



Pedro Miguel Fragata Faria

***“Indicadores de Qualidade de Hospitais em
Programa de Parceria Público-Privada:
Avaliação Comparada”***

Trabalho de Campo

XLI Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade Nova de Lisboa

Lisboa

Setembro de 2013

Pedro Miguel Fragata Faria

***“Indicadores de Qualidade de Hospitais
em Programa de Parceria Público-
Privada: Avaliação Comparada”***

Trabalho de Campo

**XLI Curso de Especialização em Administração
Hospitalar**

Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade Nova de Lisboa

Lisboa

Setembro de 2013

Dedicatória

À Janine, ao Isaac e à Petra.
Aos meus familiares e amigos.

Agradecimentos

Ao longo da realização deste trabalho, bem como do meu percurso profissional recebi diversos apoios, colaborações e estímulos, dos quais destaco:

A Deus por tudo o que me tem dado.

“Ao Deus desconhecido. Esse, pois, que vós honrais, não o conhecendo, é o que eu vos anuncio.”
(Bíblia Sagrada. Atos 17:23)

Esposa e filhos, restante família e amigos. Pelo suporte e alegria. Pelas palavras de encorajamento e conforto. Pelo amor e carinho sem fim...

Paulo Boto, professor que aceitou orientar este estudo e cujos incentivos, sugestões e “capacidade de síntese” muito contribuíram para a sua conclusão e chegada a “bom porto”.

Alexandre Lourenço e Pedro Miranda, pela disponibilidade e contributos fundamentais para a realização deste estudo.

Hélder Roque e Licínio de Carvalho, pela permanente confiança nas minhas capacidades, bem como os seus incentivos e contributos que possibilitaram decisivamente a frequência do curso e a realização deste estudo.

Francisco Velez Roxo, pela amizade, cumplicidade e companheirismo. Sem a sua colaboração, a realização deste estudo teria sido praticamente impossível.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou como deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.”
(Marthin Luther King)

Resumo

Os Estados enfrentam cada vez mais pressões no sentido de prestarem uma maior diversidade de serviços e de melhor qualidade mas, por outro lado, deparam-se com crescentes limitações orçamentais e com regras de controlo orçamental. Neste sentido, as Parcerias Público-Privadas (PPP) apresentam-se como uma forma de cooperação entre autoridades públicas e operadores privados, onde os operadores económicos fornecem meios para financiar, construir, assegurar a manutenção de serviços públicos. A adopção das PPP na área da Saúde é muito recente e teve por base um modelo de parceria inovador, por incluir até 2008, a prestação dos serviços clínicos, ao contrário do modelo internacionalmente mais adoptado, que os exclui. Os resultados da aplicação deste modelo e os estudos de avaliação destes projectos são escassos.

Deste modo, este trabalho visa introduzir uma contribuição para o estudo das PPP no sector da saúde em Portugal, incidindo sobre a temática da Qualidade em Saúde, mais especificamente no que diz respeito aos Indicadores de Resultado para Avaliação da Qualidade dos Serviços Clínicos definidos ao abrigo dos contractos celebrados com as Entidades Gestoras dos três Hospitais em regime de Parceria Público-Privada (PPP): Hospital de Braga, Hospital de Cascais e Hospital de Loures. Pretende-se ainda, perspectivar a apresentação de recomendações e/ou propostas de melhoria. Neste âmbito, são analisados e avaliados os dados consolidados referentes ao ano de 2012, os quais são disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Obtiveram-se os seguintes resultados principais: (i) Existem diferenças que originam dificuldades no processo de comparabilidade e de “benchmarking” entre os três hospitais PPP; (ii) O painel de indicadores de resultado monitorizados nos hospitais PPP de “primeira vaga” é bastante completo e exigente no seu enquadramento e conceptualização; (iii) Registam-se elevadas taxas de cumprimento dos objectivos “contratados” face ao “Comparador Público”; (iv) Não se encontrou evidência que demonstre que o Grupo de Referência definido para dos hospitais em estudo seja formado pelas unidades mais eficientes do sector público e com características semelhantes em termos de dimensão e complexidade.

Assim, pode concluir-se que é possível assegurar que os serviços clínicos sejam fornecidos de acordo com as especificações, no entanto a monitorização da qualidade de serviço na prestação de cuidados de saúde é claramente complexa e existem limitações decorrentes das definições contratuais e/ou da capacidade do sector público em assegurar o controlo dos mesmos. Por estes motivos a nível internacional, nomeadamente em Inglaterra, o Modelo de PPP adoptado tende a manter a gestão clínica sob responsabilidade pública.

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2.1. AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS	7
2.1.1. DEFINIÇÃO E CONCEITOS	7
2.1.2. A EVOLUÇÃO DAS PPP EM PORTUGAL	9
2.1.3. O COMPARADOR PÚBLICO	11
2.2. AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SECTOR DA SAÚDE	13
2.2.1. MODELOS INTERNACIONAIS – HOSPITAIS	14
2.2.2. O MODELO “PORTUGUÊS”	18
2.2.3. ALOCAÇÃO DE RISCOS E CONTROLO	22
2.3. A QUALIDADE EM SAÚDE	26
2.3.1. DEFINIÇÃO E CONCEITOS	26
2.3.2. A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE	31
2.3.3. DIMENSÕES DA QUALIDADE EM SAÚDE.....	34
2.3.4. A SEGURANÇA DO DOENTE.....	37
3. OBJECTIVOS DO ESTUDO	42
4. METODOLOGIA DO ESTUDO.....	43
5. RESULTADOS.....	45
6. DISCUSSÃO.....	71
6.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA	71
6.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
7. CONCLUSÕES	84
8. BIBLIOGRAFIA.....	88
ANEXOS	97
ANEXO I – PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS	97
ANEXO II – INDICADORES “AJUSTADOS”	104
ANEXO II – DADOS	106

Índice de Quadros

Tabela 1 – “Primeira Vaga” das PPP na Saúde	19
Tabela 2 – Dimensões da Qualidade.....	35
Tabela 3 – Grupos das Instituições Hospitalares alvo de análise	76
Tabela 4 – Dados do Grupo de Indicadores A: Hospital A	106
Tabela 5 – Dados do Grupo de Indicadores B: Hospital A	107
Tabela 6 – Dados do Grupo de Indicadores A: Hospital B	108
Tabela 7 – Dados do Grupo de Indicadores B: Hospital B	110
Tabela 8 – Dados do Grupo de Indicadores A: Hospital C	114

Índice de Figuras

Gráfico 1 – Número de Indicadores por Parâmetro de Desempenho de Resultado.	47
Gráfico 2 – Indicadores Comuns aos Hospitais (Valores Absolutos).....	48
Gráfico 3 – Dimensões da Qualidade dos Indicadores de Resultado para Avaliação dos Serviços Clínicos (OECD, 2006).....	49
Gráfico 4 – Indicadores com Ajustamento à Casuística dos Hospitais do Grupo de Referência.	50
Gráfico 5 – Taxa de Cumprimento dos objectivos face ao Comparador Público: Hospital A.....	51
Gráfico 6 – Taxa de Cumprimento dos objectivos face ao Comparador Público: Hospital B.....	51
Gráfico 7 – Taxa de Cumprimento dos objectivos face ao Comparador Público: Hospital C.....	51
Gráfico 8 – Taxa de Realização de Cesarianas.	54
Gráfico 9 – Taxas de Cancelamento: Valores Acumulados de Medida da Falha.....	54
Gráfico 10 – Taxas de Cancelamento: Valores de Referência.....	55
Gráfico 11 – Taxa de Mortalidade Neonatal.	56
Gráfico 12 – Taxa Mortalidade Pós-Operatória Ajustada.	56
Gráfico 13 – Taxa Mortalidade Durante Acto Operatório Ajustada.	56
Gráfico 14 – Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada.....	57
Gráfico 15 – Taxas de Mortalidade: Grupo II.....	57
Gráfico 16 – Taxas de Readmissão na Urgência.	58
Gráfico 17 – Taxas de Reinternamento e de Altas Voluntárias no Internamento.	59
Gráfico 18 – Taxas de Admissão não Programada após Procedimento de Ambulatório e de Regresso Não Programado ao Bloco Operatório.	60
Gráfico 19 – Taxas de Infecção.	61
Gráfico 20 – Taxas de Infecção de Ferida Cirúrgica.	61
Gráfico 21 – Tempos Médios de Estadia Pré-Cirúrgica.....	62
Gráfico 22 – Tempo médio de espera para realização de Primeira consulta.....	62
Gráfico 23 – Tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado.	63
Gráfico 24 – Tempo médio de espera para intervenção em cirurgia de ambulatório programada.....	63
Gráfico 25 – Tempo médio de espera no dia da consulta.	64
Gráfico 26 – Tempo médio de espera para triagem no serviço de Urgência.	64
Gráfico 27 – Tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na Urgência.....	65
Gráfico 28 – Taxas de Atendimento no Serviço de Urgência.	66
Gráfico 29 – Taxas de execução de relatórios operatórios sobre o total de intervenções cirúrgicas e de execução de técnicas com consentimento informado.....	67
Gráfico 30 – Taxas de altas com nota de alta hospitalar.....	68
Gráfico 31 – Indicadores de “Segurança do Doente” – Grupo I: Valores Acumulados de Medida da Falha.....	69
Gráfico 32 – Indicadores de “Segurança do Doente” – Grupo I: Valores de Referência...	69
Gráfico 33 – Indicadores de “Segurança do Doente” – Grupo II.	70

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte
BCE	Banco Central Europeu
CA	Comissão de Acompanhamento
CAP	Comissão de Avaliação de Propostas
CE	Caderno de Encargos
CFMS	Controlador Financeiro do Ministério da Saúde
CPC	Custo Público Comparável
CSP	Comparador do Sector Público
DBOFT	<i>“Desing Built Operate Finance and Transfer”</i>
DGS	Direcção Geral da Saúde
EMPS	Estrutura de Missão Parcerias Saúde
EPC	Entidade Pública Contratante
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
GCI	Grupos de Coordenação Interdepartamental
GPS	Grupo Português de Saúde
HCQI	<i>“Health Care Quality Indicators”</i>
HPP	Hospitais Privados de Portugal
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OPPP	Observatório Parcerias Público-Privadas - Universidade Católica
PIB	Produto Interno Bruto
PPP	Parcerias Público-Privadas
SCUT	Sem Custo para os Utilizadores (Auto-estrada)
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TC	Tribunal de Contas
TGV	<i>“Train à Grande Vitesse”</i>
VFM	Value For Money
WHO	<i>“World Health Organization”</i>

1. INTRODUÇÃO

As considerações prévias, tecidas nesta introdução, têm como pressuposto apresentar a escolha do tema, devido à sua importância, pertinência e actualidade, assim como, esquematizar os objectivos e a metodologia adoptada por forma a ser estabelecido um fio condutor entre os capítulos.

Os Estados enfrentam cada vez mais pressões no sentido de prestarem uma maior diversidade de serviços e de melhor qualidade mas, por outro lado, deparam-se com crescentes limitações orçamentais e com regras de controlo orçamental.

Em Portugal, face ao actual contexto europeu de crise económica, que teve como consequência a implementação de um plano de resgate a Portugal por parte do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Central Europeu (BCE) e da Comissão Europeia (CE), e a ameaça de insustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS) devido à ineficiência, ao desperdício e ao crescimento exponencial da despesa verificado ao longo dos últimos anos, e que por diversas vezes tem ultrapassado o ritmo de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), são os principais factores que levaram a uma diminuição significativa da verba consignada à saúde no orçamento de estado.

Neste âmbito, importa referir que a adopção das PPP na área da Saúde é muito recente e teve por base um modelo de parceria inovador, por incluir até 2008, a prestação dos serviços clínicos, ao contrário do modelo internacionalmente mais adoptado, que os exclui.

Deste modo, as Parcerias Público-Privadas (PPP), ou o correspondente termo anglo-saxónico “Public Private Partnerships”, designam como refere Blake, N. (2004), uma forma de cooperação entre autoridades públicas e operadores privados, onde os operadores económicos fornecem meios para financiar, construir, assegurar a manutenção de serviços públicos, tais como: educação, saúde pública, transporte, abastecimento de água, gestão de resíduos, entre outros.

Considera-se que a adopção deste modelo, poderá justificar-se com base num duplo desafio com que vários Estados se depararam, ou seja, por um lado a necessidade de aumentar a qualidade e a eficiência dos serviços públicos e, por outro, ultrapassar as

reconhecidas limitações orçamentais existentes tendo com pilar a justificação adequada do “value for money” (vantagens acrescidas da escolha em causa) dado que se tratam de dinheiros e valores públicos.

No entanto, os resultados da aplicação deste modelo são ainda escassos e os estudos de avaliação destes projectos, para além de diminutos, focam-se apenas em alguns aspectos particulares, com particular destaque para os Relatórios emanados pelo Tribunal de Contas.

Neste enquadramento, o presente trabalho incidirá sobre a temática da Qualidade em Saúde, mais especificamente no que diz respeito aos Indicadores de Resultado para Avaliação da Qualidade dos Serviços Clínicos.

Segundo Leatherman et al. (2003), a investigação sobre a qualidade em cuidados de saúde deve seguir quatro prioridades:

- Melhorar os instrumentos e métodos de medição.
- Melhorar a utilização e a efectividade dos dados de desempenho.
- Respeitar as características das organizações, culturais e profissionais.
- Avaliar o impacto, isto é, descrever a evidência que suporta as medições de qualidade como mecanismo para a melhoria da prestação de cuidados de saúde.

Assim, será realizada uma avaliação comparada desses indicadores, definidos ao abrigo dos contractos celebrados com as Entidades Gestoras dos três Hospitais em regime de Parceria Público-Privada (PPP): Hospital de Braga, Hospital de Cascais e Hospital de Loures.

A escolha destes hospitais prende-se por representarem a totalidade dos “novos” hospitais PPP de “primeira vaga” em funcionamento até à data do estudo, o que significa que abarcam a construção e manutenção da infra-estrutura e a gestão do estabelecimento. Deve considerar-se que o “novo” Hospital de Vila Franca de Xira só entrou em funcionamento no final de Março de 2013 sendo que os dados utilizados neste estudo correspondem ao ano de 2012, motivo pelo qual esta unidade hospitalar não será incluída na análise.

Face ao exposto, a avaliação comparada dos indicadores de resultado dos Serviços Clínicos dos Hospitais PPP referidos, constitui o objectivo primordial deste estudo pelo que a estrutura do trabalho é a seguinte: (1) Enquadramento Teórico; (2) Objectivos; (3) Metodologia; (4) Resultados; (5) Discussão; (6) Conclusões.

No enquadramento teórico é apresentado um aprofundamento ao tema das Parcerias Público-Privadas e da Qualidade em Saúde. Iniciar-se-á por uma perspectiva mais geral para um progressivo aprofundamento dos temas, com a apresentação dos principais aspectos em análise atendendo ao “estado da arte” e esquematização de algumas questões práticas.

Posteriormente são definidos os objectivos (gerais e específicos) e a metodologia do estudo. Segue-se a apresentação dos resultados e a discussão (metodológica e de resultados).

Para finalizar, são retiradas as conclusões, evidenciando-se: (1) Os aspectos inovadores e de maior relevância do presente estudo; (2) A formulação de algumas recomendações; (3) A apresentação de perspectivas e investigação futuras.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O sector da saúde é reconhecidamente um dos sectores mais pronunciados da nossa sociedade (Lucena, Gouveia e Barros, 1996) e um dos mais complexos quer pela importância socioeconómica que representa, pela natureza e heterogeneidade dos bens e serviços que incorpora, quer pela diversidade das relações de interdependência que se verificam entre os diversos elementos que o compõem.

Os sistemas de saúde, enquanto pilares fundamentais da protecção social à condição humana de doença, são influenciados por um conjunto de factores de enorme complexidade atendendo ao mundo repentino e globalizado onde vivemos, que transporta para os diferentes sistemas uma enorme pressão e desafios.

Tal como referido no documento emanado pela Pew Commission em 1998, destaco os seguintes desafios, que ainda permanecem actuais, para os sistemas de saúde:

- 1) Melhorar o nível de qualidade assistencial – actualmente os sistemas de saúde padecem de uma alarmante taxa de erros e cuidados desnecessários (Leape, 1994). A implementação de sistemas de qualidade organizacionais e a de programas de gestão da doença permitem utilizar protocolos, “guidelines” de tratamento ou processos de referenciação inter e multidisciplinares tendentes a minorar práticas erróneas, menos invasivas, indolores, onde as fronteiras entre a organização e o indivíduo sejam minimizadas;
- 2) Reafecção de recursos – a opção estratégica de edificação de infra-estruturas hospitalares durante as décadas de 60 e 70 criou problemas de rentabilização da capacidade instalada numa perspectiva evolutiva do estado de arte tecnológico. A minimização da duração de internamento, incidindo preferencialmente em comportamentos produtivos tendentes a gerar um efeito substituição entre o internamento e o ambulatório programado, parece garantir uma superior qualidade assistencial e um incremento da eficiência técnica e económica;
- 3) Globalização e expansão da economia mundial – a globalização traz associada uma cultura de competição geral em que o pensamento estratégico das organizações deve não só reflectir a realidade local onde se insere, mas buscar possíveis sinergias/conhecimento em locais físicos mais distantes.

Segundo Santana e Costa (2008), as organizações prestadoras de cuidados, enquanto pilares estruturantes dos sistemas de saúde, detêm também um papel central e fundamental na capacidade de resposta a estes desafios, onde particularmente se salienta a necessidade da sua boa gestão para garantir uma resposta flexível e adaptativa constante ao novo meio envolvente emergente. No entanto, importa atender que as organizações de saúde em geral e os hospitais em particular são frequentemente reconhecidos por terem particularidades e especificidades que conferem uma especial complexidade ao seu processo produtivo e à sua gestão (Jacobs, 1974 e Butler, 1995).

Estas questões estão associadas às condições próprias do mercado onde operam, onde se avultam por um lado os aspectos relacionados com a assimetria de informação, com a limitação na soberania do consumidor, com a existência de uma integração vertical incompleta, com a procura derivada, com a relação de agência e com a irrelevância do factor preços para racionalizar a tomada de decisões (Evans, 1984); e por outro características de índole interna que aos hospitais uma particularidade adicional relativamente às organizações tradicionais que operam no mercado em geral.

Preker e Harding (2000) abordam o sector na saúde numa óptica de mercado - teoria das organizações, considerando que os serviços de saúde podem ser categorizados de acordo com as suas características produtivas. Assim, categorizam os serviços saúde de acordo com as três seguintes variáveis: a contestabilidade, mensurabilidade e significativa informação assimétrica. Nesta perspectiva, estes autores estabelecem uma análise matricial onde são confrontadas a concorrência, a mensurabilidade ao nível dos mercados de recursos e mercados de produtos e serviços e a influência da informação assimétrica.

Face ao exposto, importa considerar que o papel do Estado no sector da Saúde tem como objectivo central proporcionar condições de saúde que melhorem o bem-estar de todos os cidadãos. Tal objectivo é assegurado pela garantia do direito fundamental no acesso a cuidados de saúde, de forma continuada e permanente e pela administração de todo o sector no que respeita às políticas globais de saúde e seu financiamento. A nível micro, tal requer uma atenção quer como produtor e fornecedor directo de serviços de saúde quer indirectamente através da regulação do sector e de actividades (Musgrove, 1996; WHO, 2000).

Em Portugal, através da reforma do sector hospitalar que remonta à década de 90, nomeadamente à definição da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS, considera-se que a rede hospitalar portuguesa é um dos mais significativos activos e um dos mais importantes investimentos realizados nas últimas décadas na construção de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acesso universal para responder a uma procura de cuidados de saúde cada vez mais sofisticada e exigente por parte dos cidadãos.

Neste contexto, de acordo com o Tribunal de Contas (2009), as medidas tomadas tardaram a gerar os necessários efeitos estruturante e de difusão para operarem as imperativas mudanças exigidas pelas necessidades de serviço público que se têm feito sentir, bem como pela necessidade de garantir o respectivo financiamento.

Por conseguinte, nos tempos mais recentes, têm sido ensaiadas duas vias para a obtenção de tais resultados:

- A abordagem das PPP, promovendo a participação do sector privado na gestão e financiamento de unidades hospitalares do SNS;
- A empresarialização da gestão hospitalar pública, designadamente com a alteração das práticas públicas de gestão e financiamento, bem como a mudança do estatuto administrativo dos hospitais, introduzindo um estatuto de natureza hospitalar, embora sob controlo accionista público, num número significativo e crescente de hospitais.

De acordo com Costa, C. (2005), ao abordar a temática da avaliação do desempenho das organizações de saúde, considero pertinente destacar um aspecto de índole geral e outro de natureza conjectural que permitem também enquadrar a pertinência do presente estudo, ou seja:

- Somente após a definição, explicitação e implementação de um modelo de avaliação do desempenho das organizações de saúde, se poderão criar mecanismos que, simultaneamente proporcionem uma maior responsabilização dos agentes internos (gestores e profissionais prestadores) e possibilitem ainda a sua reprodutibilidade na actividade e na gestão de cada organização de saúde;
- Somente após a definição de um cenário de avaliação se podem estabelecer modelos previsionais para análises de rentabilidade dos capitais e recursos – como para o estado regulador;
- Somente a criação destes mecanismos de avaliação lhe poderá permitir uma avaliação científica, unívoca e criteriosa da bondade das novas experiências de gestão, como é o caso das Parcerias Público-Privadas.

2.1. AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

2.1.1. DEFINIÇÃO E CONCEITOS

Existem diversos cenários de parcerias entre o sector público e o sector privado que variam, entre outros aspectos, em função dos sectores de intervenção, dos objectivos e dos países. Esta diversidade dificulta a criação de uma única definição ou modelo de PPP:

- 1) A nível europeu, a Comissão Europeia, no Livro Verde (CEE 2004), define as PPP como: “formas de cooperação entre as autoridades públicas e as empresas, tendo por objectivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção de uma infra-estrutura ou a prestação de um serviço”.
- 2) Em Portugal, no Decreto-Lei nº86/2003 de 26 de Abril, define-se PPP como: “o contrato ou união de contractos, através dos quais entidades privadas, se obrigam, de forma duradoura, perante o parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma actividade que visa a satisfação de uma necessidade colectiva, cabendo ao parceiro privado, no todo ou em parte, as responsabilidades pelo financiamento, investimento e exploração do projecto. Por outro lado, cabe ao parceiro público o acompanhamento e o controlo da execução do objecto da parceria, de modo a assegurar a prossecução dos fins de interesse público”.
- 3) De acordo com Lignières (2000), as PPP “podem definir-se como a colaboração, na autoria de projectos comuns, entre o Estado e as entidades públicas que o integram, por um lado, e empresas privadas por outro. As parcerias ganham particular relevo nas situações em que a colaboração com os privados permite ao Estado privatizar as suas funções e realizar projectos com um grau de eficiência elevado”.
- 4) Segundo Filho, A. (2004) as PPP podem constituir uma forma alternativa de financiar a operacionalização e expansão de sectores onde existam importantes falhas de mercado e que apresentem profundas repercussões sociais e económicas. A atracção de capitais privados, através de parcerias público

privadas, é um mecanismo que permite complementar os escassos recursos públicos disponíveis, mas ao mesmo tempo permite manter políticas públicas.

De acordo com o emanado no “Livro Verde” (CEE 2004), as PPP caracterizam-se em função das seguintes variáveis:

- Duração da relação entre o parceiro do sector público e o parceiro do sector privado, frequentemente de longo prazo, por várias décadas;
- Papel dos agentes económicos, nas diferentes fases do projecto (concepção, realização, aplicação, financiamento);
- Parceiro público que se concentra em definir objectivos a atingir, a qualidade dos serviços propostos, as políticas de preço e assegura o controlo do cumprimento desses objectivos;
- Modo de financiamento do projecto, assegurando em grande parte pelo sector privado, através de complexas montagens jurídico-financeiras;
- Distribuição do risco entre o parceiro do sector público e o parceiro do sector privado, para o qual são transferidos os riscos habitualmente suportados pelo sector público. Convém no entanto realçar que a distribuição do risco se efectuará caso a caso, em função das capacidades das respectivas partes envolvidas para os avaliar, controlar e gerir.

No documento supra citado, consideram-se genericamente e em termos contratuais, as seguintes partes envolvidas:

- Parceiro Público – Cabe-lhe assegurar o controlo e regulamentação do projecto. Este tipo de parcerias é realizada para haver uma partilha de conhecimento e recursos de ambas as partes aproveitando o melhor de cada uma. O parceiro público pode ser entendido como: (1) O Estado e entidades públicas estaduais; (2) Os fundos e serviços autónomos; (3) As empresas públicas e as entidades por elas constituídas com vista à satisfação de interesses comuns.
- Parceiro Privado – É toda a entidade não pública que desempenha as funções necessárias para se tratar de uma parceria (financiamento, construção, gestão, exploração, entre outras).

Atendendo ao “manancial” de requisitos a considerar relativamente às PPP, no **Anexo I** encontram-se explorados com maior detalhe os seguintes aspectos: (1) As “Tipologias” das PPP; (2) “Factores Chave” determinantes para o sucesso das PPP; (3) “Fases” a considerar no lançamento de uma PPP; (4) Génese e Expansão das PPP no Mundo.

2.1.2. A EVOLUÇÃO DAS PPP EM PORTUGAL

Nos últimos anos, regista-se um aumento considerável da cooperação entre os sectores público e privado, associado ao acréscimo da participação do sector privado em actividades tradicionalmente públicas, bem como a intervenção dos privados em determinadas fases do processo de provisão de bens e serviços públicos. De acordo com Fernando Branco (OPPP Católica, 2011), as parcerias público-privadas foram instituídas em Portugal para “tirar partido da tradicional melhor capacidade de gestão do sector privado”.

Assim, têm-se multiplicado as iniciativas desenvolvidas neste enquadramento em diversos sectores:

- Transportes – Para além das pontes em Lisboa, estão assim concessionadas auto-estradas, SCUTs e ligações ferroviárias, sendo este o modelo para o desenvolvimento do TGV e do Novo Aeroporto de Lisboa;
- Saúde – Este foi o modelo inicial para hospitais como o Amadora-Sintra ou o de Braga, mantendo-se em projectos mais recentes como os Hospitais de Loures ou de Lisboa Oriental;
- Energia – Este modelo regula as relações entre o Estado e as empresas que irão construir, explorar e manter as barragens do novo Programa Nacional de Barragens;
- Ambiente – Um pouco por todo o país, dezenas de empresas do abastecimento de água, da recolha e tratamento de águas residuais e de resíduos sólidos funcionam ao abrigo de concessões de parcerias público-privadas.

Segundo Moreno (2010), Portugal é o país europeu com maior percentagem de PPP, quer em relação ao Produto Interno Bruto, quer em relação ao Orçamento do Estado. Esta afirmação pode ser comprovada com base em duas fontes credíveis:

- “Leage Tables Project Finance International” – Portugal aparece distanciado, no topo da lista, com 1.559 mil milhões de euros em empréstimos, seguida da França com 467, da Polónia com 418, de Espanha com 289, da Irlanda com 141 e da Itália com 66 milhões.
- Ministério das Finanças (2012) – Entre 2008 e 2011, o montante dos encargos líquidos com as PPP quase quadruplicou, ascendendo a 1.823 milhões de euros no último ano. Em percentagem do PIB estes encargos evoluíram de aproximadamente 0,3% em 2008 para 1,1% em 2011. Deve ser realçado que o valor de 2011

representa um acréscimo de aproximadamente 25% face aos valores inicialmente previstos.

Relativamente ao normativo legal das Parcerias Público-Privadas, salienta-se que este modelo de contratação avançou em Portugal antes de ter desenvolvido o seu enquadramento legal e orçamental específico. De facto, esta situação encontra-se em linha com a inexistência de um quadro jurídico específico de regulação das PPP a nível comunitário, não obstante da necessidade de cumprimento das regras e princípios do Tratado Comunitário Europeu: transparência, igualdade de tratamento, proporcionalidade e reconhecimento mútuo.

Assim, destacam-se as principais referências legais:

- 1) Decreto-Lei n.º 26/2002 de 14 de Fevereiro – Estabelece o novo classificador económico das receitas e despesas públicas. Veio definir para a contabilidade orçamental o registo dos encargos com as PPP, no agrupamento de despesa aquisição de bens e serviços.
- 2) Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de Abril – Define as normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado no âmbito das Parcerias Público-Privadas, com especial ênfase, nas fases de concepção, concurso, adjudicação e alteração das PPP. O foco de análise incide sobre os encargos financeiros das PPP, tendo como princípio que a opção PPP apenas se justifica quando se revelar vantajosa em confronto com o comparador do sector público, ou seja, as PPP têm como finalidades nucleares o acréscimo de eficiência na afectação de recursos públicos e a melhoria qualitativa e quantitativa dos serviços, introduzindo, para o efeito, adequados mecanismos de controlo que permitam uma avaliação permanente, por parte do parceiro público e dos potenciais utentes do serviço.
- 3) Decreto-Lei nº 141/2006 de 27 de Julho – O Ministério das Finanças introduziu alterações ao regime jurídico das PPP pois foram reconhecidas um conjunto de fragilidades relativamente a um acréscimo de onerosidade para o Estado, relativamente às expectativas iniciais ou mesmo aos termos efectivamente contratados, em que não se verifica uma efectiva transferência de risco para os parceiros privados ou em que, pelo menos, o parceiro público assume compromissos ou assegura taxas de rendibilidade dos capitais privados sem correspondência no perfil de risco efectivo do projecto.

2.1.3. O COMPARADOR PÚBLICO

O comparador público pode ser classificado mediante o seu âmbito de aplicação, não obstante da manutenção da sua essência conceptual. Assim, serão abordados os dois aspectos principais: Comparador do Sector Público (CSP) e “Grupo de Referência”.

1) Comparador do Sector Público (CSP)

Consiste no parâmetro com que se define se há vantagem ou não na formação de uma parceria. É também na comparação entre este parâmetro e o valor final do concurso que se avaliam as vantagens económicas de um projecto em PPP, conforme previsto nos termos da alínea e) do ponto 10º do Artigo 8º do Decreto-Lei 86/2003 de 26 de Abril.

Deste modo, o Custo Público Comparável (CPC) tem como principal avaliar a economia, eficiência e eficácia da realização da parceria, através da sua comparação com os valores das propostas que forem submetidas pelos parceiros privados. O custo da proposta privada não deverá ser superior ao Custo Público Comparável, reservando-se o Estado o direito de extinguir o Procedimento Concursal ou de não adjudicar o Contrato de Gestão, caso o valor global actual líquido dos pagamentos anuais a efectuar pelo Estado no âmbito da melhor proposta seja superior ao valor do CPC.

Para o cálculo dessa eventual mais-valia financeira, serão necessários dois valores base:

- O valor da realização do projecto, caso fosse realizado por uma entidade privada (valor que irá resultar da análise das propostas apresentadas durante a fase de concurso para a realização de um dito projecto);
- O valor equivalente à determinação do custo, devidamente ajustado pelos factores de risco, que resultaria para o Estado e/ou para a entidade pública promotora, caso este(a) decidisse promover directamente o projecto de acordo com especificações de output perfeitamente definidas”, que consiste no Custo Público Comparável (CPC).

Para Jorge Abreu Simões (2004), a construção do comparador do sector público comporta um certo grau de incerteza e subjectividade na apreciação do valor dos riscos tradicionalmente incorridos pelo sector público e que, parcialmente serão transferidos para o operador privado porque os riscos presentes num projecto de PPP são complexos e difíceis de quantificar, factor que pode ter consequências na apreciação da valia da parceria na óptica do interesse público. Em linha, Miguel Gouveia (OPPP Católica, 2011)

afirma que o CSP tem um cálculo complexo suscitando problemas com a sua transparência.

2) “Grupo de Referência”

Neste caso, a avaliação dos hospitais em regime de PPP será realizada comparativamente a um grupo de referência de hospitais públicos, tendo como “trave mestra” a escolha dos mais eficientes do sector público e com características semelhantes em termos de dimensão e complexidade.

A definição deste “Grupo de Referência” encontra-se descrita no artigo 43º e 71º, do contrato com o Hospital de Braga, Cascais e Loures, respectivamente.

Constata-se que a fixação dos valores de referência deve ser efectuada por acordo, no âmbito do procedimento anual respeitante à Entidade Gestora do Estabelecimento, aplicáveis a partir do primeiro ano civil completo após a Entrada em Funcionamento do Estabelecimento Hospitalar.

A composição do grupo de referência deverá revista de dois em dois anos, tendo em vista a manutenção da comparabilidade do hospital e reflectir o desempenho mais eficiente do sector público. A composição desse grupo pressupõe a comunicação à Entidade Gestora do Estabelecimento pela Entidade Pública Contratante, com a respectiva fundamentação até ao final de cada ano civil imediatamente anterior ao biénio a que respeita.

Os valores de referência são determinados com base:

- Nos resultados obtidos pelos hospitais do Grupo de Referência;
- Nos resultados efectivamente obtidos pelo Estabelecimento Hospitalar nos últimos dois anos, ou no último ano quando o Estabelecimento Hospitalar esteja em funcionamento há menos de dois anos;
- Nos valores de referência fixados no período anterior;
- Nos limites aos valores de referência estabelecidos nos contractos.

2.2. AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SECTOR DA SAÚDE

Tal como explanado anteriormente, as PPP são um mecanismo através do qual, o Estado, em parceria com o sector privado, procura promover a eficiência na utilização dos recursos e a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados. A avaliação destas duas variáveis exige quer a definição objectiva dos serviços, quer o estabelecimento e especificação de indicadores de avaliação e monitorização da produção, do desempenho e dos resultados. Sendo que todos estes elementos devem ser observáveis.

Numa PPP, o modelo de gestão centra-se no produto/produção (output) e resultados (“outcomes”), tendo por base princípios de avaliação de desempenho, em substituição do tradicional modelo centrado na avaliação de recursos. O parceiro privado é compensado (pagamentos efectuados e penalizações aplicadas), em medida do desempenho das metas e objectivos atingidos face aos critérios e padrões inicialmente definidos em contrato para um determinado período temporal.

Neste sentido, as parcerias público-privadas não são algo de verdadeiramente novo, no entanto segundo Simões, J. (2004), o que é verdadeiramente uma novidade nesta nova e forte tendência à escala global de proliferação das Parcerias Publico Privadas é o objecto das mesmas: serviços públicos de natureza não infra-estrutural (serviços públicos com uma grande componente operacional – “public utilities”), o que vem alterar a ideia pré-concebida segundo a qual, o prestador de serviços públicos por excelência é o poder central ou organismos em representação deste. Mas as parcerias no sector da saúde têm algo ainda mais inovador, o facto de serem parcerias num sector de interesse geral predominantemente social e não-económico.

De acordo com o mesmo autor, as PPP na Saúde podem ser consideradas como uma associação duradoura estabelecida entre entidades públicas do SNS e operadores do sector privado e social, sendo consubstanciadas, em cada caso, numa relação contratual de longo prazo com uma (ou mais) sociedades veículo de natureza comercial, enquanto entidades gestoras, cujo objecto exclusivo é o exercício do objecto ou objectos contratuais. As PPP terão permitido a incidência dos benefícios da gestão privada, em sectores que, devido à natureza de bens ou serviços públicos, lhes estavam vedados, no entanto tal como salienta, as PPP só devem ser utilizadas quando estiver provado que representam a melhor opção de subdivisão e responsabilização pelos riscos e que,

consequentemente irão levar a ganhos em termos de eficiência, eficácia e competitividade de um serviço de índole público e que não são utilizadas para adiar ou escamotear a realização de despesas públicas.

Segundo Daniel Hood (2006), neste contexto importa destacar as regras de Ryrie, as quais consagraram as condições nucleares de recurso ao investimento privado: em primeiro lugar, os projectos financiados com fundos privados tinham de ser testados, tendo como contraponto um modelo de financiamento público tradicional susceptível de atingir os mesmos fins, devendo então a iniciativa privada demonstrar o “Value for Money”; e, em segundo lugar, os fundos privados não representavam um investimento adicional, implicando antes a redução do investimento público, deduzido o montante de financiamento privado mobilizado.

Assim, nos últimos anos emergiram experiências de parcerias com o sector privado no âmbito dos sistemas públicos de saúde, baseados em três modelos fundamentais que iremos abordar de seguida:

- O modelo do Reino Unido;
- O modelo do Estado de Vitória, na Austrália;
- O modelo da Autonomia Regional de Valência, em Espanha.

