



Tribunal de Contas



Encargos do Estado com PPP na Saúde

Volume I





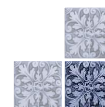


Volume I



Encargos do Estado com PPP na Saúde

Julho 2013



Ficha Técnica

EQUIPA AUDITORIA

Francisco Machado
Selma Rebêlo

COORDENAÇÃO GERAL

Gabriela Ramos
(Auditora Coordenadora do DA IX)
António Garcia
(Auditor Chefe do DA IX)

CONCEPÇÃO E ARRANJO GRÁFICO

Ana Salina

Este Relatório de Auditoria está disponível no sítio do Tribunal de Contas www.tcontas.pt

Para mais informações sobre o Tribunal de Contas contacte:

TRIBUNAL DE CONTAS
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Tel: 00 351 21 794 51 00
Fax: 00 351 21 793 60 33
Linha Azul: 00 351 21 793 60 08/9
Email: geral@tcontas.pt





COMPOSIÇÃO DA 2.ª SECÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS QUE APROVOU ESTE RELATÓRIO

Relator:

Conselheiro José Manuel Monteiro da Silva

Adjuntos:

Conselheiro António José Avérous Mira Crespo

Conselheiro José de Castro de Mira Mendes

ESTRUTURA GERAL DO RELATÓRIO

Volume I

I Sumário Executivo

II Corpo do Relatório

III Vista ao Ministério Público, Decisão, Destinatários, Publicidade e Emolumentos

Volume II

IV Anexos

V Contraditório







ÍNDICE

Volume I

I	SUMÁRIO EXECUTIVO	7
1.	INTRODUÇÃO	7
1.1.	Natureza e âmbito da auditoria	7
1.2.	Objetivos da ação	7
1.3.	Metodologia e Procedimentos	8
1.4.	Condicionantes e limitações	10
1.5.	Cooperação por parte das entidades contactadas	12
2.	CONTRADITÓRIO	12
3.	OBSERVAÇÕES E CONCLUSÕES	16
4.	RECOMENDAÇÕES	30
II	CORPO DO RELATÓRIO	31
5.	ENQUADRAMENTO	31
5.1.	As PPP na Saúde	31
5.2.	O regime legal	32
5.3.	Os contratos geradores de encargos e o modelo de PPP	32
5.4.	Os processos de contratação, em curso, de unidades hospitalares	35
6.	CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES GERADORAS DE ENCARGOS	36
6.1.	Características físicas	36
6.2.	Área de influência	37
6.3.	Intervenientes do setor privado	38
7.	A GESTÃO DAS PPP SAÚDE	39
7.1.	As estruturas setoriais de contratação	39
7.2.	Gestão contratual – estrutura e reporte	39
7.3.	Orçamentação	43
7.4.	A gestão da oferta e da procura de serviços	44
8.	O QUE REPRESENTAM OS ENCARGOS CONTRAÍDOS	45
8.1.	Remunerações das concessionárias	45
8.2.	O VFM esperado da contratação	48
8.3.	<i>Benchmarking</i> com outras unidades de saúde integradas na rede SNS	49



9.	ENCARGOS ATÉ 2012	51
9.1.	Encargos por contrato	51
9.2.	Comparação com o caso base.....	52
9.3.	Evolução global de encargos – grandes projetos hospitalares	56
10.	ENCARGOS CONTRATUALIZADOS E ENCARGOS AO LONGO DO CICLO DE VIDA	63
10.1.	Possibilidade de melhorias metodológicas	63
10.2.	Perfis de encargos.....	67
10.3.	Encargos contratuais.....	70
10.4.	Encargos no ciclo de vida	71
10.5.	Execução financeira	73
11.	CONCESSIONÁRIAS	73
11.1.	TIR e financiamento – alterações até ao <i>financial close</i>	73
11.2.	Desempenho financeiro das concessionárias e riscos para o Estado	75
III	VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO, DECISÃO, DESTINATÁRIOS, PUBLICIDADE E EMOLUMENTOS	81
12.	VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO.....	81
13.	DECISÃO	81
14.	DESTINATÁRIOS	81
15.	PUBLICIDADE.....	82
16.	EMOLUMENTOS.....	82



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - PERFIS DE ENCARGOS PLURIANUAIS	19
GRÁFICO 2 - EVOLUÇÃO GLOBAL DE ENCARGOS.....	56
GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS FACE AOS CASOS BASE	57
GRÁFICO 4 - ESTIMATIVA DE ENCARGOS BRUTOS COM AS ATUAIS PPP NA SAÚDE - RELATÓRIO DO OE PARA 2012	65
GRÁFICO 5 - PERFIS DE ENCARGOS PLURIANUAIS DAS GRANDES UNIDADES PPP.....	68
GRÁFICO 6 - ENCARGOS PLURIANUAIS POR COMPONENTE DAS GRANDES UNIDADES EM PPP	69





ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1 - O MODELO PPP PARA AS UNIDADES HOSPITALARES	33
ILUSTRAÇÃO 2 - PROJETOS PPP DA SAÚDE	34
ILUSTRAÇÃO 3 - ÁREA DE INFLUÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE EM REGIME PPP	37
ILUSTRAÇÃO 4 - ESTRUTURA DE GESTÃO DOS CONTRATOS PPP	40
ILUSTRAÇÃO 5 - ESTRUTURA DE REPORTE NO ÂMBITO DA GESTÃO DOS CONTRATOS PPP	42



ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - RISCOS E FATORES MITIGADORES DE RISCO MAIS RELEVANTES.....	26
QUADRO 2 - RISCOS E FATORES MITIGADORES DE RISCO MAIS RELEVANTES NO ÂMBITO DO DESEMPENHO FINANCEIRO DAS CONCESSIONÁRIAS	28
QUADRO 3 - CARATERÍSTICAS FÍSICAS DAS UNIDADES DE SAÚDE EM REGIME DE PPP	36
QUADRO 4 - COMPARAÇÃO ENTRE O CUSTO PÚBLICO COMPARÁVEL E O VALOR DAS PROPOSTAS FINAIS VENCEDORAS.....	48
QUADRO 5 - ENCARGOS INCORRIDOS POR CONTRATO	51
QUADRO 6 - VARIAÇÃO ANUAL DE RESPONSABILIDADES DE PAGAMENTO - 2012.....	62
QUADRO 7 - PAGAMENTOS DO CONCEDENTE - ESTIMATIVA À DATA DOS PROCESSOS DE CONTRATAÇÃO.....	64
QUADRO 8 - REPRESENTATIVIDADE DOS ENCARGOS (CONTRATUAIS/CICLO DE VIDA)	66
QUADRO 9 - SUBAVALIAÇÃO DOS ENCARGOS COM TAXA DE DESCONTO REAL.....	67
QUADRO 10 - ENCARGOS CONTRATUAIS POR PERÍODO RELEVANTE	70
QUADRO 11 - ENCARGOS COM O CASNS E O CMFRS.....	71
QUADRO 12 - ENCARGOS NO CICLO E VIDA POR PERÍODO RELEVANTE	72
QUADRO 13 - REPRESENTATIVIDADE DOS ENCARGOS DO EDIFÍCIO NOS ENCARGOS TOTAIS	72
QUADRO 14 - EXECUÇÃO FINANCEIRA.....	73
QUADRO 15 - TIR ACIONISTA NOMINAL	74
QUADRO 16 - RÁCIOS DE ENDIVIDAMENTO/FUNDOS PRÓPRIOS (BAFO).....	75





Glossário

Best and Final Offer	A melhor e última proposta (em concurso público).
Break even point	Ponto de indiferença, a partir do qual os proveitos superam os custos ou gastos.
Cash-flows	Fluxos Monetários.
Caso Base	Representa a equação financeira que traduz o pressuposto de execução da PPP, para as partes.
Grupo de Diagnóstico Homogéneo	Sistema de classificação de doentes em grupos coerentes e similares.
Índice de Case Mix	Índice que reflete a complexidade da produção de uma unidade hospitalar, cujo cálculo é efetuado centralmente pela ACSS. Coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes.
Project Finance	Financiamento de infraestruturas a longo prazo com base nos <i>cash-flows</i> do projeto o qual constitui um ativo de uma sociedade veículo.
Spread	Diferença entre o preço de compra e de venda de um ativo. Valor percentual aplicado pelas instituições bancárias sobre uma taxa de referência e que onera o financiamento bancário.
Swap	Operação de permuta entre risco e custo ou rentabilidade, em geral destinada à cobertura de um risco financeiro.
Technical Assistance Mission	Missão técnica no âmbito do processo de assistência financeira e dos objetivos acordados no Memorando de Entendimento, celebrado com a Comissão Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu.
Value for Money	Valor do dinheiro em termos de eficiência, eficácia e economia.





Siglas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde /Administrações Regionais de Saúde
ARSA	Administração Regional de Saúde do Algarve
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte
AVC	Acidente vascular cerebral
BAFO	<i>Best and Final Offer</i>
BPN	Banco Português de Negócios
CASNS	Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde
CG	Contrato de Gestão
CGD	Caixa Geral de Depósitos
CHLO	Centro Hospitalar de Lisboa Oriental
CMFRS	Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul
CPC	Custo Público Comparável
DBFOT	<i>Design, Build, Finance, Operate and Transfer</i>
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DGTF	Direcção-Geral do Tesouro e Finanças
EGED	Entidade Gestora do Edifício
EGEST	Entidade Gestora do Estabelecimento
EPC	Entidade Pública Contratante
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FEP	Faculdade de Economia do Porto
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
HCA	Hospital Central do Algarve
HD / SHD	Hospital de Dia / Sessões de Hospital de Dia
HLO	Hospital de Lisboa Oriental
IGF	Inspeção-Geral de Finanças
INE	Instituto Nacional de Estatística
INTOSAI	<i>International Organisation of Supreme Audit Institutions</i>
IPC	Índice de Preços no Consumidor
ISSAI	International Standard of Supreme Audit Institutions
IVA	Imposto sobre Valor Acrescentado
NEH	Novo Edifício Hospitalar
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
POC	Plano Oficial de Contabilidade
PPP	Parcerias Público-Privadas / Parceria Público-Privada
PT	Período de Transição
SNC	Sistema de Normalização Contabilística
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TC	Tribunal de Contas
TIR	Taxa Interna de Rendibilidade
VAL	Valor Atual Líquido
VFM	<i>Value for Money</i>
VIH/SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida





I SUMÁRIO EXECUTIVO

1. INTRODUÇÃO

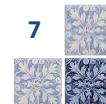
1.1. Natureza e âmbito da auditoria

- 1 A auditoria de gestão objeto do presente relatório é de âmbito temático e subordinada ao tema dos encargos do Estado com as Parcerias Público Privadas na Saúde, e dá sequência aos trabalhos similares realizados noutros setores de atividade, como sejam o rodoviário e o ferroviário.
- 2 A análise recai sobre os encargos incorridos no período 2007-2012 e sobre aqueles que se prevê ocorrerem até ao final dos contratos em curso, isto é, de 2013 a 2042.
- 3 Os trabalhos de auditoria desenvolveram-se entre maio de 2011 e março de 2012, sem prejuízo da inclusão de informação relevante que foi comunicada pelas entidades públicas gestoras até ao momento da conclusão do relatório¹.

1.2. Objetivos da ação

- 4 De acordo com o Plano Global da Auditoria, foram formulados os seguintes objetivos, para cada uma das concessões:
 - ✓ Caracterização do modelo;
 - ✓ Caracterização física, financeira e cronológica;
 - ✓ Análise dos principais riscos concretizados:
 - Identificação das causas conducentes aos pedidos de reequilíbrio financeiro;
 - Identificação das formas de reposição do reequilíbrio financeiro;
 - Quantificação dos encargos adicionais do Estado;
 - ✓ Análise das implicações financeiras, para o Estado, dos respetivos contratos, nomeadamente as relativas aos pagamentos contratualizados;
 - ✓ Quantificação dos encargos;
 - ✓ Identificação das principais fontes de financiamento/origens de fundos utilizadas pelas entidades públicas responsáveis pela gestão destes contratos;
 - ✓ Análise e identificação da natureza dos diversos encargos orçamentais assumidos com estas Parcerias Público Privadas.

¹ A atualização de informação e a reconfiguração do respetivo tratamento verificou-se por várias vezes desde março de 2012, abrangendo também o processo de contraditório, tal como adiante referido.



- ✓ Análise do impacto orçamental dos encargos globais assumidos pelo Estado com os contratos de Parceria Público Privada.

1.3. Metodologia e Procedimentos

- 5 A metodologia utilizada teve subjacente os princípios, métodos e técnicas utilizadas pelo Tribunal de Contas, constantes do seu Manual de Auditoria e Procedimentos e das Linhas de Orientação (*Guidelines*) e Procedimentos para o desenvolvimento de Auditorias Externas a PPP e, bem assim, as práticas e normas aceites pelas organizações internacionais de controlo externo como é o caso da INTOSAI², em especial, as linhas de orientação sobre as melhores práticas definidas por esta entidade no domínio das auditorias a parceiras público-privadas, concessões e regulação³. O presente trabalho teve ainda subjacentes as boas práticas internacionais utilizadas por entidades congéneres do Tribunal de Contas, em trabalhos desta natureza.
- 6 Procedeu-se ao levantamento e análise dos elementos de informação disponíveis no Tribunal de Contas tendo sido posteriormente dirigidos questionários à Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS e às entidades gestoras dos contratos de concessão, nomeadamente Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - ARSLVT, Administração Regional de Saúde do Norte - ARSN, Administração Regional de Saúde do Algarve – ARSA e Direção-Geral de Saúde - DGS. Foram, ainda, desenvolvidos contactos com a Direção-Geral do Tesouro e Finanças – DGTF e solicitada a colaboração das entidades concessionárias, através de uma resposta a um questionário.
- 7 Ao todo foram enviados 17 questionários, complementados por entrevistas e análise de extensa documentação, nomeadamente junto das entidades públicas gestoras, com os objetivos de ser efetuado o cruzamento de informação resultante das respostas iniciais, de serem obtidos outros elementos documentais, bem como de serem debatidos os próprios objetivos de auditoria e a respetiva metodologia, numa abordagem sem surpresas⁴.
- 8 As respostas aos questionários, bem como os elementos obtidos durante os trabalhos de campo, foram oportunamente analisados.
- 9 Relativamente à metodologia, deve ainda referir-se:
 - **Comparação das estimativas iniciais (caso base) com os encargos resultantes da execução do contrato.**
- 10 As previsões de procura/produção do caso base não são vinculativas, mas foram a base a partir da qual foi firmado o contrato e foram previstos os encargos. Comparar as previsões iniciais com o que resultou da execução realizada releva, sobretudo no contexto atual, para a avaliação das expectativas de encargos futuros.
- 11 Os dados incluídos no Anexo I do presente relatório, respeitantes aos encargos incorridos com cada PPP, são a preços correntes, uma vez que era esta a informação disponível junto das entidades gestoras. O facto de, no Anexo I ao presente relatório, ter sido mantida a análise a preços correntes permitiu atualizar a informação remetida pelas entidades gestoras até ao final do trabalho, bem como e proporcionar-lhes uma mais fácil perceção da relação entre as observações efetuadas e os valores resultantes da execução de cada contrato. Potenciou-se, assim, uma acrescida transparência e uma maior reprodutividade das análises e conclusões do presente relatório.
- 12 As principais conclusões, no contrato com maior tempo de execução, foram obtidas através da agregação de dados de três anos⁵.

² *International Organization of Supreme Audit Institutions* - instituição criada em 1953, com estatuto consultivo no Conselho Económico e Social da ONU, que congrega Instituições Superiores de Controlo Financeiro de todo o mundo. Portugal é seu membro fundador.

³ Nomeadamente a ISSAI 5220 – *Guidelines on Best Practice for the Audit of Public/Private Finance and Concessions* e a ISSAI 5240 – *Guideline on Best Practice for the Audit of Risk in Public/Private Partnership (PPP)*.

⁴ *No surprise approach*.

⁵ O contrato com maior tempo de execução, até 2012, é o da PPP do Hospital de Cascais (5 anos). Porém os anos que podem ser considerados anos típicos, quanto às principais condições físicas de exploração, são os anos de funcionamento no novo edifício hospitalar (cerca de três anos, contados até 2012).

- **Evolução dos encargos**

- 13 A análise da evolução dos encargos verificados e projetados contempla as remunerações das entidades concessionárias e exclui os montantes pagos pelas concessionárias ao Estado aquando da transmissão dos estabelecimentos hospitalares pré-existentes.
- 14 Apesar de outros tipos de encargos terem sido identificados e expostos no Anexo I do presente relatório, não estão incluídos, na análise plurianual efetuada, os encargos que se consideraram dificilmente projetáveis a médio e longo prazo (é o caso dos encargos com pensões de reforma e com programas específicos).
- 15 Face ao exposto, os encargos previstos consideram-se estimados por defeito⁶. Os encargos apurados excluem o IVA⁷. A informação financeira encontra-se a preços constantes de 2012.
- 16 No entanto, nos pontos 9.3 e 11.2 do corpo do presente relatório, e consequentemente no respetivo sumário executivo⁸, existe referência a valores a preços correntes, por se tratar de informação com origem no Anexo I, em que é efetuada a comparação com os valores dos casos base e em que a própria inflação é um factor explicativo das diferenças face ao previsto momento de cada contratação.

- **Estimativas para o ciclo de vida dos projetos**

- 17 Esta estimativa foi realizada com vista a complementar a análise dos encargos contratuais. A análise foi efetuada a preços constantes de 2012, por ser a metodologia que melhor permite comparações intertemporais⁹, sendo de destacar que a contratação da produção para este ano incorpora já, na origem, uma inflação prevista que varia de caso para caso, conforme o estimador disponível no momento de cada um dos respetivos procedimentos anuais de contratação de produção.
- 18 A atualização dos encargos, quer os contratuais, quer os previstos para todo o ciclo de vida dos projetos¹⁰, incorpora apenas a correção monetária decorrente da projeção de inflação de 2%, subjacente aos casos base¹¹.
- 19 A projeção dos encargos, para o ano de 2013 e seguintes, foi feita de acordo com o histórico de encargos já incorridos, nos anos considerados mais significativos¹², em especial o previsto para o ano 2012.
- 20 Foram incorporados também os montantes de responsabilidade direta dos utentes, de forma a imunizar a projeção dos encargos futuros relativamente ao efeito das alterações das políticas relativas às taxas moderadoras¹³.

⁶ Com as reservas adiante referidas quanto às condicionantes e limitações.

⁷ O IVA incide sobre encargos com as remunerações do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde e sobre os Encargos com remunerações das Entidades Gestoras dos Edifícios Hospitalares. Optou-se pela exclusão do IVA, dado o contexto complexo de variação de encargos, no entanto, estima-se que o valor do IVA, para o ano de 2013 e seguintes, seja de cerca de 200 milhões de euros.

⁸ Nomeadamente quando se refere os contratos com maiores diferenças de encargos, face ao inicialmente estimado.

⁹ Diga-se que tal é mais premente quando as comparações e agregações englobam simultaneamente informação financeira relativa a períodos decorridos e por decorrer.

¹⁰ Num e noutro caso, relativamente ao período não decorrido.

¹¹ Adotou-se uma projeção de inflação para o longo prazo coincidente com a prevista no Despacho n.º 13208/2003, de 2 de junho, da Ministra das Finanças, mas não se utilizou a taxa de desconto real de 4%, também prevista no mesmo Despacho. Como decorre do que é referido adiante no presente relatório, não só não se deve considerar a existência de custo de oportunidade para encargos já certos, porque decorrentes de contratos já firmados, como o mesmo Despacho refere expressamente ser aplicável ao processo de preparação de concurso e à avaliação de propostas dos concorrentes, o que não é agora o caso.

¹² Nomeadamente, por serem anos de laboração nos novos edifícios.

¹³ Isto é, quaisquer que sejam as alterações no longo prazo na comparticipação exigida diretamente aos utentes pela prestação de cuidados de saúde, as conclusões manter-se-ão válidas. Outra vantagem importante desta inclusão diz respeito à possibilidade de deteção de incorreções nos montantes apurados, na medida em que torna evidente a coincidência entre o montante global das remunerações das entidades concessionárias e o montante global das responsabilidades de pagamento relativas aos mesmos anos e às mesmas unidades de saúde. Acresce que não só a consideração de todas as responsabilidades de pagamento permite uma análise temporal contínua, independentemente da sua atribuição, como concorre para a total correspondência da análise com o objetivo essencial dos projetos, o qual corresponde à satisfação de determinados cuidados de saúde para uma mesma área de influência. No que respeita aos terceiros pagadores, os gestores de contrato manifestaram dificuldades em expurgar os montantes de encargos relativos aos subsistemas não públicos, o que foi considerado com efeitos residuais. Aliás, as previsões de encargos a longo prazo efetuadas pelo Estado também não incorporavam tal distinção. Chama-se igualmente a atenção para o facto de, em anexo ao presente relatório, se apresentar informação com considerável grau de detalhe que permite análises adicionais, a quem o pretenda, desde que tendo presente o carácter provisório de alguma da informação, conforme no texto é sublinhado.

- 21 Os cálculos atenderam também ao facto de alguns tipos de encargos se poderem reportar apenas ao período decorrido até 2012, quer por dizerem respeito ao período de transição¹⁴, quer porque, de acordo com os gestores de cada contrato, alguns encargos verificados no período decorrido não serão exigíveis, pelas concessionárias, nos anos vindouros¹⁵.
- 22 Para as estimativas dos encargos com o ciclo de vida dos grandes projetos hospitalares, foram projetadas as remunerações das concessionárias responsáveis pelos serviços clínicos, nos anos seguintes ao período contratual em vigor para as EGEST (10 anos), e até ao final dos prazos contratuais das respetivas EGED (30 anos).

1.4. Condicionantes e limitações

- 23 À data dos trabalhos de auditoria, parte dos acertos de contas anuais (reconciliações), entre as entidades públicas gestoras dos contratos e as concessionárias não estavam concluídos, e em alguns casos nem sequer iniciados, pelo que foram uma condicionante ao desenvolvimento da auditoria¹⁶.
- 24 À data dos trabalhos de auditoria, os procedimentos de reconciliação¹⁷ dos encargos com as PPP na Saúde apresentavam algum atraso, tendo em conta a calendarização decorrente dos contratos de concessão.
- 25 Na PPP do Hospital de Braga os procedimentos de reconciliação (2009-2011) vieram a ser definitivamente concluídos em 2012 e a respetiva informação veio a ser enviada apenas em sede de contraditório.
- 26 Uma vez que os pagamentos às concessionárias, relativos ao ano que esteja em curso, se operam por duodécimos de uma percentagem da remuneração prevista, relativamente a 2012 não se encontravam ainda desencadeados os procedimentos de reconciliação referentes àquele ano.
- 27 Alguns procedimentos de reconciliação já encerrados e com montantes já pagos poderiam, à data dos trabalhos de auditoria, vir a ser sujeitos a reclamação por parte de uma das concessionárias¹⁸.
- 28 Assim, a limitação de disponibilidade da informação decorre, em parte, dos condicionalismos próprios da atividade, com expressão nos contratos de concessão¹⁹.
- 29 Também a complexidade dos mecanismos de remuneração das concessionárias²⁰ dificultou a escolha de estimadores dos encargos que pudessem ser utilizados transversalmente, para as diversas PPP, de forma a possibilitarem obter conclusões relevantes para os períodos em causa.
- 30 Estes projetos comportam efeitos financeiros diversos, muitos deles com várias etapas, desfasadas temporalmente, como sejam: a contratação de produção para períodos anuais; a verificação *a posteriori* da elegibilidade dos serviços clínicos prestados para efeitos de pagamentos; os adiantamentos por duodécimos; os acertos de contas, já pagos ou não; a previsão e a verificação de receitas em favor do

¹⁴ Período que medeia até à entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar.

¹⁵ Encargos esses que poderão vir a verificar-se, caso seja dado provimento às pretensões das concessionárias. O critério fixado respeitou o entendimento existente nas entidades públicas gestoras, à data dos trabalhos de auditoria.

¹⁶ O problema do não encerramento das reconciliações disse respeito, sobretudo, aos encargos com remunerações das EGEST.

¹⁷ Procedimento previsto contratualmente, que visa o acerto de contas anual entre concedente e concessionária. O carácter provisório da informação tem consequências não só nas grandezas analisadas, mas também na disponibilidade de informação sobre os fatores explicativos. O facto de à data dos trabalhos de auditoria, a maior parte dos projetos se encontrar numa fase de execução relativamente precoce, com vários processos de reconciliação por encerrar, motivou que a escolha de grande parte dos estimadores dos *case mix* (sobretudo) e da atualização de preços fosse reportada ao momento da contratação anual. O efeito desta limitação é maior no que diz respeito ao *case mix*, cuja variação entre o momento da contratação e apuramento da produção efetiva, em sede de procedimento de reconciliação anual, pode ser maior. Para mitigar este efeito, evidenciou-se sempre que disponível, nomeadamente, no texto, a informação decorrente do procedimento de reconciliação. No caso do Hospital de Braga, uma vez que à data do contraditório foi remetida uma atualização de informação decorrente dos procedimentos de reconciliação até 2011, optou-se por se fazer referência já à informação resultante desses mesmos processos. Um acompanhamento futuro da evolução dos fatores explicativos, numa fase de maior maturidade dos projetos poderá mostrar, por isso, diferenças face ao agora apresentado, pretendendo-se essencialmente evidenciar a necessidade de virem a ser acompanhados os mesmos fatores, face ao inicialmente estimado, por forma a concluir, então, sobre o grau de risco e a sua alocação. Em particular no que diz respeito ao índice de *case mix* a possibilidade de variação significativa entre os momentos da contratação anual e de apuramento da contratação efetiva, espelha também o risco associado à atividade, o qual, em fases iniciais do acompanhamento dos processos, influi no risco de análise.

¹⁸ Como por exemplo a PPP do Hospital de Cascais. Ainda que, sublinha-se, estes tais processos fossem dados por concluídos pela entidade pública gestora.

¹⁹ A não conclusão dos processos de reconciliação limitou, também, a inclusão na análise de alguns fatores potencialmente explicativos das diferenças, face aos casos base, no que diz respeito à produção e aos encargos, tal como por exemplo, a maior ou menos dificuldade de serem confirmados como elegíveis, para efeitos de pagamento, os atos clínicos.

²⁰ Com diversas componentes, e com o cruzamento de diversos momentos e critérios de apuramento.



SNS; a repartição de encargos pelas responsabilidades de pagamento de diversas entidades; os encargos decorrentes de protocolos cuja delimitação financeira relativamente ao contrato de gestão pode ser sujeita a mais do que uma interpretação, de acordo com as valências existentes na unidade de saúde quer no antigo estabelecimento, quer no novo estabelecimento.

- 31 Neste contexto, compreende-se também que os dados de diversas entidades, nomeadamente públicas, reportando-se à mesma realidade, possam apresentar divergências, sem que necessariamente os respetivos valores enfermem de inexatidão²¹.
- 32 A complexidade da matéria abordada motivou uma análise fator a fator diminuindo, eventualmente, a perceção da conjugação de efeitos.
- 33 Considerou-se, no entanto, que, na atual fase de execução dos contratos²², o conhecimento de cada um dos principais indutores de variação deveria ser privilegiado. Assim, os efeitos preço, quantidade e complexidade da atividade clínica puderam ser enquadrados numa inventariação mais ampla dos fatores dos quais decorre a variação de encargos, conforme se apresenta adiante no ponto relativo às conclusões.
- 34 A projeção dos encargos tem em consideração, para parte dos projetos, o sucedido nas fases iniciais de execução contratual. Nesse sentido, as referidas projeções de encargos, poderão constituir estimativas por defeito.
- 35 Outra limitação resulta do contexto em que se verificaram os encargos nos anos mais recentes, nomeadamente nos anos de 2011 e de 2012, devido à existência de restrições orçamentais.
- 36 É atualmente impossível estimar o período pelo qual durará a incidência das atuais restrições orçamentais, as quais contribuem para a contenção dos encargos com a contratação de produção²³. Este fator implicaria, de acordo com algumas entidades públicas e privadas ouvidas durante os trabalhos de auditoria, uma contenção na contratação de produção e, conseqüentemente, nas projeções de encargos agora efetuadas.
- 37 No entanto, em alguns casos²⁴, o encerramento dos processos de reconciliação revelou o facto de a produção efetiva não ter atingido a produção inicialmente contratada para 2011²⁵. E isto ainda que as EGEST tenham vindo, em sede de contraditório, reafirmar a importância das restrições orçamentais.
- 38 É de referir ainda outra limitação. A partir de 2009 foi implementada uma alteração metodológica aplicável às unidades de saúde do SNS no âmbito da caracterização e quantificação dos atos hospitalares, entre os quais os elegíveis para efeitos de remuneração das concessionárias²⁶.
- 39 À data do início dos trabalhos de auditoria, a entidade pública gestora do contrato para o qual esta questão teve maior visibilidade (ARSN) não possuía informação precisa sobre o impacto daquela alteração nos encargos do Estado, tendo posteriormente desenvolvido esforços nesse sentido, conforme descrito, nomeadamente no Anexo I ao presente relatório.
- 40 O impacto desta alteração depende do perfil assistencial da unidade de saúde em causa e das diferenças entre fórmulas de remuneração e parâmetros contratuais utilizados para efeitos de cálculo dos encargos.

²¹ Daí, aliás, a importância de a metodologia descrita ter sido fixada em debate com as entidades públicas gestoras, na medida em que, deste modo, à data do encerramento dos trabalhos não persistiam dúvidas quanto à informação utilizada.

²² Os anos de laboração nos novos edifícios hospitalares (que poderão vir a ser considerados mais próximos dos anos típicos de execução) são ainda em número relativamente reduzido.

²³ Em sede de contraditório a ARSLVT entendeu ser necessário clarificar o contexto em que o Estado pode conter a contratação de encargos, por forma a que não se entenda que o pode fazer sem restrição. Assim, «em casos de falta de acordo negocial entre EPC e EGEST, ou seja em caso de determinação unilateral, os contratos obrigam a que o Estado adquira pelo menos os níveis de produção correspondentes à procura mínima dos últimos 5 anos, dentro do perfil hospitalar da PPP, pela população da área de influência de cada Hospital PPP, verificada nos Hospitais do SNS».

²⁴ Por exemplo, Hospital de Braga.

²⁵ No caso da PPP do Hospital de Loures, sem processo de reconciliação encerrado relativamente a 2012, a ARSLVT, em sede de contraditório, veio apresentar uma projeção que aponta para que a os encargos venham a ficar abaixo do previsto no caso base.

²⁶ Nomeadamente das entidades gestoras dos estabelecimentos.



- 41 É, no entanto, dado como certo que existe um efeito de substituição, relativamente ao inicialmente previsto, de atos de umas linhas de produção por atos relativos a outras linhas de produção, estes com remunerações tendencialmente mais elevadas²⁷.
- 42 A análise dos dados, mesmo na presença destas limitações, é útil para a compreensão dos respetivos impactos e para a conceção de sistemas de informação. A existência das limitações referidas é, aliás, parte importante das conclusões do presente relatório.

1.5. Cooperação por parte das entidades contactadas

- 43 Verificou-se uma excelente colaboração por parte de todas as entidades contactadas ao longo da execução dos trabalhos, nomeadamente dos serviços do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças e ainda das entidades concessionárias.
- 44 Foi possível definir a abordagem aos encargos com as PPP do Setor da Saúde, graças aos contactos realizados e à discussão, com as entidades contactadas, da metodologia, dos riscos e dos aspetos-chave das atividades em causa.
- 45 O número de contactos ocorridos elevou-se se a mais de uma centena, em função da necessidade de incorporar, na análise de determinados projetos, riscos que haviam sido destacados pelos intervenientes na gestão de outros projetos diferentes. Em todos os casos ocorreram respostas relevantes e tempestivas, tendo sido reiterada a disponibilidade para posteriores esclarecimentos.
- 46 Embora tanto quanto possível se tenha seguido, para efeitos de análise e de exposição, a informação já disponível nas entidades responsáveis contactadas pela equipa ao longo da auditoria, essas mesmas entidades, públicas e privadas, efetuaram agregações de dados e análises específicas em função das questões que lhes foram colocadas tentando, sempre, ultrapassar as limitações dos seus sistemas de informação.
- 47 Até mesmo em questões de forma foram veiculadas sugestões à equipa de auditoria, as quais foram acolhidas, sempre que se entendeu poderem promover um melhor entendimento do exposto por uma parte dos intervenientes no sector.

2. CONTRADITÓRIO

- 48 Nos termos da Lei N.º 98/97, de 6 de agosto (com a redação dada pela Lei N.º 48/2006, de 26 de agosto), que vincula o Tribunal de Contas ao princípio do contraditório, o Juiz Relator do processo enviou, oportunamente, às entidades abaixo indicadas, o relato com os resultados e conclusões da auditoria, para que aquelas entidades, querendo-o, se pronunciassem sobre o mesmo:

- Ministro da Saúde;
- Ministro de Estado e das Finanças;
- Diretora-Geral do Tesouro e Finanças;
- Diretor-Geral da Saúde;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.;
- Conselho de Administração da Escala Braga – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.;
- Conselho de Administração da Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.;
- Conselho de Administração da Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.;
- Conselho de Administração da Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.;
- Conselho de Administração da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.;

²⁷ Ainda que no caso em questão (Hospital de Braga) a diferença de custo tenha sido, de acordo com a ARSN e com a EGEST, ambas em sede de contraditório, compensada em sede dos procedimentos de reconciliação.



