
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE;
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE;
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE;
- Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE;
- Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE;
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE.

Como se pode notar, os quatro hospitais gerais em regime de PPP estão incluídos neste conjunto, pelo que a avaliação com base no DEA não precisa de recorrer a mais de um conjunto homogéneo.

Apesar de os hospitais não integrarem os mesmos grupos das classificações da ACSS/IASIST e Portaria n.º 82/2014, os critérios adotados permitem que se garanta um grau de homogeneidade adequado para a aplicação do DEA.²⁰

Escolha dos inputs e outputs

Conforme definido no quadro 1, no início deste capítulo, o DEA baseia-se na resolução de um problema de programação linear e mede a eficiência relativa de unidades organizacionais semelhantes na produção de resultados múltiplos (*outputs*). Para a produção desses resultados, são necessários diversos fatores produtivos (*inputs*), tendo sido selecionados para o efeito dados de camas de internamento (lotação praticada), médicos equivalentes a tempo completo (ETC), enfermeiros ETC, técnicos de diagnóstico e terapêutica ETC e custos. Os custos incluíram custos diretos, custos com fornecedores e custos com funcionários, compreendendo os seguintes códigos do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde de 2015: 616 (custos diretos), 62 (custos com fornecedores e serviços externos, exceto 622219, de rendas e alugueres), 6421 (remunerações base do pessoal), 6422 (suplementos remuneratórios) e 6424 (subsídios de férias e de Natal).

No que se refere aos *outputs*, foram selecionados os seguintes: número de doentes saídos do internamento ajustado pelo índice de *case-mix* de internamento, número de sessões de hospital de dia sem hemodiálise, número total de consultas externas médicas, número de atendimentos no serviço de urgência e número de cirurgias de

²⁰ Importa salientar, contudo, em adenda à versão final deste estudo e conforme já visto na nota de rodapé n.º 10, que a Portaria em causa foi revogada em 20 de maio de 2016.

ambatório ajustado pelo índice de *case-mix* de ambatório.²¹ Foram recolhidos dados anuais destes *outputs* e também dos *inputs* de 2012 a 2015.²²

2.2. Aplicação do método *data envelopment analysis*

O DEA foi aplicado para a produção de dois conjuntos de resultados, considerando médias de dois anos, ou seja, a média de 2012 e 2013 e a de 2014 e 2015, devendo assumir-se assim, como em Podinovski e Thanassoulis (2007), que em cada um dos períodos de dois anos não houve grande variação nos hospitais em termos tecnológicos. A aplicação do DEA para diferentes anos possibilita a identificação da evolução da eficiência relativa dos hospitais. Opta-se pela utilização de médias de dois anos, assim como na definição de hospitais comparáveis dos contratos de gestão apresentada anteriormente, para ter em conta, em cada avaliação individual, uma informação mais abrangente, temporalmente, e ao mesmo tempo para reduzir o efeito de eventuais variações abruptas pontuais em anos específicos, que poderiam introduzir algum viés nos resultados.

Sem prejuízo de se ter identificado um conjunto homogéneo de 33 hospitais (*vide* lista apresentada na secção anterior), para as médias de 2012 e 2013 o DEA teve de ser aplicado a um número mais reduzido de hospitais, porque durante o período em causa alguns hospitais foram criados, ou sofreram alterações no seu modelo de gestão ou na sua composição em termos de unidades hospitalares. Sendo assim, foram excluídos os seguintes quatro hospitais do conjunto de 33 hospitais identificado anteriormente: Centro Hospitalar de Leiria, EPE, Centro Hospitalar do Algarve, EPE, Centro Hospitalar do Oeste e Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE.²³

No caso das médias de 2012 e 2013, a relação entre os números de *inputs* e *outputs* e o número de hospitais respeita a regra de Golany e Roll (1989). Quando todos os 33

²¹ Os *inputs* e *outputs* aqui escolhidos são semelhantes aos selecionados em Moreira (2008).

²² Devido à indisponibilidade de dados de 2015 dos códigos de custos com funcionários 6421, 6422 e 6424 do Hospital de Braga, estimou-se a soma desses custos para 2015 com base na soma de 2014 acrescida da variação de todos os custos com funcionários daquele hospital identificada entre 2014 e 2015 (crescimento de 3,6%, conforme dados obtidos da ACSS).

²³ Refira-se que este ajuste ao conjunto homogéneo de hospitais também é feito no capítulo 3, quando são considerados os anos de 2012 e 2013.

O Hospital Beatriz Ângelo foi incluído, apesar de ter entrado plenamente em funcionamento apenas depois de janeiro de 2012. O Hospital de Vila Franca de Xira também foi considerado, embora a transferência para o atual edifício hospitalar tenha ocorrido apenas em 2013.

hospitais são considerados, também a regra mais restritiva de Cooper et al. (2007) é respeitada (*vide* quadro 2 apresentado no início do capítulo).

Os *scores* de eficiência calculados para os hospitais com base nas médias de *inputs* e *outputs* de 2012 e 2013 e de 2014 e 2015 são apresentados na tabela 6.

Tabela 6 – Scores de eficiência relativa dos hospitais do conjunto homogéneo

Hospital	Scores 2012/2013	Scores 2014/2015
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	1,0000	1,0000
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	1,0000	1,0000
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	1,0000	1,0000
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	1,0000	1,0000
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	-	1,0000
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,8195	0,7908
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,9152	1,0000
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,8522	0,8233
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,9518	1,0000
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	-	0,7324
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	0,9442	0,8472
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	1,0000	0,9996
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	1,0000	0,8738
Centro Hospitalar do Oeste	-	0,9912
Centro Hospitalar do Porto, EPE	1,0000	1,0000
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	1,0000	1,0000
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	1,0000	1,0000
Hospital Beatriz Ângelo - Loures (PPP)	0,9537	1,0000
Hospital de Braga (PPP)	1,0000	1,0000
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida (PPP)	1,0000	1,0000
Hospital de Santarém, EPE	0,8219	0,8270
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	1,0000	1,0000
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	0,8612	0,9003
Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	0,8599	0,8676
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	1,0000	1,0000
Hospital Vila Franca de Xira (PPP)	1,0000	0,9886
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	1,0000	0,9766
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	1,0000	0,8341
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	0,9993	1,0000
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	1,0000	1,0000
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	-	1,0000
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	1,0000	0,5949
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	1,0000	1,0000

Tendo em conta estes *scores* são aplicados dois testes para se verificar se os dois grupos – hospitais PPP e não PPP – são estatisticamente idênticos. Primeiramente aplica-se o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para avaliar a hipótese de os dois grupos terem a mesma população de *scores* de eficiência, verificando se há diferenças estatisticamente significativas entre as suas medianas.²⁴ Aplica-se ainda, numa análise complementar, o teste exato de Fisher, tendo em conta os números de hospitais PPP e não PPP considerados eficientes, ou seja, com *score* igual a um, e relativamente ineficientes, com *scores* inferiores a um.²⁵

Como se pode ver na tabela, os hospitais PPP foram globalmente eficientes nos períodos considerados, 2012-2013 e 2014-2015, devendo destacar-se os resultados indicativos de eficiência relativa dos hospitais de Braga e Cascais. Identificou-se apenas dois casos de ineficiência relativa entre os hospitais PPP: o *score* de 0,9537 do Hospital Beatriz Ângelo, em 2012-2013, e o de 0,9886 do Hospital de Vila Franca de Xira, em 2014-2015. No caso dos hospitais não PPP, também se identificou resultados globalmente positivos, sendo certo que há maior variedade de resultados.

Aplicando-se o teste Wilcoxon-Mann-Whitney, verifica-se, com base nas amostras, que não é possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre as medianas dos dois grupos populacionais em causa (PPP e não PPP), tanto no caso das médias de 2012 e 2013 ($p\text{-value}=0,5261$) como no caso das médias de 2014 e 2015 ($p\text{-value}=0,342$).²⁶ A conclusão com base no nível de significância de 0,05, tipicamente utilizado em testes estatísticos, é de que os hospitais PPP e não PPP serão idênticos em termos de eficiência (*vide* tabela 7).²⁷

²⁴ Teste não paramétrico utilizado em alternativa ao teste t de Student por não inobservância dos critérios subjacente à implementação de um teste paramétrico.

²⁵ O teste exato de Fisher é aplicado para verificar a relação entre duas variáveis categóricas de um conjunto de indivíduos. É adotado especialmente quando as amostras são pequenas. *Vide*, por exemplo, Agresti (1992).

²⁶ Como referência para os testes estatísticos realizados no presente estudo, veja-se, por exemplo, Dytham (2011).

²⁷ O nível de significância de 0,05 (ou 5%) indica que há uma probabilidade de apenas 5% de erro numa rejeição da hipótese nula de que as populações são idênticas.

Refira-se que também não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas numa outra aplicação do teste aos *scores* computados com base nas médias de 2014 e 2015, mas com apenas 29 hospitais, como no caso das médias de 2012 e 2013 (ou seja, sem Centro Hospitalar de Leiria, EPE, Centro Hospitalar do Algarve, EPE, Centro Hospitalar do Oeste e Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE). O $p\text{-value}$ neste caso foi de 0,1459.

**Tabela 7 – Comparação de eficiência entre hospitais PPP e não PPP
(Wilcoxon-Mann-Whitney)**

Estatísticas do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney ^a	2012-2013	2014-2015
Wilcoxon-Mann-Whitney W	59	74
P-value	0,5261	0,3420

a. Variável de agrupamento: Gestão em regime de PPP.

Por seu turno, os resultados das duas aplicações do teste exato de Fisher para os períodos 2012-2013 e 2014-2015, tendo em conta os números de hospitais por regime (PPP e não PPP) e *score* de eficiência relativa (eficiência – igual a 1 – e ineficiência – inferior a 1) (vide tabelas 8 e 9), corroboram a conclusão essencial de que não há diferença estatisticamente significativa entre a eficiência relativa dos hospitais PPP e os não PPP.²⁸ Constatou-se concretamente que não há relação estatisticamente significativa entre gestão hospitalar em regime de PPP e eficiência relativa ($p\text{-value}=1>0,05$, para 2012-2013, e $p\text{-value}=0,6197>0,05$, para 2014-2015).

Tabela 8 – Número de hospitais por regime e *score* de eficiência – 2012-2013

Regime	Eficiência relativa	
	Ineficiência	Eficiência
PPP	1	3
Não PPP	9	16

Tabela 9 – Número de hospitais por regime e *score* de eficiência – 2014-2015

Regime	Eficiência relativa	
	Ineficiência	Eficiência
PPP	1	3
Não PPP	13	16

Portanto, com base nos resultados dos testes realizados, não se encontra evidência de que a gestão hospitalar em regime de PPP possa levar a uma maior ou menor eficiência relativa na comparação com outros hospitais. Conclusivamente, pode apenas ressaltar-se os resultados globalmente positivos em termos de eficiência relativa dos hospitais PPP apresentados na tabela 6, em especial dos hospitais de Braga e de Cascais, que obtiveram *scores* iguais a um nas duas aplicações de DEA, sendo certo que outros 11 hospitais também obtiveram este resultado: sete centros hospitalares, duas unidades hospitalares e duas Unidades Locais de Saúde (ULS).

²⁸ Recorde-se do quadro 1 que, como decorre do DEA, uma unidade com *score* inferior a 1 é considerada uma unidade relativamente ineficiente.

3. Eficácia

O conceito de eficácia na saúde pode ser empregado como em Simões (2004a, 2004b), em linha com a definição de Pereira (1993), ou seja, referindo-se aos “resultados ou consequências de uma intervenção em saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal” ou, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), o grau em que uma intervenção, procedimento ou serviço produz, sob condições ideais, o resultado pretendido.²⁹ Em termos práticos, poderá referir-se à eficácia de resposta de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde às solicitações da procura.

À semelhança do que acontece com os indicadores de eficiência, a ACSS publica na sua página de *Benchmarking* de Hospitais³⁰, com uma periodicidade trimestral, alguns indicadores de eficácia, integrados nas categorias denominadas “desempenho assistencial” e “acesso”, e que se encontram disponíveis para efeitos de comparação em grupos de hospitais. No entanto, para uma análise mais completa, apresenta-se no presente capítulo a evolução de indicadores de eficácia dos hospitais do SNS entre 2012 e 2015, remetidos à ERS pela ACSS, com tónica no desempenho dos hospitais PPP e nas dinâmicas que esses indicadores denotaram ao longo do período considerado. Em concreto, são considerados indicadores de eficácia respeitantes a internamento, cirurgia e primeiras consultas de especialidade hospitalar, e é ainda analisado o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no acesso a primeiras consultas de especialidade e cirurgias programadas.

3.1. Internamento, cirurgia e primeiras consultas médicas

Em primeiro lugar, foram calculadas duas taxas de resolatividade, para cada hospital PPP e para a média dos restantes hospitais que integram o grupo homogéneo, melhor descrito no capítulo 2, que pretendem traduzir a eficácia relativa dos mesmos no que se refere à capacidade de resposta em internamento³¹ e cirurgias (cf. quadro 3).³²

²⁹ Vide <http://www.who.int>.

³⁰ Disponível em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>.

³¹ Quociente entre o número dos residentes na área de influência de um determinado hospital que foram internados nesse mesmo hospital e o total dos residentes internados em todos os hospitais do SNS, durante o mesmo período de tempo (vide <http://portalcodgdh.min-saude.pt>).

³² Da mesma forma como no capítulo 2 e pelas razões ali apresentadas, o grupo homogéneo é constituído por 29 hospitais nos anos de 2012 e 2013, e 33 hospitais nos anos de 2014 e 2015,

Estas taxas de resolutividade devem ser interpretadas como proporção de casos (de internamento e cirurgias) que determinado hospital consegue resolver, face à sua procura efetiva, ou seja, face ao número de utentes com necessidade desse tipo de cuidados no hospital.

Quadro 3 – Taxas de resolutividade do internamento e cirurgias

Taxa de resolutividade do internamento do hospital_i=

$$= \frac{N^{\circ} \text{ de residentes na área de influência do hospital}_i \text{ que foram aí internados}}{N^{\circ} \text{ de residentes na área de influência do hospital}_i \text{ que foram internados em todos os hospitais do SNS}}$$

Taxa de resolutividade das cirurgias do hospital_i= 1 – N^o de vales cirurgia emitidos / (N^o de operados + N^o de vales cirurgia emitidos)

Os resultados do cálculo das taxas de resolutividade do internamento, para cada um dos hospitais PPP e para a média do grupo de hospitais não PPP, apresentam-se na tabela 10. Daí se retira que, à exceção do Hospital de Braga, os restantes hospitais PPP encontram-se abaixo da média do grupo, ou seja, apresentam capacidade de resposta relativamente menor em casos de internamento, sendo certo que, com a aplicação do teste Wilcoxon-Mann-Whitney para a média dos anos de 2014 e 2015 não é possível concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos PPP e não PPP.

Tabela 10 – Taxa de resolutividade do internamento

Hospital	2012	2013	2014	2015
Hospital de Braga	91,2%	91,1%	91,8%	92,5%
Hospital Beatriz Ângelo	49,3%	67,0%	71,0%	71,4%
Hospital de Vila Franca de Xira	60,2%	64,5%	68,2%	69,6%
Hospital de Cascais	66,2%	67,1%	68,1%	67,7%
Média do grupo homogéneo	73,4%	73,5%	72,9%	73,1%

Quanto à capacidade de resolução das necessidades cirúrgicas dos hospitais PPP, que se apresenta na tabela 11, é globalmente superior à média dos hospitais comparáveis do grupo não PPP. Destaca-se o facto de que o Hospital de Cascais apresentou, nos três últimos anos em análise, uma capacidade abaixo da média do grupo, e com tendência decrescente, enquanto os hospitais Beatriz Ângelo e de Vila Franca de Xira apresentaram os melhores desempenhos relativos, com uma taxa de

sempre incluindo os quatro hospitais PPP. As médias do grupo homogéneo apresentadas nas tabelas referem-se aos 25 hospitais não PPP nos anos de 2012 e 2013 e aos 29 não PPP em 2014 e 2015.

resolutividade de cerca de 90% ou mais, nos quatro anos analisados.³³ Por sua vez, numa aplicação do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para a média de 2014 e 2015 constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos PPP e não PPP.³⁴

Tabela 11 – Taxa de resolutividade das cirurgias

Hospital	2012	2013	2014	2015
Hospital de Braga	91,4%	89,4%	83,8%	81,5%
Hospital Beatriz Ângelo	100,0%	89,6%	100,0%	89,6%
Hospital de Vila Franca de Xira	97,4%	91,7%	98,4%	98,0%
Hospital de Cascais	83,0%	85,3%	73,8%	70,5%
Média do grupo homogéneo	82,6%	86,3%	84,6%	79,2%

No que se refere à eficácia em cirurgias, apresenta-se ainda dois indicadores: percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis e percentagem de fraturas da anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48 horas³⁵. No primeiro indicador, todos os hospitais PPP apresentam melhor desempenho relativo face à média do grupo não PPP, conforme se identifica na tabela 12. Porém, como se pode notar na tabela 13, a percentagem de fraturas da anca apresenta grande variabilidade entre hospitais PPP, globalmente negativos, mas com o Hospital de Cascais a apresentar o melhor desempenho em todos os anos considerados.