2.2.1. MODELOS INTERNACIONAIS – HOSPITAIS

As PPP nos hospitais têm sido desenvolvidas em vários países, de acordo com três modelos tipo. Os modelos diferem no perímetro das actividades que são, ou não, incluídas na parceria (Cruz e Marques, 2012).

Assim, serão abordados de seguida os três modelos de PPP em saúde, reconhecidos a nível Internacional:

1) Modelo do “Tipo” Infra-Estrutural – Ex: Reino Unido:

O primeiro modelo é o mais simples e diz respeito às parcerias estabelecidas para projectar, construir, financiar e operar a infra-estrutura hospitalar. Estes contractos podem dizer respeito a infra-estruturas novas (“projectos greenfield”) ou à reabilitação e/ou ampliação de infra-estruturas existentes (“projectos brownfield”).

Segundo Simões, J. (2004), o modelo do Reino Unido é aquele que tem revelado uma maior aceitação universal. A aparente maior adesão a este modelo está relacionada com o facto de não ser atribuído ao operador privado a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde nem pela gestão hospitalar e clínica, tornando o modelo relativamente atractivo para as ordens profissionais, sindicatos, construtores e instituições financeiras, embora por diferentes razões.

Nesta medida, o «contrato de concessão» centra-se “apenas” na concepção, construção e financiamento dos novos activos infra-estruturais ou renovados, incluindo a manutenção desses activos e os serviços de apoio e logísticos durante o período do contrato (normalmente entre os 25 ou 30 anos), sendo os referidos activos reversíveis para o SNS no respectivo termo.

No Reino Unido, apesar dos serviços clínicos não estarem incluídos nos modelos contratuais de parceria, na avaliação realizada pelo National Audit Office (NAO) ao contrato de PPP do Darent Valley Hospital, destaca-se a recomendação efectuada relativa à mensuração do desempenho. É referido em NAO (2005) que "o Trust deve reduzir, tanto quanto possível, a subjectividade na forma como é mensurado o desempenho". A subjectividade na definição dos critérios de avaliação conduz a diferentes interpretações causando assim falhas na avaliação do desempenho e resultados.

2) Modelo com Integração da infra-estrutura e da gestão clínica – Ex: Austrália:

Este modelo contempla não só a infra-estrutura e alguns serviços auxiliares mas também a gestão clínica. Significa isto que o corpo médico e a gestão clínica hospitalar fazem parte do projecto da parceria. Tal inclui actividades como recrutamento e gestão de pessoal médico, operação e manutenção de equipamento médico e todas as actividades directamente relacionadas com a prática clínica.

Todo o hospital é gerido pelo concessionário, o qual é composto por um conjunto de entidades especializadas em fases chave do processo de PPP: construtor (construção e manutenção do hospital), entidade privada especializada na prestação de cuidados de saúde e entidades bancárias para garantirem o financiamento do projecto.

A Austrália é constituída por uma Federação de Estados, tal como os Estados Unidos da América logo, as políticas de PPP, à semelhança de outras, geralmente são implementadas a nível estadual. Os sistemas públicos de saúde são também desenhados de acordo com a política de cada estado federado. Estimava-se que em

2004, 40% dos hospitais públicos requeriam renovação ou substituição no prazo de quinze anos (custo estimado de vinte e dois bilhões e quinhentos milhões de dólares). No entanto, o modelo australiano mais marcante e distintivo emergiu na passagem para a segunda metade da década de noventa e ocorreu essencialmente devido à abordagem do Estado de Vitória. Este modelo caracteriza-se por envolver a contratação dos serviços clínicos e o desenvolvimento das infra-estruturas hospitalares pelo operador privado, mas sem prever a sua reversibilidade para o sector público no termo do contrato (normalmente entre os 15 a 20 anos).

Neste País, existem vários projectos de construção de hospitais, entre eles o Beriwck Community Hospital, um projecto de 120 milhões de USD concluído em Outubro de 2002. Trata-se de um Hospital Comunitário com a capacidade de 229 camas e contrato de exploração de 25 anos pelo Progress Health Consortium. Contudo, analisando as experiências contratuais conhecidas, as quais envolvem a transferência da prestação de serviços clínicos para entidades privadas, verifica-se a existência de sérias limitações nos padrões de qualidade definidos e contidos nos contractos e na capacidade no sector público assegurar o controlo dos mesmos.

No caso do La Trobe Regional Hospital, é referida a falha em garantir a continuidade dos padrões de qualidade de cuidados médicos e dificuldades de monitorização dos mesmos (AGWA, 1997; Pollock, et al., 2001). A dificuldade de mensuração e avaliação do desempenho tem constituído um motivo para a rescisão de contractos de prestação de serviços clínicos. A dificuldade de quantificar os serviços é tão grande que até quando existem cláusulas de penalização podem, no entanto, ser impossíveis de aplicar na prática (Pollock, et al., 2001:30).

3) Modelo com Integração da infra-estrutura, serviços clínicos e cuidados primários – Ex: Espanha:

Dos três modelos analisados é o modelo mais complexo, na medida em que se estende para além do perímetro do hospital, ou seja, inclui outras componentes do sistema de saúde, como as unidades de prestação de serviços médicos primários.

O princípio deste modelo assenta no princípio do controlo de fluxo de admissão ao hospital pelo concessionário. São conhecidas as ineficiências geradas ao nível hospitalar como resultado de um processo ineficaz de triagem e de coordenação ao nível das unidades de saúde primárias. Deste modo, o concessionário gere, com base no princípio da subsidiariedade, os recursos disponíveis no hospital, certificando-se que os casos não

urgentes, ou que não requerem tratamento diferenciado, são resolvidos ao nível dos cuidados primários. Acresce o facto de esta integração contribuir para melhorar a eficiência no diagnóstico e tratamento realizado ao nível das unidades de saúde primárias.

Em Espanha, experiência mais relevante foi iniciada em 1996 pela Comunidade de Valência com o hospital público «Alzira», La Ribera. Constituiu o primeiro caso de integração da infra-estrutura, serviços clínicos e cuidados primários. Este modelo assenta num contrato do tipo concessão administrativa, abrangendo a concepção, construção, financiamento da nova unidade hospitalar e a prestação dos serviços clínicos por um período de 10 anos (renovável até 15 anos) e prevendo a transferência da unidade hospitalar para o sector público no termo do contrato.

Esta experiência tem revelado aspectos positivos como:

- O cumprimento dos prazos de construção;
- Inexistência de custos de investimento significativos;
- Inexistência de grandes atrasos e de problemas relevantes;
- Reconhecimento geral do aumento do nível de desempenho e qualidade dos serviços de saúde prestados.

Os novos concursos já prevêem a integração com os cuidados primários e especializados (hospitalares e de ambulatório). Em 2003, foi estabelecido o programa “Madrid Nuevas Infraestructuras Sanitarias 2007”, que tinha como objectivo até 2007 a construção de nove hospitais tendo o contrato uma duração entre 28 a 30 anos. Devido ao sucesso deste programa foi possível a remodelação do sector da saúde, uma vez que todos os hospitais em Madrid tinham à data mais de 30 anos. Em 2007, terminado este plano, foi estabelecido um novo para a construção de mais quatro hospitais até 2011.

Neste contexto, o modelo português emerge como um “quarto modelo”, considerando a sua abordagem “inovadora”.

2.2.2. O MODELO “PORTUGUÊS”

Em Portugal, a primeira e única experiência de gestão privada de um hospital público datava de 1995, altura em que foi lançado um concurso para a gestão privada do Hospital Fernando da Fonseca, na Amadora.

A concessão entregue ao Grupo José de Mello Saúde incidia apenas sobre a gestão geral e clínica do hospital, tendo a construção sido financiada por fundos públicos e contratada em moldes tradicionais. A referida concessão terminou, sem ser renovada, em Dezembro de 2008. A explicação para a não renovação deste contrato sintetiza a história das PPP da Saúde e da sua interacção com o Ministério da Saúde, uma vez que, do início para o fim da concessão, a filosofia política subjacente às PPP na Saúde se alterou.

No entanto, o anúncio do lançamento da primeira vaga de Hospitais e do Programa de Parcerias Público-Privadas para a Saúde, ocorreu em 2001. No mesmo ano, foi criada a Estrutura de Missão Parcerias Saúde, com o objectivo de executar a estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão, no âmbito do SNS, nomeadamente através da criação de PPP.

Considerando este enquadramento, o modelo PPP Português, para os novos hospitais do SNS baseia-se num contrato de gestão cujo objecto envolve a cadeia de actividades que vai desde a concepção, construção, financiamento, conservação e exploração dos activos infra-estruturais até à gestão geral do hospital, incluindo a prestação de serviços clínicos.

As parcerias na área de saúde encontram-se divididas em programas de PPP de “primeira vaga” e de “segunda vaga”, as quais diferem essencialmente pelo seu âmbito, ou seja, enquanto as PPP de “primeira vaga” abrangem a construção e manutenção da infra-estrutura e a gestão do estabelecimento, as de “segunda vaga” abrangem apenas o projecto de construção e a manutenção do edifício.

Os **hospitais de “primeira vaga”**, de que o Amadora-Sintra é precursor, assentam num contrato de gestão celebrado com duas entidades gestoras. Deste modo, no seguimento de um concurso público e do confluente contrato de gestão, o modelo será implementado através de duas sociedades gestoras:

- Entidade responsável pela gestão geral do estabelecimento hospitalar e a prestação dos serviços clínicos durante um prazo de 10 anos;
- Entidade gestora do edifício hospitalar que assume a prestação dos serviços infra-estruturais durante um período contratual previsível de 30 anos, sendo responsável pela concepção, construção e manutenção do edifício e infra-estruturas hospitalares, bem como pelas actividades de “hard facilities management”.

Importa considerar que os serviços logísticos e de apoio directo e indirecto à prestação de cuidados são geralmente agrupados em duas categorias, “hard facilities management” (HFM) e “soft facilities management” (SFM). Os serviços de HFM compreendem, por exemplo, o estacionamento, a jardinagem e manutenção de espaços verdes, a manutenção do edifício e de redes, a recolha e disposição de resíduos. Os serviços de SFM englobam, por exemplo, a higiene e limpeza, a lavandaria, a alimentação, a segurança de pessoas e bens, a portaria.

O programa das parcerias público-privadas para o sector hospitalar compreende o lançamento de 10 novos hospitais de raiz (“green field projects”), sendo 8 projectos hospitalares de substituição, conforme expresso na tabela seguinte (“primeira vaga”):

Tabela 1 – “Primeira Vaga” das PPP na Saúde

Nº	PPP SAÚDE (1ª Vaga)	Aprovação Bases Concessão
1	Gestão do Centro de Atendimento do SNS	2004
2	Gestão do Hospital de Braga – Estabelecimento	2005
3	Gestão do Hospital de Vila Franca Xira – Ent. Gest. Estabelecimento	2005
4	Gestão do Hospital de Vila Franca Xira – Ent. Gest. Edifício	2005
5	Gestão do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul	2006
6	Gestão do Hospital de Braga – Ent. Gest. Edifício	2006
7	Gestão do Hospital de Loures – Ent. Gest. Estabelecimento	2007
8	Gestão do Hospital de Loures – Ent. Gest. Edifício	2007
9	Gestão do Hospital de Cascais – Estabelecimento	2008
10	Gestão do Hospital de Cascais – Edifício	2008

Fonte: Ministério das Finanças. Direcção-Geral Do Tesouro e Finanças (2008).

Relativamente aos projectos que se enquadram numa **“segunda vaga” de PPP**, adoptou-se o modelo mais comum, isto é o modelo “infra-estrutural”. Trata-se de parcerias onde se concessionaria apenas a construção das instalações hospitalares e apenas uma parte reduzida da gestão hospitalar, que inclui serviços de hotelaria, de manutenção, conservação e vigilância de edifícios e zonas envolventes, como parques de estacionamento. Verifica-se portanto, uma opção bem marcada por parte dos

responsáveis da Saúde, de deixar de fora do âmbito privado a gestão hospitalar no que toca à prestação de cuidados de saúde.

Neste contexto, considerando o Despacho nº 12 891/2006 de 31 de Maio do Ministro da Saúde, estabelecida a seguinte ordem de prioridades: (1) Hospital de Todos os Santos (Lisboa); (2) Hospital de Faro; (3) Hospital do Seixal; (4) Hospital de Évora; (5) Hospital de Vila Nova de Gaia; (6) Hospital de Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

De seguida, com base na informação disponibilizada pelo Ministério das Finanças, serão contextualizadas as três unidades hospitalares, objecto do presente estudo.

O novo **Hospital de Cascais** entrou em funcionamento no dia 23 de Fevereiro de 2010. Possui uma capacidade para 277 camas de internamento, seis salas operatórias e dez blocos de partos. A área de influência do novo hospital é constituída pelo concelho de Cascais (170 mil habitantes) e por oito freguesias do concelho de Sintra (Algueirão-Mem Martins, Colares, Pêro Pinheiro, São João das Lampas, Santa Maria e São Miguel, São Martinho, São Pedro de Penaferrim e Terrugem), estas a ser servidas apenas na vertente dos cuidados materno-infantis.

O modelo de parceria adoptado para este hospital assenta num contrato de gestão celebrado com duas entidades gestoras: a HPP, S.A. (Grupo ligado à Caixa Geral de Depósitos), para o estabelecimento hospitalar (responsável pela prestação de cuidados de saúde) e TDHOSP, S.A. (consórcio liderado pela Teixeira Duarte) para o edifício hospitalar, responsável pela construção, financiamento, conservação e exploração do novo edifício hospitalar. Os prazos de concessão são de 30 anos para o edifício hospitalar e de 10 anos para a prestação de cuidados de saúde, renováveis até ao prazo máximo de 30 anos.

Em 2009 iniciou-se a construção do novo **Hospital de Braga** tendo a sua inauguração sido realizada em Maio de 2011. Esta unidade substitui o Hospital de S. Marcos e tem uma capacidade superior a 700 camas (mais 200 camas relativamente à unidade anterior) e possui doze salas de bloco operatório. Serve uma população com cerca de 1 milhão de habitantes, distribuídos por cinco subáreas: Braga, Amares, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde; Famalicão; Barcelos e Esposende; Guimarães, Vizela, Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto e a população do distrito de Viana do Castelo.

Foi seguido o modelo de parceria que assenta num contrato de gestão celebrado com duas entidades gestoras (uma para a gestão do edifício e outra para a componente de

serviços clínicos – Grupos: Mello, Edifer e Somague): Escala Braga, Gestora do Edifício S.A.; Escala Braga, Gestora do Estabelecimento S.A. A Entidade Gestora do Estabelecimento, responsável pela prestação dos cuidados de saúde, assegurou a gestão do Hospital de S. Marcos no dia 1 de Setembro de 2009. Os prazos de concessão são de 30 anos para o edifício hospitalar e de 10 anos para a prestação de cuidados de saúde.

Em 2009 iniciou-se também a construção do novo **Hospital de Loures** “Hospital Beatriz Ângelo”, cuja obra foi concluída no final do ano de 2011. O edifício está equipado com 424 camas de internamento, 8 blocos operatórios, 44 gabinetes de consulta externa e 64 postos de hospital de dia. Serve uma população de 272 mil habitantes, englobando o concelho de Loures, com excepção das freguesias de Bobadela, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém, Santa Iria da Azóia e São João da Talha, o concelho de Odivelas, o concelho de Sobral de Monte Agraço e ainda as freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro do concelho de Mafra.

Foi seguido o modelo de parceria que assenta num contrato de gestão celebrado com duas entidades gestoras (uma para a gestão do edifício e outra para a componente de serviços clínicos – Grupo Espírito Santo): SGHL Sociedade Gestora do Hospital de Loures S.A.; HL Sociedade Gestora do Edifício S.A. O custo de construção está estimado em 85 milhões de euros e os prazos de concessão são de 30 anos para o edifício hospitalar e de 10 anos para a prestação de cuidados de saúde. Esta unidade hospitalar terá.

De acordo com o Relatório de 2009 emitido pelo Tribunal de Contas, salienta-se que cerca de sete anos após a criação da Estrutura de Missão Parcerias Saúde e cinco anos depois de ter sido lançado o primeiro programa de concurso, o programa de PPP do sector da saúde não tinha ainda dado origem a qualquer processo de contratação, na medida em que só em finais de 2008 foi visado pelo TC o contrato do primeiro hospital (Hospital de Cascais), o que coloca obviamente em causa a credibilidade desse Programa.

No mesmo documento, reconhece-se que o recurso às PPP permite ultrapassar não só as restrições orçamentais, como, em muitos casos, o deficit de infra-estruturas e de serviços públicos. Nas PPP, como a gestão do projecto, nas vertentes de financiamento, projecto, construção, operação está a cargo e não do Estado, este, por vezes, não cuida de minuciosamente adequar o seu planeamento e os seus recursos a este tipo de contratação, o qual difere, em muito, do da contratação pública tradicional.

2.2.3. ALOCAÇÃO DE RISCOS E CONTROLO

O elemento vital, distintivo e marcante de uma concessão é a assunção de risco de exploração por parte da concessionária. Por conseguinte, será relevante conhecer qual a melhor forma de alocação de riscos entre os dois parceiros, de forma a minimizar o custo global de desenvolvimento do projecto, optimizando a sua eficiência, tendo como princípio basilar a alocação do risco ao parceiro mais habilitado para o identificar, gerir e minimizar, reduzindo, desta forma, o risco e o custo global do projecto.

O art. 7.º do Decreto-Lei nº 141/2006 de 27 de Julho determina, por sua vez, que a partilha de riscos entre as entidades públicas e privadas deve estar claramente identificada contratualmente, devendo reger-se pelos seguintes princípios: “os diferentes riscos inerentes à parceria devem ser repartidos entre as partes de acordo com a sua capacidade de gerir esses mesmos riscos”, “o estabelecimento da parceria deverá implicar uma significativa e efectiva transferência de risco para o sector privado e que o risco de insustentabilidade financeira da parceria, por causa não imputável a incumprimento ou modificação unilateral do contrato pelo parceiro público, ou a situação de força maior, deve ser, tanto quanto possível, transferido para o parceiro privado”, já que “o que está em causa é o estabelecimento do quadro de transferências e partilha susceptível de proporcionar maiores ganhos de valor para o parceiro público, incluindo a relação qualidade-preço.

Detendo o risco um impacto directo sobre os projectos objecto de PPP exige-se uma prévia identificação e avaliação, quantitativa e qualitativa dos riscos envolvidos em cada serviço. Apesar de ser possível quantificá-los, existem alguns cuja complexidade de determinação é de tal maneira elevada que exigem consideráveis esforços e custos, os quais não geram correspondentes resultados com elevado índice de certeza (CCE, 2003).

A transferência de risco deve ser efectuada na óptica da eficiência económica e não na da política fiscal que procura a máxima transferência de risco. A decisão deve, assim, ser efectuada com base no indicador que melhor e mais vantagens socioeconómicas (“*Value for Money*”) apresentam face ao modelo tradicional, permitindo, desse modo, ao Estado obter ganhos significativos e minimizar o efeito adverso sobre o parceiro privado. Assim, a análise custo-benefício não ser só baseada apenas em termos monetários, mas

também em não monetários. Um dos objectivos a alcançar, com transferência de risco, é melhoria da qualidade do serviço (CCE, 2003).

Num processo concursal de PPP na área da saúde, identificam-se as seguintes responsabilidades atribuídas:

- 1) A identificação e formulação dos projectos de PPP são, em grande parte, da responsabilidade da entidade sob a alçada do Ministério da Saúde – Parcerias Saúde. Pode existir também um pequeno contributo de outros departamentos do Ministério da Saúde;
- 2) A preparação do projecto de PPP e a avaliação ex ante é da responsabilidade das Parcerias Saúde, de outros departamentos do Ministério da Saúde e também do Ministério das Finanças através da Parpública;
- 3) O processo de selecção das propostas recebidas é da responsabilidade, em grande parte, do Comité de Avaliação das Propostas, que é constituído essencialmente por técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças mas, o Comité é um órgão que se reúne apenas em part time;
- 4) Gestão dos contractos – Podemos ter várias abordagens, os contractos mais pequenos como é o caso do Centro de atendimento do SNS, serão geridos por um sector do Ministério da Saúde, mais próximo do projecto em si, dando as Parcerias Saúde apoio a esse sector sempre que necessário. A gestão dos contractos com maior dimensão será da responsabilidade do organismo Parcerias Saúde;
- 5) Monitorização e avaliação das parcerias – As Parcerias Saúde têm um papel muito importante, porque serão responsáveis por monitorizar e avaliar todos os projectos de PPP.

De acordo com Ricardo Reis (OPPP Católica, 2011), ultimamente as PPP melhoraram significativamente sobretudo devido à “partilha do risco”. Originalmente a partilha do risco pura e simplesmente não existia, uma vez que o Estado arcava inevitavelmente com a responsabilidade dos desvios de custos. Isto tinha três principais causas:

- 1) O “Scope Creep”, definido comumente como o “já agora”, ou seja, alterações sistemáticas ao projecto inicial por vontade e em benefício do cliente (neste caso o Estado) que atrasam a realização dos investimentos, desviam a atenção do objecto original de negócio e crescem significativamente o custo;
- 2) Desvios de custos por má ou incompetente planificação;
- 3) Indefinição do Estado quanto às políticas das PPP.

Relativamente ao Controlo das PPP, este pode ocorrer a dois níveis (interno e externo).

A nível interno, de acordo com o Capítulo III (Fiscalização e acompanhamento das parcerias) do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003, o Estado para além de parceiro, desempenha um papel fiscalizador no controlo da execução das parcerias, cabendo o exercício do poder em matérias de natureza económica e financeira ao Ministro das Finanças e ao Ministro sectorial o exercício dos poderes referidos no âmbito das demais matérias.

Destacam-se as competências atribuídas às seguintes entidades:

- 1) Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) – É o instituto público que tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do SNS. No plano das PPP, é atribuição da ACSS a coordenação e acompanhamento da execução dos contractos PPP, sendo para isso nomeado, por este organismo, um Gestor de Contrato.

A figura do Gestor de Contrato é um dos mecanismos internacionalmente reconhecidos como boa prática para assegurar uma eficaz monitorização da PPP e garantir a consolidação de informação e conhecimento por parte da entidade contratante.

- 2) Entidade Reguladora da Saúde (ERS) – Tem como missão regular e supervisionar a prestação de cuidados de saúde. Cabe-lhe observar e regular a qualidade dos serviços prestados, bem como garantir a segurança dos utentes que utilizam as unidades hospitalares, protegendo os seus direitos e assegurando o cumprimento e o respeito das regras da concorrência entre todos os operadores.

Tem ainda poderes para dar pareceres sobre todas as práticas das unidades hospitalares e emitir recomendações sobre o funcionamento do sistema de saúde de cada uma, visto que tem acesso a comparações quer a nível nacional quer a nível internacional.

A auditoria externa e respectiva fiscalização e controlo das PPP são efectuados pelo Tribunal de Contas (TC), através de três modalidades fiscalizadoras:

- 1) O controlo prévio – Exerce-se mediante a concessão ou a recusa de visto, constituindo fundamento para a recusa de visto a ilegalidade dos actos que implique nulidade, encargos sem cabimento em verba orçamental própria ou

- violação directa de normas financeiras e a ilegalidade que altere ou possa alterar o respectivo resultado financeiro;
- 2) O controlo concomitante – Exerce-se mediante a realização de auditorias aos procedimentos administrativos relativos aos actos e contractos que não devam ser remetidos para fiscalização prévia ou à actividade financeira das entidades públicas exercida antes do encerramento da respectiva gerência.
 - 3) O controlo sucessivo – Tem por finalidade avaliar os sistemas de decisão e de controlo interno e apreciar a correcção financeira, a legalidade ou a economia, eficiência e eficácia da gestão financeira das entidades sujeitas ao controlo do Tribunal, incluindo a aplicação de fundos da União Europeia.

Segundo Simões, J. (2004), no que diz respeito ao acompanhamento da execução contratual para que o ente público retire plenamente os benefícios esperados da parceria, importa assegurar mais do que um simples acompanhamento da execução contratual.

Assim, considera-se de extraordinária importância que a entidade pública contratante adopte uma abordagem de gestão contratual (contract management) numa lógica proactiva, gerindo efectiva e dinamicamente a parceria em contraponto a uma postura distante de retaguarda.

2.3. A QUALIDADE EM SAÚDE

2.3.1. DEFINIÇÃO E CONCEITOS

Desde há muito tem sido reconhecido que a natureza da qualidade em saúde é complexa e multidimensional (Rao et al., 2006), sendo mesmo difícil a sua conceptualização.

Em 1990, o Institute of Medicine definiu a **qualidade dos cuidados de saúde** como o “grau pelo qual os serviços de saúde para indivíduos ou populações aumentam a probabilidade de resultados desejados em saúde e são consistentes com o conhecimento profissional actual”. Desta forma, o modelo (bidimensional) apresentado – Matriz da qualidade dos cuidados de saúde – inclui duas perspectivas:

- A perspectiva relacionada com as dimensões da qualidade dos cuidados de saúde que abrange a segurança, efectividade, centralização no paciente e oportunidade;
- A perspectiva dos utentes quanto às suas necessidades de cuidados de saúde durante o ciclo de vida.

Para Delgado (2009), a qualidade dos cuidados de saúde deve acompanhar todo o processo do doente, desde o acesso e acolhimento, passando pelo processo de diagnóstico e terapêutico, assim como por todas as questões que se prendem com o conforto, informação e relacionamento com doentes e familiares.

A Joint Commission define a **qualidade em saúde**, como “o modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados”.

Deve considerar-se portanto que não existe um conceito universal de qualidade, nem mesmo quando aplicada, em concreto, a cuidados de saúde, a definição é consensual.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os governos são responsáveis por assegurar, que os seus sistemas de saúde proporcionam cuidados óptimos às suas populações. Para isto, os governos, devem desenvolver e implementar sistemas de monitorização e de regulação da “performance” dos prestadores de cuidados, em especial dos hospitais.

Para a OMS, o conceito de “performance”, aglomera os conceitos de qualidade, eficiência e eficácia dos serviços de saúde. Nesta medida, constata-se que os conceitos de “avaliação da qualidade” e “avaliação do desempenho/performance” em saúde aparecem indubitavelmente associados.

Em linha, Pisco e Biscaia (2001), referem que a qualidade na saúde possui características que a diferenciam de outros sectores: (1) Trata-se de satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais; (2) É pró-activa para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado; (3) Tem de reunir integradamente, como atributos, a efectividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade.

Relativamente ao estado da arte da **avaliação de desempenho** das Organizações de Saúde aparenta seguir a trilogia definida por Donabedian (1985). Segundo este autor, considerado por muitos autores como o «pai» do «moderno» movimento de avaliação da qualidade na área da saúde (Berwick, Enthoven e Bunker, 1992; Best e Neuhauser, 2004), a qualidade não se baseia num conceito abstracto, mas antes, na avaliação dos cuidados em três aspectos, em relação aos quais se verifica a existência de interacções (causa-efeito).

Segundo Costa (2005), não obstante das dificuldades conceptuais e operacionais da avaliação de desempenho das organizações de saúde, é necessário desenvolver modelos para a sua concretização devido à importância que tem para todos os agentes associados ao mercado da saúde envolvidos:

- Para os consumidores, visto que é cada vez mais imperiosa a disponibilização de informação científica e credível que lhes permita estabelecer escolhas e simultaneamente conhecer a actividade das organizações de saúde;
- Para os proprietários, já que somente a explicitação de modelos válidos e "universais" lhes permitirá otimizar a sua função utilidade;
- Para os gestores e profissionais de saúde, porque a existência de um modelo de avaliação de desempenho das organizações de saúde, permite igualmente a sua extensão para o plano individual e desta forma, explicitar mecanismos de avaliação da competência e a possível atribuição de incentivos.

Os prestadores, consumidores, políticos e outros que procuram melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, terão de ter acessíveis e confiáveis indicadores de qualidade, que possam utilizar para identificar/sinalizar potenciais problemas ou sucessos;

acompanhar as tendências ao longo do tempo e identificar disparidades entre regiões e prestadores (AHRQ, 2004).

Um **indicador de saúde** é uma medida de síntese que é projectada para descrever aspectos particulares da saúde ou do desempenho do sistema de saúde (AIHW, 2009).

Esta medida sumária simples pode ser utilizada para monitorizar a estratégia global e de desempenho operacional da organização, funcionando como um instrumento de controlo sobre os níveis inferiores da organização, como parte do processo de avaliação individual de desempenho e/ou na atribuição de incentivos relacionados com o desempenho (Arah et al, 2003).

Cada Indicador deverá ter um bilhete de identidade (BI) que seja claro e transparente que contenha a sua descrição, unidade de medida, objectivo, fonte de informação, fórmula de cálculo, frequência de monitorização e entidade responsável pela monitorização e fiscalização.

Segundo Donabedian (1980), existe um largo número de atributos definidores de boa qualidade de serviços de saúde, muitos dos quais são difíceis ou impossíveis de mensurar, e aqueles que podem ser mensurados não podem ser traduzidos num atributo individualizado que seja compreensivo para o paciente.

Os indicadores de saúde podem ser divididos em função da trilogia: Estrutura, Processo e Resultados.

- **A Estrutura** – É caracterizada por aspectos relativamente estáveis como os profissionais, os instrumentos e os recursos que têm ao seu alcance, os locais e o modelo de organização do trabalho. Representam porventura as condições necessárias para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, mas não suficientes, pois a sua presença não garante que os processos sejam efectuados ou que sejam alcançados resultados satisfatórios pelo sistema de saúde.

Esta relação entre estrutura e qualidade é de extrema importância na concepção, planeamento e implementação de sistemas destinados a fornecer serviços de saúde personalizados. Relação também designada de relação quantidade e qualidade.

- **O Processo** – É constituído por aspectos que diz respeito ao conjunto de actividades que os profissionais realizam para os utentes, bem como as respostas destes e inclui as actividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e as acções preventivas.

No processo encontra-se incorporada a dimensão objectiva e subjectiva ou técnica e funcional da qualidade. Representam portanto, os indicadores de prestação adequada/ou desadequada dos cuidados de saúde à população em risco, em que a adequação deve ser baseada na evidência clínica da efectividade do processo em causa e "coerente com o conhecimento profissional actual" (IOM, 2001).

- **Os resultados** – São definidos por Donabedian (1980) como a alteração no estado de saúde presente ou futura do paciente. Referem-se tanto aos níveis de saúde como à satisfação dos utentes/doentes (Donabedian, 1966; Brook e McGlynn, 1996) e representam, enquanto unidade de medida do desempenho clínico, o elo final da cadeia composta pelos três elementos sequenciais: estrutura/processo/resultados.

Apesar de nas décadas de 70, 80 e primeira metade dos anos 90 terem sido privilegiadas abordagens centradas na avaliação dos aspectos relacionados com a estrutura e o processo, verificou-se, de algum tempo a esta parte, principalmente em países com conhecimentos e práticas bastante desenvolvidas a este nível, de que são exemplo os Estados Unidos da América, a Austrália, o Canadá, o Reino Unido e a França, uma mudança desse paradigma (Donabedian, 1992; WHO, 2003).

O enfoque incide agora na análise dos resultados ("outcomes"), tendo sempre presente os laços indissociáveis entre os três aspectos, na medida em que a identificação de um resultado menos favorável que o expectável possa ser indicador, em princípio, da existência de problemas ao nível do processo ou da estrutura, pelo que é de todo conveniente e recomendável a adopção de abordagens globais e integradas (Donabedian, 1992). Ao ligar os cuidados que os doentes recebem com os "outcomes" neles verificados, a análise de resultados torna-se a chave para avaliar, monitorizar e melhorar a qualidade em saúde (Donabedian, 1988; Handler, Issel e Turnock, 2001).

Em 2001, a OECD iniciou o projecto "**Health Care Quality Indicator**" (HCQI) que contou com 23 países participantes, entre os quais Portugal. Teve como objectivo primordial, desenvolver a construção de um modelo conceptual relevante constituído por um conjunto de indicadores que reflectissem uma imagem sólida de qualidade de cuidados de saúde e pudessem ser confiavelmente reportados entre países, através de dados comparáveis.

Assim, o modelo conceptual sugerido para este projecto utiliza as dimensões de cuidados mais comumente utilizadas nos modelos pesquisados, com particular incidência na qualidade técnica dos cuidados de saúde, e incorpora-as num modelo baseado no

National Healthcare Quality Framework, desenvolvido pelo Institute of Medicine para os EUA. De acordo com a OECD (2006), foi ainda utilizada a informação dos modelos Canadian Health Indicator Framework e suas adaptações aos modelos Australiano e projecto ECHI, que seguem a mesma metodologia.

De acordo com o relatório final emanado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011), considera-se fundamental a definição de: (1) um quadro estratégico de indicadores de desempenho para as unidades hospitalares; (2) um processo de acompanhamento e monitorização sistemático das unidades hospitalares, no sentido de poderem ser introduzidas as medidas correctivas necessárias, face aos desvios que se verificarem em cada momento.

Esse quadro estratégico de indicadores de desempenho deverá:

- 1) Responder às aspirações, expectativas e necessidades dos diferentes “stakeholders”;
- 2) Disponibilizar de forma sistematizada e intuitiva informação para os diferentes níveis de decisão;
- 3) Permitir uma comparação rigorosa entre os diferentes tipos de entidades (hospitais, centros hospitalares, PPP);
- 4) Promover a transparência e a competitividade das instituições através da comparação pública;
- 5) Contribuir para a definição clara de prioridades de gestão nos diferentes níveis de actuação.

Outro aspecto que se considera deveras relevante destacar, reside no conceito de **“Risco” e de “Ajustamento pelo Risco”**.

Em termos estatísticos, o **conceito de risco**, pode ser definido como a diferença entre os valores observados face à média de um determinado conjunto de observações (Kazmier, 1982). Segundo Hornbrook e Goodman (1991), quando aplicado o conceito de risco ao sector da saúde, a sua definição conceptual pode ser entendido como a natureza estocástica de cada indivíduo na futura utilização de cuidados.

Relativamente ao **ajustamento pelo risco**, de acordo com a Joint Commission Performance Measurement (2006), este conceito consiste num processo estatístico utilizado para identificar e ajustar a variação de resultados dos doentes, originada pela

diferença das suas características (ou factores de risco) entre organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Assim, o objectivo principal da metodologia de ajustamento pelo risco é contabilizar os diferentes riscos intrínsecos dos doentes e aferir os resultados esperados versus observados, de acordo com essas características (Iezzoni, 2003), tornando possível avaliar se um resultado favorável ou desfavorável se deve ao sistema de cuidados de saúde ou se as condições do sistema de cuidados de saúde não têm influência nesses resultados, mas sim condições relacionadas com o paciente ou com a doença (OECD, 2006).

2.3.2. A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE

Segundo alguns autores, a **evolução do conceito qualidade** e a forma como esta foi sendo perspectivada, pode ser descrita em quatro grandes etapas:

- 1) Inspeção ou Controlo da Qualidade;
- 2) Garantia de Qualidade;
- 3) Controlo de Qualidade Total;
- 4) Gestão para a Qualidade Total (GQT) ou o termo anglo-saxónico “Total Quality Management” (TQM) – por vezes também denominado de Melhoria Contínua da Qualidade (do inglês Continuous Quality Improvement – CQI).

Em relação à primeira etapa, a Inspeção ou **Controlo de Qualidade** foi desenvolvida e primeiramente aplicada no Reino Unido, nos anos vinte. O Controlo da Qualidade baseia-se em inspeções realizadas após a produção. A Qualidade era um processo no final da cadeia de produção. Nos anos 30, Shewart melhorou este sistema, introduzindo elementos matemáticos/estatísticos na qualidade, ao que chamou de “statistical process control”. (Davies, 2003)

Nos anos 40 a 50, surge a **Garantia de Qualidade**, na qual a qualidade não é inspeccionada, mas é integrada nos processos desde o início, começa-se a dar ênfase à prevenção em vez da inspeção. Os elementos estatísticos mantêm-se, mas desde a década de oitenta que preconizam zero defeitos, foi introduzida a BS5750 (actual ISSO 9000). Esta fase é ainda referida e categorizada, basicamente como um processo de inspeção às pessoas, equipamentos e processos. (Davies, 2003)

O **Controlo da Qualidade Total** é um conceito importado do Japão em meados dos anos oitenta. Este conceito pretende que a qualidade seja desenvolvida na organização. Consiste numa abordagem que pretende expandir o conceito de qualidade e a sua filosofia, para além do processo produtivo e que a qualidade esteja presente em todas as actividades da empresa. Alguns profissionais preferem chamar-lhe de “Assegurar a Qualidade”, por se basear na aprovação por terceiros, auditorias dos sistemas, planeamento da qualidade, custos de qualidade, estudos das falhas e ou suas consequências, entre outros.