- Conselho de Administração da SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.;
 - Conselho de Administração da TDHOSP – Gestão de Edifício Hospitalar, S.A.;
 - Conselho de Administração da HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A.;
 - Conselho de Administração da GP Saúde – Sociedade Gestora do CMFRS, S.A.;
 - Conselho de Administração da LCS – Linha de Cuidados de Saúde, S.A.
- 49 Foram recebidas respostas de todas estas entidades, tendo sido concedidas as prorrogações de prazo solicitadas.
- 50 Na generalidade, as alegações produzidas em sede de contraditório espelham, na forma e conteúdo, o espírito de franca colaboração verificado durante os trabalhos de auditoria.
- 51 O Ministério da Saúde entendeu destacar *«a oportunidade e relevância do tema objeto de auditoria, bem como o teor e conteúdo da auditoria, considerando-a importante e relevante para eventuais tomadas de decisão a curto e médio prazos, nomeadamente no que se refere à gestão futura dos contratos de gestão em regime de PPP»*, salientando ainda *«o empenho demonstrado pelo Tribunal de Contas no relatório em apreço, no sentido de incorporar a multiplicidade de perspetivas existentes relativamente aos contratos em Parceria Público Privada (PPP) no sector da saúde, procurando envolver os parceiros privados, as entidades públicas contratantes e as diferentes entidades responsáveis pela monitorização da evolução deste tipo de contratos»*.
- 52 Aquele Ministério indica que muito do conteúdo do documento que lhe foi remetido vem *«ao encontro do trabalho que tem sido realizado pelo Governo relativamente à melhoria da monitorização e acompanhamento da execução contratual da globalidade dos contratos em PPP, bem como de medidas concretas que foram tomadas no sector com o mesmo objetivo»*.
- 53 Ainda a mesma entidade refere que *«em total consonância com as medidas que têm vindo a ser implementadas, este relatório consubstancia uma oportunidade para ponderar o trabalho que tem vindo a ser realizado, de forma a ser possível uma melhor e mais eficaz gestão e acompanhamento da execução contratual dos contratos em PPP no sector da saúde»²⁸*.
- 54 No mesmo sentido, também a resposta da ACSS em sede de contraditório veicula a partilha de preocupações manifestadas pelo TC, mencionando também várias medidas em curso.
- 55 O exercício do contraditório por parte das entidades do Ministério da Saúde revela efetivamente uma reflexão continuada sobre a matéria objeto do presente relatório de auditoria, na medida em que vieram apresentar informação que consubstancia um maior grau de detalhe, face à anteriormente apresentada²⁹.
- 56 Por outro lado, o Ministro de Estado e das Finanças alicerçou o seu contraditório em dois pareceres por si solicitados para o efeito, um à Inspeção-Geral de Finanças (IGF) e outro à Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP), do seu Ministério.
- 57 De acordo com o mencionado parecer da Inspeção-Geral de Finanças, *«analisado o trabalho desenvolvido pelo Tribunal de Contas e os elementos disponíveis na IGF, esta Inspeção-Geral não coligiu matéria que possa contribuir para que o Senhor Ministro de estado e das Finanças se pronuncie sobre o relatório de Auditoria aos encargos do Estado com PPP na Saúde»*.
- 58 A IGF diz também que os resultados aos quais chegou, na sequência de suas ações de fiscalização, quanto à PPP do Hospital de Cascais, no que respeita a várias matérias³⁰, são similares aos descritos no presente relatório.

²⁸ Efetivamente, as recomendações do TC agora formuladas versam sobre matérias relativamente às quais o Ministério da Saúde menciona ter medidas em curso, ou mostra intenção de querer resolver.

²⁹ Este maior detalhe motivou notas adicionais no presente relatório.

³⁰ Adendas e acordos interpretativos, evolução da produção contratada, evolução de encargos quanto aos exercícios de 2009 a 2011, encargos não previstos no caso base, multas, deduções, reconciliações anuais, riscos associados à previsibilidade dos encargos do Estado, perspetiva das concessionárias.



- 59 O parecer emitido pela UTAP aborda várias questões³¹ que já se haviam esclarecido em vários pontos do texto apresentado às diversas entidades para efeitos de contraditório, nomeadamente no respeitante à metodologia.
- 60 A mesma entidade (UTAP) entendeu a agregação de encargos projetados no presente relatório para 2013 e seguintes, como tendo a natureza de previsão. Esclarece-se que o presente relatório de auditoria não se poderia caracterizar como um exercício de previsão, até por ser o primeiro que se conhece com a sua metodologia, âmbito e extensão interpretativa. O objetivo foi o de organizar a informação de um modo que permitisse estruturar o exame das PPP na saúde.
- 61 Aliás, o texto submetido a contraditório referia já que se considerava que **apenas em 2012**, último ano de referência dos encargos quantificados junto das entidades públicas gestoras, começaram a existir condições para tipificar os fatores que conduzem a alterações às estimativas iniciais e para quantificar os respetivos efeitos. Igualmente se dizia que, entre outros, os encargos de 2012 seriam sujeitos a ajustamentos decorrentes dos processos de reconciliação que não haviam ocorrido à data dos trabalhos de auditoria³².
- 62 Para além do exposto, coloca-se a questão da responsabilidade. Uma previsão é geralmente efetuada por um agente com responsabilidades de gestão, o qual assume não só a responsabilidade pelos pressupostos de análise como assume um compromisso relativamente às medidas que propõe para atingir determinados objetivos de gestão. Já uma projeção destina-se a evidenciar riscos e linhas possíveis de avaliação, de acordo com uma hipótese de base, com um modelo, com um ou vários cenários, tendo na sua base a preocupação de manter a consistência com os objetivos de análise inicialmente definidos.
- 63 Assim, a elaboração de previsões cabe em primeiro lugar às instâncias governativas³³ entre as quais o Ministério das Finanças. Por esse facto, a metodologia usada por este Ministério foi objeto de análise no presente relatório³⁴, tendo sido identificados aspetos positivos, bem como outros passíveis de melhoria. Tal análise foi efetuada tendo em conta os propósitos a que o reporte do Ministério das Finanças se destina, nomeadamente no contexto do apoio à preparação e aprovação do Orçamento de Estado, naturalmente diferente dos propósitos de monitorização contratual e sectorial existente ao nível do Ministério da Saúde. E é neste contexto que se manteve e clarificou a conclusão que existia, no texto submetido a contraditório, relativamente à quantificação de despesa futura decorrente dos contratos de PPP, a qual se encontrava já apoiada por dados quantitativos.

³¹ Motivos da abordagem a preços correntes e constantes (ponto “Metodologia”), sobrecustos e poupanças decorrentes da reorganização nas Regiões de Saúde, falta de identificação de impacto na produção e financiamento dos hospitais já existentes (“A gestão da oferta e da procura de serviços”). E, neste último aspeto, não havendo evidências de tais riscos terem sido em tempo próprio cobertos pelas entidades contratantes, ou destacados até agora pelo próprio Ministério das Finanças, não se identifica o motivo pelo qual a quantificação de encargos deveria ir além do que foi inicialmente estabelecido, sendo certo que assim poderia ter sido entendido pelo TC. Deve ainda reparar-se que o presente relatório não só analisou os pagamentos previstos pelo Estado à data da contratação, por comparação com os decorrentes do comparador público, como ainda referiu o contexto dos projetos enquanto, na sua maioria, projetos de substituição. Para além disso, haveria que partir já da objetiva constatação de facto, que corresponde à existência de contratos já assinados e com projetos em execução, não se prevendo, pelo menos, para já, o lançamento de novos concursos com o presente modelo de PPP. Sobre as limitações de análise, também abrangidas pelo parecer da UTAP, se discorre mais abaixo, no ponto próprio do presente do relatório.

³² Assim, também o texto foi clarificado tendo a referência a “previsão” (utilizada por simplificação de linguagem) sido substituída por “projeção”, onde aplicável.

³³ No contraditório, tanto do Ministro da Saúde, como da ACSS, são declarados esforços de melhoria na informação de base, no sentido de possibilitar melhores previsões ou projeções, como vier a ser entendido.

³⁴ Como se refere no texto do relatório, até à data dos trabalhos de auditoria, o Ministério das Finanças baseou quase exclusivamente as suas projeções nos valores resultantes dos casos base, pelo que as dúvidas relativamente às projeções agora apresentadas, quanto aos encargos contratuais, para o ano de 2013 e seguintes, se aplicariam, por maioria de razão, ao trabalho que desenvolveu neste domínio. Quanto às dúvidas relativas aos encargos resultantes dos ciclos de vida dos vários projetos, o texto submetido a contraditório esclarecia já que o melhor estimador para os encargos para além dos primeiros dez anos de gestão clínica iniciais é o conjunto dos encargos inerentes aos contratos em execução, tanto mais que, em sede de concurso, a vertente de serviços clínicos com recurso ao sector privado foi considerada como financeiramente mais vantajosa do que se empreendida por gestão pública direta. Neste sentido, não pondo em causa as estimativas do Estado aquando dos processos de concurso, a replicação dos encargos com os primeiros dez anos de gestão clínica, nos cerca de 20 anos seguintes, corresponderá a um mínimo de encargos a incorrer.

- 64 O processo de contraditório envolveu também a atualização de informação. A ARSN refere que a sua «pronúncia teve como objetivo fundamental permitir (...) proceder à atualização da informação utilizada pelo Tribunal de Contas no relatório de Auditoria relativamente à Parceria Público-Privada do Hospital de Braga por incorporação dos novos elementos entretanto tornados disponíveis em resultado da conclusão dos trabalhos relativos ao apuramento dos acertos de contas da EGEST para os anos de 2009, 2010 e 2011 e da EGED para o ano de 2011».
- 65 Este facto motivou a revisão dos elementos apresentados no Anexo I ao presente relatório, na parte respeitante ao Hospital de Braga, e, conseqüentemente, a alteração de alguns quadros presentes no próprio relatório. Assim, uma das principais limitações à recolha de informação (referida no texto submetido a contraditório), isto é, a falta de encerramento de processos de reconciliação foi um risco mitigado em sede de contraditório, quanto às conclusões formuladas.
- 66 Resulta claro do processo de contraditório que a disponibilidade de informação permanece como um fator crítico relativamente à gestão deste tipo de contratos, uma vez que a prática demonstra a possibilidade de os processos de reconciliação não ocorrerem de acordo com os calendários contratuais.
- 67 Salvo aspetos específicos que foram incorporados no texto final do presente relatório, diversas entidades públicas e privadas ouvidas em sede de contraditório referem, em geral, a conformidade do mesmo com a informação por elas transmitida concordando, ou nada tendo a opor, às conclusões apresentadas.
- 68 Algumas das entidades que se pronunciaram em sede de contraditório manifestaram vontade de ver incluídas no presente trabalho questões como análises de custos médios (CMFRS, por exemplo), ou os custos suportados pelo Estado com os Hospitais em atividade à data de início da exploração das PPP (EGEST do Hospital de Cascais, por exemplo). A abordagem destas e de outras questões foi inicialmente considerada, embora a extensão e complexidade do trabalho que se previa, o número de entidades cujo fluxo de informação seria necessário coordenar e o carácter inédito do trabalho a desenvolver tenham motivado a escolha das vertentes de análise que constam do presente texto. Aliás, em resposta aos questionários de auditoria várias entidades sublinharam a complexidade do tema auditado (a EGEST do Hospital de Braga, em sede de contraditório, manifestou-se consciente da complexidade da auditoria desenvolvida). Assim, acolhem-se, pela sua manifesta importância, tais sugestões, as quais poderão ter seqüência em trabalhos futuros.
- 69 Apraz destacar o referido pela EGEST do Hospital de Vila Franca de Xira, na medida em que corresponde ao designio de transparência do presente trabalho: «*cumpra enaltecer o excelente relatório em que se consubstancia o relatório de auditoria subordinada ao tema dos encargos do Estado com as Parcerias Público Privadas na Saúde, o qual, ademais, traduz um exercício de informação absolutamente essencial num Estado caracterizado por uma administração aberta e, por outro lado, potenciadora (quer para o parceiro público quer para os parceiros privados) de uma avaliação global e estruturante, com possibilidade de algumas iniciais análises de benchmarking e dos principais riscos e implicações (em especial financeiras) de cada uma das concessões*». Também a EGEST do Hospital de Cascais considerou que o documento que lhe foi presente para efeitos de contraditório continha «*uma análise global e transversal da realidade das Parcerias Público-Privadas na área da saúde*», «*com elevado grau de exatidão e detalhe permitindo evidenciar os principais aspetos críticos inerentes a cada um dos intervenientes*».
- 70 Os diversos comentários produzidos em sede de contraditório foram refletidos no texto do presente relatório.
- 71 Não obstante o que precede, o Tribunal entende, ainda, fazer figurar, em anexo a este seu relatório, e dele fazendo parte integrante, as respostas que recebeu, na sua versão integral e, bem assim, dar-lhes a mesma publicidade que a este seu documento, tendo em vista contribuir para o mais amplo esclarecimento possível da opinião pública e dos contribuintes.

3. OBSERVAÇÕES E CONCLUSÕES

Conclusão geral

O Tribunal de Contas,

- 72 **Analisa** os encargos com as PPP de 4 grandes unidades hospitalares, Hospital de Braga, Hospital de Vila Franca de Xira, Hospital de Cascais e Hospital de Loures, e ainda as PPP do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul e do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde.
- 73 **Estima** que as 4 grandes unidades hospitalares gerem encargos de cerca de 10.445 milhões de euros³⁵, considerando o prazo de 30 anos de execução para cada contrato.
- 74 **Observa** que as estimativas que têm sido divulgadas pelo Ministério das Finanças **não têm considerado cerca de 6.000 milhões de euros** de encargos que são relativos aos 20 anos de serviços clínicos ainda não contratualizados. De facto, têm sido divulgados encargos relativos a 10 anos de serviços clínicos, mas tem faltado a quantificação dos encargos com os serviços clínicos que permitirão dar utilidade aos edifícios hospitalares até ao final do seu período previsto de vida útil (30 anos).
- 75 **Constata**, assim, que os encargos com os projetos PPP das grandes unidades hospitalares têm sido **subestimados**, na medida em que têm sido analisados apenas numa lógica dos compromissos contratuais assumidos (que se estimam em 4.143 milhões de euros) e não numa lógica de apuramento dos encargos globais dos projetos que se estimam vir a ser de 10. 445 milhões de euros. Ou seja, os 20 anos de serviços clínicos ainda não contratualizados **representam um acréscimo de encargos de cerca de 152% face aos encargos contratuais** já assumidos.
- 76 **Sublinha**, contudo, que, ao contrário do que acontece com outras PPP, como as rodoviárias, as estimativas de encargos apresentadas **não são, na sua totalidade, acréscimos de despesa** face à situação pré-existente, uma vez que três dos grandes projetos hospitalares substituem unidades hospitalares antigas e o quarto projeto vai receber utentes de outras unidades de saúde. Isto é, parte dos encargos já existiam e decorriam da prestação de serviços de saúde por unidades de saúde já existentes.
- 77 **Considera haver otimismo excessivo** nas previsões dos encargos com as PPP da saúde apresentadas pelo Ministério das Finanças. Para além da referida questão de não serem previstos os encargos com serviços clínicos para todo o ciclo de vida das infraestruturas, o impacto destes projetos na despesa pública tem sido subavaliado. O otimismo advém do uso inadequado da taxa de desconto real de 4% prevista no Despacho n.º 13208/2003, de 2 de junho, da Ministra das Finanças, na determinação do valor atual dos encargos³⁶. Esta taxa não se afigura adequada para a estimação dos encargos orçamentais plurianuais. A quantificação dos encargos orçamentais deverá contemplar uma correção monetária, no sentido de serem obtidos valores a preços atuais, não estando em causa a determinação de custos de oportunidade, os quais seriam relevantes apenas em sede de análise de investimentos.
- 78 **Sublinha** que, apesar do apuramento do *value for money* das PPP das grandes unidades hospitalares na fase de contratação, ainda **não existem evidências** que permitam confirmar que a opção pelo modelo PPP gera **valor acrescentado face ao modelo de contratação tradicional**.
- 79 **Constata** que contratualmente o risco de procura está alocado às concessionárias, e que estas não o controlam pois, em grande medida, é o **Estado que determina a oferta dos cuidados de saúde** na área de influência.

³⁵ A preços constantes de 2012, sem IVA.

³⁶ Constante do documento "Parcerias Público Privadas e Concessões - Relatório 2012", da DGTF, bem como dos Relatórios dos Orçamentos de Estado para 2012 e para 2013.



- 80 **Constata** que existe um **maior controlo dos encargos públicos** com as PPP das grandes unidades hospitalares, na medida em que existe um processo anual de negociação da produção clínica, controlada pelo concedente de acordo com as necessidades detetadas e a sua disponibilidade orçamental e onde, no limite, o Estado pode determinar, unilateralmente, a produção anual. A concessionária tem, também, alguma salvaguarda, pois o contrato impõe que os limites mínimos verificados nos cinco anos anteriores sejam respeitados.
- 81 **Sublinha** os riscos acrescidos decorrentes do facto de não ter existido um projeto-piloto antes do lançamento, em vaga (como então foi designado), das PPP das grandes unidades hospitalares, que permitisse a necessária ponderação dos modelos de PPP a adotar e sedimentar um maior conhecimento dos riscos em fase de execução contratual, com especial incidência na vertente mais complexa dos serviços clínicos.
- 82 **Releva** os riscos decorrentes da existência, entre as concessionárias responsáveis pelos serviços clínicos com contratos há mais tempo em execução, de desempenhos financeiros negativos, com insuficiências ao nível dos respetivos capitais próprios.
- 83 **Sublinha**, por fim, que o Ministério da Saúde manifestou ter preocupações semelhantes às do TC relativamente aos riscos identificados e que, nomeadamente, referiu ter em curso a preparação de medidas tendentes a melhorar o seu sistema de informação de gestão.

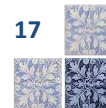
Abordagem geral dos encargos com PPP

- 84 A análise dos encargos com as PPP na Saúde tem-se centrado nos encargos decorrentes apenas dos contratos de PPP em vigor, em detrimento da análise dos custos do ciclo de vida dos projetos.
- 85 A análise dos encargos ao longo do ciclo de vida das grandes unidades hospitalares em PPP levaria, logo no momento da contratação, **à constatação da existência de mais 140% de encargos** com os quatro grandes projectos hospitalares em PPP³⁷.
- 86 Esta situação resulta do facto destes contratos terem duas vertentes distintas, infraestrutura e gestão clínica, com prazos contratuais diferenciados.
- 87 A vertente mais onerosa, que é a de gestão clínica, tem um prazo contratual de 10 anos, enquanto que para a gestão da infraestrutura o prazo contratual é de 30 anos.
- 88 **Torna-se pois necessária a análise de todo o ciclo de vida dos projetos, o que obriga a considerar, para além da gestão do edifício durante 30 anos, a gestão clínica durante os mesmos 30 anos.**
- 89 **Ou seja, os encargos previstos para os 20 anos de gestão clínica não abrangidos pelos contratos (que preveem apenas 10 anos) aumentarão, necessariamente, os encargos previstos inicialmente**³⁸.
- 90 Tendencialmente, os encargos com estas PPP não se repercutem, integralmente, como acréscimos de encargos, no orçamento do Ministério da Saúde, ou porque se destinam a substituir outras unidades da rede (caso em que se designam unidades de substituição), ou porque alguma da produção efetuada nestas unidades em PPP, deixa de ser noutras unidades³⁹.

³⁷ Grandes unidades hospitalares em PPP – Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures.

³⁸ Em sede de contraditório, o Ministro de Estado e das Finanças e a DGTf referem que o modelo contratual permite que a gestão clínica possa vir a reverter para a esfera pública, possibilidade que estava já contemplada no texto submetido a contraditório. No entanto, o melhor estimador para os encargos, para além dos primeiros dez anos de gestão clínica iniciais, é o conjunto dos encargos inerentes aos contratos em execução, uma vez que, em sede de concurso, a vertente de serviços clínicos, com recurso ao sector privado foi considerada como sendo mais vantajosa do que se empreendida por gestão pública direta. Em sede de contraditório, também a EGEST do Hospital de Loures e a EGEST do Hospital de Cascais fizeram notar a relação entre os encargos com serviços clínicos suportados com as PPP e os encargos com os Hospitais antes existentes. Pelas mesmas entidades foi também referida a existência de custos, para o Estado, com a manutenção dos antigos edifícios em gestão pública directa, bem como a existência de um valor de utilização dos respetivos imóveis.

³⁹ Nota introduzida na sequência do exercício do contraditório pelo Ministério da Saúde.



Acréscimo percentual de encargos (ciclo de vida)

- 91 As estimativas efetuadas, no presente relatório indicam que os **encargos com os projetos PPP saúde ao longo do seu ciclo de vida**⁴⁰ são **cerca de 152% acima dos encargos assumidos contratualmente**⁴¹.
- 92 Por outras palavras, estima-se agora, contando com o período de execução contratual já decorrido, que os **encargos contratuais representem apenas 40% do total dos encargos ao longo do ciclo de vida dos projetos PPP**.

Totais dos encargos contratuais e ao longo do ciclo de vida

- 93 Os contratos de PPP relativos aos Hospitais de Cascais, de Braga, Vila Franca de Xira e de Loures deverão gerar um total de **encargos contratuais de cerca 4.143 milhões de euros**⁴², mas gerar **encargos ao longo de todo o seu ciclo de vida de cerca de 10.445 milhões de euros**⁴³.

Evolução de encargos

- 94 Os encargos com estes contratos de PPP do setor da Saúde encontram-se em trajetória ascendente.
- 95 A preços constantes de 2012, para o conjunto dos contratos de PPP relativos às grandes unidades hospitalares em PPP, o acréscimo acumulado de encargos, em 2012, relativamente ao ano anterior, é de cerca de 330 milhões de euros, o que representa um acréscimo de encargos de 67%⁴⁴.
- 96 As estimativas realizadas apontam para um máximo de encargos de cerca de 385 milhões de euros em 2016⁴⁵.
- 97 A partir de 2036, ano para o qual estão estimados encargos de cerca de 357 milhões de euros⁴⁶, poderão ocorrer descidas mais significativas à custa de serem atingidos os finais dos ciclos de vida destes Hospitais⁴⁷, até 2042.
- 98 O gráfico 1 ilustra o perfil dos encargos contratuais, bem como o perfil dos encargos ao longo dos ciclos de vida.

⁴⁰ Grandes unidades hospitalares em PPP – Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures.

⁴¹ Grandes unidades hospitalares em PPP – Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures. Preços constantes de 2012, sem IVA.

⁴² Incluindo as estimativas de encargos já incorridos, desde 2009. Preços constantes de 2012, sem IVA.

⁴³ A preços constantes de 2012, sem IVA. A ACSS refere também em sede de contraditório, que se encontra em curso um trabalho de revisão de estimativas, que incluirá um conjunto de cenarizações com base em diferentes pressupostos de evolução de procura.

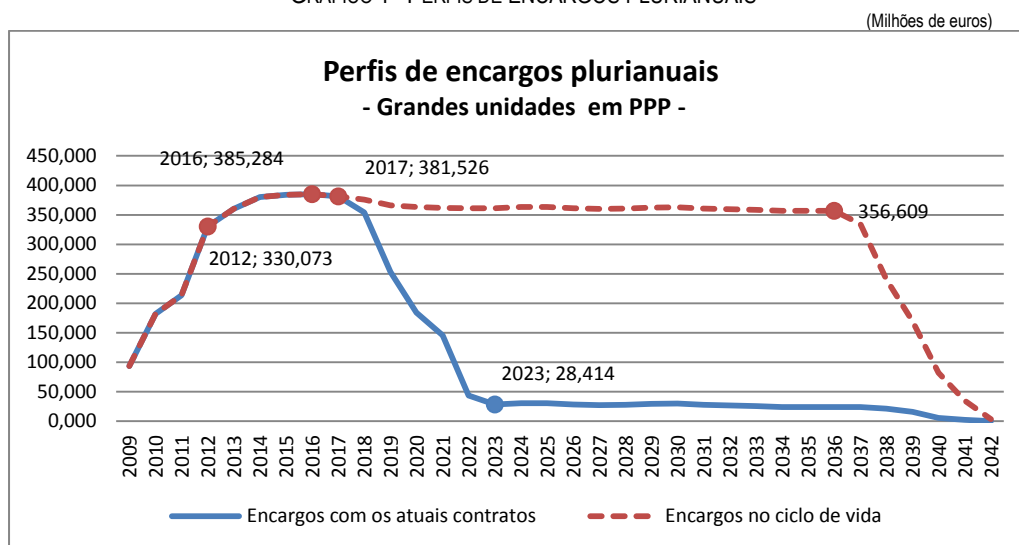
⁴⁴ Sem efeito de reconciliações anuais, nomeadamente de 2012 e sem IVA. Em sede de contraditório, o Ministro da Saúde e a ACSS sublinham que entre as causas de variação de encargos, encontra-se o progressivo e desfasado início destes projetos entre 2011 e 2012 (e, até antes, em 2010). Entre os casos referidos mais significativos, estão o início da operação do Hospital de Loures (Hospital Beatriz Ângelo, implicando encargos com as remunerações de ambas as entidades gestoras), bem como com o facto de, relativamente ao Hospital de Vila Franca de Xira, em 2012, ao contrário do que sucedeu em 2011, se verificarem encargos com as remunerações da EGEST ao longo de todo o ano. A DGTF, também em sede de contraditório, atribui a variação entre os dois anos referidos (2011 e 2012) à entrada em exploração do novo edifício do Hospital de Braga. Considerando todas as PPP em análise, ou seja, incluindo os encargos com o CASNS e com o CMFRS, o acréscimo de encargos acumulados, de 2011 para 2012, é de cerca de 348 milhões de euros, o que corresponde a cerca de 61%.

⁴⁵ Preços constantes 2012, sem IVA. Em sede de contraditório, a DGTF refere ter ela própria concluído por um máximo de encargos de cerca de 384 milhões de euros a ocorrer em 2016, tal como constava do texto submetido a contraditório. O valor agora apresentado tem em conta a atualização de informação apresentada pelas entidades gestoras, em sede de contraditório.

⁴⁶ A preços constantes de 2012, sem IVA.

⁴⁷ Tal como se encontram definidos os horizontes dos ciclos de vida destes Hospitais.

GRÁFICO 1 - PERFIS DE ENCARGOS PLURIANUAIS



Nota: Preços constantes 2012

Fonte: Dados de base: ACSS e entidades públicas gestoras)

Execução financeira

- 99 No que diz respeito ao conjunto dos encargos com as PPP dos Hospitais Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira, estima-se que até 2012 a execução dos contratos já tenha absorvido **cerca de 20%**⁴⁸ dos encargos a incorrer ao longo dos períodos contratuais em vigor. No entanto, se atendermos a todo o ciclo de vida dos projetos, na sua execução terão sido absorvidos apenas **cerca de 8%**⁴⁹ dos encargos.

Carácter provisório da informação financeira

- 100 À data dos trabalhos de auditoria, o montante total de encargos incorridos com estas PPP era ainda considerado provisório. O fator que mais contribuiu para este carácter provisório foi a existência de processos de acerto de contas anuais por concluir (processos de reconciliação) relativos às grandes unidades hospitalares em PPP (Hospitais de Cascais, de Braga, Vila Franca de Xira e de Loures)⁵⁰.
- 101 No caso do Hospital de Vila Franca de Xira, com atividade clínica em 2011 e 2012 ainda nas antigas instalações, e do Hospital de Loures, que iniciou a sua atividade em 2012, o estágio de execução dos contratos, ainda não permitia, à data dos trabalhos de auditoria, a existência de qualquer processo de reconciliação. No caso do Hospital de Cascais, em execução desde 2009, os montantes já pagos poderão, ainda, ser objeto de reajustamento caso haja recurso da concessionária⁵¹.
- 102 No caso do Hospital de Braga, durante os trabalhos de auditoria, os processos de reconciliação anual estiveram em curso. Os valores resultantes dos procedimentos de reconciliação anual de 2009, 2010 e 2011, todos encerrados em 2012, vieram a ser remetidos ao TC, pela ARSN, em sede de contraditório.
- 103 De acordo com o estabelecido nos contratos de gestão, mesmo nos casos em que não existam atrasos no encerramento dos processos de reconciliação verificar-se-á a existência de informação provisória relativamente ao último ano de execução dos contratos para os quais existe a informação decorrente apenas dos procedimentos de contratação anual de produção⁵².

⁴⁸ Relação entre a estimativa de encargos incorridos até 2012 e a estimativa de encargos contratuais até 2042.

⁴⁹ Relação entre a estimativa de encargos incorridos até 2012 e a estimativa de encargos até 2042, já com os efeitos financeiros estimados da produção de serviços clínicos para além do termo dos prazos contratuais em vigor para as entidades gestoras dos estabelecimentos.

⁵⁰ A existência de processos de reconciliação não encerrados decorre em parte dos prazos estipulados contratualmente e em parte da existência de divergências entre concessionárias e concedente.

⁵¹ O que não quer dizer que os respetivos procedimentos de reconciliação não possam ser considerados concluídos. No entanto, a possibilidade de recurso implica também que possa vir a existir a alteração dos encargos relativos ao período já decorrido.

⁵² Procedimentos de contratação efetuados em regra no ano anterior.

Contratos com maiores diferenças de encargos, face ao inicialmente estimado

- 104 Existem **diferenças** entre os encargos incorridos e os encargos inicialmente previstos nos casos base, no que diz respeito à **generalidade dos contratos**.
- 105 A **PPP do Hospital de Braga**, à data dos trabalhos de auditoria era a que apresentava uma diferença maior entre os encargos resultantes da produção contratada (antes dos procedimentos de reconciliação anual) e os encargos previstos. Em 2011, os encargos resultantes da produção contratada eram superiores em **21 milhões de euros**⁵³ aos previstos no caso base.
- 106 Em sede de contraditório, porém, foi efetuada uma atualização de informação por parte da ARSN, ficando assim disponível informação resultante dos processos de reconciliação relativos aos anos compreendidos entre 2009 e 2011⁵⁴.
- 107 Assim, até 2011, os encargos com a PPP do Hospital de Braga ficaram **consecutivamente abaixo do caso base (em média cerca de -7,7%, entre 2009 e 2011**⁵⁵). **Em 2010 os encargos ficaram abaixo do caso base cerca de 7,7 milhões de euros**⁵⁶ e em 2011 cerca de 4,2 milhões de euros⁵⁷.
- 108 No entanto, sublinha-se que, em 2011, o total de encargos considera deduções por falhas no cumprimento do contrato, aplicadas à EGEST (5,682 milhões de euros). Isto é, se não tivessem sido consideradas tais deduções, os encargos verificados apresentar-se-iam superiores aos previstos no caso base.
- 109 Até 2012, o primeiro ano completo de laboração no novo edifício hospitalar⁵⁸, **em média**, os encargos com as remunerações de ambas as entidades gestoras da PPP do Hospital de Braga, ficaram, anualmente, cerca de 5,4% abaixo do previsto no caso base.
- 110 No ano de 2012, de acordo com os dados atualmente disponíveis os encargos resultantes da produção contratada encontram-se cerca de **12,3 milhões de euros acima do previsto no caso base**⁵⁹. Esta diferença poderá sofrer um ajustamento na sequência do processo de reconciliação.
- 111 Através de um documento da EGEST do Hospital de Braga, remetido ao TC, em contraditório, pela ARSN, verifica-se que aquela concessionária perspectivava um aumento de produção para 2013, e que esperava que esse aumento contribuísse para atingir, nesse ano, um equilíbrio operacional da atividade, melhorando a sua situação financeira.
- 112 No que respeita à **PPP do Hospital de Cascais** a diferença entre os valores apurados à data dos trabalhos de auditoria e os valores do caso base, rondou os **16 milhões de euros**⁶⁰ anuais em 2010 e 2011.
- 113 Neste caso, a diferença resulta, na sua maior parte, da existência de encargos adicionais que não haviam sido previstos no caso base. Entre os mais significativos, os resultantes da aplicação dos protocolos anuais relativos ao tratamento de doentes de VIH/SIDA.
- 114 Em 2012, de acordo com os dados disponibilizados pelas entidades publicas gestoras, essa diferença é superior a **14 milhões de euros**⁶¹.

⁵³ Ainda que os encargos não previstos no caso base fossem pouco significativos. Preços correntes, sem IVA.

⁵⁴ A informação reportada não foi objecto de verificação, embora tenha sido objecto de pedidos de esclarecimento, tal como a informação comunicada durante o decurso da auditoria.

⁵⁵ Preços correntes, sem IVA. Relativamente a 2009, esta percentagem conta com encargos ajustados ao período de execução do contrato, em proporção direta.

⁵⁶ Preços correntes, sem IVA.

⁵⁷ Preços correntes, sem IVA.

⁵⁸ Relativamente ao qual ainda não se verificou o processo de reconciliação anual. Preços correntes, sem IVA. Conforme informação em anexo ao presente relatório.

⁵⁹ Preços correntes, sem IVA.

⁶⁰ Preços correntes, sem IVA.

⁶¹ Preços correntes, sem IVA. Conforme se verá no presente relatório, fez-se corresponder os encargos às responsabilidades de pagamento de diversas entidades e, em sede de contraditório, a EGEST do Hospital de Cascais refere que parte substancial do impacto nos encargos do SNS (cerca de 4 milhões de euros) resulta da transferência para este serviço de responsabilidades de pagamento que antes de 2010 cabiam aos subsistemas de saúde.

- 115 Quanto à **PPP do Hospital de Vila Franca de Xira**, com base no valor da produção contratada em 2011, os encargos ficaram acima do previsto no caso base em cerca de 0,7 milhões de euros.
- 116 Para 2012, também ainda sem o efeito da reconciliação anual, os encargos encontram-se acima do caso base cerca de 4 milhões de euros, na sua maioria devido à existência de encargos não previstos no caso base.
- 117 De acordo com a informação veiculada, em sede de contraditório, pela ARSLVT, o **Hospital de Loures**, em 2012, primeiro ano de funcionamento, poderá apresentar encargos decorrentes da produção efetiva, abaixo do previsto no caso base em cerca de **8 milhões de euros**.
- 118 Os encargos com o **CASNS**, no período para o qual existiam valores previstos no caso base (até 2011), apresentaram-se globalmente abaixo do previsto. Em 2009, com o aumento extraordinário de procura resultante da pandemia de gripe A, os encargos ficaram 4% acima do caso base.
- 119 Os encargos com o **CMFRS** encontraram-se sempre abaixo do previsto no respetivo caso base, sobretudo devido a uma previsão inicial otimista da procura.

Fatores de divergência

120 Conclui-se que as diferenças entre os encargos verificados e os previstos nos casos base resultam de⁶²:

- Volume de produção diferente do inicialmente projetado;
- Utilização de pressupostos de atualização de preços diferentes, no caso base e no valor atribuído à produção em cada ano;
- Complexidade da atividade clínica diferente da que estava subjacente ao caso base;
- Existência de encargos não previstos no caso base⁶³;
- Existência de restrições orçamentais no Estado, que originaram uma contenção na contratação de produção;
- A informação disponível estar condicionada pela existência de processos de reconciliação anual não encerrados⁶⁴;
- Alterações fiscais - uma vez que sobre as remunerações das entidades gestoras dos edifícios incide imposto sobre o valor acrescentado⁶⁵;
- Outros fatores, tais como a alteração de preços unitários, alterações metodológicas no seio do SNS e aplicáveis também às unidades em PPP, planeamento da oferta de cuidados de saúde em cada região, existência de encargos com programas específicos, responsabilidades com pensões de reforma, ocorrência de multas e penalidades, resultados de processos de mediação e ainda dificuldades por parte das concessionárias em apresentar como elegível parte da respetiva produção.

Contexto das divergências

121 A existência de encargos superiores aos previstos nos casos base não resulta, necessariamente, de uma deficiente gestão dos contratos⁶⁶.

⁶² Encargos a suportar pelo Estado para além dos que haviam sido previstos no caso base, de acordo com a informação constante do Anexo I ao presente relatório. Embora a auditoria não tenha tido como objeto avaliar a conformidade destes encargos, os mesmos corresponderão a serviços prestados, sendo tal confirmação efetuada pelas entidades públicas gestoras dos contratos de concessão, nomeadamente para efeitos de reconciliação anual.

⁶³ Tal como referido pela ACSS e pela ARSLVT, em sede de contraditório, os encargos não previstos nos casos base tanto podem resultar de obrigações contratualmente previstas, como a dispensa de medicamentos em farmácia hospitalar não associados a atos de produção, como podem resultar de protocolos relacionados com a prestação de cuidados de saúde adicionais, não previstos nos contratos de gestão.