Tabela 12 – Percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis

Hospital	2012	2013	2014	2015
Hospital de Braga	75,5%	82,0%	81,9%	82,5%
Hospital Beatriz Ângelo	73,2%	81,7%	84,2%	84,0%
Hospital de Vila Franca de Xira	77,4%	78,3%	81,0%	83,3%
Hospital de Cascais	80,5%	82,5%	85,7%	85,7%
Média do grupo homogéneo	66,7%	70,7%	73,6%	76,7%

³³ Refira-se que as duas taxas de 100% no caso do Hospital Beatriz Ângelo se devem à impossibilidade de emissão de vales cirurgia por os estados dos episódios não terem sido atualizados em tempo útil. Em 2012, porque foi o início da atividade do hospital e o *interface* com o hospital esteve a ser analisado. Em 2014, os dados do hospital foram integrados de forma manual, semestralmente (cf. informações da ACSS).

³⁴ Recorde-se que a gestão em regime de PPP dos hospitais de Cascais e de Braga se iniciou em 2009, enquanto que a gestão em PPP dos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures deu início em 2011 e 2012, respetivamente. Os novos hospitais de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira entraram em funcionamento em 2010, 2011 e 2013, respetivamente, tendo o Hospital de Loures iniciado como hospital PPP já em novas instalações em 2012.

³⁵ O indicador percentagem de fraturas da anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48 horas também é utilizado como um indicador de qualidade, como no relatório da OCDE “Health at a Glance 2015” (*vide* <http://www.oecd-ilibrary.org>).

Tabela 13 – Percentagem de fraturas da anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48 horas

Hospital	2012	2013	2014	2015
Hospital de Braga	28,8%	21,5%	45,3%	55,5%
Hospital Beatriz Ângelo	38,3%	21,8%	27,4%	20,1%
Hospital de Vila Franca de Xira	51,4%	38,8%	49,8%	56,2%
Hospital de Cascais	72,0%	73,7%	70,9%	71,9%
Média do grupo homogéneo	50,3%	49,4%	49,9%	47,7%

Para identificação de possíveis diferenças de eficácia entre os grupos PPP e não PPP nos indicadores relativos a procedimentos cirúrgicos apresentados nas tabelas 12 e 13, foram também aplicados testes estatísticos com base na média dos valores dos dois últimos anos. Foi primeiramente aplicado o teste Wilcoxon-Mann-Whitney à variável percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, que levou à rejeição da hipótese nula, indicando que os grupos apresentam medianas significativamente diferentes, com melhores resultados para os hospitais PPP.

No caso da variável percentagem de fraturas da anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48 horas foi aplicado o teste t de Student, em que se procede à comparação das médias dos grupos, em que a hipótese nula corresponde à igualdade das médias.³⁶ Do resultado do teste resultou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos neste indicador, mediante a não rejeição da hipótese nula.

Apesar de a taxa de resolatividade do internamento ser comparativamente inferior na maioria dos hospitais PPP face à média do grupo de hospitais não PPP (*vide* tabela 10), o desempenho dos hospitais PPP extraído de outros dois indicadores – percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias e percentagem de reinternamentos em 30 dias –, que traduzem a eficácia demonstrada no internamento, é ligeiramente melhor. Os hospitais de Vila Franca de Xira e de Cascais destacam-se por apresentarem menores percentagens de internamentos com demora superior a 30 dias (*cf.* tabela 14), e o Hospital de Cascais menores percentagens de reinternamentos em 30 dias (*cf.* tabela 15), ou seja, são hospitais relativamente mais eficazes nestes indicadores de internamento.

³⁶ Este teste paramétrico visa comparar a média da variável entre dois grupos independentes, como no presente caso, tendo sido escolhido pelo facto de a variável em causa cumprir os requisitos de normalidade e homogeneidade exigidos para a sua aplicação.

Tabela 14 – Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias

Hospital	2012	2013	2014	2015
Hospital de Braga	2,7%	3,0%	3,0%	2,9%
Hospital Beatriz Ângelo	2,9%	2,9%	3,2%	3,4%
Hospital de Vila Franca de Xira	1,5%	2,1%	2,3%	2,5%
Hospital de Cascais	2,0%	2,0%	1,7%	1,8%
Média do grupo homogéneo	2,8%	2,9%	3,0%	3,1%

Tabela 15 – Percentagem de reinternamentos em 30 dias

Hospital	2012	2013	2014	2015
Hospital de Braga	7,6%	7,8%	7,6%	7,3%
Hospital Beatriz Ângelo	8,1%	8,0%	7,9%	7,4%
Hospital de Vila Franca de Xira	7,8%	8,6%	7,6%	7,9%
Hospital de Cascais	5,9%	6,8%	6,5%	6,5%
Média do grupo homogéneo	8,5%	8,8%	8,9%	8,2%

Em complemento, foi realizado um teste MANOVA³⁷, para identificar diferenças entre as variâncias dos grupos no que respeita a estas duas variáveis relativas ao internamento, em que a hipótese nula corresponde à igualdade entre grupos no que se refere à eficácia de internamento traduzida por estes indicadores (novamente com base nos valores médios dos dois últimos anos em análise). Da aplicação do teste resulta não ser possível rejeitar a hipótese de igualdade entre grupos, pelo que não se conclui que existam diferenças estatisticamente significativas entre grupos em indicadores de eficácia de internamento. Da aplicação do teste t às duas variáveis, em separado, também não foram identificados efeitos estatisticamente significativos entre grupos.

3.2. Tempos de resposta

Na avaliação do desempenho de determinado hospital, ou grupo de hospitais, deverá também ter-se em consideração que a eficácia da prestação de cuidados não deixa de ser afetada pelo momento da sua concretização, isto é, a resposta deve ser facultada em tempo considerado clinicamente aceitável, para potenciar os resultados obtidos.

³⁷ Modelo que executa uma análise de variância multivariada, tendo em conta a interação de conjunto de variáveis dependentes, que no caso inclui duas variáveis (percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias e percentagem de reinternamentos em 30 dias). Pode ser utilizado em bases de dados não balanceadas, em que o número de observações em cada grupo é diferente, como é o caso, em que se tem um grupo com quatro hospitais PPP e outro grupo com 29 hospitais. Antes da aplicação do teste MANOVA foram feitos testes que atestam a normalidade e igualdade da matriz de variâncias-covariâncias (*Box test*).

A salvaguarda do direito de acesso em tempo considerado clinicamente aceitável a cuidados de saúde prestados pelos hospitais do SNS e pelas entidades convencionadas encontra-se prevista na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que prevê que sejam definidos TMRG por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde – n.º 1 do artigo 26.º do Capítulo V da Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Nessa sequência, a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, veio definir os TMRG para as prestações de saúde sem caráter de urgência nos estabelecimentos do SNS e prestadores privados convencionados com o SNS, designadamente primeiras consultas hospitalares e cirurgias programadas.

Tendo em conta a importância desta temática, foi realizada uma comparação do cumprimento dos TMRG para primeiras consultas e cirurgias programadas, entre os hospitais PPP e a média dos restantes hospitais do grupo homogéneo.

Na tabela 16, que sintetiza a percentagem de primeiras consultas realizadas dentro do respetivo TMRG, entre 2012 e 2015, os hospitais PPP apresentaram, em média, uma menor percentagem, o que denota um pior desempenho neste indicador. O Hospital de Vila Franca de Xira foi o único que apresentou uma percentagem de primeiras consultas realizadas dentro do TMRG igual ou superior à média dos restantes hospitais do grupo homogéneo, com exceção do ano de 2014.

Importa notar que, apesar dos hospitais PPP terem apresentado um menor cumprimento relativo dos TMRG de primeiras consultas, certo é que de acordo com os dados obtidos, nenhum hospital do grupo homogéneo cumpre plenamente com os TMRG. Não obstante, da aplicação do teste Wilcoxon-Mann-Whitney, sobre os dados de 2014 e 2015, constata-se que há diferenças estatisticamente significativas com nível de significância de 0,10, mas não com 0,05 (*p-value* de 0,06315), indiciando uma mediana inferior de cumprimento dos TMRG nos hospitais PPP.

Tabela 16 – Percentagem de primeiras consultas realizadas dentro do TMRG

Hospital	2012	2013	2014	2015
Hospital de Braga	58,2%	62,9%	73,6%	61,6%
Hospital Beatriz Ângelo	59,5%	63,6%	49,0%	29,7%
Hospital de Vila Franca de Xira	92,2%	87,6%	69,2%	75,5%
Hospital de Cascais	57,3%	68,4%	69,6%	67,8%
Média do grupo homogéneo	70,5%	74,4%	77,3%	76,2%

Este nível de cumprimento do TMRG deve ser enquadrado à luz da importância relativa das primeiras consultas médicas no total de consultas externas, indicador que

traduz a capacidade de dar uma primeira resposta às necessidades de cuidados especializados, aos utentes que deles necessitam, sendo considerado um indicador de eficácia.

Resulta da análise da tabela 17 que o grupo de hospitais PPP tem globalmente maior percentagem de primeiras consultas, sendo certo que o Hospital de Braga apresenta percentagens ligeiramente inferiores à média do grupo de hospitais comparáveis entre 2013 e 2015 e o Hospital Beatriz Ângelo também apresenta percentagem um pouco inferior em 2014.

Tabela 17 – Percentagem de primeiras consultas, no total de consultas externas

Hospital	2012	2013	2014	2015
Hospital de Braga	31,7%	30,2%	30,7%	30,6%
Hospital Beatriz Ângelo	49,0%	34,7%	30,7%	32,9%
Hospital de Vila Franca de Xira	39,6%	38,2%	37,1%	36,9%
Hospital de Cascais	35,9%	34,9%	36,7%	36,4%
Média do grupo homogéneo	31,1%	30,9%	31,2%	31,3%

Mediante a aplicação de um teste t para identificar eventuais diferenças estatísticas entre grupos com base na média dos anos de 2014 e 2015, foi possível concluir que não se rejeita a hipótese de as médias relativas a primeiras consultas no total de consultas externas serem iguais entre os grupos de hospitais PPP e não PPP, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas no desempenho traduzido por este indicador.

Assim, principalmente no caso dos hospitais de Cascais e de Vila Franca de Xira, com percentagens sempre superiores à média do grupo homogéneo, os anos com menor cumprimento dos TMRG em primeiras consultas, identificados na tabela 16, podem estar associados a um maior peso destas consultas no total de consultas realizadas.

Por sua vez, a percentagem de cirurgias programadas realizadas dentro do TMRG, sintetizada na tabela 18, é superior nos hospitais PPP, face à média do grupo dos hospitais não PPP, nos anos de 2014 e 2015, embora o Hospital de Cascais tenha apresentado menor percentagem do que a média nos anos de 2012 e 2013. Considerando a média de 2014 e 2015, a aplicação de um teste de Wilcoxon-Mann-Whitney indica que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos PPP e não PPP com nível de significância de 0,10, mas não com 0,05 (*p-value* de 0,07219).

Tabela 18 – Percentagem de cirurgias realizadas dentro do TMRG

Hospital	2012	2013	2014	2015
Hospital de Braga	95,8%	96,0%	94,9%	94,3%
Hospital Beatriz Ângelo	95,4%	96,0%	96,3%	97,5%
Hospital de Vila Franca de Xira	96,5%	97,1%	97,7%	97,4%
Hospital de Cascais	88,4%	80,4%	92,0%	93,6%
Média do grupo homogéneo	91,2%	92,0%	91,8%	90,2%

Finalmente, como conclusão resumida das análises empreendidas nas secções 3.1 e 3.2, constata-se, dos indicadores de eficácia em cirurgias, que a maioria dos hospitais PPP tem uma taxa de resolatividade superior à média das taxas dos outros hospitais públicos comparáveis e que, no caso das fraturas da anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48 horas, a maioria dos PPP apresenta menor percentagem do que a média. Por outro lado, todos os hospitais PPP apresentam maior percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, ou seja, melhor desempenho relativo face à média dos hospitais comparáveis, com diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

A respeito de indicadores de eficácia no internamento, apesar de a taxa de resolatividade do internamento ser comparativamente inferior na maioria dos hospitais PPP, com exceção do Hospital de Braga, que apresentou uma taxa superior a 90%, o que denota assimetrias dentro do grupo de hospitais PPP, nos restantes dois indicadores – percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias e percentagem de reinternamentos em 30 dias – o desempenho dos hospitais PPP não varia significativamente face à média dos restantes hospitais.

No que se refere ao cumprimento dos TMRG, a percentagem de cumprimento dos TMRG para cirurgias dos hospitais PPP é globalmente superior à média do grupo de outros hospitais. No entanto, os hospitais PPP apresentaram quase sempre menor percentagem de primeiras consultas médicas realizadas dentro do TMRG no período analisado e maior percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas.

4. Qualidade

A importância atribuída à qualidade da prestação de cuidados de saúde varia entre contrato de gestão PPP e contratos programa de hospitais, centros hospitalares (CH) e ULS, pelo que as análises que se apresentam no presente capítulo não deixarão de evidenciar algumas diferenças que podem decorrer das obrigações contratuais a que estão sujeitos os hospitais com gestão pública, por um lado, e os hospitais em regime de PPP, por outro lado.

De facto, os “Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016” definidos a nível nacional pela ACSS, preveem a promoção de incentivos institucionais de desempenho e de eficiência económico-financeira no contrato-programa, com pressupostos distintos consoante se trate de hospitais e CH ou ULS, com base na tipologia de cuidados prestados. Os pagamentos subjacentes ao sistema de incentivos encontram-se dependentes do cumprimento de objetivos relativos a indicadores de acesso, de desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro, a que se somam os resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis, no caso das ULS. Os incentivos são fixados em 5% da dotação para a contratualização hospitalar, para unidades hospitalares individuais e CH e 10% no caso das ULS.

Encontra-se também previsto nos “Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016” um sistema de penalizações com consequências no valor do financiamento a aplicar às entidades, com o intuito de prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições. O montante global das penalizações não poderá exceder 1% do valor global do contrato-programa estabelecido com a instituição para o ano de 2016, e aplicam-se nas seguintes áreas: programas de promoção e adequação do acesso (tendo em conta o desempenho dos programas Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e Consulta a Tempo e Horas (CTH), a variação do recurso ao exterior para realização de MCDT, e a variação dos encargos SNS com medicamentos biológicos, face a 2015, acima da variação média nacional); reporte e publicação de informação de gestão; registo, consulta, partilha de informação e desmaterialização de processos; e cobrança de receita.