Vinte anos após a apresentação da trilogia definida por Donabedian, os responsáveis de diversas organizações da saúde começaram por aplicar as técnicas de trabalho desenvolvidas por Deming. O referido investigador é considerado o “pai” da **Total Quality Management (TQM)**, tendo promovido a "constância de propósitos" e uma análise sistemática e medição das etapas do processo em relação à capacidade ou de resultados. O modelo TQM consiste numa abordagem organizacional, envolvendo toda a gestão organizacional, o trabalho em equipa, a definição de processos, o pensamento sistémico, em suma, na promoção da mudança. Esta abordagem incorporou a visão de que toda a organização deve estar comprometida com a qualidade e melhoria para que sejam alcançados os melhores resultados.

Desde os finais dos anos oitenta, e início dos anos noventa, que se tem observado crescentes interesses em perceber e gradualmente implementar elementos de contínuos melhoramentos na qualidade, ou de **Gestão para a Qualidade Total, no sector da saúde** (Counte e Meurer, 2001).

Estas mudanças surgem da constatação de que as teorias económicas sobre o mercado da saúde falharam em proporcionar mecanismos de aumento da qualidade. (Glennerster, 1998). Rivers e Bae (1999) descrevem os conceitos-chave utilizados nas organizações de saúde, para implementar a GQT.

Estes podem variar, mas a maioria utiliza os mesmos princípios, que inclui: (1) Liderança forte; (2) Criação de um referencial de qualidade para a organização; (3) Mudança na cultura organizacional; (4) Foco no cliente; (5) Benchmarking; (6) Medição da qualidade e relatórios estatísticos; (7) Reconhecimento e gratificação; (8) Integração nos processos.

A implementação de estratégias para a GQT coloca uma especial ênfase na responsabilidade conjunta da qualidade e custos dos processos. Quando implementada devidamente, proporciona à organização, a capacidade de reduzir potenciais desperdícios, bem como aumentar a qualidade dos seus “outcomes”.

Para determinar o nível de implementação das estratégias de GQT, podem ser utilizados diversos modelos, nos EUA, é comum usar-se o “American gold standard”, para a área da saúde é mais usado o “Malcolm Baldrige Award”, mas não tem tido muita aceitação. No Reino Unido o sistema de standardização para definir e implementar as estratégias de GQT é o King’s Fund, enquanto grande parte da Europa utiliza o European Foundation for Quality Management (EFQM), ambos baseados em critérios da ISO 9000. (Counte e Meurer, 2001)

Para Ronda, H. (2008), na área da saúde a melhoria contínua da qualidade (**Continuous Quality Improvement – CQI**) é usada como sinónimo da TQM. A CQI tem sido utilizada como um meio para desenvolver a prática clínica e baseia-se no princípio de que existe uma oportunidade de melhoria em todos os processos e ocasiões. Geralmente os programas (internos) de garantia da qualidade (Quality Assurance – QA) dos hospitais, focam-se em objectivos mensurados pelas organizações responsáveis pela acreditação, nomeadamente a verificação de documentos, a revisão do trabalho realizado pela comissões de supervisão e o estudo de processos de credenciação.

Como tal, os esforços para a melhoria da qualidade precisam de ser medidos para demonstrar se estão a: (1) Conduzir a mudança do ponto final primário para o objectivo desejado; (2) Contribuir para os resultados não pretendidos noutras partes do sistema e se são necessários esforços adicionais para colocar o processo em níveis aceitáveis.

Assim, pode afirmar-se que a melhoria da qualidade é composta por cinco elementos chave, os quais são essenciais para o sucesso: (1) Promover e manter uma cultura de mudança e segurança; (2) Desenvolver e clarificar a compreensão dos problemas através do envolvimento dos principais “stakeholders”; (3) Testar as estratégias de mudança; (4) Monitorizar o desempenho; (5) Reportar as descobertas para manter a mudança.

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), o National Quality Forum, a Joint Commission, e diversas outras organizações na área da saúde, endossam a utilização de medidas válidas e confiáveis relativamente a questões da qualidade e segurança para a melhoria dos cuidados de saúde.

Estas medidas são geralmente desenvolvidas através de um processo que inclui a:

- “Força” da investigação (evidência científica);
- Revisão da literatura pelos pares;
- Avaliação da validade e confiabilidade das bases de dados;
- Determinação da melhor forma de utilização da medida (p.ex. necessidade de ajustamento pelo risco);
- Teste de medida.

Assim, os princípios e métodos da Qualidade, desenvolvidos nas últimas décadas e aplicados nos diferentes sectores económicos, tornaram-se imprescindíveis na boa gestão dos Hospitais. Segundo o Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011), a alavanca fundamental desta mudança estrutural é a Qualidade:

- A qualidade dos resultados clínicos;
- A qualidade dos serviços prestados;
- A qualidade da gestão.

2.3.3. DIMENSÕES DA QUALIDADE EM SAÚDE

A complexidade de gerir uma organização hoje em dia, exige que os gestores sejam capazes de avaliar o desempenho nas suas diferentes dimensões, para atingirem um nível de organização excelente. Neste contexto, e considerando que o “rationale” para medir a melhoria da qualidade consiste na premissa que o bom desempenho reflecte a boa qualidade da prática e que a comparação do desempenho entre os prestadores incentiva as organizações a promoverem uma melhor performance, importa abordar a temática da Avaliação do Desempenho das Organizações de Saúde, em particular dos Hospitais.

Uchimura e Bosi (2002) abordam a questão da qualidade considerando duas dimensões: a qualidade objectiva e a qualidade subjectiva.

A primeira é mensurável, mais correlacionada com a componente técnica, possível de ser quantificável.

A segunda ocupa o espaço das vivências, de relações interpessoais, de percepções e expectativas da satisfação dos pacientes, expressando singularidades com carácter subjectivo, cuja análise da sua dimensão escapa aos indicadores e expressões numéricas, sendo de difícil ou impossível quantificação.

Por outro lado, Donabedian (1980) distingue dois elementos básicos na determinação da qualidade dos cuidados médicos na perspectiva do doente: a qualidade técnica e qualidade funcional. A primeira é a aplicação da ciência e da tecnologia na cura de modo a maximizar benefícios de saúde sem aumentar o risco, traduzindo-se na forma como os diagnósticos médicos e procedimentos realizados se adequam de acordo com as manifestações de necessidades dos doentes (Fragata e Martins, 2004). A segunda relaciona-se com aspectos mais abstractos, mas muito importantes para o doente, como o conforto e cortesia no tratamento, a atenção, a dignidade no tratamento. Por outras palavras, as preocupações com o doente na sua dimensão humana, ou seja, o modo como esses serviços médicos são fornecidos e de como os doentes os percebem.

Deste modo, verifica-se que o conceito de qualidade de cuidados tem sido descrito por diversos autores e/ou organizações, segundo um conjunto de dimensões, sendo as mais frequentes (por ordem decrescente): efectividade; eficiência; equidade; adequabilidade; segurança; gestão do tempo; aceitabilidade; centralização no doente; satisfação; ganhos (melhoria) em Saúde e continuidade de cuidados, conforme se apresenta no quadro seguinte:

Tabela 2 – Dimensões da Qualidade.

Dimensões da Qualidade	Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	Department of Health UK (1997)	Council of Europe (1998)	IOM (2001)	JCAHO (2006)
Efectividade	X	X	X	X	X	X
Eficiência	X	X	X	X	X	X
Acesso	X	X	X	X		X
Segurança	X			X	X	X
Equidade	X	X	X		X	
Adequabilidade	X	X		X		X
Gestão do Tempo			X		X	X
Aceitabilidade		X		X		
Centralização no Doente		Direito à Informação			Centrada no Utente	
Satisfação			X	X		
Ganhos em Saúde	X		X			
Continuidade					X	
Outro		Competência Técnica		Eficácia		Prevenção / Detecção Precoce

Fonte: Adaptado de Legido-Quigley et al. (2008)

Como se pode observar neste quadro:

- 1) As dimensões efectividade e eficiência fazem parte de todas as definições de qualidade de cuidados;
- 2) A dimensão acesso aos cuidados é também uma das mais consensuais, sendo utilizada na maioria das definições, onde a preocupação comum se focaliza em quantificar a disponibilidade de um serviço de saúde ou tratamento, na hora que é necessário;
- 3) A segurança, esta refere-se à redução de risco, sendo uma importante componente em diversas definições de qualidade. A segurança do doente enquadra-se assim num conceito mais amplo: a qualidade dos cuidados de saúde (Gouvêa e Travassos, 2010);
- 4) A equidade é uma dimensão que frequentemente se confunde com a igualdade, no entanto são distintas, uma vez que a equidade está associada a considerações de justiça, de forma a assegurar que os indivíduos recebem diferentes cuidados, de acordo com as suas capacidades e necessidades individuais e específica (Legido-Quigley et al., 2008).

As outras dimensões da qualidade abordam o modo como os cuidados de saúde dão resposta às necessidades médicas, sociais e nomeadamente as aspirações pessoais dos doentes. Estas dimensões são:

- 1) Adequabilidade – o modo como o tratamento corresponde às necessidades do doente;
- 2) Gestão do tempo – cuidados recebidos dentro de um espaço de tempo razoável;
- 3) Aceitabilidade – humanização e respeito nos cuidados prestados;
- 4) Cuidados centrados no doente – cuidados que consideram as preferências e valores dos pacientes e da sociedade;
- 5) Satisfação – o modo como os cuidados e a melhoria de saúde correspondem à expectativa do doente;
- 6) Continuidade dos cuidados – articulação dos cuidados nas diferentes fases do percurso do doente.

Relativamente às **dimensões do desempenho de cuidados de saúde** e considerando o estudo efectuado pela OECD (2006), no qual foram analisados diversos modelos em utilização e comparadas as dimensões utilizadas por cada um,

particularmente as dimensões de qualidade dos cuidados de saúde, concluiu-se que as dimensões mais frequentemente utilizadas eram as seguintes:

- 1) Efectividade – Grau de obtenção de resultados desejáveis, tendo em conta a correcta prestação de cuidados de saúde baseados na evidência, a todos aqueles que poderiam deles beneficiar, e não àqueles que não o poderiam fazer (Arah et al., 2003);
- 2) Segurança – Consiste em evitar danos aos pacientes resultantes dos cuidados que se destinam a ajudá-los (IOM, 2001);
- 3) Satisfação do Utente – Refere-se à forma como o sistema trata os pacientes na satisfação das suas legítimas expectativas não relacionadas com a saúde (WHO, 2000);
- 4) Acesso – Consiste na capacidade das pessoas para obterem cuidados de saúde no local certo, no tempo certo, independentemente do rendimento, formação cultural ou localização física (NHPC, 2001);
- 5) Equidade – Define de que forma o sistema se ocupa e trata justamente todos os interessados (OECD, 2006);
- 6) Eficiência – Consiste na utilização otimizada dos recursos disponíveis para produzir o máximo de benefícios ou resultados (JCAHO, 1997).

2.3.4. A SEGURANÇA DO DOENTE

Nos últimos 20 anos, os assuntos relacionados com a segurança do doente têm sido cada vez mais reconhecidos como elemento chave para a qualidade total. No entanto, o dinamismo dos Países mais avançados em matéria de redução do risco na saúde e de progresso na segurança dos cuidados prestados ao doente contrasta com a lentidão com que a realidade evoluiu em Portugal (GTRH, 2011).

Resumidamente, destacam-se as seguintes iniciativas a nível internacional:

- A criação nos Estados Unidos em 1997 do “National Foundation for Patient Safety”;
- As acções promovidas pelo “Institute for Healthcare Improvement” nos Estados Unidos;
- As acções desenvolvidas pela “Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations”. Destacam-se as seguintes: (1) Política de relato e análise de Eventos Sentinela; (2) Focalização da matriz de acreditação nos sistemas críticos para segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente; (3) Criação do Protocolo

universal para prevenir a cirurgia do local errado; (4) O procedimento cirúrgico errado e o doente errado;

- A criação do International Center for Patient Safety (2005);
- A criação no Reino Unido em 2001 “National Patient Safety Authority”, com a finalidade de melhorar a segurança do doente no NHS, através do encorajamento ao relato voluntário de erros médicos, da análise dos mesmos e da tomada de iniciativas de prevenção do erro.

Segundo o mote, “Errar é humano”, o Institute of Medicine (Kohn, et al., 2000) emitiu um relatório em que o ponto de partida é a constatação de que os erros acontecem e que têm repercussões muito graves, sendo o objectivo, explanado no subtítulo, a construção de um sistema de saúde mais fiável. O relatório refere objectivamente dois estudos, um realizado nos estados do Colorado e Utah e outro no estado de Nova York

Estas investigações revelaram a presença de eventos adversos em 2,9 e 3,7% dos internamentos, respectivamente. De entre estes eventos 6,6% conduziram a morte no primeiro estudo e 13,6% no segundo. Estes resultados levam à extrapolação que por ano, 48 000 a 98 000 americanos morriam nos hospitais como resultado de erros preveníveis. Ao aceitar estes dados, assume-se que nos EUA, morrem mais pessoas devido a erros no percurso dentro do sistema de saúde do que em acidentes de viação, cancro da mama ou mesmo SIDA

A maioria dos erros médicos são o resultado de falhas nos sistemas e nos processos, e não de indivíduos. Inúmeros factores contribuem para a complexidade dos cuidados de saúde, entre os quais: (1) A existência de processos ineficientes e variáveis; (2) Diferenças do nível educacional e de experiência por parte dos prestadores de cuidados.

Tendo isto em mente, o IOM considera seis objectivos essenciais para a prestação de cuidados de saúde: (1) Eficazes; (2) Seguros; (3) Centrados no paciente; (4) Oportunos; (5) Eficientes; (6) Equitativos.

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou seis áreas de actuação, entre elas, o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente”. Nesse mesmo ano, a Joint Commission International, foi designada como Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”.

Em 2010, a JCI (2010) estabeleceu as seguintes seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente:

- 1) Identificar os doentes correctamente;
- 2) Melhorar a efectividade da comunicação entre profissionais de saúde;
- 3) Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (high-alert medications);
- 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e doente correto;
- 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
- 6) Reduzir o risco de lesões ao doente, decorrentes de quedas.

Estas metas tinham com o objectivo promover melhorias específicas em áreas problemáticas da prestação de cuidados, sendo a sua implementação exigida nas instituições acreditadas ou em processo de acreditação, a partir de 1 de Janeiro de 2011.

A extrapolação para Portugal realizada por Martins (2005) afirma que por ano, ocorrem cerca de 1309 a 2916 mortes, devido a erros. Estima-se que, nos EUA, os custos associados a eventos adversos na saúde, onde se inclui perdas de produção e custos com cuidados de saúde e com a morbilidade, estejam entre os 17 e os 29 biliões de dólares, dos quais os custos com cuidados de saúde representam metade (Kohn, et al., 2000).

Considerando que os erros são causados devido à existência de falhas nos sistema / processos, é importante a adopção de técnicas que permitam melhorar esses processos através da identificação (1) de ineficiências, (2) da falta de efectividade dos cuidados prestados e (3) na prevenção de erros para que se possa intervir na mudança dos sistemas. Em linha com estes resultados, após a publicação do documento “Crossing the Quality Chasm”, despoletaram-se um conjunto de acções, entre as quais a aprovação de leis, em 15 estados americanos, que tornaram mandatário o reporte dos eventos adversos.

No seguimento dos estudos já mencionados do Institute of Medicine (Kohn, et al., 2000) e da consciencialização do número de erros que existem no sector da saúde, a Patient Safety Culture (PSC), tem-se tornado no foco de intervenções estruturais das organizações de saúde. A PSC no sistema de saúde refere-se às actividades de evitar, prevenir e minimizar os resultados adversos ou lesões decorrentes do processo de cuidados de saúde. Difere dos complexos objectivos da qualidade, bem como do propósito de atingir resultados clínicos óptimos, porque centra-se noutra vertente do

processo de cuidar – gerir os riscos inerentes à complexa actividade da saúde. (Gaba, 2000)

Neste sentido, emerge então nos finais dos anos 90, o conceito de “Clinical Governance”. Segundo Houghton e Wall (2000), este não é um conceito novo, mas um nome diferente para algo que já se faz, agrupando várias perspectivas, desde a segurança à qualidade. Assim, trata-se de um referencial através do qual as organizações de saúde são responsáveis pelos melhoramentos contínuos da qualidade nos seus serviços e garantir o cumprimento dos mais altos padrões de qualidade, criando um ambiente em que a excelência dos cuidados de saúde irá prosperar.

De acordo com Taylor (2002), este conceito é de facto uma mudança, estando na base dos processos de assegurar a qualidade nos Sistemas de Saúde, através de profissionais competentes.

De acordo com o IOM (2011), a eficiência não é incluída na matriz de classificação dos indicadores de qualidade do modelo na medida em que se considera a eficiência como um objectivo importante do sistema da de saúde que estando relacionado, é conceptualmente diferente da qualidade dos cuidados.

No mesmo documento, a Comissão recomenda que o modelo deverá ser um conjunto equilibrado de indicadores de processo e resultados e evitar indicadores de estrutura, uma vez que este tipo de indicadores, não têm revelado a consistência necessária associada a aspectos relacionados com a qualidade dos cuidados e os resultados desejados. Deste modo, entende-se que uma combinação de indicadores de processo e de resultados irá satisfazer as necessidades dos decisores políticos, médicos e utentes (IOM, 2001).

Diversos autores referem que ao ligar os cuidados que os doentes recebem com os “outcomes” neles verificados, a análise de resultados torna-se a chave para avaliar, monitorizar e melhorar a qualidade em saúde (Donabedian, 1988; Handler, Issel e Turnock, 2001). Nesta linha de pensamento, Ernest Codman em 1917, é considerado o primeiro autor a propor, de forma explícita, a monitorização sistematizada dos resultados decorrentes da prestação de cuidados de saúde, materializando desta forma a denominada «end results idea» (Iezzoni, 2003).

Assim, o tema da segurança dos doentes tornou-se, na última década, uma questão central nas agendas de muitos países da Europa e um pouco por todo o mundo. Segundo

o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011), para tal contribuíram as seguintes premissas:

- 1) A generalização do uso pela Saúde das metodologias da gestão da Qualidade, desde meados dos anos 80, momento em que a Saúde tomou consciência de que 80% dos erros ocorridos têm causa ou na estrutura ou em processos de trabalho defeituosos;
- 2) Mudança consequente do foco da responsabilidade – Tornou-se obrigatório estudar e remover as causas dos erros, em vez de perseguir o profissional que, na ocasião, havia praticado o acto, adoptando novos processos de trabalho, desenhados para garantir a segurança dos cuidados;
- 3) O erro passou a ser entendido como oportunidade de melhoria, utilizando as falhas para produzir alterações destinadas a evitar a sua efectivação/repetição;
- 4) A mediatização de eventos adversos dramáticos;
- 5) O aumento da litigância em Tribunal e do valor das indemnizações.

No entanto, existem algumas particularidades que tornam difícil a abordagem do tema devido, essencialmente, à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifactorial das situações que estão por detrás das falhas de segurança, e, não menos importante, à sensibilidade do tema.

3. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O presente trabalho visa introduzir uma contribuição para o estudo das Parcerias Público-Privadas (PPP), com particular incidência no sector da saúde em Portugal. Deste modo os objectivos gerais são os seguintes:

- (1) A análise e avaliação dos indicadores de resultado dos Serviços Clínicos, referentes ao ano de 2012, definidos nos contractos celebrados com três Hospitais designados de “primeira vaga” neste regime de contratação: Hospitais de Braga, Cascais e Loures.
- (2) A discussão dos resultados obtidos, perspectivando a apresentação de recomendações e/ou propostas de melhoria, abordando a temática do modelo de PPP a adoptar em Portugal.

Considerando a análise e avaliação tanto qualitativa como quantitativa dos indicadores de resultado dos Serviços Clínicos definidos em contrato, as questões de fundo em análise são apresentadas da seguinte forma:

- (1) Avaliação Global:
 - A. Como se encontram agrupados os parâmetros de desempenho por hospital?
 - B. Qual a distribuição e correspondente “rationale” dos indicadores de qualidade definidos em contrato em função de diferentes variáveis?
 - C. Qual a taxa de cumprimento dos objectivos face ao Comparador Público “Valor de Referência” por hospital?
 - D. Existe uniformidade nos indicadores monitorizados considerando os “critérios de penalização” e a interpretação do “Bilhete de Identidade”?
- (2) Avaliação Específica:
 - A. Qual a comparabilidade dos valores monitorizados, por indicador de resultado, entre hospitais e face ao “comparador público”?

4. METODOLOGIA DO ESTUDO

A Metodologia do trabalho parte de uma de revisão da literatura através do recurso às bases de dados da Pubmed, Medline e Google Scholar, onde foram pesquisados os temas: Parcerias Público-Privadas; Parcerias Público-Privadas em saúde; Qualidade dos cuidados de saúde; Dimensões da qualidade dos cuidados de saúde.

Neste processo de revisão bibliográfica são analisados os contractos celebrados com os três hospitais PPP em estudo, disponibilizados pela Direcção Geral do Tesouro e Finanças.

Importa referir que a escolha destes hospitais foi tomada considerando que representam a totalidade dos hospitais de “primeira vaga” em regime de PPP (*abarcam a construção e manutenção da infra-estrutura e a gestão do estabelecimento*) em funcionamento no novo edifício hospitalar, à data de início do estudo.

Posteriormente para a concretização dos objectivos gerais e específicos definidos, são tomados os seguintes procedimentos:

- (1) Análise dos contractos de Gestão celebrados com os três hospitais PPP de “primeira vaga”.
- (2) Análise e avaliação dos dados consolidados do ano de 2012, relativamente aos Indicadores de Resultado para a Avaliação da Qualidade dos Serviços Clínicos, definidos no âmbito dos contractos celebrados.

Esses dados encontravam-se armazenados e foram disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Considerou-se apenas os dados referentes ao ano de 2012, na medida em que representa o primeiro ano em que os três hospitais em estudo já se encontravam todos em funcionamento.

De seguida, procedeu-se ao “mapeamento” dos dados e ao tratamento estatístico, com recurso ao programa informático SPSS (versão 14.0). Os gráficos e o apuramento de quadros foram executados no Excel (2010) e a edição de texto no Word (2010).

Perspectivando a apresentação de propostas de melhoria são:

- (1) Analisados os relatórios das auditorias realizadas aos hospitais em programa de Parceria Público-Privada, nomeadamente pelo Tribunal de Contas;

- (2) Analisadas as recomendações de autores sobre os estudos efectuados aos modelos internacionais de referência para as PPP;
- (3) Analisados os dados solicitados à ACSS, relativamente aos “Relatórios Justificativos dos Desvios” verificados em 2012 e às “Auditorias aos Dados” remetidos pelos hospitais PPP para as Administrações Regionais de Saúde correspondentes (ARS).
- (4) Realizadas entrevistas a elementos da ACSS, afectos ao Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde, com o intuito de uma melhor compreensão sobre o processo de monitorização dos indicadores.
- (5) Consultados peritos em “Codificação Clínica” para melhor compreensão sobre o processo de monitorização dos indicadores e de disponibilização de dados às ARS/ACSS.

5. RESULTADOS

Os três hospitais PPP de “primeira vaga” objecto deste estudo (Braga, Cascais e Loures), serão seguidamente representados por “letras” (A, B e C), sem que exista necessariamente uma correspondência efectiva com a ordem das instituições hospitalares discriminadas, na medida em que o presente trabalho pretende que o foco incida sobre os resultados obtidos/discutidos e não sobre as instituições em análise.

1) Avaliação Global

A. Como se encontram agrupados os parâmetros de desempenho por hospital?

De seguida, são apresentados os resultados obtidos, após análise dos contractos, relativamente à forma como os parâmetros de desempenho de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos (dos três hospitais PPP de “primeira vaga”) se encontra definida.

A.1. Hospital A:

No Hospital A, estes parâmetros de desempenho encontram-se agrupados em quatro categorias:

- Categoria “A” – Correspondem aos parâmetros de desempenho que são aplicáveis durante o período de transição e após a transferência do estabelecimento para o novo edifício hospitalar. Durante o período de transição, ainda que exista a obrigação de monitorização desde a data de transmissão do estabelecimento hospitalar, as deduções só serão aplicáveis no primeiro ano civil completo após a transmissão.
- Categoria “B” – Correspondem aos parâmetros de desempenho que são aplicáveis desde o segundo ano do período de transição e após a transferência do estabelecimento para o novo edifício hospitalar.
- Categoria “C” – Correspondem aos parâmetros de desempenho que são aplicáveis desde a conclusão da transferência do estabelecimento hospitalar para o novo edifício hospitalar.
- Categoria “D” – Correspondem aos parâmetros de desempenho que são aplicáveis desde o segundo ano completo após a conclusão da transferência do estabelecimento hospitalar para o novo edifício hospitalar.

A.2. Hospital B:

No Hospital B, estes parâmetros de desempenho encontram-se agrupados em duas categorias:

- Categoria “A” – Correspondem aos parâmetros de desempenho que são aplicáveis durante o período de transição e após a transferência do estabelecimento para o novo edifício hospitalar. Durante o período de transição, ainda que exista a obrigação de monitorização desde a data de transmissão do estabelecimento hospitalar, as deduções só serão aplicáveis no primeiro ano civil completo após a transmissão.
- Categoria “B” – Correspondem aos parâmetros de desempenho que são aplicáveis apenas após a transferência do estabelecimento para o novo edifício hospitalar. As deduções previstas aplicam-se a partir do primeiro ano civil inclusive após a transferência do estabelecimento hospitalar caso esta ocorra no primeiro trimestre ou no ano civil imediatamente subsequente caso ocorra em momento posterior.

A.3. Hospital C:

No Hospital C, estes parâmetros de desempenho também se encontram agrupados em duas categorias mas com algumas “nuances” relativamente ao Hospital B:

- Categoria “A” – Correspondem aos parâmetros de desempenho que são aplicáveis desde a entrada em funcionamento do edifício hospitalar. A entidade gestora do estabelecimento é obrigada a monitorizar, reportados à data de entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar, ainda que as deduções só sejam aplicáveis por referência ao primeiro ano civil completo após a entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar.
- Categoria “B” – Correspondem aos parâmetros de desempenho que são aplicáveis desde o segundo ano após a entrada em funcionamento do edifício hospitalar.

Assim, constata-se que os parâmetros de desempenho de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos dos três hospitais PPP de “primeira vaga”, encontram-se agrupados de diferente forma entre as instituições estudadas.

B. Qual a distribuição e correspondente “rationale” dos indicadores de qualidade definidos em contrato em função de diferentes variáveis?

B.1. Distribuição por Parâmetro de Desempenho:

Relativamente ao número de indicadores por categoria dos parâmetros de desempenho de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos, verificam-se os resultados, de acordo com o gráfico seguinte:

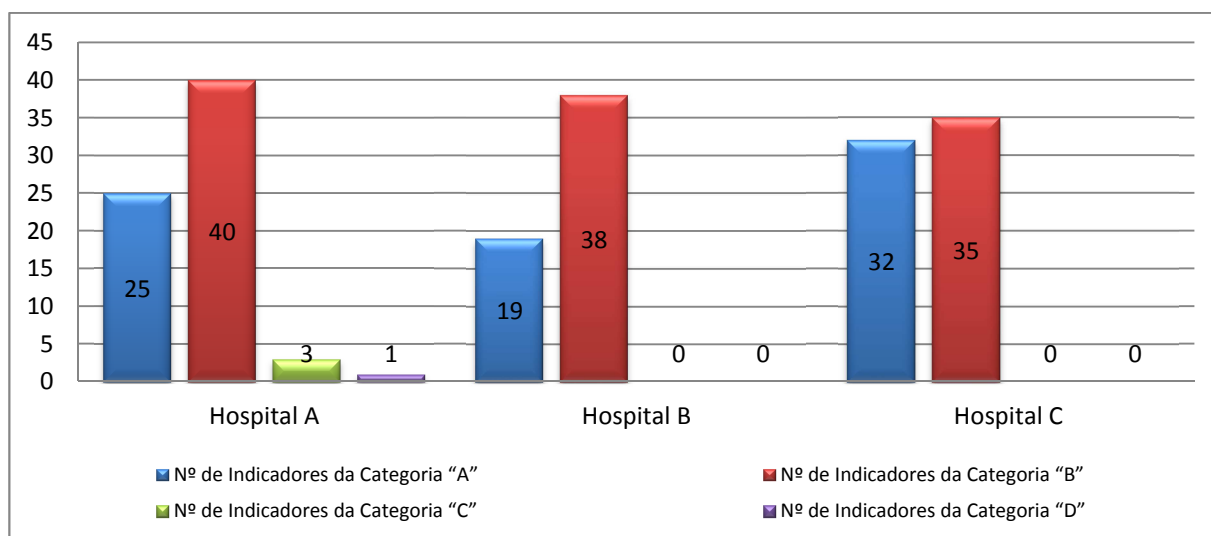


Gráfico 1 – Número de Indicadores por Parâmetro de Desempenho de Resultado.

Assim, constata-se que para além da disparidade no número e na definição das categorias dos parâmetros de desempenho de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos entre os três hospitais PPP, o número de indicadores que compõem cada categoria também é diferente.

B.2. Indicadores Comuns aos Hospitais:

No seguimento do exposto anteriormente, procedeu-se ao “mapeamento” de cada um dos indicadores de resultado contratualmente definidos para avaliação da qualidade dos serviços clínicos.

O desenvolvimento desta actividade permitiu tomar conhecimento da distribuição dos indicadores de qualidade comuns aos hospitais PPP em análise. Deste modo, obtiveram-se os seguintes resultados expressos no gráfico seguinte:

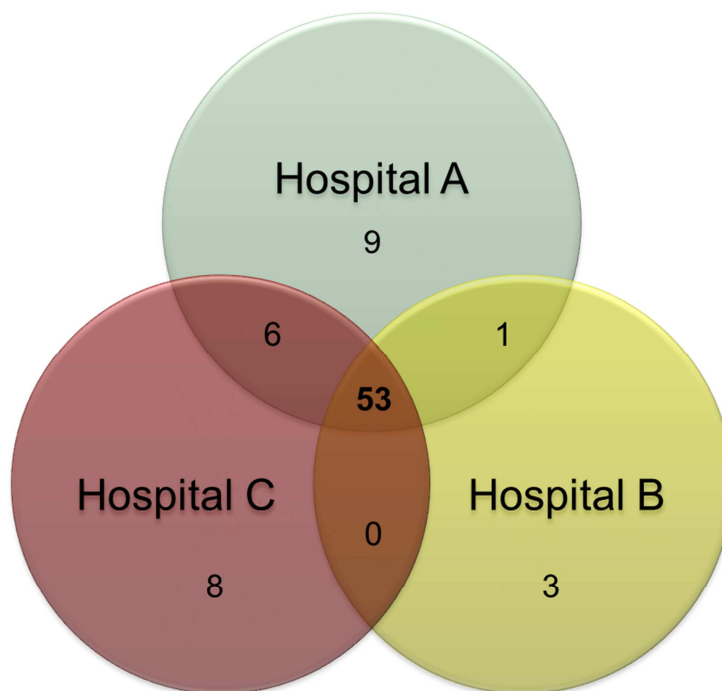


Gráfico 2 – Indicadores Comuns aos Hospitais (Valores Absolutos).

Assim, verifica-se que existem 53 indicadores de resultado, contratualmente definidos para avaliação da qualidade dos serviços clínicos, comuns aos três hospitais; 7 comuns a dois dos hospitais e 20 que se encontram a ser monitorizados apenas num dos hospitais PPP.

Para que um indicador seja comum entre os hospitais, definiram-se quatro pressupostos que têm de se comprovar em simultâneo: (1) definidos em contrato; (2) mesma descrição do indicador; (3) igual forma de medida da falha; (4) mesmo critérios de inclusão e exclusão na forma de medida. No entanto, existem algumas diferenças observadas que serão avaliadas ao longo deste estudo, nomeadamente no que se refere aos critérios estabelecidos por indicador para: (1) dedução; (2) pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR); (3) penalidade por não monitorização; (4) limite ao Valor de Referência.

B.3. Distribuição dos Indicadores em função das Dimensões da Qualidade (OECD, 2006):

No que concerne à distribuição da totalidade dos indicadores de resultado, contratualmente definidos para avaliação da qualidade dos serviços clínicos, considerando as dimensões da Qualidade expostas no estudo efectuado pela OECD (2006), observa-se a seguinte distribuição média para os três hospitais PPP:

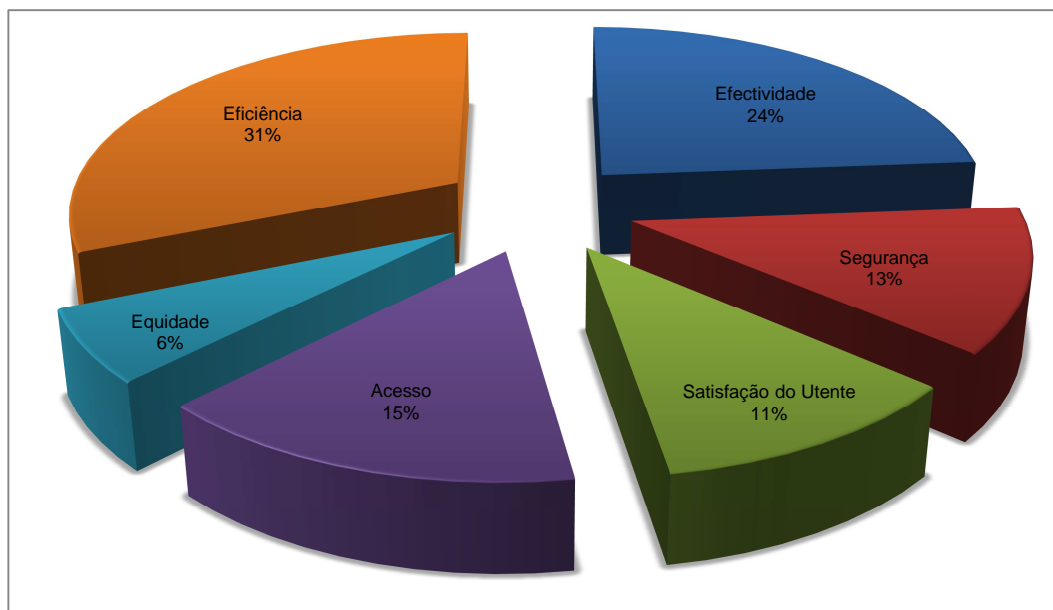


Gráfico 3 – Dimensões da Qualidade dos Indicadores de Resultado para Avaliação dos Serviços Clínicos (OECD, 2006).

De notar que a classificação por dimensão tendo em vista a concepção do presente gráfico é de elaboração própria pelo que poderão verificar-se diferentes resultados considerando uma diferente interpretação das categorias dado que alguns indicadores não são “estanques” em termos de análise.

Assim, verifica-se que a distribuição média das dimensões dos indicadores de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos é a seguinte: “Eficiência” (31%), seguida das seguintes dimensões por ordem decrescente: “Efectividade” (24%), “Acesso” (15%), “Segurança” (13%), “Satisfação do Utente” (11%) e “Equidade” (6%).

B.4. Indicadores com “Ajustamento”:

Considerando o conceito e objectivos do “Ajustamento pelo Risco” abordado nos capítulos anteriores do presente estudo, procurou-se avaliar também se é efectuado algum tipo de “ajustamento” relativamente aos indicadores de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos.