⁶⁴ Podendo incidir sobre anos anteriores, este fator incide de forma particular no último ano de atividade, por via dos tempos inerentes aos processos de reconciliação anual. Durante os trabalhos de auditoria, a PPP mais afetada por este fator foi a do Hospital de Braga, tendo, em sede de contraditório sido remetida ao TC uma atualização da informação, em resultado do encerramento dos processos de reconciliação de 2009, 2010 e 2011. Nota introduzida na sequência do exercício do contraditório, nomeadamente por parte da ARSN.

⁶⁵ Ainda que, como se referiu, o apuramento dos encargos efetuado ao longo do presente relatório exclua o IVA.

⁶⁶ A ARSLVT solicitou, em sede de contraditório, a clarificação deste parágrafo, atribuindo as diferenças face aos casos base a incompletudes na orçamentação dos casos base e a lacunas contratuais que levaram a encargos não previstos de início, cuja existência ressalta da informação vertida no presente relatório. A presente auditoria, de caráter horizontal, não teve como objeto a gestão particular de cada contrato. No entanto, identificou-se que a variação de encargos pode ocorrer pela natureza da atividade que origina os encargos (cuidados de saúde), bem como pelo enquadramento contratual em presença. Face à

- 122 Os encargos verificados até 2012, com a prestação dos serviços clínicos, estão diretamente relacionados com os serviços clínicos contratados anualmente, pelas entidades públicas gestoras, para satisfazer o que estas consideraram ser as necessidades das populações.
- 123 Os mecanismos de fiscalização periódica da atividade das concessionárias, bem como os procedimentos de reconciliação, previstos contratualmente, deram origem a procedimentos expressos em atas, e a relatórios de monitorização periódicos.
- 124 Os gestores públicos responsáveis por estas unidades de saúde em regime de PPP, referiram que a procura que impende sobre a atividade clínica pública apresenta alguma imponderabilidade, que lhe é inerente, sobretudo no início da execução contratual dos novos projetos⁶⁷.
- 125 Constata-se, que na generalidade dos grandes projetos hospitalares, a laboração nos novos edifícios, que corresponde às condições de funcionamento para as quais os projetos foram configurados, decorreu por um número de anos ainda reduzido. As divergências terão⁶⁸ como origem as estimativas iniciais, com todas as dificuldades inerentes às previsões de procura de serviços em unidades da rede pública mas, também, dado o contexto de planeamento existente à data de lançamento dos concursos⁶⁹ a necessidade de, agora, gerir a oferta de cuidados de saúde, ao nível das regiões, nas quais as unidades em PPP se inserem.

Evolução do reporte de encargos

- 126 O reporte dos encargos divulgado pelo Ministério das Finanças apresentou melhorias em 2011, nomeadamente por via da elaboração, pela DGTF, do Relatório 2011 – Parcerias Público Privadas e Concessões⁷⁰. Este relatório resultou do cumprimento do «*Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica*», de 17 de maio de 2011, celebrado com a Comissão Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu.
- 127 O referido relatório foi efetuado com base nas recomendações feitas pela *Technical Assistance Mission*, e inclui a análise dos modelos de parceria e a análise detalhada da repartição dos riscos contratuais.
- 128 A previsão dos encargos apresentada pela ACSS foi influenciada por acontecimentos posteriores à contratação apresentando, por isso, valores diferentes dos constantes dos casos base.
- 129 Estão nesta situação a incorporação dos montantes relativos ao protocolo celebrado no âmbito do Hospital de Cascais para a prestação de cuidados de saúde em ambulatório a doentes de VIH/SIDA e a incorporação de uma estimativa⁷¹ dos encargos que estavam à responsabilidade de outros subsistemas de saúde e que passaram para o SNS⁷².

complexidade da matéria auditada, a existência de encargos face ao previsto nos casos base poderia, em relação direta, ser interpretada como responsabilidade das entidades públicas gestoras, ou mesmo como ganhos injustificados das concessionárias, o que não se pretende significar.

⁶⁷ No que diz respeito às unidades de saúde em análise, existem vários factores que contribuem para esta imponderabilidade, como as características da procura dos serviços de urgência das unidades do SNS, a acomodação da oferta e da procura entre unidades de saúde na mesma área, a entrada em funcionamento, por fases, dos serviços das unidades de saúde, o conhecimento por parte das populações nas áreas de influência dos serviços disponíveis, etc.

⁶⁸ Não foi objeto de auditoria a validação das projeções de procura iniciais (metodologias, dados de base e pressupostos).

⁶⁹ Este aspeto encontra-se, entre outros, contemplado em anterior relatório de auditoria do TC - Relatório n.º 15/2009-2.ª S.

⁷⁰ DGTF – agosto 2011. Este trabalho teve já sequência no relatório sobre a mesma temática, de agosto de 2012

⁷¹ De acordo com o caso base.

⁷² Transferência de responsabilidades de pagamento operada a partir de 2010.

Possibilidade de melhoria do reporte de encargos

130 O sistema de reporte dos encargos⁷³ é ainda suscetível de incorporação de melhorias⁷⁴.

- Pela introdução da informação financeira, relativa aos encargos no ciclo de vida, já referida, isto é, contemplando mais 20 anos de encargos com serviços clínicos.
- Pela incorporação, nas projeções, de ajustamentos caso a caso, atendendo às características dos encargos entretanto suportados⁷⁵.

Em 2012, começaram a existir condições para tipificar os fatores que conduziram a alterações às estimativas iniciais, e a quantificar os seus efeitos.

Estando em execução os contratos das quatro grandes unidades hospitalares⁷⁶, a análise dos encargos já verificados permite a melhoria das estimativas dos encargos futuros, em especial dos desvios face às previsões dos casos base⁷⁷.

- No que diz respeito à determinação do valor atual dos encargos, pela não utilização da taxa de desconto de 4%, prevista no Despacho nº 13208/2003, de 2 de junho, da Ministra das Finanças, por esta não ser aplicável para efeitos de informação financeira de apoio à aprovação do Orçamento do Estado⁷⁸.

Sobre esta matéria, em sede de contraditório, o Gabinete do Ministro das Finanças adotou a posição constante de um parecer por si solicitado à recentemente criada Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos do seu Ministério.

Impõe-se, tanto pela importância da matéria, como pela entidade que subscreveu e veiculou ao TC tal opinião⁷⁹, evitar qualquer equívoco. Em sede de execução contratual, fora do contexto da avaliação inicial das PPP, a valorização de encargos, defendida pela UTAP, utiliza uma metodologia análoga à correntemente utilizada para determinar o valor comercial de dívidas⁸⁰.

Tal metodologia conduz a um valor atual no pressuposto da opção pela respetiva liquidação. Ora, assim, tal metodologia de atribuição de valor seria defensável desde que, de facto, se perspetivasse o cenário de liquidação antecipada⁸¹, pelo montante correspondente ao valor atual do total de encargos futuros⁸².

⁷³ Nomeadamente tendo em conta a informação apresentada em sede do Relatório do Orçamento do Estado para 2012.

⁷⁴ O Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, assinado em maio de 2011, compreendia objetivos de melhoria do reporte de execução orçamental, bem como de melhoria do relatório anual sobre PPP preparado pelo Ministério das Finanças.

⁷⁵ Deve referir-se que em 2011 e 2012 tal já ocorreu parcialmente, uma vez que a ACSS incorporava nas suas estimativas encargos como os referentes ao Protocolo para a prestação de cuidados de saúde em ambulatório a doentes de VIH/SIDA do Hospital de Cascais e os encargos acrescidos para o SNS com a transferência para este Sistema das responsabilidades de pagamento, anteriormente dos subsistemas de saúde.

⁷⁶ À data dos trabalhos de auditoria, apenas o Hospital de Vila Franca de Xira não tinha ainda em funcionamento o novo edifício hospitalar.

⁷⁷ Em sede de contraditório, a ACSS refere ter em curso um trabalho de revisão das estimativas de encargos futuros até ao final dos períodos contratuais, que incorpora resultados de projeções demográficas, informação histórica recente relativa às variáveis que influenciam o cálculo dos pagamentos do Estado e os resultados dos últimos procedimentos de negociação prevista para 2013. O mesmo trabalho incluirá um conjunto de cenarizações com base em diferentes pressupostos de procura, prevendo-se que possa estar concluído até ao final do primeiro semestre do corrente ano.

⁷⁸ Em sede de contraditório, a ACSS refere que o reporte mensal de encargos com PPP por si elaborado e remetido à DGTF assenta apenas em preços nominais com IVA e que em relação às estimativas de encargos futuros com as PPP para efeitos de elaboração dos Relatórios do Orçamento do Estado a informação remetida apresenta estimativas de encargos a preços nominais, com e sem IVA e a preços constantes, com e sem IVA, ao ano de elaboração do respetivo Relatório do Orçamento do Estado.

⁷⁹ Ministro de Estado e das Finanças.

⁸⁰ Nomeadamente, conforme “Análise Financeira, Métodos e Técnicas”, João Carvalho das Neves, 1996.

⁸¹ Da informação recolhida durante os trabalhos de auditoria e da informação posteriormente transmitida em sede de contraditório, não fica identificada qualquer decisão nesse sentido.

⁸² É, de qualquer forma, discutível que o valor de liquidação dos contratos em causa corresponda ao total de encargos futuros, os quais nomeadamente resultam de projeções de procura, por sua vez relativas a serviços ainda não prestados à data atual.

Não se colocando tal hipótese, e tendo em conta a natureza do Orçamento do Estado, a informação necessária, para avaliar a dimensão do impacto da execução destes contratos sobre a despesa pública é a que evidencia o montante acumulado de encargos, nomeadamente a preços constantes⁸³.

Existe, portanto, na posição da UTAP, um “enviesamento” que resulta da diferença entre uma perspetiva orçamental, própria à natureza do OE, e a que seria a de uma avaliação financeira de responsabilidades do Estado, para efeitos de uma hipotética decisão imediata de liquidação.

Numa análise anual a preços constantes, para aplicação da mesma taxa de desconto, no 15.º ano a subvalorização já ronda os 45% dos encargos anuais, chegando a cerca de 70% dos encargos anuais no 30.º ano.

Ora, ignorar este efeito é particularmente inapropriado tendo em conta que as PPP na Saúde foram promovidas pelo Estado Português⁸⁴, orçamentalmente deficitário e com um elevado endividamento⁸⁵.

No que toca às unidades hospitalares em PPP⁸⁶, e de acordo com os cálculos agora efetuados, a subvalorização dos encargos contratuais, através da utilização da referida taxa de desconto real de 4%, é de quase de 26%⁸⁷.

Aliás, a subvalorização em causa resulta da utilização de uma metodologia fora do seu âmbito explícito de aplicação, uma vez que o próprio Despacho em que se baseia a sua adoção refere aplicar-se ao processo de preparação de concurso e à avaliação de propostas dos concorrentes⁸⁸.

Por outro lado, a atividade de natureza financeira é comumente subdividida por áreas de análise (por exemplo, orçamental, financeira, patrimonial, económica). Para cada uma delas não é neutral, face aos objetivos de análise, a metodologia de apuramento de valor utilizada.

Ora, a informação para apoio à aprovação do OE deverá ter subjacente o princípio da universalidade inerente ao próprio Orçamento de Estado, sob pena de relevar incorretamente os riscos em presença. Admite-se, no entanto, que esta informação seja acompanhada de outra informação eventualmente relevante, a qual conduza à consideração de efeitos financeiros, nomeadamente por incorporação de expectativas de receitas, desde que os respetivos pressupostos sejam claramente enunciados e defendida a sua razoabilidade.

Caso contrário, como se viu, a subvalorização dos encargos a incidir sobre orçamentos futuros será significativa.

⁸³ É esta informação que permite saber qual o montante de encargos a incidir sobre os orçamentos futuros, ou, por outras palavras, quanto custarão estas infraestruturas e os serviços nelas prestados. Numa projeção mais detalhada, mas certamente mais complexa, poderia colocar-se a questão do risco de inflação, na medida em que a sua evolução tem expressão financeira, positiva, ou negativa, nos encargos do Estado.

⁸⁴ O Estado atua menos como investidor (papel reservado ao parceiro privado) e mais como promotor que, mediante a necessidade de prover ao serviço público, assume financeiramente uma programação de despesa. Acresce que estamos perante, na sua maioria, projetos de substituição, pelo que a respetiva alternativa foi, ou deveria ter sido, avaliada em sede de planeamento sectorial, tendo em consideração as previstas necessidades de saúde das populações.

⁸⁵ Em dezembro de 2012, a dívida total das administrações públicas correspondia a 145,1% do PIB e o saldo entre receitas e despesas públicas, excluindo operações financeiras, era de -9.066 milhões de euros (Banco de Portugal, março de 2013).

⁸⁶ Grandes unidades hospitalares em PPP – Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures. Excluindo o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul.

⁸⁷ 25,78% . Relativamente aos encargos com o ciclo de vida, cujo apuramento não tem sido até agora efetuado no Relatório do Orçamento do Estado, a subvalorização produzida pela mesma metodologia calcula-se que será de cerca de 43%.

⁸⁸ Conforme mais detalhadamente se explica em ponto próprio do presente relatório.



Possibilidade de melhoria da informação para a gestão contratual

131 A informação de gestão destes contratos apresenta também espaço para melhorias, a nível operacional.

- Os gestores de contrato referem que seria desejável terem maior envolvimento no processo de determinação das necessidades orçamentais⁸⁹. Estes técnicos referem deter um melhor conhecimento de todos os aspetos que estão na base dos encargos anuais⁹⁰.
- A possibilidade de ser efetuado um *benchmarking* de custos para o SNS, comparando as unidades em PPP com outras unidades de saúde.

A comparação objetiva entre os custos incorridos com os cuidados prestados através de unidades em PPP e os prestados nas demais unidades de saúde do SNS⁹¹, vai também ao encontro das aspirações transmitidas pelas concessionárias⁹².

Esta comparação é da maior importância uma vez que o Estado, nos processos concursais, considerou que a via das PPP seria mais vantajosa do que a via da gestão pública direta, maioritariamente com base nas projeções de encargos com as remunerações das entidades gestoras dos estabelecimentos (responsáveis pelos serviços clínicos).

À data dos respetivos concursos, o custo da vertente da prestação de serviços clínicos foi decisivo para a justificação da escolha pelo recurso às PPP nos Hospitais de Cascais, de Loures e de Vila Franca de Xira⁹³.

132 No exercício do contraditório o Ministro da Saúde refere algumas medidas já implementadas no sentido de melhorar a monitorização e acompanhamento da execução contratual da globalidade dos contratos de PPP, nomeadamente a constituição da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos⁹⁴ e o reforço das competências da ACSS na coordenação e acompanhamento da execução dos contratos em PPP⁹⁵. Por seu lado, também em sede de contraditório, a ACSS partilha das preocupações subjacentes a estas conclusões do TC, nomeadamente no que respeita à mais valia dos gestores de contrato no processo de determinação das dotações orçamentais e quanto à necessidade de avaliação do *value for money* em fase de execução dos contratos através de *benchmarking*⁹⁶.

⁸⁹ Esta fragilidade do atual sistema poderá ser resolvida, em parte, com uma projeção de encargos futuros mais detalhada, de acordo com o que foi supra referido.

⁹⁰ Em sede de contraditório, a ACSS também refere também que «os gestores de contrato são, efetivamente, uma mais-valia no processo de determinação das dotações orçamentais a alocar às PPP». A ACSS refere ainda que para efeitos de elaboração do Orçamento Global das PPP para 2013, a ACSS contou com a colaboração da ARSN e da ARSLVT, tendo as estimativas de encargos apresentadas por aquelas Administrações Regionais sido consideradas na definição do orçamento proposto pela ACSS».

⁹¹ O Tribunal de Contas no seu Relatório n.º 30/2011 – 2.ªS, Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, proferiu, entre outras, a Recomendação ao Ministro da Saúde de «mandar diligenciar pela obtenção de preços de eficiência económica a adotar na valoração da produção do SNS, por forma a promover a eficiente afetação dos recursos nas unidades hospitalares do SNS». Este relatório apontava diversas fragilidades nos sistemas de determinação de custos do SNS, nomeadamente os custos por grupos de diagnóstico homogéneo.

⁹² De facto, sem bases objetivas de comparação, existirão também condições para se eternizar a discussão sobre a valia do recurso às PPP e do papel que nelas tem o sector privado.

⁹³ Vide ponto do presente relatório sobre o VFM esperado da contratação. Nestes casos, o custo público comparável relativo à infraestrutura, apresentava um valor mais favorável do que o correspondente às BAFO.

⁹⁴ Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.

⁹⁵ Na sequência da aprovação da orgânica da ACSS, pelo Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, e dos estatutos da mesma entidade aprovados pela Portaria n.º 155/2012, de 22 maio.

⁹⁶ Vide parágrafo 71, páginas 4 e 5 do respectivo ofício remetido em sede de contraditório.

Riscos para a previsibilidade de encargos

133 No que respeita à previsibilidade dos encargos com as PPP objeto do presente relatório, o quadro 1 esquematiza os riscos e os fatores mitigadores de risco mais relevantes:

QUADRO 1 - RISCOS E FATORES MITIGADORES DE RISCO MAIS RELEVANTES

	EGED				EGEST					
	Cascais	Loures	Vila Franca de Xira	Braga	Cascais	Loures	Vila Franca de Xira	Braga	CASNS	CMFRS
RISCOS E FATORES MITIGADORES DE RISCO À PREVISIBILIDADE DE ENCARGOS - ESTADO										
Riscos	Atraso no funcionamento no novo edifício (devido à conclusão dos acessos)			X						
	Faturação não aceite pelo concedente, reequilíbrio ou pedido de revisão de pressupostos do caso base					X				
	Entrada em funcionamento do edifício hospitalar diferente do previsto			X						
	Maior necessidade de monitorização e custos adicionais com medidas de recurso na gestão da procura ⁹⁷					X	X	X		
	Recuperação de listas de espera					X			X	
	Contratação contida por restrições orçamentais ⁹⁸					X	X	X		
	Não encerramento dos processos de reconciliação					X			X	
	Impacto financeiro de alterações metodológicas no SNS								X	
	Encargos pouco representativos da fase de cruzeiro, por decorrer o período de transição (antes da entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar)							X		
	Encargos pouco representativos por o contrato se encontrar no início da execução						X			
	Contratação anual de produção sem informação de eficiência de custos					X	X	X	X	
Fatores mitigadores de risco	Inexistência de alterações onerosas ao projeto, construção e equipamentos.	X	X	X	X					
	Não existência de procura não satisfeita.								X	X
	Novos contratos previstos, com histórico de procura anterior.								X	X
	Menor dimensão dos projetos e maior facilidade de monitorização.								X	X
	Possibilidade de reajuste de expectativas pela existência de prazos contratuais mais curtos								X	X
Maior regularidade no encerramento dos processos de reconciliação									X	X

Fonte: DGTC, com base na informação recolhida durante os trabalhos de auditoria

⁹⁷ Este fator refere-se ao risco de a contração de contratação resultante da existência de restrições orçamentais ter implicado, por parte das entidades públicas gestoras, de acordo com a sua resposta aos questionários de auditoria, uma maior atenção ao acompanhamento da satisfação da procura. As mesmas entidades referiram ainda a possibilidade de, em função de tal acompanhamento, puderem vir a ser tomadas medidas de contingência, cujos custos não se encontram contemplados nas remunerações ora consideradas das concessionárias. Assim, o presente quadro 1 inclui apenas os fatores que de forma direta ou indireta podem afetar a previsibilidade dos encargos do Estado, de acordo com a informação levantada ao longo dos trabalhos de auditoria, sendo reservado o quadro 2 para os riscos que impendem sobre os parceiros privados. Este esclarecimento foi inserido na sequência do exercício do contraditório pelo Ministro da Saúde.

⁹⁸ Durante os trabalhos de auditoria várias entidades remeteram ao TC informação neste sentido e no exercício do contraditório a ACSS entendeu salientar a atual conjuntura de fortes restrições orçamentais, relativamente ao orçamento para 2013 das PPP. Embora a atualização de informação remetida em sede de contraditório pela ARSN revele que a produção efetiva tenha ficado abaixo do produção contratada, também a EGEST do Hospital de Braga (igualmente no exercício do contraditório) entendeu referir que o risco decorrente da existência de restrições orçamentais lhe é aplicável, contexto também em que se deve referir que o aumento da produção era, em 2012, um dos fatores do qual esta concessionária entendia depender a sua recuperação financeira.



- 134 No caso do Hospital de Vila Franca de Xira, ainda não foi inaugurado o novo edifício hospitalar. Existe, neste caso, o risco de o funcionamento nesta infraestrutura vir a sofrer um atraso⁹⁹.
- 135 As restrições orçamentais no Estado, têm efeitos na contenção da contratação anual de produção, e no volume de encargos, pelo que condicionam as previsões de médio e longo prazo. Atualmente, não é possível determinar o momento em que as mesmas restrições deixarão de existir¹⁰⁰.

Desempenho financeiro das concessionárias

- 136 **As entidades gestoras dos estabelecimentos** das PPP com contratos há mais tempo em execução¹⁰¹ (casos dos Hospitais de Cascais e de Braga), apresentam **resultados líquidos negativos** e **capitais próprios também negativos**, situação que atribuem a diversos fatores, entre os quais:

- A contração, nas entidades públicas gestoras, das dotações orçamentais disponíveis para a contratação de 2012 que provoca, na sua ótica, uma limitação administrativa à negociação anual de produção;
- A existência de uma diferente estrutura de custos face ao esperado, nomeadamente no que diz respeito aos recursos humanos (constrangimentos legais à contratação de médicos reformados, escassez da oferta de recursos, indefinição do regime de transição do pessoal em funções públicas para o regime de contrato individual de trabalho entre, outros)¹⁰²;
- Outros fatores, nomeadamente, macroeconómicos e fiscais.

Riscos para o desempenho das concessionárias

- 137 O quadro 2 esquematiza os riscos e os fatores mitigadores de risco mais relevantes no âmbito do desempenho financeiro das concessionárias.

⁹⁹ Em sede de contraditório a EGED sublinha que «no que se refere à construção dos acessos ao Novo Edifício Hospitalar (...), caso a Entrada em Funcionamento não ocorra na data prevista, por atraso na construção dos acessos ao Novo Hospital e/ou das infraestruturas de água e saneamento básico, se considera, para efeitos de pagamento da remuneração pela Entidade Pública Contratante à Entidade Gestora do Edifício, verificada a Entrada em Funcionamento do Edifício Hospitalar». Durante o decurso do processo de análise de contraditório, houve eco da conclusão do novo edifício hospitalar, faltando ainda respetiva inauguração e a conclusão dos acessos.

¹⁰⁰ Sobre a explicação da importância da ocorrência de restrições orçamentais vide, em especial o ponto 9.2.2 do presente relatório, verificando-se o efeito concreto deste factor noutros pontos igualmente do presente relatório, como sejam o 9.3.1, o 10.2, o 10.3 e o 11.2.

¹⁰¹ É anos completos de exercício de atividade clínica nos novos edifícios hospitalares.

¹⁰² Em sede de contraditório, a ACSS refere que, em sentido inverso, o corte nos salários e nos subsídios dos funcionários públicos teve um impacto positivo nos resultados das entidades gestoras dos estabelecimentos.



QUADRO 2 - RISCOS E FATORES MITIGADORES DE RISCO MAIS RELEVANTES NO ÂMBITO DO DESEMPENHO FINANCEIRO DAS CONCESSIONÁRIAS

	RISCOS E FATORES MITIGADORES DE RISCO - CONCESSIONÁRIAS	EGED				EGEST					
		Cascais	Loures	Vila Franca de Xira	Braga	Cascais	Loures	Vila Franca de Xira	Braga	CASNS	CMFRS
Riscos	Otimismo das estimativas de procura iniciais									X	X
	Efeitos das restrições orçamentais do concedente sobre a contratação de produção ¹⁰³					X	X				
	Rentabilidade negativa ¹⁰⁴	X	X	X		X	X		X	X	
	Insuficiência de capitais próprios ¹⁰⁵	X	X			X	X		X		
	Agravamento da situação financeira pelo montante de penalidades e deduções								X		
	Custos operacionais a mais do que o esperado			X		X	X		X		
	Fiscalidade (alteração após a BAFO, nomeadamente IVA) ¹⁰⁶						X	X	X		
	Não encerramento/encerramento tardio de processos de reconciliação ¹⁰⁷					X			X		
	Enquadramento legal desfavorável (regime de pessoal)					X			X		
	Faturação não aceite pelo concedente, por motivos que considera não lhe serem imputáveis					X			X		
	Risco de reembolso nos processos de reconciliação financeira								X		
	Atraso na execução do contrato			X							
	Fundamento de rescisão por parte do Estado (por violação de obrigações de serviço público) ¹⁰⁸								X		
	Prazo contratual no seu término									X	X
Fatores mitigadores de risco	Menores custos financeiros	X		X					X		
	Impacto da deterioração dos mercados de financiamento mais reduzido, ou nulo.						X	X			
	Alterações metodológicas do Min. Saúde com impacto positivo na tesouraria								X		
	Expectativa de rentabilidade conforme com o caso base	X		X	X						
	Remunerações não previstas no caso base					X		X			
	Remunerações acima do caso base ¹⁰⁹		X			X			X		
	Prorrogações contratuais									X	X
Custos operacionais inferiores ao esperado							X				

Fonte: DGTC, com base na informação recolhida durante os trabalhos de auditoria

¹⁰³ Embora a atualização de informação remetida em sede de contraditório pela ARSN revele que a produção efetiva tenha ficado abaixo do produção contratada, também a EGEST do Hospital de Braga (igualmente no exercício do contraditório) disse que o risco decorrente da existência de restrições orçamentais lhe é aplicável, contexto também em que se deve mencionar que o aumento da produção era, em 2012, um dos fatores do qual esta concessionária entendia depender a sua recuperação financeira.

¹⁰⁴ Em sede de contraditório, a EGED do Hospital de Loures veio dizer que o valor de capitais próprios negativos «é determinado pelo justo valor do swap de taxa de juro contratado, que tem por objetivo em si mesmo o controlo do risco da PPP do Hospital de Loures». Note-se que o risco de financiamento está atribuído ao parceiro privado.

¹⁰⁵ No caso da EGEST do Hospital de Braga, a ARSN, no exercício do contraditório, refere que a concessionária a informou da ocorrência de um reforço de fundos acionistas em 5 milhões de euros, por realização de fundos próprios contingentes e em 8 milhões de euros adicionais ao abrigo da responsabilidade subsidiária. Em sede de contraditório, a EGED do Hospital de Loures veio referir que o valor de capitais próprios negativos «é determinado pelo justo valor do swap de taxa de juro contratado, que tem por objetivo em si mesmo o controlo do risco da PPP do Hospital de Loures».

¹⁰⁶ As EGEST não têm possibilidade de fazer repercutir o IVA no preço dos serviços prestados. A EGEST do Hospital de Braga, no exercício do contraditório, entendeu como relevante sublinhar que este risco lhe é aplicável.

¹⁰⁷ Nomeadamente, quanto à PPP do Hospital de Braga, o encerramento dos processos de reconciliação de 2009 a 2011, apenas se verificou em 2012. No caso do Hospital de Cascais, durante os trabalhos de auditoria, entendia-se como possível que a EGEST viesse a apresentar reclamação sobre valores decorrentes de processos de reconciliação, dados como findos pela ARSLVT.

¹⁰⁸ Este risco verificava-se durante os trabalhos de auditoria tendo sido mitigado em virtude da conclusão de um acordo conciliatório entre ARSN e EGEST.

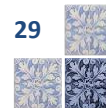
¹⁰⁹ Quanto às remunerações da EGED do Hospital de Loures, os dados reportam-se a 2012, tal como então previsto pela ARSLVT. Relativamente à PPP do Hospital de Cascais, são as remunerações não previstas no caso base que explicam a existência de remunerações acima do inicialmente previsto. No que diz respeito à PPP do Hospital de Braga, as remunerações efetivas em 2012 poderão ficar acima do caso base (ainda não ocorreu o procedimento de reconciliação relativo a 2012), sendo de notar que até 2011 as remunerações das concessionárias ficaram consecutivamente abaixo do previsto no caso base.



- 138 Destacam-se, entre todas as situações contempladas no quadro 2, a situação de insuficiência de capitais próprios e de resultados líquidos negativos das entidades gestoras dos estabelecimentos dos Hospitais de Cascais, Braga e de Loures.
- 139 Ou seja, das PPP relativas aos projetos financeiramente mais significativos, apenas o Hospital de Vila Franca não tinha, à data dos trabalhos de auditoria, a sua entidade gestora do estabelecimento em situação de dificuldade financeira. A entrada em funcionamento do novo edifício do Hospital de Vila Franca de Xira está prevista para 2013.
- 140 A EGEST do Hospital de Braga apresentou, até 2012, uma situação financeira difícil, nomeadamente por insuficiência de capitais próprios. Para além disso, foi alvo de multas e deduções de montantes significativos por violação das obrigações de serviço público existindo, por isso, fundamento para a revogação do contrato pelo Estado.
- 141 A ARSN, em sede de contraditório, refere que a concessionária a informou da ocorrência de um reforço de fundos acionistas de 5 milhões de euros e de 8 milhões de euros adicionais ao abrigo da responsabilidade subsidiária.
- 142 Por outro lado, o montante global de multas foi revisto em sede de procedimento de mediação, culminando num acordo conciliatório.
- 143 A ARSN veio referir em sede de contraditório que verificou um conjunto de medidas corretivas, por parte da EGEST, com vista a um melhor cumprimento do contrato pelo que, na sequência do processo de mediação já citado, afastou a hipótese da rescisão contratual.
- 144 Relativamente à EGEST do Hospital de Cascais, a certificação legal de contas de 2011 apresentava uma reserva segundo a qual embora existissem projeções futuras da concessionária que estimavam uma melhoria nos resultados de exploração, caso não viesse a existir a renovação do contrato, ou seja, caso a concessão a esta concessionária não se estendesse para além de 2018, «os benefícios económicos futuros previstos até 2018 não (...) [seriam] suficientes para recuperar os ativos fixos tangíveis e intangíveis da HPP Cascais (...)».
- 145 Por outras palavras, o prazo atual da concessão não seria suficiente para recuperar o investimento feito por aquele parceiro privado.
- 146 Embora a EGEST do Hospital de Loures sublinhe que o seu desempenho financeiro está em linha com o caso base, manifesta preocupação com o facto de «desde a apresentação da última e definitiva proposta [concurso], data em que foram fixados os preços, verificaram-se alterações das taxas de IVA e dos spreads dos financiamentos contratados, cujos impactos terão que ser totalmente absorvidos pela concessionária».
- 147 O caso base previa para o período 2010-2011 resultados líquidos negativos, tendo os resultados verificados ficado, no entanto, ainda abaixo do previsto (-0,224 milhões de euros em 2010 e -0,581 milhões de euros em 2011, cerca de -34% em termos acumulados no período).
- 148 A EGEST do Hospital de Loures considera que todo o risco da procura (que não controla) lhe foi atribuído. Este aspeto adquire renovada importância, na sequência do exercício de contraditório por parte da ARSLVT, na medida em que foram remetidos ao TC projeções que indicam que a remuneração da concessionária ficará abaixo do que se previa à data da contratação de produção para 2012, primeiro ano de laboração deste Hospital.

Desenvolvimentos após o processo de contraditório, até à aprovação do relatório de Auditoria

- 149 Encerrado o processo de contraditório constatou-se, através de informação publicamente disponível, a ocorrência de alguns factos relacionados com a matéria analisada. Entre tais factos estão o início do funcionamento do novo edifício do Hospital de Vila Franca de Xira, bem como a divulgação, pela ACSS, de



um estudo comparativo das unidades de saúde do SNS. Embora tais eventos sejam, pela sua natureza positivos a sua avaliação circunstanciada e detalhada apenas poderá ocorrer numa futura auditoria.

4. RECOMENDAÇÕES

150 Tendo em atenção o conteúdo e as conclusões do presente relatório, bem como as respostas das entidades que se pronunciaram em sede de contraditório, o Tribunal de Contas formula as seguintes recomendações:

Ao Governo, em particular ao Ministro da Saúde, por intermédio da ACSS:

1. **Que promova a projeção de encargos futuros com as PPP, numa análise caso a caso, tendo em conta o histórico de encargos incorridos. Neste exercício deverão ser incorporados os resultados do trabalho em curso, neste âmbito, referido em sede de contraditório pela ACSS.**
2. **Que promova a sua articulação com as entidades públicas gestoras dos contratos de PPP na formação das propostas de dotações orçamentais para encargos com as PPP na Saúde.**
3. **Que envolva os gestores de contrato, tão cedo quanto possível, na definição dos sistemas de reporte, das regras e procedimentos de funcionamento, bem como na identificação dos dados a transmitir ao Ministério das Finanças.**
4. **Que promova um sistema de comparação (*benchmarking*) entre unidades em PPP e as outras unidades de saúde do SNS que permita comparar de forma objetiva os custos para o Estado dos serviços de saúde prestados às populações, tendo em conta o desempenho de serviço.**

Ao Governo, em particular ao Ministro da Saúde, por intermédio das entidades públicas gestoras dos contratos de PPP (Administrações Regionais de Saúde e Direção-geral de Saúde):

5. **Que assegure a recolha e tratamento de informação resultante da execução dos contratos de PPP, de forma a permitir uma adequada articulação com a ACSS e a implementação das recomendações supra referidas (números 1 a 5).**

Ao Governo, em particular à Ministra de Estado e das Finanças, por intermédio da DGTf.

6. **Que efetue, no contexto do apoio ao processo de aprovação do Orçamento de Estado, o apuramento realista da despesa prevista com os contratos de PPP, designadamente por incorporação nos seus cálculos apenas do efeito da correção monetária.**
7. **Que elabore, em articulação com o Ministério da Saúde, nomeadamente para efeitos de apoio ao processo de aprovação orçamental, projeções de encargos para o Estado com o ciclo de vida dos projetos em PPP, isto é, com inclusão de estimativas dos encargos com os serviços clínicos para além dos prazos contratuais atualmente em vigor, até ao final da vida útil prevista para os edifícios hospitalares.**



II CORPO DO RELATÓRIO

5. ENQUADRAMENTO

5.1. As PPP na Saúde

- 151 Portugal tem tido crescentes necessidades no domínio dos cuidados de saúde¹¹⁰. Estas necessidades decorrem de fatores tão diversos como, entre outros, a alteração das estruturas etárias, a distribuição geográfica da população e a crescente sofisticação e inovação em termos de diagnóstico e de terapêutica.
- 152 Consequentemente, existe uma **maior exigência quanto à atuação** dos decisores políticos, técnicos de saúde e gestores públicos no sentido da **reorganização das redes existentes**, do aumento da prestação de cuidados de saúde e do acompanhamento da inovação.
- 153 Estes e outros fatores têm conduzido a **preocupações com a eficiência das unidades de saúde e com o respetivo financiamento**, o que tem motivado a procura de sistemas de gestão e de financiamento entendidos pelos decisores políticos como mais responsabilizadores dos órgãos de gestão e mais favoráveis em termos da relação entre a prestação de cuidados e os seus custos.
- 154 Desde há alguns anos, no sentido de prosseguir esses objetivos, têm sido **utilizadas duas vias distintas**.
- 155 **Por um lado, a gestão pública de unidades hospitalares tem sido alvo de diversas alterações**, quer quanto às práticas de gestão e de responsabilização, quer no que respeita ao financiamento. Neste contexto, o Estado atua, enquanto detentor do capital e tutela, como principal cliente (responsável pela oferta de serviços na área de influência e principal responsável pelo pagamento dos serviços prestados) e, ainda, como financiador.
- 156 Nos últimos anos, têm ocorrido várias alterações nas unidades de saúde em gestão direta do Estado, com vista a tentar resolver os problemas com que estas se deparam e a obter melhorias nos serviços de saúde prestados aos utentes. Algumas das questões que estas unidades têm vindo a colocar prendem-se com o financiamento, com a sua personalidade jurídica e com a contratualização dos serviços que prestam.
- 157 **Por outro lado, foram desenvolvidos projetos em regime de parceria público-privada**, promovendo, desta forma, a participação do setor privado, nomeadamente, na gestão e no financiamento dos projetos na área da Saúde.
- 158 O regime legal em vigor¹¹¹ define uma parceria público-privada como um contrato, ou uma união de contratos, por via dos quais entidades privadas se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar, mediante contrapartida, o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, em que a responsabilidade pelo investimento, financiamento, exploração e riscos associados incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado.