Por seu turno, os contratos de gestão dos hospitais em regime de PPP pressupõem também a definição de metas e avaliação de indicadores de desempenho com

penalizações financeiras associadas, sendo certo que os resultados da avaliação implicam a que a entidade gestora do estabelecimento elabore e implemente um plano de medidas corretivas tendentes a melhorar o nível de avaliação, quando obtenha uma avaliação “satisfatória” ou “insatisfatória”. Para além disso, no que em concreto se refere à qualidade dos cuidados prestados, existe um claro compromisso com a qualidade que assenta, desde logo, na obrigação de a entidade gestora do estabelecimento estabelecer um sistema de gestão da qualidade como parte da gestão do hospital que incida sobre as componentes clínicas e não clínicas da gestão. Este sistema de gestão da qualidade pressupõe, designadamente, a existência de mecanismos de certificação da qualidade, adequados aos diferentes tipos de processos assistenciais e não assistenciais, a necessidade de aderir a um processo de acreditação e de aderir a programas de monitorização e avaliação dos resultados de natureza assistencial, numa perspetiva de melhoria contínua dos processos.³⁸

Como introito para a análise da qualidade nos hospitais PPP, apresenta-se dois indicadores do *Benchmarking* de hospitais da ACSS nas figuras 5 e 6: percentagens de partos por cesarianas e sépsis pós-operatória por cem mil episódios³⁹. Estes dois indicadores constam da lista de 33 indicadores de qualidade das instituições do SNS do Despacho n.º 5739/2015, de 26 de maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde.⁴⁰ Quanto às percentagens de partos por cesarianas, refira-se que, de acordo com declaração da OMS de 2015, deveriam idealmente variar entre 10% e 15%, sendo certo que apenas as percentagens até 10% são associadas a reduções de mortalidade materna e neonatal, pelo que percentagens superiores a estas referências poderão indiciar excessivo intervencionismo clínico.⁴¹

Dados destes dois indicadores e ainda outros que refletem a qualidade nos hospitais do SNS são publicados e atualizados regularmente na página de *Benchmarking* de Hospitais da ACSS, mas nem sempre são completos, como se vê na figura 5 – onde apenas há informação a respeito dos hospitais de Braga e de Vila Franca de Xira.⁴²

³⁸ Nos termos das cláusulas 58.^a do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, 62.^a do Hospital de Vila Franca de Xira e 61.^a do Hospital de Cascais e do Hospital de Braga.

³⁹ Sépsis é definida como sendo a infeção e a resposta sistémica à mesma (*vide* <http://portalcodgdh.min-saude.pt>).

⁴⁰ Os critérios de cálculo destes indicadores têm por base as orientações da OCDE e/ou da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (*vide* <http://www.acss.min-saude.pt>).

⁴¹ *Vide* <http://www.who.int>. A este respeito, veja-se, também, Simões (2004b).

⁴² Dados disponíveis em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>. Os grupos indicados nas figuras são os mesmos da classificação em grupos da ACSS explicada no capítulo 2.

Figura 5 – Percentagens de cesarianas: Diferenças (em pontos percentuais) face às médias dos grupos dos hospitais de Braga e Vila Franca de Xira⁴³

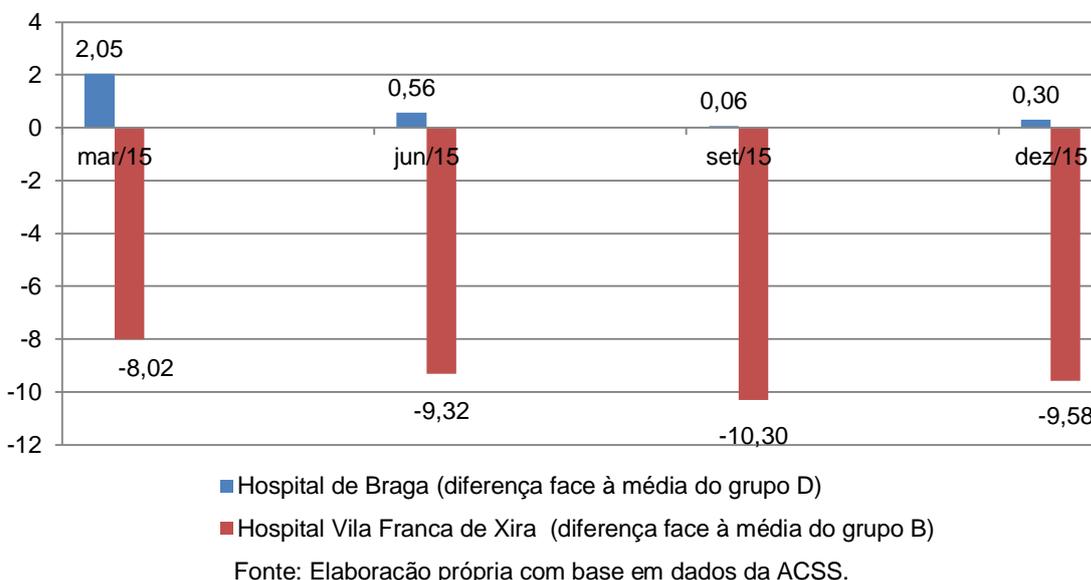
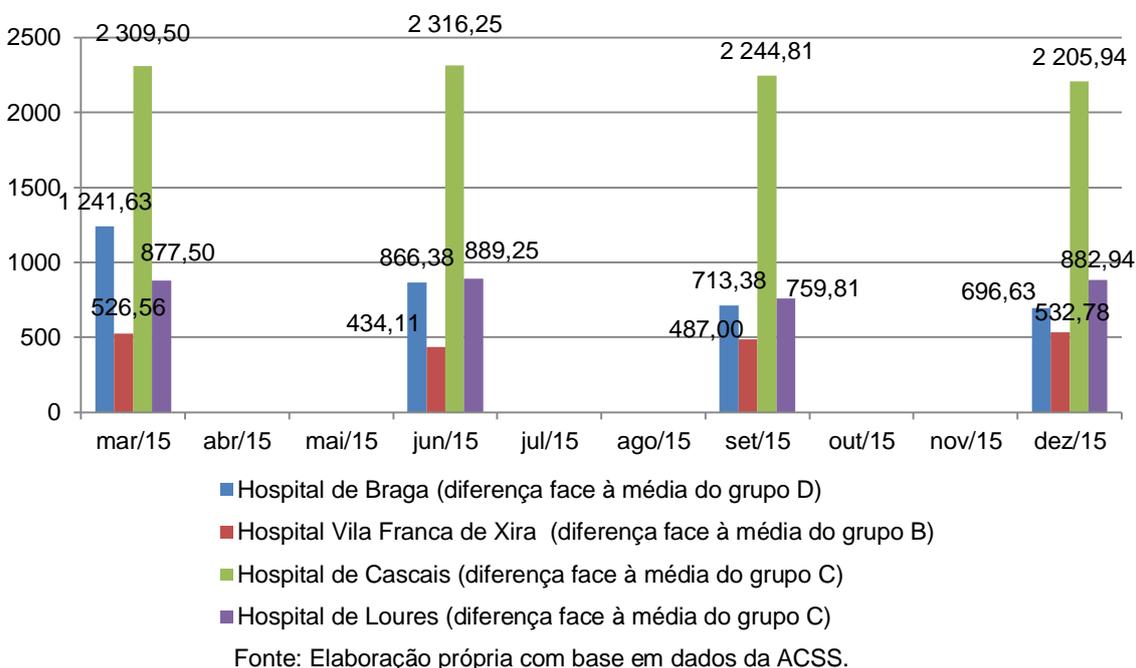


Figura 6 – Sépsis pós-operatória por 100.000 episódios: Diferenças face às médias dos grupos dos hospitais



Como se ilustra na figura 5, apenas os resultados do Hospital de Vila Franca de Xira indiciam boa qualidade em termos relativos, ao nível do tipo de parto. A figura 6, por sua vez, é indicativa de resultados negativos, ao nível da infeção pós-operatória, para

⁴³ O número de hospitais do grupo B nesta figura é de apenas seis, em vez de nove, como ocorre nas demais figuras no estudo que utilizam dados da página de *Benchmarking* da ACSS.

os quatro hospitais PPP, em especial o Hospital de Cascais e o Hospital de Loures, que têm os piores resultados no conjunto de 16 hospitais do grupo C com dados disponíveis.

4.1. Avaliação dos prestadores no SINAS

O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, desenvolvido pela ERS, que inclui um módulo dedicado à avaliação dos prestadores de cuidados de saúde com internamento, denominado SINAS@Hospitais⁴⁴. Neste estudo, recorreu-se às avaliações produzidas neste módulo para se aferir da qualidade dos hospitais públicos em regime de PPP, por comparação ao grupo de hospitais públicos com modelo de gestão distinto de PPP, ora em diante denominados “públicos”.

O SINAS@Hospitais disponibiliza informação sobre a avaliação de cinco dimensões da qualidade em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde com internamento⁴⁵, voluntariamente inscritos no SINAS, concretamente “Excelência Clínica”, “Segurança do Doente”, “Adequação e Conforto das Instalações”, “Focalização no Utente” e “Satisfação do Utente”.

As análises que de seguida se apresentam têm por base os resultados do SINAS@Hospitais publicados em fevereiro de 2016. São analisadas as cinco dimensões da qualidade, em dois níveis, o primeiro relativo à atribuição de estrela, o segundo referente ao nível de qualidade (*rating*) atribuído ao hospital, em cada uma das áreas avaliadas. Para a dimensão “Satisfação do Utente”, porém, ainda se encontra em desenvolvimento o cálculo do *rating*, pelo que apenas se apresenta o primeiro nível.

A dimensão de “Excelência Clínica” visa avaliar a qualidade dos cuidados a diversos níveis, como o diagnóstico e/ou os procedimentos realizados. A avaliação dos estabelecimentos na dimensão “Excelência Clínica” é constituída por avaliações parcelares em cada uma das áreas clínicas abrangidas.

⁴⁴ Todas as informações relativas ao SINAS, bem como à classificação dos prestadores já avaliados, a título voluntário, podem ser consultadas em <https://www.ers.pt>.

⁴⁵ Na avaliação do SINAS são considerados os estabelecimentos individualmente, e não CH/ULS.

Importa notar que nesta área o SINAS afere a existência e cumprimento de procedimentos e requisitos conducentes à melhoria crescente da qualidade dos serviços prestados, não avaliando a prática clínica na sua vertente técnica ou deontológica. Também não pretende a avaliação de serviços ou departamentos dentro dos hospitais, dado que as patologias e os procedimentos analisados podem ser comuns a diferentes áreas.

A avaliação da “Segurança do Doente” no âmbito do SINAS é feita em duas óticas complementares: avaliação de procedimentos de segurança, por indicadores de estrutura, com base numa *check-list* de verificação da cultura e procedimentos relacionados com a segurança dos doentes na prestação de cuidados de saúde (ótica *ex-ante*); e avaliação de eventos adversos, por indicadores de resultados, que traduzem a incidência deste tipo de ocorrências na prestação de cuidados de saúde (ótica *ex-post*).

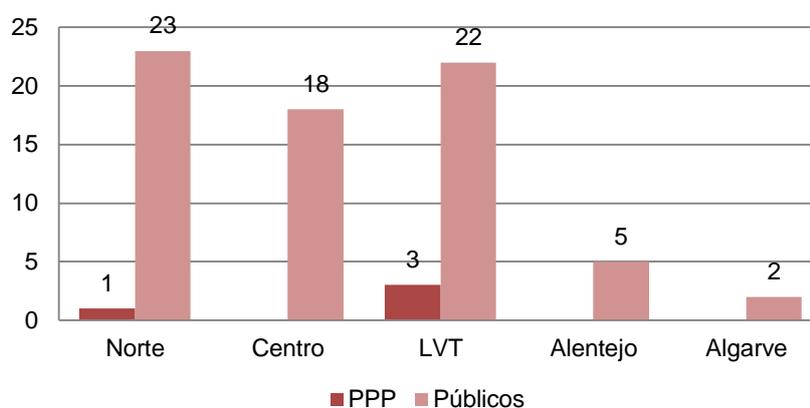
Com a dimensão “Adequação e Conforto das Instalações” é avaliado o grau de adequação à prestação de serviços de saúde dos espaços e equipamentos (não médicos) dos estabelecimentos hospitalares, e da sua gestão e manutenção, na qual se encontra contemplada a área da chamada “hotelaria hospitalar”, entendida como a reunião de serviços de apoio ao desempenho das funções principais de um hospital. O modelo de recolha de dados adotado assenta numa *check-list*, cujo preenchimento é da responsabilidade dos prestadores avaliados.

Na dimensão “Focalização no Utente” pretende-se avaliar o grau de orientação dos serviços de saúde para as necessidades e expectativas dos utentes e seus acompanhantes, assente em informação recolhida por meio de uma *check-list* de verificação de condições, processos e práticas que concretizam uma cultura de focalização dos serviços nessas necessidades e expectativas.

Por último, para permitir a averiguação da existência de uma cultura de avaliação da satisfação dos utentes nas instituições foi preparado um conjunto de questões a submeter aos prestadores, no sentido de auscultar a atitude das instituições no que respeita ao *feedback* dos seus utentes, cujo resultado implica, ou não, a atribuição de estrela. Encontra-se em desenvolvimento uma segunda ótica de avaliação da satisfação dos utentes, mediante a produção de um indicador de satisfação do utente que permita a atribuição de um *rating* de avaliação, que assentará num estudo de inquérito sobre a satisfação dos utentes dos prestadores em avaliação.

Inicialmente procedeu-se à caracterização da subamostra do SINAS considerada nesta análise, focando apenas unidades hospitalares do SNS participantes (em regime de gestão PPP e não PPP). Dos 74 estabelecimentos participantes avaliados na dimensão “Excelência Clínica”, a maioria encontra-se nas regiões de jurisdição da ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo. Os quatro hospitais em regime de PPP participaram na avaliação, representando 5,4% do total (*vide* figura 7).

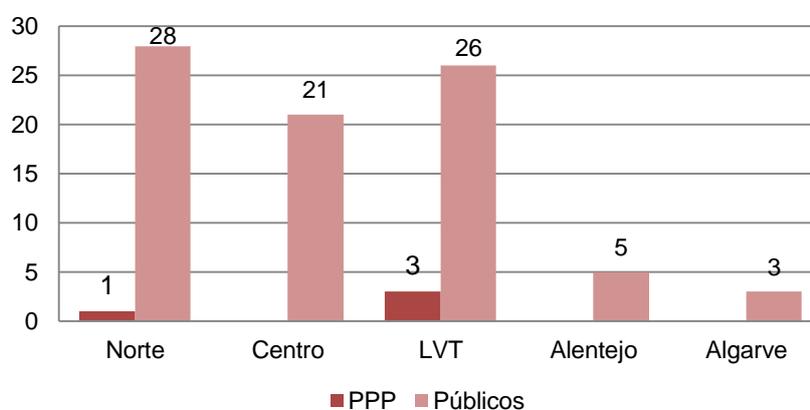
Figura 7 – Distribuição geográfica dos participantes na avaliação da dimensão Excelência Clínica



Fonte: Elaboração própria.

Nas restantes dimensões, a participação dos prestadores foi semelhante e encontra-se representada na figura 8.

Figura 8 – Distribuição geográfica dos participantes na avaliação das dimensões Segurança do Doente, Adequação e Conforto das Instalações, Focalização no Utente e Satisfação do Utente



Fonte: Elaboração própria.

Das 87 unidades hospitalares avaliadas, maioritariamente localizadas nas ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo, constam os quatro hospitais em regime de PPP, com uma representatividade de 4,6% (*vide* figura 8).

Importa referir que, dos estabelecimentos públicos avaliados no módulo SINAS@Hospitais, excluindo as PPP, 60% são acreditados ou encontram-se a desenvolver processos de acreditação⁴⁶. Os quatro hospitais em regime PPP estão já acreditados, obrigação que decorre do seu contrato de gestão. Os hospitais PPP da ARS Lisboa e Vale do Tejo cumprem os critérios do referencial da *Joint Commission International* (JCI) e o Hospital de Braga o referencial da *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS).

O modelo de avaliação do SINAS, em cada dimensão da qualidade, processa-se em dois níveis: no primeiro nível afere-se do cumprimento de critérios que a ERS considera essenciais para a prestação de cuidados de saúde com qualidade, sendo a validação desse cumprimento demonstrada pela atribuição de uma estrela, e permitindo aos prestadores o acesso ao segundo nível de avaliação. Este segundo nível, nas dimensões em que tal é aplicável, comporta o cálculo de um *rating* individual para os prestadores que demonstraram cumprir os parâmetros de qualidade exigidos no primeiro nível.⁴⁷

No primeiro nível de avaliação, os hospitais avaliados inserem-se numa de três categorias: “com estrela” (e portanto apto a aceder ao segundo nível de avaliação); “sem estrela” (não foi possível aferir dos parâmetros de qualidade exigidos, pelo que lhe está vedado o acesso ao segundo nível de avaliação); e “declinou a avaliação” (não forneceu os elementos necessários para avaliação). Os hospitais em regime de PPP não declinaram avaliação em nenhuma das dimensões e, dos hospitais públicos com modelo de gestão distinto de PPP, sete declinaram ser avaliados na dimensão “Excelência Clínica” e dois em cada uma das outras dimensões.