Assim, para a totalidade de 81 indicadores, apenas 4 desses indicadores são “ajustados”. Verifica-se também que são comuns aos três hospitais, no entanto refere-se que o “ajustamento” é realizado em função da casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência, conforme representado no gráfico seguinte:

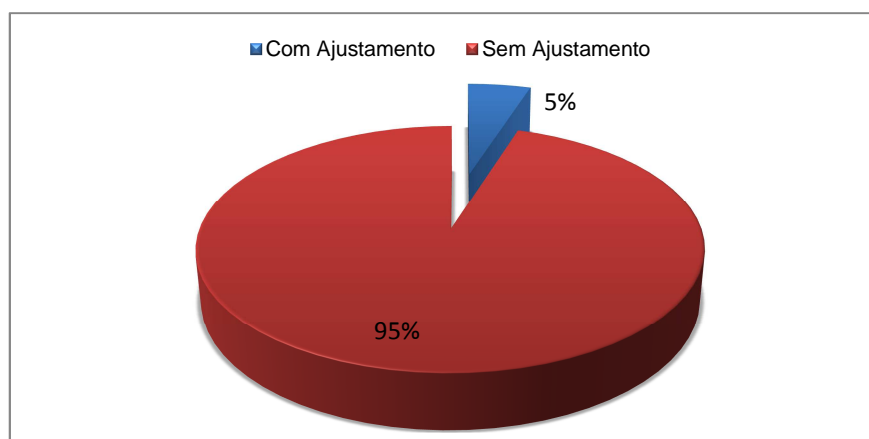


Gráfico 4 – Indicadores com Ajustamento à Casuística dos Hospitais do Grupo de Referência.

Os indicadores com ajustamento à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência são: Taxa Mortalidade Pós-Operatória; Taxa Mortalidade Durante Acto Operatório; Taxa de Mortalidade no Internamento; Tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na Urgência.

A descrição detalhada destes indicadores encontra-se apresentada no **Anexo II**.

C. Qual a taxa de cumprimento dos objectivos face ao Comparador Público “Valor de Referência” por hospital?

Atendendo aos pressupostos anteriores, procurou conhecer-se qual a taxa de cumprimento dos objectivos definidos por indicador de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos, em cada um dos hospitais PPP em análise, relativamente ao comparador público.

C.1. Hospital A:

Tal como observado no gráfico 5, verifica-se que em 2012 no Hospital A, dos 69 indicadores em relação aos quais foram disponibilizados os dados pela ACSS, apenas em 6 foi ultrapassado limite estabelecido pelo valor de referência o que perfaz uma taxa de cumprimento dos objectivos delineados na ordem dos 91%.

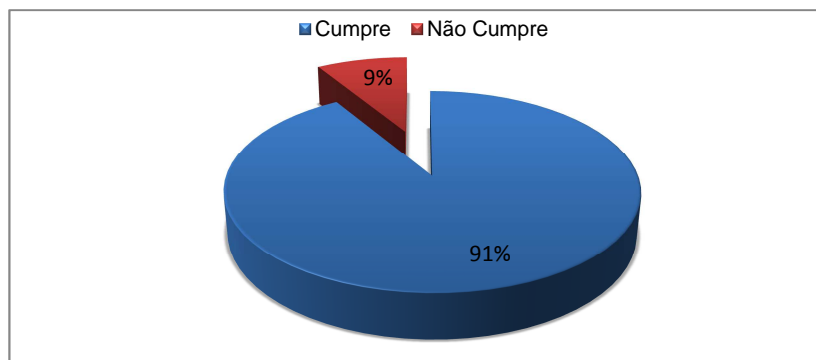


Gráfico 5 – Taxa de Cumprimento dos objectivos face ao Comparador Público: Hospital A.

C.2. Hospital B:

Tal como observado no gráfico 6, verifica-se que em 2012 no Hospital B, a taxa de cumprimento dos 56 indicadores monitorizados é de 100%.

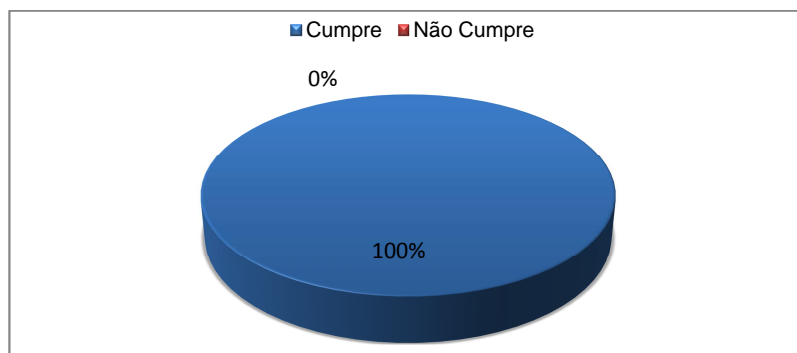


Gráfico 6 – Taxa de Cumprimento dos objectivos face ao Comparador Público: Hospital B.

C.3. Hospital C:

Em 2012 no Hospital C, verifica-se que dos 29 indicadores em relação aos quais foram disponibilizados os dados pela ACSS, a taxa de incumprimento face ao limite estabelecido pelos valores de referência é de 31% o que corresponde ao resultado de nove indicadores. Salienta-se que, os dados referentes ao Grupo de Indicadores da Categoria B para este Hospital ainda não se encontram disponíveis, em conformidade com o exposto anteriormente (“Parâmetros de Desempenho dos Hospitais”).

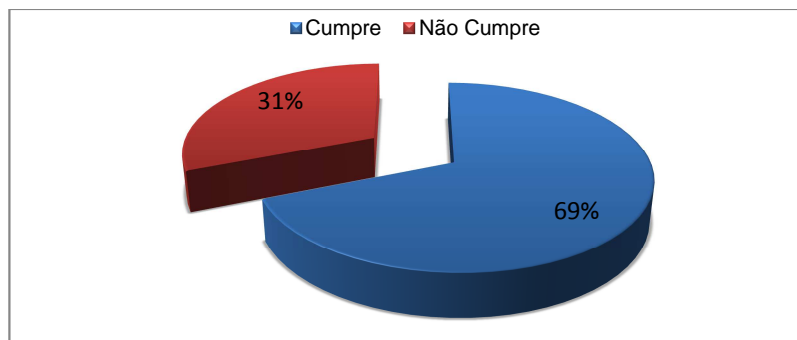


Gráfico 7 – Taxa de Cumprimento dos objectivos face ao Comparador Público: Hospital C.

D. Existe uniformidade nos indicadores monitorizados considerando os “critérios de penalização” e a interpretação do “Bilhete de Identidade”?

D.1. Critérios de Penalização:

Verifica-se que existem indicadores de resultado para avaliação da qualidade dos Serviços Clínicos que apresentam diferentes pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência, entre os hospitais em estudo.

Um indicador exemplificativo da situação descrita é a Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efectiva, a qual pretende medir o peso relativo das Primeiras Consultas da Produção Efectiva no total das Consultas Externas da Produção Efectiva, permitindo verificar se foi atingido o objectivo anualmente fixado.

Assim, enquanto no Hospital A e B o critério é: $150 \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{objectivo fixado})]$ pontos; no Hospital C é: $30 \times (\text{objectivo fixado} / \text{taxa verificada})$ pontos.

No seguimento do referido nos parágrafos anteriores, verifica-se também que existem indicadores de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos que apresentam diferentes abordagens em termos de penalização por desvio face ao Valor de Referência, entre os hospitais em estudo. Neste caso, a diferença fundamental não reside nos “pontos de penalização” por desvio comparativamente ao valor de referência mas no método de penalizar esse desvio e por conseguinte a instituição hospitalar.

Para um melhor enquadramento, tomamos como exemplo a Taxa de Doentes Ventilados da UCI Submetidos a Sedação e Analgesia. Este indicador pretende medir a adequabilidade da sedação e analgesia de Utentes submetidos a ventilação mecânica. Consideram-se níveis adequados de sedação e analgesia de Utentes submetidos a ventilação mecânica os valores 2, 3 e 4 da escala de Ramsey.

Assim, enquanto no Hospital A e C existe uma fórmula para penalização: $< VR: 40 \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos; no Hospital B existe apenas a obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio ($< VR$).

D.2. Interpretação do “Bilhete de Identidade” dos Indicadores:

Observou-se a existência de pelo menos um indicador de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos que é monitorizado sem uniformidade de critério por parte

das Entidades Gestoras dos Estabelecimentos, devido a diferentes interpretações do seu “Bilhete de Identidade”.

O indicador em causa é a “Taxa de Doentes Submetidos a Sedação e Analgesia na Urgência”, a qual pretende medir a sedação e analgesia consciente e profunda no Serviço de Urgência. Contempla a sedação e analgesia no que respeita aos seguintes procedimentos: (i) cardioversão sincronizada; (ii) artrocenteses; (iii) toracocenteses; (iv) paracenteses; (v) desbridamento de queimaduras; (vi) redução de fracturas; (vii) luxações ou hérnias; (viii) inserção de tubo de drenagem pleural ou de tubo de toracostomia.

A falha é medida da seguinte forma: (N.º de doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e profunda, sujeitos a procedimentos assistenciais na urgência susceptíveis de ser realizados com sedação ou analgesia consciente e profunda, durante o período em análise / Número total de procedimentos assistenciais realizados susceptíveis de ser realizados com sedação ou analgesia consciente e profunda na Urgência, durante o período em análise).

Pela informação apurada, a Entidade Pública Contratante (EPC) pretende introduzir uma interpretação diferente, com uma incidência mais alargada, medindo observações mesmo fora da área física da urgência. Encontra-se a decorrer um trabalho conjunto tendo em vista a harmonização/uniformização de parâmetros entre todos os hospitais em regime de PPP, findo o qual será acordada a definição e área de incidência a passar a ter em consideração.

2) Avaliação Específica

De seguida, são apresentados os resultados obtidos no âmbito da avaliação realizada, aprofundamento a análise por indicador.

A. Taxa de Realização de Cesarianas:

De acordo com o gráfico 8, está representada a comparação da taxa de realização de cesarianas entre os 3 Hospitais. Verifica-se que a taxa de realização de cesarianas é mais elevada no Hospital A com um valor de 31,54%, seguido pelo Hospital B e C com um valor de 29,98% e 26,02%, respectivamente. No entanto, considerando os valores de referência definidos (A: 32,00%, B: 31,00% e C: 25,00%), o único hospital que não cumpre os objectivos é o C, não obstante de ser o que apresenta melhores resultados em termos de medida da falha.

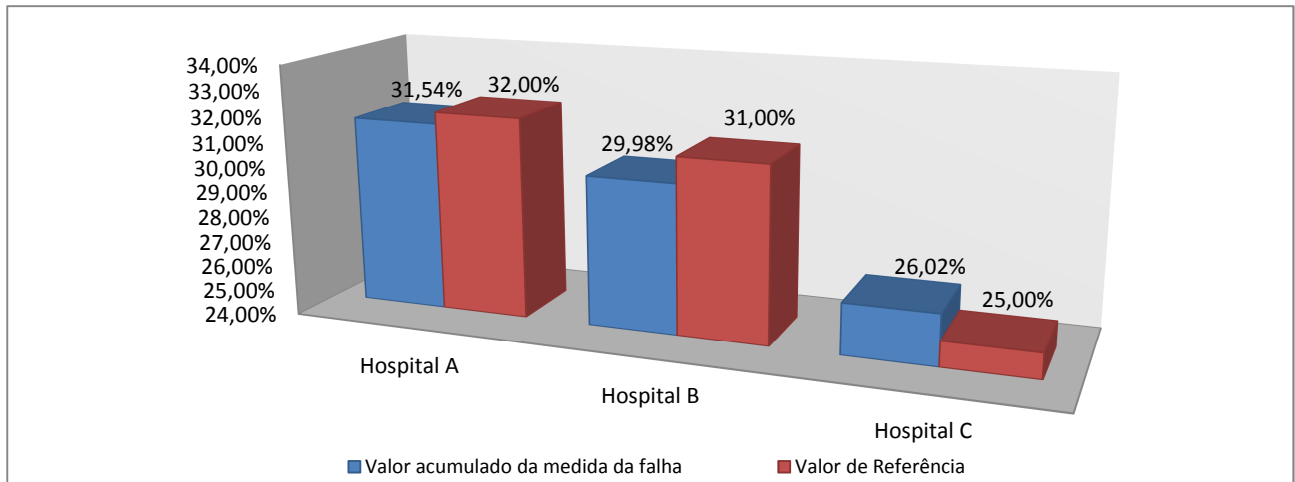


Gráfico 8 – Taxa de Realização de Cesarianas.

B. Taxas de Cancelamento:

As Taxas de Cancelamento englobam três indicadores específicos: Taxa de Cancelamento de Consultas Externas, de Sessões de Hospital de Dia e de Intervenções Cirúrgicas).

Através da análise do gráfico 9, constata-se que o Hospital B é o que apresenta um maior valor acumulado para todas as taxas de cancelamento em análise. As sessões de Hospital de Dia no Hospital B são as que apresentam o maior valor global acumulado.

As Taxas de Cancelamento de Intervenções Cirúrgicas nos Hospitais A e C são as que apresentam o menor valor global acumulado. No Hospital A, esta taxa é inferior à de Cancelamento de Consultas Externas mas superior à de Cancelamento de Sessões de Hospital de Dia.

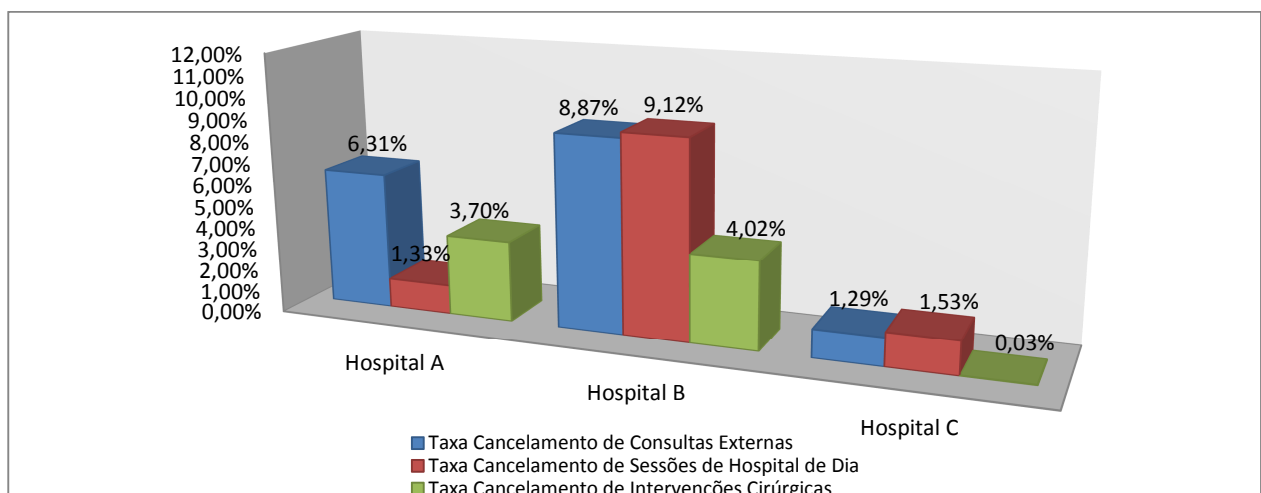


Gráfico 9 – Taxas de Cancelamento: Valores Acumulados de Medida da Falha.

Através da análise do gráfico 10, verifica-se que para o Hospital que apresenta uma maior taxa de cancelamento em todas as vertentes analisadas (Hospital B), não se encontram definidos os valores de referência. Para o Hospital C, os valores de referência facultados são de 0,0%. No caso do Hospital A, todos os valores de medida da falha encontram-se dentro dos limites estabelecidos.

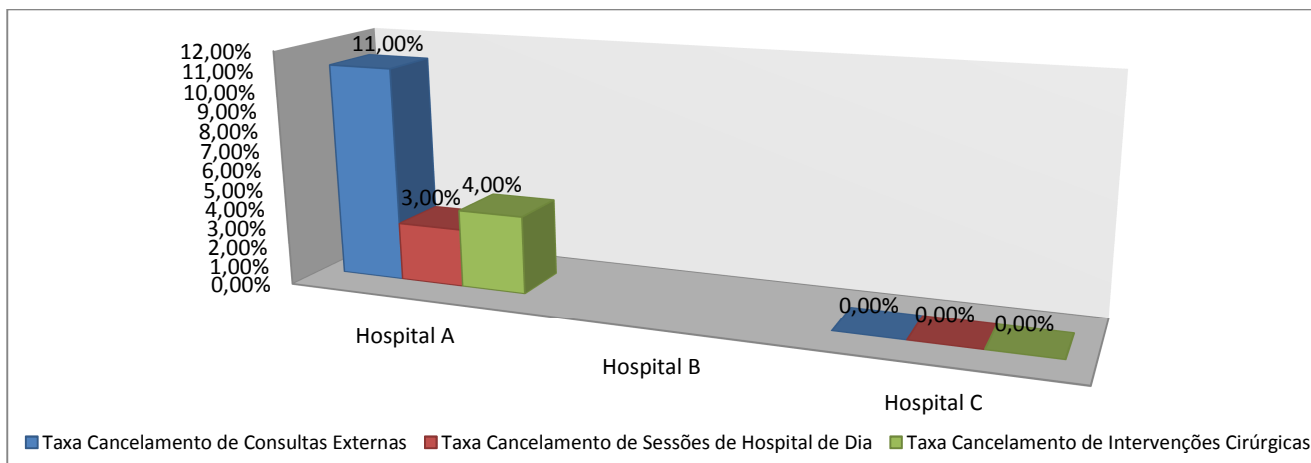


Gráfico 10 – Taxas de Cancelamento: Valores de Referência.

Deverá considerar-se que o cancelamento de uma Consulta Externa, de uma Sessão de Hospital de Dia ou de uma Intervenção Cirúrgica, provoca um nível elevado de insatisfação aos Utentes e pode contribuir para o agravamento da sua situação clínica, sendo muitas vezes resultado de uma gestão ineficiente das agendas, assim como de indisponibilidade de recursos, nomeadamente médicos.

C. Taxas de Mortalidade:

As Taxas de Mortalidade abrangem cinco indicadores específicos, os quais são abordados em dois grupos: Grupo I (percentagem) – Neonatal, Pós-Operatória Ajustada, Durante o Acto Operatório Ajustada, no Internamento Ajustada; Grupo II (permilagem) – Perinatal.

Através da análise do gráfico 11, 12, 13 e 14 – Grupo I, constata-se que a Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada é a que apresenta os resultados de medida da falha mais elevada nos três hospitais. Opostamente, a Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório Ajustada é a que apresenta os resultados de medida da falha mais baixos.

Comparando com os valores de referência, verifica-se que no Hospital A todos os resultados se encontram dentro dos limites, com excepção da Mortalidade Neonatal (0,21%). No Hospital C, a Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório Ajustada

(0,17%) e a Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada (5,43%) ultrapassam os valores estabelecidos como referência (0,0%).

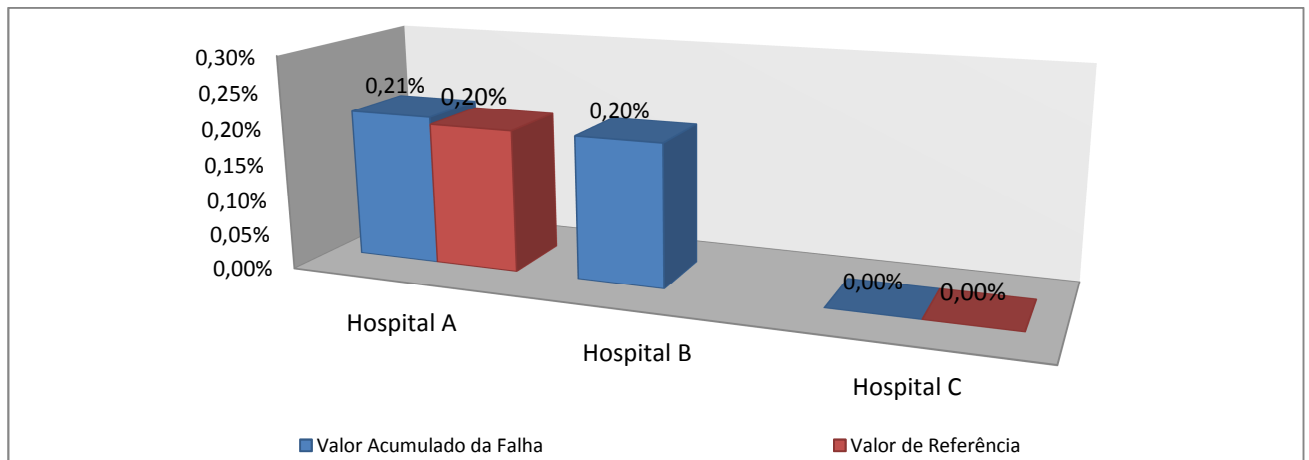


Gráfico 11 – Taxa de Mortalidade Neonatal.

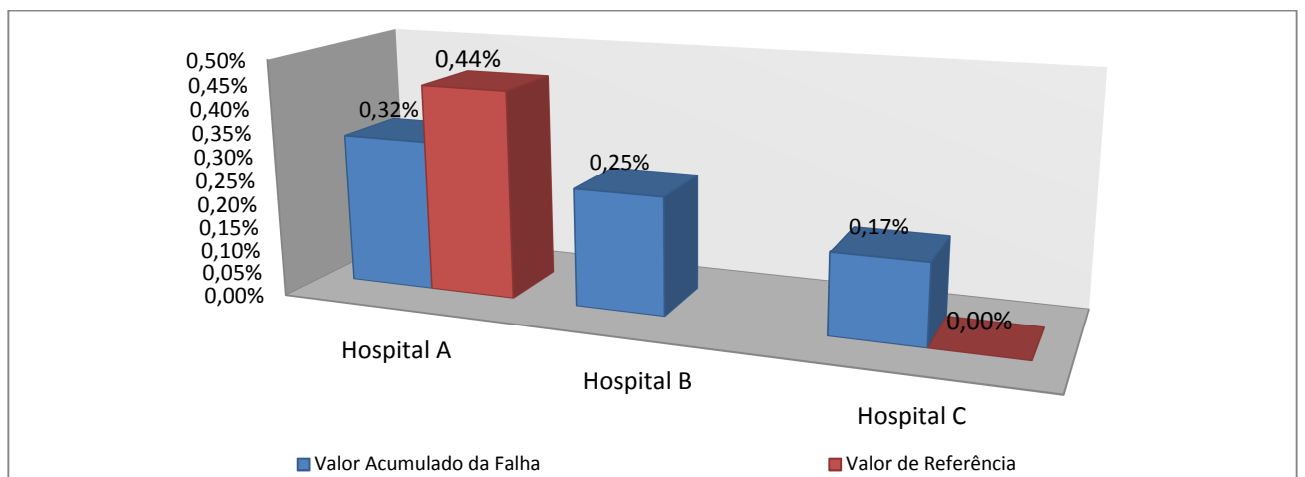


Gráfico 12 – Taxa Mortalidade Pós-Operatória Ajustada.

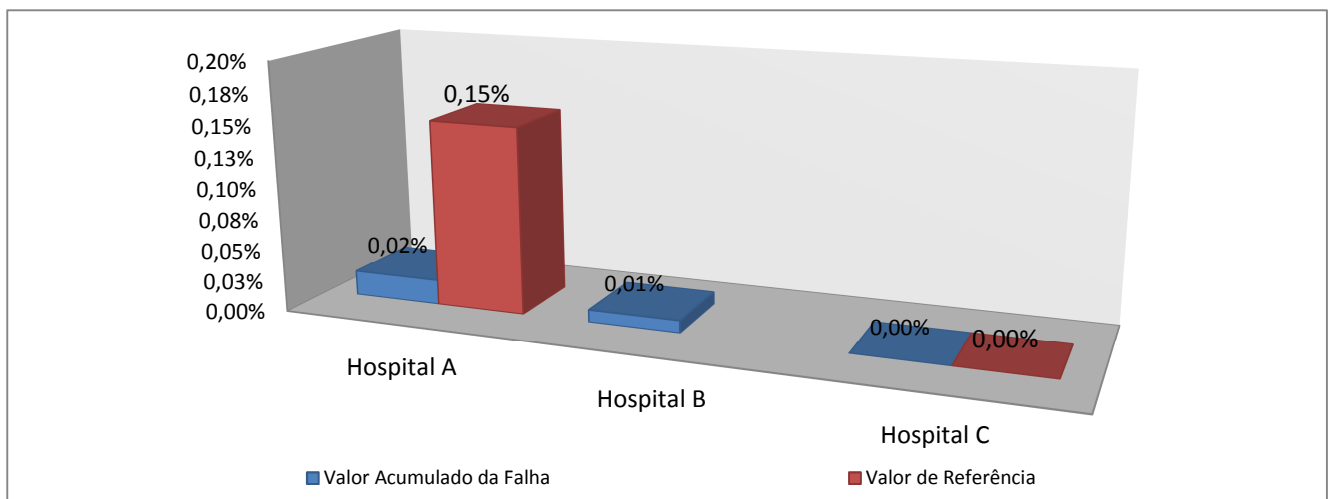


Gráfico 13 – Taxa Mortalidade Durante Acto Operatório Ajustada.

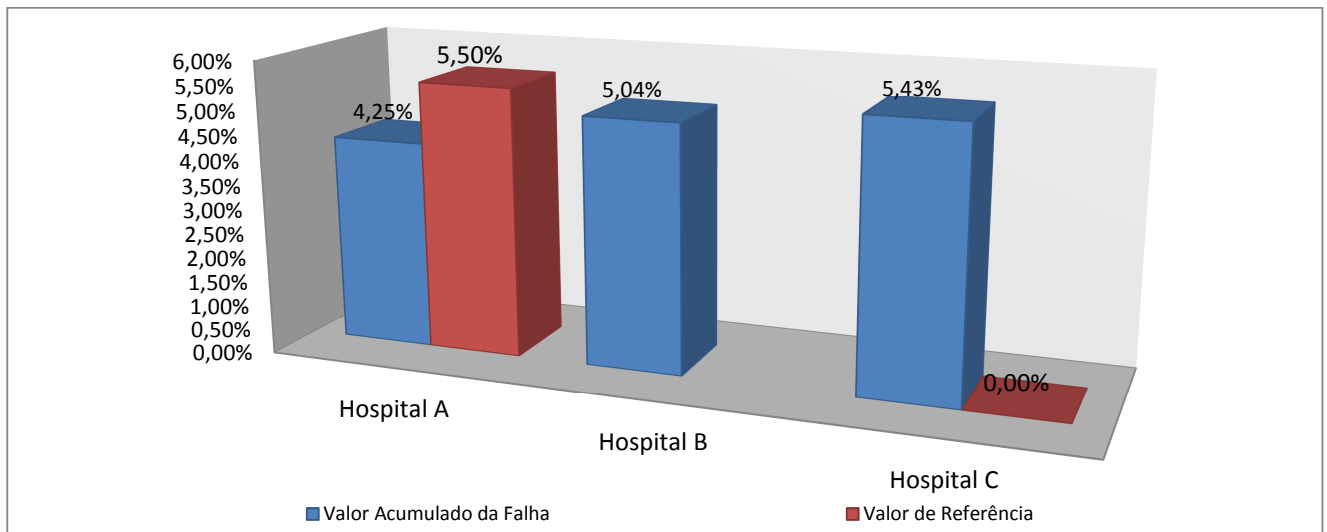


Gráfico 14 – Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada.

Através da análise do gráfico 15 – Grupo II, verifica-se que a Mortalidade Perinatal é mais elevada no Hospital C (2,53‰), seguida pelo Hospital B e C com valores de 0,36‰ e 0,32‰, respectivamente. Comparando com os valores de referência, constata-se que o único valor de medida da falha que se encontra fora do limite estabelecido é referente ao Hospital A, não obstante de ser o valor de medida mais baixo dos três hospitais.

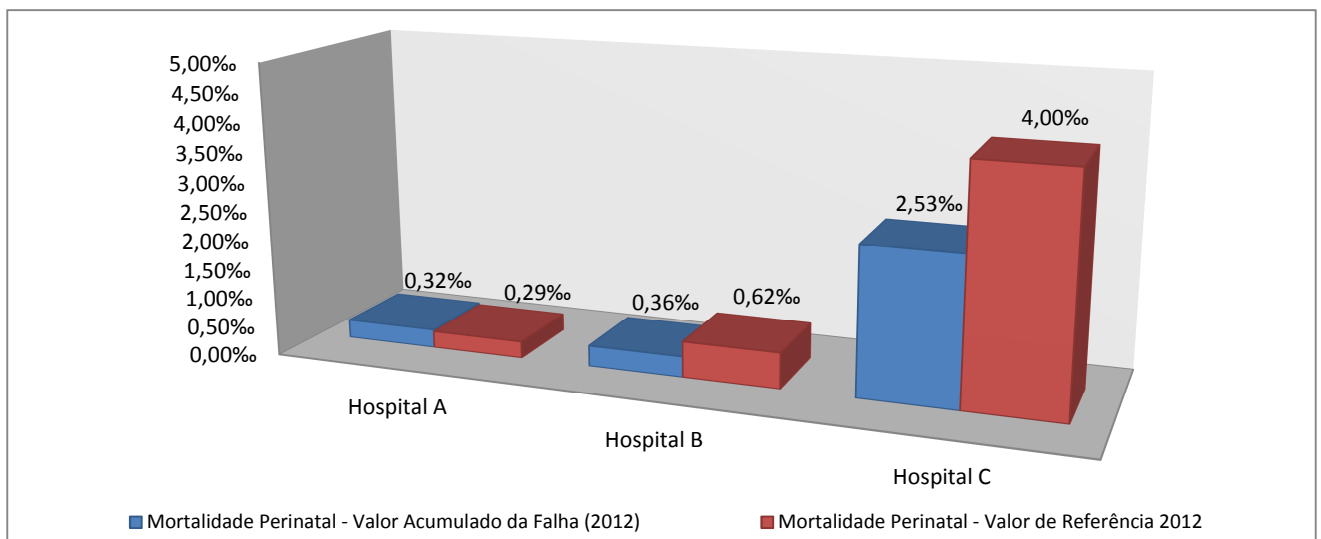


Gráfico 15 – Taxas de Mortalidade: Grupo II.

Este indicador pretende medir os óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade. Considera-se nado-vivo cada indivíduo, até aos 28 dias de vida, resultado de um “nascimento vivo”, de acordo com a definição da World Health Organization. De acordo com os dados divulgados pelo

Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal no ano de 2012, registou-se uma Taxa de Mortalidade Perinatal de 4,2 ‰.

D. Taxas de Readmissão na Urgência:

As Taxas de Readmissão na Urgência são compostas por dois indicadores: Readmissão na Urgência no Período até 24 horas e Readmissão na Urgência no Período até 72 horas com Internamento.

Através da análise do gráfico 16, verifica-se que os indicadores referentes às taxas de readmissão no Serviço de Urgência não se encontram a ser monitorizadas no Hospital C pelo que a análise restringir-se-á aos Hospitais A e B. Assim, verifica-se que as Taxas de Readmissão na Urgência são mais elevadas no Hospital B, ainda que a diferença entre os hospitais seja menor na Taxa de Readmissão no período até às 72 horas com internamento.

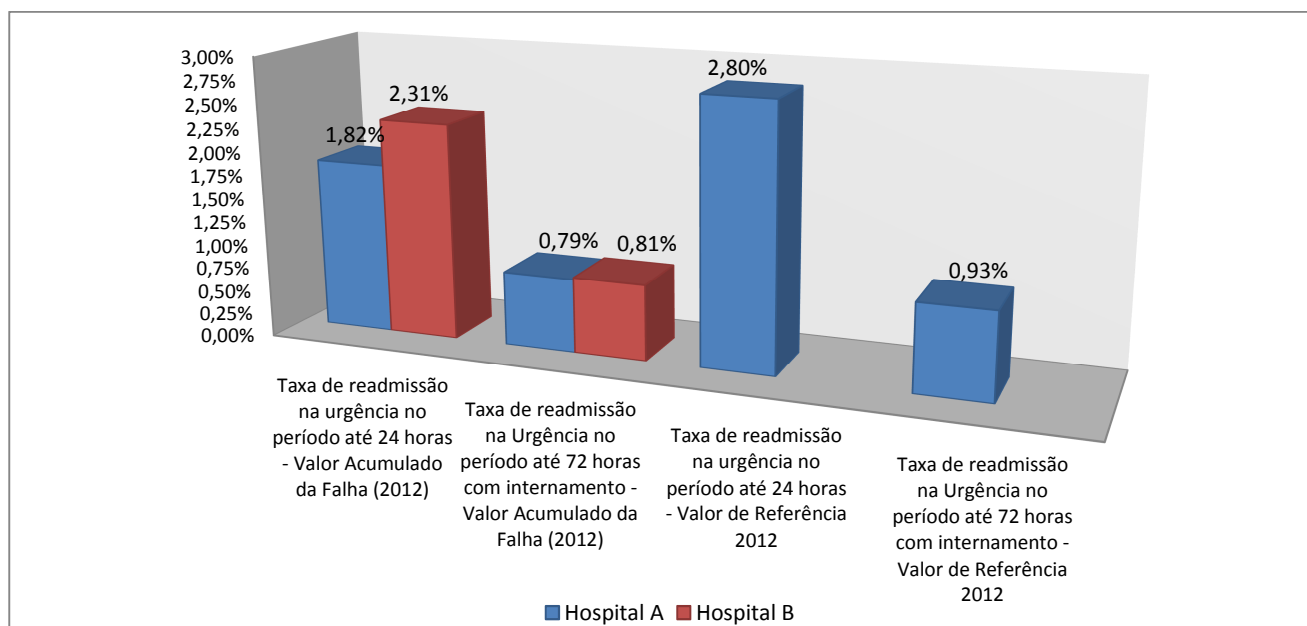


Gráfico 16 – Taxas de Readmissão na Urgência.

Comparando com os valores de referência, importa considerar que no Hospital B não se encontram definidos os valores de referência. Assim, para o Hospital A todos os resultados se encontram dentro dos limites.

Importa salientar que a Taxa de Readmissão na Urgência representa uma medida indirecta da qualidade dos serviços de saúde prestados. Mais concretamente, os regressos não programados ao Serviço de Urgência num curto espaço de tempo poderiam muitas vezes ser evitados, quer através de um diagnóstico e tratamento

adequado na primeira deslocação do Utente, quer através de um melhor esclarecimento do Utente sobre como continuar o tratamento ou avaliar os sintomas.

No entanto, é complexo comprovar se o motivo de retorno do Utente ao Serviço de Urgência é o mesmo que o fez dirigir ao serviço no momento anterior (uma complicação, um sintoma incorrectamente diagnosticado na primeira admissão ou um novo sintoma poderiam prejudicar a fiabilidade dos dados). Neste sentido, o “rationale” para a utilização destes indicadores, reside na preferência em analisar-se um indicador que considere os regressos ao Serviço de Urgência por qualquer motivo, uma vez que deste modo o enviesamento é menor e menos relevante.

E. Taxas de Reinternamento e de Altas Voluntárias no Internamento:

Através da análise do gráfico 17, constata-se que o Hospital A apresenta taxas de reinternamento e de altas voluntárias no internamento superiores aos restantes hospitais.

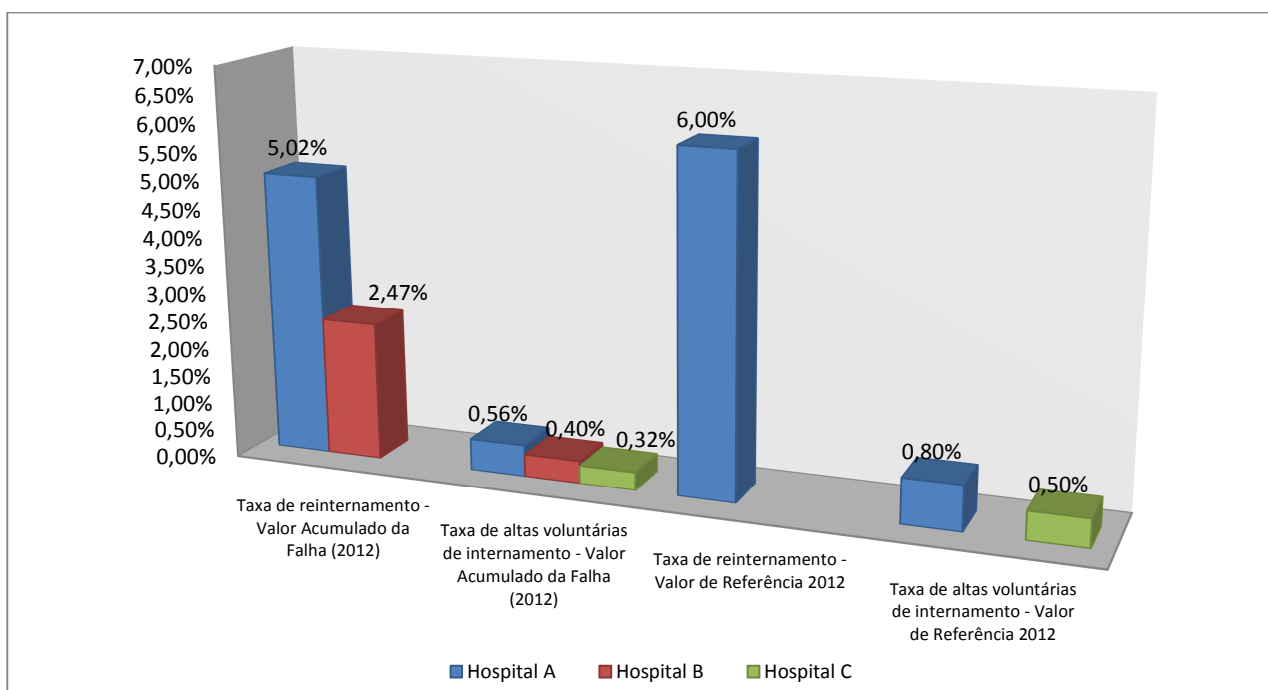


Gráfico 17 – Taxas de Reinternamento e de Altas Voluntárias no Internamento.