¹¹⁰ De acordo com a OCDE, em média, os gastos com cuidados de saúde cresceram em termos reais, 2,3% ao ano entre 2000 e 2009, mostrando um abrandamento de crescimento em 2010. Este abrandamento ocorreu também noutros países, por via da recessão e da necessidade de consolidação orçamental (in «*OECD Health Data 2012 - How Does Portugal Compare*»).

¹¹¹ Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.



- 159 Um relatório efetuado por solicitação do Ministério da Saúde¹¹², sobre o processo de criação e desenvolvimento das parcerias para a construção de hospitais em regime de financiamento privado, em Portugal, referia o seguinte:
- 160 «A preocupação usualmente esgrimida contra as parcerias em saúde envolvendo entidades privadas é a da qualidade das prestações de saúde. Mckee, Edwards e Atun¹¹³ identificam vários hospitais do Reino Unido onde foram encontrados problemas de qualidade. Contudo, como os autores não indicam se houve problemas similares de qualidade em hospitais que não se encontram em regime de parceria, não é possível, de uma forma metodologicamente honesta, concluir que as dificuldades encontradas se devem ao facto de os projetos serem realizados em regime de parceria. O estudo de Mckee, Edwards e Atun conclui que os novos hospitais foram, regra geral, mais caros do que se tivessem sido construídos da forma tradicional. A contrapor aos ganhos de tempo e de menores derrapagens financeiras, os autores argumentam com perdas de qualidade, mas sem citar dados comparativos (ao contrário do que fazem com as vantagens), o que fragiliza a credibilidade da sua conclusão. Afirmam ainda ser impossível concluir se o modelo de parcerias é errado na sua conceção ou se tem sido apenas um problema de aplicação errada.»
- 161 As atuais unidades de saúde em PPP foram lançadas no âmbito da denominada Primeira Vaga de PPP da Saúde, anunciada em 2001¹¹⁴.

5.2. O regime legal

- 162 A Saúde foi o primeiro setor para o qual surgiu um regime legal específico para as PPP, através do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.
- 163 Mais tarde, mantendo-se em vigor o referido Decreto-Lei n.º 185/2002, foi criado o regime legal das PPP, aplicável à generalidade dos setores de atividade pelo Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril, estando prevista a existência de regimes setoriais próprios.
- 164 Foi ao abrigo desta legislação que foram contratadas as PPP que hoje se encontram em execução¹¹⁵.

5.3. Os contratos geradores de encargos e o modelo de PPP

- 165 **O modelo de base para os Hospitais em PPP atualmente contratados é designado pela sigla DBFOT¹¹⁶**, a qual identifica as atividades atribuídas aos parceiros privados, ou seja, conceção, construção, financiamento, operação e transferência para o Estado no final do período de concessão.
- 166 A aplicação deste modelo aos hospitais assenta num contrato de gestão a ser executado por duas concessionárias privadas distintas: uma Entidade Gestora do Edifício (EGED) e uma Entidade Gestora do Estabelecimento (GEST).
- 167 O contrato relativo ao estabelecimento tem um prazo de 10 anos e o do edifício tem uma duração de 30 anos.
- 168 No caso do estabelecimento, pelo qual se opera a produção de serviços clínicos, está prevista a possibilidade de prorrogação do prazo da gestão privada por mais 20 anos, (máximo de 10 anos de cada vez).

¹¹² Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar, Relatório Final, Julho de 2009.

¹¹³ McKee, Martin, Nigel Edwards, Rifat Atun, 2006, *Public – private partnerships for hospitals*, *Bulletin of the World Health Organization*.

¹¹⁴ Vide Relatório do Tribunal de Contas n.º 15/2009 -2S, Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde - Primeira vaga de Hospitais.

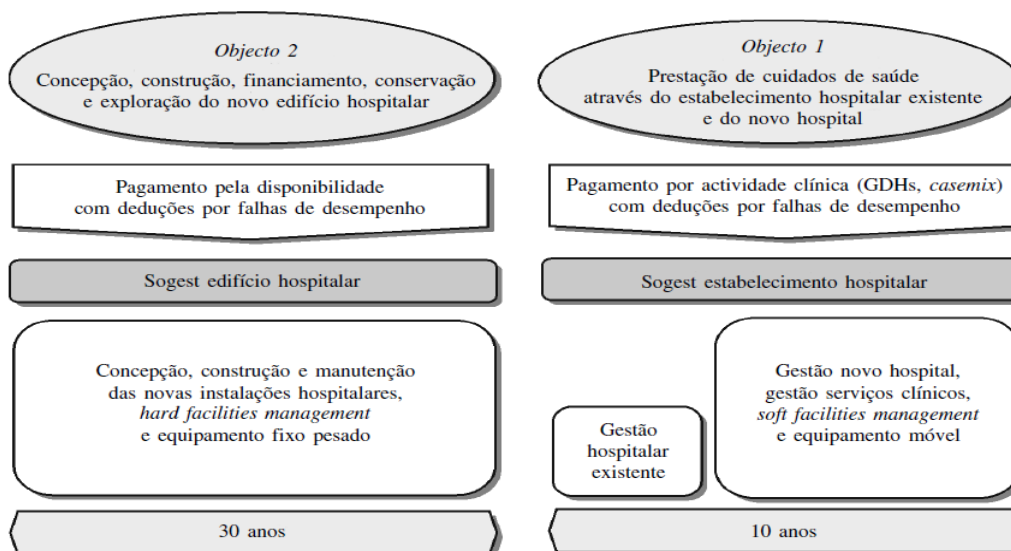
¹¹⁵ Note-se que o atual Código dos Contratos Públicos veio também a regular a contratação em PPP, e que mais recentemente se procedeu à revisão do regime legal das PPP, pelo Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.

¹¹⁶ *Design, build, finance, operate and transfer*.

- 169 A DGTF, em sede de contraditório, sublinhou que «*este modelo possibilita que a remuneração dos serviços clínicos prestados possam ser revistos por períodos subsequentes de 10 anos, tendo em conta os ganhos de eficiência alcançados pelo avanço da ciência médica, situação que não seria possível com a fixação da referida remuneração, no momento da assinatura do contrato, para toda a sua vigência*» e que «*por outro lado, e atendendo à avaliação económico-financeira que venha a ser efetuada no final de cada período contratual de 10 anos, a gestão clínica, poderá, em caos extremos, reverter para a esfera pública*»¹¹⁷.
- 170 Nos contratos em execução, existem 3 hospitais de substituição (Cascais, Braga e Vila Franca de Xira), o que significa que a gestão privada do Estabelecimento teve início ainda no edifício antigo, onde anteriormente funcionou o hospital em gestão pública direta.
- 171 Já o Hospital de Loures iniciou, em gestão privada, a produção de serviços clínicos apenas com a inauguração do edifício hospitalar construído no âmbito da PPP.
- 172 Recorde-se que estes projetos foram lançados no âmbito da Primeira Vaga de PPP no Setor da Saúde e que o modelo que viria a ser preconizado para os Hospitais de Segunda Vaga, não inclui já a vertente de serviços clínicos.
- 173 À data dos trabalhos de auditoria, apenas se encontravam em execução os contratos já referidos (os de Primeira Vaga).
- 174 A ilustração nº 1 revela, de forma sucinta, o modelo dos contratos de gestão do edifício e de gestão do estabelecimento.

ILUSTRAÇÃO 1 - O MODELO PPP PARA AS UNIDADES HOSPITALARES

O modelo genérico PPP para unidades hospitalares (Portugal)



In, Revista Portuguesa de Saúde Pública, pág. 86, «*As parcerias público-privadas no setor da saúde em Portugal*», Jorge Abreu Simões.

¹¹⁷ DGTF, em sede de contraditório.

- 175 A PPP do **Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS)** visou a conceção, projeto, instalação e financiamento do Centro de Atendimento que tem como objetivo a prestação de serviços de triagem, aconselhamento e encaminhamento, de assistência em saúde pública e de informação geral de saúde. Este contrato já sofreu uma prorrogação¹¹⁸.
- 176 No contrato relativo ao **Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS)** foi adjudicado o serviço de cuidados de saúde de medicina física e reabilitação, bem como a respetiva instalação e exploração. O CMFRS opera num edifício do Estado, mas com uma componente de obras de adaptação e remodelação do edifício a cargo da concessionária.
- 177 Ou seja, nas PPP da Saúde, existe um “modelo genérico PPP”, com inclusão de uma vertente infraestrutural e de outra correspondente à produção de serviços clínicos. Este modelo é o seguido nas PPP dos Hospitais de Cascais, de Braga, de Vila Franca de Xira e de Loures, tendo conduzido à celebração de contratos de gestão, em regime de concessão de serviço público, com ligeiras diferenças entre si.
- 178 Existem ainda outros dois contratos em PPP, com características específicas, o do CASNS e outro o do CMFRS, cujas principais características se encontram ao nível dos objetos e dos prazos dos contratos.
- 179 Nomeadamente no caso dos grandes projetos hospitalares com contratos em execução, tendencialmente, os encargos não se repercutem integralmente, como acréscimos de encargos, no orçamento do Ministério da Saúde, ou porque se destinam a substituir outras unidades na rede na qual se inserem (caso em que se designam unidades de substituição), ou porque alguma da produção efetuada nestas unidades em PPP deixa de o ser noutras unidades¹¹⁹.

ILUSTRAÇÃO 2 - PROJETOS PPP DA SAÚDE



- 180 Estas parcerias traduzem-se em relações contratuais do Estado com 10 entidades concessionárias, uma vez que os 4 contratos dos Hospitais de maior dimensão contemplam, cada um, duas entidades concessionárias, uma que gere o edifício e outra que é responsável pelos serviços clínicos.

¹¹⁸ Conforme informação no Anexo I do presente relatório.

¹¹⁹ Nota introduzida na sequência do exercício do contraditório pelo Ministério da Saúde.



5.4. Os processos de contratação, em curso, de unidades hospitalares

- 181 O Memorando de Entendimento celebrado entre o Estado Português, a Comissão Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu condicionou a celebração de novos contratos de PPP.
- 182 O Ponto 3.17. do mesmo Memorando refere: «Evitar entrar em qualquer novo acordo de PPP antes de finalizar a revisão das PPP existentes e as reformas legais e institucionais propostas.».
- 183 No setor da Saúde, são dois os projetos com processos de contratação de PPP já iniciados, que à data dos trabalhos de auditoria se encontravam suspensos - o Hospital Central do Algarve (HCA) e o Hospital de Lisboa Oriental (HLO)¹²⁰.
- 184 Estes Hospitais já não seguem o mesmo modelo dos designados hospitais de 1.ª Vaga, uma vez que não incluem a vertente dos serviços clínicos no seu objeto de contratação.
- 185 O objeto contratual é agora a conceção, construção, financiamento, manutenção do futuro edifício, fornecimento e manutenção dos equipamentos gerais e mobiliário clínico, a gestão energética e a gestão do parque de estacionamento, bem como outras atividades acessórias¹²¹.
- 186 Está ainda incluída a prestação de serviços complementares de apoio, ou seja, esterilização, alimentação, lavandaria, limpeza, gestão de resíduos, segurança e controlo de infestações.
- 187 No entanto, existem dois prazos contratuais distintos, 30 anos para o contrato de gestão e 7 anos para cada serviço complementar de apoio¹²².
- 188 O prazo previsto para a construção, até à entrada em funcionamento de cada novo edifício, é de 3 anos.
- 189 Estas PPP alargarão a população abrangida pelo serviço prestado por unidades em PPP. De acordo com os dados fornecidos pela ACSS, estes projetos servirão uma população¹²³ superior a 548 mil habitantes.
- 190 À data da conclusão dos trabalhos de auditoria, as estimativas mais recentes dos custos públicos comparáveis destes hospitais ascendem a 430,8 milhões de euros (HLO) e a 295 milhões de euros (HCA)¹²⁴.
- 191 O concurso relativo ao HLO foi lançado em 14 de abril de 2008, tendo sido enviado à tutela, em 22 de dezembro de 2010, o relatório de avaliação das propostas finais, a minuta do contrato de gestão e um projeto de despacho de adjudicação.
- 192 O concurso relativo ao HCA foi lançado em 5 de maio de 2008 e a notificação para a fase de negociação ocorreu em 8 de setembro de 2008, encontrando-se o processo suspenso¹²⁵.
- 193 De acordo com a ACSS, os calendários dos projetos estavam, em abril de 2012, dependentes de decisões superiores, pelo que não era possível apresentar uma data prevista para o início da construção ou para a entrada em funcionamento das novas infraestruturas.
- 194 Pelo mesmo motivo, aquela entidade, questionada sobre os encargos que serão gerados por estes projetos, apresentou os custos públicos comparáveis já referidos.

¹²⁰ Chegou a ser inicialmente designado de Hospital de Todos os Santos.

¹²¹ Exploração de serviços comerciais prestados a utilizadores do hospital - máquinas de venda automática, lojas de jornais e revistas, floristas, e outros.

¹²² Contados a partir da entrada em funcionamento do novo hospital, podendo ser objeto de renovação, por acordo entre as partes, por períodos sucessivos até ao limite da duração do contrato de Gestão.

¹²³ 1.ª linha, fora a população não residente.

¹²⁴ Valores apurados para efeitos dos respetivos processos concursais, para o que resultam de uma atualização a janeiro de 2008. Fonte: ACSS, abril de 2012.

¹²⁵ À data de encerramento dos trabalhos de auditoria.



6. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES GERADORAS DE ENCARGOS

6.1. Características físicas

195 Nas unidades de saúde em regime PPP, existem mais de 511.000^{m² 126} de terreno afetos aos hospitais, sendo o total da área de implantação de 64.000 m². A área bruta de construção total é de 260.000 m², existindo um total de 5.159 lugares de estacionamento.

196 Ao todo, as unidades em PPP com contratos em execução têm 1.739 camas de internamento, 35 salas de cirurgia e 169 gabinetes de consulta.

197 É a seguinte a repartição pelas unidades de saúde:

QUADRO 3 - CARATERÍSTICAS FÍSICAS DAS UNIDADES DE SAÚDE EM REGIME DE PPP

Contrato	Área bruta de construção	Área de implantação	Área do terreno	% de implantação	N.º de pisos	Estacionamento	CAMAS DE INTERNAMENTO	SALAS DE BLOCO OPERATÓRIO	GABINETES CONSULTA EXTERNA
CASCAIS	46.000 m ²	12.000 m ²	103.000 m ²	11%	8 (2 subterra.)	Exterior: 864 lugares	277	6	33
BRAGA	102.000 m ²	17.000m ²	256.000m ²	7%	7 (1 subterrâneo)	2194	704	12	59
						(786 exteriores)			
						44.000m ²			
V F XIRA	49.000 m ²	16.000 m ²	a)	a)	10	808	280	9	33
					(3subterra.)	(242 exteriores)			
LOURES	63.000 m ²	19.000 m ²	152.000 m ²	13%	6 pisos (1 subterrâneo)	1269 (subterrâneo:243)	424	8	44
CMFRS b)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	54	n.a.	Com meios e instalações para tratamento em ambulatório
CASNS	n.a.	Lisboa: 1.260m ² Porto: 498m ²	n.a.	n.a.	Lisboa: 4 Porto: 1.	Lisboa: 20 Porto: 4	n.a.	n.a.	n.a.

Nota:

a) Informação não disponível.

b) O contrato não tem a componente infraestrutural, mas apenas a de serviço clínico.

Fonte: ACSS e entidades públicas gestoras

198 A ACSS considera que:

«No âmbito de processos de parcerias, a componente de concepção é uma parte fundamental do objecto contratual, ganhando este facto uma relevância muito significativa nas PPP para hospitais. Um projecto hospitalar com falhas de concepção, na organização e localização de serviços e nos seus acessos, induz um incremento directo de custos para a entidade que presta os cuidados de saúde nesse edifício, acrescido do prejuízo para a qualidade dos serviços.»

199 As medidas referidas pela ACSS para assegurar uma boa concepção foram as seguintes:

- A concepção proposta por cada concorrente foi objeto de avaliação para efeito de adjudicação;
- As recomendações e especificações da ACSS fazem parte dos documentos concursais e dos respetivos contratos PPP;
- A validação e o controlo de qualidade da análise técnica das propostas na componente infraestrutural e na gestão clínica, sobretudo no que respeita à organização funcional, são realizados pela ACSS.

¹²⁶ Exclui dados referentes a VFX por não terem sido disponibilizados pela ACSS

200 Na fase de construção, o acompanhamento é diferente do que é feito a uma empreitada tradicional, uma vez que o gestor verifica apenas se o resultado é o contratado, evitando interferências na autonomia da entidade gestora. Qualquer interferência para além da verificação do resultado pode significar uma transferência de parte significativa do risco de construção para o parceiro público, uma vez que este recai 100% sobre o privado.

201 Durante os processos de construção verificaram-se algumas alterações aos projetos iniciais sem encargos adicionais para o Estado¹²⁷.

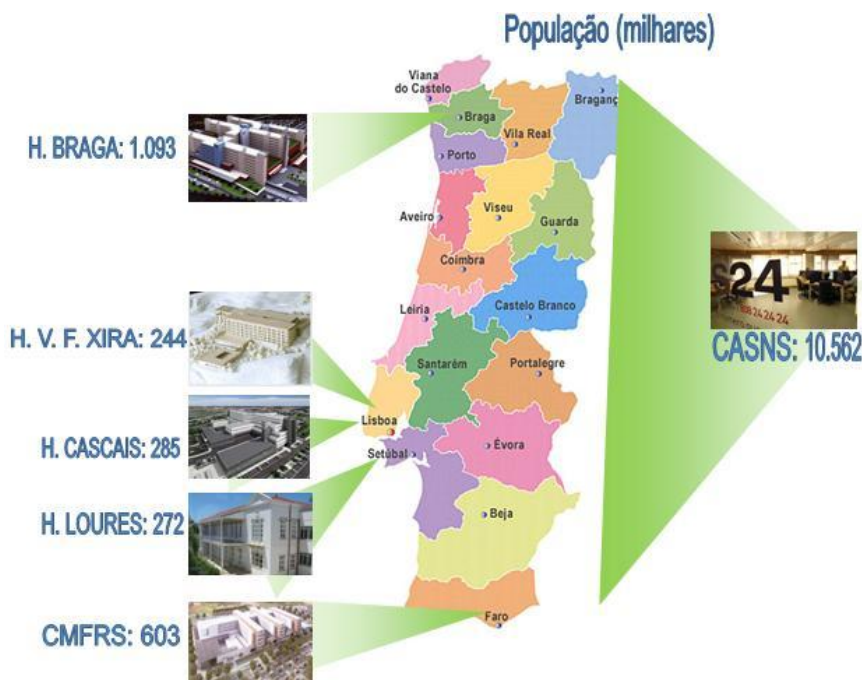
202 Existiram, porém, algumas questões de compatibilidade com outras obras que visavam as acessibilidades aos hospitais. É exemplo desse facto o Acordo entre a ARSLVT e o Município de Vila Franca de Xira, portanto fora do estrito âmbito contratual da PPP e que de acordo com a entidade gestora do edifício poderia fazer perigar a entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar do Hospital de Vila Franca de Xira.

6.2. Área de influência

203 Excluindo o CASNS, que abrange toda a população residente em território nacional¹²⁸, as unidades em regime de PPP abrangem, no total, uma população de cerca de 2,5 milhões habitantes, isto é, cerca de 23,6% da população residente em Portugal. Só o Hospital de Braga serve mais de 1 milhão de habitantes.

204 A população que beneficia dos serviços no âmbito destes contratos está indicada na figura seguinte.

ILUSTRAÇÃO 3 - ÁREA DE INFLUÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE EM REGIME PPP¹²⁹



205 Note-se, contudo, que nem toda a população abrangida beneficia de todas as valências existentes nestes hospitais.

¹²⁷ De acordo com a informação sobre o estádio e efeitos financeiros dos processos de alteração aos projetos iniciais, fornecida pelos serviços do Ministério da Saúde.

¹²⁸ 10.562.178 habitantes –Censos 2011(Fonte: Instituto Nacional de Estatística)

¹²⁹ No caso do Hospital de Braga, são abrangidas freguesias do Distrito de Braga e do Distrito de Viana do Castelo. Para o Hospital de Vila Franca de Xira foram consideradas freguesias do Distrito de Lisboa e de Santarém. No caso do CMFRS incluem-se os Distritos de Faro e de Beja. No caso do Hospital de Cascais, é abrangida a população do respetivo Concelho, bem como 8 freguesias do Concelho de Sintra para a área materno-infantil.

206 Verifica-se que a maior unidade de saúde, em termos de população servida, está localizada em Braga e que o distrito de Lisboa tem três unidades de saúde em regime de PPP com contratos em execução.

6.3. Intervenientes do setor privado

207 Na **estrutura acionista** das empresas concessionárias¹³⁰ participam 20 empresas.

208 Nas quatro PPP financeiramente mais relevantes¹³¹, são 4 as empresas que participam significativamente¹³², em simultâneo, nas EGED (gestão da infraestrutura) e nas EGEST (gestão dos serviços clínicos).

209 Três dos casos de participação, tanto no elenco acionista da EGED como no da EGEST, verificam-se na PPP do Hospital de Braga e um pode ser observado na PPP do Hospital de Loures.

210 O Hospital de Braga e o Hospital de Vila Franca de Xira têm o mesmo grupo promotor – Grupo Mello Saúde.

211 Nas EGED destes dois hospitais, participam as sociedades Somague Engenharia, S.A.; Edifer – Construções Pires Coelho & Fernandes, S.A.; e ainda a MSF – Engenharia, S.A.

212 A PPP do Hospital de Cascais tem a particularidade de ter como acionista único da EGED, a mesma empresa responsável única pela construção (Teixeira Duarte – Engenharia e Construções S.A.).

213 Aliás, apenas a PPP do Hospital de Cascais tem, para cada uma das entidades concessionárias, só um acionista. No caso da EGEST é a HPP – Hospitais Privados de Portugal, SGPS, S.A., pertencente ao Grupo CGD¹³³.

214 Ao nível do **financiamento dos projetos**, destaca-se a participação de empresas do grupo Caixa Geral de Depósitos no âmbito de 8 das 10 relações contratuais, seja como entidade financiadora, seja como entidade emissora de garantias.

215 As empresas do grupo Caixa Geral de Depósitos que participam nos contratos de PPP da saúde na vertente do apoio ao financiamento, são as seguintes¹³⁴:

- Caixa Banco de Investimento, S.A.
- Caixa Geral de Depósitos, S.A.
- Caixa Leasing e Factoring – Instituição Financeira de Crédito, S.A.

216 Ou seja, existe uma participação significativa do Estado na vertente do financiamento, através do Grupo Caixa Geral de Depósitos. No que diz respeito aos quatro contratos de PPP de montantes mais significativos, apenas não existe intervenção do Grupo Caixa Geral de Depósitos no âmbito da relação contratual com a EGED do edifício do Hospital de Loures¹³⁵.

217 A acionista única da concessionária do CASNS¹³⁶, EPS – Gestão de sistemas de Saúde, S.A. pertence igualmente ao Grupo CGD. O financiamento, bem como a emissão de garantias, ficou a cargo da Caixa Banco de Investimento S.A..

¹³⁰ À data dos respetivos processos de contratação. De acordo com a informação veiculada pela ACSS.

¹³¹ Contratos das PPP dos Hospitais de Cascais, de Braga, de Loures e de Vila Franca de Xira.

¹³² Como detentoras de mais de 7% do capital social.

¹³³ Caixa Seguros e Saúde, SGPS, S.A.. Já no final de 2012, decorreu o processo de alienação, por parte do Grupo CGD, da Caixa Seguros e Saúde, SGPS, S.A. (nota introduzida na sequência do exercício do contraditório por parte da ACSS).

¹³⁴ A EGEST do Hospital de Cascais refere que «a associação à marca CGD, a qualidade das instalações e a diferenciação dos profissionais são simultaneamente pontos fortes e o garante de sucesso desta primeira experiência de gestão de um hospital público em regime de Parceria Público Privada (PPP)».

¹³⁵ Surge como acionista o Banco Espírito Santo, S.A., sendo responsáveis pelo financiamento e emissão de garantias, instituições financeiras do Grupo Espírito Santo e do Grupo BANIF.

¹³⁶ LCS – Linha de Cuidados de Saúde, S.A.

218 Relativamente ao CMFRS, o acionista único, Galilei Saúde, S.A. (Grupo Galilei) e o respetivo banco financiador (Banco Efisa) pertenciam à esfera da Sociedade Lusa de Negócios e do BPN, Banco que acabou por ficar, temporariamente, sob alçada do Estado Português, por via do respetivo processo de nacionalização¹³⁷.

7. A GESTÃO DAS PPP SAÚDE

7.1. As estruturas setoriais de contratação

219 As PPP no Setor da Saúde encontram-se sob a tutela do Ministro das Finanças e do Ministro da Saúde.

220 No âmbito da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde¹³⁸ surgida em 2001 na dependência direta do Ministro da Saúde, a contratação das PPP atualmente em vigor foi efetuada com a finalidade de executar a estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão no âmbito do SNS, nomeadamente através da criação de PPP.

221 A Estrutura de Missão Parcerias.Saúde veio a ser integrada na ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, tendo sido constituída a Unidade de Gestão do Programa de Parcerias.

222 De acordo com a ACSS, em sede de contraditório, a Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio, aprovou os novos estatutos da ACSS não tendo sido definido um departamento ou unidade especificamente dedicada às PPP. Não obstante, nos termos da mesma Portaria, a coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de PPP ficou na responsabilidade do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde da ACSS, tendo ficado ainda estabelecido que o apoio a processos de investimento em PPP constitui responsabilidade do Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde.

223 No âmbito dos contratos em execução, a entidade pública contratante (EPC) é o Estado representado pelo Ministério da Saúde através das Administrações Regionais¹³⁹.

7.2. Gestão contratual – estrutura e reporte

224 A estrutura de gestão dos contratos é resultado de uma sequência de representações que desaguam nas ARS¹⁴⁰ enquanto entidades diretamente responsáveis, perante a tutela, pela gestão de cada contrato. Ao nível operacional existe um gestor de contrato ou uma equipa de gestão contratual.

225 Esclarece a ACSS que «...no que se refere aos atos sujeitos a aprovação da EPC, os contratos atribuem diferentes competências e poderes de decisão às entidades que intervêm na execução dos contratos, nomeadamente, ao nível das aprovações ministeriais, aprovações da EPC e poderes dos Gestores»¹⁴¹.

¹³⁷ Lei n.º 62-A/2008, de 11 de novembro, diploma que procedeu à nacionalização do BPN.

¹³⁸ Surgida em setembro de 2001. Vd. RCM n.º 162/2001, de 27 de setembro, publicada no DR, I Série-B, de 16 de novembro.

¹³⁹ No caso do CASNS, o contrato é gerido pela Direção-Geral de Saúde (DGS).

¹⁴⁰ No caso particular do CASNS, na DGS.

¹⁴¹ Cascais - Cláusula n.º 128; Braga - Cláusula n.º 130; Loures - Cláusula n.º 19; Vila Franca de Xira - Cláusula n.º 128.

ILUSTRAÇÃO 4 - ESTRUTURA DE GESTÃO DOS CONTRATOS PPP

Despacho do Ministro da Saúde de 2 de abril de 2007



227 Embora não especificada na ilustração nº 4, a nível central do Ministério da Saúde intervém a ACSS, cujo papel na coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de PPP foi reforçado pelo Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro¹⁴².

228 São as Administrações Regionais de Saúde que exercem, por delegação¹⁴³, as funções atribuídas contratualmente ao Estado. É através daquelas entidades que são exercidos os poderes de fiscalização, e desempenhada a monitorização e o controlo da execução da parceria¹⁴⁴.

229 Em geral, o gestor de contrato, previsto contratualmente, verifica o cumprimento das obrigações por parte das concessionárias e constitui o ponto de contacto mais imediato entre estas e o Estado¹⁴⁵.

230 No entanto, o enquadramento da gestão dos contratos de PPP na orgânica das respetivas entidades públicas não é uniforme.

231 Assim, o controlo e avaliação da execução no âmbito da ARS Algarve¹⁴⁶ são assegurados pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve.

232 No decurso da auditoria, os gestores de contrato, na ARSLVT, foram enquadrados numa estrutura de coordenação.

233 Esta alteração é relevante, uma vez que a ARSLVT é a entidade pública, do Ministério da Saúde, que maior número de contratos de PPP gere e há mais tempo. Atualmente estão em execução, geridos pela ARSLVT, os contratos das PPP dos Hospitais de Cascais, Vila Franca de Xira, e Loures, ou seja, 3 dos 4 contratos em PPP financeiramente mais significativos.

234 O contrato da PPP do Hospital de Cascais foi o primeiro a entrar em execução, e o seu anterior gestor de contrato é, atualmente o coordenador da referida estrutura de gestão da ARSLVT (é o gestor de contrato com maior experiência na ARSLVT). Faz também parte da equipa de gestão um elemento que apoia transversalmente os gestores de contrato no que diz respeito aos indicadores de qualidade, o qual desempenha, cumulativamente, funções de provedor de utente¹⁴⁷.

¹⁴² Nota introduzida na sequência do exercício do contraditório pela ACSS.

¹⁴³ Despacho do Ministro da Saúde de 2 de abril de 2007, sobre proposta da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde.

¹⁴⁴ Que não colidam com funções contratualmente ou legalmente atribuídas a outras entidades.

¹⁴⁵ No caso do CASNS existe uma equipa de gestão de contrato, na DGS.

¹⁴⁶ Contrato do CMFRS – Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul.

¹⁴⁷ À data dos trabalhos de campo, esta acumulação previa-se ser provisória.

- 235 Na ARSN, a gestão do contrato da PPP do Hospital de Braga é efetuada por um gestor que é coadjuvado por um técnico. Esta equipa foi reforçada por mais um elemento, no decurso dos trabalhos de auditoria.
- 236 Nas instalações do Hospital de Braga, encontra-se em funções o provedor do utente. A figura do provedor do utente encontra-se prevista contratualmente e é independente da hierarquia hospitalar, sendo a nomeação efetuada pela entidade pública gestora. A sua missão é intervir junto das concessionárias para a resolução de problemas que envolvam os utentes, bem como avaliar e encaminhar as suas sugestões.
- 237 Durante o decurso dos trabalhos de auditoria foi referido pelo gestor de contrato da PPP do Hospital de Braga o progressivo desenvolvimento de contactos regulares entre si e o provedor do utente dessa unidade hospitalar.
- 238 De acordo com a informação recolhida, as condições do exercício das funções de provedor de utente padeciam, inicialmente, de algumas carências¹⁴⁸, as quais foram supridas, pela intervenção do próprio Hospital, da ARSN e do gestor de contrato¹⁴⁹.
- 239 No caso da PPP gerida pela Direcção-Geral de Saúde (CASNS), as funções de gestão desenvolvem-se no âmbito de uma equipa com seis membros, incluindo um coordenador. Existe ainda um Gestor de Projeto com as atribuições definidas contratualmente. A DGS, em sede de contraditório, entendeu sublinhar, quanto à referida equipa, «o carácter pluridisciplinar nas diversas áreas de atuação que asseguram quer ao nível monitorização quer ao nível da coordenação, mecanismos de controlo e acompanhamento regular da atividade».
- 240 Refere a ACSS que «será necessário redefinir o papel dos gestores, harmonizar competências referentes a aprovações do Estado e implementar um modelo de coordenação e acompanhamento central».
- 241 Os gestores de contrato desenvolvem, nas respetivas administrações regionais, uma atividade específica, pelo tipo de contratos que gerem, e que requer uma articulação com as restantes áreas funcionais ou departamentos¹⁵⁰.
- 242 Para além desta necessidade de articulação interna, que no Ministério da Saúde se estende, na prática, a outros organismos (ACSS, por exemplo), os gestores de contrato têm ainda a necessidade de utilizar serviços de consultores especializados nas áreas técnicas de saúde, engenharia, jurídica e financeira.
- 243 A ACSS refere que «monitorizar uma PPP com vertente de construção e gestão clínica exige competências jurídicas, de engenharia de edifícios e equipamentos, de arquitetura, de sistemas de informação, de análise económico-financeira, médicas, de enfermagem, e de todas as outras áreas clínicas que dificilmente se encontram reunidas num único indivíduo». Por isso, a ACSS considera que há «necessidade de criar equipas de especialistas que reúnam as competências referidas, para realizar uma monitorização eficaz do contrato (...)».
- 244 Cada entidade pública gestora recorre a consultores externos, nomeadamente na gestão dos contratos relativos às unidades hospitalares de maior dimensão.
- 245 Refere a ACSS que «o Ministério da Saúde, através da ACSS, celebrou um contrato com a Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP) no âmbito da monitorização e acompanhamento das PPP hospitalares. No âmbito desta assessoria foi prevista a definição de um modelo para coordenação das PPP pelo Ministério da Saúde, nomeadamente em termos de definição de regras e procedimentos de funcionamento das ARS / Gestores, definição de conteúdos mínimos de reportes e identificação dos dados

¹⁴⁸ As condições observadas para a receção de utentes não se afiguravam ser as mais adequadas: uma sala com duas cadeiras simultaneamente para provedor, funcionária de apoio e utente, ou utentes. Tratava-se de uma sala sem janelas e desadequada ao trabalho em permanência. Em sede de contraditório, a EGEST fez questão de referir que o Hospital de Braga colaborou desde o primeiro momento na criação das condições adequadas ao exercício das funções do Provedor do Utente, mantendo uma profícua colaboração com esta entidade.

¹⁴⁹ O gestor de contrato do Hospital de Braga facultou o uso de um dos gabinetes que lhe estão atribuídos para entrevistas com os utentes. Em relação aos equipamentos da responsabilidade da direção do hospital, atualmente as necessidades, de acordo com o provedor do utente, passaram a estar “razoavelmente satisfeitas”, existindo o material de escritório indispensável para o funcionamento. A ARSN disponibilizou uma funcionária para secretariar o serviço e assegurar o atendimento diário.