Na tabela 19 apresenta-se os resultados do primeiro nível de avaliação das cinco dimensões, de onde se retira que os quatro hospitais em regime de PPP obtiveram estrela em todas as dimensões. A dimensão “Satisfação do Utente” apresentou a maior percentagem de hospitais com estrela, próxima entre hospitais PPP (100%) e

⁴⁶ O processo de acreditação pode referir-se ao hospital ou a um serviço específico.

⁴⁷ Os dados que servem de base à avaliação são submetidos pelos prestadores, sendo portanto da sua exclusiva responsabilidade. No entanto, a ERS realiza auditorias sistemáticas a estabelecimentos selecionados aleatoriamente, com o intuito de verificar, *in loco*, a consistência da informação submetida.

outros hospitais públicos (93%). Na dimensão “Focalização no Utente” observa-se a maior diferença entre os dois grupos, em que apenas 75% dos hospitais públicos com modelo de gestão distinto de PPP obtiveram estrela, em contraste com a obtenção de estrela por todos os PPP.

Tabela 19 – Análise dos resultados do primeiro nível de avaliação (estrela)

Dimensões	Natureza	Obtiveram estrela (%)	N.º de hospitais avaliados	Teste de Fisher (p-value)
Excelência Clínica	PPP	100%	4	1,000
	Públicos	86%	70	
Segurança do Doente	PPP	100%	4	1,000
	Públicos	86%	83	
Adequação e Conforto das Instalações	PPP	100%	4	1,000
	Públicos	89%	83	
Focalização no Utente	PPP	100%	4	0,568
	Públicos	75%	83	
Satisfação do Utente	PPP	100%	4	1,000
	Públicos	93%	83	

Mediante a aplicação do teste exato de Fisher procurou-se identificar se existem diferenças estatisticamente significativas na obtenção de estrela entre o grupo de hospitais PPP e o grupo de hospitais não PPP, em que a hipótese nula a testar corresponde à igualdade entre grupos.⁴⁸ Dos resultados de implementação do teste para cada uma das dimensões da qualidade resulta que não se exclui a hipótese de os grupos terem distribuições estatisticamente idênticas, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos no que se refere à obtenção de estrela.

No segundo nível de avaliação do SINAS apenas são avaliados os prestadores que obtiveram estrela, referente ao nível de qualidade (*rating*) atribuído ao hospital (nível de qualidade III, II, ou I).

A avaliação da dimensão “Excelência Clínica” dos hospitais é constituída por avaliações parcelares em cada uma das áreas clínicas abrangidas e reflete o resultado do cálculo de indicadores de avaliação selecionados no âmbito de procedimentos e diagnósticos específicos em “doentes-padrão”. Com esta dimensão não se pretende a avaliação dos profissionais de saúde do ponto de vista técnico ou deontológico, nem tampouco se pretende a avaliação de serviços ou departamentos dentro dos hospitais, dado que as patologias e os procedimentos analisados podem ser comuns a

⁴⁸ O teste exato de Fisher, também aplicado no capítulo 2, visa verificar a relação entre duas variáveis categóricas de um conjunto de indivíduos. Vide, por exemplo, Agresti (1992).

diferentes áreas, mas apenas aferir do cumprimento institucional de *guidelines* e de boas práticas.

A distribuição do grupo de hospitais em regime PPP e não PPP por cada nível de qualidade é descrita na tabela 20.

Tabela 20 – Análise dos resultados do segundo nível de avaliação (*rating*) da “Excelência Clínica”

Áreas	Natureza	Nível de qualidade			Média	N.º de hospitais avaliados
		III	II	I		
Cardiologia - Enfarte Agudo do Miocárdio	PPP	1	2	-	2,33	3
	Públicos	3	18	4	1,96	30
Cirurgia Cardíaca – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio	PPP	-	-	-	-	0
	Públicos	-	3	-	2,00	3
Cirurgia Cardíaca – Cirurgia Valvular e outra Cirurgia Cardíaca não coronária	PPP	-	-	-	-	0
	Públicos	-	3	-	2,00	3
Cirurgia de Ambulatório – Cirurgia de Ambulatório	PPP	-	3	-	2,00	3
	Públicos	16	8	5	2,38	34
Cirurgia Geral – Cirurgia do Cólon	PPP	2	1	1	2,25	4
	Públicos	3	18	1	2,09	22
Cirurgia Vasculár – Cirurgia de Revascularização Arterial	PPP	-	1	-	2,00	1
	Públicos	-	5	-	2,00	7
Cuidados Intensivos – Unidades de Cuidados Intensivos	PPP	2	1	-	2,67	3
	Públicos	5	16	-	2,24	22
Ginecologia – Histerectomias	PPP	2	1	-	2,67	3
	Públicos	12	10	2	2,42	28
Neurologia – Acidente Vascular Cerebral	PPP	1	2	-	2,33	3
	Públicos	5	15	5	2,00	29
Obstetrícia – Partos e Cuidados Pré-Natais	PPP	3	-	-	3,00	3
	Públicos	13	10	-	2,57	25
Ortopedia – Artroplastias totais da Anca e Joelho	PPP	2	2	-	2,50	4
	Públicos	3	27	-	2,10	39
Ortopedia – Tratamento Cirúrgico das Fraturas Proximais do Fémur	PPP	1	2	-	2,33	4
	Públicos	8	18	1	2,26	37
Pediatria – Cuidados Neonatais	PPP	-	4	-	2,00	4
	Públicos	-	22	1	1,96	24
Pediatria – Pneumonia	PPP	-	4	-	2,00	4
	Públicos	-	19	-	2,00	26
Cuidados Transversais – Avaliação da Dor Aguda	PPP	-	-	-	-	0
	Públicos	-	7	-	2,00	8
Cuidados Transversais – Tromboembolismo Venoso no Internamento	PPP	-	1	-	2,00	1
	Públicos	2	6	1	2,11	11

Da tabela nota-se que o procedimento referente à “Cirurgia de Revascularização Arterial” e o diagnóstico de “Pneumonia” têm média ponderada idêntica para os dois grupos, enquanto nos restantes procedimentos o nível médio de qualidade das PPP é superior ao obtido pelo grupo de outros hospitais públicos, com exceção dos procedimentos de “Cirurgia de Ambulatório” e “Tromboembolismo Venoso no Internamento”. Porém, esta constatação não deve deixar de acautelar que o maior número de hospitais no grupo não PPP potencia a existência de maior heterogeneidade entre prestadores, consubstanciada em maiores desvios face à média.

De notar que os hospitais PPP – com a exceção de um dos hospitais com número de observações insuficiente para realização de inferência estatística no procedimento “Tratamento Cirúrgico das Fraturas Proximais do Fémur” – procederam ao envio de informação com o intuito de serem avaliados em todas as áreas em que tal avaliação era aplicável. Por seu turno, dos hospitais públicos avaliados, contactou-se que em 53 dos casos em que seria aplicável a avaliação, não forneceram os dados necessários ou apresentaram um número de observações insuficiente para realização de inferência estatística.

Dado o carácter voluntário da participação, bem como a heterogeneidade de cada instituição, os prestadores apenas são classificados nas áreas às quais se propõem entregar dados. Logo, o facto de um determinado prestador ser avaliado em mais áreas poderá refletir uma maior diferenciação na tipologia de cuidados prestados, bem como uma maior sensibilidade e valorização voltadas para a importância da existência de uma cultura de qualidade.

A distribuição dos hospitais pelos três níveis de qualidade nas restantes dimensões resume-se na tabela 21. Deve referir-se que neste segundo momento de avaliação, que inclui apenas os hospitais que obtiveram estrela, três dos hospitais PPP posicionaram-se no nível mais elevado de qualidade, nas três dimensões consideradas. Quando comparadas as diferentes dimensões, os hospitais públicos não PPP apresentaram melhor desempenho relativo na dimensão “Focalização no Utente”, e nível médio de qualidade mais baixo na dimensão “Adequação e Conforto das Instalações”.

Tabela 21 – Análise dos resultados do segundo nível de avaliação (*rating*)

Dimensões	Natureza	Nível de qualidade			Média	Wilcoxon-Mann-Whitney
		III	II	I		
Segurança do Doente	PPP	3	1	-	2,75	1,189
	Públicos	32	34	5	2,38	
Adequação e Conforto das Instalações	PPP	3	1	-	2,75	1,227
	Públicos	33	33	8	2,34	
Focalização no Utente	PPP	3	1	-	2,75	0,975
	Públicos	32	23	7	2,40	

No sentido de se aferir de eventuais diferenças significativas nos valores médios de cada uma das dimensões para os dois grupos identificados (PPP e não PPP) recorreu-se ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. O resultado obtido da aplicação do teste sugere que não há relação estatisticamente significativa, o que leva à não rejeição da hipótese nula, indicando que os dois grupos não são estatisticamente diferentes no que se refere à distribuição no *rating*.

Em suma, da análise dos indicadores de qualidade aqui considerados, resulta uma maior adesão ao SINAS@Hospitais por parte dos hospitais PPP, na medida em que se propuseram para avaliação em todas as dimensões e áreas do projeto, o que poderá ser reflexo da cultura de avaliação instituída nas PPP, com resultados, em média, favoráveis, quando comparados com os hospitais públicos com regime de gestão distinto. O facto de o contrato de gestão impor critérios para a monitorização do desempenho das entidades gestoras das PPP, com penalizações financeiras associadas ao seu incumprimento, poderá contribuir para que seja atribuída, pela entidade gestora, particular importância aos aspetos relacionados com a qualidade do serviço prestado, nas suas diferentes vertentes.

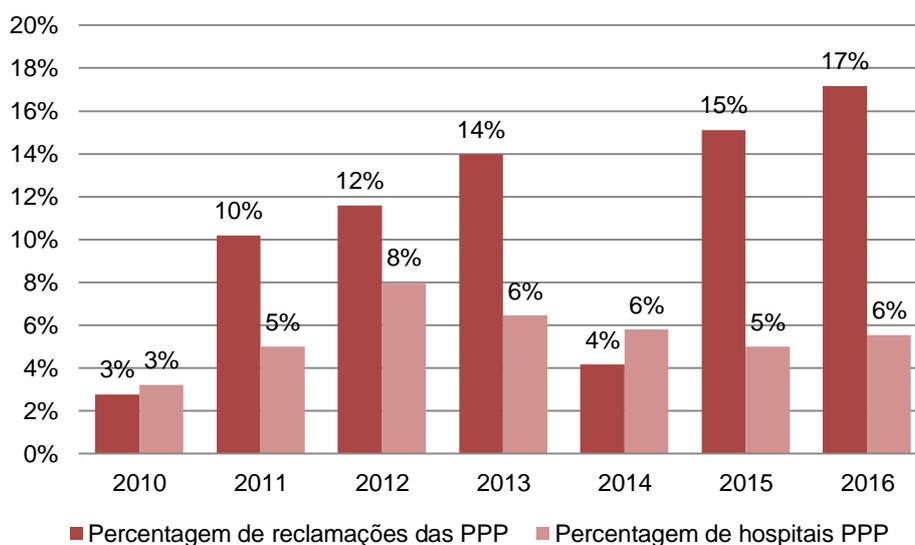
4.2. Reclamações dos utentes em hospitais públicos

No âmbito da sua atuação regulatória, a ERS tomou conhecimento de reclamações que versavam sobre alegados problemas sentidos pelos utentes na utilização dos cuidados de saúde prestados nos hospitais gerais públicos com internamento, incluindo em regime de PPP.

A este propósito, apresenta-se, na figura 9, as estatísticas das reclamações direcionadas a hospitais PPP, rececionadas desde 2010 até ao dia 5 de abril de 2016,

desagregadas por ano, concretamente as percentagens destas reclamações no total de reclamações que visaram os hospitais gerais públicos com internamento, sendo também identificada na figura, em cada ano, a representatividade dos hospitais PPP face ao total de hospitais públicos visados nas reclamações.

Figura 9 – Evolução da percentagem de reclamações das PPP do total de reclamações visando hospitais públicos e da representatividade dos hospitais PPP face ao total de hospitais públicos visados nas reclamações



Fonte: Elaboração própria.

As reclamações do ano 2010 visaram apenas o Hospital de Cascais, tendo tanto este hospital como o Hospital de Braga sido visados em 2011.⁴⁹ No ano de 2012, o número de reclamações passou a referir-se aos quatro hospitais PPP atualmente existentes. Assim, entre o ano de 2010 e 2012 houve um aumento da percentagem de reclamações dirigidas a hospitais PPP, o qual não deixa de ser influenciado pelo aumento sucessivo do número de hospitais PPP, que representavam 3% do total de hospitais públicos visados e passaram a representar 8%, como se nota na figura.

A análise da percentagem de reclamações que visaram prestadores públicos deve ser compaginada com o facto de, em 2014, ao abrigo dos seus estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS ter passado a deter competência para centralizar todas as reclamações sobre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza (nos termos do artigo 13.º

⁴⁹ Apesar de a Entidade Gestora do Estabelecimento responsável pela prestação dos cuidados de saúde do Hospital de Vila Franca de Xira ter assegurado a gestão no dia 1 de junho de 2011, nesse ano a ERS não rececionou qualquer reclamação direcionada a esse hospital.

dos referidos estatutos). Assim, a quebra na percentagem de reclamações de hospitais PPP, face ao total de reclamações dos hospitais públicos com internamento, deve-se ao aumento em cerca de 415% do total de reclamações rececionadas pela ERS, e não a uma diminuição do número de reclamações que visaram os hospitais PPP, que aumentou 53%. Por sua vez, após 2014, a tendência crescente na percentagem de reclamações dos hospitais PPP manteve-se, tendo atingido 17% do total de reclamações no início de abril de 2016, apesar de a representatividade dos hospitais PPP face ao total de hospitais públicos visados nas reclamações no período ter-se mantido relativamente reduzida e constante, entre 5% e 6% (*vide* figura 9).

Esta disparidade entre a percentagem de reclamações a incidirem nos hospitais PPP e a representatividade do número de hospitais PPP no total de hospitais públicos visados é verificada, na verdade, em quase todos os anos desde 2010, com exceção de 2010 e 2014, o que indicia um expressivo maior volume de reclamações dos utentes a ser registado em hospitais PPP.

Numa análise a considerar os hospitais individuais e apenas o ano de 2015 – o ano completo mais recente –, constata-se que os dez hospitais com maior número de reclamações representaram 49% do total de reclamações direcionadas a hospitais públicos. Os hospitais PPP foram visados em 15% do total de reclamações, e apenas o Hospital de Cascais não se encontra na lista dos dez mais visados (tabela 22), ocupando, porém, a 12.^a posição, com 738 reclamações.

Tabela 22 – Hospitais mais visados em reclamações

Hospitais	N.º de reclamações em 2015	% de reclamações
Hospital Garcia de Orta	1.496	6,63%
Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca	1.458	6,46%
Hospital Santa Maria	1.406	6,23%
Hospital de São João	1.379	6,11%
Hospital Beatriz Ângelo (PPP)	994	4,41%
Hospital Nossa Senhora do Rosário	947	4,20%
Hospital de Braga (PPP)	847	3,75%
Hospital de São José	842	3,73%
Hospital Vila Franca de Xira (PPP)	830	3,68%
Hospital Eduardo Santos Silva	797	3,53%
Total dos hospitais públicos	22.562	100,00%

Em seguida são apresentados os temas mais visados nas reclamações rececionadas entre 2014 e abril de 2016 direcionadas a hospitais PPP (ver figura 10).

Figura 10 – Temas das reclamações dos hospitais PPP



Fonte: Elaboração própria.

As reclamações foram agregadas em oito grupos de temas: **tempos de espera** – tempo de espera para atendimento administrativo e clínico; **focalização no utente** – onde se inserem as reclamações que versam sobre delicadeza/urbanidade do pessoal clínico, administrativo, auxiliar ou de apoio, o direito de acesso ao processo clínico/informação de saúde, o direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade/confidencialidade e respeito, o direito ao acompanhamento, e o direito ao consentimento informado e esclarecido; **cuidados de saúde e segurança do doente** – tais como a adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos, integração e continuidade dos cuidados, qualidade técnica dos cuidados de saúde/procedimentos, e a qualidade da informação de saúde disponibilizada; **procedimentos administrativos** – tais como furto, extravio ou não devolução de objeto pessoal, absentismo e escassez de recursos humanos clínicos, atendimento telefónico, confirmação prévia de agendamentos, qualidade da informação institucional disponibilizada, e cumprimento de prazos para disponibilização de relatórios/resultados de MCDT; **acesso a cuidados de saúde** – que inclui desde as situações de tratamentos discriminatório até à resposta em tempo útil; **instalações e serviços complementares** – acessibilidade, adequação, conforto, limpeza, sistemas de segurança; **questões financeiras** – faturação, orçamentos e taxas moderadoras; e **outros temas**.