Comparando os resultados de medida da falha com os valores de referência estabelecidos, verifica-se que os valores (acumulados) medidos no Hospital A situam-se dentro dos limites estabelecidos. O mesmo acontece com os valores medidos da taxa de Altas Voluntárias no Internamento no Hospital C.

No Hospital C a taxa de reinternamento não se encontra a ser monitorizada nem o valor de referência se encontra definido, conforme previsto em contrato. No Hospital B não se encontram definidos os valores de referência para as taxas em análise.

F. Taxas de Admissão Não Programada após Procedimento Ambulatório e de Regresso Não Programado ao Bloco Operatório:

Analisando o gráfico 18, conclui-se que o Hospital A apresenta os menores valores (acumulados) medidos, comparativamente ao Hospital B, e que o mesmo satisfaz positivamente quando comparado com os valores de referência definidos.

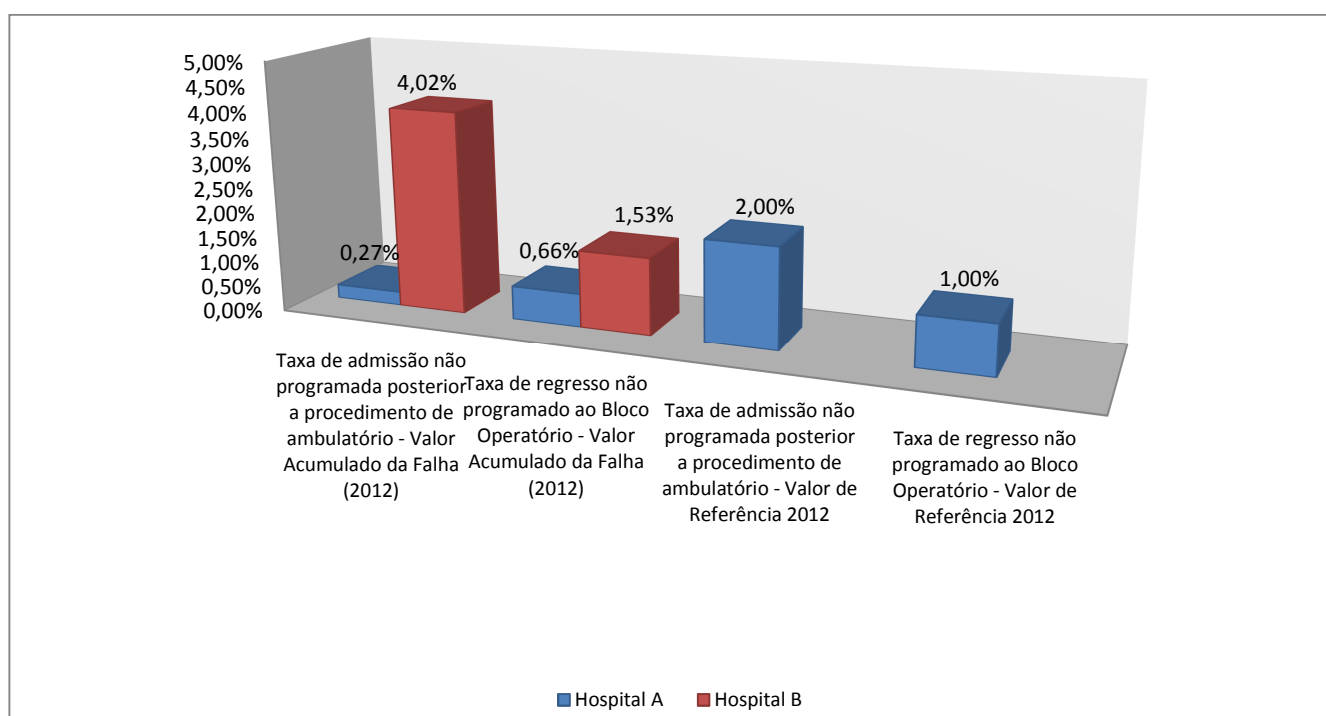


Gráfico 18 – Taxas de Admissão não Programada após Procedimento de Ambulatório e de Regresso Não Programado ao Bloco Operatório.

Relativamente à comparação entre os valores de medida da falha e os valores de referência do Hospital B, não é possível retirar qualquer relação dado que os valores de referência não se encontram definidos.

No Hospital C, estas taxas não estão a ser monitorizadas nem o valor de referência se encontra definido, conforme previsto em contrato.

G. Taxas de Infecção:

As Taxas de Infecção serão apresentadas agrupadas da seguinte forma: Grupo I – Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea em Doentes submetidos a CVC, Infecção Urinária em Doentes Algiados, Infecção Respiratória associada a Ventilação Mecânica na UCI; Grupo II – Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados.

Através da análise dos gráficos 19 e 20 - Taxas de infecção do Grupo I e II, respectivamente, constata-se que o Hospital A é o que apresenta os menores valores (acumulados) de medida da falha, comparativamente ao Hospital B. No entanto, ressalva-se que os valores das Taxas de infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 2 e de Risco 3, apenas foram disponibilizados dados de medida da falha para o Hospital B.

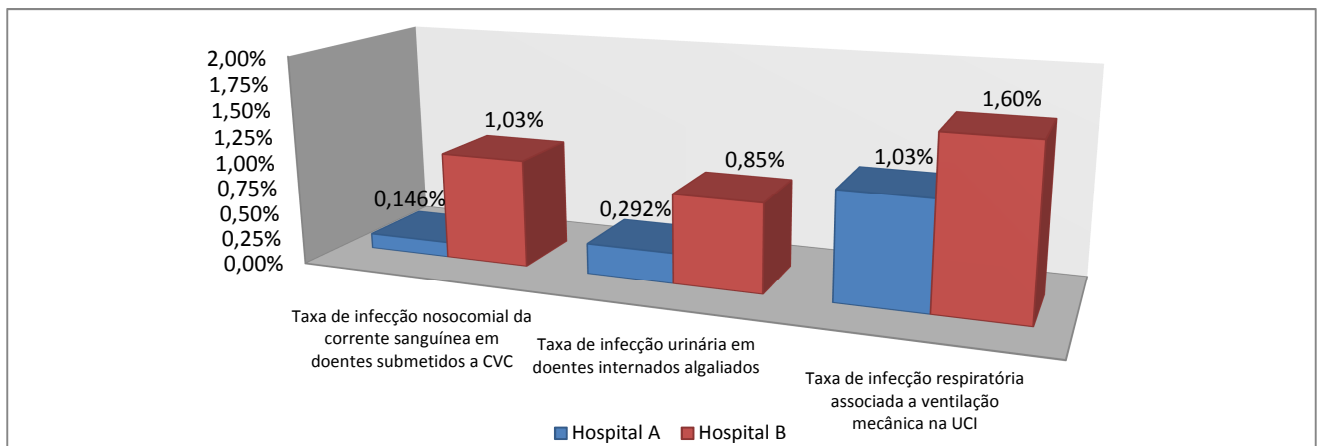


Gráfico 19 – Taxas de Infecção.

No Hospital C, estas taxas não estão a ser monitorizadas nem o valor de referência se encontra definido, conforme previsto em contrato.

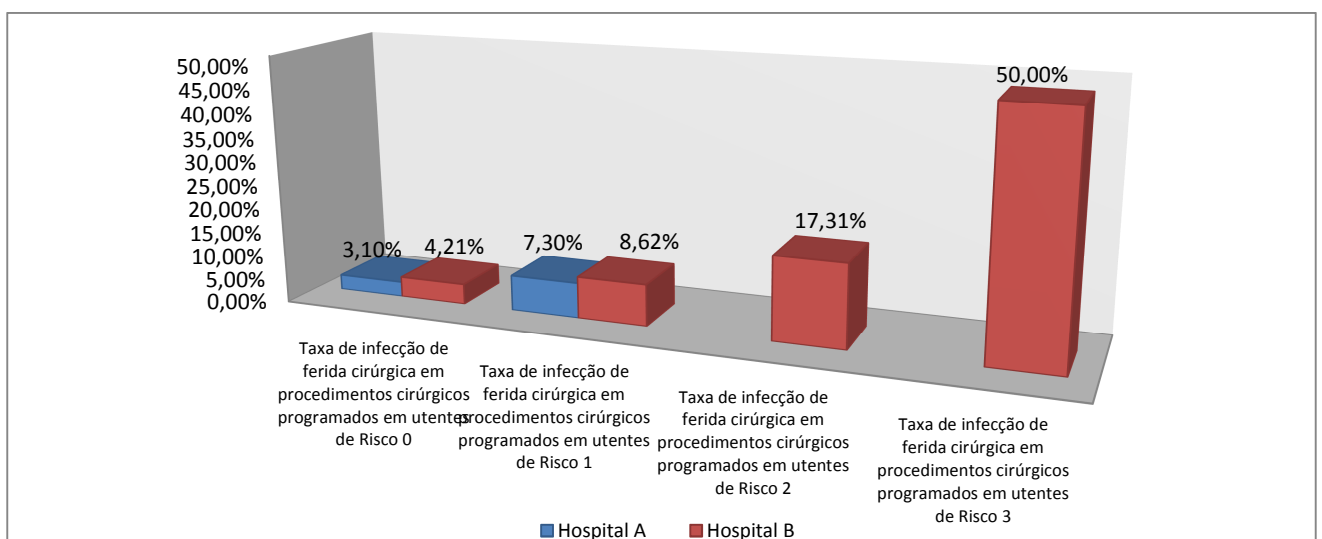


Gráfico 20 – Taxas de Infecção de Ferida Cirúrgica.

H. Tempos Médios:

Os Tempos Médios serão apresentados mediante o seguinte agrupamento: Grupo I (dias) – De Estadia Pré-Cirúrgica; Grupo II (dias) – De Espera para a Realização de Primeira Consulta, para o Internamento Cirúrgico Programado e para Intervenção em Cirurgia de Ambulatório Programada; Grupo III (minutos) – De Espera no Dia da Consulta, para Triagem no Serviço de Urgência e para Atendimento após Triagem na Urgência (Ajustado).

Os dados do Grupo I encontram-se expressos no gráfico 21. Assim, verifica-se que o Tempo Médio de Estadia Pré-Cirúrgica, medido em dias, é mais elevado para no Hospital C (2,48), seguido do Hospital B (1,25) e do A (0,68), respectivamente. Analisando face ao “Comparador Público”, verifica-se que o Hospital B se encontra abaixo do limite definido e o C acima. Para o Hospital B, não se encontra definido o Valor de Referência.

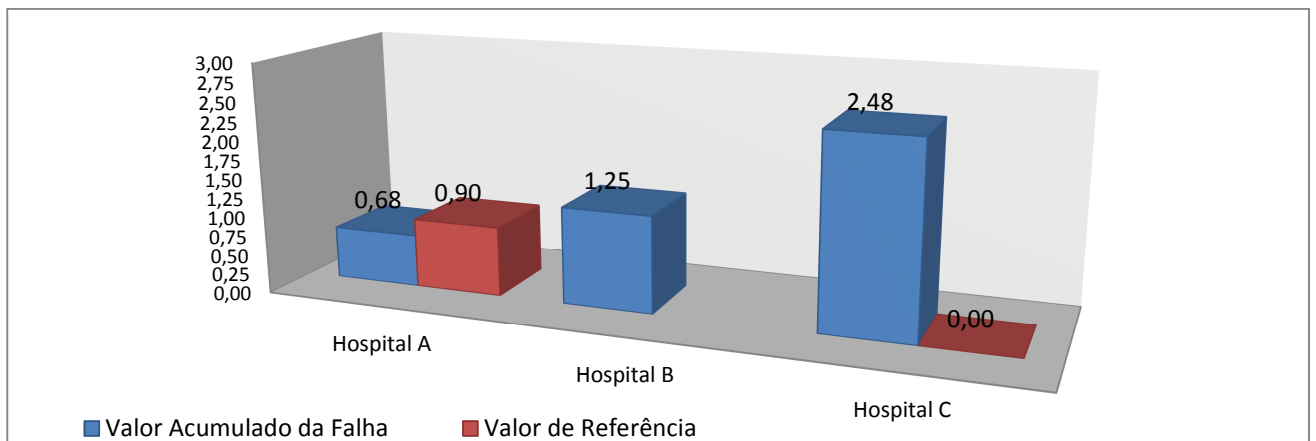


Gráfico 21 – Tempos Médios de Estadia Pré-Cirúrgica.

Através da análise dos gráficos 22, 23 e 24, Grupo II, verifica-se que o Hospital C é o que apresenta os melhores resultados comparativamente aos outros hospitais.

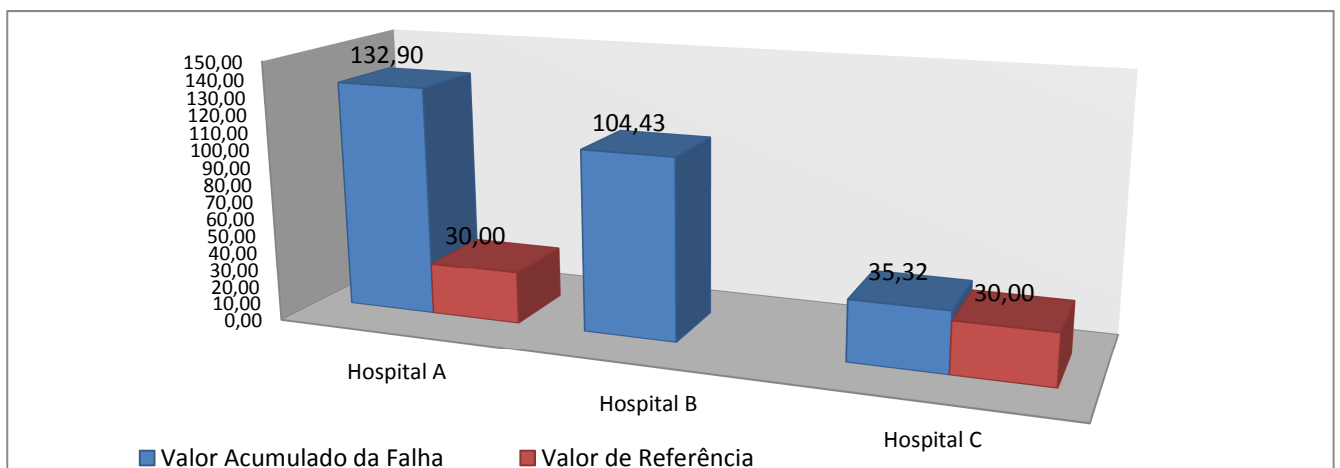


Gráfico 22 – Tempo médio de espera para realização de Primeira consulta.

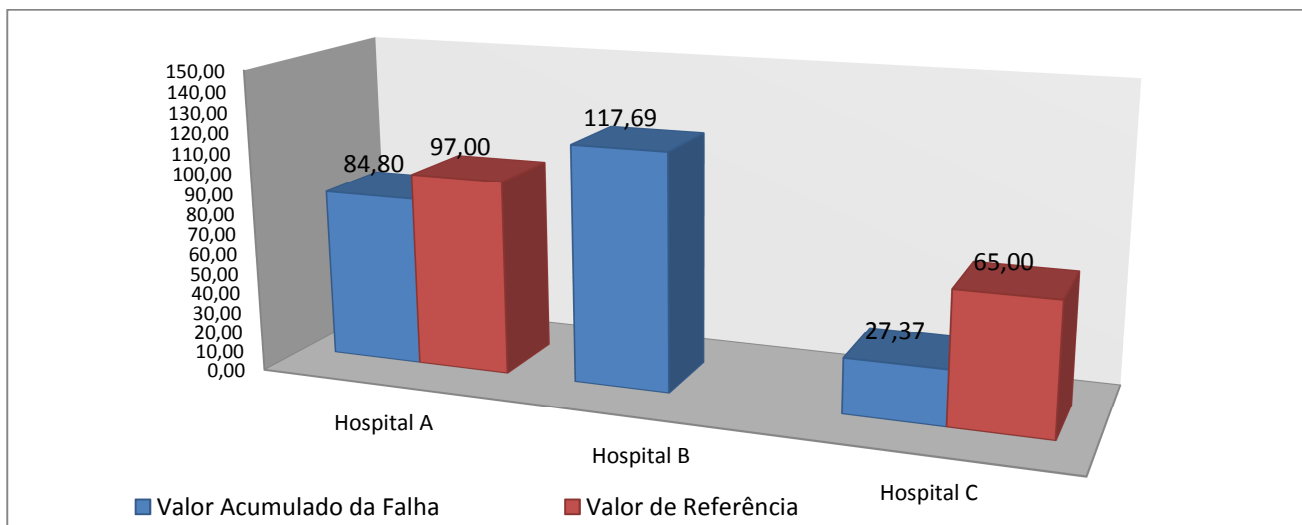


Gráfico 23 – Tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado.

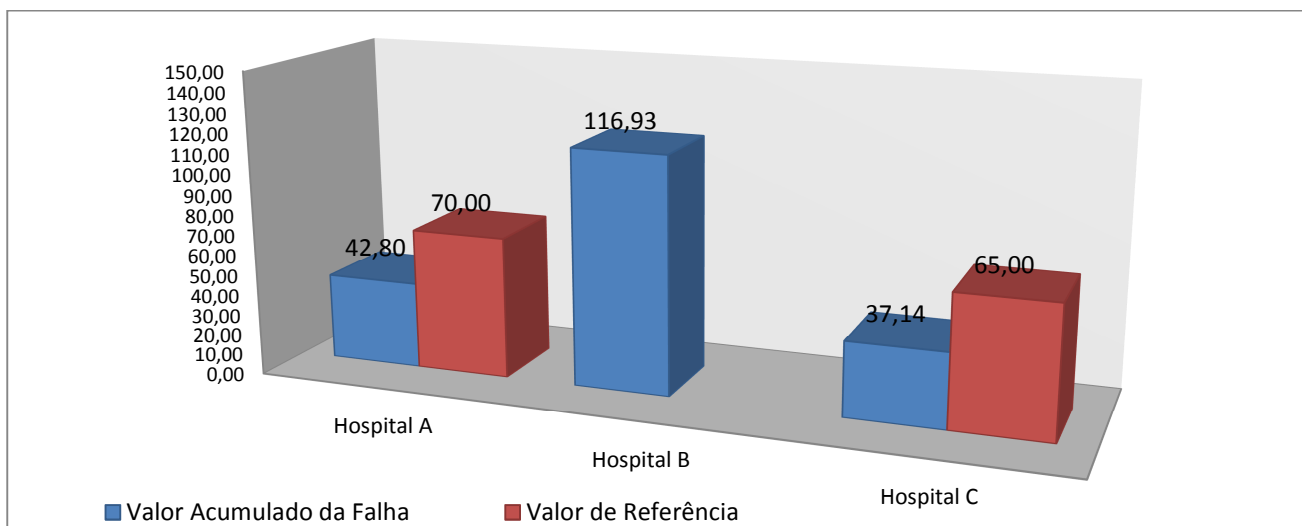


Gráfico 24 – Tempo médio de espera para intervenção em cirurgia de ambulatório programada.

Neste grupo, o indicador que apresenta um maior número de dias de tempo de espera corresponde ao Tempo Médio de Espera para a realização de Primeira Consulta no Hospital A (132,90).

Ao invés, o indicador com um menor número de dias de tempo de espera corresponde ao Tempo Médio de Espera para a Internamento Cirúrgico Programado no Hospital C (27,37).

De realçar ainda que o Hospital B apresenta tempos de espera bastante elevados, com particular destaque para o Tempo Médio de Espera para a Internamento Cirúrgico Programado (117,69) e o Tempo Médio de Espera para a Intervenção em Cirurgia de

Ambulatório Programada, que constituem os valores mais elevados dos três hospitais em estudo.

Comparativamente aos valores de referência verifica-se que são ultrapassados os valores limite, apenas para o Tempo Médio de Espera para a realização de Primeira Consulta, no Hospital A e C. Para o Hospital B, não se encontram definidos os Valores de Referência.

Os dados do Grupo III encontram-se expressos nos gráficos 25, 26 e 27. Estes indicadores não estão a ser monitorizados no Hospital C, nem o valor de referência se encontra definido conforme previsto em contrato, pelo que a análise restringir-se-á aos Hospitais A e B.

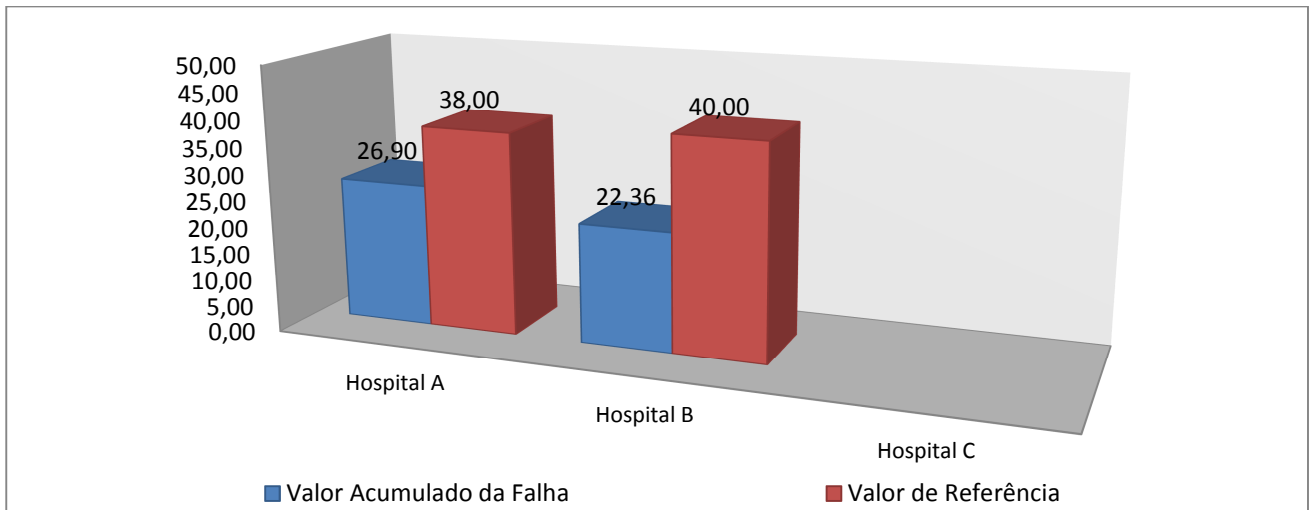


Gráfico 25 – Tempo médio de espera no dia da consulta.

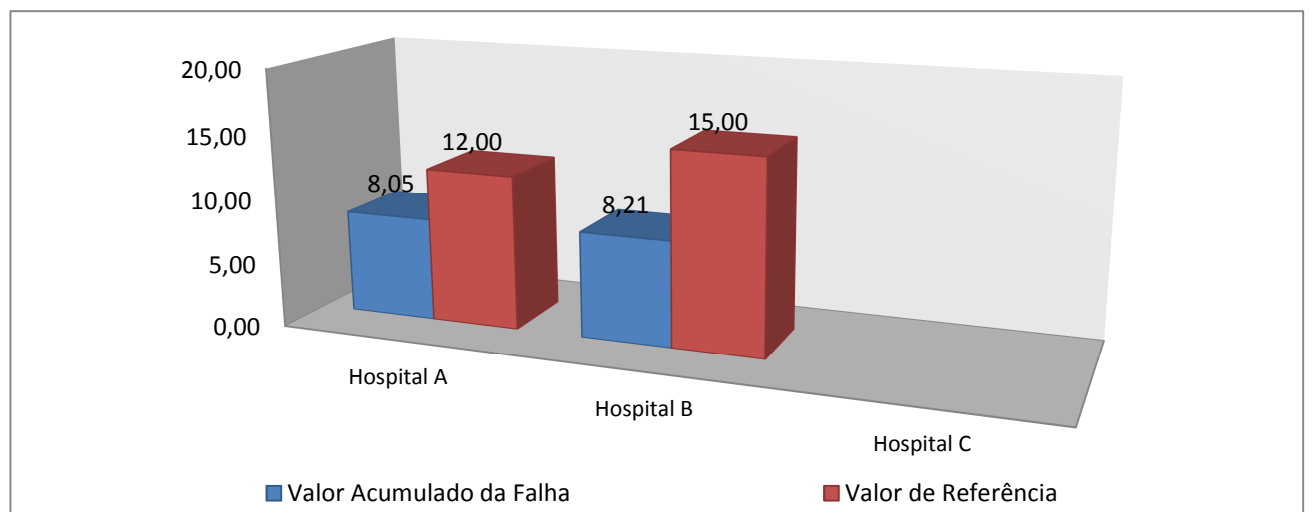


Gráfico 26 – Tempo médio de espera para triagem no serviço de Urgência.

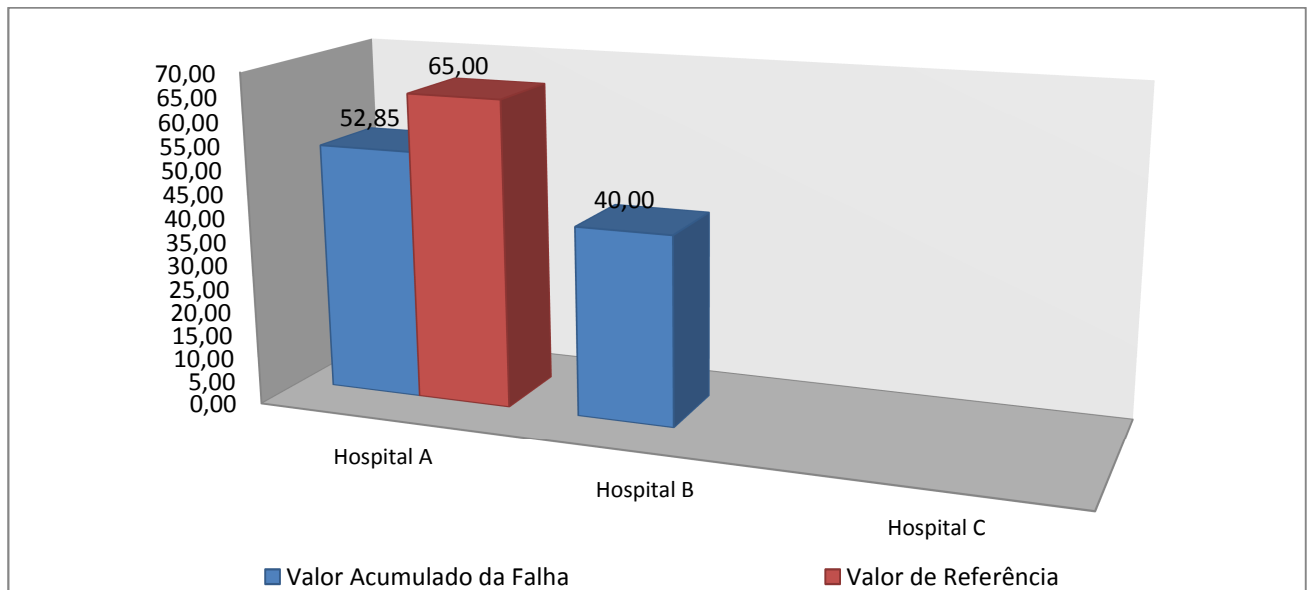


Gráfico 27 – Tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na Urgência.

Assim, verifica-se que o Tempo de Espera para Triagem no Serviço de Urgência apresenta os melhores valores nos dois hospitais (A: 8,05 minutos, B: 8,21 minutos), face aos restantes indicadores. No polo oposto, o Tempo Médio de Espera Ajustado para Atendimento após Triagem na Urgência, é o indicador que apresenta os piores resultados em ambos os hospitais (A: 52,85 minutos, B: 40,00 minutos).

Comparativamente aos valores de referência verifica-se que todos os indicadores medidos se encontram abaixo dos valores limite. De salientar que para o Hospital B, não se encontra definido o valor de referência para Tempos Médios de Espera para Atendimento após Triagem na Urgência (Ajustado).

I. Taxas de Atendimento no Serviço de Urgência:

Relativamente às Taxas de Atendimento no Serviço de Urgência, são apresentados os resultados de três indicadores no gráfico 28: Taxa de Doentes que Permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 3 horas e 6 horas; Taxa de Utentes que Abandonam o Serviço de Urgência após a Triagem sem serem atendidos.

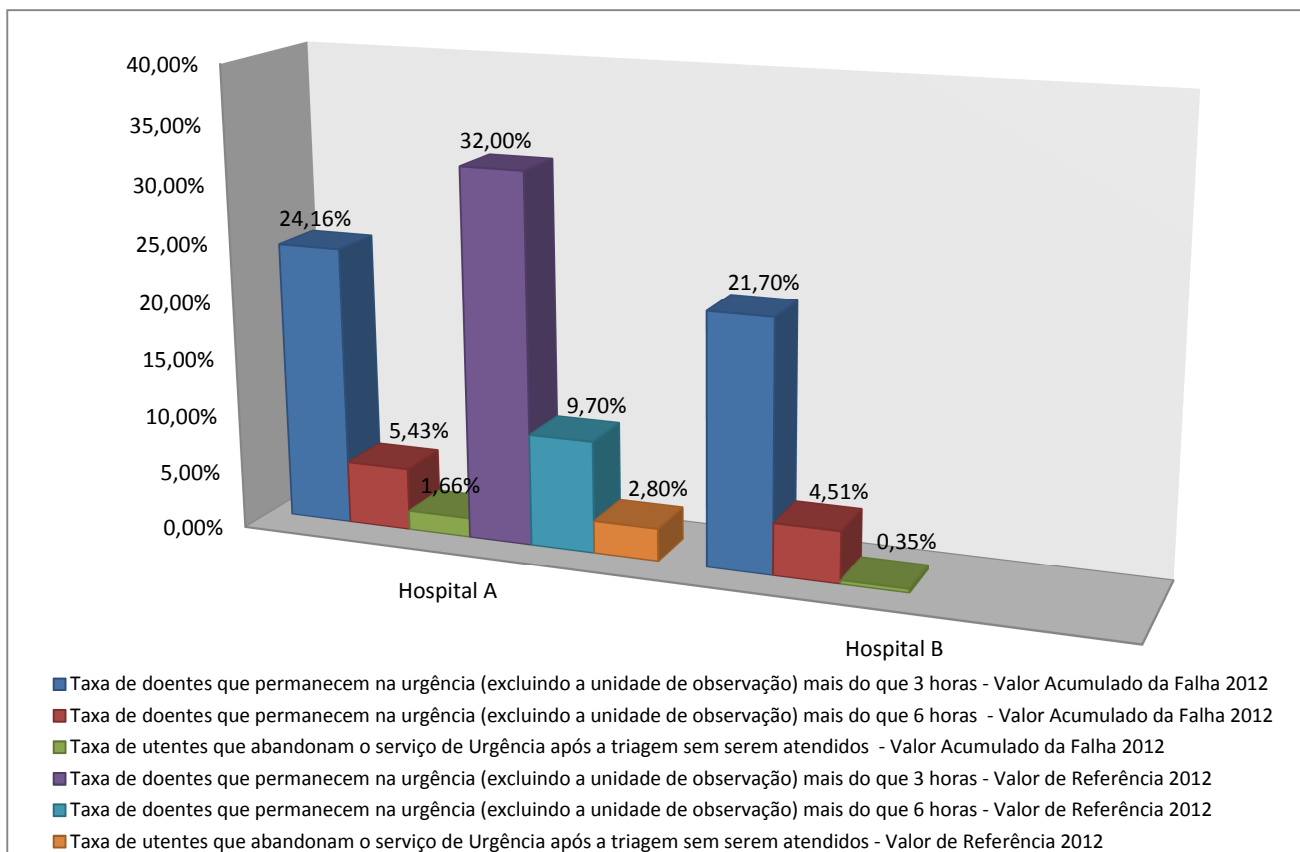


Gráfico 28 – Taxas de Atendimento no Serviço de Urgência.

Estes indicadores não estão a ser monitorizados no Hospital C, nem o valor de referência se encontra definido conforme previsto em contrato, pelo que a análise restringir-se-á aos Hospitais A e B. Relativamente ao Hospital B, constata-se que os valores de referência não se encontram definidos.

Face ao exposto, verifica-se que o Hospital B apresenta melhores resultados para todos os indicadores comparativamente ao Hospital A. Quando comparados os resultados de medida da falha com os valores de referência, observa-se que no Hospital A, todos os valores encontram-se abaixo do limite definido.

J. Taxas de Execução de Relatórios Operatórios sobre o total de Intervenções Cirúrgicas e de Execução de Técnicas com Consentimento Informado:

Os resultados encontram-se expressos no gráfico 29. Estes indicadores não estão a ser monitorizados no Hospital C, nem o valor de referência se encontra definido conforme previsto em contrato, pelo que a análise restringir-se-á aos Hospitais A e B.

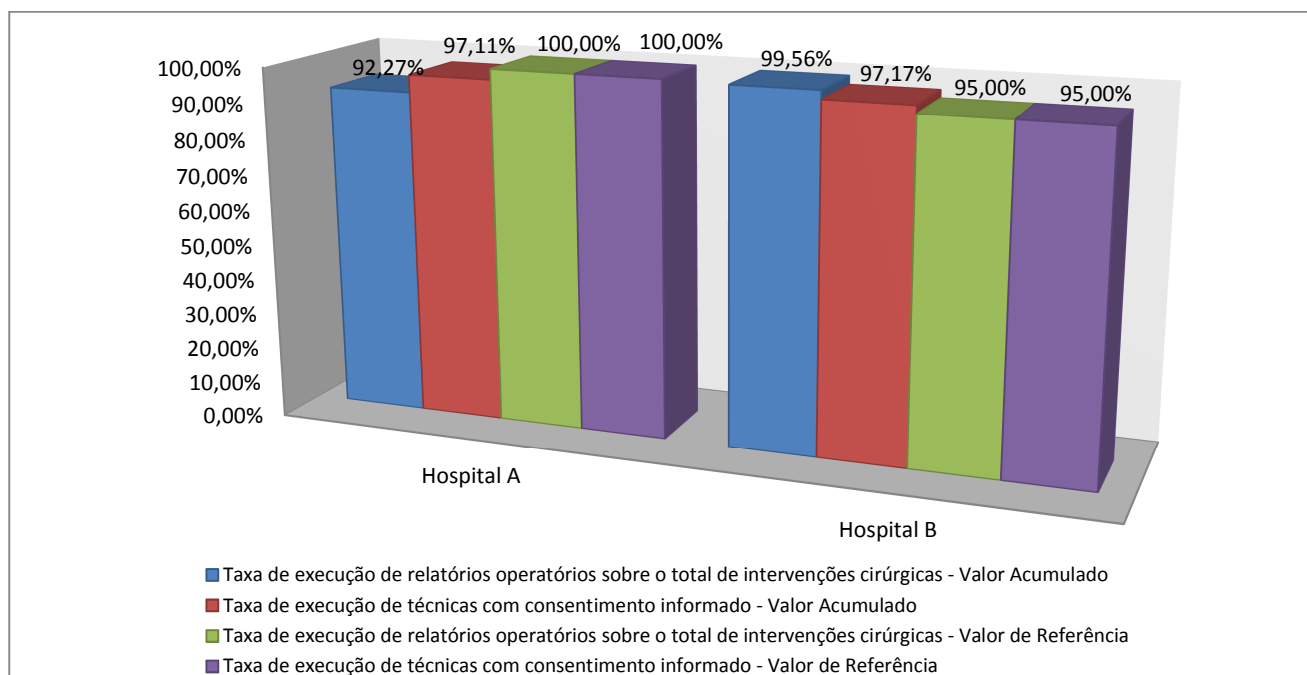


Gráfico 29 – Taxas de execução de relatórios operatórios sobre o total de intervenções cirúrgicas e de execução de técnicas com consentimento informado.