¹⁵⁰ Os trabalhos de campo implicaram deslocações àquelas áreas funcionais.

a transmitir ao Ministério das Finanças e da Administração Pública no futuro modelo de acompanhamento das PPP».

246 De acordo com a ACSS, este processo encontra-se em desenvolvimento e a proposta apresentada pela FEP, relativamente ao modelo de monitorização, ainda não foi validada pela ACSS nem aprovada pela tutela.

247 No entanto, o conhecimento desta iniciativa por parte dos gestores de contrato revelou-se ser ainda exíguo, tal como se mostrou limitado o conhecimento das realidades de cada PPP e da sua gestão por parte de gestores de contratos pertencentes a entidades públicas gestoras diferentes.

248 A ARSLVT, durante o decurso dos trabalhos de auditoria implementou uma alteração ao enquadramento dos respetivos gestores de contrato, através da criação de uma estrutura de coordenação.

249 São as entidades públicas gestoras que fornecem a informação sobre a execução à ACSS que a centraliza, e reporta a outras entidades como a Direcção-Geral do Tesouro e Finanças.

ILUSTRAÇÃO 5 - ESTRUTURA DE REPORTE NO ÂMBITO DA GESTÃO DOS CONTRATOS PPP



250 Os dados financeiros relevantes têm, assim, como destino a Direcção-Geral do Tesouro e Finanças que elabora relatórios trimestrais e anuais sobre os encargos que o Estado suporta com esta contratação.

251 Para além de ser apresentada informação muito diversa, nomeadamente sobre os montantes de investimento e, em certos casos, informação sobre a execução do contrato e da respetiva repartição de riscos, estes relatórios analisam a evolução dos quantitativos de encargos incorridos, globalmente para o Estado, e, conseqüentemente, estimam o nível de responsabilidades contratuais futuras, tendo, essencialmente, por referência, os quantitativos dos casos base.

252 O relatório da DGTF, de agosto de 2011, com referência a 2010, foi realizado em cumprimento da obrigação assumida pelo Estado Português, no ponto 3.18 do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades da Política Económica, acordado com a Comissão Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu. Deste, resulta a obrigação de se «executar com a assistência técnica da CE e do FMI, uma avaliação inicial de, pelo menos, os 20 mais significativos contratos de PPP, incluindo as PPP Estradas de Portugal mais importantes, abrangendo uma área alargada de sectores». Este relatório inclui informação sobre a alocação de riscos, em cada um dos contratos, de forma mais detalhada do que até então havia sido feito.

253 A DGTF refere neste relatório que «no âmbito deste trabalho procurou-se ir muito além das obrigações a que o Estado Português se encontrava vinculado, tendo sido analisadas 36 PPP e um conjunto relevante de concessões de natureza diferenciada»¹⁵¹.

¹⁵¹ O que se comprova através do próprio relatório referido.



254 É ainda no âmbito do cumprimento do mesmo Memorando de Entendimento, que o Estado, por intermédio do Ministério das Finanças, procedeu à contratação de consultores externos para a elaboração de um relatório sobre os encargos com as PPP.

7.3. Orçamentação

255 A tarefa de atualização dos encargos previsíveis do Contrato com ambas as Entidades Gestoras e respetiva inscrição orçamental ocorre, usualmente, entre julho e agosto de cada ano, sendo realizada conjuntamente pela ACSS e pela entidade pública contratante tendo em vista o fornecimento dos elementos necessários à elaboração do Orçamento de Estado.

256 Porém, não existe coincidência temporal entre a fase de orçamentação (julho/agosto) e os procedimentos negociais entre a entidade pública contratante e as Entidades Gestoras (últimos dois meses e meio do ano).

257 Este problema verifica-se relativamente a ambas as entidades gestoras (concessionárias), apesar de se colocar com mais acuidade relativamente à EGEST.

258 De facto, os pagamentos a realizar pela ARSLVT à EGED incluem o valor previsível da remuneração base anual (atualizado com base num determinado pressuposto de inflação¹⁵²) e a expectativa de pagamento de reconciliação relativo ao ano anterior.

259 Os pagamentos a efetuar à EGEST implicam uma multiplicidade de variáveis a ter em consideração para uma adequada orçamentação do valor previsível da parcela a cargo do SNS e a necessidade de estimar o pagamento de reconciliação relativo ao ano anterior com base na atividade efetivamente realizada.

260 O desfasamento temporal dos procedimentos de orçamentação e de negociação anual da produção¹⁵³ é causador de dificuldades à correta avaliação de necessidades orçamentais, existindo, ainda, outros fatores críticos¹⁵⁴, cujo conhecimento é relevante.

261 Ora, os gestores de contrato têm um conhecimento mais aprofundado das inúmeras variáveis que é necessário projetar no âmbito da orçamentação de encargos para o ano seguinte.

262 Tendo os gestores de contrato uma intervenção menos importante na fase de orçamentação inicial, compreende-se que numa fase posterior, isto é, em sede de negociação da produção, um elemento essencial nesse momento (disponibilidades orçamentais), seja potencialmente perturbador do acordo entre as partes.

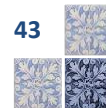
263 Sobre esta matéria, foi veiculada ao TC a convicção de que efetivamente o processo de orçamentação poderia ser melhorado através da *«promoção de um envolvimento mais atempado e, nessa medida, mais efetivo da Gestão do Contrato na definição, pelo Ministério da Saúde e pela ACSS, dos orçamentos anualmente disponíveis para negociação pela ARSLVT no âmbito dos procedimentos anuais das Entidades Gestoras»*.

264 Em sede de contraditório, a ACSS também reconhece que *«os gestores de contrato são, efectivamente, uma mais-valia no processo de determinação das dotações orçamentais a alocar às PPP»*. A ACSS refere ainda que para efeitos de elaboração do Orçamento Global das PPP para 2013, a ACSS contou com a colaboração da ARSN e da ARSLVT, tendo as estimativas de encargos apresentadas por aquelas Administrações Regionais sido consideradas na definição do orçamento proposto pela ACSS.

¹⁵² O qual é corrigido posteriormente, em sede de processo de reconciliação.

¹⁵³ Conforme estipulado nos contratos de gestão.

¹⁵⁴ De acordo com a informação veiculada pelas entidades públicas gestoras.



7.4. A gestão da oferta e da procura de serviços

- 265 As ARS têm como missão garantir a cobertura de cuidados de saúde às populações das respetivas regiões. Para as unidades em regime de PPP, o acompanhamento da evolução demográfica é feito pelas ARS, do mesmo modo que é feito para os outros hospitais da região que façam parte da rede do SNS.
- 266 Os contratos de PPP foram desenhados para contemplar alguma flexibilidade no que diz respeito ao acompanhamento da procura e gestão da oferta por parte do Estado.
- 267 A ACSS diz que *«os contratos de parcerias, em especial quando incluem a prestação de cuidados de saúde, têm que ser por natureza flexíveis, nomeadamente para fazer face a alterações a médio e longo prazo, relacionadas, por exemplo, com alterações de procura dos serviços de saúde. Sobre a flexibilidade para fazer face a estas questões, evidencia-se, por exemplo, o princípio associado ao mecanismo de remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento para as PPP hospitalares. A remuneração é fundamentalmente baseada na produção, ou seja, o parceiro privado recebe pelos serviços (cuidados de saúde) efetivamente prestados, sendo que anualmente é fixada uma produção prevista determinada por acordo entre as partes. A determinação desta produção tem em consideração diversos fatores como a utilização hospitalar nos últimos 5 anos»*.
- 268 A mesma entidade acrescenta que *«estes mecanismos permitem flexibilidade de gestão às ARS, nomeadamente para adaptarem, dentro de determinados limites, a oferta de cuidados de saúde às alterações que se verificam do lado das necessidades»*.
- 269 Nos contratos de PPP da Saúde, a procura subjacente ao caso base não é vinculativa para nenhuma das partes. A sua relevância prende-se com aspetos como a aferição da rentabilidade do projeto e dos capitais acionistas, servindo de referência ao longo do procedimento de contratação para as partes envolvidas, inclusivamente as entidades financiadoras.
- 270 No entanto, é, também, a partir das previsões da procura que são projetados os pagamentos do Estado, ao longo do período contratual, o que é relevante nos encargos que resultam da prestação de serviços clínicos.
- 271 Contratualmente, a adaptação da capacidade instalada à procura é um risco alocado às EGEST, começando, inclusivamente, pelo planeamento da mesma, obrigando estas a adequar os meios às necessidades existentes.
- 272 Ou seja, é contratada a prestação de serviços de saúde, de acordo com um perfil assistencial e não uma determinada capacidade instalada.
- 273 Referiram os serviços do Ministério da Saúde ao TC, aquando da auditoria que culminou no relatório de Auditoria do TC nº 15/2009 – 2.ª S., o qual incidiu sobre as causas do arrastamento dos processos de concurso dos hospitais inseridos na designada primeira vaga de hospitais em PPP, que *«a seleção das prioridades não foi fundamentada em termos técnicos»*, pelo que o lançamento dos hospitais em PPP teve essencialmente por base uma decisão política¹⁵⁵.
- 274 Ora, as entidades concessionárias contactadas no decurso dos trabalhos de auditoria subjacentes ao presente relatório enunciaram aspetos nos quais se repercutiu esta ausência de planeamento inicial. Por exemplo, a EGEST do Hospital de Loures referiu ao Tribunal que foi prejudicial o facto de não estar assinalado o impacto da abertura do Hospital de Loures na produção e financiamento dos hospitais já existentes.
- 275 A mesma EGEST revela dificuldades na contratação de pessoal por não ter sido realizada a reestruturação da oferta hospitalar em Lisboa.

¹⁵⁵ Pág. 39 do citado relatório de auditoria.

- 276 Para o Estado, os encargos incorridos com estes projetos vão para além dos diretamente resultantes dos contratos de concessão, uma vez que existiram custos com a reorganização dos serviços nas regiões de saúde. Foi necessário fazer coincidir a oferta global de cuidados de saúde com as respetivas necessidades, nomeadamente na Região de Lisboa e Vale do Tejo, a qual tem um maior número de hospitais PPP já contratados¹⁵⁶.
- 277 Como já se referiu no presente relatório, nas PPP em análise **apenas um dos hospitais de maior dimensão, o Hospital de Loures, não é de substituição.**
- 278 No entanto, pela reorganização da oferta na respetiva região de saúde, mesmo o Hospital de Loures acaba, de facto, por substituir outras unidades, pelo que de acordo com as projeções apresentadas pela ARSLVT, apenas em termos de ambulatório e internamento, este hospital diminuirá a procura em outras unidades (com base em dados relativos a 2007-2009) na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo em cerca de 6,24%, e no Concelho de Lisboa em 10,43%, sendo as unidades mais afetadas «seis (6) instituições, atingindo os 25,90% na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, 19,38% no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 18,74% no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, 12,47% no Hospital de Curry Cabral, 10,07% no Centro Hospitalar de Torres Vedras, e 7,14% no Instituto Dr. Gama Pinto. Nas restantes instituições, o impacto é inferior a 6%».
- 279 O desenrolar dos processos de adjudicação ou de construção de unidades hospitalares, dentro de uma mesma região, tem impacto nas necessidades a suprir por intermédio de cada um dos outros hospitais.
- 280 Desde logo, existiu uma diferença entre os prazos previstos aquando do lançamento da primeira vaga de hospitais em PPP e os que resultaram da conclusão dos respetivos procedimentos de contratação (recorde-se que o primeiro concurso do Hospital de Loures foi cancelado, tendo o atual contrato resultado de um novo procedimento)¹⁵⁷. Para além disso, também os atrasos nos designados hospitais de segunda vaga em PPP tiveram impacto nas necessidades de serviços clínicos a suprir pelos hospitais em PPP da designada primeira vaga.
- 281 Assim, a EGEST do Hospital de Loures informou que «os atrasos na prevista construção do Hospital de Lisboa (Todos os Santos) que serviria as freguesias orientais do concelho de Loures, provocaram reações políticas de exigência de atendimento dessas populações (cerca de 96.000 pessoas de acordo com o Censos 2011) no Hospital Beatriz Ângelo».
- 282 A mesma entidade referiu ainda que «a não realização tempestiva da reestruturação da oferta hospitalar em Lisboa, por causa da abertura do Hospital em Loures provocou uma reação adversa à abertura do novo equipamento e a propagação, pelos media, de notícias desencontradas sobre o destino de hospitais como a Maternidade Alfredo da Costa, o Hospital Curry Cabral ou o Hospital Pulido Valente».
- 283 Os atrasos verificados nos procedimentos de contratação, bem como as deficiências de planeamento da oferta hospitalar, são um fator condicionante da verificação das previsões iniciais de procura, para alguns dos projetos.
- 284 A procura associada aos casos base não é vinculativa, mas foi esta que serviu de base para a estimativa de encargos do Estado ao longo da concessão.

8. O QUE REPRESENTAM OS ENCARGOS CONTRAÍDOS

8.1. Remunerações das concessionárias

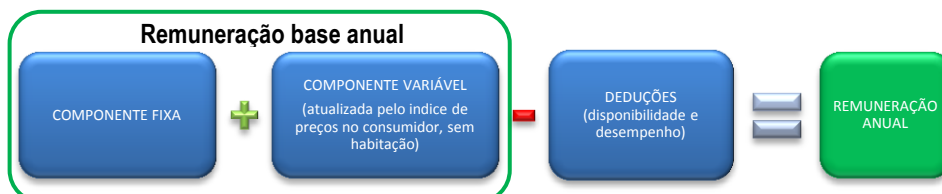
- 285 No caso dos **Hospitais de maior dimensão** (Hospitais de Cascais, de Braga, de Loures e de Vila Franca de Xira) deve distinguir-se a remuneração de cada uma das concessionárias, no âmbito de cada contrato (entidade gestora do edifício e entidade gestora do estabelecimento).

¹⁵⁶ Do Novo Hospital de Cascais até à recente entrada em funcionamento do Hospital de Loures (Hospital Beatriz Ângelo), passando pela abertura dos serviços do Hospital de Vila Franca de Xira. De igual forma, poderão existir eventuais poupanças decorrentes das mesmas reorganizações nas ditas Regiões de Saúde.

¹⁵⁷ Vide Relatório de Auditoria do TC N.º 15/2009- 2.ª S.

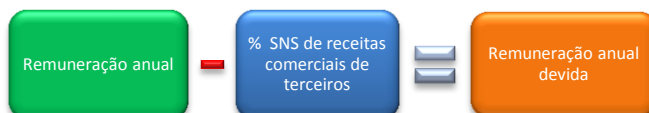
286 A **entidade gestora do edifício** possui uma remuneração base anual. Esta inclui uma parte fixa (relativamente à qual o risco de inflação se encontra alocado ao parceiro privado) e parte variável (atualizada em função do índice de preços no consumidor, sem habitação). No caso da EGED do Hospital de Loures a remuneração base tem apenas a componente fixa, com atualização anual de acordo com o índice de preços no consumidor, sem habitação.

287 Para além disso, existe uma componente relativa a deduções a efetuar em função dos níveis de desempenho¹⁵⁸.

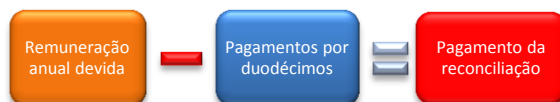


288 Mas, a EGED ainda recebe receitas comerciais de terceiros (cabeleireiro, papelaria, agência bancária, balcão de agência de viagens, correio, farmácia e serviço de estacionamento e gestão de trânsito) sendo que estas receitas são partilhadas com o Estado em percentagem fixa¹⁵⁹.

289 Ou seja, o que o Estado através do SNS paga, anualmente, à EGED resulta da aplicação da fórmula seguinte.



290 É entregue à concessionária, mensalmente, um duodécimo de 90% da remuneração prevista. No final do ano é feito um acerto de contas.



291 **O pagamento da remuneração anual, para as EGEST dos Hospitais é feito da seguinte forma:**

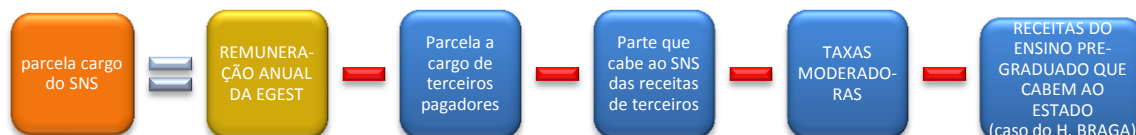
- É negociada, anualmente, a produção que se pretende para esse ano. Estando o preço dos serviços contratualmente estipulados (bem como as suas fórmulas de atualização anuais) é determinado o valor previsível da remuneração anual da concessionária.
- 90% do **valor anual previsível** acordado entre as partes é pago em prestações mensais pelo SNS;
- Os restantes 10% ficam dependentes da **reconciliação anual** apurada no primeiro semestre do ano seguinte ao ano a que respeitam os pagamentos, altura em que se procede ao apuramento da **remuneração anual**.

292 A remuneração base anual da **entidade gestora do estabelecimento** remunera os serviços clínicos e a disponibilidade do serviço de urgência. A esta remuneração base anual são deduzidas as multas e penalizações, bem como parte das receitas a entregar ao Estado provenientes de terceiros e que são, por contrato, partilhadas com o Estado.

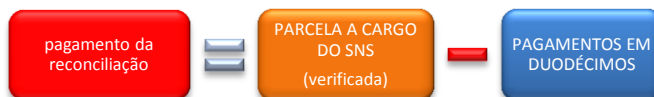
¹⁵⁸ «Deduções por falhas de serviço até 10% da remuneração base anual e, em conjunto com as falhas de disponibilidade, deduções até 100% da remuneração base anual.» - ACSS em contraditório

¹⁵⁹ O referido não é uniforme para todas as PPP e depende do estipulado em cada contrato de concessão. A parte das receitas que cabe ao Estado varia de contrato para contrato.

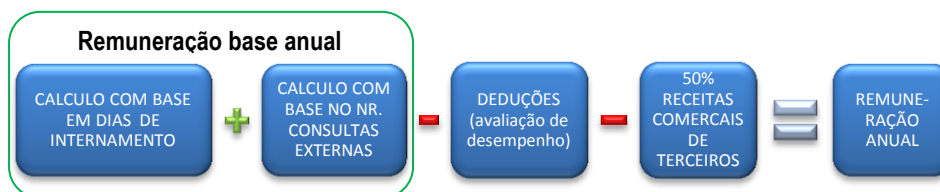
- 293 Para além disso, as EGEST faturam à entidade pública contratante, os medicamentos não associados a atos de produção mas que, legalmente, apenas podem ser dispensados em farmácia hospitalar. Existe também um ajustamento (positivo ou negativo) em função do custo *per capita*, por comparação com o mesmo custo calculado para os hospitais do grupo de referência.
- 294 A maior parte dos pagamentos é devida pelo SNS, mas outra parte é devida pelos utentes através das taxas moderadoras ou por terceiros pagadores (p.ex: seguradoras e subsistemas de saúde).



- 295 Assim, após o apuramento final do montante a cargo do SNS é feito um acerto de contas, abatendo, ao que é efetivamente devido, os pagamentos entretanto efetuados por duodécimos.



- 296 Quanto ao **CMFRS**, o cálculo da remuneração baseia-se nos dias de internamento e no número de consultas aos quais são aplicadas formulas contratualmente definidas. A esta remuneração base anual são deduzidas as multas e penalizações bem como as receitas comerciais de terceiros que cabem ao Estado.



- 297 Também, neste caso, para além do encargo que cabe ao SNS pagar, existem responsabilidades de pagamento que cabem aos terceiros pagadores e aos utentes (produto de taxas moderadoras).
- 298 Quanto ao **CASNS**, o cálculo da remuneração é feito mensalmente tendo por base o volume de contactos feitos por mês. Este volume de contactos não é a mera soma aritmética das chamadas atendidas pelo CASNS, pois só as chamadas cujo conteúdo está relacionado com o objeto contratual são consideradas para efeitos de remuneração, e mesmo estas não são consideradas como chamadas a remunerar se não respeitarem certas regras (p.ex. não são consideradas se forem chamadas desnecessárias ou relativas à mesma situação e feitas em menos de 6h das chamadas anteriores, ou se forem de residentes no estrangeiro).
- 299 A fórmula implica a aplicação de escalões contratualmente estipulados em função do número de chamadas diárias. Os preços unitários atribuídos nos escalões são revistos anualmente de acordo com fórmulas estabelecidas no contrato e têm como principal fator de atualização o índice de preços no consumidor. Mas também neste serviço há lugar a deduções por falhas de desempenho.
- 300 Até ao final do mês seguinte, a operadora apresenta a fatura com a discriminação dos serviços prestados, das deduções, da conversão dos serviços prestados e a indicação da remuneração devida no mês, tendo a EPC 30 dias para pagar 95% do valor total da fatura apresentada para pagamento.
- 301 Em cada semestre, após apuramento do montante exato das deduções, a EPC faz, sendo caso disso, um pagamento de acerto.

8.2. O VFM esperado da contratação

- 302 Para os projetos em análise, optou-se pela contratação em PPP, em detrimento da obtenção dos mesmos bens e serviços por via da gestão pública direta.
- 303 De acordo com o modelo que já foi caracterizado no presente relatório, as PPP com contratos em execução¹⁶⁰, comportam a vertente infraestrutural e a vertente de serviços clínicos, cada uma delas sob responsabilidade de uma concessionária (entidade gestora) diferente.
- 304 O quadro 4 apresenta a comparação entre o custo público comparável e o valor das propostas finais vencedoras, em cada concurso dos projetos PPP.

QUADRO 4 - COMPARAÇÃO ENTRE O CUSTO PÚBLICO COMPARÁVEL E O VALOR DAS PROPOSTAS FINAIS VENCEDORAS

Projeto		Custo Público Comparável	BAFO	Diferencial	%	(Milhões de euros)
		Valor [€]	Valor [€]			
Cascais	Total	408,75	376,99	-31,76	-8%	Valores atualizados a janeiro de 2005
	Entidade Gestora do Estabelecimento	328,05	269,84	-58,22	-18%	
	Entidade Gestora do Edifício	80,70	107,15	26,45	33%	
Braga	Total	1.186,30	794,27	-392,04	-33%	Valores atualizados a janeiro de 2006
	Entidade Gestora do Estabelecimento	987,63	641,50	-346,12	-35%	
	Entidade Gestora do Edifício	198,68	152,76	-45,92	-23%	
Loures	Total	745,00	593,92	-151,08	-20%	Valores atualizados a janeiro de 2008
	Entidade Gestora do Estabelecimento	643,43	443,33	-200,10	-31%	
	Entidade Gestora do Edifício	101,57	150,59	49,02	48%	
VF Xira	Total	590,65	478,41	-112,24	-19%	Valores atualizados a janeiro de 2007
	Entidade Gestora do Estabelecimento	479,92	352,90	-127,02	-26%	
	Entidade Gestora do Edifício	110,73	125,51	14,78	13%	
CMFRS	Total	38,76	31,91	-6,84	-18%	Valores atualizados a janeiro de 2005
CASNS	Total	40,18	38,43	-1,75	-4%	Valores atualizados a janeiro de 2005

Fonte: ACS

- 305 Ou seja, o Estado decidiu pela via da contratação em PPP, devido à existência de margens abaixo do custo público comparável, que se situavam entre 4% e 33%. No que diz respeito aos grandes projetos hospitalares, estas margens situavam-se entre os 8% e os 33% abaixo dos respetivos custos públicos comparáveis¹⁶¹.
- 306 À data dos respetivos concursos, dos quatro grandes projetos hospitalares apenas um dos contratos PPP, o do Hospital de Braga, possuía margens abaixo do custo público comparável, tanto no que respeitava à vertente infraestrutural, como relativamente à vertente dos serviços clínicos.
- 307 Outro dado a reter é que, no que respeita aos serviços clínicos, o Estado, em qualquer dos casos, considerou, face aos cálculos então efetuados, que seria mais vantajosa a contratação em PPP.
- 308 Verifica-se que as BAFO se apresentaram abaixo do custo público comparável. No entanto, no caso do Hospital de Vila Franca de Xira, a vertente infraestrutural situou-se 13% acima do custo público comparável, no caso do Hospital de Cascais 33%, e no caso do Hospital de Loures 48%.
- 309 Assim, conclui-se que, no caso dos contratos relativos aos Hospitais de Cascais, de Vila Franca de Xira e de Loures, apenas a inclusão da vertente de serviços clínicos, nos contratos de gestão, possibilitou levar por diante a opção por PPP.

¹⁶⁰ No caso das grandes unidades hospitalares em PPP.

¹⁶¹ Conforme o "Total" para cada um dos projetos referidos no quadro 4.

310 Ou seja, foram os ganhos de eficiência estimados na componente de serviços clínicos, muito acima do entendido como possível a um hospital gerido diretamente pelo Estado, que possibilitaram o financiamento da construção dessas infraestruturas hospitalares¹⁶², através do setor privado.

8.3. Benchmarking com outras unidades de saúde integradas na rede SNS

311 Quando se referem encargos resultantes do pagamento de serviços, há que ter em conta se os mesmos resultam ou não de preços economicamente eficientes.

312 No domínio da Saúde, o problema reveste-se ainda de maior acuidade, na medida em que a pressão decorrente dos aspetos não pecuniários exerce-se sobre o gestor público, aquando da aquisição do serviço.

313 O conhecimento do fator custo aumenta a margem de atuação do gestor público, pois possibilita distinguir entre vias de aquisição diferentes.

314 A comparação dos custos para o sistema público, entre unidades de saúde no âmbito de contratos-programa e unidades em PPP, à data dos trabalhos de auditoria, era ainda difícil.

315 Nesta matéria, as respostas aos questionários de auditoria, bem como os resultados dos trabalhos de campo, revelam a existência de alguns esforços embrionários, ainda sem resultados práticos e palpáveis.

316 Por solicitação do TC, foi elaborado e discutido um exercício de comparação de custos unitários, para o sistema de saúde público, dos atos médicos praticados por hospitais¹⁶³. Tal foi objeto de ajustes posteriores, tendo terminado o exercício sem resultados conclusivos.

317 Identificaram-se dificuldades em ambos os termos de comparação (unidades em PPP/ unidades de saúde em gestão pública).

318 De acordo com a informação recolhida, nas unidades de saúde de gestão pública, os preços subjacentes aos contratos-programa têm sofrido alguns ajustamentos no sentido de acomodar os volumes de procura prevista e, em simultâneo, introduzir uma pressão para a limitação e eficiência de custos. Assim, tais preços incorporam expectativas de eficiência.

319 Acresce, como dificuldade para a competente avaliação, a dupla qualidade do Estado, enquanto maior “cliente” e, em última análise, garante direto do financiamento das unidades em gestão pública.

320 Já relativamente às unidades em PPP, existe menos margem para o enviesamento dos fatores preço e quantidade. A quantidade é negociada, ou mesmo imposta pelo Estado¹⁶⁴. Por seu lado, o mecanismo de preços, está bastante mais balizado a longo prazo, por via de um contrato que vigorará, no caso geral, pelo menos por 10 anos¹⁶⁵.

321 Ter-se-á, no entanto, que ter em conta a existência de montantes garantidos (pela disponibilidade) que aproximando-se de uma componente adicional de custos fixos, dificultam, na prática, a imediata comparação com os preços em vigor.

322 Assim, não existe, na prática, comparação, dos custos para o SNS, entre unidades em PPP e noutros regimes. Mas da informação recolhida durante os trabalhos de auditoria, verifica-se o interesse dos gestores dos contratos, relativamente à mesma comparação, uma vez que esta seria útil para contextualizar os quantitativos de produção apresentados nas propostas do Estado, nas negociações de produção anuais ocorridas com as concessionárias.

¹⁶² E dos serviços associados à vertente infraestrutural.

¹⁶³ Tendo em conta os preços praticados por várias unidades de saúde e os respetivos índices de *case mix*.

¹⁶⁴ Ainda que observando o histórico de procura de anos anteriores e ainda que o Estado se veja na necessidade de salvaguardar a resposta à procura de cuidados de saúde.

¹⁶⁵ E, desde que não se verifiquem alterações induzidas pelo concedente.

323 Também o Ministério da Saúde partilha as preocupações do TC neste âmbito, tendo a ACSS intenção de empreender esta análise, informação que foi obtida em sede de contraditório.

324 Da mesma forma, as concessionárias, nomeadamente as EGEST, manifestaram todo o interesse em que a comparação com as restantes unidades do SNS fosse efetuada. Por exemplo, a EGED do Hospital de Vila Franca de Xira refere o seguinte, quando questionada sobre a sua opinião relativamente ao *benchmarking* de custo para o SNS com as outras unidades integrantes do SNS quer em regime de PPP, quer noutros regimes:

325 «*Não é efetuado. Preconizamos fortemente este benchmarking. Nem sequer os hospitais de referência com os quais deveríamos ser comparados estão ainda definidos. Para além dos custos, todos os hospitais do SNS deveriam ser comparados nos diversos indicadores de qualidade que os Hospitais PPP são obrigados a reportar.*».

326 A mesma informação seria útil para aferir se a contratação da produção negociada anualmente com a concessionária conduz de facto a uma solução financeiramente ótima, na medida em que uma eventual procura não satisfeita numa unidade de saúde resulta em custos para o sistema decorrentes da assistência noutra unidade.

327 A partir da procura prevista, as decisões sobre a alocação da oferta de cuidados de saúde, em cada ARS, acontecem anualmente, no contexto da existência dos dois tipos de contrato (PPP e contratos-programa).

328 A afetação de quantitativos de oferta às diferentes unidades nas regiões de saúde é, assim, e em particular no contexto económico e financeiro atual do Estado, uma questão que requereria uma comparação de custos mais objetiva.

329 Como se viu já no presente relatório, a eficiência que se esperava da vertente de serviços clínicos desenvolvida pelo setor privado, à data da eleição das propostas vencedoras nos concursos para as PPP, era muito superior àquela entendida como possível pela gestão pública direta.

330 Assim, seria expectável que o custo para o sistema de saúde dos atos praticados em unidades PPP fosse bastante mais atrativo. Esta comparação, no entanto, está impossibilitada pelos factos atrás descritos.

331 A comparação de desempenho de serviço também é importante, e a ACSS refere os esforços recentemente desenvolvidos pelo Ministério da Saúde no sentido de vir a ser possível efetuar comparações entre as unidades de saúde públicas, entre as quais as PPP.

332 Tendo sido questionada sobre a matéria, a ACSS referiu o seguinte:

«O objeto do contrato celebrado entre o Ministério da Saúde e FEP [Faculdade de Economia do Porto] (...) inclui (...) a apresentação de uma proposta metodológica de análise que permita identificar e quantificar os ganhos de eficiência associados aos contratos PPP, bem como, a elaboração de relatórios de avaliação do desempenho de cada uma das parcerias, incluindo elementos qualitativos e quantitativos e a identificação e quantificação dos ganhos de eficiência. Este processo encontra-se em desenvolvimento, pelo que ainda não é possível apresentar resultados sobre esta avaliação».

«Por outro lado e em cumprimento do despacho do Senhor Secretário de Estado de Saúde n.º 11374/2011 de 29 de agosto sobre a monitorização hospitalar está em preparação um processo de publicação mensal em portal eletrónico de um conjunto de indicadores aplicáveis aos hospitais com gestão pública e às PPP. A publicação destes indicadores possibilitará igualmente a realização de algumas comparações entre os vários contratos PPP».

333 Por outro lado, existe uma convicção manifestada pelas concessionárias acerca do seu bom desempenho em termos do serviço prestado, apresentando inclusivamente dados concretos de suporte ao TC, nomeadamente os resultados dos inquéritos de satisfação dos utentes.



- 334 No caso do CMFRS, os dados analisados reportam-se a um exercício de *benchmarking* entre o projeto da concessionária e outros dois projetos similares (Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão e o Institut Guttman de Barcelona¹⁶⁶). Tal exercício de comparação é da responsabilidade da concessionária.
- 335 Refira-se que os contratos assentam num pressuposto de melhoria contínua, pelo que os indicadores medidos são suscetíveis de utilização.
- 336 No entanto, a fiscalização efetuada tem também, em muitos casos, apontado falhas ao desempenho destes projetos, nalguns casos graves a ponto de serem enquadráveis nos motivos previstos para a rescisão contratual pelo Estado¹⁶⁷.
- 337 Tendo o recurso às PPP sido anunciado em 2001, precisamente com a primeira vaga de hospitais, a maioria dos quais agora em análise, foi, em 2002, definida uma segunda vaga de concursos para hospitais em PPP, totalizando, em conjunto, 10 grandes projetos hospitalares em regime de PPP.
- 338 Porém, em 2012 ainda não foi aferida, objetivamente, a eficiência (por comparação com unidades noutros regimes) dos encargos incorridos pelo Estado com estas PPP. A aferição da melhoria da eficiência de custos e de preços seria um bom instrumento para um adequado planeamento do recurso às diversas unidades de saúde, na área de cada Administração Regional de Saúde.

9. ENCARGOS ATÉ 2012

9.1. Encargos por contrato

- 339 Os encargos verificados, em relação a cada contrato PPP da saúde, são os que constam do quadro 5.

QUADRO 5 - ENCARGOS INCORRIDOS POR CONTRATO

(Preços constantes, 2012, sem IVA. Milhões de euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total até 2011	Total até 2012
Cascais	0,000	0,000	59,610	68,707	65,996	64,216	194,313	258,529
EGED	0,000	0,000	0,000	8,464	7,386	6,830	15,850	22,680
EGEST	0,000	0,000	59,610	60,243	58,610	57,386	178,463	235,849
Braga	0,000	0,000	34,097	113,524	119,282	138,299	266,903	405,202
EGED	0,000	0,000	0,000	0,000	16,776	22,693	16,776	39,469
EGEST	0,000	0,000	34,097	113,524	102,506	115,606	250,127	365,733
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total até 2011	Total até 2012
Vila Franca de Xira	0,000	0,000	0,000	0,000	27,957	55,261	27,957	83,218
EGED	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
EGEST	0,000	0,000	0,000	0,000	27,957	55,261	27,957	83,218
Loures (a)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	72,297	0,000	72,297
EGED	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	11,082	0,000	11,082
EGEST	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	61,215	0,000	61,215
CASNS (b)	4,708	7,657	16,772	10,628	10,972	9,924	50,738	60,662
CMFRS	2,430	6,209	7,308	7,523	7,357	7,936	30,827	38,763
Total	7,139	13,866	117,787	200,381	231,565	347,933	570,738	918,671

(a) No valor dos encargos com remunerações da EGEST, relativos a 2012, inclui-se a previsão de receitas a partilhar com o SNS.

(b) No caso do CASNS, o caso base previa apenas valores até 2010(termo do contrato inicial). Os anos 2011 e 2012, correspondem a anos de prorrogação contratual.

Nota: Os valores indicados estão sujeitos a revisão decorrente dos processos de reconciliação anual, nomeadamente para 2012. Inclui montantes a cargo de terceiros pagadores e de utentes.