Os dois temas que se destacam como os mais visados, tanto nas reclamações dos hospitais PPP como nas dos hospitais não PPP no período considerado, de 2014 a

abril de 2016, relacionaram-se com o tempo de espera e com a focalização no utente, sendo certo que, enquanto no caso das PPP representaram cerca de 48% de todas as reclamações contra os seus hospitais, a percentagem referente aos hospitais não PPP foi inferior, de aproximadamente 43%.

Por seu turno, o rácio de elogios rececionados pela ERS face às reclamações foi de 29% no caso dos hospitais PPP e de 12% no caso dos hospitais não PPP.⁵⁰

Da análise de algumas das reclamações direcionadas a hospitais PPP surgiu a necessidade de aprofundar as averiguações, com recurso à abertura de processos de inquérito. Entre 2009 e 2015, os hospitais PPP foram visados em 15 processos de inquérito sobre acesso e qualidade dos cuidados prestados. Como resultado desses processos, sete culminaram na emissão de instrução, um na emissão de recomendação e os restantes foram arquivados por não verificação de violação, por correção do comportamento ou por encaminhamento do assunto para a entidade competente na matéria.

Como resultado do processo de inquérito de 2012, com número de identificação ERS/062/12, aberto na sequência da morte de uma utente no Hospital de Braga, que terá sofrido uma exposição excessiva a radiações ultravioleta num tratamento em câmara de radiação, foi emitida uma instrução ao Hospital de Braga – Escala Braga Sociedade Gestora do Estabelecimento, SA, essencialmente no sentido de promover uma série de alterações respeitantes ao tratamento de fototerapia.⁵¹ Salienta-se que a fiscalização levada a efeito pela equipa de peritos da ERS, no âmbito do processo de inquérito, permitiu identificar um conjunto de não conformidades suscetíveis de por em causa a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Ainda no ano de 2012, no âmbito do processo de inquérito ERS/068/12, a ERS analisou os procedimentos alegadamente adotados e relativos à cobrança de despesas hospitalares a utentes do SNS, atendidos nos serviços de urgência de hospitais do SNS, quando exista uma entidade legal ou contratualmente responsável pela prestação de cuidados de saúde. Neste processo foi visado, entre outros, o Hospital de Cascais.⁵² Da análise dos factos resultou que, apesar de o Hospital de

⁵⁰ As reclamações consideradas no presente estudo não integram nem elogios, nem sugestões.

⁵¹ A deliberação final do processo e respetiva instrução podem ser consultadas em <https://www.ers.pt>.

⁵² A deliberação final do processo e respetiva instrução podem ser consultadas em <https://www.ers.pt>.

Cascais possuir implementados procedimentos destinados à identificação dos utentes e terceiros pagadores, importava assegurar a emissão de instrução dirigida a esse prestador para que apenas seja remetido aos utentes o documento intitulado de “Pedido de esclarecimento sobre responsabilidades por despesas hospitalares”, ou outro de teor similar, devendo o prestador abster-se de remeter aos utentes, juntamente com um tal documento, quaisquer faturas que possam induzi-los em erro quanto à obrigação de os mesmos suportarem os encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde, se não identificarem os terceiros responsáveis.

A recomendação emitida ao Hospital de Braga no âmbito do processo de inquérito de 2013, com número de identificação ERS/026/13⁵³, respeitou à alegação de que não foi prestada informação por iniciativa do Hospital de Braga relativa à suspensão de tratamento a um utente, e ao momento em que o mesmo iria ser retomado. Em suma, apesar de o prestador ter, no caso concreto, agido no sentido de repor o fornecimento do medicamento, permitindo a continuidade do tratamento do utente, não tendo daí resultado uma concretização da violação do direito de acesso do utente em questão, justificou-se a emissão de uma recomendação de forma a garantir que situações idênticas não se repitam.

Em 2014, no âmbito do processo de inquérito ERS/025/14, foi emitida uma instrução ao Hospital de Cascais com vista à correção de problemas identificados na referenciação de utentes para outros hospitais na área materno-infantil e para o diagnóstico pré natal, na medida em que se constatou que a decisão de referenciação de uma utente do hospital não havia respeitado as regras de referenciação implementadas.⁵⁴

O processo de inquérito ERS/018/15, de 2015, que visou o Hospital de Braga, referiu-se ao alegado não reconhecimento da qualidade de utente isento de taxas moderadoras. Das averiguações no âmbito desse processo resultou que, apesar de o prestador ter diligenciado no sentido de definir e implementar novos procedimentos para colmatar a falha verificada, afigurou-se oportuna a emissão de instrução⁵⁵, com o objetivo de promover a adequação permanente do comportamento do prestador, bem como a sua interiorização e assunção das obrigações legais que sobre si recaem.

⁵³ A deliberação final do processo e respetiva recomendação podem ser consultadas em <https://www.ers.pt>.

⁵⁴ A deliberação final do processo e respetiva instrução podem ser consultadas em <https://www.ers.pt>.

⁵⁵ A deliberação final do processo e respetiva instrução podem ser consultadas em <https://www.ers.pt>.

Foi ainda reportado um caso concreto, analisado no âmbito de outro processo de inquérito de 2015, com o número ERS/006/15⁵⁶, que poderá denotar alguns problemas de integração entre hospitais PPP e outros hospitais públicos, no âmbito da Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Nefrologia. A questão analisada referia-se a diferenças de entendimento entre o Hospital Beatriz Ângelo e o Hospital de Santa Maria, unidade integrada no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, quanto à responsabilidade pelo atendimento de um utente hemodialisado, que deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo, tendo aí sido identificada a necessidade de intervenção cirúrgica. Da análise dos factos não se considerou necessária uma intervenção regulatória quanto aos procedimentos de referência adotados pelo Hospital Beatriz Ângelo, porquanto os mesmos se revelaram consentâneos com o cumprimento das RRH instituídas. Por outro lado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, o hospital de referência para utentes hemodialisados do conselho de Torres Vedras, de acordo com a RRH de Nefrologia, no sentido de garantir o cumprimento das RRH instituídas, das regras aplicáveis em matéria de transferência inter-hospitalar de utentes e de gestão de altas, obviando à repetição de situações futuras de índole idêntica à ocorrida.

Por último, a emissão de instrução no âmbito do processo de inquérito ERS/037/2015, visando o Hospital de Vila Franca de Xira⁵⁷, referiu-se ao tempo de espera para atendimento clínico nos serviços de urgência dos hospitais do SNS, alegadamente superior ao preconizado nos sistemas de triagem adotados pelos hospitais, o que impacta com o cumprimento de normas e procedimentos no que respeita à implementação do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, do Protocolo de Triagem de Manchester e da Norma 002/2015, de 6 de março de 2015, da Direção-Geral da Saúde. Situações semelhantes foram identificadas em seis outros hospitais do SNS, nos processos de inquérito ERS/027/2014 e ERS/007/2015, culminando com idênticas instruções. No entanto, tendo em conta que a existência de procedimentos não é garantia suficiente da sua correta execução, foi considerado fundamental que a conduta dos prestadores alvo de instrução fosse acompanhada, no âmbito de um processo de monitorização, no sentido de saber se os procedimentos definidos estão a ser cumpridos e se os mesmos são adequados a evitar que as situações em causa se repitam.

⁵⁶ A deliberação final do processo e respetiva instrução podem ser consultadas em <https://www.ers.pt>.

⁵⁷ A deliberação final do processo e respetiva instrução podem ser consultadas em <https://www.ers.pt>.

Não obstante os processos de inquérito ERS/027/2014, ERS/007/2015 e ERS/037/2015 relatarem situações e prestadores concretos, o âmbito daquele processo de monitorização não abrange apenas os prestadores alvo de instrução e tem em conta que as normas sobre a organização e funcionamento dos serviços de urgência devem ser seguidas por todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que integram a rede de serviços de urgência.

Das reclamações incluídas no processo de monitorização referido, até 31 de março de 2016, o Hospital de Vila Franca de Xira foi o mais visado, representando 34% do total de reclamações. Dos restantes hospitais PPP, apenas o Hospital Beatriz Ângelo teve uma reclamação integrada nesse processo de monitorização.

Se considerados os dez hospitais que apresentaram maior volume de reclamações que versaram sobre tempos de espera nos serviços de urgência, no ano de 2015, que no total compreendem a 53% do total das reclamações submetidas à ERS sobre este subtema, contata-se que três dos quatros hospitais em regime PPP se encontram nesta lista, conforme se identifica na tabela 23.

Tabela 23 – Hospitais mais visados em reclamações sobre tempos de espera nos serviços de urgência

Hospitais	N.º de reclamações em 2015	% de reclamações
Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca	652	11,80%
Hospital de São João, EPE	369	6,68%
Hospital de Nossa Senhora do Rosário	333	6,02%
Hospital Garcia de Orta, E.P.E.	254	4,60%
Hospital Beatriz Ângelo (PPP)	244	4,41%
Hospital Vila Franca de Xira (PPP)	244	4,41%
Hospital de São José	228	4,13%
Hospital Santa Maria	208	3,76%
Hospital de Braga (PPP)	204	3,69%
Hospital Eduardo Santos Silva	188	3,40%
Total dos hospitais públicos	5.527	100,00%

O Hospital Beatriz Ângelo e o Hospital Vila Franca de Xira figuram na quinta e sexta posição, respetivamente, e o Hospital de Braga na nona posição (*vide* tabela 23). Se considerado o subtotal de reclamações dos hospitais PPP (incluindo o Hospital de Cascais, apesar de não se encontrar na lista dos dez mais visados), corresponde a 14% das reclamações sobre tempos de espera nos serviços de urgência.

Importa também referir que atualmente corre termos um processo de monitorização na ERS, no qual foram incorporadas todas as suas prévias intervenções regulatórias em matéria de constrangimentos no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar por inobservância dos TMRG aplicáveis, assim dando continuidade à avaliação do grau de cumprimento das medidas anteriormente objeto de instrução.

Do grupo de hospitais PPP, apenas o Hospital de Braga e o Hospital Beatriz Ângelo foram visados em reclamações integradas no referido processo de monitorização, até 31 de março de 2016, totalizando cerca de 8,6% e 2,2% do total de reclamações, respetivamente.

Em suma, as questões identificadas não se referem a problemas exclusivos dos hospitais em regime de PPP, nem são comuns a todos os hospitais PPP, pelo que não é possível concluir pela ocorrência de constrangimentos especialmente associados ao modelo de gestão PPP. Porém, resulta que a percentagem de reclamações que visaram os hospitais PPP é superior à representatividade que esses hospitais têm no total de hospitais gerais públicos visados. Além disso, há uma tendência de aumento do número de reclamações em anos recentes, sendo os principais temas os tempos de espera e a focalização no utente.

5. Custos de regulação

O presente capítulo compreende o elenco de custos de regulação que os contratos de PPP hospitalares têm acarretado para o parceiro público e encontra-se subdividido em duas secções: a primeira dedicada à perspetiva das entidades públicas contratantes, ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo; a segunda relativa aos diferendos mediados pela ERS entre as entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares e a respetiva entidade pública contratante.

5.1. Ótica das entidades públicas contratantes

Considerando as atribuições das ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo, na qualidade de entidades públicas contratantes, foi-lhes solicitado⁵⁸ o envio de informação relativa a cada hospital em regime de PPP na sua área de jurisdição, designadamente no que se refere a: principais constrangimentos identificados; diligências encetadas com vista à eliminação desses constrangimentos; principais vantagens, na ótica de entidade pública contratante, do modelo de gestão do estabelecimento em regime de PPP; e resultados da monitorização do desempenho da entidade gestora do estabelecimento.

Constrangimentos identificados

Em resposta à solicitação relativa aos principais constrangimentos identificados na atividade de prestação de cuidados de saúde no Hospital de Braga, a **ARS Norte** mencionou:

- Impossibilidade de adequação do volume de contratualização de atos ao crescimento da procura verificado. Em concreto é mencionado pela ARS Norte que o Hospital de Braga, viu aumentada a sua procura, apesar de os constrangimentos orçamentais não permitirem “[...] um volume de contratualização de atos adequado ao crescimento da procura verificado”, o que se traduz numa limitação da sua capacidade de resposta, patente na variação desfavorável dos principais indicadores de acesso, nomeadamente por comparação com os valores médios dos hospitais da região Norte.

⁵⁸ Por ofício do dia 10 de março de 2016, respondido pela ARS Norte em 28 de março de 2016 e pela ARS Lisboa e Vale do Tejo em 2 de maio de 2016.

- Qualidade dos cuidados prestados, no que se refere ao incumprimento do indicador relativo ao tempo médio de espera para realização de primeira consulta.⁵⁹ ⁶⁰ Por outro lado, do ponto de vista da satisfação dos utentes, não é possível a comparação dos resultados obtidos pelo hospital com os resultados dos restantes hospitais públicos, dada a ausência de inquéritos realizados.⁶¹
- Articulação com a rede de cuidados primários. Nesta matéria, os principais problemas referem-se ao elevado tempo de resposta do hospital aos pedidos dos centros de saúde, para algumas especialidades, a problemas de ligação informática⁶² que impossibilitam o acesso dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) à informação clínica do hospital, e a dificuldades de funcionamento do programa Consulta a Tempo e Horas.⁶³
- Articulação com os outros estabelecimentos hospitalares, por dissonâncias associadas às RRH, em que o Hospital de Braga figura como hospital de segunda linha. Em concreto, foram identificados problemas na articulação entre o Hospital de Braga e o Centro Hospitalar do Médio Ave, porque um dos concelhos da área de referência desse centro hospitalar referencia para o Hospital de Braga, na qualidade de hospital de segunda linha, enquanto os outros referenciam para o Centro Hospitalar de São João.⁶⁴
- Implementação de protocolos de prevenção e promoção da saúde, dinamizados pela ARS Norte, e outros serviços não considerados no contrato de gestão, no que concretamente se refere à distinção dos serviços que devem ser fornecidos e

⁵⁹ A ARS Norte refere que o valor de referência contratual para este tempo de espera é de 30 dias enquanto o hospital estará a praticar 106 dias.

⁶⁰ Para redução do impacto do crescimento da procura nos tempos de resposta do hospital procurou-se “[...] privilegiar a realização de primeiras consultas e a promoção da cirurgia de ambulatório”, na contratualização da produção anual, com crescimento consolidado no respetivo volume de produção.

⁶¹ Com o objetivo de ultrapassar a limitação associada à não execução do inquérito de satisfação dos utentes nos outros hospitais públicos, o Hospital de Braga tem vindo a realizar um inquérito de satisfação que replica a metodologia do último inquérito lançado pelo Ministério da Saúde.

⁶² Os constrangimentos associados a dificuldades informáticas na ligação do sistema de informação do hospital aos Centros de Saúde, segundo a ARS, têm merecido um esforço de resolução conjunto da Entidade Gestora e da ARS, com melhorias no acesso à informação.

⁶³ Por outro lado, foi referido que tem sido feita uma intervenção na identificação e organização das unidades de saúde familiares entretanto criadas, “[...] para que os pedidos feitos através da plataforma CTH ocorram com fluidez e permitam ao hospital dar a melhor resposta possível”. A entidade gestora pretende, ainda, alargar o manual de referência criado para o acesso dos ACES Cávado I e Cávado II, ao ACES Esposende/Barcelos.