Verifica-se que o Hospital B apresenta melhores resultados para os dois indicadores comparativamente ao Hospital A, assim como, também cumpre os objectivos definidos face aos valores de referência.

Relativamente ao Hospital A, não são cumpridos os objectivos face aos valores de referência e observa-se uma taxa de execução de relatórios operatórios sobre o número total de intervenções cirúrgicas (92,27%) que deveria merecer uma análise mais detalhada pela Entidade Gestora do Estabelecimento mas acima de tudo, pela Entidade Pública Contratante.

De salientar que os valores de referência do Hospital A (100%) são claramente mais exigentes que os do Hospital B (Limite Inferior: 95,00%)

K. Taxas de Altas com Nota de Alta Hospitalar:

Relativamente às Taxas de Altas com Nota de Alta Hospitalar, são apresentados os resultados no gráfico 30.

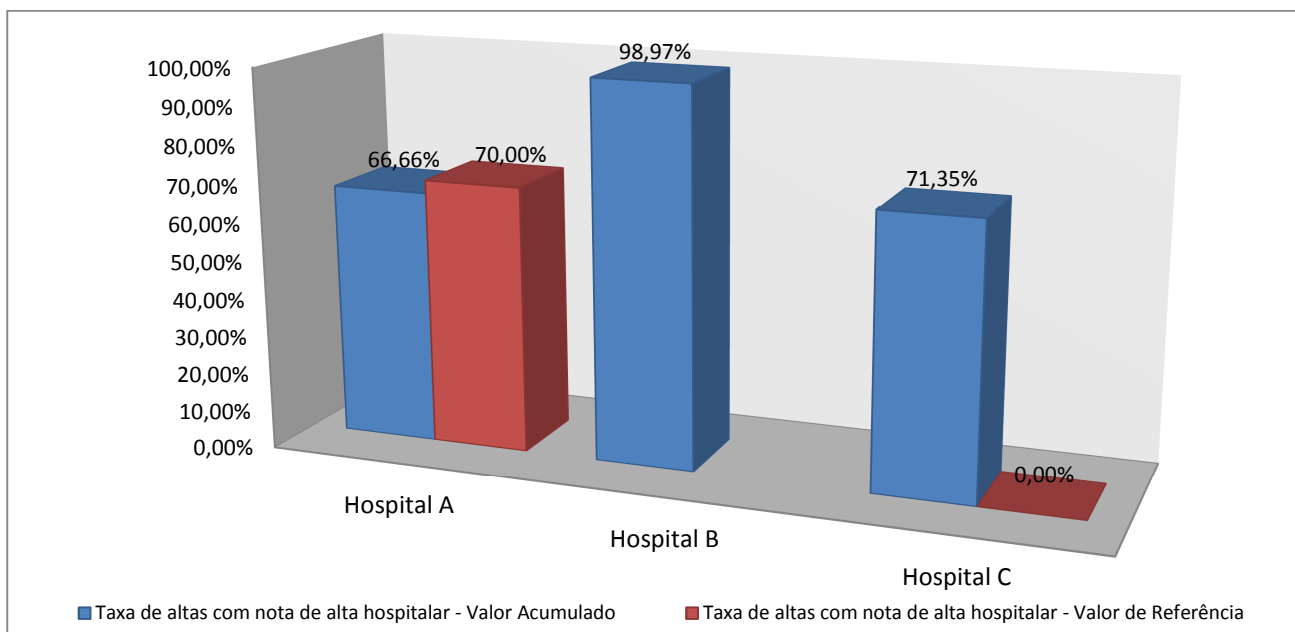


Gráfico 30 – Taxas de altas com nota de alta hospitalar.

Verifica-se que o Hospital B é o que apresenta os melhores resultados com uma taxa de execução de 98,97%, seguido pelo Hospital C e A com 71,35% e 66,66%, respectivamente. Para este indicador volta a salientar-se o descrito acima, isto é, estes resultados carece de uma análise mais detalhada pela Entidade Gestora do Estabelecimento mas acima de tudo, pela Entidade Pública Contratante.

Comparativamente aos valores de referência verifica-se que no Hospital A o valor de medida da falha encontra-se abaixo do limite mínimo estabelecido. No Hospital B não se encontra definido o valor de referência e no Hospital C não se entende o valor de 0,0% apresentado.

L. Segurança do Doente:

Os resultados dos indicadores associados à Segurança do Doente são apresentados mediante o seguinte agrupamento: Grupo I – Taxa de ocorrência de quedas em doentes internados e de utentes após triagem na Urgência, Taxa de ocorrência de reacções imediatas a transfusões, Taxa de notificação de reacções adversas à medicação, Taxa de erros na administração de derivados de sangue por segmento; Grupo II – Taxa de ocorrência de úlceras de pressão.

Os resultados são evidenciados nos gráficos 31, 32 e 33.

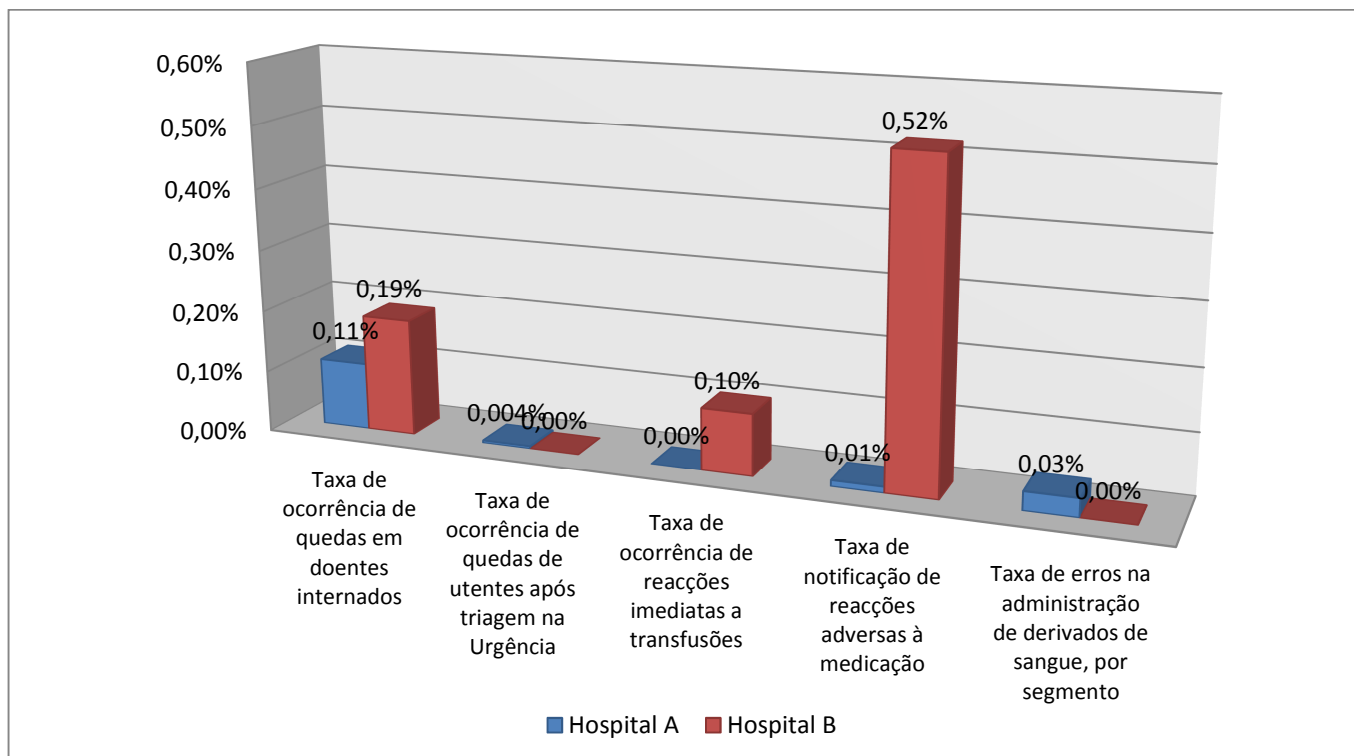


Gráfico 31 – Indicadores de “Segurança do Doente” – Grupo I: Valores Acumulados de Medida da Falha.

A taxa de notificação das reacções adversas à medicação no Hospital B é o indicador que apresenta dos valores mais elevados. No Hospital B não se encontram definidos os valores de referência.

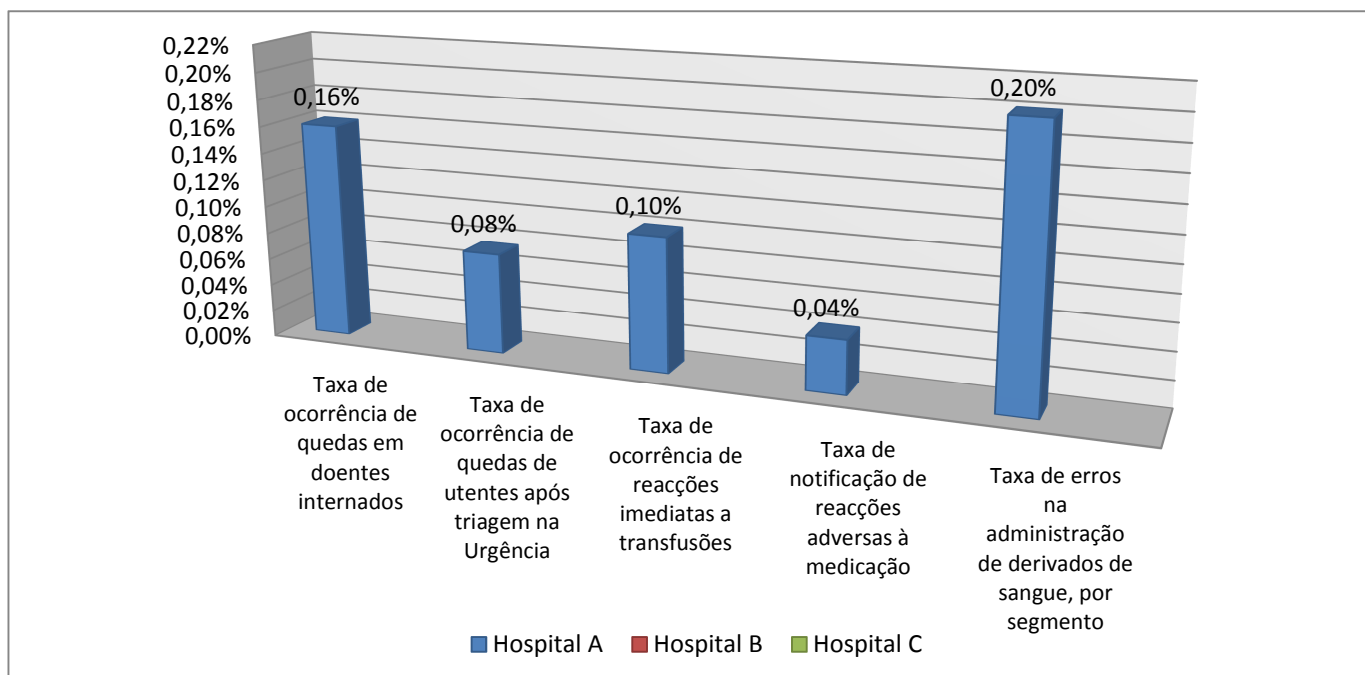


Gráfico 32 – Indicadores de “Segurança do Doente” – Grupo I: Valores de Referência.

Estes indicadores não estão a ser monitorizados no Hospital C, nem o valor de referência se encontra definido conforme previsto em contrato, pelo que a análise restringir-se-á aos Hospitais A e B. A Taxa de Quedas é superior em Doentes Internados que em Utentes após triagem na Urgência, para o Hospital A e B.

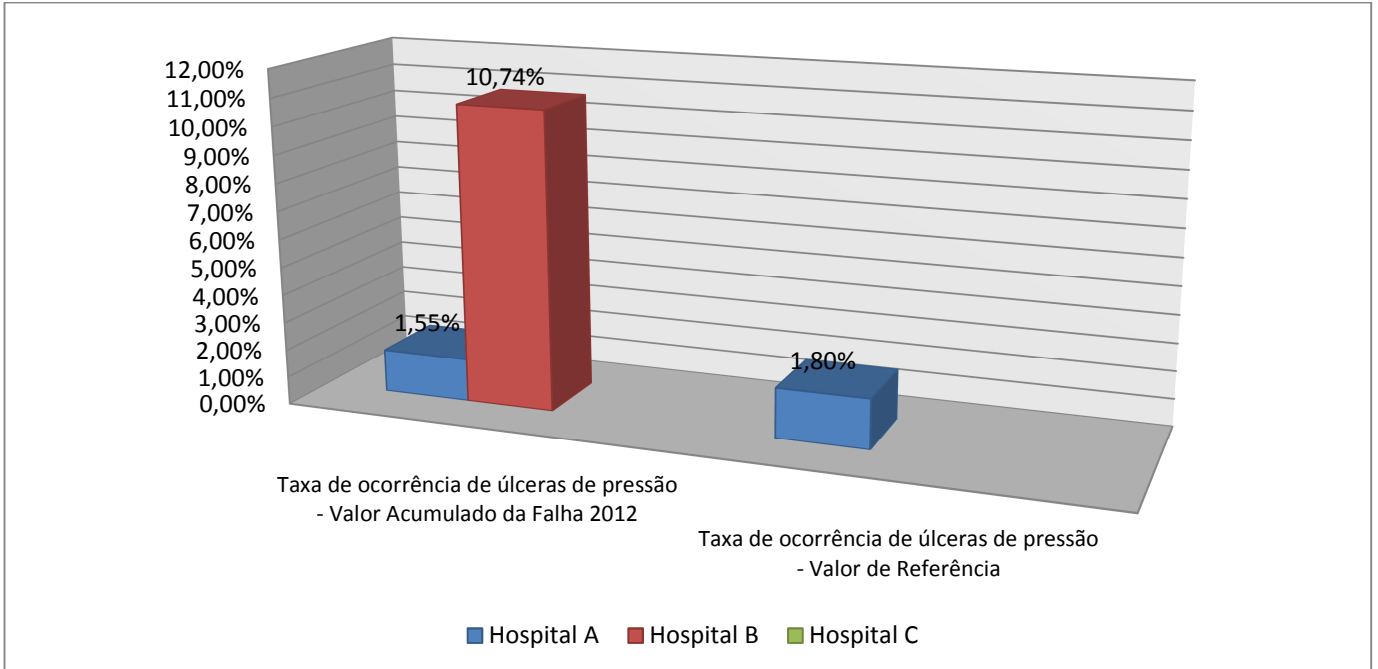


Gráfico 33 – Indicadores de “Segurança do Doente” – Grupo II.

O indicador que apresenta os resultados mais elevados de medida da falha para ambos os hospitais, diz respeito à Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão com um valor de 1,55% para o Hospital A e 10,74% para o Hospital B.

Relativamente ao “Comparador Público”, os valores encontram-se definidos apenas para o Hospital A. Verifica-se que todos os valores medidos no Hospital A estão abaixo dos valores de referência.

6. DISCUSSÃO

6.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Em termos metodológicos, importa salientar que atendendo ao carácter “inovador” do presente estudo, não foi encontrado qualquer outro trabalho desenvolvido sobre esta temática a nível nacional. Assim, a revisão bibliográfica, nomeadamente no que que concerne aos estudos internacionais, tornou-se fundamental e permitiu enquadramento do estudo possibilitando uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

Relativamente às limitações do estudo desenvolvido, destaca-se o seguinte:

1. Apesar dos contractos dos Hospitais se encontrarem disponíveis no sítio na Internet da Direcção Geral do Tesouro e Finanças, tal não acontece no que concerne aos indicadores de qualidade monitorizados dado que reportam para anexo.
2. Considerando as cláusulas contratuais para a monitorização dos indicadores em função da distância temporal de acordo com a data de conclusão da transferência do estabelecimento hospitalar, verifica-se que não existem à data do estudo, valores para alguns dos indicadores definidos o que inviabiliza uma análise mais detalhada.
3. Diferenças relativamente ao painel de indicadores monitorizados que por conseguinte originam dificuldades no processo de comparabilidade e de “benchmarking” entre os três hospitais PPP
4. Não obstante de ter sido solicitada informação sobre os “Relatórios Justificativos dos Desvios” as “Auditorias aos Dados” referentes ao ano de 2012 e remetidos pelos hospitais PPP para as Administrações Regionais de Saúde correspondentes (ARS), tais dados não chegaram a ser disponibilizados pelo que não foi possível a sua análise.

6.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na sequência do enquadramento teórico e da análise bibliográfica realizada, verifica-se que o Estado optou pela implementação de um modelo de parceria complexo e sem paralelo no campo internacional, no âmbito de um Ministério – o da Saúde – que não possuía qualquer experiência prévia em PPP. Neste âmbito, de seguida são discutidos aspectos em análise.

1) Avaliação Global

A. Parâmetros de Desempenho

Sobre esta matéria, importa reflectir-se sobre duas perspectivas fundamentais:

O primeiro aspecto diz respeito às diferenças verificadas na forma de agrupamento dos parâmetros de desempenho de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos entre os três hospitais PPP de “primeira vaga”. Esta situação origina dificuldades no processo de comparabilidade e de “benchmarking”.

Em termos conceptuais, poder-se-ia assumir que estas diferenças derivam do intervalo temporal entre os hospitais, tanto a nível do processo de lançamento do concurso como da assinatura do contrato. No entanto, esta relação não se comprovou na medida em que os dois hospitais que entraram mais recentemente em funcionamento (Braga e Loures) revelam maiores diferenças entre si.

Por sua vez, o segundo aspecto a reflectir, reporta para a existência de parâmetros de desempenho que só são aplicáveis após o segundo ano após a entrada em funcionamento do edifício hospitalar. Debaixo deste “grande chapéu”, estão incluídos indicadores relacionados com a “Segurança do Doente” e a “Infecção Hospitalar”.

Segundo Sousa, P. (2006), a segurança dos doentes constitui hoje um sério problema de saúde pública que urge dar resposta. Torna-se assim necessário identificar áreas de actuação, hierarquizar intervenções, seleccionar indicadores que permitam monitorizar e avaliar essas intervenções, em termos de efectividade e eficácia das mesmas. Como tal, considera-se que a implementação de estratégias de melhoria da qualidade nos cuidados

de saúde não se trata apenas de uma necessidade, particularmente dado o momento actual do País, mas essencialmente de uma exigência dos cidadãos e da saúde pública.

De acordo com a Recomendação do Conselho da União Europeia de 9 de Junho de 2009 (2009/C 151/01), sobre a prevenção e o controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde, as instituições deverá, entre outros aspectos:

- Incentivar uma elevada qualidade da documentação microbiológica e dos processos clínicos dos pacientes;
- Efectuar a vigilância da incidência de tipos de infecção específicos, com indicadores estruturais e de processo que permitam avaliar a aplicação das medidas de controlo de infecções;
- Ponderar a utilização da vigilância de tipos específicos de infecção e/ou de estirpes específicas de patógenos associados aos cuidados de saúde para a detecção atempada de organismos de alerta associados aos cuidados de saúde ou de grupos de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Em linha, no Relatório do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011) refere-se que “a qualidade e a segurança dos cuidados prestados serão a grande prioridade deste novo impulso de reforma dos hospitais. Os níveis perigosos de infecção hospitalar registados obrigam a uma actuação eficaz, urgente e determinada na sua diminuição”.

Assim, na sequência do exposto anteriormente, recomenda-se que uma uniformização nos parâmetros de desempenho de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos e a avaliação de todos os parâmetros desde o início de funcionamento do edifício hospitalar.

B. Indicadores de Qualidade

Neste estudo privilegiou-se a abordagem de avaliação pelos resultados. Segundo Costa (2005), somente após terem sido identificadas, tanto as organizações de saúde em melhor situação, como aquelas que apresentem piores indicadores, se devem procurar as razões explicativas para tal desempenho. Estas devem então ser procuradas nas questões associadas à estrutura e ao processo de tratamento dos hospitais.

Através do presente trabalho, conclui-se que o número de indicadores que compõem as categorias dos parâmetros de desempenho dos hospitais em análise é diferente. Constata-se ainda que o painel de indicadores contratualmente definidos para avaliação

da qualidade dos serviços clínicos nos três hospitais PPP de “primeira vaga” não é exactamente igual.

Assim, importa referir que de acordo com o GTRH (2011), a implementação de um quadro estratégico de indicadores de desempenho, deverá:

- Corresponder a um conjunto de indicadores institucionais “standard” que sejam produzidos pelas unidades de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, de acordo com um tratamento uniforme, estável e fiável que permita a avaliação interna e externa do desempenho da gestão e a publicação sistemática do desempenho de cada unidade hospitalar.
- Responder às aspirações, expectativas e necessidades dos diferentes “stakeholders”: Ministério da Saúde (objectivos de política de saúde e de desempenho operacional e económico-financeiro), Ministério das Finanças (objectivos de sustentabilidade e de eficiência na utilização dos recursos financeiros), Utentes (objectivos relacionados com os níveis de qualidade apercebida).

Relativamente ao painel de indicadores de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos dos três hospitais PPP de “primeira vaga”, verifica-se que no Hospital A são monitorizados 69 indicadores, no Hospital B: 57 e no Hospital C: 67.

Segundo a OECD (2006), o conjunto de indicadores a utilizar deverá conter medidas tanto de processo como de resultado e, numa primeira fase, recomenda-se que o conjunto de indicadores não seja superior a 50. Assim, verifica-se que o painel de indicadores de resultado monitorizados nos três hospitais PPP é bastante extenso.

Tomando como referência a “Metodologia para definição de preços e fixação de objectivos” estabelecida pela ACSS para o ano homólogo (2012), na qual se estabelecem os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde e respectivos Hospitais (EPE e SPA) e Unidades Locais de Saúde, pode concluir-se que o painel de indicadores de resultado monitorizados nos hospitais PPP em estudo é bastante mais completo e exigente no seu enquadramento e conceptualização.

Para melhor compreensão, na metodologia acima referida (ACSS, 2012), o nº de indicadores distribui-se da seguinte forma: Acesso (5); Desempenho Assistencial (6); Desempenho Económico/Financeiro (5); Objectivos da Região (a definir). No final, o valor dos incentivos institucionais corresponde a uma percentagem (4,0%) do valor financeiro de cada contrato-programa. A repartição do valor afecto a incentivos observa a seguinte

distribuição: 50% objectivos institucionais comuns e os restantes 50% objectivos institucionais de cada região.

C. Taxa de Cumprimento dos Objectivos

Verificam-se elevadas taxas de cumprimento dos objectivos (“contratados”) pelos Hospitais em estudo relativamente aos indicadores monitorizados face ao “Comparador Público” (Valor de Referência).

Existe evidência que possibilita que se conclua que este facto se deve devido a dois motivos principais: (1) Valores de Referência menos exigentes; (2) Valores de Referência não definidos.

O Hospital B representa na perfeição o “quadro” traçado anteriormente. Uma taxa de cumprimento de 100% deve-se em grande espectro à inexistência de valores de referência definidos. Dos 66 indicadores monitorizados apenas 12 apresentam o Valor de Referência definido.

C.1. Grupo de Referência:

Relativamente à definição do “Comparador Público”, após análise dos dados disponibilizados pela ACSS e validação junto dos “gestores de contrato” das Administrações Regionais de Saúde (ARS), de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte respectivamente, verifica-se que os grupos de referência dos hospitais em análise são compostos pelas seguintes instituições:

- Grupo de Referência do Hospital de Cascais – Hospital de Vila Franca de Xira.
- Grupo de Referência do Hospital de Loures – (1) Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga, EPE; (2) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE; (3) Hospital Distrital de Santarém.
- Grupo de Referência do Hospital de Braga – Não se encontra definido. Assume-se o princípio de “melhoria contínua”.

De acordo com o Tribunal de Contas (2008b), considera-se como inovadora a escolha pela EPC de um grupo de referência de hospitais públicos que sejam os mais eficientes no sector público, com características semelhantes em termos de dimensão e complexidade.

Neste sentido, importa analisar o “Relatório de Benchmarking dos Hospitais EPE e PPP”, divulgado pela ACSS a 15 de Maio de 2013 (praticamente no final do presente estudo). Nesse documento os hospitais são classificados em 5 grupos, conforme esquema seguinte:

Tabela 3 – Grupos das Instituições Hospitalares alvo de análise

<p>GRUPO A</p> <p>Não analisado Instituições muito heterogêneas Apenas instituições do setor público administrativo</p>	<p>GRUPO B</p> <p>CH Médio Ave CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde H Vila Franca de Xira, PPP HD Figueira da Foz H Litoral Alentejano H Santa Maria Maior</p>	<p>GRUPO C</p> <p>CH Barreiro/Montijo CH Cova da Beira H Cascais, PPP CH Leiria-Pombal CH Setúbal CH Alto Ave CH Baixo Vouga CH Barlavento Algarvio CH Entre Douro e Vouga CH Médio Tejo HD Santarém CH Tâmega e Sousa</p>
<p>GRUPO D</p> <p>CH TM Alto Douro CH VN Gaia/Espinho H Braga, PPP H Faro H Espírito Santo H Fernando da Fonseca H Garcia da Orta CH Tondela-Viseu</p>	<p>GRUPO E</p> <p>CH Porto CH São João CHU de Coimbra CH Lisboa Central CH Lisboa Ocidental CH Lisboa Norte</p>	<p>GRUPO F</p> <p>IPO Porto IPO Coimbra IPO Lisboa</p>

Fonte: ACSS, 2013.

Conforme se pode verificar na tabela acima, o Grupo C inclui o Hospital de Cascais. O Hospital de Loures não é objecto de análise nesse relatório (atendendo à data de início de funcionamento), no entanto considerando os hospitais que estão definidos no contrato como “Grupo de Referência”, poder-se-á assumir que a ser incluído, também faria parte do Grupo de Cascais.

Relativamente ao Hospital de Braga, faz parte do Grupo D.

Assim, ao cruzarem-se os dados dos Hospitais dos Grupos de Referência definidos em contrato com o “Relatório de Benchmarking dos Hospitais EPE e PPP” divulgado pela ACSS, constata-se que:

- O Hospital de Cascais está a ser comparado unicamente com um hospital (H Vila Franca de Xira) e não com um grupo de hospitais, que nem sequer faz parte do seu grupo considerando o relatório da ACSS. Atendendo ao exposto no relatório anteriormente referenciado, sugere-se que o grupo seja constituído pelos seguintes hospitais: (1) CH Cova da Beira; (2) CH Tâmega e Sousa; (3) CH Entre Douro e Vouga.
- O Hospital de Vila Franca de Xira, no seu grupo, revelou ser o hospital com melhores resultados em três dos quatro indicadores avaliados na “Dimensão - Qualidade”: “Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) para procedimentos ambulatorizáveis”; “Percentagem de Partos por Cesariana” e “Percentagem de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias”.

- O Hospital de Loures apresenta o grupo de referência constituído, no entanto pelo menos um dos três hospitais que compõem o grupo (Hospital Distrital de Santarém), não apresenta evidência que permita considerá-lo como uma “referência” em qualquer um dos indicadores avaliados e expressos no relatório (ACSS, 2013). Adicionalmente, propõe-se que o “grupo de referência” deste hospital seja constituído em linha com a proposta acima expressa para o Hospital de Cascais.
- No caso do Hospital de Braga, o Grupo de Referência poderia/deveria estar definido, considerando o clausulado contratual e o enquadramento emanado pelo relatório da ACSS supracitado. Assim, sugere-se que o grupo de referência deste hospital seja constituído pelos seguintes estabelecimentos: (1) CH Trás-os-Montes e Alto Douro; (2) CH Vila Nova de Gaia/Espinho; (3) CH Tondela Viseu.

C.2. Valores de Referência:

Considera-se que existem valores de referência que poderiam ser definidos em função da “leges artis” que por conseguinte se traduziriam em objectivos traçados pelo Ministério da Saúde para os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, independentemente da sua natureza jurídica.

Um indicador exemplificativo do exposto é a Taxa de Cesarianas. De salientar que em 1985, a OMS afirmou que nada justificaria taxas de cesarianas superiores a 10%-15%. A este propósito a recém-criada Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesariana (Despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 3482/2013, de 25 de Fevereiro) e as instituições hospitalares devem assegurar em 2016 taxas de cesarianas inferiores a 25%.

Em Portugal, no ano de 1999, a taxa de cesarianas nos hospitais centrais foi 27,9%, tendo sido 53,1% nos hospitais particulares. Na região norte este fenómeno atingiu proporções particularmente preocupantes, tendo a taxa de cesarianas nos hospitais centrais atingido os 32,8% e nas unidades hospitalares particulares os 62,8%. A taxa de cesarianas registada para todo o Sistema de Saúde, em 2010, foi de 36,6%, e a do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 2011, referente apenas ao universo do sector público, foi de 31,0%. Estes valores são superiores ao considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde, já que a realização de cesarianas sem necessidade técnica acarreta riscos acrescidos para a mãe e para o feto.

D. Uniformidade dos Indicadores Monitorizados

Em termos contratuais, observou-se que existem dificuldades no processo de comparabilidade e de “benchmarking” dos parâmetros de desempenho de resultado para avaliação da qualidade dos serviços clínicos dos três hospitais PPP de “primeira vaga”, devido a cinco aspectos principais:

- Disparidade no número e na definição das categorias dos parâmetros de desempenho.
- Disparidade no número de indicadores que compõem cada categoria dos parâmetros de desempenho.
- Diferentes “pontos de penalização” por desvio face ao Valor de Referência, entre os hospitais analisados.
- Diferentes abordagens relativamente ao “método de penalização” por desvio face ao Valor de Referência
- Diferentes interpretações do “Bilhete de Identidade” dos indicadores monitorizados por parte das Entidades Gestoras dos Estabelecimentos.

Os aspectos referidos já foram objecto de análise ao longo do presente estudo; contudo, através das entrevistas realizadas na ACSS (Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde – DPS), suscitaram-se algumas questões que foram colocadas aos gestores de contrato das ARS das áreas de referência dos hospitais em estudo (ARSLVT e ARS Norte).

Assim, verifica-se que existe um outro aspecto que carece de uma análise mais detalhada num futuro estudo, a realizar. A quase totalidade dos indicadores de resultado monitorizados para a avaliação da qualidade dos serviços clínicos apresentam como “fonte” a “base de dados” dos GDH.

No entanto, para indicadores associados às “Quedas” e às “Infecções Hospitalares”, por exemplo, a “fonte” desses dados não se encontra explícita no “Bilhete de Identidade” dos indicadores o que pode originar disparidades nos valores obtidos e por conseguinte no processo de comparabilidade e de “benchmarking” entre as instituições.

Segundo os factos apurados para os indicadores exemplificativos acima expostos, constata-se que os hospitais estão a reportar as “Quedas” com base na aplicação informática de apoio ao trabalho realizado pela Equipa de Enfermagem. Relativamente à “Infecção Hospitalar”, as instituições reportam com base no sistema de informação utilizado pelas Comissões de Controlo de Infecção (HELICS).

Face ao exposto, importa salientar o que se encontra transcrito no Relatório do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011), no âmbito específico dos hospitais, são lançados diversos objectivos, entre os quais se destacam:

- A criação de um sistema que permita a comparação do desempenho hospitalar (benchmarking) com base num conjunto abrangente de indicadores e elaborar relatórios anuais regulares.
- No sentido de permitir uma comparação rigorosa entre os diferentes tipos de entidades (hospitais, centros hospitalares, PPP), os parâmetros de análise e de monitorização do desempenho devem ser os mesmos.

Assim, é fundamental promover-se a melhoria do processo de disponibilização da informação e monitorização do desempenho das instituições hospitalares, criando-se as condições necessárias para o benchmarking entre as diferentes unidades hospitalares, independentemente da sua natureza jurídica.

2) Avaliação Específica

Atendendo aos resultados obtidos no presente trabalho, pode concluir-se que é possível assegurar que os serviços clínicos sejam fornecidos de acordo com as especificações, no entanto a monitorização da qualidade de serviço na prestação de cuidados de saúde é claramente complexa.

Muitos dos argumentos utilizados sobre os benefícios das PPP, é que aumentam a eficiência no uso de recursos para a prestação de serviços. No entanto, nem sempre a eficiência e a efectividade podem ser maximizadas em simultâneo.

De acordo com Larkin (1994), a avaliação da efectividade das PPP deve constituir um pré-requisito contratual. Em suma, as PPP não constituem uma panaceia mágica para a prestação de serviços “sociais” em tempos de restrições orçamentais.

Deste modo, as PPP enfrentam alguns dos mesmos problemas encontrados na regulação, como a dificuldade na mensurabilidade da eficiência e eficácia no fornecimento dos serviços.

Ao passo que em outros tipos de PPP a monitorização da qualidade de serviço pode ser realizada de uma forma objectiva (por exemplo numa estrada, a disponibilidade de vias e a qualidade dos pavimentos, ou num sistema de abastecimento de água, pela qualidade da água e fiabilidade no abastecimento), na prestação de cuidados de saúde esta monitorização é claramente mais complexa e oferece desafios para os quais não

existem, de momento, respostas ou soluções inequívocas. Este é um dos aspectos pelos quais em Inglaterra se optou por manter sempre a gestão clínica sob responsabilidade pública.

Em linha, no estudo desenvolvido por Pollock, et al., 2001, ao analisar-se os modelos internacionais que envolvem a prestação de serviços clínicos para entidades privadas, verificam-se fundamentalmente dificuldades a três níveis: (1) dificuldade de mensuração e avaliação do desempenho; (2) dificuldade de aplicação das cláusulas de penalização; (3) na rescisão de contractos de prestação de serviços clínicos.

Adicionalmente, importa ainda considerar-se que:

- A “melhoria da qualidade” traduz-se num processo de aprendizagem cujos efeitos cumulativos podem não produzir resultados imediatos, pelo que o estudo continuado da evolução destes indicadores permitirá perceber se efectivamente se iniciou uma trajectória de melhoria.
- Segundo Nickerson, T. (2008), é importante que os resultados obtidos através das metodologias utilizadas sejam devidamente partilhados e disponibilizados pela organização. Este facto permitirá sustentar e promover as iniciativas de melhoria da qualidade e de gestão do risco. Adicionalmente, outros departamentos ou organizações poderão aprender não apenas com os processos específicos de análise e acção implementados, como também através da experiência dos profissionais e das equipas.

Relativamente à aplicação de “penalizações” contratuais concernentes ao “report” e notificação de eventos adversos, considero que deverá considerar-se a recomendação do Conselho da União Europeia de 9 de Junho de 2009 (2009/C 151/01). Assim, os Estados Membros deverão apoiar o estabelecimento ou o reforço de sistemas de notificação e de aprendizagem não recriminatórios sobre eventos adversos que:

- Forneçam informação sobre o grau, os tipos e as causas dos erros, dos eventos adversos e das situações de quase-acidente;
- Incentivem os trabalhadores do sector da saúde a adoptar práticas activas de notificação, estabelecendo para tal um ambiente de notificação que seja aberto, justo e não punitivo. Este tipo de notificação deverá ser distinto dos sistemas e procedimentos disciplinares aplicáveis aos trabalhadores do sector da saúde em vigor nos Estados- Membros, e as questões jurídicas relativas à responsabilidade destes profissionais deverão ser clarificadas, quando necessário.

Neste enquadramento, sugere-se que se discuta um aspecto usualmente negligenciado e que se refere à penalização financeira das instituições que não atinjam os objectivos definidos.

Segundo Pedro Pita Barros (Deloitte, 2012), os modelos de pagamento caracterizados por incentivos fortes, entenda-se aqui um enquadramento financeiro que motive as entidades prestadoras de cuidados de saúde a procurar serem mais eficientes, caracterizam-se geralmente por imporem maiores riscos à entidade prestadora de cuidados de saúde e por esta última recolher, em grande medida, os benefícios das poupanças que alcançar. No entanto, se houver perdas financeiras significativas e continuadas durante um período de tempo relevante, qual a consequência? Assim, importa que se definam os mecanismos de saída de entidades de prestação de cuidados de saúde ineficientes, independentemente do vínculo jurídico, para a credibilidade do sistema de financiamento.