Fonte: entidades públicas gestoras

¹⁶⁶ Conforme refere a ARSA e o CMFRS em sede de contraditório, o qual afirma, também, que o Instituto Guttman de Barcelona era considerado, à data de abertura do CMFRS, a referência ibérica na sua área.

¹⁶⁷ Nomeadamente, à data dos trabalhos de auditoria existiam muitas assim enquadráveis no caso do Hospital de Braga. No que respeita a este Hospital, as multas vieram a ser objeto de um acordo conciliatório, tendo a ARSN revelado não ter intenção de enveredar pela rescisão do contrato, nos termos descritos no presente relatório.



340 O contrato relativo ao Hospital de Braga foi, até 2012, o maior gerador de encargos, seguido do contrato do Hospital de Cascais. O Hospital de Braga implicou encargos no valor de cerca de 405 milhões de euros e o Hospital de Cascais de cerca de 259 milhões de euros. De entre os 4 contratos relativos a grandes unidades hospitalares em PPP (Braga, Cascais, Vila Franca de Xira e Loures), estes são os que estão há mais tempo em execução (desde 2009).

341 Os encargos totais com as PPP da Saúde ascendem, em termos acumulados, até 2012, a perto de 919 milhões de euros.

342 Os encargos acumulados subiram cerca de 348 milhões de euros de 2011 para 2012, o que representa, a preços de 2012, um acréscimo de cerca de 61%.

343 Tal se deve ao facto dos projetos de PPP terem entrado em operação de forma faseada. Assim, contribui para a explicação desta diferença a abertura do novo Hospital de Loures, que, por não ser de substituição, originou, nesse ano, simultaneamente, remunerações das respetivas EGEST e EGED, bem como pelo facto de 2012 ser um ano completo de laboração do Hospital de Vila Franca de Xira (em 2011 havia contado apenas 7 meses de laboração)¹⁶⁸. Por outro lado, os encargos de 2012 ainda não incorporam o efeito dos processos de reconciliação anual, sendo a remuneração da EGEST do Hospital de Braga, prevista para 2012, substancialmente acima da que se verificou em 2011¹⁶⁹.

9.2. Comparação com o caso base

9.2.1. Relevância

344 Nos relatórios do OE, os encargos futuros têm sido estimados com base nos encargos dos casos base (previsões iniciais).

345 Atendendo ao período de execução de cada um dos contratos, procurou verificar-se se aquelas previsões iniciais corresponderiam aos encargos incorridos.

346 Importa, desde já, esclarecer o que significa a diferença entre encargos previstos no caso base e encargos decorrentes da contratação anual da produção que se utilizará adiante.

347 No decurso da auditoria, uma das entidades públicas gestoras¹⁷⁰ veio referir que:

«(...) o exercício de comparação entre o apelidado caso base e a execução do contrato descurando o ajustamento anual que por vontade e necessidade das partes se vai introduzindo, conduz inevitavelmente a resultados insatisfatórios e que podem gerar uma incorreta perceção de desvio face ao contratualmente estabelecido, quando tal desvio não se verifica, tratando-se antes da aplicação de mecanismos de adaptação à evolução da saúde para correta satisfação do interesse público subjacente ao Serviço Público de Saúde confiado a um hospital em parceria público-privada integrado no Serviço Nacional de Saúde».

348 Qualquer diferença entre o inicialmente previsto por uma entidade pública contratante, e o que a mesma entidade acaba por financeiramente suportar no decurso da execução de um contrato, deve ser objeto de esclarecimento e não corresponde necessariamente a uma deficiente gestão do contrato. Por exemplo, a diferença de encargos verificada, face ao caso base, pode resultar apenas do acordo entre as partes acerca de um maior volume de produção, tendo em conta a previsão de uma também maior procura de serviços clínicos.

¹⁶⁸ Conforme refere a ACSS em sede de contraditório.

¹⁶⁹ Conforme resulta da atualização de dados remetida em sede de contraditório pela ARSN.

¹⁷⁰ ARSN.

- 349 As diferenças face ao caso base, não resultando de deficiente gestão do contrato, resultarão de incorreta estimativa, em sede de processo de contratação. Note-se que, na maioria dos contratos, o período de execução é, ainda, relativamente curto. Entre as origens de tal incorreção poderão estar questões metodológicas, ou um deficiente planeamento sectorial. Em sede de contraditório a ACSS refere um facto importante: *«importa ter presente que a complexidade inerente a uma previsão de atividade assistencial não deve ser negligenciada e que, na maioria dos procedimentos PPP, o período que mediou o lançamento do procedimento concursal e o início do contrato foi significativamente longo (superior a 4 anos nas PPP de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira)»*.
- 350 Nas PPP da Saúde, as estimativas de produção e de encargos subjacentes ao caso base não são vinculativas para as partes, mas é com base nelas que é decidido enveredar, ou não, pela via da parceria público privada em detrimento da gestão direta do Estado. Também é a partir de tais estimativas que é possível aferir, se o Estado tem capacidade para assumir novos compromissos, a médio e a longo prazo.
- 351 Por outro lado, a informação explicativa da evolução de encargos verificados face ao caso base, será útil para o desenho de futuros processos de contratação. O referido reflete também como evoluíram, na prática, os riscos inicialmente assumidos pelas partes.

9.2.2. Principais fatores de desvio

- 352 A diferença entre a evolução dos encargos previstos no caso base e a evolução dos encargos verificada durante a execução resulta da influência de diversos fatores, dos quais os mais significativos são:
- Os pressupostos de **variação de preços**, nos casos base, coincidem com o preconizado no Despacho n.º 13208/2003, de 25 de junho, da Ministra de Estado e das Finanças, que prevê uma inflação anual de 2%. Já ao longo da execução dos contratos, a variação de preços tem por base as taxas de inflação anuais de cada ano, ou a variação ocorrida relativamente a um determinado índice de preços.
 - A **procura** prevista no momento da contratação pode divergir da procura de cuidados de saúde necessária para servir uma determinada população durante a execução dos contratos, e tal procura pode ter reflexos na produção que é negociada anualmente. Os atos considerados para efeitos de remuneração das EGEST (atos elegíveis) têm como referência a produção determinada em sede de procedimento anual (esta produção é fixada no ano imediatamente anterior ao ano a que respeita¹⁷¹). Existem ainda outros fatores que podem incidir na produção determinada anualmente, como, por exemplo, as restrições orçamentais do Estado, ou a necessidade de recuperação de listas de espera¹⁷².
 - A **complexidade da atividade clínica** também pode vir a ser diferente do inicialmente previsto, em função das necessidades de cuidados de saúde verificadas durante a execução dos contratos. Este é um outro fator que tem um efeito direto na remuneração e que também decorre da especificidade da procura. A referida complexidade tem expressão no designado índice de *case mix*, o qual tem influência no nível de remunerações das EGEST e, conseqüentemente, nos encargos com estas PPP.
 - A **existência de encargos não previstos no caso base**. Alguns destes encargos têm origem em acordos ou protocolos (por exemplo, caso da dispensa de medicamentos VIH/SIDA), mas existem **outros** que, tendo enquadramento contratual, de acordo com a informação prestada pelas entidades públicas gestoras, não foram contemplados no caso base (caso comum da dispensa de medicamentos em ambulatório¹⁷³). Acresce que não existe uma regra única para todos os

¹⁷¹ Em caso de determinação unilateral pelo concedente, a referência para a contratação anual de produção é a procura mínima, nos últimos 5 anos, verificada por parte da população residente na área de influência de cada Hospital em regime de PPP, para as valências do seu perfil, em qualquer hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para além do próprio Hospital PPP.

¹⁷² A necessidade de recuperação de listas de espera é tida em consideração pelas entidades públicas gestoras dos contratos de gestão, nos processos de negociação da produção e tendo em conta o orçamento disponível, conforme referido em sede de contraditório pela ARSLVT.

¹⁷³ A ACSS entendeu ser necessário clarificar o referido quanto à dispensa de medicamentos em ambulatório: *«...importa salientar que os preços unitários de referência refletem a inclusão de todos os serviços incluídos nos atos de produção (doentes equivalentes, consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia), nomeadamente, entre outros, os medicamentos dispensados pela farmácia hospitalar, ou seja, medicamentos que estão associados a atos de*

contratos de PPP que justifique que determinados encargos tenham ficado fora do caso base. Existem PPP em que, por exemplo, os encargos com a dispensa de medicamentos VIH/SIDA têm sido considerados encargos adicionais apenas no período de transição (p. ex: antes da entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar - PPP do Hospital de Braga¹⁷⁴) e outros casos em que existem encargos da mesma natureza já depois do período de transição (ex: PPP do Hospital de Cascais^{175,176}). Com menor impacto, existem também **receitas não previstas no caso base** (receitas partilhadas com o Estado e que diminuem o total de encargos a pagar.)¹⁷⁷.

- **A ocorrência de restrições orçamentais** que se reflectem nas diferenças entre os encargos verificados e os previstos no caso base, uma vez que motivou, em particular nas grandes unidades hospitalares em PPP, uma contenção na contratação anual de produção e, conseqüentemente, nos encargos com as remunerações das EGEST que daí decorrem, sendo, aliás, múltiplos os efeitos da actual conjuntura económica, incidindo, também, sobre os custos.
- **A informação disponível** condiciona a contabilização dos encargos, em especial dos contratos há mais tempo em execução devido, sobretudo, ao facto dos processos de reconciliação anual não estarem todos encerrados. No caso da PPP de Cascais, foi possível incorporar nas estimativas utilizadas os montantes dos processos de reconciliação anuais, de 2009 e de 2010, uma vez que se encontravam já pagos, sem prejuízo de posterior reclamação por parte da concessionária, pelo que constituíam já um bom estimador dos encargos incorridos. No caso da PPP do Hospital de Braga, no decurso dos trabalhos de auditoria, os processos de reconciliação anual encontravam-se todos em aberto pelo que os respetivos montantes não estavam disponíveis, tendo ficado já no decorrer do processo de contraditório. Os encargos do último ano em cada projeto são provisórios, até ao final do respetivo processo de reconciliação.
- A matéria fiscal também influi no montante de encargos com os contratos de PPP. No setor da Saúde, aos encargos com as remunerações das EGED acresce o IVA à taxa legal em vigor¹⁷⁸.

353 O impacto destes fatores é, em grande medida, interdependente, mas poderá também sofrer o efeito de outros fatores¹⁷⁹, tais como:

- **A redução dos preços unitários** que se verifica aquando da passagem do estabelecimento hospitalar para o novo edifício hospitalar (no caso de estabelecimentos hospitalares pré-existentis).

produção verificados nos hospitais PPP. Nesse sentido, os encargos relativos a medicamentos que não estão contemplados nos casos base dizem respeito à cedência de medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar que não estão associados a atos de produção verificados nos hospitais PPP».

¹⁷⁴ A ACSS em sede de contraditório refere que «no que diz respeito aos encargos adicionais (não previstos no caso base) com a dispensa de medicamentos VIH/SIDA no período de transição da PPP do Hospital de Braga, tal situação deveu-se à necessidade de dar resposta a situações que existiam antes e após o início da PPP do Hospital de Braga (doentes existentes e novos doentes) e cujo tratamento nos termos do Contrato de Gestão não estava clarificado no que se refere ao seu perfil assistencial para o período de operação no antigo Hospital de São Marcos» e que «para colmatar esta lacuna foi celebrado de um Acordo de Interpretação do Contrato de Gestão referente à prestação de atos em ambulatório a doentes portadores de VIH/SIDA».

¹⁷⁵ Quanto à PPP do Hospital de Cascais, A ACSS em sede de contraditório veio referir «que a questão do acompanhamento em ambulatório a doentes portadores de VIH/SIDA é semelhante à verificada na PPP do Hospital de Braga», mas que «ao contrário do Hospital de Braga que já previa a valência de infecologia no novo edifício hospitalar, o procedimento concursal do Hospital de Cascais não previu, na sua carteira de serviços, a prestação de cuidados em ambulatório a doentes portadores de VIH/SIDA» e que «nessa medida, houve igualmente a necessidade de se celebrar um Protocolo (renovado anualmente) para garantir o acompanhamento dos referidos doentes».

¹⁷⁶ A ARSLVT, em sede de contraditório, refere que quanto ao fator “encargos não previstos no caso base”, «conviria distinguir o caso da “existência de encargos contratualmente previstos mas não orçamentados no caso base”, do caso da “existência de encargos não previstos no contrato (e portanto também não orçamentados no caso base)”, podendo-se ainda distinguir, de entre esta segunda categoria, a situação dos encargos legalmente devidos mas não contratualmente previstos (como o pagamento de “ajudas técnicas” às EGEST em termos similares aos dos demais Hospitais do SNS) da dos encargos advindos da contratação de atos adicionais, como o caso do Protocolo para prestação de cuidados em ambulatório a doentes de VIH/SIDA na PPP de Cascais». A mesma entidade realça ainda «que todos os encargos adicionais gerados no caso das PPP» da ARSLVT «são sempre encargos legalmente devidos pelo Estado, mesmo que não contratualmente previstos ou orçamentados de início».

¹⁷⁷ Por exemplo, receitas do ensino pré-graduado do Hospital de Braga

¹⁷⁸ No entanto, na presente auditoria as estimativas apresentadas excluem o IVA. Considerar o IVA nos encargos analisados dificultaria a análise da evolução dos encargos para cada projeto. Este imposto sofreu alteração no período decorrido e a sua inclusão nos valores de encargos diminuiria a percepção do efeito dos restantes factores de variação abordados no presente relatório. O enviesamento seria ainda maior nos casos de comparação da evolução de encargos entre diferentes projetos, com entradas em funcionamento em momentos diferentes. Assim, admitiu-se como neutro o efeito sobre o Estado desta alteração fiscal, na medida da sua dupla qualidade de pagador e destinatário do diferencial de imposto.

¹⁷⁹ Os quais poderão também afetar a magnitude do efeito final, ainda que alguns decorram diretamente das condições contratuais inicialmente estabelecidas, como, por exemplo, a redução de preços unitários.

- As **alterações** metodológicas do SNS, introduzidas após a contratação das PPP, no cálculo das unidades subjacentes à produção contratada, acabam por ter influência nos níveis de remuneração das EGEST. No caso da PPP do Hospital de Braga, em cujos encargos anuais se identificaram os efeitos da referida alteração metodológica durante os trabalhos de auditoria¹⁸⁰, o acréscimo de encargos produzido relativamente aos encargos resultantes da produção contratada foi compensado através dos preços utilizados nos procedimentos de reconciliação anual de 2009, 2010 e 2011, e que foram encerrados em 2012¹⁸¹.
- O **planeamento da oferta de cuidados de saúde** por parte do Estado, a reorganização que o mesmo está a efetuar nos seus serviços e, neste caso, o risco inerente às **previsões da procura de cuidados de saúde**.
- A ocorrência de **multas e penalidades**. É expectável que o respetivo montante tenha tendência para diminuir ao longo do período de execução do contrato, à medida que as Entidades Gestoras se forem ajustando de forma mais rigorosa aos requisitos contratuais¹⁸².
- **A ocorrência de transferências de responsabilidades de pagamento**, entre as quais a que decorre da alteração de políticas relativas às taxas moderadoras (impacto nos montantes a suportar pelo SNS e a suportar pelos utentes) e a transferência de responsabilidades de pagamento de subsistemas de saúde para o SNS¹⁸³.
- Outros fatores, nomeadamente, a existência de encargos com programas específicos, ou as responsabilidades com pensões de reforma têm influência nas diferenças verificadas entre os encargos verificados com as PPP e os previstos nos respetivos casos base. Embora no Anexo I do presente relatório exista a referência a montantes relativos a estes fatores, eles não foram tidos em conta para as projeções de encargos que são apresentadas.

354 Significativa é a inexistência de pedidos de reequilíbrio financeiro, no período de execução dos contratos em análise.

355 Apesar disso, a hipótese de reequilíbrio financeiro não pode ser afastada. Em sede de contraditório, a EGEST do Hospital de Braga refere ter notificado a ARSN, por quatro vezes, desde 2009, da ocorrência de factos que na sua perspetiva podem vir a dar lugar à reposição do equilíbrio financeiro do contrato, uma vez apurados os montantes concretos do impacto sobre a sua remuneração.

356 As ocorrências invocadas prendem-se com o aumento das contribuições para a Caixa Geral de Aposentações, as alterações de horários de trabalho e de compensações por trabalho extraordinário, a impossibilidade de faturação, por serviços prestados até 31 de dezembro de 2009, aos subsistemas de saúde e a definição da rede de referenciação.

357 A EGEST da PPP do Hospital de Cascais apresentou faturação por motivos não previstos no contrato de gestão, a qual não foi aceite pela ARSLVT, no valor de 10,8 milhões de euros¹⁸⁴. De qualquer forma, sublinha-se que também neste caso não houve lugar a qualquer processo de reequilíbrio financeiro.

¹⁸⁰ Ver anexo ao presente relatório, na parte que respeita ao Hospital de Braga.

¹⁸¹ De acordo com a informação remetida em sede de contraditório pela ARSN e pela EGEST do Hospital de Braga.

¹⁸² No cômputo dos encargos, as multas e penalidades foram tidas em conta nos casos em que dos processos de reconciliação anuais em que foram incluídos resultaram valores pagos. Note-se que os montantes incluídos tiveram o efeito de diminuir as diferenças verificadas quanto aos casos base, uma vez que diminuíram os montantes a pagar às concessionárias.

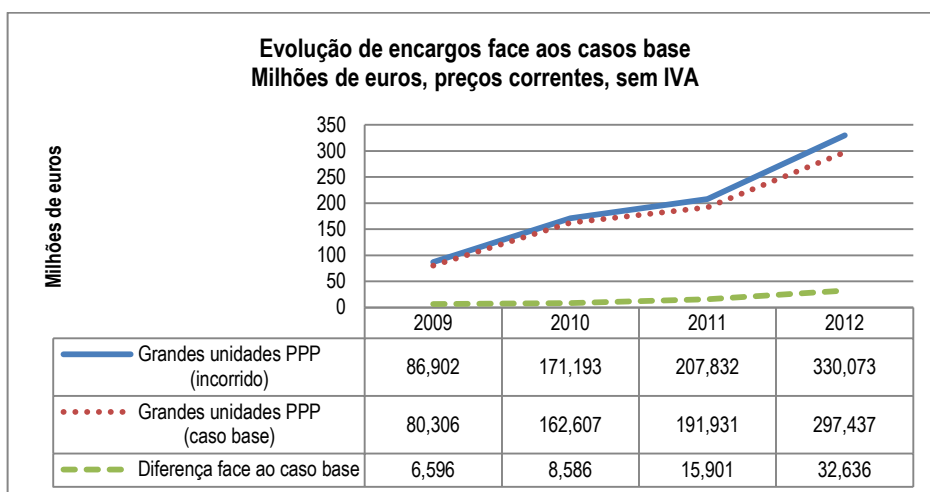
¹⁸³ Quanto a este último aspeto, A ARSLVT, no exercício do contraditório, refere o seguinte: « (...) há a salientar que um dos grandes fatores de desvio dos encargos verificados face aos previstos (...) foi, e é, a alteração da responsabilidade financeira no caso dos utentes de três subsistemas públicos (concretamente, a ADSE, e os subsistemas públicos específicos da PSP, GNR e Forças Armadas), que, na sequência de memorando firmado entre os quatro Ministérios respetivos, desde 1 de janeiro de 2010, e através de consagração anual na Lei do Orçamento do Estado, passou para a esfera do SNS». Pelo que a mesma entidade resume: «ou seja, nos casos base os proveitos relacionados com a prestação de cuidados de saúde a estes utentes constituíam receitas de terceiros pagadores no cômputo da Parcela a Cargo do SNS, mas, desde 2010, passaram a constituir um encargo do orçamento do próprio SNS, o que (...) representou um acréscimo de encargos para o SNS muito vultoso».

¹⁸⁴ Esta faturação alicerçou-se, na perspectiva da concessionária, na existência de diversos condicionalismos à sua actividade descritos no presente relatório no ponto 11.2. Preços correntes. A mesma matéria encontra-se refletida no Anexo I ao presente relatório, na parte respeitante à PPP do Hospital de Cascais.

9.3. Evolução global de encargos – grandes projetos hospitalares

- 358 O ponto presente analisa a evolução de encargos, tendo em conta a informação, a preços correntes, sem IVA, constante do Anexo I ao presente relatório.
- 359 O gráfico 2 representa a evolução dos encargos com as grandes unidades hospitalares em PPP (Cascais, Vila Franca de Xira, Loures, Braga) comparando-os com os encargos previstos nos respetivos casos base.

GRÁFICO 2 - EVOLUÇÃO GLOBAL DE ENCARGOS



Nota: Valores sujeitos a revisão decorrente dos processos de reconciliação anuais de 2011 (à exceção do Hospital de Braga) e 2012.
Fonte: entidades públicas gestoras.

- 360 Em 2009, o total dos encargos verificados apresentou-se acima do previsto no caso base. Neste ano, iniciou-se a execução dos contratos das PPP dos Hospitais de Cascais e de Braga.
- 361 No ano seguinte, 2010, ano da entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar do Hospital de Cascais, a diferença entre os encargos verificados e os previstos nos casos base foi relativamente próximo do verificado em 2009, isto é, entre 2009 e 2010 a diferença face aos casos base ficou abaixo dos 8,6 milhões de euros.
- 362 Em 2011, a diferença face aos casos base quase duplicou e atingiu o valor de cerca de 16 milhões de euros). O impacto da entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar da PPP do Hospital de Braga foi atenuado pela dedução às EGEST, por falhas, de cerca de 5,7 milhões de euros¹⁸⁵.
- 363 Neste ano iniciou-se a execução do contrato de Vila Franca de Xira, com laboração no antigo edifício hospitalar, por 7 meses, o caso base previa apenas 6 meses, o que influencia a diferença entre os encargos do caso base e os pagamentos por conta estipulados no contrato de gestão. Ou seja, em parte (entre 3 e 4 milhões de euros¹⁸⁶) a diferença global de 2011, apresentada no gráfico 2, decorre do desfasamento referido.
- 364 De acordo com o gráfico, em 2012, a diferença entre os encargos verificados e o previsto nos casos base manteve-se elevada (acima dos 32 milhões de euros).

¹⁸⁵ Vd. informação sobre os encargos de cada projeto, no Anexo I e no ponto seguinte do presente relatório.

¹⁸⁶ Conforme Anexo I ao presente relatório.

365 Em 2012, o contrato do Hospital de Loures começou a gerar encargos relativos às remunerações da EGEST e da EGED. Em sede de contraditório a ARSLVT refere prever, agora, encargos inferiores aos resultantes da produção contratada para 2012. Nesse sentido, os elementos enviados ao TC, pela ARSLVT, apontam para que a produção efetiva venha a ficar abaixo da produção contratada, pelo que, em consequência os encargos com a PPP do Hospital de Loures (remunerações de ambas as entidades gestoras) poderão vir a ficar cerca de 8 milhões de euros abaixo do montante previsto no caso base¹⁸⁷.

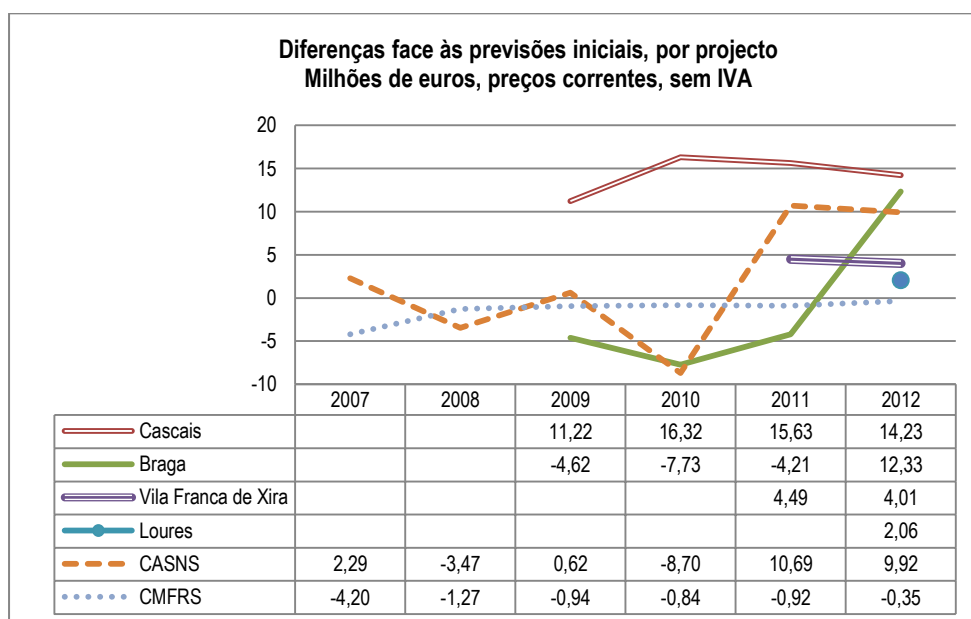
366 Assim, a diferença de 32 milhões de euros observada em 2012 para o conjunto das grandes unidades hospitalares em PPP poderá situar-se, pela conclusão do processo de reconciliação, de 2012, relativo ao Hospital de Loures, em cerca de 22 milhões de euros, ficando a dever-se às diferenças, face aos respetivos casos base, dos encargos com os Hospitais de Cascais e de Braga.

367 Em 2012, restrições orçamentais, semelhantes às de 2011, contribuíram para conter a diferença a que acima se alude¹⁸⁸.

9.3.1. Evolução de encargos face aos casos base, por contrato

368 As diferenças entre os encargos verificados durante a execução dos contratos¹⁸⁹ e os encargos previstos nos respetivos casos base são as que a seguir se apresentam.

GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS FACE AOS CASOS BASE



Nota- Para os grandes projetos hospitalares, valores sujeitos a revisão decorrente dos processos de reconciliação anuais de 2011 (à exceção do Hospital de Braga) e 2012. No caso do CASNS, o caso base previa apenas valores até 2010, termo do contrato e 2011 e 2012 correspondem a anos de prorrogação contratual, pelo que, na verdade não existiam valores previstos. Em 2011, para o Hospital de Vila Franca de Xira, a diferença resultante do ajustamento proporcional dos valores do caso base ao período de execução, resultaria numa diferença face ao caso base de cerca de 0,7 milhões de euros. Em 2012, no caso do Hospital de Loures trata-se de um valor que no que respeita à EGEST resulta da produção contratada, podendo os encargos vir a ficar abaixo do caso base cerca de 8 milhões de euros, de acordo com previsão da ARSLVT veiculada em sede de contraditório. Os encargos com o Hospital de Braga para 2011 encontram-se influenciados pela ocorrência de cerca de 5,7 milhões de euros de deduções às remunerações da EGEST.

Fonte: Entidades públicas gestoras.

369 Constata-se que, até 2012, os contratos relativos às PPP do Hospital de Cascais, e do CMFRS apresentaram um distanciamento relativamente constante entre caso base e encargos incorridos.

¹⁸⁷ Conforme resulta do ponto seguinte do presente relatório, antes esperava-se que as remunerações ficassem cerca de 2 milhões de euros acima do caso base.

¹⁸⁸ Conforme informação do Anexo do presente relatório. Sendo de referir que os montantes de 2012 serão sujeitos aos ajustamentos decorrentes dos processos de reconciliação anuais.

¹⁸⁹ Valores sujeitos ainda a revisão decorrente dos processos de reconciliação anual.

370 No que diz respeito ao CASNS, deve referir-se que os anos de 2011 e 2012 correspondem a anos de prorrogação contratual, para os quais não existiam previsões de encargos, pelo que a totalidade de encargos surge como diferença face à inexistência de previsão inicial. Neste caso, e como se verá adiante, os encargos de 2011 e de 2012 rondam os valores dos encargos de 2010.

371 De acordo com a informação que consta no Anexo I ao presente relatório, o peso de cada fator explicativo, do comportamento ilustrado no gráfico, varia de PPP para PPP.

372 Importa desde já referir que para as quatro grandes unidades hospitalares em PPP (Cascais, Vila Franca de Xira, Loures, Braga) os encargos verificados, relativos às EGED, apresentam-se praticamente coincidentes com o previsto nos casos base, e que as diferenças apresentadas no gráfico 3 decorrem, quase exclusivamente, dos encargos com as remunerações das EGEST¹⁹⁰. As alterações ocorridas, na construção dos novos edifícios hospitalares e nas alterações aos planos de equipamentos, não motivaram custos adicionais para o concedente.

373 A PPP do **Hospital de Cascais** apresenta uma **diferença** entre os encargos verificados e os previstos no caso base, no período 2010-2012¹⁹¹, **em média, de 15,392 milhões de euros**, dos quais **11,823 milhões de euros** correspondem a **encargos que não foram previstos no caso base**.

374 No caso desta PPP, os encargos não previstos no caso base representam uma percentagem significativa dos encargos totais (em média, a preços correntes, entre 2010 e 2012, mais de 18%)¹⁹².

375 Entre 2009 e 2012, da execução do contrato da PPP do Hospital de Cascais resultaram encargos não previstos no caso base que, a preços correntes, perfazem cerca de **45,431 milhões de euros**, dos quais cerca de **40,506 milhões de euros** dizem respeito à dispensa de medicamentos VIH/SIDA¹⁹³.

376 Ainda quanto à PPP do Hospital de Cascais, excetuando os encargos não previstos no caso base, as diferenças entre os encargos suportados pelos Estado e os previstos no caso base resultam de outros fatores:

- Constata-se que os encargos da EGEST incorporam variações de preços em geral superiores ao previsto no caso base (2012 - ano mais significativo, com 1,3% de variação acumulada acima do previsto no caso base).
- Também a complexidade subjacente à produção de serviços clínicos tem contribuído para um aumento de encargos verificados face aos previstos no caso base¹⁹⁴.

377 Estas restrições orçamentais, com efeitos na diminuição da produção contratada, comportam algum risco de a população não conseguir aceder aos cuidados de saúde, risco que a ARSLVT pretende monitorizar. De facto, pela existência daquelas restrições, em 2011 e 2012 a produção foi fixada unilateralmente pelo Estado¹⁹⁵.

¹⁹⁰ Verificaram-se até PPP em que os encargos com as EGED se encontram abaixo do previsto, essencialmente por via da utilização em sede de cálculo de remuneração de diferentes pressupostos de atualização de preços, face ao caso base, o que acontece nos casos das PPP dos Hospitais de Cascais e de Braga. No outro caso em que se registam já encargos com a EGED, PPP do Hospital de Loures, os encargos previstos para 2012 refletem uma diferença positiva de 3,8% face ao caso base.

¹⁹¹ Anos de execução contratual já no novo edifício hospitalar (a transferência para o novo edifício hospitalar decorreu entre fevereiro e março de 2010).

¹⁹² Tomando como referência apenas os encargos com a remuneração da EGEST, este peso sobe para mais de 20%. Estes encargos não previstos no caso base incluem a dispensa geral de medicamentos em ambulatório, a dispensa de medicamentos VIH/SIDA, bem como as consultas e sessões de hospital de dia relativas à mesma patologia.

¹⁹³ No âmbito do Protocolo relativo à prestação de cuidados em ambulatório a doentes de VIH/SIDA.

¹⁹⁴ Em 2010, o índice de *case mix* previsto para o procedimento de reconciliação é cerca de 11% superior ao previsto no caso base, em 2011 a diferença é de 17%. Já em 2012, a diferença foi de -1% (face ao caso base).

¹⁹⁵ Vd. Anexo do presente relatório.

378 Em contraditório, a ARSLVT veio referir, no que respeita à evolução de encargos face ao caso base, que:

«(...) seria importante precisar-se que um fator determinante da execução dos contratos e da comparação com os encargos previstos nos casos base, é a determinação do valor de produção mínimo que o Estado está, nos termos dos contratos, obrigado a comprar, e que se consubstancia num cenário de procura mínima, nos últimos 5 anos, verificada por parte da população residente na área de influência de cada Hospital em regime de PPP, para as valências do seu perfil, em qualquer hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para além do próprio Hospital PPP. Em caso de determinação unilateral, é este o cenário de produção mínima abaixo do qual o Estado não pode contratar. Ora, verifica-se, em função da evolução dos níveis de acesso, nomeadamente no caso da PPP de Cascais, que o valor económico realista deste “cenário de mínimos dos últimos 5 anos” se apresenta já superior ao previsto no caso base, para os anos mais recentes, ou seja, não se trata apenas de o Estado estar a comprar valores de produção acima dos previstos nos casos base, trata-se de o Estado não poder, nos termos dos contratos, nalguns casos, gerar encargos inferiores aos previstos, mesmo em casos de determinação unilateral, para as linhas de produção previstas nos casos base, dados os valores mínimos de produção que é obrigado a contratar, o que significa um constrangimento orçamental acrescido».

379 **Quanto à PPP do Hospital de Braga**, até ao final dos trabalhos de auditoria, teve-se como referência os encargos com remunerações da EGEST correspondentes à produção contratada, em todos os anos, desde 2009 até 2012. Assim, os encargos com a PPP deste Hospital apresentavam-se abaixo do caso base apenas em 2010.

380 Em sede de contraditório, tendo sido disponibilizados pela ARSN os montantes correspondentes à produção efetiva, após a realização dos procedimentos de reconciliação, os montantes de encargos sofreram uma revisão, apresentando-se agora abaixo do caso base em todos os anos até 2011.

381 Em 2012, permanece como referência a produção contratada¹⁹⁶ uma vez que, à data da análise do contraditório, não havia sido concluído o procedimento de reconciliação relativo a esse ano.

382 Nesse ano (2012), único ano completo de funcionamento no novo edifício perspectiva-se, à data da análise do contraditório, que: os encargos com a EGED apresentem, face ao caso base, uma diferença praticamente nula; os encargos com a EGEST apresentem uma diferença face ao caso base de 12%, o que corresponde a um acréscimo de encargos anual superior a 12,4 milhões de euros; quanto a ambas as entidades gestoras existe uma diferença face ao caso base de cerca de 9,8%, correspondentes a 12,3 milhões de euros.

383 Diga-se que as remunerações efetivas de 2011 teriam ficado acima do previsto no caso base, se não fosse tido em conta o montante de -5, 682 milhões de euros relativos a deduções aplicado à EGEST¹⁹⁷.

384 Tendo em conta esta informação, verifica-se agora que a diferença entre encargos decorrentes da produção efetiva e encargos previstos vai diminuindo até 2011 e que apenas em 2012 poderão existir encargos acima do caso base (cerca de 12,33 milhões de euros).

385 Sofreram também revisão os valores dos parâmetros que afetam a remuneração das concessionárias, nomeadamente a inflação acumulada (remunerações da EGED e da EGEST) e os índices de *case mix* e os quantitativos de produção (remunerações da EGEST).

386 Os encargos com a prestação de serviços clínicos (remunerações da EGEST) incorporam o efeito de **níveis de produção efetiva** superiores à produção subjacente ao caso base em doentes equivalentes e em consultas externas (2010 e 2011). Em 2012, também doentes equivalentes e consultas externas apresentam níveis de produção contratada superiores ao caso base.¹⁹⁸

¹⁹⁶ Ainda que as remunerações relativas a 2012 também tenham sido objeto de alguma revisão em função da informação enviada pela ARSN em sede de contraditório.