⁶⁴ A ARS Norte considera que, nos termos do atual contrato, esta questão não é ultrapassável, na medida em que a inclusão dos restantes concelhos na área de influência do Hospital de Braga “[...] iria acarretar o reequilíbrio financeiro do Contrato de Gestão, com todas as dificuldades associadas a esse facto”. Porém, é entendimento da ARS que, no momento de eventual revisão a ocorrer no final do contrato, esta questão deverá ser tida em consideração.

remunerados no espaço do contrato e aqueles que devem ser considerados no espaço de um protocolo próprio, com remuneração separada. Este constrangimento, para além de criar dificuldades no alargamento desses programas à população servida pelo Hospital de Braga, está dependente de um processo de aprovação que tem alguma dificuldade de concretização.⁶⁵

- Adequação da carteira de serviços a cuidados de saúde mental e outras valências. No caso dos cuidados de saúde mental o contrato implica alguma dificuldade na articulação integrada dos serviços de saúde mental, nomeadamente, com o internamento de doentes em instituições do setor social. Por outro lado, em situações em que o hospital não dispõe contratualmente das valências ou dos meios técnicos necessários ao tratamento dos doentes da sua área de influência, e em que os seus hospitais de referência, no âmbito da RRH estabelecida, não dão a necessária resposta, o Hospital de Braga realiza “referenciações diretas para outras unidades hospitalares, muitas vezes com exigência de emissão de termo de responsabilidade e pagamento do ato”.⁶⁶
- Cumprimento dos requisitos de disponibilidade do Serviço de Urgência e transferência de doentes para outros hospitais, por dificuldades de cobertura integral das 24 horas em algumas especialidades (obrigatoriedade que impende sobre o Hospital de Braga para as especialidades que estão contratualmente definidas), decorrentes sobretudo da ausência no mercado de trabalho de profissionais qualificados.⁶⁷

Por seu turno, a **ARS Lisboa e Vale do Tejo**, na resposta remetida à ERS, na qualidade de entidade pública contratante das PPP relativas ao Hospital de Cascais, Hospital de Vila Franca de Xira e Hospital Beatriz Ângelo, referiu um conjunto de constrangimentos transversais a todos os contratos de gestão dos hospitais em regime PPP. Concretamente foram assinalados constrangimentos associados a:

⁶⁵ Embora a entidade gestora esteja disposta a aderir aos programas de prevenção e promoção da saúde, “há questões jurídicas de enquadramento contratual que estão a ser avaliadas”.

⁶⁶ Os problemas de referenciação “[...] têm sido resolvidos caso a caso, pretendendo-se estabelecer procedimentos claros neste domínio, embora se verifiquem dificuldades, designadamente nas situações em que a aceitação dos doentes pelos hospitais para onde aqueles são referenciados, está dependente da emissão de termo de responsabilidade e consequente remuneração da Entidade Gestora”.

⁶⁷ O hospital tem apresentado uma boa capacidade de resolução deste constrangimento, na medida em que dispõe de uma equipa de médicos residentes com preparação na área da emergência, o que tem culminado num número de transferências, para as unidades hospitalares de referência, bastante baixo. O funcionamento do Serviço de Urgência “[...] tem merecido um acompanhamento próximo da Entidade Pública Contratante, estando a decorrer uma auditoria a cargo da Unidade de Auditoria e Controlo Interno da ARS Norte”.

- Indisponibilidade de informação do grupo de referência que inviabiliza, em alguns casos, a possibilidade de avaliação. Esta lacuna na informação tem mais impacto no Hospital de Cascais, em que 40 dos 58 parâmetros de desempenho de resultado dependem exclusivamente da informação dos hospitais do grupo de referência⁶⁸, bem como na avaliação da satisfação dos utentes⁶⁹. Nos Hospitais de Loures e Vila Franca de Xira o impacto é menor, porque está prevista a alternativa de serem considerados os resultados obtidos pelo próprio hospital no(s) ano(s) anterior(es) para fixação dos valores de referência.
- Formulação dos parâmetros de desempenho de resultado, quer quanto à forma como os mesmos se encontram redigidos nas respetivas fichas técnicas, quer quanto ao objetivo dos mesmos, que suscitam dúvidas interpretativas que dificultam o relacionamento entre as partes⁷⁰. Em concreto, foram referidas

⁶⁸ Com o intuito de obter informação dos hospitais do grupo de referência do Hospital de Cascais, a ARS Lisboa e Vale do Tejo direcionou missivas à ACSS a solicitar a informação em causa, desde o início da vigência do contrato de gestão, iniciativas que não lograram obter resultados, nesse ano nem nos biénios subsequentes, situação que se replicou para o acompanhamento dos contratos de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira e Hospital Beatriz Ângelo. Em alternativa, face à ausência de resposta da ACSS, a ARS passou também a solicitar a informação necessária às respetivas instituições hospitalares aquando da determinação dos grupos de referência de cada hospital PPP. Porém, “[...] nem todas as instituições respondem aos pedidos desta ARS, sobre a disponibilidade de informação [...]”.

⁶⁹ Para avaliação do desempenho em matéria de satisfação dos utentes, a ARS diligenciou junto da ACSS, que era a responsável pela realização dos inquéritos, num primeiro momento, e junto da Direção-Geral da Saúde (DGS), em 2009, no sentido de comunicar as obrigações contratuais nesta matéria, contactos repetidos nos anos subsequentes, designadamente aquando da preparação de abertura do Hospital de Vila Franca de Xira e do Hospital Beatriz Ângelo. Por outro lado, foi destacada a realização de reuniões com a Direção do Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS, “visando sensibilizar esta entidade para a necessidade de serem implementados estudos de satisfação dos Utentes, considerando a sua preponderância na avaliação do desempenho das [entidades gestoras dos estabelecimentos]”. Em 2015 foi realizada uma primeira sondagem, pela DGS, com o objetivo de avaliar a satisfação dos utentes do sistema de saúde português, porém a metodologia inviabiliza o exercício de *benchmarking* necessário à avaliação do desempenho das PPP neste âmbito.

⁷⁰ No sentido de colmatar este constrangimento, a ARS Lisboa e Vale do Tejo refere ter promovido a realização de reuniões com o parceiro privado, “[...] com o objetivo de analisar de forma exaustiva os requisitos funcionais de todos os [parâmetros] e a forma de os operacionalizar nos sistemas de informação/monitorização”. No término de cada ciclo de reuniões a ARS elaborou um documento com a sistematização dos aspetos mais relevantes “[...] remetendo esse documento às [entidades gestoras dos estabelecimentos] como o guia orientador a considerar, [...] documento que também teve por objetivo uniformizar as metodologias a aplicar nas três PPP”. Porém, nem sempre as entidades gestoras dos estabelecimentos acolheram estas indicações da ARS, e “[...] dada a diversidade e complexidade de variáveis a considerar no apuramento dos [parâmetros de desempenho de resultado], são suscitadas continuamente novas questões”, quer pelas entidades gestoras quer por entidades externas responsáveis pelo acompanhamento da monitorização e apuramento dos mesmos.

Em certos parâmetros de desempenho de resultado, dada a dificuldade de ultrapassar os constrangimentos associados à sua formulação, as entidades gestoras dos estabelecimentos do Hospital Vila Franca de Xira e do Hospital Beatriz Ângelo solicitaram a sua revisão, nos termos contratualmente previstos. Por outro lado, “[...] face à caducidade do Contrato de

situações em que os parâmetros de desempenho de resultados não especificam adequadamente os requisitos funcionais a considerar para o seu apuramento e outras em que os parâmetros são detalhados em demasia, não obstante existirem práticas recomendadas por entidades competentes que consideram o estado da arte vigente, para as quais os parâmetros deviam remeter. Por último, alguns parâmetros de desempenho de resultado estabelecem valores de referência que, na ótica da ARS Lisboa e Vale do Tejo, não são adaptados à realidade da procura e são mesmo inatingíveis pela entidade gestora do estabelecimento.

- Avaliação do cumprimento dos requisitos relativos à disponibilidade da urgência, que preveem o cumprimento dos tempos de espera adequados e tendo em consideração a respetiva afluência, mas cuja redação não é suficientemente clara e objetiva. A este respeito, ARS Lisboa e Vale do Tejo entende relevante “[...] o esclarecimento cabal da forma de operacionalização da avaliação neste domínio, sem margem para diferentes interpretações entre as partes”, em concreto no que se refere clarificação do conceito de “tempo de espera adequado” e do critério que pondera o tempo de espera de acordo com a afluência da urgência⁷¹.
- Metodologia para apuramento da produção prevista num contexto de inexistência de acordo entre as partes, que prevê a fixação unilateral da produção, e que alegadamente coloca a entidade pública contratante numa situação de fragilidade negocial, por impossibilitar que esta rejeite os valores da produção propostos pela entidade gestora. No âmbito de simulações feitas pela ARS para o cenário de fixação unilateral da produção, os valores de produção em algumas linhas de produção resultam demasiado elevados e desequilibrados, por não ser considerada a capacidade instalada do hospital PPP e, simultaneamente, ser considerada toda a procura da área de influência desse hospital registada na totalidade dos hospitais do SNS, incluindo o próprio.
- Avaliação do cumprimento da produção prevista na linha de produção “Consulta Externa”, fixada no âmbito do procedimento anual. Foi referido pela ARS Lisboa e Vale do Tejo que, apesar de a fixação da produção anual em consultas externas prever um número de consultas por especialidade, para avaliação do cumprimento

Gestão do Hospital de Cascais, propõe esta ARS a revisão aprofundada dos [parâmetros de desempenho de resultado]”.

⁷¹ O conceito de “tempo de espera adequado” não é clarificado no caso do Hospital de Cascais, enquanto no Hospital de Vila Franca de Xira e no Hospital Beatriz Ângelo os tempos máximos correspondem aos tempos previstos no sistema de triagem de prioridades, com exceção das cores azul e verde ou equivalentes, que devem ser tempos “adequados tendo em consideração a respetiva afluência”.

e remuneração desta produção, o contrato de gestão não vincula as entidades gestoras à distribuição por especialidades, tal como acordado. Como consequência “caso as Entidades Gestoras entendam realizar a produção contratada com uma distribuição diferente da acordada, não existem mecanismos contratuais que salvaguardem a satisfação das necessidades expressas e assim o interesse público”.

- Articulação com os cuidados de saúde primários, em especial no Hospital Beatriz Ângelo⁷², no que se refere à demora na prestação de algumas consultas, de especialidades com muita procura, bem como a dificuldades na referenciação para especialidades que não existem no Hospital Beatriz Ângelo ou em que este não é o hospital de fim de linha, em concreto para a especialidade de cirurgia maxilo-facial. Nos restantes dois hospitais PPP existentes na ARS Lisboa e Vale do Tejo “[...] estão reunidas as condições para concretizarmos uma efectiva articulação/integração de cuidados com o nosso hospital de referência”, no caso concreto do Hospital de Cascais, e existe entre o ACES Estuário do Tejo e o Hospital Vila Franca de Xira, uma “[f]orte aposta no relacionamento [...] ao nível da gestão quer no âmbito organizacional assim como clínica”, com incremento no relacionamento entre diferentes perfis profissionais e “[a]mpla divulgação da necessidade imperiosa de notas de alta devidamente esclarecedoras” dirigidas aos cuidados de saúde primários, com “[...] otimização de prescrição terapêutica e realização de MCDT”, e implementação de projetos conjuntos centrados no utente.

Foram ainda elencados constrangimentos específicos associados ao contrato de gestão do Hospital de Cascais que, segundo a ARS, “[...] merecem a atenção no sentido de se introduzirem as modificações necessárias ao “estado da arte” do modelo assistencial e à equiparação com os restantes Contratos de Gestão dos demais

⁷² Têm sido empreendidos esforços para melhorar a articulação entre o ACES Loures-Odivelas e o Hospital Beatriz Ângelo, designadamente através das Unidades Coordenadoras Funcionais nas áreas de ginecologia/obstetrícia, pediatria e diabetes, cujas equipas integram responsáveis dos serviços hospitalares e membros do Conselho Clínico do ACES. Para além daquelas especialidades, a articulação interinstitucional foi promovida mediante a realização de reuniões com os responsáveis dos departamentos das especialidades de cardiologia, nefrologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, oncologia e medicina interna. Para a especialidade de psiquiatria, foi estabelecido um acordo para que o ACES apoie o Hospital Beatriz Ângelo no tratamento de doentes psicóticos e foram realizadas reuniões entre o serviço de psiquiatria do hospital e os elementos da rede social para resolução de situações mais problemáticas de índole social. Nas restantes especialidades, foram estabelecidos contatos com o Diretor Clínico do Hospital e a Comissão do Hospital para os Cuidados de Saúde Primários. Foram ainda referidos contatos estabelecidos entre o ACES e o Hospital Beatriz Ângelo no âmbito da Comissão de Controlo da Infecção.

hospitais em regime de PPP [...]”. De acordo com a ARS, estes constrangimentos estão relacionados com a necessidade de:

- Alterar os conceitos de “internamento” e de “cirurgia de ambulatório” de modo a fazer coincidir os mesmos conceitos com os atualmente utilizados no SNS, e clarificar o conceito de “produção efetiva”;
- Introduzir a linha de produção de ambulatório médico, porque à data de celebração do contrato de gestão não existiam procedimentos agrupados em GDH médicos de ambulatório;
- Ponderar a integração da valência de infeciologia no perfil do hospital, para a prestação de cuidados de saúde a nível de internamento e ambulatório, em alternativa ao atual protocolo existente para prestação de cuidados de saúde em ambulatório a doentes com VIH/SIDA, elaborado entre a entidade gestora do estabelecimento e a entidade pública contratante;
- Cessar com o protocolo celebrado com o Centro Hospital de Lisboa Ocidental (hospital de referência para a valência de oncologia), ao abrigo do qual o Hospital de Cascais, através da Unidade de Hospital de Dia Médico-Cirúrgico, dá apoio à continuação terapêutica com citostáticos aos doentes da sua área de influência, apesar de não ter a valência de oncologia no seu perfil assistencial. Em alternativa, deverá ponderar-se a integração desta valência no perfil assistencial do Hospital de Cascais ou a exclusão do perfil assistencial da componente de prestação de cuidados de saúde a doentes oncológicos em Hospital de Dia;
- Rever os parâmetros de desempenho de resultado, e introduzir a possibilidade de penalização por não monitorização destes parâmetros;
- Introduzir a melhoria contínua da negociação dos valores de referência para os parâmetros de desempenho de resultado, e a possibilidade de negociação por acordo entre as partes e a fixação unilateral pela entidade pública contratante de valores de referência dos parâmetros de desempenho de resultado;
- Clarificar a cláusula 3.8 do Anexo VII, referente aos Planos de Medidas Corretivas e Relatórios de Resultados Obtidos (Parâmetros de Desempenho de Resultado), bem como a periodicidade de entrega dos Relatórios Justificativos do Desvio;
- Diminuir o número dos parâmetros de desempenho de resultados cujo incumprimento obriga apenas a apresentar relatório justificativo do desvio, e não

implicam pontos de penalização, à semelhança do que já se encontra previsto nos contratos de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira e Hospital Beatriz Ângelo;

- Rever a metodologia de avaliação do desempenho da entidade gestora do estabelecimento na área de satisfação dos utentes, atentas as alterações introduzidas na metodologia aplicada pelo Ministério da Saúde e a necessidade de inclusão do Hospital de Dia nos inquéritos de avaliação da satisfação;
- Rever a metodologia de apuramento do grupo de referência, na medida em que nos restantes contratos de gestão os limites para determinação dos hospitais comparáveis são mais amplos;
- Adaptar os sistemas de informação/monitorização, com ênfase no reforço do *paper free*, na substituição da terminologia “tendencialmente automático” para “automatizado desde que tecnicamente possível” (utilizada no sistema de monitorização), e na melhoria das especificações técnicas do Processo Clínico Eletrónico;
- Rever o clausulado relativo à referenciação de doentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e respetivo pagamento;
- Rever o recurso para a resolução de litígios via tribunal arbitral e ponderar a opção via tribunal administrativo;
- Alterar a forma de cálculo da parcela a cargo do SNS, para que passe a deduzir, do montante a pagar à entidade gestora de estabelecimento, o valor total das taxas moderadoras devidas, e não apenas o valor efetivamente pago pelos utentes. Atualmente, como o contrato de gestão prevê que seja deduzido ao montante da remuneração o valor das taxas efetivamente cobradas (e não o total das taxas devidas), não assegura o esforço e a diligência do hospital para cobrança dos valores em dívida.
- Rever a alínea c) do n.º 4 da cláusula 129.^a (sobre o relatório anual de atividades, a especificar atividades e resultados), bem como a redação do n.º 3 da cláusula 44.^a, da “Remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento” (referente mais especificamente a pagamentos devidos nos termos de outras cláusulas e à comparticipação do Estado nos preços de medicamentos, que devem acrescer à remuneração anual).