3) O Modelo de Parceria Público-Privada

Através do presente estudo, comprova-se a dificuldade e a complexidade em avaliar a qualidade dos Serviços Clínicos. Por este motivo, em Inglaterra optou-se por manter sempre a gestão clínica sob responsabilidade pública o que justifica o exposto por Simões, J. (2004): “o modelo do Reino Unido é aquele que tem revelado uma maior aceitação universal. A aparente maior adesão a este modelo está relacionada com o facto de não ser atribuído ao operador privado a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde nem pela gestão hospitalar e clínica, tornando o modelo relativamente atractivo para as ordens profissionais, sindicatos, construtores e instituições financeiras, embora por diferentes razões”.

Ao invés, o Estado Português:

- Adoptou um modelo complexo, com duas entidades gestoras, o que implica obviamente uma boa articulação e complementaridade das actuações desenvolvidas por essas entidades, sendo para o efeito requerido a estas um instrumento regulador adequado da sua interacção e respectivas interfaces, bem como a assunção de uma responsabilidade subsidiária. (Simões, 2004)
- Decidiu efectuar o lançamento de dez PPP a um ritmo de dois ou três projectos por ano, sendo que a concepção e implementação do programa de parcerias são conduzidas a nível central, e a supervisão da preparação dos projectos e

coordenação dos respectivos processos concursais sido cometidas à Estrutura de Missão Parcerias Saúde. Em termos de investimento inicial em instalações e equipamentos, o programa pode ascender a mais mil milhões de euros, mas os encargos globais relativos aos 10 contractos de gestão com os operadores privados podem ascender acima dos 10 mil milhões de euros, em termos de valores nominais. (Tribunal de Contas, 2009)

Assim, ao contrário do que seria expectável quando se adopta uma modelo “inovador”, não se recorreu à definição de um “projecto-piloto” para aferição do modelo e das intrínsecas capacidades de gestão e desenvolvimento da contratação, tendo-se assistido ao lançamento simultâneo de várias PPP, num contexto de falta de conhecimento das reais necessidade da correspondente gestão explicada também pelo facto de até à data o Ministério da Saúde não possuir qualquer experiência prévia na preparação e lançamento de PPP, particularmente quando adoptou um modelo sem paralelo no campo internacional.

A inexistência de um “padrão de referência” definido no seio da Administração Pública ou no sector privado, dado que, à data de lançamento dos concursos, a empresarialização de hospitais públicos não havia ainda produzido informação suficiente para consolidar adequados termos de comparação e consequente definição do comparador público. (Tribunal de Contas, 2009)

Em termos dos critérios de qualidade da prestação dos serviços clínicos, desconhecem-se os motivos que levaram ao abandono do modelo “Primeira Vaga” das PPP na Saúde, no entanto considerando o estudo desenvolvido por Barros (2010), descrevem-se os seguintes aspectos sobre os projectos de PPP:

- A morosidade administrativa do processo de criação (resultado da complexidade do modelo adoptado e da impreparação técnica do sector público);
- A forte carga ideológica associada com a discussão sobre a utilização das PPP no sector da saúde;
- A grande exigência no acompanhamento técnico de um contrato de PPP e a necessidade de renegociações frequentes, face à possibilidade de ocorrência de situações não previstas no contrato.

Destacam-se ainda os elevados custos associados à Unidade de Missão “Parcerias-Saúde”, incluindo os custos com os consultores contratados. De notar que entre 2001 e 2008, a Unidade de Missão teve custos da ordem dos vinte e cinco milhões de Euros,

sendo destes, quatro milhões, custos de financiamento, e os restantes vinte e um milhões, custos de consultoria técnica de diversas especialidades.

Segundo Gaffney, Pollock, Price e Shaoul (1999), o recurso às PPP poderá diminuir a qualidade do serviço prestado, tendo como pressuposto que as PPP, são normalmente constituídas tendo como base a prestação de serviços de utilidade pública que têm uma concorrência muito limitada, para não dizer nula. Como tal, Amaro (2004) refere que para se evitar esta possibilidade, o Estado tem que efectuar uma regulamentação eficaz desde o início da concessão, definindo claramente a quantidade e grau de qualidade que a prestação dos serviços contratados devem ter, não permitindo que a entidade privada execute de uma forma totalmente linear o seu principal objectivo, que é a maximização do lucro.

De acordo com o disposto no n.º 7 do art.º 8.º do Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de Abril, considera-se que o modelo de PPP apresenta as seguintes vantagens em relação ao modelo tradicional de contratação e gestão pública: (1) O potencial de inovação resultante da introdução de novas formas de gestão hospitalar e clínica; (2) O potencial para a transferência de riscos do sector público para o sector privado; (3) Os incentivos ao controlo de custos de investimento e exploração, bem como da qualidade do serviço prestado; (4) A possibilidade de benchmarking da gestão e da performance hospitalar, designadamente na vertente clínica.

Para finalizar, destaco ainda duas das recomendações que poderão se aplicadas, conforme proposta apresentada no relatório final pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011): (1) Valorizar a componente da qualidade clínica de forma progressiva, fixando-a desde já em 10% para o período de 2012-2014; (2) Estabelecer Contratos-Programa plurianuais de 3 anos, o primeiro para uma vigência entre os anos de 2012-2014, associando a cada contrato um conjunto de indicadores de qualidade e de desempenho, igual para todos os hospitais com financiamento público sejam Centros Hospitalares, Hospitais em Parceria Público-Privada, Unidades Locais de Saúde ou Hospitais EPE.

7. CONCLUSÕES

As Parcerias Público-Privadas (PPP) são definidas pela Comissão Europeia no Livro Verde (CEE 2004) como: “formas de cooperação entre as autoridades públicas e as empresas, tendo por objectivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção de uma infra-estrutura ou a prestação de um serviço”. Deste modo, as PPP são um mecanismo através do qual, o Estado, em parceria com o sector privado, procura promover a eficiência na utilização dos recursos e a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados.

A avaliação destas duas variáveis exige quer a definição objectiva dos serviços, quer o estabelecimento e especificação de indicadores de avaliação e monitorização da produção, do desempenho e dos resultados. Sendo que todos estes elementos devem ser observáveis.

Os primeiros projectos de PPP surgiram no Reino Unido no início da década de 1990. Segundo o CCE (2009), a nível Europeu, as PPP contribuem para o desenvolvimento da capacidade de inovar e estimular a competitividade da indústria europeia nos sectores cujo potencial de crescimento e de criação de empregos se revela importante.

Nos últimos anos, regista-se um aumento considerável da cooperação entre os sectores público e privado, associado ao acréscimo da participação do sector privado em actividades tradicionalmente públicas, bem como a intervenção dos privados em determinadas fases do processo de provisão de bens e serviços públicos.

Segundo Moreno (2010), Portugal é o país europeu com maior percentagem de PPP, quer em relação ao PIB quer em relação ao Produto Interno Bruto, quer em relação ao Orçamento do Estado. Deverá considerar-se que este modelo de contratação avançou em Portugal antes de ter desenvolvido o seu enquadramento legal e orçamental específico. O modelo português emerge como um “quarto modelo”, considerando a sua abordagem “inovadora”.

O anúncio do lançamento da primeira vaga de Hospitais e do Programa de Parcerias Público-Privadas para a Saúde, ocorreu em 2001.

Os hospitais de “primeira vaga”, de que o Amadora-Sintra é precursor, assentam num contrato de gestão celebrado com duas entidades gestoras. Deste modo, no seguimento de um concurso público e do confluente contrato de gestão, o modelo será implementado através de duas sociedades gestoras: Entidade responsável pela gestão geral do

estabelecimento hospitalar e a prestação dos serviços clínicos durante um prazo de 10 anos; Entidade gestora do edifício hospitalar que assume a prestação dos serviços infra-estruturais durante um período contratual previsível de 30 anos, sendo responsável pela concepção, construção e manutenção do edifício e infra-estruturas hospitalares, bem como pelas actividades de “hard facilities management”.

De acordo com Costa, C. (2005), somente a criação de mecanismos de avaliação poderá permitir uma avaliação científica, unívoca e criteriosa da bondade das novas experiências de gestão, como é o caso das Parcerias Público-Privadas.

Simões, J. (2004), considera de extraordinária importância que a entidade pública contratante adopte uma abordagem de gestão contratual (“contract management”) numa lógica proactiva, gerindo efectiva e dinamicamente a parceria.

- (1) Através da realização do presente estudo, conclui-se que:
 - a. Existem diferenças que originam dificuldades no processo de comparabilidade e de “benchmarking” entre os três hospitais PPP, devido a cinco aspectos principais:
 - Disparidade no número e na definição das categorias dos parâmetros de desempenho;
 - Disparidade no número de indicadores que compõem cada categoria dos parâmetros de desempenho;
 - Diferentes “pontos de penalização” por desvio face ao Valor de Referência, entre os hospitais analisados;
 - Diferentes abordagens relativamente ao “método de penalização” por desvio face ao Valor de Referência;
 - Diferentes interpretações do “Bilhete de Identidade” dos indicadores monitorizados por parte das Entidades Gestoras dos Estabelecimentos.
 - b. A quase totalidade dos indicadores de resultado monitorizados tem como “fonte” a “base de dados” dos GDH. No entanto, para indicadores associados às “Quedas” e às “Infecções Hospitalares”, por exemplo, a “fonte” desses dados não se encontra explícita no “Bilhete de Identidade” dos indicadores.
 - c. Comparativamente à “Metodologia para definição de preços e fixação de objectivos” estabelecida pela ACSS (2012), o painel de indicadores de resultado monitorizados nos hospitais PPP de “primeira vaga” é bastante mais completo e exigente no seu enquadramento e conceptualização.
 - d. Os três hospitais PPP em análise alcançam elevadas taxas de cumprimento dos objectivos “contratados” no que se refere aos valores dos indicadores

- monitorizados face ao “Comparador Público” devido a dois motivos principais: (1) Valores de Referência menos exigentes; (2) Valores de Referência não definidos.
- e. Considerando os Hospitais que constituem os Grupos de Referência e o “Relatório de Benchmarking dos Hospitais EPE e PPP” (ACSS, 2013), verifica-se que os objectivos idealizados não terão atingidos na medida em que não existe evidência que tenham sido seleccionados os hospitais mais eficientes no sector público e com características semelhantes em termos de dimensão e complexidade. Assim, a experiência definida como “inovadora” pelo Tribunal de Contas (2008b) parece estar “ferida” na sua essência.
- (2) Relativamente ao Modelo de PPP adoptado em Portugal:
- a. Verifica-se que a monitorização da qualidade de serviço na prestação de cuidados de saúde é claramente complexa e oferece desafios para os quais não existem, de momento, respostas ou soluções inequívocas. Analisando as experiências contratuais conhecidas, as quais envolvem a transferência da prestação de serviços clínicos para entidades privadas, comprova-se a existência de sérias limitações nos padrões de qualidade definidos e contidos nos contractos e na capacidade no sector público assegurar o controlo dos mesmos.
- b. Este é um dos aspectos pelos quais em Inglaterra se optou por manter sempre a gestão clínica sob responsabilidade pública o que justifica o exposto por Simões, J. (2004): “o modelo do Reino Unido é aquele que tem revelado uma maior aceitação universal”. No caso do La Trobe Regional Hospital, é referida a falha em garantir a continuidade dos padrões de qualidade de cuidados médicos e dificuldades de monitorização dos mesmos (AGWA, 1997; Pollock, et al., 2001).
- c. A dificuldade de mensuração e avaliação do desempenho tem constituído um motivo para a rescisão de contractos de prestação de serviços clínicos. A dificuldade de quantificar os serviços é tão grande que até quando existem cláusulas de penalização podem, no entanto, ser impossíveis de aplicar na prática (Pollock, et al., 2001:30).
- (3) Face ao exposto, tecem-se as seguintes recomendações:
- a. Seja realizada uma uniformização nos parâmetros de desempenho de resultado para a avaliação da qualidade dos serviços clínicos e dos indicadores que os integram, de modo a permitir-se a comparabilidade e de “benchmarking” entre as instituições.

- b. Os indicadores definidos sejam aplicáveis desde a entrada em funcionamento do edifício hospitalar e não apenas a partir do segundo ano, nomeadamente os relacionados com a “Segurança do Doente” e a “Infecção Hospitalar”.
- c. Alguns dos valores de referência sejam estabelecidos em função da “leges artis” que por conseguinte se traduziriam em objectivos traçados pelo Ministério da Saúde para os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, independentemente da sua natureza jurídica. Dá-se como exemplo, o valor limite admissível para a “Taxa de Realização de Cesarianas”.
- d. Que se perspetive o desenvolvimento de estudos e investigações futuras que contemplem um período de recolha de dados mais alargado, a comparação com os indicadores de medida da falha dos hospitais públicos e das PPP de “segunda vaga” e/ou a inclusão dos “Parâmetros de Desempenho de Serviço” definido nos contratos dos hospitais em regime de Parceria Público-Privada.
- e. Que seja aplicada uma metodologia uniforme e aperfeiçoada, considerando uma priorização dos indicadores de Resultado utilizada nas PPP aos Hospitais EPE e SPA. Assim, possibilitar-se-ia a utilização de um painel de indicadores de resultado bastante completo em relação aos actualmente contratados nos Hospitais EPE e SPA, assim como, a comparabilidade e “benchmarking” entre as instituições, independentemente do seu vínculo jurídico.
- f. Que se perspetive o desenvolvido um sistema de informação que permita o “benchmarking” de desempenho a nível internacional (designadamente Europeu) de forma sistemática e para um conjunto de indicadores alargado.

8. BIBLIOGRAFIA

ACSS – Metodologia para definição de preços e fixação de objectivos. Ministério da Saúde. Lisboa. Maio de 2013. [Consultado a: 2013-06-18]. http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/20120116_Metodologia_2012.pdf

ACSS – Relatório de Benchmarking: Hospitais EPE e PPP. Ministério da Saúde. Lisboa. Maio de 2013. [Consultado a: 2013-06-12]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatório%20de%20benchmarking_2012.pdf

AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE AND AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION – Announce New Quality Improvement Tool for Hospital Based patient Care. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.hospitalmedicine.org/AM/Template.cfm?Section_Press_Releases&Template_/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID_10402

AKINTOYE, Akintola, BECK, Matthias and HARDCASTLE, Cliff – Public-private partnerships: Managing risks and opportunities. Blackwell Publishing. 2003. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470690703.fmatter/pdf>

AMARO, JOÃO PONTES – Modelos de Parcerias Público-Privadas, in Manual Prático de Parcerias Público Privadas, Seguro, N., Albuquerque, P., Paixão, R., NPF – Pesquisa e Formação: 101-12.

ARAH, O. A. et al. – Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. International Journal for Quality in Health Care. 15 (2003) 377-398.

AUDITOR GENERAL WESTERN AUSTRALIA (AGWA) – Private Care for Public Patients. Performance Examination: The Joondalup Health Campus Contract. Report n.º9. 1997.

AUSTRALIA. AIHW – Towards national indicators of safety and quality in health care. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2009.

AHRQ – General Questions About the AHRQ QIs: AHRQ Quality Indicators. 2004.

AZEVEDO, M. – As Parcerias Público-Privadas: Instrumento de uma Nova Governação Pública. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa. Faculdade de Direito. Ramo: Ciências Jurídico-Económicas. 2008. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/159/2/18247_ulsd_re383_TESE.pdf

BARROS, P. – As parcerias público-privadas na saúde em Portugal in 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, Um percurso Comentado. Coimbra: Almedina. 2010.

BERWICK, D.; ENTHOVEN, A.; BUNKER, J.P. – Quality management in the NHS: the doctors role. BMJ. 304:6821, 1992) .

BEST, M.; NEUHAUSER, D. – Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. Quality and Safety in Health Care. 13 :6, 2004.

BOHIGAS, L. – Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation. *Internacional Journal for Quality in Health Care*. 1996.

BOTO, P. et al. – Acreditação, benchmarking e mortalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático, Nº 7 (2008), p. 103-116. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2008-t/e-05-2008.pdf#view=fit>

BLAKE, N. – Pros and cons of Public Private Partnerships: increasingly governments are using Public Private Partnership (PPPs) to finance public infrastructure projects. *Australian Nursing Journal*. 2004.

BROOK, R. H.; MCGLYNN, E. A. – Measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*. 335:13, 1996.

CATÓLICA LISBON, SCHOOL OF BUSINESS AND ECONOMICS – Observatório das Parcerias Público-Privadas em Portugal (OPPP Católica). Centro de Estudos Aplicados. Lisboa. Março de 2011.

CCE – Directrizes para parcerias público-privadas bem sucedidas. Bruxelas. 2003.

CLANCY, C. M.; EISENBERG, J. M. – Outcomes research: measuring the end results of health care. *Science*. 282:5387, 1998.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Livro Verde Sobre as Parcerias Público-Privadas e Direito Comunitário em Matéria de Contractos Públicos e Concessões”. Bruxelas. 2004. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2004/com2004_0327pt01.pdf

COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND AGED CARE – Public and Private: In Partnership for Australia’s Health. Occasional Papers: Health Financing Series, Volume 4. 1999. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em:

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/59D93299276BE3A8CA25749800223B3B/\\$File/ocpahfsv4.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/59D93299276BE3A8CA25749800223B3B/$File/ocpahfsv4.pdf)

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA – Recomendação do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01). *Jornal Oficial da União Europeia*. Luxemburgo. 9 de Junho de 2009. [Consultado a: 2013-06-14]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_pt.pdf

COSTA, C. – Produção e Desempenho Hospitalar: Aplicação ao Internamento. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Pública na especialidade de Administração de Saúde pela Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Janeiro de 2005. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/3262/1/Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Carlos%20Costa.pdf>

CRES – Recomendações para uma reforma estrutural. Lisboa: Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998.

DAVID, J. BALLARD – Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system. Institute for Health Care Research and Improvement, Baylor Health Care System, Dallas, Texas. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; Volume 15, Supplement 1: pp. i13–

i23. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/suppl_1/i13.full.pdf+html

DAVIES, E. – Quality: It's historical context. Engineering Management. 2003.

DELGADO, Manuel – A Melhoria Contínua da Qualidade. In: CAMPOS, Luís; BORGES, Margarida; PORTUGAL, Rui – Governação dos Hospitais. Alfragide: Casa Das Letras, 2009. ISBN 978-972-46-1930-9.

DELOITTE CONSULTORES, S.A. – Saúde em análise: Uma visão para o futuro. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

DELOITTE – The changing landscape for infrastructure funding and finance. 2006. [Consultado a: 2013-02-09]. Disponível em: http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Ireland/Local%20Assets/Documents/Real%20estate/PPP%20conference/Deloitte_Changing%20Landscape%20for%20Infrastructure%20Funding.pdf

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2009) – Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011) – Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf

DONABEDIAN, A. – Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966.

DONABEDIAN, A. – Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press. 1973.

DONABEDIAN, A. – The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I. Michigan, Health Administration Press Ann Arbor. 1980.

DONABEDIAN, A. – Monitoring: the eyes and ears of healthcare. Health Progress.69:9, 1988.

DONABEDIAN, A. – The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Quality Review Bulletin. 18:11, 1992.

European PPP Expertise Centre (EPEC) – A guide to guidance. [Consultado a: 2013-02-09]. Disponível em: <http://www.eib.org/epec/g2g/index.htm>

EUROSTAT – Long Term Contracts Between Government Units and Non-Government Partners (Public-Private-Partnerships). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-BE-04-004/EN/KS-BE-04-004-EN.PDF

EVANS, RG – Strained mercy: the economics of Canadian health care. Toronto: Butterworths. 1984.

FILHO, A. – Parceria Público Privado: Considerações de um Economista. Boletim FIPE. 2004.

FOURIE, F. e BURGER, P. – An Economic Analysis and a Assessment of Public-Private Partnerships, The South African Journal of Economics. 2000. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.iwim.uni-bremen.de/africa/Suedafrika05/Burger%20lecture%20paper.pdf>

GABA, D. – Structural and Organizational Issues in Patient Safety: A Comparison of Health Care to other High-Hazard Industries. California Management Review , 43, pp. 83-10. 2000.

GAFFNEY, D., ALLYSON M. P., D. PRICE e J. SHAOUL – The private finance initiative - NHS capital expenditure and the private finance initiative - expansion or contraction? BMJ. Julho de 1999.

GARCIA, A. – Acompanhamento Avaliação e Controlo das PPP. Manual prático de parcerias público-privadas. Projecto NPF - Pesquisa e Formação Sintra: NPF, 2004.

GIUFFRIDA, A. et al. – Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. BMJ Volume 319. Julho, 1999. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28159/pdf/94.pdf>

GLENNERSTER, H. – Competition and quality in health care: the UK experience. Internacional Journal for Quality in Health Care , 10, pp. 403-410. 1998.

GONÇALVES, P. – Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Marcello Caetano. Volume II, 2006. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

GOUVÊA, Carla Simone D.; TRAVASSOS, Cláudia – Indicadores de Segurança do Paciente para Hospitais de Pacientes Agudos: Revisão Sistemática. Cadernos de Saúde Pública [Em linha], ISSN 1678-4464. 26:6 (2010) 1061-1078. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>

HANDLER, A.; ISSEL, M.; TURNOCK, B. – A conceptual framework to measure performance of the public health system. American Journal of Public Health. 91:8. 2001.

HOOD, D. – Practical Guide to PPP in Europe, Surrey, City & Financial Publishing. 2006.

IEZZONI, L. – Reasons for risk adjustment. In Iezzoni, L. – Risk adjustment for measuring healthcare outcomes. 3th edition. Chicago. Health Administration Press, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE – Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press 2000.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) – Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4ª Edição . Tradução: Ana Tereza Miranda. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro. 2010. ISBN 978-85-61459-07-9.

KOHN, LT et al. – To err is human: building a safer health system. Washington. National Academy Press. 2000.

LARKIN, G.R. – Public-Private Partnerships in Economic Development: A Review of Theory and Economic Practice. Economic Development Review. 1994.

LEGIDO-QUIGLEY, Helena et al. – Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A Case for Action. European Observatory on Health Systems and Policies [em linha]. 2008. Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf

LIGNIÈRES, P. – Partenariats Publics Privé. Paris: Litec. 2000.

LOPES, S. – A relação entre eficiência e efectividade: aplicação ao internamento por doença cerebrovascular. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Pública na especialidade de Administração de Saúde pela Universidade Nova de Lisboa. 2010. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/42_A_relacao_entre_eficiencia_e_efectividade_aplicacao_ao_internamento_por_doenca_cerebrovascular.pdf

LEATHERMAN, S.T.; HIBBARD, J.H.; McGLYNN, E.A. – A research agenda to advance quality measurement and improvement. Medical Care. 41: Supp 1. 2003.

LUCENA, D.; GOUVEIA, M.; BARROS, P. – O que é diferente no sector da saúde? Revista Portuguesa de Saúde Pública. 1996.

MAINZ, JAN – Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. The National Indicator Project and University of Aarhus, Denmark. International Journal for Quality in Health Care. 2003. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/6/523.full.pdf+html>

MARTINS, L. – Errar é Humano: A dimensão do problema ou a epidemiologia do erro em medicina. In J. Fragata, e L. Martins, O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade(pp. 29-35). Coimbra: Livraria Almedina. 2005.

MARTINS, L. – Organizações de saúde por uma cultura da Fiabilidade. In J. Fragata, e L. Martins, O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra: Livraria Almedina. 2005.

MAZOUZ, BACHIR, FACAL, JOSEPH e VIOLA, JEAN MICHEL – Public-Private Partnership: Elements for a Project-Based Management Typology. Project Management Journal. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH): Os Cidadãos no Centro do Sistema. Os Profissionais no Centro da Mudança. Lisboa. 2011. [Consultado a: 2013-01-16]. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, Direcção-Geral Do Tesouro e Finanças (2008) – Parcerias Público-Privadas e Concessões: Relatório 2008. Julho, 2008. Lisboa. Gabinete de Acompanhamento do Sector Empresarial do Estado, Parcerias Público-Privadas e Concessões. Lisboa. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Relatorio_PPP_2008.pdf

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, Direcção-Geral Do Tesouro e Finanças (2009) – Parcerias Público-Privadas e Concessões: Relatório 2009. Lisboa. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Relatorios/Relatorio_PPP_2009.pdf

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, Direcção-Geral Do Tesouro e Finanças (2010) – Parcerias Público-Privadas: Relatório 2010. Julho, 2010. Lisboa. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Relatorios/2010/Relatorio_PPP_2010.pdf

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, Direcção-Geral Do Tesouro e Finanças (2011) – Parcerias Público-Privadas: Relatório 2011. Julho, 2011. Lisboa. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Relatorios/2011/Relatorio_PPP_2011_15_Julho_revisto_SS.pdf

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, Direcção-Geral Do Tesouro e Finanças (2012) – Parcerias Público-Privadas e Concessões: Relatório 2012. Agosto, 2012. Lisboa. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Relatorios/2012/Relatorio_Anual_PPP_2012.pdf

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, Direcção-Geral Do Tesouro e Finanças – Hospital de Braga em Regime de Parceria Público-Privada: Contrato de Gestão. Lisboa. 2009. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Contratos/HBraga.pdf>

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, Direcção-Geral Do Tesouro e Finanças – Hospital de Loures em Regime de Parceria Público-Privada: Contrato de Gestão. Lisboa. 2010. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Contratos/HLoures.pdf>

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, Direcção-Geral Do Tesouro e Finanças – Hospital de Cascais em Regime de Parceria Público-Privada: Contrato de Gestão. Lisboa. 2008. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Contratos/HCascais.pdf>

MORENO, Carlos – Como o estado gasta o nosso dinheiro. 2010. Lisboa. [Consultado a: 2013-02-09]. Disponível em: http://pdf.leya.com/2012/Jan/como_o_estado_gasta_o_nosso_dinheiro_gmos.pdf

NATIONAL AUDIT OFFICE (NAO) – Darent Valley Hospital: The PFI Contract in Action, Report by the comptroller and auditor General. London. 2005.

NATIONAL AUDIT OFFICE (NAO) – Guidelines on Best Practice for the Audit of Risk in Public/Private Partnership (PPP)". UK. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: [http://www.issai.org/media\(420,1033\)/ISSAI_5240_E.pdf](http://www.issai.org/media(420,1033)/ISSAI_5240_E.pdf)

NATIONAL COUNCIL FOR PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS – 7 Keys to Successful PPPs. [Consultado a: 2013-02-09]. Disponível em: <http://www.ncppp.org/howpart/>

NATIONAL PATIENT SAFETY GOALS – [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>

NICKERSON, T. et al. – Using ISMP Canada's Framework for Failure Mode and Effects Analysis: A Tale of Two FMEAs. Medication Safety. 2008. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.longwoods.com/content/19648>

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Incertezas... gestão da mudança na saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2004_OPSS.pdf

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Relatório de Primavera. 2011. Da depressão da crise. Para a governação prospectiva da saúde. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em:

www.observaport.org/sites/.../RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf

OECD – Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Health Working Papers. Paris: OECD Publishing, 2003.

OECD – Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. Paris: OECD Publishing, 2006. [Consultado a: 2013-06-12]. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/36262363.pdf>

OECD – Improving Value for Money in Health by Paying For Performance. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, 2010. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/ministerial/46098466.pdf>

OVRETVEIT – What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe. 2003.

PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION — Recreating health professional practice for a new century: The Fourth Report of The Pew Health Professions Commission, San Francisco: The Pew Health Professions Commission, December 1998.

PISCO, L. e BISCAIA, J. – Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático: 2. 2001. [Consultado a: 2013-01-16]. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2001-t/e-04-2001.pdf>

POLLOCK, et al. – Public services and the private sector. A response to the IPPR. A Catalyst Working Paper, Catalyst. London. 2001. [Consultado a: 2013-01-23]. Disponível em: <http://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-BR&q=Public+Services+and+the+Private+Sector%3A+A+response+to+the+IPPR&btnG=&lr>

POMBEIRO, A. – As PPP/PFI Parcerias Público Privadas e a sua Auditoria. Áreas Editora. Lisboa. 2003.

PORTER, M.E. e TEISBERG, E.O. – Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press. 2006.

PORTUGAL, MS, ACS. (2010) – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados de Saúde Hospitalares. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/CSH2.pdf>

PREKER, A.S. e HARDING, A. – The Economics of public and private roles in healthcare: Insights from institutional Economics and Organizational Theory. World Bank. 2000.

RAO, M. et al. – Patients own assessments of quality of primary care compared with subjective records based measures of technical of care: cross sectional study, British Medical Journal, 333:19. 2006.

RIVERS, P., e BAE, S. – Aligning information systems for effective total quality management implementation in health care organizations. Total Quality Management , 10, pp. 218-289. 1999.

RONDA, H. – Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol. 3, Chapter 44. 2008. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2682/pdf/ch44.pdf>

SAMBRI, S. – Project Financing: La Finanza di Progetto per la Realizzazione di Opere Pubbliche. 2006.

SANTANA, R.; COSTA, C. – A integração vertical de cuidados de saúde. Aspectos conceptuais e organizacionais. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático: 7. 2008. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/24_A_integracao_vertical_de_cuidados_de_saude_aspectos_conceptuais_e_organizacionais.pdf

SIMÕES, J. – As Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático: 4. 2004. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-08-2004.pdf>

SOUSA, P. – Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. Acta Med Port 2006; 19: 309-318. Lisboa. 2006. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/309-318.pdf>

SOUSA, P. et al. – Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático: 8. 2008. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/vtematicon7_E-03-2008.pdf

SOUSA, Paulo – Qualidade em Saúde: da Definição de Políticas à Avaliação de Resultados. In SILVA, Carlos A.; SARAIVA, Margarida; TEIXEIRA, António – A Qualidade Numa Perspetiva Multi e Interdisciplinar -Qualidade e Saúde: Perspetivas e Práticas. Lisboa: Edições Silabo, 2010. ISSN 1647 6263.

TAYLOR, G. – Clinical Governance and the Development of a new Professionalism in Medicine: Educational Implications. Education for Health: Change in Learning & Practice , 15, pp. 65-70. 2002.

TRIBUNAL DE CONTAS (2007) – Relatório de Acompanhamento das Parcerias Público-Privadas em Saúde 2006, n.º 1/2007 PPP.S, da 2.ª Secção do TC. Lisboa. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_acomp/acomp-ppp-rel001-2007.pdf

TRIBUNAL DE CONTAS (2008a) – Linhas de Orientação (Guide Lines) e Procedimentos para o desenvolvimento de Auditorias Externas a PPP. Lisboa. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <http://www.tcontas.pt/pt/actos/manual/LinhasOrientaPPP.pdf>

TRIBUNAL DE CONTAS (2008b) – Auditoria ao projecto em PPP do Novo Hospital de Cascais. Relatório N.º 06/08 – 2.ª S. Processo Nº 52/06 – Audit. Lisboa. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2008/audit-dgtrc-rel006-2008-2s.pdf

TRIBUNAL DE CONTAS (2008c) – Auditoria ao Modelo de Financiamento e à Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE - Relatório de Auditoria n.º 20/06, da 2.ª Secção do TC. Lisboa. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2006/audit-dgtrc-rel020-2006-2s.pdf

UCHIMURA, K.Y. e BOSI, M.L.M. – A qualidade e subjectividade na avaliação de programas e serviços em saúde, Cadernos de Saúde Pública, 18. 2002.

VIDALL, S. – King's Fund Organisational Audit: More than ticks in boxes. Journal of Quality Clinical Practice , 18, pp. 83-88. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions: Report on a WHO Workshop: Barcelona, Spain, 10-11 January 2003. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.

TRIBUNAL DE CONTAS (2009) – Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde: Primeira vaga de Hospitais. Relatório n.º 15/2009 AUDIT. Lisboa. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/audit-dgtr-rel015-2009-2s.pdf

SANTOS, Boaventura S. et al. – Parcerias Público-Privadas e Justiça: Uma análise comparada de diferentes experiências. Observatório Permanente da Justiça Portuguesa. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Outubro, 2007. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: http://opj.ces.uc.pt/pdf/rel_parcerias_publico_privadas_justica.pdf

SIMÕES, J.A. – As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. Volume Temático: 4, 2004. [Consultado a: 2013-01-14]. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-08-2004.pdf>

Mota, J. – Parcerias público-privadas: teoria e evidência do sector da saúde em Portugal. Universidade de Aveiro. Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. 2007. <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2009000071>

ANEXOS

ANEXO I – PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

1) Tipos de PPP

Segundo o EUROSTAT, consideram-se como tipos de PPP, uma diversidade de estruturas contratuais de longo prazo, nomeadamente: (1) Contractos de fornecimento de bens e serviços contínuos; (2) Criação de sociedades de economia mista; (3) Garantias sobre empréstimos contraídos pelo parceiro privado; (4) Contractos de empreitada tradicional; (5) Leasings; (6) Concessões tradicionais (sistema de cobrança directa aos utilizadores do serviço); (7) Compra de serviços pelo Estado com base em pagamentos regulares (denominado modelo PFI).

De acordo com Mazouz, Facal e Viola (2008), a tipologia das PPP está relacionada com duas “variáveis-chave”.

A primeira variável corresponde ao “Proximity of the Target”. Este conceito relaciona-se com um maior ou menor distanciamento / relacionamento do serviço público com os consumidores.

A evolução das necessidades dos cidadãos, originada pelas transformações ocorridas na sociedade, obriga a um esforço de adaptação por parte do serviço público que deve ser contínuo de modo a garantir a qualidade dos seus serviços.

Quando, à semelhança das empresas privadas que acompanham o desenvolvimento tecnológico para garantir as suas vantagens competitivas, o serviço público está alinhado com a evolução, ouvindo os cidadãos e as empresas estamos, neste caso, numa situação de elevada proximidade entre a sociedade civil e o Estado. Pelo contrário, a existência de um fosso entre o serviço público e o seu cliente-alvo gera não só um enorme desperdício de recursos como uma desacreditação do governo.

O efeito combinado da inércia burocrática com as necessidades de alterações sociais pode incapacitar o serviço público para a oferta de serviços públicos de qualidade. Neste caso, estamos numa situação de “distant target”.

A segunda variável relaciona-se com a “Capacity to Generate Projects”. Este conceito relaciona-se com uma maior ou menor capacidade do serviço público satisfazer as necessidades dos cidadãos.

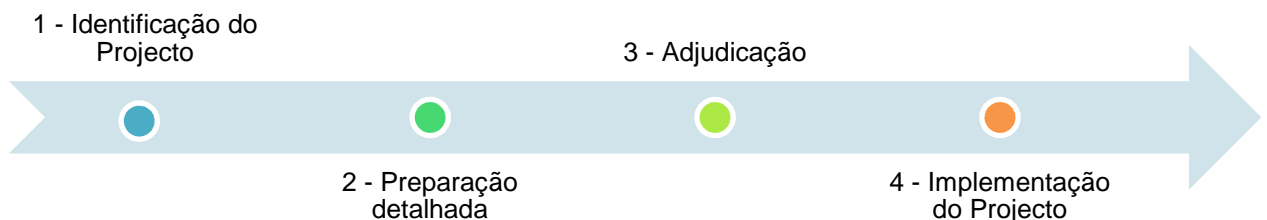
Esta capacidade é avaliada pela propensão em lidar com a procura pública e transformá-la em projectos viáveis. Para tal, o serviço público precisa de recursos suficientes e a vontade política de satisfazer as necessidades identificadas. Estes dois factores determinam a capacidade das organizações públicas em gerar projectos.

2) “Factores Chave” para o sucesso de uma PPP

Segundo The National Council for Public-Private Partnerships (EUA), existem sete “factores chave” determinantes para o sucesso das PPP, a saber: (1) Figuras públicas de reconhecidas deverão servir como porta-vozes e defensores do projecto; (2) Ambiente político e legal favorável; (3) Estrutura organizada do sector público de modo a permitir a monitorização contínua da parceria; (4) Contrato detalhado com a necessária definição das expectativas de ambos os intervenientes, bem como possíveis formas de solucionar problemas futuros; (5) Fluxos de receita claramente definidos ao longo do prazo da parceria; (6) Apoio das partes interessadas para minimizar a resistência potencial para estabelecer uma parceria; (7) Escolha criteriosa do parceiro considerando o seu historial e as suas perspectivas futuras.

3) Fases no lançamento de uma PPP

Relativamente ao lançamento de uma PPP, consideram-se essencialmente as fases que contam na figura seguinte:



Esquema 1 - Fases para o lançamento de uma PPP.