¹⁹⁷ Conforme Anexo I ao presente relatório.

¹⁹⁸ Como refere a EGEST em sede de contraditório e resulta do Anexo I ao presente relatório, a comparação entre caso base e produção contratada ou efetiva, bem como as comparações efetuadas quanto aos *case mix* não são lineares, visto «que ocorreram alterações metodológicas que determinaram a inclusão na linha de atividade de “doentes equivalentes” dos episódios de ambulatório médico que não existiam à data da definição do caso base, a qual implicou uma

- 387 De acordo com os elementos enviados no exercício do contraditório pela ARSN ao TC, a EGEST, em julho de 2012, referia expectativas de aumento de produção, nomeadamente para 2013.
- 388 Em contrapartida, face ao caso base, verifica-se uma menor **complexidade da atividade**. Isto é, as diferenças dos índices de *case mix*, face ao previsto no caso base, são bastante significativas, em especial após a entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar (-27% em 2011 e -33% em 2012).
- 389 Relativamente aos encargos e receitas não previstas no caso base projeta-se um valor de cerca de 0,842 milhões de euros para 2012¹⁹⁹.
- 390 No que diz respeito à **PPP do Hospital de Vila Franca de Xira**, existe uma diferença constante entre os encargos inicialmente previstos (caso base) e os encargos decorrentes da execução contratual, em 2011 e 2012, acima dos 4 milhões de euros.
- 391 No entanto, o ajustamento dos valores previstos no caso base ao período de execução contratual real²⁰⁰, permite afirmar, com base nos encargos resultantes da produção contratada, que em 2011 o afastamento global de encargos verificados face ao caso base é de apenas 0,694 milhões de euros.
- 392 Em 2012, sem o efeito da reconciliação anual, a diferença face ao caso base é de cerca de 7,8%, correspondentes a 4,01 milhões de euros, explicados em 93% pela existência de encargos não previstos no caso base (cerca de 3,73 milhões de euros).
- 393 A explicação para o remanescente daquela diferença (excluídos os encargos não previstos no caso base) reside noutros fatores:
- O efeito associado à diferente **complexidade da produção** contratada face ao previsto no caso base, diminuiu os encargos de 2012²⁰¹.
 - Em sentido inverso, os encargos até agora contabilizados comportaram aumentos decorrentes da diferença, entre a execução do contrato e o caso base, no que respeita aos pressupostos de inflação.
- 394 No caso desta PPP, mesmo com condições orçamentais adversas e condicionadoras do processo anual de contratação, em 2012, quase todas as linhas de produção apresentaram acréscimos significativos face ao previsto no caso base²⁰².
- 395 A análise é condicionada pelo facto de 2012 ser o primeiro ano completo de execução do contrato e por o novo edifício hospitalar não estar em funcionamento.
- 396 Relativamente à **PPP do Hospital de Loures**, os encargos com a produção contratada em 2012, primeiro ano de execução contratual estavam acima do previsto no caso base cerca de 2 milhões de euros, correspondentes a 2,94% das remunerações das entidades gestoras²⁰³.
- 397 Não sendo este um hospital de substituição, a remuneração das atividades decorrentes da gestão do estabelecimento e da gestão do edifício iniciou-se no mesmo ano.

diminuição automática do índice de case mix global do Hospital, com independência da evolução registada nas outras linhas de doentes equivalentes», sendo «exemplo paradigmático desta situação a atividade de quimioterapia e a de radioterapia, que, deixando de ser incluída na linha de Hospital de Dia, passou a integrar os doentes equivalentes do Hospital de Braga, entrando para o cálculo do índice de case mix global com um peso relativo (para cada um dos atos) muito inferior».

¹⁹⁹ Conforme Anexo I ao presente relatório.

²⁰⁰ Conforme Anexo ao presente relatório. Ajustamento proporcional. Existem, assim, duas conclusões que relevam para efeitos diferentes. A primeira, das referidas, importante para efeitos de possibilidade de previsão orçamental, à data da contratação, e a segunda que releva para a gestão do contrato.

²⁰¹ Não obstante existirem linhas de produção com diferenças de *case mix* superiores ao que se previa no caso base, o índice de *case mix* global é inferior ao inicialmente previsto, no momento da contratação, pelo que o seu efeito contribui para uma diminuição relativa dos encargos.

²⁰² O efeito quantidade no caso do Hospital de Vila Franca de Xira, não é completamente dissociado do efeito causado pelas remunerações que se consideraram estar fora do caso base. Estas últimas comportam valores que decorrem da produção, tal como esta consta do quadro relativo à produção contratada deste Hospital, cfr. Anexo do presente relatório. O mesmo aconteceu, aliás, no caso do Hospital de Cascais, quanto à remuneração decorrente do acréscimo de sessões de hospital de dia, em resultado do protocolo aplicável.

²⁰³ EGED e EGEST.



- 398 Em 2012, as diferenças entre as remunerações da EGED e EGEST (neste caso quanto à produção contratada) e as previstas no caso base foram, respetivamente, de 3,8% e 2,78%.
- 399 A diferença, no caso da EGEST, resultou essencialmente da utilização, na contratação da produção anual, de pressupostos de atualização de preços diferentes dos previstos no caso base e da contratação de uma produção superior à prevista no caso base²⁰⁴.
- 400 No caso da EGED, a diferença resultou da utilização de diferentes pressupostos de atualização de preços, relativamente ao previsto no caso base²⁰⁵.
- 401 No entanto, a PPP do Hospital de Loures apenas apresentou encargos em 2012, ano de entrada em funcionamento, pelo que à data dos trabalhos de auditoria (e mesmo à data da análise do contraditório), não se encontrava concluído o processo de reconciliação. Ora, no exercício do contraditório, a ARSLVT refere prever que a remuneração da EGEST venha a ficar cerca de 9 milhões de euros abaixo do montante correspondente à contratação de produção. Tendo em conta este dado, os encargos com as remunerações das concessionárias do Hospital de Loures ficarão abaixo do previsto no caso base.
- 402 De facto, a ARSLVT refere também em sede de contraditório que a produção para 2012 foi fixada tendo em conta que *«perante o facto de a EGEST não prescindir do recurso às regras de fixação unilateral previstas no contrato, no caso da falta de acordo, a EPC acabou por acordar com a EGEST uma proposta muito próxima da do cenário mínimo verificado nos últimos 5 anos nos hospitais da Região de Lisboa que atenderam a população do Hospital de Loures, cujo valor se acomodou no orçamento atribuído para a EGEST do Hospital de Loures»*. Isto apesar de então se ter previsto uma menor capacidade de atração do Hospital no primeiro ano de atividade, bem como o faseamento da abertura dos respetivos serviços.
- 403 Neste sentido, a PPP de Loures poderá apresentar, em 2012, encargos abaixo do previsto no caso base em cerca de 8 milhões de euros.
- 404 Os encargos com a **PPP do CASNS** refletem, sobretudo, o facto de a procura prevista no caso base ter estado longe do que veio a verificar-se ser a realidade²⁰⁶.
- 405 Nos anos considerados típicos, isto é, sem procura extraordinária, 2008 e 2010, os encargos verificados situaram-se abaixo dos previstos no caso base em -32,56% e -46,56% respetivamente.
- 406 Apenas em 2009 se verificaram encargos acima do inicialmente previsto na medida em que, naquele ano, foi acordada uma alteração ao contrato, devida à ocorrência da Pandemia da Gripe A e ao correspondente aumento extraordinário da procura.
- 407 Esta alteração ao contrato, no entanto, não motivou encargos significativos para além dos globais inicialmente previstos, uma vez que os restantes encargos gerados anualmente tenderam a ficar aquém do caso base.
- 408 Os encargos anuais de 2009 excederam o previsto no caso base em 0,622 milhões de euros²⁰⁷.
- 409 Até ao fim do primeiro prazo deste contrato, isto é, até meados de 2011, os encargos apresentaram-se globalmente abaixo do previsto inicialmente.

²⁰⁴ Cfr. Anexo I ao presente relatório, já com ajustamento ao período de execução do contrato. Exceto quanto a algumas valências. As margens acima do caso base são significativas, atingindo 51% (sessões de hospital de dia), embora existam exceções com variações negativas menos significativas (internamento, ambulatório médico).

²⁰⁵ A EGED, em sede de contraditório, esclarece que a variação da sua remuneração face ao caso base decorreu exclusivamente deste fator, o que se encontra em linha com o referido no Anexo I ao presente relatório.

²⁰⁶ Cfr. Anexo do presente relatório este facto foi sublinhado tanto pela DGS como pela concessionária.

²⁰⁷ Como sublinhou a DGS e se constata no ponto seguinte sobre a evolução de encargos, tal resulta da diferença entre os montantes de execução financeira e os montantes previstos no caso base em 2009.



410 O contrato do CASNS foi prorrogado, prevendo-se, nos acordos de prorrogação a redução dos preços unitários²⁰⁸. Contudo, os efeitos dessas prorrogações não estavam contemplados no caso base²⁰⁹.

411 Nos anos 2011 e 2012, por serem anos abrangidos pelo período da prorrogação contratual, não existem valores previstos no caso base. Assim, o aumento de encargos, face às previsões, para aqueles anos, representado no gráfico, resulta, apenas, da ausência de previsão inicial desses valores, pois os encargos verificados para aqueles anos rondam os valores verificados em 2010²¹⁰.

412 Conforme resulta do gráfico 3, a remuneração da concessionária do **CMFRS** esteve sempre abaixo do que havia sido previsto no caso base.

413 2012 é um ano com uma produção abaixo do verificado em 2011, mas cujos encargos se preveem superiores aos deste ano, aproximando-se do previsto no caso base.

414 Os encargos apurados para cada ano apresentam diferenças, face ao caso base, que têm vindo a atenuar-se ao longo do tempo.

415 De acordo com a entidade pública gestora, o caso base foi demasiado otimista ao considerar que no final de um período de instalação o estabelecimento estaria em pleno funcionamento, isto é, com a sua capacidade de produção preenchida.

416 A procura do CMFRS é induzida pelas unidades de saúde da região onde opera. A título de exemplo, refira-se que a sua principal linha de produção (internamento) resulta em cerca de 50% da referenciação feita pelo Hospital de Faro. De acordo com a informação prestada, tanto pela concessionária, como pela entidade pública gestora, a insuficiente divulgação inicial dos serviços do CMFRS implicou uma menor procura do que a inicialmente prevista (subjacente ao caso base).

9.3.2. Evolução de responsabilidades de pagamento face ao caso base, por contrato.

417 O quadro 6 dispõe as diferenças anuais, face aos casos base, em 2012²¹¹, no que respeita às responsabilidades pelo pagamento dos encargos incorridos nas quatro PPP financeiramente mais significativas.

QUADRO 6 - VARIAÇÃO ANUAL DE RESPONSABILIDADES DE PAGAMENTO - 2012

(Milhões de euros)

	Diferenças face aos casos base		
	SNS	Terceiros pagadores	Utentes
Cascais	17,977	-4,723	0,979
Braga	21,354	-10,234	1,21
Vila Franca de Xira	3,312	0,088	0,607
Loures	7,594	-6,002	0,471
Total	50,237	-20,871	3,267

Nota: Dados previsionais relativos a 2012, preços do ano, sem IVA

Fonte: entidades públicas gestoras, de acordo com o Anexo do presente relatório.

²⁰⁸ Em 10%. No período contratual inicialmente previsto, a atualização de preços (pressupostos de inflação) esteve sempre, em termos acumulados, abaixo do previsto no caso base, com exceção do primeiro ano (2008, com uma diferença de 0,85% face ao caso base). Para a vigência das adendas de 2011 e 2012, a atualização de preços foi negativa, face à diminuição de preços unitários de 10%.

²⁰⁹ Não tendo sido, por impossibilidade, contempladas no caso base, no gráfico supra, existe um desnível significativo de 2010 para 2011 e 2012, que não resulta, na verdade, de um aumento significativo de encargos.

²¹⁰ Cfr. Anexo ao presente relatório.

²¹¹ Valores de 2012 que decorrem dos processos de contratação anual. Apresentam-se os valores para este ano, na medida em que se considera serem o melhor estimador para as diferenças anuais a verificarem-se para 2013 e seguintes, ainda que a leitura dos valores deva ter em conta o efeito sobre os mesmos processos de contratação, das restrições orçamentais do Estado, bem como, o efeito das reconciliações anuais.

418 Consta-se que, face às previsões iniciais dos casos base e tendo por referência os encargos decorrentes da produção contratada, o SNS teve em 2012, de acordo a informação obtida junto das entidades públicas gestoras, um acréscimo de encargos de cerca de 50 milhões de euros²¹².

419 Este acréscimo decorre:

- De não se encontrar contemplada nos casos base dos Hospitais de Cascais, Braga e Loures, a transferência para o SNS de responsabilidades de pagamento que eram, anteriormente, da responsabilidade dos subsistemas públicos de saúde (já atrás referidos no presente relatório e contratualmente enquadrados em “terceiros pagadores”)²¹³.
- Da existência de encargos superiores aos previstos, nomeadamente com a prestação de serviços clínicos²¹⁴.

420 Os pagamentos da responsabilidade dos **terceiros pagadores (subsistemas de saúde)** apresentam uma diminuição de quase - 21 milhões de euros face ao inicialmente previsto nos casos base, em resultado da transferência de responsabilidades de pagamento para o SNS, operada a partir de 2010.

421 Já os utentes suportaram, diretamente, cerca de 3,3 milhões de euros a mais face ao inicialmente esperado, devido ao aumento das taxas moderadoras.

10. ENCARGOS CONTRATUALIZADOS E ENCARGOS AO LONGO DO CICLO DE VIDA

10.1. Possibilidade de melhorias metodológicas

10.1.1. Apuramento de encargos no ciclo de vida

422 Recorde-se que, nas PPP relativas aos Hospitais de Cascais, de Braga, de Vila Franca de Xira e de Loures é celebrado um contrato de gestão que deverá ser executado por intermédio de duas entidades gestoras, pelo que, por cada projeto, temos duas entidades concessionárias distintas.

423 A entidade gestora do edifício, assume a responsabilidade pela prestação dos serviços de infraestruturas durante o período contratual de 30 anos.

424 A entidade gestora do estabelecimento é responsável pelo cumprimento da gestão hospitalar e a da prestação de serviços clínicos, por um período contratual de 10 anos.

425 Este facto significa que os encargos resultantes dos contratos para os períodos de concessão dizem respeito a 30 anos para a remuneração da entidade gestora do edifício (EGED), mas apenas a dez para a remuneração da entidade gestora do estabelecimento (EGEST).

426 São a estes períodos contratuais, de 30 e de 10 anos que correspondem os montantes globais de encargos (pagamentos do concedente) que se apresentam no quadro 7.

²¹² Tendo em conta as expectativas de encargos com a PPP do Hospital de Loures, veiculadas em sede de contraditório pela ARSLVT, este montante poderá vir a rondar os 40 milhões de euros.

²¹³ Conforme anexo ao presente relatório. Esta transferência de responsabilidades de pagamento, de diversos subsistemas de saúde para o SNS, verificou-se a partir de 1 de janeiro de 2010.

²¹⁴ Incluindo os decorrentes da existência de encargos fora do caso base.

QUADRO 7 - PAGAMENTOS DO CONCEDENTE - ESTIMATIVA À DATA DOS PROCESSOS DE CONTRATAÇÃO

Projeto		Pagamentos do concedente	Representatividade	(Milhões de euros)
		Valor [€]	(%)	
Cascais	Duas entidades gestoras	347,064	100%	Valores atualizados a janeiro de 2005
	Entidade Gestora do Estabelecimento	244,847	71%	
	Entidade Gestora do Edifício	102,217	29%	
Braga	Duas entidades gestoras	771,460	100%	Valores atualizados a janeiro de 2006
	Entidade Gestora do Estabelecimento	593,968	77%	
	Entidade Gestora do Edifício	177,493	23%	
Loures	Duas entidades gestoras	604,516	100%	Valores atualizados a janeiro de 2008
	Entidade Gestora do Estabelecimento	435,097	72%	
	Entidade Gestora do Edifício	169,419	28%	
VF Xira	Duas entidades gestoras	487,354	100%	Valores atualizados a janeiro de 2007
	Entidade Gestora do Estabelecimento	353,468	73%	
	Entidade Gestora do Edifício	133,886	27%	
CMFRS	Entidade gestora	31,319	100%	Valores atualizados a janeiro de 2005
CASNS	Entidade gestora	41,112	100%	Valores atualizados a janeiro de 2005

Nota: Estimativa à data dos processos de contratação

Fonte: Dados de base: ACSS

- 427 A componente de encargos com o prazo contratual de 10 anos, em valores atualizados à data dos respetivos concursos, corresponde a uma percentagem que varia entre 71% e 77% dos encargos globais estimados. Isto é, sempre superior a 70%.
- 428 Terminado o prazo contratual para a EGEST, existe a possibilidade de o contrato ser prorrogado, ou o estabelecimento ser entregue a uma nova entidade gestora mediante concurso, ou ainda a hipótese de ser o Estado a assumir a gestão do Estabelecimento, tomando o lugar da EGEST.
- 429 Conforme se viu já no presente relatório, nos concursos das 4 grandes unidades hospitalares, a gestão do estabelecimento em PPP foi considerada mais económica do que se fosse realizada através da gestão pública direta.
- 430 Considerando que o estabelecimento não funcionará apenas por 10 anos mas, pelo menos, por mais 20 anos acompanhando o prazo de funcionamento do edifício, os melhores estimadores dos encargos com a gestão do estabelecimento, nesses 20 anos, eram, à data dos procedimentos de contratação, os valores então previstos para os pagamentos às entidades gestoras do estabelecimento.
- 431 Tendo como referência uma vida útil para o edifício de trinta anos desde o início de cada contrato (coincidente com o prazo contratual da EGED), concluímos que os pagamentos à EGEST podem ser estimados em cerca do triplo do inicialmente previsto.
- 432 Isto leva a que, à data de cada concurso para os grandes projetos hospitalares (Loures, Vila Franca de Xira, Cascais e Braga), os pagamentos a efetuar, pelo Estado, ao longo do ciclo de vida do projeto, fossem superiores aos pagamentos contratuais então apurados em pelo menos 140%²¹⁵.
- 433 A avaliação do impacto financeiro dos encargos anuais, cingida aos prazos contratuais, é uma perspetiva que, sobretudo para uma análise de longo prazo, passa a ter menos interesse logo após a adjudicação, tornando-se preferível a análise dos encargos com o projeto ao longo de todo o seu ciclo de vida.

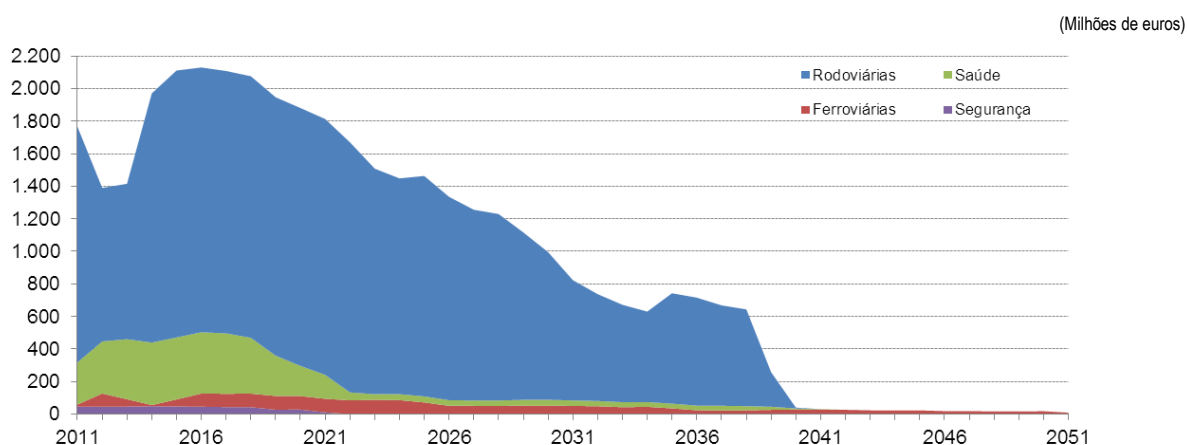
²¹⁵O que se obtém pelo cômputo, no total de encargos (remunerações das EGEST e das EGED), dos encargos com serviços clínicos após o prazo de 10 anos dos atuais contratos com as EGEST. O cálculo dos encargos ao longo do ciclo de vida efetuado no presente relatório (tendo em conta o período de execução decorrido e os ajustamentos aos encargos de anos futuros) conduziu a um acréscimo de encargos de cerca de 152%.

434 Não faz sentido considerar os encargos dos edifícios hospitalares, durante cerca de 20 anos, sem entrar em linha de conta com os encargos que gera a sua utilização, isto é, sem a prestação de serviços clínicos, sobretudo porque esta é a vertente que gera mais encargos, e a que se concebe²¹⁶ como mais vantajosa quando é desenvolvida por um parceiro privado, em qualquer dos projetos.

435 Assim, a análise dos encargos globais a suportar pelo Estado com estes projetos não se pode circunscrever a encargos contratuais já assumidos. Tal interpretação é um risco objetivo decorrente da informação apresentada no relatório do OE para 2012.

436 A título ilustrativo, apresenta-se um gráfico com origem no relatório do OE para 2012²¹⁷.

GRÁFICO 4 - ESTIMATIVA DE ENCARGOS BRUTOS COM AS ATUAIS PPP NA SAÚDE - RELATÓRIO DO OE PARA 2012



Fonte: Relatório do OE para 2012, DGTf

437 Os encargos no setor da saúde, assinalados a verde na figura acima, apenas teriam o perfil apresentado, caso as unidades de saúde, sensivelmente a partir de 2021, encerrassem a sua principal atividade (prestação de cuidados de saúde), continuando apenas a manutenção dos edifícios, ao longo de cerca de mais 20 anos.

438 O exposto não representa uma crítica aos dados apresentados pela DGTf²¹⁸. Tanto o Relatório do OE, como os relatórios anuais e trimestrais daquela entidade referem expressamente que a informação apresentada é relativa a encargos contratualizados.

439 Assim, para o longo prazo, não faz sentido considerar pagamentos do Estado apenas relativamente a um edifício hospitalar, durante cerca de mais 20 anos, sem entrar em linha de conta com os encargos que gera a sua utilização (prestação de serviços clínicos).

440 Ainda mais sendo aquela a vertente (serviços clínicos) que, desde início, se sabe ser a maior geradora de encargos e a qual se concebe²¹⁹ como mais vantajosa se desenvolvida por um parceiro privado, em qualquer dos projetos, como já se viu em ponto anterior deste relatório.

441 Deve ser salientado que o esforço financeiro que estes projetos implicam ficará subavaliado, se não for tido em conta todo o seu ciclo de vida destes projetos.

²¹⁶ Limitamo-nos a aceitar, neste relatório, como genericamente bons os critérios utilizados em sede de concurso, por o objeto de auditoria não abranger a análise dos custos públicos comparáveis destes projetos.

²¹⁷ O relatório do OE para 2013 não apresenta já um gráfico desta natureza, mas apenas os montantes contratuais de encargos plurianuais correspondentes, bem como referência aos montantes actualizados de encargos, o que conduzirá ao mesmo risco de interpretação aqui exposto.

²¹⁸ Deve dizer-se também que a DGTf foi uma das entidades que colaborou com o TC na presente auditoria e que foi utilizada informação proveniente daquela entidade.

²¹⁹ Limitamo-nos a aceitar, neste relatório, como bons os critérios utilizados em sede de concurso, por o objeto de auditoria não abranger a análise dos custos públicos comparáveis destes projetos.

442 O quadro 8, efetuado com base em preços constantes, sem IVA, ilustra o peso dos encargos contratuais nos encargos estimados para o ciclo de vida de cada uma das unidades hospitalares referidas. Para a componente de infraestrutura, obtém-se 100% uma vez que os encargos contratuais e os dos respetivos ciclos de vida a 30 anos coincidem. Já o mesmo não se passa para a vertente de serviços clínicos (estabelecimento), uma vez que só existem encargos contratuais para 10 anos.

QUADRO 8 - REPRESENTATIVIDADE DOS ENCARGOS (CONTRATUAIS/CICLO DE VIDA)

	%
Cascais	39,60%
Estabelecimento	33,08%
Edifício	100,00%
Loures	41,99%
Estabelecimento	34,45%
Edifício	100,00%
Vila Franca de Xira	39,23%
Estabelecimento	32,21%
Edifício	100,00%
Braga	38,33%
Estabelecimento	33,26%
Edifício	100,00%
TOTAL	39,66%

Fonte: entidades públicas gestoras.
Nota: Com base em preços constantes de 2012.

443 O peso dos encargos contratuais nos encargos projetados para o ciclo de vida de cada projeto hospitalar, é bastante semelhante (entre 38% e 42%). Considerando o total dos 4 projetos, este peso é de **cerca de 40%**²²⁰.

444 Estima-se que os encargos ao longo dos ciclos de vida daqueles hospitais serão de cerca de 10.444,685 milhões de euros²²¹ e que os encargos contratuais desde 2009, até ao final dos contratos em vigor, serão de 4.142,680 milhões de euros²²².

445 Isto é, a subavaliação dos encargos daqueles hospitais, pelo facto de não serem tido em conta todo o ciclo de vida de cada projeto, é estimada em cerca de 152%.

10.1.2. Atualização de encargos após a assinatura dos contratos

446 O Despacho N.º 13208/2003, de 25 de junho, da Ministra das Finanças, prevê a aplicação de uma taxa de desconto de 4%, e um pressuposto anual de variação de preços positivo de 2%.

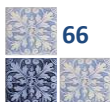
447 O mesmo Despacho tem sido utilizado fora do âmbito de aplicação que ele mesmo prevê (análise de propostas e comparador público, ou seja, processo de contratação e sua preparação).

448 Para efeitos de elaboração do relatório do OE e dos relatórios sobre PPP, nos cálculos dos valores atuais dos encargos, tem sido utilizada pelo Ministério das Finanças, a taxa de desconto real de 4% referida pelo Despacho citado. Essa abordagem subavalia o impacto dos encargos em causa.

²²⁰ Tendo em conta a estimativa de execução de encargos até 2012 e assumindo uma vida útil de cerca de 30 anos, por projeto.

²²¹ Preços constantes, 2012. O detalhe deste valor encontra-se nos pontos seguintes do presente relatório.

²²² Preços constantes de 2012. O detalhe deste valor encontra-se nos pontos seguintes do presente relatório.



449 Este efeito de subavaliação é de magnitude significativa, conforme se apresenta no quadro 9.

QUADRO 9 - SUBAVALIAÇÃO DOS ENCARGOS COM TAXA DE DESCONTO REAL

(Milhões de euros)

Encargos 2013 e ss.	S/ tx desc real	C/ tx desc real	Diferença	Subavaliação
Enc. Ciclo de vida	9.625,438	6.722,306	2.903,132	43,19%
Enc. Contratuais	3.323,433	2.642,192	681,241	25,78%

Fonte: Dados de base: entidades públicas gestoras. Preços constantes 2012, sem IVA.

450 A introdução da taxa de desconto real nos cálculos efetuados, levaria a que o valor atual dos encargos com os quatro hospitais em PPP (do ano de 2013 até final do ciclo de vida) ficasse subavaliado em cerca de 43% (correspondentes a cerca de - 2.903 milhões de euros).

451 No que respeita aos encargos contratuais, esta subavaliação corresponderia a cerca de 26%, isto é, cerca de 681 milhões de euros.

452 Referimo-nos apenas às PPP dos Hospitais de Cascais, Loures, Vila Franca de Xira e Braga. O valor para todos os encargos decorrentes de todas as PPP do Estado, será maior.

453 Considera-se portanto que a utilização de uma taxa de desconto real para o cálculo do valor atual dos encargos não é adequada para efeitos de apoio ao processo orçamental e à aprovação do OE²²³.

454 O Despacho referido é aplicável à fase de contratação da parceria, nomeadamente à elaboração do comparador público, pois nessa fase, ao avaliar-se a **opção** de prosseguir com a contratação da parceria, existe a necessidade de incorporar nos *cash flows* o efeito de uma **aplicação alternativa**, o que é feito pela aplicação da taxa de desconto real indicada.

455 Findos os processos de contratação e após a assinatura dos contratos não estamos em fase de avaliação e decisão de investimentos mas de quantificação, ainda que previsionalmente, do valor dos respetivos encargos financeiros.

456 Não se colocando, na verdade, a hipótese de liquidação antecipada, na avaliação de encargos futuros, decorrentes de obrigações contratuais do Estado, já assumidas, dever-se-á ter em conta, apenas, a correção monetária, resultando em montantes expressos a preços constantes.

457 Por estes motivos considerou-se, nos cálculos efetuados no presente relatório, como não aplicável a taxa de desconto real de 4% já referida tendo sido tidos em conta, no entanto, os 2% relativos à expectativa de variação anual de preços a longo prazo.

10.2. Perfis de encargos

458 O gráfico 5 apresenta a evolução dos encargos, a preços constantes, sem IVA, com as grandes unidades hospitalares em PPP²²⁴. Nele estão representadas a evolução dos encargos contratuais, bem como a evolução dos encargos decorrentes do ciclo de vida dos Hospitais em PPP de Braga, de Cascais, de Vila Franca de Xira e de Loures.

459 Os encargos contratuais foram projetados tendo como referência os valores fornecidos pela ACSS. Esta entidade, originalmente, incluiu os montantes a cargo dos terceiros pagadores, constantes dos casos base, nos encargos de cada hospital²²⁵. Adicionalmente, numa análise caso a caso, foram incorporados nas projeções, os montantes cuja responsabilidade de pagamento cabe aos utentes e ainda ajustamentos

²²³ Em sede de contraditório, a ACSS sublinha que o reporte mensal de encargos com PPP por si elaborado e remetido à DGTF assenta apenas em preços nominais com IVA e que em relação às estimativas de encargos futuros com as PPP para efeitos de elaboração dos Relatórios do Orçamento do Estado, a informação remetida apresenta estimativas de encargos a preços nominais, com e sem IVA e a preços constantes, com e sem IVA, ao ano de elaboração do respectivo Relatório do Orçamento do Estado.

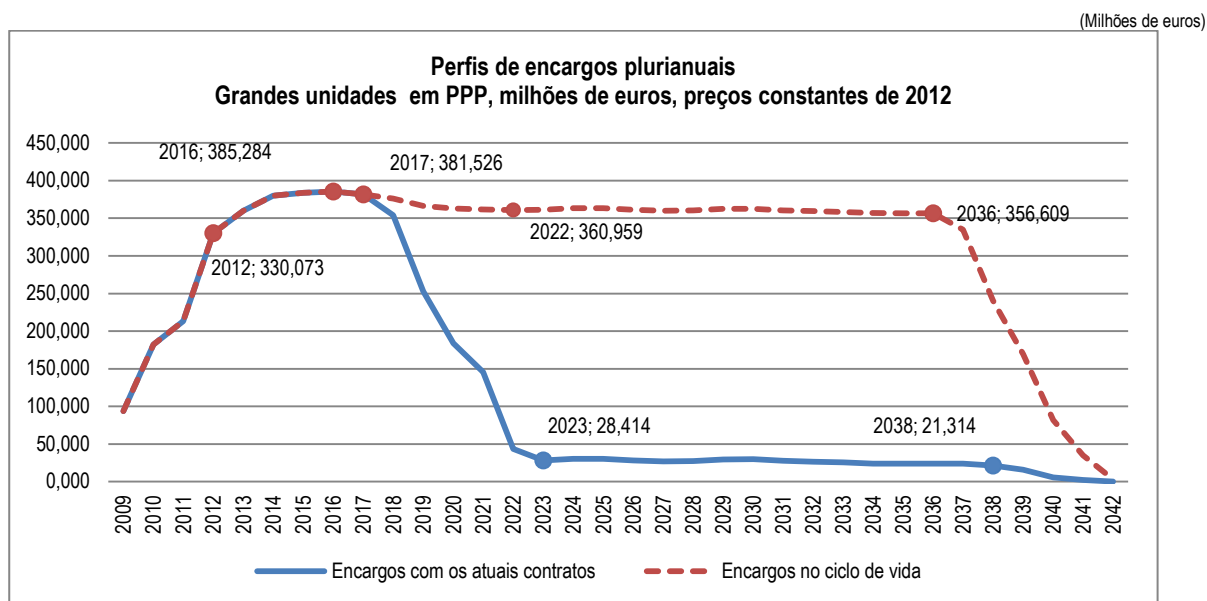
²²⁴ Braga, Cascais, Vila Franca de Xira e Loures.

²²⁵ Como estimador da transferência de responsabilidades de pagamento de terceiros pagadores (subsistemas de saúde) para o SNS.

decorrentes dos desvios face ao caso base já verificados²²⁶, na parte em que se considerou puderem vir a verificar-se a partir de 2013.

- 460 Os encargos com o ciclo de vida incluem os encargos com EGED, a 30 anos, como decorre dos contratos em vigor, e tal como fornecido pela ACSS. Incluem, também, os encargos com as remunerações das EGEST, a 10 anos, replicados até ao final da vida útil dos novos edifícios hospitalares.

GRÁFICO 5 - PERFIS DE ENCARGOS PLURIANUAIS DAS GRANDES UNIDADES PPP



Fonte: Dados de base fornecidos pelas entidades públicas gestoras e pela ACSS. Estimativa de encargos até 2012 e projeção de encargos com ajustamento pelos diferenciais face ao caso base para 2013 e seguintes. Inclui a comparticipação dos utentes-produto das taxas moderadoras. Sem IVA.

- 461 Em 2012, as unidades hospitalares encontram-se, ainda, na fase de encargos crescentes. Prevê-se que esta fase atingirá um máximo de encargos em 2016 (385,284 milhões de euros)²²⁷.

- 462 O atingir deste máximo não resulta de qualquer pico de procura naquele ano, mas sim do facto de, nos contratos das PPP dos Hospitais de Vila Franca de Xira e de Braga, os valores máximos previstos para as remunerações das entidades gestoras dos edifícios se concentrarem nos primeiros anos de execução contratual²²⁸.

- 463 Sublinha-se que os encargos entre 2011 e 2012 são **provisórios**, na medida em que os encargos executados naquele período poderão vir a sofrer correções decorrentes dos processos de reconciliação anual não encerrados.

- 464 Também se dá conta que, caso não existissem restrições orçamentais, alguns dos projetos poderiam, em 2011 e 2012, apresentar encargos mais elevados²²⁹.

²²⁶ Os desvios face aos casos base não coincidem com os desvios históricos apurados no anexo ao presente relatório, na medida em que alguns dos eventos que lhes deram origem, poderão não vir a ocorrer no período de 2013 em diante. O ajustamento foi efetuado comportando algum otimismo, na medida em que os encargos de 2011 e 2012 se encontram influenciados pelas restrições orçamentais atuais. Para efeitos de previsão orçamental haveria vantagem na revisão das projeções em cada ano, na medida em que atualmente também existem projetos em fase de arranque e cujos encargos poderão não ser típicos e sobreponíveis a fases de cruzeiro. Em sede de contraditório, a ACSS refere ter em curso um trabalho de revisão de estimativas de encargos futuros até ao final dos períodos contratuais na vertente dos serviços clínicos.