Principais vantagens do modelo de gestão PPP

A respeito das principais vantagens do modelo de gestão PPP, a **ARS Norte** remete para os resultados positivos do “Relatório de avaliação do *Value for Money* da PPP do Hospital de Braga”, realizado a pedido da ARS pelo Banco BPI, responsável pela assessoria financeira da gestão do contrato, para o período 2011-2013, que indiciam “[...] para o doente padrão ajustado, um desconto médio, face aos hospitais que integram o grupo de referência e que serviram de comparador, acima dos 20% e uma poupança naqueles 3 anos de cerca de 98 milhões de euros”.

Os resultados de análises de *benchmarking* do Hospital de Braga face aos hospitais comparáveis inseridos no grupo de referência desse relatório apontam para a existência de um melhor desempenho do hospital PPP em termos de economia – associado a pagamentos unitários por doente padrão ajustado do Hospital de Braga que foram inferiores face à média dos custos unitários registados nos hospitais do grupo de referência; eficiência – no que respeita aos níveis de produtividade dos recursos humanos, à demora média no internamento, à taxa de reinternamentos de utentes em 30 dias, à percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias e aos custos operacionais por doente padrão ajustado; e eficácia – considerando que o Hospital de Braga tem vindo a atingir os objetivos definidos em termos da resposta às necessidades de cuidados de saúde da população da área de influência, tanto em termos quantitativos, como qualitativos. Pelo que se conclui, nesse relatório, atento o período analisado, que os encargos associados à PPP de Braga são inferiores àqueles que resultariam da aplicação dos custos reais de atividade da maioria dos três hospitais que integram o grupo de referência, ou seja, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, e o Hospital Garcia de Orta, EPE.

A ARS Lisboa e Vale do Tejo não expressou o seu entendimento a respeito das principais vantagens que o modelo de gestão PPP compreende.

Resultados de monitorização de desempenho

Nos termos do contrato de gestão dos hospitais PPP, a avaliação do desempenho das entidades gestoras do estabelecimento, para além da avaliação do desempenho global, é efetuada por três áreas: área de resultados; área de serviço; e satisfação dos utentes.

Na tabela 24 encontram-se resumidos os resultados da avaliação global de desempenho bem como da avaliação nas áreas de resultados e área de serviço, em cada hospital PPP nos últimos dois anos para os quais se dispõe de informação⁷³.

Tabela 24 – Resultados da avaliação de desempenho, por áreas

Hospital	Ano	Áreas				
		Avaliação de resultados	Pontos de penalização de resultados	Avaliação de serviço	Pontos de penalização de serviço	Avaliação global
Hospital de Braga	2014	Muito bom	13,82	Muito bom	0,04	Muito bom
	2015	Muito bom	25,30	Muito bom	0,01	Muito Bom
Hospital de Cascais	2014	Muito bom	0,00	Muito bom	0,00	Muito bom
	2015	Muito bom	0,00	Muito bom	0,00	Muito bom
Hospital Beatriz Ângelo	2013	Muito bom	30,37	Bom	28,68	Muito bom
	2014	Bom	123,35	Satisfatório	56,67	Bom
Hospital de Vila Franca de Xira	2013	Bom	196,60	Satisfatório	138,96	Satisfatório
	2014	Muito bom	31,41	Satisfatório	90,87	Bom

Legenda: A escala de avaliação corresponde a Muito Bom, Bom, Satisfatório ou Insatisfatório.

Os hospitais com pior desempenho relativo foram o Hospital de Vila Franca (336 pontos de penalização), em 2013, e o Hospital Beatriz Ângelo (com 180 pontos de penalização), em 2014. Importa notar que, apesar de o Hospital de Cascais ter apresentado o melhor desempenho (e ausência de pontos de penalização) nos anos considerados, as exigências previstas no seu contrato de gestão são diferentes dos outros hospitais PPP, designadamente por não prever penalização por não monitorização de parâmetros e incluir menor número de parâmetros cujo incumprimento corresponde à atribuição de pontos de penalização.

Na tabela que se apresenta de seguida encontra-se a contabilização das falhas específicas, por transferências indevidas para atendimento ou internamento noutra hospital e por transferências indevidas para a RNCCI, de onde se retira que o Hospital de Braga, apesar de ter tido classificação de “muito bom” nas áreas de resultados e

⁷³ Para os Hospitais de Braga e Hospital de Cascais foi remetida informação dos anos de 2014 e 2015, enquanto para os Hospitais Beatriz Ângelo e Hospital de Vila Franca apenas foi disponibilizada informação completa para os anos de 2013 e 2014. Informação de 2013 recolhida dos relatórios "Apuramento do pagamento de reconciliação relativo ao ano de 2013" e do Hospital de Cascais, Hospital de Loures e Hospital de Vila Franca de Xira, de 2014 recolhida dos relatórios "Apuramento do pagamento de reconciliação relativo ao ano de 2014" do Hospital de Loures e Hospital de Vila Franca de Xira. A informação do Hospital de Cascais relativa a 2015 foi recolhida do "Relatório anual de avaliação do desempenho da entidade gestora do estabelecimento 2015", sendo informação provisória, cujo cálculo final será realizado em sede de apuramento do pagamento de reconciliação de 2015. A informação do Hospital de Braga foi recolhida do "Relatório anual – 2014" e do "Relatório anual – 2015", elaborados pela ARS Norte.

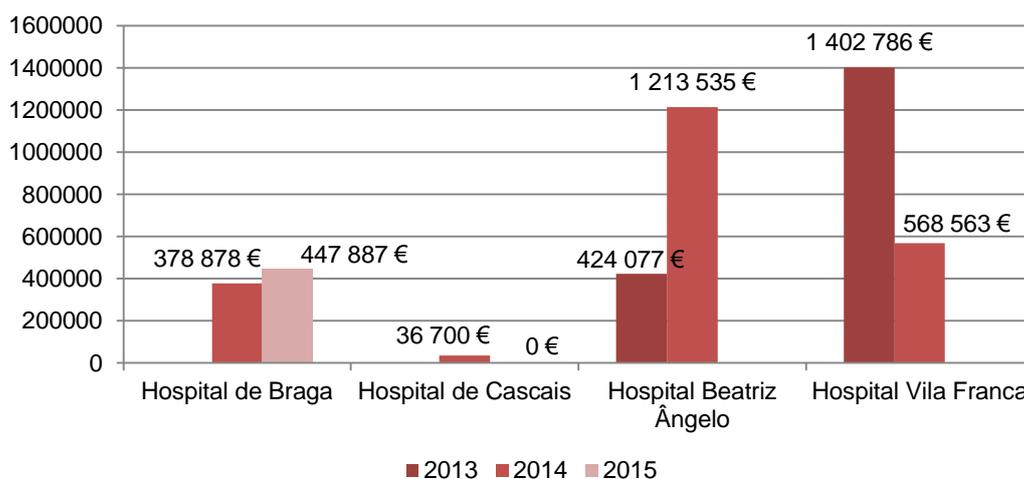
serviço, foi o que apresentou mais falhas específicas. O Hospital de Cascais apresentou quer o menor número de falhas específicas, quer o melhor desempenho na avaliação na área de resultados e na área de serviço.

Tabela 25 – Contabilização de falhas específicas

Hospitais	Ano	N.º de transferências indevidas atendimento ou internamento	N.º de transferências indevidas RNCCI
Hospital de Braga	2014	38	0
	2015	36	2
Hospital de Cascais	2014	2	0
	2015	0	0
Hospital Beatriz Ângelo	2013	18	3
	2014	9	0
Hospital de Vila Franca	2013	32	0
	2014	16	0

Encontram-se previstas penalizações pelo incumprimento dos parâmetros definidos no contrato de gestão para a área de resultados e de serviço, bem como por falhas específicas, designadamente por transferências indevidas para atendimento ou internamento noutra hospital e por transferências indevidas para a RNCCI, que se traduzem em deduções à remuneração da entidade gestora do estabelecimento. Na figura 11 são sintetizados os montantes totais das deduções à remuneração, de cada hospital PPP nos últimos dois anos para os quais se dispõe de informação.⁷⁴

Figura 11 – Montantes totais das deduções à remuneração (em euros)



Fonte: Elaboração própria com base nos relatórios da ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo.

⁷⁴ Vide nota de rodapé anterior, com indicação das fontes de informação utilizadas.

A este respeito, o Hospital Beatriz Ângelo e o Hospital Vila Franca de Xira apresentaram o maior valor de deduções, que ascendeu a 1.402.786,33 EUR no Hospital de Vila Franca de Xira, em 2013, ano em que ocorreu a mudança para um novo edifício.

Na tabela 26 sumarizam-se os valores das deduções subdivididas entre deduções por falhas de desempenho e por falhas específicas. O valor de deduções dos hospitais mais penalizados (Hospital Beatriz Ângelo e Hospital de Vila Franca de Xira) deveu-se essencialmente a falhas de desempenho nas áreas de resultados e serviços. Por outro lado, o Hospital de Braga exibiu maior valor de deduções associado a falhas específicas, em 2014, e valor aproximado nas duas categorias, em 2015.

Tabela 26 – Deduções de desempenho e deduções de falhas específicas

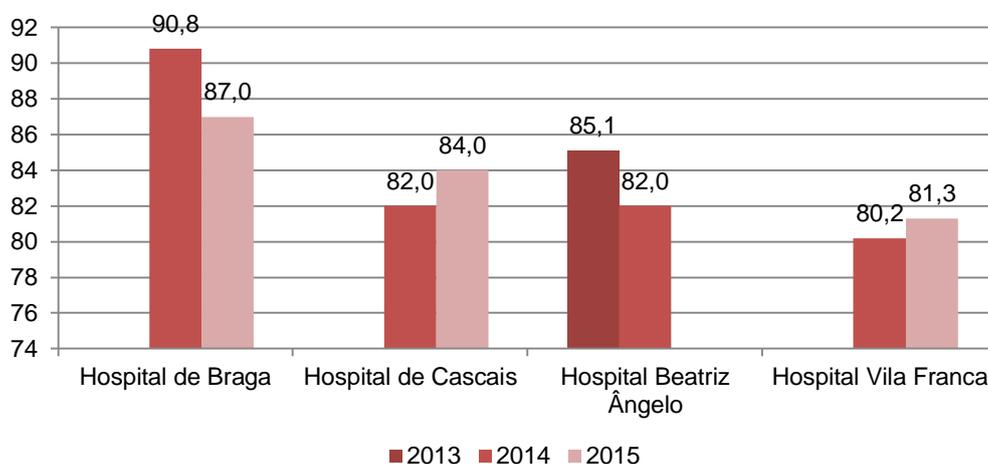
Hospitais	Ano	Total deduções desempenho	Total de deduções por falhas específicas
Hospital de Braga	2014	129.035 €	249.843 €
	2015	237.492 €	210.395 €
Hospital de Cascais	2014	0 €	36.700 €
	2015	0 €	0 €
Hospital Beatriz Ângelo	2013	361.586 €	62.491 €
	2014	1.190.117 €	23.418 €
Hospital de Vila Franca	2013	1.323.482 €	79.304 €
	2014	510.946 €	57.617 €

Por último, apresenta-se o resultado da avaliação da terceira área de desempenho: satisfação dos utentes (cf. figura 12). Dos últimos dois inquéritos realizados aos utentes por uma entidade independente, nos hospitais PPP⁷⁵, tal como determinam os respetivos contratos de gestão, os utentes revelaram-se, globalmente, muito satisfeitos (pontuação acima dos 80%), com o Hospital de Braga a apresentar o melhor desempenho global. Considerando a satisfação por linhas de atividade (cirurgia de ambulatório, consulta externa, internamento e urgência), os utentes do serviço de urgência demonstraram menor satisfação em termos comparativos, em todos os

⁷⁵ Informação do Hospital de Braga recolhida do “Relatório anual – 2014” e “Relatório anual – 2015”, elaborados pela ARS Norte, do “Relatório anual de avaliação do desempenho da entidade gestora do estabelecimento do Hospital de Cascais” de 2014 e 2015, do “Relatório anual de avaliação do desempenho da entidade gestora do estabelecimento do Hospital Loures” de 2014, do “Relatório anual de avaliação do desempenho da entidade gestora do estabelecimento do Hospital de Vila Franca de Xira” de 2014 e do “Relatório semestral de avaliação do desempenho da entidade gestora do estabelecimento do Hospital de Vila Franca de Xira”, do primeiro semestre de 2015.

hospitais PPP. Por outro lado, os utentes de internamento ou que realizaram cirurgias de ambulatório manifestaram maior satisfação relativa com o serviço prestado.

Figura 12 – Satisfação dos utentes em hospitais PPP



Fonte: Elaboração própria com base nos relatórios da ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo.

A comparabilidade com outros hospitais do SNS não foi possível, por não terem sido empreendidos pelo Ministério da Saúde os inquéritos de satisfação direcionados a esses hospitais nos anos em causa. Assim, não é aplicável a avaliação do desempenho do hospital PPP nesta área, nem contabilizados eventuais pontos de penalização, na medida em que essa avaliação está condicionada à comparação entre os índices de satisfação dos hospitais PPP e os índices obtidos por hospitais públicos equivalentes.

Finalmente, como resumo conclusivo desta secção, importa notar que, não obstante existirem constrangimentos específicos a determinado(s) hospital(is), os problemas mais comuns mencionados pelas duas ARS relacionam-se com: indisponibilidade de indicadores de outros hospitais públicos, que impossibilitam a comparabilidade dos hospitais PPP, e em alguns casos impede a avaliação de desempenho; falta de clareza na definição de alguns indicadores previstos no contrato de gestão; não adequação da carteira de serviços, que em alguns casos motiva a elaboração de protocolos específicos; articulação com os cuidados de saúde primários e com outros hospitais; e regras subjacentes à disponibilidade do serviço de urgência.

5.2. Mediação de conflitos

Ainda no âmbito de custos de regulação importa referir a intervenção da ERS como mediador⁷⁶ em diferendos entre a ARS do Norte e a Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, SA, relativo ao contrato de parceria público-privada do Hospital de Braga, entre a ARS Lisboa e Vale do Tejo e a HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., no âmbito do contrato de parceria público-privada do Hospital de Cascais, e entre a ARS Lisboa e Vale do Tejo e da Sociedade Gestora do Hospital de Loures, relativamente ao contrato de parceria público-privada do Hospital de Loures.

Os processos de mediação mencionados decorreram na vigência dos anteriores estatutos da ERS, constantes do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, que no seu artigo 47.º previam a intervenção da ERS, a pedido ou com o consentimento das partes, na mediação ou conciliação de conflitos entre estabelecimentos do SNS ou entre os mesmos e operadores do setor privado e social⁷⁷.

No ano de 2011, e na sequência de solicitação da ARS do Norte e Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, SA, a ERS passou a exercer funções de mediador em diferendo relativo ao contrato de parceria público-privada do Hospital de Braga, tendo para o efeito dado início a dois processos de mediação, dirigidos à tentativa de resolução alternativa dos litígios que separam as partes⁷⁸. No ano seguinte, a ERS prosseguiu o tratamento de dois processos iniciados em 2011 e deu início a um novo processo de mediação. Os três processos de mediação culminaram com a assinatura de um acordo conciliatório entre as partes, que previa a redução de multas e deduções da entidade gestora do Hospital de Braga⁷⁹.

Também em 2012, a ERS exerceu funções de mediador, no âmbito de processo iniciado por solicitação da ARS Lisboa e Vale do Tejo e da HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., no contexto de um diferendo relativo ao contrato de parceria público-

⁷⁶ Para informação mais detalhada sobre o escopo da atuação da ERS em matéria de resolução de conflitos, e síntese da intervenção passada da ERS nesta matéria poderá ser consultada a informação disponível no sítio eletrónico da ERS, em <https://www.ers.pt>.

⁷⁷ Ao abrigo dos atuais estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS pode intervir, a pedido ou com o consentimento das partes, na mediação ou conciliação de conflitos entre estabelecimentos do SNS ou entre os mesmos e prestadores do setor privado e social ou ainda no âmbito de contratos de concessão, de parceria público-privada, de convenção ou de relações contratuais afins no setor da saúde, ou ainda entre prestadores de cuidados de saúde e utentes (cf. artigo 28.º).

⁷⁸ Cf. Relatório de Atividades da ERS de 2011.