Fonte: Adaptado de “A guide to guidance – European PPP Expertise Centre – EPEC”.

A primeira fase, “Identificação do Projecto”, comporta toda a análise que permite concluir:

- Se um dado projecto deve ser implementado como parceria público-privada ou através de outro regime de contratação pública. Para que um projecto seja considerado, é preciso que este crie “Value for Money” (a capacidade ao longo do projecto de, ao longo de toda a sua vida, gerar mais benefício do que custos e riscos para a sociedade).
- Sobre a sustentabilidade do projecto, isto é, se existe capacidade para pagar a construção, operação e manutenção do mesmo. Esta sustentabilidade requer a capacidade de suportar os custos esperados do projecto, bem como o pagamento dos empréstimos concedidos.
- Relativamente à alocação do risco, ou seja, é necessário: (1) identificar os riscos relevantes para o projecto; (2) avaliar o impacto associado à materialização desses riscos; (3) definir a distribuição dos riscos entre as entidades privadas e públicas; (4) mitigar o risco; (4) monitorizar os riscos identificados.

A segunda fase consiste na criação de uma equipa de gestão de projecto e inicia-se após aprovação pela autoridade Pública relacionada com a área de intervenção do mesmo. Posteriormente preparam-se os termos do contrato de concessão (caso-base), em que todas as responsabilidades tanto por parte do privado como por parte da Entidade Pública são claramente identificadas de forma a não existirem futuros conflitos e por forma a incentivar o investimento na parceria. São depois definidos os termos do concurso e a equipa de gestão do projecto pode identificar e pré-qualificar todas as entidades interessadas em participar no mesmo.

A fase de adjudicação começa com a publicação do concurso e termina com a assinatura do contrato, num processo que se pretende bastante competitivo tendo em vista o maior “Value for Money”.

Após o início da concessão, as entidades reguladoras do sector público certificam-se que o contrato é cumprido e vão avaliando a eficiência da parceria ao longo do período de concessão. Estas entidades avaliam também a necessidade que poderá existir em modificar especificações do contrato, estudando pedidos de aditamentos por parte das Entidades Privadas. Entidades como o Tribunal de Contas, por exemplo, asseguram-se que os fundos estatais estão a ser aplicados correctamente.

4) Génese e Expansão das PPP no Mundo

Em França, a partir do ano de 1789, data em que ocorreu a Revolução Francesa e se deu início ao surgimento do Estado Liberal, começam a desenvolver-se modelos de gestão inovadores e que servem actualmente de base aos modelos utilizados, nos quais por um determinado período a entidade privada financiava determinada construção necessária à satisfação do interesse público e, em contrapartida, a propriedade revertia para o Estado no final da mesma. Segundo Boaventura Sousa Santos et al. (2007), celebram-se contractos de concessão no séc. XVII na construção de canais e na secagem de pântanos, pelo que é a partir da segunda metade do séc. XIX, as concessões presidiram esmagadoramente à construção de grandes infra-estruturas como os caminhos-de-ferro, transportes urbanos (Metro de Paris), redes de electricidade, de água e esgotos, e de recolha de lixo. No entanto, verificou-se que os princípios da liberdade e da igualdade, grandes marcos do liberalismo, foram insuficientes para acabar com a grave desigualdade social que geraram, pelo que o Estado teria de criar mecanismos de intervenção no seio social e económico, capazes de erradicar as referidas tormentosas desigualdades.

Deste modo, a ideia do Estado Social consolidou-se após a Segunda Guerra Mundial. Tal modelo estatal partia do pressuposto de que o Estado teria o objectivo de garantir a igualdade entre as pessoas e, para isso, deveria intervir na ordem económica e social para ajudar os mais necessitados, ou seja, o Estado deveria assegurar o bem comum, o interesse público, deixando de lado aquela ideia de individualismo exacerbado, que vigorava no Estado Liberal. Contudo, com o passar dos anos, constatou-se que esse modelo de Estado Social também trouxe consequências negativas, tais como um enorme crescimento do papel do Estado em todos os âmbitos da vida social, colocando em perigo a própria liberdade individual. Tal crescimento estatal fez com que a prestação de serviços à população ficasse altamente burocratizada, o que gerou uma grave ineficiência na prestação dos mesmos.

Surge então o conceito de Estado Democrático de Direito, o qual tem o objectivo primordial de assegurar a efectiva participação popular no processo político de deliberação e no controle da Administração Pública. Neste paradigma, a relação entre ente público e privado é dimensionada, uma vez que a democracia impõe a necessidade de um amplo espaço de deliberação social.

De acordo com Gonçalves, P. (2006), o Estado assume um papel de Regulador ou de Garantia, ou seja, o Estado deverá abster-se de exercer actividades que o particular tem

condições de exercer mediante a sua própria iniciativa e com os seus próprios recursos. Por conseguinte, caberá ao Estado fomentar, fiscalizar e coordenar a iniciativa privada, de modo que os particulares possam obter êxito nas suas actividades, assegurando o correcto funcionamento dos sectores e serviços privatizados e a realização dos direitos dos cidadãos. Esta visão ficou marcada ao longo dos tempos, pela forte política de privatizações e de parcerias celebradas entre o sector público e o privado.

Considerando a diversas crises de índole financeira, política e económica que ocorriam no Reino Unido na década de 70 do século XX, a partir dos anos 80 os modelos de governação privada ganharam especial relevância face aos públicos, ou seja, a Administração Pública começou a ceder espaço ao sector privado na realização de investimentos em infra-estruturas de utilidade pública, sendo o privado remunerado através do direito à cobrança de taxas aos utentes pela sua utilização e, ao permitir o fornecimento ao sector público de determinados bens com a devida remuneração ao sector privado.

Decorrido pouco tempo, o processo de reforma e modernização da Administração pública tornou-se um eixo estratégico do programa do Governo do “New Labour”, com o propósito de tornar possível a prestação de serviços públicos mais eficientes, de melhor qualidade e a um custo menor. Assim, em 1997 o Governo de John Major deu particular relevância a este tipo de parcerias.

Como tal, pode afirmar-se que os primeiros projectos de PPP surgiram no **Reino Unido** no início da década de 1990, como a fase subsequente de um processo que se iniciou na década anterior, no qual foram executadas as grandes “privatizações” das infra-estruturas inglesas (especialmente dos sectores eléctrico, ferroviário e de saneamento) no Governo liderado por Margareth Thatcher, tendo recebido o nome de Private Finance Initiative - PFI (Iniciativa de financiamento pelo sector privado). Em 2004, o Reino Unido tinha assinado mais de 630 projectos PFI com um valor total de 57 biliões de libras, incluindo 28 biliões só para o metro de Londres. Posteriormente, esse modelo estendeu-se pelo mundo.

Segundo a Deloitte (2006), **a nível Mundial**, os países que atingirem elevados graus de maturidade em PPP implementaram este tipo de parcerias tanto em infra-estruturas económicas (inputs directos na cadeia de produção como águas, os tratamentos de resíduos e transportes), como em infra-estruturas sociais (serviços e instalações que não constituem inputs directos na cadeias de produção da economia, como por exemplo, as

áreas da saúde, da educação e da habitação social). Deste modo, os governos que têm registado casos de sucesso nas PPP reconhecem que, em cada sector de actividade, existe um enorme desafio ao longo de cada fase do ciclo de vida da PPP. As várias estratégias e políticas têm de se adaptar às características de cada sector. Os governos mais experientes e “avançados” nas PPP reconhecem que certos sectores de actividade não são apropriados – no seu país – ou em certas situações para o desenvolvimento de PPP.

Na **Austrália**, é possível encontrar inúmeras PPP em diversos sectores. A nível da Educação, foram construídas nove escolas públicas ao longo de todo o território e remodelados vários edifícios ligados à Educação. Na área da Justiça, com recurso a este modelo de financiamento, foram construídos quatro novos tribunais entre eles o “Victorian Contry Court”, o mais complexo jurídico no País, que representa um projecto de 195 milhões de USD, com duração de contracto de 20 anos.

O **Canadá** tem vindo a utilizar cada vez mais este modelo de financiamento, reconhecendo a importância do mesmo na construção de novas infra-estruturas. Porva disso, foi o fundo constituído em 2009 de 1,2 mil milhões de USD para financiar os projectos de PPP.

Nos **Estados Unidos**, encontramos uma PPP num sector diferente dos restantes objecto de referência, ou seja, o ambiente. A “Chesapeake Bay”, além de ser o maior estuário do país é também um dos locais melhor considerados para a pesca no Estado de Maryland.

Segundo o CCE (2009), **a nível Europeu**, as PPP contribuem para o desenvolvimento da capacidade de inovar e estimular a competitividade da indústria europeia nos sectores cujo potencial de crescimento e de criação de empregos se revela importante. Na EU, a expansão das PPP é relevante no sector dos transportes (rede rodoviária e ferroviária), na actividade da construção e infra-estruturas públicas (escolas, hospitais, prisões) e no ambiente (tratamento das águas/resíduos e gestão de resíduos).

O Banco de Investimento (BEI), a Comissão Europeia e os Estados-Membros criaram em conjunto o Centro Europeu de Especialização em PPP (EPEC) com o objectivo de ajudar os Estados-Membros a aumentarem a capacidade organizacional do sector público, adaptando-se à realidade que são as Parcerias Público-Privadas. O objectivo consiste em reforçar a constituição de PPP nos projectos desenvolvidos pelos Estados-Membros.

A União Europeia assume o papel de entidade financiadora, através do financiamento de projectos e da utilização de instrumentos estão focados na optimização da transferência de riscos do sector público para o privado e no custo financeiro. Estes instrumentos funcionam como garantias prestadas pela União Europeia, o que permite uma melhor apreciação do risco do projecto por parte das instituições financeiras e a obtenção de financiamentos mais favoráveis. Por outro lado, a União Europeia desempenha também uma função enquanto entidade reguladora, logo os contractos públicos e concessões têm que respeitar as directivas comunitárias.

No que diz respeito à contabilização para efeitos estatísticos das PPP, o Eurostat aplica regras para determinar quando os activos de uma PPP devem ser registados no balanço do sector público. Estas regras estão associadas a distribuição dos riscos do projecto entre o Estado e o sector privado. Se o sector público suportar a maioria do risco financeiro, os activos da PPP são registados no balanço do sector público. Desta forma, a entidade pública tem o impacto dos projectos reflectidos nos seus balanços, o que leva a um trabalho orçamental mais rigoroso.

A **França**, país com um registo histórico importante em matéria de associação da iniciativa privada à realização de tarefas públicas através das técnicas da gestão delegada, após um período de alguma indefinição quanto ao esquema jurídico para acolher a abordagem PPP, em 2004 foi criado o “contrat de partenariat public-privé”, que representa, aliás, a marca singular da política nacional em matéria de parceria e confere ao país um lugar de destaque no universo PPP.

O recurso ao novo esquema contratual está dependente da verificação de duas condições cumulativas: por um lado, a complexidade ou urgência dos projectos e o reconhecimento da incapacidade da autoridade pública em determinar as especificações técnicas ou realizar da respectiva montagem jurídica e financeira; e, por outro, a comparação entre a solução em parceria e outras alternativas em termos de custos globais e riscos de alocação, susceptível de justificar a preferência pela abordagem PPP em detrimento dos procedimentos “clássicos”. Segundo de la Borde e Thureau, trata-se de uma exigência claramente inspirada no “public sector comparator” britânico.

Em **Itália**, país com um longo historial na utilização da concessão para enquadrar a cooperação dos sectores público e privado na implementação de projectos públicos, foi assinalável o interesse e o empenho com que desde os finais da última década passou a adoptar a abordagem PPP, tendo no procedimento do “promotore” a forma específica de realização de parcerias contratuais.

Em 1998, a lei “Merloni-ter”, incorporou as técnicas do “project finance” no ordenamento jurídico italiano. Ao contrário do funcionamento normal da concessão, em que cabe à Administração elaborar o caderno de encargos, no procedimento do “promotore” é a entidade privada que com base na programação oficial dos investimentos públicos locais para cada triénio, faz uma proposta para a realização de obra pública, desencadeando deste modo um processo que há-de culminar na respectiva aprovação ou rejeição do lado da entidade pública. Neste contexto, se acolhida a proposta, há lugar à abertura de concurso público, cabendo então ao “promotore” redigir o respectivo caderno de encargos.

Em **Espanha**, as PPP surgiram a meio da década de 90, apesar de já nos anos 70-80 terem sido utilizadas parcerias similares para a construção de infra-estruturas rodoviárias. Devido à sua organização política e territorial, a sua implementação foi mais fácil uma vez que o carácter autónomo de cada região permite a implementação de PPP sem ser necessária a autorização do Governo Central. Os recentes governos têm dado um forte impulso a este modelo de financiamento tanto pelo plano desenvolvido pelo governo de Aznar que estabelecia um investimento de 103 mil milhões de Euros em 2010 cujo principal objectivo era o desenvolvimento do sector ferroviário bem como o rodoviário, ainda que com menos ênfase.

ANEXO II – INDICADORES “AJUSTADOS”

- **Taxa Mortalidade Pós-Operatória** – Pretende medir a mortalidade pós-operatória no Hospital, ajustada à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência. Na medida em que a taxa de mortalidade esperada varia para os vários GDH, para efeitos de comparabilidade, considera-se necessário calcular uma taxa de mortalidade ajustada, de forma a considerar a complexidade e a severidade das Intervenções Cirúrgicas. Neste âmbito, entende-se por período pós-operatório o período que decorre entre o momento da saída da sala de operações e as 48 horas seguintes. O limite das 48 horas após a Intervenção Cirúrgica permite uma maior diferenciação dos utentes que falecem por causas fundamentalmente associadas à prestação de cuidados. Calcula-se da seguinte forma:

$$\sum_{i=1}^p [\text{Tx mortalidade pós-operatória GDH}_{[Hosp]} \times \text{Peso GDH}_{[Grupo Ref.]}]$$

- **Taxa Mortalidade Durante Acto Operatório** – Pretende medir a mortalidade durante o acto operatório, ajustada à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência. Na medida em que a taxa de mortalidade varia para os vários GDH, para efeitos de comparabilidade, considera-se necessário calcular uma taxa de mortalidade ajustada, de forma a considerar a complexidade e severidade dos actos operatórios. Neste âmbito, entende-se por acto operatório o período que decorre entre o primeiro contacto no bloco operatório do Utente e do anestesista, para a pré-anestesia e avaliação do risco cirúrgico, e a saída do Utente para o recobro, internamento especial ou internamento normal. Calcula-se da seguinte forma:

$$\sum_{k=1}^p [\text{Tx mortalidade acto operatório GDHk}_{[\text{Hosp}]} \times \text{Peso GDHk}_{[\text{Grupo Ref.}]}$$

- **Taxa de Mortalidade no Internamento** – Pretende medir a mortalidade durante o Internamento, independentemente da causa (médica ou cirúrgica), ajustada à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência. Na medida em que a taxa de mortalidade varia para os vários GDH, para efeitos de comparabilidade considera-se necessário calcular uma taxa de mortalidade ajustada, de forma a considerar a complexidade e severidade dos Internamentos. Calcula-se da seguinte forma:

$$\sum_{i=1}^n [\text{Tx mortalidade GDHi}_{[\text{Hosp}]} \times \text{Peso GDHi}_{[\text{Grupo Ref.}]}$$

- **Tempo Médio de Espera para atendimento após Triagem na Urgência** – Pretende medir o tempo médio de espera dos Utentes entre a triagem e o momento em que recebem a primeira assistência médica, ajustado à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência. Na medida em que o tempo de espera adequado entre a triagem e a primeira assistência médica varia consoante a classificação das necessidades dos Utentes, considera-se necessário calcular um tempo médio de espera ajustado, de forma a poder monitorizar com maior precisão os desvios que possam resultar de inadequabilidade no atendimento. Calcula-se da seguinte forma:

$$\sum_{i=1}^n [\text{Tempo médio de espera nível i}_{[\text{Hosp}]} \times \text{Peso nível i}_{[\text{Grupo Ref.}]}$$

ANEXO II – DADOS

Tabela 4 – Dados do Grupo de Indicadores A: Hospital A

Indicadores - Grupo A		Periodicidade da dedução	Valor acumulado semestral da medida da falha	Valor de referencia (2012)
Ref.	Designação			
A1	Episódios de Internamento por GCD relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha	Semestral	 47,59%	25,00%
A2	Episódios de Internamento por GCD relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Segunda Linha	Semestral	 57,38%	25,00%
A3	Intervenções em Cirurgia de Ambulatório por GCD relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha	Semestral	 51,76%	25,00%
A4	Intervenções em Cirurgia de Ambulatório por GCD relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Segunda Linha	Semestral	 93,27%	25,00%
A5	Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha	Semestral	 49,21%	75,00%
A6	Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Segunda Linha	Semestral	 64,74%	75,00%
A7	Doentes Equivalentes relativos a Utentes não residentes na Área de Influência	Anual	 1,65%	1,80%
A8	Consultas Externas relativas a Utentes não residentes na Área de Influência	Anual	 0,81%	1,00%
A9	Sessões de Hospital de Dia relativas a Utentes não residentes na Área de influência	Anual	 0,48%	1,50%
A10	Episódios de Internamento fora do âmbito do SPS	Anual	 0,00%	0,50%
A11	Intervenções Cir. de Ambulatório fora do âmbito do SPS	Anual	 0,00%	0,50%
A12	Consultas Externas fora do âmbito do SPS	Anual	 0,00%	0,50%
A13	Sessões de H. Dia Médico fora do âmbito do SPS	Anual	 0,00%	0,50%
A14	Taxa Máxima de erros admitida na codificação***	Anual	 14,88%	14,97%
A15	Taxa Primeiras Consultas	Anual	 34,43%	33,33%
A16	Taxa Cancelamento de Consultas Externas	Anual	 6,31%	11,00%
A17	Taxa Cancelamento de Sessões de Hospital de Dia	Anual	 1,33%	3,00%
A18	Taxa Cancelamento de Intervenções Cirúrgicas	Anual	 3,70%	4,00%
A19	Taxa Mortalidade NeoNatal	Anual	 0,21%	0,20%
A20	Taxa Mortalidade Pós-Operatória	Anual	 0,32%	0,44%
A21	Taxa Mortalidade Durante Acto Operatório	Anual	 0,02%	0,15%
A22	Taxa de Mortalidade no Internamento	Anual	 4,25%	5,50%
A23	Mortalidade Materna	Anual	 0,00%	0,00%
A24	Mortalidade Perinatal	Anual	 0,32%	0,29%
A25	Taxa de Realização de Cesarianas	Anual	 31,54%	32,00%

Tabela 5 – Dados do Grupo de Indicadores B: Hospital A

Indicadores - Grupo B				Valor acumulado anual da medida da falha	Valor de referencia (2012)
Ref.	Designação	Periodicidade da dedução			
B1	Taxa de reinternamentos urgentes na mesma GCD	Anual	●	3,15%	5,00%
B2	Taxa de reinternamento	Anual	●	5,02%	6,00%
B3	Taxa de altas voluntárias de internamento	Anual	●	0,56%	0,80%
B4	Tempo médio de estadia pré-cirúrgica	Anual	●	0,68	0,90
B5	Taxa de infecção nosocomial da corrente sanguínea em doentes submetidos a CVC	Anual	●	0,146%	0,449%
B6	Taxa de infecção urinária em doentes internados algaliados	Anual	●	0,292%	0,295%
B7 a)	Taxa de infecção de ferida cirúrgica em procedimentos cirúrgicos programados em utentes de Risco 0	Anual	●	3,10%	4,00%
B7 b)	Taxa de infecção de ferida cirúrgica em procedimentos cirúrgicos programados em utentes de Risco 1	Anual	●	7,30%	18,00%
B7 c)	Taxa de infecção de ferida cirúrgica em procedimentos cirúrgicos programados em utentes de Risco 2	Anual	●	0,00%	39,00%
B7 d)	Taxa de infecção de ferida cirúrgica em procedimentos cirúrgicos programados em utentes de Risco 3	Anual	●	0,00%	90,00%
B8	Taxa de infecção respiratória associada a ventilação mecânica na UCI	Anual	●	1,03%	2,00%
B9	Tempo médio de espera para realização de Primeira consulta (dias)	Anual	●	132,90	30,00
B10	Tempo médio de espera no dia da consulta	Anual	●	26,9	38,00
B11	Tempo médio de espera no dia da sessão de HD médico	Anual	●	22,9	38,00
B12	Tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado (dias)	Anual	●	84,8	97,00
B13	Tempo médio de espera para intervenção em cirurgia de ambulatório programada (dias)	Anual	●	42,8	70,00
B14	Taxa de admissão não programada posterior a procedimento de ambulatório*	Anual	●	0,27%	2,00%
B15	Taxa de execução de relatórios operatórios sobre o total de intervenções cirúrgicas *	Anual	●	92,27%	100,00%
B16	Taxa de partos com anestesia epidural	Anual	●	76,72%	70,00%
B17	Taxa de ocorrência de quedas em doentes internados	Anual	●	0,11%	0,16%
B18	Taxa de regresso a UCI	Anual	●	1,74%	3,00%
B19	Taxa de regresso não programado ao Bloco Operatório	Anual	●	0,66%	1,00%
B20	Taxa de ocorrência de complicações anestésicas *	Anual	●	0,95%	3,00%
B21	Taxa de ocorrência de apendicectomia com diagnóstico anatomo patológico compatível com a normalidade*	Anual	●	10,39%	15,80%
B22	Taxa de ocorrência de úlceras de pressão *	Anual	●	1,55%	1,80%
B23	Taxa de ocorrência de reacções imediatas a transfusões	Anual	●	0,00%	0,10%
B24	Taxa de notificação de reacções adversas à medicação	Anual	●	0,01%	0,04%
B25	Taxa de erros na administração de derivados de sangue, por segmento	Anual	●	0,03%	0,20%
B26	Taxa de altas com nota de alta hospitalar *	Anual	●	66,66%	70,00%
B27	Taxa de execução de técnicas com consentimento informado*	Anual	●	97,11%	100,00%
B28	Taxa de doentes ventilados na UCI submetidos a sedação e analgesia	Anual	●	89,19%	75,00%
B29	Taxa de doentes submetidos a sedação e analgesia em procedimentos de Endoscopia, Hemodinâmica e de Imagiologia *	Anual	●	14,54%	5,00%
B30	Taxa de doentes submetidos a sedação e analgesia na Urgência *	Anual	●	39,91%	20,00%
B31	Tempo médio de espera para triagem no serviço de Urgência	Anual	●	8,05	12,00
B32	Tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na Urgência	Anual	●	52,85	65,00
B33	Taxa de doentes que permanecem na urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 3 horas	Anual	●	24,16%	32,00%
B34	Taxa de doentes que permanecem na urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 6 horas	Anual	●	5,43%	9,70%
B35	Tempo médio de permanência no serviço de urgência	Anual	●	133,36	170,00
B36	Tempo médio de permanência na unidade de observação do Serviço de urgência	Anual	●	8,79	14,00
B37	Taxa de readmissão na urgência no período até 24 horas	Anual	●	1,82%	2,80%
B38	Taxa de readmissão na Urgência no período até 72 horas com internamento	Anual	●	0,79%	0,93%
B39	Taxa de utentes que abandonam o serviço de Urgência após a triagem sem serem atendidos	Anual	●	1,66%	2,80%
B40	Taxa de ocorrência de quedas de utentes após triagem na Urgência	Anual	●	0,004%	0,08%

Tabela 6 – Dados do Grupo de Indicadores A: Hospital B

Parâmetros de Desempenho		Valor Referência		Medida da Falha
				Acumulada Período
1-A	Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD	40%	Limite Inferior	= N° Epis. Intern. Produção
2-A	Episódios de Internamento da Produção Efectiva relativos a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde	10%	Limite Superior	= N° Epis. Intern. Produção Efectiva fora
3-A	Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde	10%	Limite Superior	= N° Interv. Cirurgia Amb. Produção Efectiva fora
4-A	Consultas Externas da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde	10%	Limite Superior	= N° Cons. Externas Produção Efectiva fora
5-A	Sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Efectiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde	10%	Limite Superior	= N° Sessões Hosp. Dia Médico Produção Efectiva fora
6-A	Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efectiva	33%	Limite Inferior	= N° Primeiras Consultas
7-A	Taxa de Cancelamento de Consultas Externas	n.d.	Grupo Referência	= N° de consultas externas
8-A	Taxa de Cancelamento de Intervenções Cirúrgicas	n.d.	Grupo Referência	= N° intervenções cirúrgicas programad
9-A	Taxa de Mortalidade Neonatal	n.d.	Grupo Referência	= N° Nados-vivos internados

10-A	Taxa de Mortalidade Pós-Operatória Ajustada			= N° óbitos pós-operatórios/
		n.d.	Grupo Referência	0,25%
11-A	Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório Ajustada			= N° óbitos durante acto
		n.d.	Grupo Referência	0,01%
12-A	Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada			= N° óbitos doentes internados/
		n.d.	Grupo Referência	5,04%
13-A	Mortalidade Materna			= N° de óbitos de mulheres durante a gravidez,
		-	Limite Superior	-
14-A	Mortalidade Perinatal			= N° de óbitos fetais de 28 ou
		0,62%	Limite Superior	0,36%
15-A	Tempo médio de estadias pré-cirúrgicas			= N° total de dias de internamento que antecedem a realização
		n.d.	Grupo Referência	1,25
16-A	Taxa de Realização de Cesarianas			= N° de cesarianas
		31%	Limite Superior	29,98%
17-A	Taxa de Internamentos Urgentes da mesma GCD			= N° reinternamentos urgentes da
		n.d.	Grupo Referência	2,47%
18-A	Taxa de Reinternamento			= N° reinternamentos na mesma
		n.d.	Grupo Referência	2,47%
19-A	Taxa de Altas Voluntárias de Internamento			= N° de Utentes com
		n.d.	Grupo Referência	0,40%

Tabela 7 – Dados do Grupo de Indicadores B: Hospital B

Parâmetros de Desempenho	Valor Referência	Medida da Falha
		Acumulada Período = Nº de
1-B Taxa de Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em Utentes submetidos a Cateterização Intravascular Central (CVC)	n.d. Grupo Referência	Episódios de bacteriémias de Utentes submetidos
		1,03%
2-B Taxa de Infecção Urinária em Doentes Internados Algaliados	n.d. Grupo Referência	= Nº de doentes algaliados em circuito
		0,85%
3a-B Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 0	n.d. Grupo Referência	= Nº de doentes com nível de risco 0 aos quais foi diagnóstica da infecção
		4,21%
3b-B Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 1	n.d. Grupo Referência	= Nº de doentes com nível de risco 1 aos quais foi diagnóstica da infecção de ferida
		8,62%
3c-B Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 2	n.d. Grupo Referência	= Nº de doentes com nível de risco 2 aos quais foi diagnóstica da infecção
		17,31%
3d-B Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 3	n.d. Grupo Referência	= Nº de doentes com nível de risco 3 aos quais foi diagnóstica da infecção de ferida
		50,00%
4-B Taxa de Infecção Respiratória Associada a Ventilação Mecânica na UCI	n.d. Grupo Referência	= Nº de pneumonias de Utentes submetidos
		1,60%
5-B Tempo Médio de espera para a realização de Primeiras Consultas	n.d. Grupo Referência	= 2,00 tempo de espera, em dias, contado
		104,43

6-B	Tempo Médio de espera no dia da Consulta Externa			= N° total de minutos de espera para as Consultas Externas
		40 min.	Limite Superior	00:22:36
7-B	Tempo Médio de espera no dia da Sessão de Hospital de Dia Médico			= N° total de minutos de espera para as Sessões de Hospital
		n.d.	Grupo Referência	00:30:01
8-B	Taxa de Cancelamento de Sessões de Hospital de Dia			= N° de Sessões de Hospital de Dia Médico canceladas
		n.d.	Grupo Referência	9,12%
9-B	Tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado			= Σ tempo espera, em dias, contado desde a data da
		n.d.	Grupo Referência	117,69
10-B	Tempo médio de espera para Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada			= Σ tempo espera, em dias, contado desde a
		n.d.	Grupo Referência	116,93
11-B	Taxa de admissões não programadas posteriores a procedimentos ambulatoriais			= N° de admissões não programadas até 24h
		n.d.	Grupo Referência	4,02%
12-B	Taxa de execução de relatórios operatórios sobre o total de Intervenções Cirúrgicas			= N° de relatórios operatórios de Intervenções
		95%	Limite Inferior	99,56%
13-B	Taxa de Partos com Anestesia Epidural			= N° de partos com anestesia epidural / Total de
		n.d.	Grupo Referência	66,82%
14-B	Taxa de Ocorrência de Quedas de Doentes Internados			= N° de quedas de utentes com alta, durante o
		n.d.	Grupo Referência	0,19%
15-B	Taxa de Regressos a Unidades de Cuidados Intensivos			= N° total de readmissões na UCI até
		n.d.	Grupo Referência	2,59%

16-B	Taxa de Regressos não Programados ao Bloco Operatório			= N° total de regressos não programados ao bloco
		n.d.	Grupo Referência	1,53%
17-B	Taxa de Ocorrência de Complicações Anestésicas			= N° de complicações à anestesia
		n.d.	Grupo Referência	0,63%
18-B	Taxa de Ocorrência de Apendicectomias com Diagnóstico Anatomopatológico Compatível com a Normalidade			= N° de apendicectomias com diagnóstico anatomopatológico
		n.d.	Grupo Referência	0,42%
19-B	Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão			= N° de altas de internamento de
		n.d.	Grupo Referência	10,74%
20-B	Taxa de ocorrência de reacções imediatas a transfusões			= N° de reacções adversas imediatas a
		n.d.	Grupo Referência	0,10%
21-B	Taxa de Notificações de Reacções Adversas à Medicação			= N° de notificações de reacções adversas à
		n.d.	Grupo Referência	0,52%
22-B	Taxa de erros na administração de derivados de sangue, por segmento			= 2 erros notificados na administração
		n.d.	Grupo Referência	0,00%
23-B	Taxa de altas com nota de alta hospitalar			= N° total de notas de alta de internamento
		n.d.	Grupo Referência	98,97%
24-B	Taxa de execução de técnicas com Consentimento Informado			= N° total de consentimentos informados, para
		95%	Limite Inferior	97,19%
25-B	Taxa de Doentes Ventilados da UCI Submetidos a Sedação e Analgesia			= N° doentes saídos da UCI que tenham estado sujeitos a ventilação
		n.d.	Grupo Referência	83,39%

26-B	Taxa de Submetidos a Sedação e Analgesia em Procedimentos de Endoscopia e de Imagiologia				= N° doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e
		n.d.	Grupo Referência		52,63%
27-B	Taxa de Submetidos a Sedação e Analgesia na Urgência				= N° doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e profunda,
		n.d.	Grupo Referência		-
28-B	Tempo Médio de Espera para triagem no Serviço de Urgência				= Σ tempo de espera entre o registo e a
		15	Limite Superior		00:08:21
29-B	Tempo Médio de Espera ajustado para Atendimento Após triagem na Urgência				= Σ tempo de espera dos utentes
	Global				00:40:00
30-B	Taxa de Doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 3 horas				= Número de Utentes registados no Serviço de Urgência que permanece
		n.d.	Grupo Referência		21,70%
31-B	Taxa de Doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 6 horas				= Número de Utentes registados no Serviço de Urgência que permanece
		n.d.	Grupo Referência		4,51%
32-B	Taxa de Readmissão na Urgência no Período até 24 horas				= N° de Utentes que regressam à Urgência num prazo
		n.d.	Grupo Referência		2,31%
33-B	Taxa de Readmissão na Urgência até 72 horas com internamento				= N° de Utentes que regressam à Urgência no prazo de 72 horas da
		n.d.	Grupo Referência		0,81%
34-B	Taxa de Utentes que abandonam o Serviço de Urgência após a Triagem sem serem atendidos				= N° de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de
		n.d.	Grupo Referência		0,35%
35-B	Taxa de Ocorrência de Quedas de Utentes Após Triagem na Urgência				= N° quedas de doentes sujeitos a Triagem no
		n.d.	Grupo Referência		0,00%
36-B	Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por CGD	40%	Limite Inferior		= N° Epis. Intem. Produção Efectiva / N°
37-B	Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva por GCD	40%	Limite Inferior		= N° Intervenções em Cirurgia de
38-B	Taxa de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efectiva				= N° de Intervenções em Cirurgia de
		40%	Limite Inferior		43,64%

Tabela 8 – Dados do Grupo de Indicadores A: Hospital C

Parâmetros de Desempenho	Medida da Falha			Valor Referência	Limite ao Valor de Referência	
	1 ^o Semestr	2 ^o Semestr	Acumulad o Período			
A1	Episódios de Internamento da Produção Efetiva relativos a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde	0,00	0,00	0,00	10,00	N/A
A2	Episódios de Cirurgia de Ambulatório e de Episódios de Ambulatório Médico da Produção Efetiva relativos a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde	0,00	0,00	0,00	10,00	N/A
A3	Consultas Externas da Produção Efetiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde	0,00	0,00	0,00	10,00	N/A
A4	Sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Efetiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde	0,00	0,00	0,00	10,00	N/A
A5	Atendimentos em Urgência da Produção Efetiva relativas a actividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde	0,00	0,00	0,00	10,00	N/A
A6	Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efetiva	64,28%	47,52%	52,52%	33,33%	N/A
A7	Número de Episódios de Internamento da Produção Efetiva por GCD do Estabelecimento Hospitalar face ao Número de Episódios de Internamento verificados para a população da Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar					
A8	Número de Episódios de Cirurgia do Ambulatório e de Episódios de Ambulatório Médico da Produção Efetiva por GCD do Estabelecimento Hospitalar face ao Número de Episódios de Cirurgia do Ambulatório e de Episódios de Ambulatório Médico verificados para a população da Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar					
A9	Número de Episódios de Internamento da Produção Efetiva por GCD relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar					
A10	Número de Episódios de Cirurgia do Ambulatório e de Episódios de Ambulatório Médico da Produção Efetiva por GCD relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar					
A11	Episódios de Internamento da Produção Efetiva relativos a Utentes não residentes na Área de Influência	0,04	0,07	0,06	10,00	N/A
A12	Episódios de Cirurgia de Ambulatório e Episódios de Ambulatório Médico da Produção Efetiva relativos a Utentes não residentes na Área de Influência	0,01	0,03	0,02	10,00	N/A
A13	Consultas Externas da Produção Efetiva relativas a Utentes não residentes na Área de Influência	0,01	0,03	0,02	10,00	N/A
A14	Sessões de Hospital de Dia da Produção Efetiva relativas a Utentes não residentes na Área	0,01	0,02	0,02	10,00	N/A
A15	Taxa de Episódios de Cirurgia de Ambulatório da Produção Efetiva	62,98%	73,93%	70,29%	45,00%	N/A
A16	Taxa máxima de erro admitida na codificação	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	N/A
A17	Taxa de Cancelamento de Consultas Externas	1,28%	1,30%	1,29%	0,00%	N/A
A18	Taxa de Cancelamento de Sessões de Hospital de Dia	1,95%	1,41%	1,53%	0,00%	N/A
A19	Taxa de Cancelamento de Intervenções Cirúrgicas	0,05%	0,02%	0,03%	0,00%	N/A
A20	Taxa de Mortalidade Neonatal	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	N/A
A21	Taxa de Mortalidade Pós-Operatória Ajustada	0,36%	0,07%	0,17%	0,00%	N/A
A22	Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório Ajustada	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	N/A
A23	Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada	6,19%	5,01%	5,43%	0,00%	N/A
A24	Mortalidade Materna	0,00	0,00	0,00	0,00	N/A
A25	Taxa de Mortalidade Perinatal	1,95‰	2,81‰	2,53‰	4,00‰	N/A
A26	Taxa de Realização de Cesarianas	24,41%	26,79%	26,02%	25,00%	N/A
A27	Taxas de Altas Voluntárias de Internamento	0,32%	0,33%	0,32%	0,50%	N/A
A28	Tempo médio de estadias pré-cirúrgicas	2,29	2,60	2,48	0,00	N/A
A29	Tempo médio de espera para a realização de Primeiras Consultas	22,25	42,78	35,32	30,00	N/A
A30	Tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado	15,25	35,43	27,37	65,00	N/A
A31	Tempo médio de espera para Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada	19,43	44,65	37,14	65,00	N/A
A32	Taxa de altas com nota de alta hospitalar	69,79%	72,22%	71,35%	0,00%	N/A