⁷⁹ Tribunal de Contas (2013).

privada do Hospital de Cascais⁸⁰. O objeto de litígio prendia-se com entendimento da HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A. de que caberia à Entidade Pública Contratante a obrigação de remunerar os profissionais que à data da transmissão do anterior Centro Hospitalar de Cascais para o novo edifício hospitalar não pretenderam celebrar contrato individual de trabalho com a sociedade ou sequer responderam à proposta de celebração do referido contrato⁸¹. O processo de mediação culminou com a assinatura de um acordo conciliatório entre as partes, em dezembro de 2012, que, não tendo alcançado o objetivo global de resolução de todas as questões, teve o mérito de dirimir outras⁸².

Em 2014, a ERS exerceu as funções de mediador no âmbito de dois processos de mediação, com vista à resolução extrajudicial do conflito entre as partes. O primeiro processo de mediação, iniciado na sequência de solicitação da ARS Lisboa e Vale do Tejo e da Sociedade Gestora do Hospital de Loures, consistia na intervenção em diferendo referente à responsabilidade dos encargos com os médicos internos colocados no Hospital Beatriz Ângelo⁸³, do qual não resultou um acordo entre as partes, tendo a entidade gestora do Estabelecimento decidido posteriormente avançar com um processo em Tribunal Arbitral contra a ARS Lisboa e Vale do Tejo.

O segundo processo de mediação foi iniciado na sequência de nova solicitação da ARS Lisboa e Vale do Tejo e da Parceria Cascais, S.A., para intervenção em diferendo relativo ao contrato de parceria público-privada do Hospital de Cascais⁸⁴, que teve como desfecho a assinatura de acordo conciliatório entre as partes.

No corrente ano, corre termos um processo de arbitragem após a SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A., Entidade Gestora do Estabelecimento do Hospital de Loures em regime de PPP ter manifestado o propósito de resolução do litígio no âmbito do Contrato de Gestão com recurso à arbitragem, nos termos da cláusula 126.^a do mesmo, considerando o diferendo relativo à sua pretensão de financiamento autónomo para a prestação de cuidados, em matéria de VIH/SIDA, a utentes de área de influência do Hospital Beatriz Ângelo.⁸⁵ Pelo Despacho n.º

⁸⁰ Cf. Relatório de Atividades da ERS de 2012.

⁸¹ Tribunal de Contas (2014).

⁸² Tribunal de Contas (2014).

⁸³ Cf. Relatório de atividades da ARS Lisboa e Vale do Tejo de 2014.

⁸⁴ Cf. Relatório de atividades da ERS de 2014.

⁸⁵ Nesse sentido, refira-se a existência de outros diferendos que têm vindo a ser relatados pela comunicação social e que afetam o tratamento de doentes específicos, tanto os com VIH/SIDA como também os doentes com esclerose múltipla, por exemplo (veja-se a notícia do Diário de Notícias, em <http://www.dn.pt>).

4182/2016, de 10 de março, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 58, de 23 de março de 2016, o Estado Português designa, como seu representante, a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, na arbitragem a realizar no âmbito do litígio respeitante ao dissenso identificado, encontrando-se descrito mais detalhadamente, no referido despacho, o entendimento de cada uma das partes sobre a matéria.

Importa notar que o recurso à mediação em três dos quatro hospitais com gestão em regime de PPP deve, porém, ser enquadrado no âmbito das cláusulas respeitantes a resoluções de litígios, integradas nos contratos de gestão respetivos, que obrigam a que as partes (Entidade Pública Contratante e Entidade Gestora do Estabelecimento) devam tentar chegar a um acordo conciliatório com recurso à mediação, antes do recurso à arbitragem⁸⁶, obrigação que não resulta das regras previstas para definição dos contratos programa dos hospitais públicos. Assim, não se pode deduzir que um maior recurso à mediação como meio de conciliação entre as partes implique maior ou menor ocorrência de litígios.

⁸⁶ Nos termos das cláusulas 124.ª e 125.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, cláusulas 136.ª e 137.ª do Hospital de Braga, e cláusulas 134.ª e 135.ª do Hospital de Cascais e do Hospital de Vila Franca de Xira.

6. Conclusões

O presente estudo foi realizado pela ERS, tendo em vista a análise da gestão em regime de PPP de hospitais gerais do SNS, concretamente os hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Beatriz Ângelo (Loures), atendendo-se, como previsto nos estatutos da ERS, a uma solicitação do Ministério da Saúde sobre o tema. O estudo revela-se oportuno, tendo em conta que os contratos de gestão dos hospitais de Cascais e Braga terminam em 31 de dezembro de 2018 e 31 de dezembro de 2019, respetivamente, e que, nos termos da lei, até dois anos antes do final destes prazos, o Estado deverá notificar a entidade gestora respetiva da sua decisão relativamente à continuidade da parceria.

A análise foi empreendida em quatro vertentes, considerou uma multiplicidade de informações, variáveis e dimensões, e recorreu a diferentes métodos. Todavia, prescindindo-se de algum tipo de ponderação dos resultados obtidos, a valorizar mais ou menos determinadas áreas em detrimento de outras, não se retira uma ilação global a respeito da vantagem ou desvantagem da gestão em regime de PPP. Não obstante, resume-se, de seguida, os principais resultados e conclusões do estudo.

1. *Eficiência relativa*

Numa revisão preliminar de indicadores de eficiência selecionados a partir do *Benchmarking* hospitalar da ACSS, ou seja, doentes padrão por médicos ETC, doentes padrão por enfermeiros ETC, taxa anual de ocupação em internamento e custos operacionais por doente padrão, destacaram-se os resultados positivos do Hospital de Braga, com exceção da taxa de ocupação em internamento, em que o Hospital de Cascais apresentou os melhores resultados. Pelo lado negativo, salienta-se a maior parte dos resultados do Hospital de Vila Franca de Xira, bem como também, dos hospitais de Loures e Braga, no caso da taxa de ocupação em internamento.

Centrando-se o foco da análise da eficiência relativa na aplicação de uma técnica de programação linear que tem em linha de conta fatores produtivos e indicadores da produção dos hospitais, definiu-se um grupo homogéneo de hospitais comparáveis – hospitais gerais do SNS –, no qual se incluiu os quatro hospitais PPP, e recolheu-se dados detalhados de cada um dos hospitais. Sendo assim, numa análise abrangente, a considerar múltiplas dimensões relevantes para o objetivo em causa, foi possível obter os seguintes principais resultados:

- a) No conjunto de 33 hospitais inseridos na análise, os hospitais PPP revelam-se como globalmente eficientes, com destaque para os resultados positivos, indicativos de eficiência relativa, dos hospitais de Braga e Cascais;
- b) Por seu turno, não se encontrou evidência de que a gestão hospitalar em regime de PPP poderá levar a uma maior ou menor eficiência relativa na comparação com outros hospitais, na medida em que não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos dois tipos de hospitais.

2. Eficácia

Numa segunda vertente de análise no estudo, foram considerados indicadores de eficácia respeitantes a internamento, cirurgia e primeiras consultas de especialidade hospitalar, tendo sido ainda analisado o cumprimento dos TMRG no acesso a primeiras consultas de especialidade e cirurgias programadas. A análise centrou-se na comparação dos hospitais PPP com a média dos restantes hospitais do grupo homogéneo identificado, tendo sido avaliados diferentes indicadores de eficácia. Os principais resultados foram os seguintes:

- a) No caso da resolatividade do internamento, os hospitais PPP apresentaram capacidade de resposta relativamente menor em casos de internamento, à exceção do Hospital de Braga, sendo certo que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos PPP e não PPP;
- b) A capacidade de resolução das necessidades cirúrgicas dos hospitais PPP foi identificada como sendo globalmente superior à média dos hospitais comparáveis do grupo não PPP, embora igualmente sem identificação de diferença estatisticamente significativa;
- c) No indicador de percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, todos os hospitais PPP apresentaram melhor desempenho relativo face à média do grupo não PPP, e com diferença estatisticamente significativa;
- d) No caso da percentagem de fraturas de anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48 horas, os resultados dos hospitais PPP foram globalmente negativos, excetuando-se o Hospital de Cascais, no entanto sem produzir diferenças estatisticamente significativas;

- e) Os hospitais de Vila Franca de Xira e de Cascais destacaram-se por apresentarem menores percentagens de internamentos com demora superior a 30 dias, e o Hospital de Cascais menores percentagens de reinternamentos em 30 dias, sendo relativamente mais eficazes nestes indicadores de internamento (embora sem que se pudesse identificar diferença estatisticamente significativa entre os grupos PPP e não PPP);
- f) Salienta-se o incumprimento dos TMRG por parte de todos os hospitais do grupo homogéneo, inclusive os PPP, e o facto de que os PPP apresentaram um desempenho pior no que se refere à percentagem de primeiras consultas médicas realizadas dentro do TMRG;
- g) Por sua vez, o resultado em termos de percentagem de cirurgias realizadas dentro do TMRG foi globalmente positivo para as PPP, na comparação com os outros hospitais do grupo homogéneo.

3. Qualidade

Numa análise preliminar de dois indicadores de qualidade do *Benchmarking* de hospitais da ACSS, ou seja, percentagens de partos por cesarianas e incidência de sépsis pós-operatória, foram identificados resultados positivos para o Hospital de Vila Franca de Xira, no caso das percentagens de partos por cesarianas, destacando-se negativamente os hospitais de Cascais e de Loures, que apresentaram os piores resultados em termos de incidência de sépsis pós-operatória no conjunto de 16 hospitais do grupo de hospitais comparáveis definido pela ACSS.

Não obstante, o foco da análise da vertente da qualidade recaiu sobre a avaliação dos prestadores no SINAS e as reclamações dos utentes nos hospitais do SNS, realçando-se as seguintes conclusões:

- a) Há uma maior adesão ao projeto SINAS por parte dos hospitais PPP, na medida em que se propuseram para avaliação em todas as dimensões e áreas do SINAS, com resultados, em média, favoráveis, quando comparados com os hospitais públicos com regime de gestão distinto;
- b) O facto de o contrato de gestão impor critérios para a monitorização do desempenho das entidades gestoras das PPP, com penalizações financeiras associadas ao seu incumprimento, poderá contribuir para que seja atribuída pela entidade gestora particular importância aos aspetos relacionados com a qualidade do serviço prestado, nas suas diferentes vertentes;

- c) As questões identificadas nas reclamações dos utentes não se referem a problemas exclusivos dos hospitais em regime de PPP, nem são comuns a todos os hospitais PPP, pelo que não é possível concluir pela ocorrência de constrangimentos especialmente associados ao modelo de gestão PPP;
- d) Contudo, a percentagem de reclamações que visaram os hospitais PPP é superior à representatividade que esses hospitais têm no total de hospitais gerais públicos visados. Além disso, há uma tendência de aumento do número de reclamações em anos recentes, sendo os principais temas visados os tempos de espera e a focalização no utente.

4. Custos de regulação

A análise dos custos de regulação envolveu, por um lado, a identificação dos principais constrangimentos do modelo de gestão do estabelecimento em regime de PPP e respetivas diligências para a sua eliminação, das vantagens do modelo percebidas pelas entidades públicas contratantes, e dos resultados da monitorização do desempenho da entidade gestora do estabelecimento hospitalar. Por outro lado, relatou os diferendos entre as entidades públicas contratantes e as entidades gestoras dos hospitais PPP, destacando a intervenção da ERS como mediador.

Nesse âmbito, importa realçar os principais constrangimentos identificados. Não obstante existirem constrangimentos específicos a determinados hospitais, os problemas mais comuns mencionados pela ARS Norte e pela ARS Lisboa e Vale do Tejo relacionam-se com:

- a) Indisponibilidade de indicadores de outros hospitais públicos, que impossibilitam a comparabilidade dos hospitais PPP, e em alguns casos impede a avaliação de desempenho;
- b) Falta de clareza na definição de alguns indicadores previstos no contrato de gestão;
- c) Desadequação da carteira de serviços, que em alguns casos motiva a elaboração de protocolos específicos;
- d) Articulação com os cuidados de saúde primários e com outros hospitais;
- e) Regras subjacentes à disponibilidade do serviço de urgência.

No que se refere aos diferendos mediados pela ERS entre as entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares e a respetiva entidade pública contratante, constata-se

o recurso à mediação como meio de conciliação entre as partes em três dos quatro hospitais com gestão em regime de PPP. Porém, não se pode daí deduzir uma maior ou menor ocorrência de litígios, na medida em que as cláusulas respeitantes a resoluções de litígios, integradas nos contratos de gestão respetivos, obrigam a que as partes tentem chegar a um acordo conciliatório com recurso à mediação, antes do recurso à arbitragem, obrigação que não resulta das regras previstas para definição dos contratos programa dos hospitais públicos.

Referências bibliográficas

Agresti, A. (1992), “A Survey of Exact Inference for Contingency Tables”, *Statistical Science*, 7 (1), 131-177.

Birman, S.V., Pirondi, P.E. e Rodin, E.Y. (2003), “Application of DEA to Medical Clinics”, *Mathematical and Computer Modelling*, 37, 923-936.

Charnes, A., Cooper, W.W. e Rhodes, E. (1978), “Measuring the efficiency of decision making units”, *European Journal of Operational Research*, 2 (6), 429-444.

Cooper, W.W., Seiford, L.M. e Tone, K. (2007), *Data Envelopment Analysis – A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software*, New York: Springer.

Czypionka, T., Kraus, M., Mayer, S. e Röhring, G. (2014), “Efficiency, ownership, and financing of hospitals: The case of Austria”, *Health Care Management Science*, 17 (4), 331-347.

Dytham, C. (2011), *Choosing and Using Statistics: A Biologist’s Guide*, Chichester: John Wiley & Sons.

Garcia-Lacalle, J. e Martin, E. (2010), “Rural vs urban hospital performance in a ‘competitive’ public health service”, *Social Science & Medicine*, 71, 1131-1140.

Golany, B. e Roll, Y. (1989), “An Application Procedure for DEA”, *Omega*, 17 (3), 237-250.

Moreira, S. (2008), “Efficiency Analysis of Public Hospitals Transformed into Public Corporations: An Application of Data Envelopment Analysis”, *Economic Bulletin*, 4 (1), 119-141.

Lindlbauer, I., Winter, V. e Schreyögg, J. (2016), “Antecedents and Consequences of Corporatization: An Empirical Analysis of German Public Hospitals”, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26 (2), 309-326.

Pereira, J. (1993), *Economia da Saúde. Glossário de Termos e Conceitos*, Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde (Documento de Trabalho N.º 1/93).

Podinovski, V.V. e Thanassoulis, E. (2007), “Improving discrimination in data envelopment analysis: some practical suggestions”, *Journal of Productivity Analysis*, 28 (1), 117-126.

Rego, G., Nunes, R. e Costa, J. (2010), “The challenge of corporatisation: the experience of Portuguese public hospitals”, *The European Journal of Health Economics*, 11 (4), 367-381.

Sánchez, I.M.G. (2009), “Technical and Scale Efficiency in Spanish Urban Transport: Estimating with Data Envelopment Analysis”, doi:10.1155/2009/721279.

Simões, J.A. (2004), “As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.

Simões, J. (2004a), “A avaliação do desempenho de hospitais”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 91-120.

Simões, J. (2004b), *Retrato Político da Saúde – Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*, Coimbra: Almedina.

Simões, J. (coord.), Barros P.P., Silva, S.N., Temido, M. e Valente, S. (2009), “Análise e parecer sobre o processo de criação e desenvolvimento das parcerias para a construção de hospitais em regime de financiamento privado e avaliação comparada do desempenho do Centro de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel”, Relatório final da Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar.

Tribunal de Contas (2009), “Auditoria Operacional ou de Resultados à Execução do Contrato de Gestão do HFF”, Relatório de Auditoria n.º 46/2008 – 2.ª Secção.

Tribunal de Contas (2013), “Encargos do Estado com PPP na Saúde”, Relatório n.º 18/2013 – 2.ª Secção.

Tribunal de Contas (2014), “Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais”, Relatório de Auditoria n.º 11/2014 – 2.ª Secção, Processo n.º 24/2012 – Audit.

Zhou, P., Ang, B.W. e Poh, K.L. (2008), “A survey of data envelopment analysis in energy and environmental studies”, *European Journal of Operational Research*, 189 (1), 1-18.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt