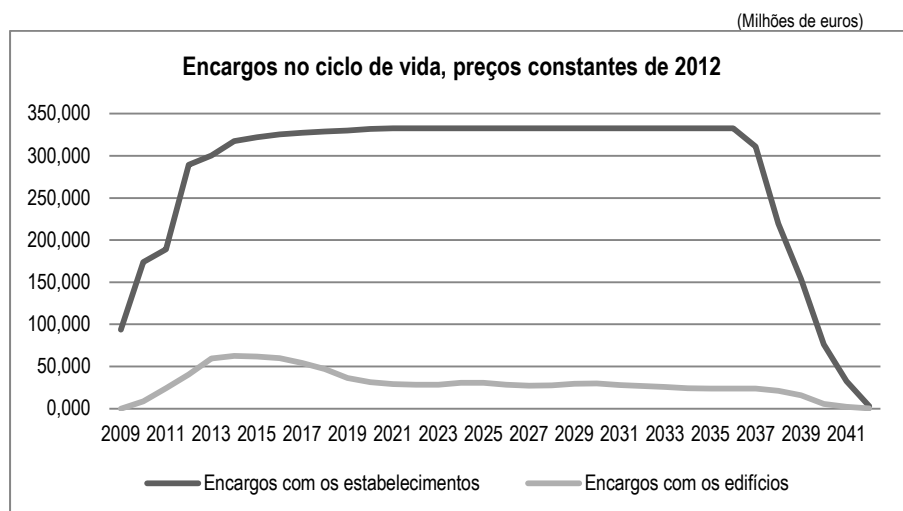
²²⁷ De acordo com os melhores estimadores disponíveis à data dos trabalhos de auditoria e tendo em conta ajustamentos aos encargos futuros inferidos dos anos decorridos considerados significativos, de acordo com o estágio de ciclo de vida de cada projeto. Em sede de contraditório, a DGTf refere ter concluído pelo montante de encargos projetado para 2016, semelhante ao que constava no texto submetido a contraditório. No entanto, o montante agora apresentado resulta da incorporação da nova informação remetida ao TC, também em sede de contraditório, pelas entidades públicas gestoras e, nomeadamente, pela ARSN.

²²⁸ Este facto será também sublinhado na análise de um gráfico mais abaixo no presente relatório. No caso dos Hospitais de Loures e de Cascais, as remunerações previstas para as EGED apresentam uma distribuição bastante mais uniforme ao longo dos 30 anos de prazo contratual.

²²⁹ Até porque, nestes anos, em grande parte, o estimador disponível para os encargos é a produção contratada. O impacto efetivo das restrições orçamentais verificadas numa primeira fase (contratação anual) poderá ser melhor analisado após a conclusão dos processos de reconciliação anual.

- 465 Assim, as projeções feitas para os anos de 2013 e seguintes também se encontram influenciadas pelas restrições orçamentais.
- 466 Outro fator que não foi contemplado nas projeções referidas, é o impacto das eventuais políticas de recuperação de listas de espera que possam vir a existir.
- 467 No gráfico apresentado, verifica-se uma coincidência entre os encargos contratuais e os encargos de ciclo de vida até 2017 (381,526 milhões de euros). A partir de 2017 verifica-se uma diferença entre a evolução dos encargos contratuais e a evolução dos encargos do ciclo de vida dos hospitais em PPP, por via da consideração das remunerações das EGEST²³⁰ ao longo de mais de 20 anos, para além dos 10 que estão contratualizados para cada hospital.
- 468 Os encargos ao longo do ciclo de vida descem até aos 360,959 milhões de euros, em 2022, evoluindo depois com ligeiras oscilações até 2036, onde poderão atingir 356,609 milhões de euros. A partir de 2036 os encargos no ciclo de vida iniciarão uma queda acentuada até 2042.
- 469 Quanto aos encargos contratuais, existirá uma diminuição acentuada de 2017 para 2023, ano em que os encargos projetados são de 28,414 milhões de euros.
- 470 Projeta-se que, então, os encargos diminuam, com oscilações, até 2038 (21,314 milhões de euros) e depois, mais acentuadamente, até 2042.
- 471 O gráfico 6 apresenta a evolução dos encargos ao longo do ciclo de vida (linha a tracejado no gráfico 5), mas repartidos pelas componentes de remunerações das EGED e EGEST (simplificadamente, encargos com o edifício e com os serviços clínicos).

GRÁFICO 6 - ENCARGOS PLURIANUAIS POR COMPONENTE DAS GRANDES UNIDADES EM PPP



Fonte: Dados de base fornecidos pelas entidades públicas gestoras e pela ACSS. Estimativa de encargos até 2012 e projeção de encargos com ajustamento pelos diferenciais face ao caso base para 2013 e seguintes. Inclui a comparticipação dos utentes – produto das taxas moderadoras. Sem IVA

- 472 O gráfico 6 demonstra o que foi referido no gráfico 5 quanto à justificação do máximo de encargos ser atingido entre 2013 e 2017²³¹. Àquele período corresponde um máximo de encargos com a componente relativa aos edifícios (linha inferior do gráfico), uma vez que nele os encargos com as remunerações das EGED dos Hospitais de Braga e de Vila Franca são mais elevados. Em sede de contraditório, a ACSS chama a atenção para que tal facto já estava subjacente às propostas adjudicadas em concurso e que a maior

²³⁰ Os encargos ao longo do ciclo de vida foram estimados de forma a contrariar a diminuição de encargos contratuais com as EGEST existente no final de cada período contratual, diminuição esta verificada geralmente a partir do penúltimo ano contratual.

²³¹ No gráfico 5, a linha dos encargos no ciclo de vida corresponde ao cúmulo das linhas relativas aos estabelecimentos e aos edifícios do gráfico 6. Neste último constata-se que entre 2013 e 2017 o contributo para o máximo global de encargos é atribuível à existência de encargos mais elevados, neste período, na componente de infraestrutura.

concentração de volume de pagamentos no período indicado se justifica pelo agravamento das condições de financiamento inerentes à crise financeira.

473 A subida menos acentuada que se verifica nos encargos com os estabelecimentos em 2011 resulta, entre outros fatores, do aumento de encargos a verificar-se, eventualmente, em 2012²³² na PPP do Hospital de Braga, efeito esse acentuado pelo montante de cerca de 5,7 milhões de euros em deduções à remuneração da EGEST, atribuídas ao ano de 2011.

474 A diminuição de encargos, a partir de 2036, deve-se ao fim da vida útil estimada para os edifícios e ao correspondente decréscimo de encargos previstos para os estabelecimentos nos últimos anos de atividade.

10.3. Encargos contratuais

475 O quadro 10 apresenta os encargos estimados com os quatro grandes projetos hospitalares, no que respeita aos encargos diretamente decorrentes dos contratos em vigor.

QUADRO 10 - ENCARGOS CONTRATUAIS POR PERÍODO RELEVANTE

(Milhões de euros)

	Encargos totais	Encargos incorridos (2009-2012)	Encargos futuros (2013 e ss.)
Cascais	774,670	258,529	516,141
Estabelecimento	584,165	235,849	348,316
Edifício	190,505	22,680	167,825
Loures	1.094,625	72,297	1.022,328
Estabelecimento	794,507	61,215	733,292
Edifício	300,118	11,082	289,036
Vila Franca de Xira	821,915	83,218	738,696
Estabelecimento	604,952	83,218	521,733
Edifício	216,963	-	216,963
Braga	1.451,471	405,202	1.046,269
Estabelecimento	1.163,669	365,733	797,936
Edifício	287,802	39,469	248,333
TOTAL	4.142,680	819,247	3.323,433

Nota: Preços constantes de 2012, sem IVA.

Fonte: dados de base fornecidos pelas entidades públicas gestoras, de acordo com o Anexo do presente relatório.
Milhões de euros, sem IVA.

476 Os encargos contratuais futuros mais elevados (ano de 2013 e seguintes), dizem respeito aos hospitais de Loures e de Braga.

477 O montante total dos encargos incorridos²³³ ascende a 819 milhões de euros, projetando-se que, até 2042, o montante de encargos contratuais seja superior a 3.323 milhões de euros.

478 Estima-se que o montante global de encargos contratuais, entre 2009 e 2042, ascenda a mais de 4.142 milhões de euros.

479 Como já foi referido, a componente que mais encargos gera - os serviços clínicos - está, atualmente, contratada para um período de dez anos, sendo que, nos casos do Hospitais de Braga e de Cascais, o período contratual **já decorrido** para a vertente clínica é de cerca de três anos.

²³² À data do contraditório não havia sido concluído o respetivo processo de reconciliação.

²³³ A preços constantes de 2012.

- 480 Os encargos contratuais futuros, previstos para o Hospital de Braga, estão influenciados pela redução de encargos verificada em 2012 (relativamente a 2011)²³⁴. Contudo, os encargos poderiam ter sido maiores, uma vez que, de acordo com o respetivo gestor de contrato, a capacidade de produção instalada neste Hospital permitiria acomodar a recuperação de listas de espera.
- 481 Os efeitos das restrições orçamentais existentes, que se refletiram nos procedimentos de contratação anual e, conseqüentemente, os encargos de referência, afetam as estimativas de encargos futuros.
- 482 O CASNS e o CMFRS têm os seus prazos contratuais perto do final.
- 483 O CASNS teve em curso, à data dos trabalhos de auditoria, um novo processo de contratação, razão pela qual, e de forma a assegurar a continuidade do serviço às populações, vigorou uma adenda ao contrato que prorrogou o prazo previsto inicialmente.
- 484 Os encargos do CASNS incluem o efeito da adenda motivada pela ocorrência da pandemia da gripe A (setembro de 2009), mas que, conforme atrás se referiu²³⁵, não motivou encargos globalmente superiores, face ao estimado no caso base. Tendo sido caso único, nos projetos analisados, os encargos com o CASNS incluem a estimativa de encargos com o contrato decorrente do novo concurso, de acordo com os montantes autorizados para o efeito pela Resolução do Conselho de Ministros Nº 37/2011, de 25 de Agosto²³⁶.
- 485 Quanto ao CMFRS, prevendo-se o término do atual contrato para 2013, desconhecia-se, à data dos trabalhos de auditoria, a solução preconizada para a continuação do serviço prestado, sendo certo que o contrato não contempla a possibilidade de prorrogação. À data dos trabalhos de auditoria, não existia ainda qualquer procedimento concursal lançado. Em sede de contraditório, a ACSS refere estar a preparar uma proposta sobre esta matéria, a qual será apresentada à Tutela.
- 486 Como se pode verificar pelo quadro 11, os montantes envolvidos são bastante menos significativos do que os que resultam dos contratos para as grandes unidades hospitalares abordadas anteriormente.

QUADRO 11 - ENCARGOS COM O CASNS E O CMFRS

(Milhões de euros)

	Encargos totais	Encargos incorridos (2007-2012)	Encargos futuros (2013 e ss.)
CMFRS	46,070	38,762	7,308
CASNS	83,750	60,662	23,088
Totais	129,820	99,424	30,396

Nota: Estimativa de encargos até 2012 e projeção de encargos com ajustamento pelos diferenciais face ao caso base para 2013 e seguintes. Inclui a comparticipação dos utentes. Preços constantes 2012. Sem IVA.

Fonte: dados de base fornecidos pelas entidades públicas gestoras e pela ACSS.

- 487 Estima-se, assim, que estes dois projetos impliquem um total de encargos até ao final de 2012, de cerca de 99,424 milhões de euros.

10.4. Encargos no ciclo de vida

- 488 Os encargos no ciclo de vida que se apresentam no quadro 12, resultam dos encargos contratuais referidos no ponto anterior, acrescidos das projeções de encargos para o ano de 2013 e seguintes, a preços constantes, sem IVA.

²³⁴ Vide ponto do presente relatório sobre Evolução de encargos face aos casos base, por contrato, bem como o anexo respeitante aos encargos incorridos por projeto.

²³⁵ Vide ponto do presente relatório sobre Evolução de encargos face aos casos base, por contrato, bem como o anexo respeitante aos encargos incorridos por projeto.

²³⁶ Os dados de base para encargos futuros utilizados foram os fornecidos pela ACSS, os quais já incluíam tal estimativa. Deve porém notar-se que já depois de decorridos os trabalhos de auditoria o contrato resultante do novo concurso, viu recusado o visto do TC (Acórdão nº 1/2013, de 8 de janeiro-1ª Secção/SS).

QUADRO 12 - ENCARGOS NO CICLO DE VIDA POR PERÍODO RELEVANTE

(Milhões de euros)

	Encargos totais	Encargos incorridos (2009-2012)	Encargos futuros (2013 e ss.)
Cascais	1.956,369	258,529	1.697,839
Estabelecimento	1.765,864	235,849	1.530,015
Edifício	190,505	22,680	167,825
Loures	2.606,610	72,297	2.534,313
Estabelecimento	2.306,493	61,215	2.245,278
Edifício	300,118	11,082	289,036
Vila Franca de Xira	2.094,981	83,218	2.011,763
Estabelecimento	1.878,019	83,218	1.794,800
Edifício	216,963	-	216,963
Braga	3.786,725	405,202	3.381,523
Estabelecimento	3.498,923	365,733	3.133,190
Edifício	287,802	39,469	248,333
TOTAL	10.444,685	819,247	9.625,438

Nota: Estimativa de encargos até 2012 e projeção de encargos com ajustamento pelos diferenciais face ao caso base para 2013 e seguintes. Inclui a comparticipação dos utentes. Preços constantes, sem IVA.)

Fonte: Dados de base fornecidos pelas entidades públicas gestoras e pela ACSS.

489 Os encargos ao longo do ciclo de vida das quatro grandes unidades hospitalares referidas ascenderão a cerca de 10.445 milhões de euros, dos quais, 9.625 milhões de euros correspondem a encargos a ocorrer entre 2013 e 2042.

490 O Hospital de Braga é o projeto que envolve ao longo do ciclo de vida um maior montante de encargos (3.787 milhões de euros) e também o que terá mais encargos futuros (cerca de 3.382 milhões de euros).

491 O Hospital de Cascais, que foi o primeiro dos projetos a entrar em execução, é, simultaneamente, o que ao longo do seu ciclo de vida gera menores encargos e também o que, a partir de 2013, se prevê gere menores encargos futuros.

492 Conclui-se também que o peso relativo dos encargos com a componente infraestrutural (remunerações das EGED), atinge no máximo 11,51%. Tal consta no quadro 13.

QUADRO 13 - REPRESENTATIVIDADE DOS ENCARGOS DO EDIFÍCIO NOS ENCARGOS TOTAIS

	%
Cascais	9,74%
Loures	11,51%
Vila Franca de Xira	10,36%
Braga	7,60%

Nota: preços constantes de 2012, com ajustamentos pelos desvios verificados face ao caso base; valores sujeitos a revisão decorrente dos processos de reconciliação anual; sem IVA.

Fonte: dados de base fornecidos pelas entidades públicas gestoras e pela ACSS.

10.5. Execução financeira

493 Dados os montantes dos encargos contratuais e dos decorrentes do ciclo de vida referidos nos pontos anteriores do presente relatório, conclui-se pela seguinte execução financeira até 2012.

QUADRO 14 - EXECUÇÃO FINANCEIRA

	Encargos contratuais (%)	Encargos ciclo de vida (%)
Cascais	33,37%	13,21%
Estabelecimento	40,37%	13,36%
Edifício	11,91%	11,91%
Loures	6,60%	2,77%
Estabelecimento	7,70%	2,65%
Edifício	3,69%	3,69%
Vila Franca de Xira	10,12%	3,97%
Estabelecimento	13,76%	4,43%
Edifício	0,00%	0,00%
Braga	27,92%	10,70%
Estabelecimento	31,43%	10,45%
Edifício	13,71%	13,71%
TOTAL	19,78%	7,84%

Nota: preços constantes de 2012, com ajustamentos pelos desvios verificados face ao caso base; valores sujeitos a revisão decorrente dos processos de reconciliação anual; sem IVA.
Fonte: dados de base fornecidos pelas entidades públicas gestoras e pela ACSS.

494 Assim, estima-se que a execução até 2012 representa 20% dos encargos contratuais. Mas tendo em conta todo o ciclo de vida, essa execução representa apenas 8%.

495 Apenas os encargos com as remunerações da EGED do Hospital de Vila Franca de Xira, não têm qualquer execução, na medida em que, não estando concluído o novo edifício hospitalar, não existem, até 2012, pagamentos do Estado.

11. CONCESSIONÁRIAS

11.1. TIR e financiamento – alterações até ao *financial close*

496 O quadro 15 apresenta as TIR acionistas nominais para cada uma das entidades gestoras, conforme decorriam das BAFO²³⁷ apresentadas nos respetivos processos concursais, bem como as TIR no momento do *financial close*²³⁸.

²³⁷ *Best and Final Offer* – proposta final de cada concorrente. A BAFO vencedora de cada processo concursal dá origem à adjudicação do contrato pela entidade pública contratante.

²³⁸ *Financial close* - momento em que estando preenchidas as condições requeridas para os contratos de financiamento, os mesmos contratos se consideram firmes, podendo as entidades financiadas, neste caso as concessionárias, proceder à utilização das facilidades, de acordo com as condições acordadas para o efeito.

QUADRO 15 - TIR ACIONISTA NOMINAL

	EGED		EGEST	
	BAFO	Financial close	BAFO	Financial close
Cascais	10,77%	8,88%	9,71%	9,74%
Loures	12,65%	10,46%	12,20%	12,17%
Vila Franca de Xira	10,88%	10,85%	14,70%	12,76%
Braga	9,13%	9,13%	10%	10,09%
CASNS				11,94%
CMFRS				11,73%

Fonte: ACSS

497 Do quadro 15 ressaltam três realidades distintas:

- Para as duas grandes unidades hospitalares cujos concursos terminaram primeiro, Cascais e Braga, as TIR no momento do *financial close* rondaram os 9% para as EGED e os 10% para as EGEST.
- Para as outras duas grandes unidades hospitalares, cujos concursos terminaram já num contexto de crise financeira, Loures e Vila Franca de Xira, as TIR, no *financial close*, para as EGED rondam os 10,5%, e para as EGEST encontram-se acima dos 12%.

No caso do Hospital de Loures (ao contrário do que se passou com o caso do Hospital de Vila Franca), a TIR da EGEST não sofreu redução significativa entre a BAFO e o *financial close*.

Pelos elementos consultados, os *spreads* dos financiamentos bancários subiram significativamente entre as propostas iniciais e os *financial close* para todas as entidades gestoras dos Hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures, com exceção da EGEST de Loures, a qual não recorreu a financiamento pela banca comercial.

Os dados fornecidos à equipa de auditoria pela ACSS indicam que para as restantes entidades gestoras os *spreads* bancários, que nas propostas iniciais se situavam entre 0,75% e 1,15%, aumentaram até ao *financial close* para o intervalo de 2,5% a 4,75%.

Assim, não obstante o agravar da crise financeira, a EGEST do Hospital de Loures manteve sensivelmente a mesma TIR entre a BAFO e o *financial close*.

- Para os projetos de dimensão financeira menos significativa (CASNS e CMFRS) as TIR rondam os 11,8%.

498 Também no que respeita ao endividamento, os projetos dos Hospitais de Loures e Vila Franca representam um caso à parte, como pode ser observado no quadro 16.

QUADRO 16 - RÁCIOS DE ENDIVIDAMENTO/FUNDOS PRÓPRIOS (BAFO)

	EGED		EGEST	
	Endividamento	Fundos próprios	Endividamento	Fundos próprios
Cascais	85,00%	15,00%	54,70%	45,30%
Loures	82,00%	18,00%	0,00%	100,00%
Vila Franca de Xira	83,10%	16,90%	27,27%	72,73%
Braga	80,00%	20,00%	45,50%	54,50%
CASNS			54,30%	45,70%
CMFRS			55,80%	44,20%

Fonte: Dados de base: ACSS.

499 No caso do Hospital de Loures (EGEST), verificou-se, pelos elementos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, que o financiamento do estabelecimento hospitalar assentou exclusivamente em fundos próprios²³⁹. A EGEST do Hospital de Vila Franca de Xira também apresenta um rácio de fundos próprios elevado (72,73%) Nas restantes grandes unidades hospitalares o financiamento por intermédio de fundos próprios dos estabelecimentos hospitalares, nas EGEST, situa-se entre cerca de 45% e 55%.

500 Da análise das TIR e do endividamento conclui-se também que à data da contratação perspectivava-se que a gestão dos serviços clínicos, como atividade de maior risco, proporcionasse aos parceiros privados maior rentabilidade do que a atividade de gestão da infraestrutura.

501 As instituições bancárias proporcionaram um maior grau de financiamento à vertente de infraestrutura, a qual contratualmente goza de remunerações com elevada estabilidade por um prazo mais dilatado envolvendo um menor risco²⁴⁰.

502 Em contrapartida, é na atividade de prestação de serviços clínicos, com maior incerteza associada aos cash flows, que existe uma componente maior de fundos próprios e, assim, um maior compromisso de financiamento por parte dos acionistas.

503 Deve ter-se em conta que, entre a BAFO e o *financial close*, o agravamento do ambiente económico e financeiro repercute-se diretamente nos gastos de financiamento.

504 Se no caso do Hospital de Loures (EGEST) a TIR praticamente se manteve entre a BAFO e o *financial close*, não existindo financiamento bancário, no caso do Hospital de Vila Franca (EGEST) houve uma redução da TIR em cerca de 2%, não obstante o financiamento por fundos próprios se apresentar elevado (rácio de 72,73%).

11.2. Desempenho financeiro das concessionárias e riscos para o Estado

505 O ponto presente analisa o desempenho financeiro das concessionárias, tendo em conta a informação, a preços correntes, constante do Anexo I ao presente relatório.

506 Com desempenho financeiro negativo destacam-se os casos das EGEST dos Hospitais de Cascais e de Braga.

507 Relativamente à **EGEST do Hospital de Cascais**, verificaram-se **resultados líquidos negativos** em 2010²⁴¹ e 2011²⁴² bastante mais acentuados do que os que previa o caso base. Esta concessionária prevê para 2012 resultados líquidos também negativos e significativamente piores do que o previsto no caso base²⁴³.

²³⁹ BAFO. Ainda que no caso do Hospital de Loures, a EGEST, em sede de contraditório, refere ter recorrido a uma facilidade de leasing para financiar a compra dos equipamentos que são da sua responsabilidade.

²⁴⁰ Este aspeto é particularmente importante, dada a filosofia de *project finance* (financiamento associado aos cash flows do projeto), para além do eventual efeito sobre o financiamento da natureza dos ativos corpóreos associados à vertente infraestrutural.

²⁴¹ -29, 4 milhões de euros, contra - 1,3 milhões de euros previstos no caso base.

- 508 A explicação para estes resultados prende-se, de acordo com a concessionária, com o efeito combinado da existência de gastos operacionais acima do esperado, nomeadamente no que diz respeito aos **gastos com pessoal**, e com **resultados operacionais** abaixo do previsto no caso base²⁴⁴.
- 509 Quanto aos gastos com pessoal, considera esta concessionária que a convivência, no mesmo sistema, com os hospitais de gestão pública, cria condições de concorrência pelos recursos humanos que lhe são desfavoráveis, uma vez que considera existir escassez de mão-de-obra e uma desregulação induzida pela política salarial dos hospitais públicos.
- 510 A concessionária esclarece ainda que existem constrangimentos legais e sobrecustos relativamente à contratação de médicos aposentados.
- 511 Por último, é mencionada pela EGEST a existência do que considera ser uma lacuna contratual. O pessoal em regime de funções públicas que não optou pelo contrato individual de trabalho permaneceu em funções criando, em alguns casos, uma duplicação de mão-de-obra.
- 512 Este facto levou a EGEST a faturar os gastos assim incorridos à ARSLVT, a qual, por seu lado, entende ser uma situação que decorre de um risco que não lhe está atribuído.
- 513 No que diz respeito aos **rendimentos**, para 2011 e 2012, não tendo existido acordo entre a EGEST e a ARSLVT, nas negociações sobre a produção anual contratada, devido a restrições orçamentais do Estado, **a produção de referência para aqueles anos foi fixada unilateralmente pelo Estado**.
- 514 Na perspetiva da EGEST, se não for ultrapassada a restrição que conduz ao que classifica como uma limitação administrativa da procura, obterá uma rendibilidade negativa.
- 515 A EGEST de Cascais terminou o exercício de 2011 com uma situação de capitais próprios negativa 30,5 milhões de euros²⁴⁵.
- 516 O exposto implica um risco para a previsibilidade dos encargos para o Estado, visto que:
- A manutenção de uma contratação de produção contida, devido às restrições orçamentais, poder-se-á repercutir no serviço prestado às populações. Este é um risco que, em termos de serviço e de gastos colaterais, a ARSLVT referiu pretender acompanhar ao longo de 2012. Mas, paralelamente, existe também uma contenção de encargos com estes projetos. Assim, infere-se que os encargos resultantes da prestação de serviços clínicos se encontram apenas temporariamente contidos
 - A EGEST do Hospital de Cascais colocou a hipótese de pedir a revisão dos pressupostos do caso base, atendendo aos gastos incorridos com o pessoal que permaneceu em regime de funções públicas.
 - Verifica-se o mau desempenho financeiro da concessionária, EGEST, não obstante as remunerações pela prestação de serviços clínicos em 2010 e 2011 terem sido um pouco superiores às do caso base, sem contar com os encargos fora do caso base²⁴⁶. Para 2012 prevê-se que os valores relativos ao pagamento de serviços clínicos, fora os valores contemplados nas remunerações não previstas no caso base estejam, sensivelmente, ao nível do inicialmente previsto no caso base.
- 517 De referir ainda que a **EGED** deste mesmo hospital, de Cascais, apresentava também resultados líquidos negativos de 0,615 milhões de euros, tal como capitais próprios negativos de 9,524 milhões de euros²⁴⁷.

²⁴² -2,23 milhões de euros contra -1,5 milhões de euros previstos no caso base. Antes da revisão de contas pelos auditores, previa-se um resultado líquido negativo de -8,1 milhões de euros, reajustado depois para -2,23 milhões de euros, em consequência da reversão parcial de imparidade referida no Anexo I ao presente relatório.

²⁴³ -4,9 milhões de euros, contra -1,2 milhões de euros no caso base.

²⁴⁴ As diferenças face ao caso base têm sido maiores no domínio dos gastos operacionais do que no campo dos proveitos.

²⁴⁵ Conforme é referido na respetiva certificação legal de contas.

²⁴⁶ De acordo com a informação em anexo ao presente relatório. E embora seja a componente de encargos não previstos no caso base a que mais explica as diferenças, face ao mesmo caso base. De facto, as previsões de encargos iniciais sendo ultrapassadas por via destas remunerações não previstas implicam que o desvio se fique a dever à existência da prestação de serviços diferentes dos inicialmente pensados para este hospital.

²⁴⁷ Informação prestada pela concessionária, à data dos trabalhos de auditoria.

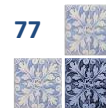


- 518 Outro caso a sublinhar é o da **EGEST do Hospital de Braga**. Esta concessionária encerra o exercício de 2011 com capitais próprios negativos de 7,922 milhões de euros. Para esta situação concorre o seu historial de resultados.
- 519 Logo em 2009, no seu primeiro ano de atividade, aquela concessionária apresentou resultados líquidos negativos e, em 2010, embora os resultados tenham sido positivos, ficaram muito aquém do previsto no caso base (cerca de -84%).
- 520 Mas o contributo mais negativo viria a verificar-se em 2011, primeiro ano de entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar e para o qual o caso base previa resultados negativos de 1,363 milhões de euros.
- 521 Nesse ano, a EGEST apresentou resultados líquidos negativos de 16,465 milhões de euros.
- 522 Estes resultados líquidos resultaram de um agravamento substancial, face ao previsto no caso base, em todas as categorias de custos, com exceção das amortizações e dos gastos financeiros, verificando-se os maiores desvios nos gastos com pessoal e nos fornecimentos e serviços externos.
- 523 Os gastos com pessoal ficaram acima das previsões do caso base cerca de 21,6 % em 2011 e, cerca de 10,8% em 2012, ano em que poderá haver um acréscimo de 11,4 milhões face aos encargos inicialmente previstos²⁴⁸.
- 524 Verificou-se também uma menor utilização das facilidades de financiamento de curto prazo, pelo que ocorreram menores gastos de financiamento face ao caso base.
- 525 A este propósito, sublinhe-se que existiu uma sobrevalorização temporária dos atos clínicos²⁴⁹, a qual concorreu para que os duodécimos pagos à EGEST do Hospital de Braga fossem superiores ao que era, inicialmente, suposto.
- 526 Em sede de contraditório a ARSN remeteu elementos pelos quais se conclui que a EGEST, em julho de 2012, referia ter encetado um percurso de melhoria da respetiva rentabilidade que culminaria, em 2013, com um equilíbrio operacional da atividade. Esta melhoria assentaria numa maior eficiência de custos, do pressuposto de aumento de produção para 2013, e da diminuição do saldo de fornecedores, através da entrada de fundos próprios e de novos financiamentos
- 527 Assim, tem-se verificado riscos para a previsibilidade dos encargos do Estado com a PPP do Hospital de Braga, visto que:
- É esperado um aumento de produção para 2013. Dado o facto de 2012 ter sido o primeiro ano completo de funcionamento no novo edifício hospitalar, esta expectativa, para 2013, poderá significar de futuro um volume anual de encargos para o Estado superior ao verificado até aqui, efeito que poderá eventualmente ser contrariado por uma contenção de encargos devida às restrições orçamentais a vigorarem por período ainda indeterminado.
 - O problema das listas de espera deste Hospital não se encontra resolvido, pelo que poderá vir a existir, por essa via, um aumento de produção e, conseqüentemente, um aumento de encargos com a prestação de serviços clínicos²⁵⁰.
 - A terem provimento as pretensões da EGEST do Hospital de Braga, os encargos incorridos não previstos no caso base poderão sofrer um agravamento superior a cerca de 4 milhões de euros com o custo da dispensa de medicamentos VIH/SIDA, em 2011 e 2012 (cerca de 2 milhões de euros em cada ano).

²⁴⁸ Dados de 2012 previsionais à data dos trabalhos de auditoria.

²⁴⁹ Devido a uma alteração metodológica no SNS que motivou alterações quanto à tipologia das unidades produzidas e conseqüentemente motivou aumentos nos duodécimos pagos à EGEST. Em anexo ao presente relatório, na informação relativa aos encargos incorridos com este Hospital, existe informação correspondente.

²⁵⁰ Alguma da produção já contratada destinou-se a colmatar a existência de listas de espera. De acordo com o gestor de contrato há margem em termos de capacidade de produção no Hospital de Braga suficiente para a resolução daquele problema.



Pela mesma razão, no ano de 2013 e seguintes poderá, também, vir a existir um agravamento superior a 2 milhões de euros anuais, a preços de 2012²⁵¹.

- Durante os trabalhos de auditoria, os processos de reconciliação de contas de qualquer dos anos desde 2009 encontravam-se por apurar. Previa-se que tais montantes incorporariam uma correção de preços em determinados atos, que nos processos de contratação anual haviam sido sobrevalorizados²⁵². Em sede de contraditório, foi veiculada ao TC informação sobre os processos de reconciliação desde 2009 a 2011, sendo ainda referido que a correção de preços foi efetuada nessa sede. Embora tenha sido reportada a regularização de tal situação, a mesma correspondia, durante os trabalhos de auditoria, a um risco para a previsibilidade dos encargos do Estado, como, aliás, resulta da diferença de valores dos encargos, obtidos antes e depois da atualização de informação feita na sequência do exercício do contraditório pela ARSN. O facto de ser possível existirem, em 2012, processos de reconciliação por encerrar desde 2009, leva a considerar que este possa ser um risco também para anos futuros.
- Sobre esta concessionária impendiam montantes de penalizações consideráveis. Nomeadamente, cerca de 4,550 milhões de euros²⁵³ em multas e cerca de 6,481 milhões de euros de deduções por falhas de desempenho. Os processos de multa geraram desacordo entre as partes e, por isso, foram objeto de mediação pela ERS. Resultou um acordo conciliatório que reduziu este montante de multas em mais de 40%, fixando uma penalidade única no valor de 2,271 milhões de euros.

528 Em contraste, as EGED dos Hospitais de Cascais e de Braga consideram que o seu desempenho financeiro está em linha com os respetivos casos base.

529 Outro dos grandes projetos hospitalares em PPP é o do **Hospital de Loures**. No que diz respeito à EGED, embora os resultados líquidos negativos sejam relativamente contidos, -0,473 milhões de euros, dá-se conta da existência de capitais próprios negativos de cerca de 4,4 milhões de euros.

530 Em sede de contraditório, a EGED do Hospital de Loures veio referir que o valor de capitais próprios negativos «é determinado pelo justo valor do swap de taxa de juro contratado, que tem por objetivo em si mesmo o controlo do risco da PPP do Hospital de Loures».²⁵⁴

531 Quanto à **EGEST do Hospital de Loures**, embora o modelo financeiro previsse para 2010 e 2011 resultados negativos, os mesmos resultados foram ainda abaixo do inicialmente previsto (-0,22 milhões de euros em 2010 e -0,58 milhões de euros em 2011). Tal foi resultado de gastos operacionais e financeiros²⁵⁵ maiores do que os esperados.

532 Esta concessionária refere também problemas com a contratação de pessoal. «A não realização tempestiva da reestruturação da oferta hospitalar em Lisboa, por causa da abertura do Hospital em Loures provocou uma reação adversa à abertura do novo equipamento e a propagação, pelos media, de notícias desencontradas sobre o destino de hospitais como a Maternidade Alfredo da Costa, o Hospital Curry Cabral ou o Hospital Pulido Valente».

533 E acrescenta, também a mesma entidade, que a falta de clarificação referida «causou uma maior dificuldade nos processos de recrutamento, pelo Hospital Beatriz Ângelo, de profissionais do SNS, uma vez que não se encontravam (nem encontram) devidamente assinalados de forma prévia os impactes da abertura do novo equipamento na produção e financiamento dos estabelecimentos existentes».

²⁵¹ As estimativas incorporam a dispensa de medicamentos VIH/SIDA até maio de 2011, não prevendo qualquer montante correspondente em 2012.

²⁵² Alteração metodológica no SNS que motivou a reclassificação de atos médicos na contratação da produção, a qual implicou por sua vez que determinados atos fossem

²⁵³ Em sede de contraditório a EGEST refere um valor inferior ao veiculado pela ARSN.

²⁵⁴ É de referir que o risco de financiamento foi atribuído aos parceiros privados, pelo que, o mesmo risco não se repercute nos encargos do Estado. As variações do justo valor destes instrumentos de cobertura repercutem-se em termos contabilísticos no capital próprio (em "outras variações no capital próprio").

²⁵⁵ Facilidade de crédito para apoio à tesouraria (Relatório e Contas 2011)



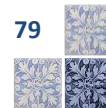
- 534 De igual modo, tal como referido quanto ao Hospital de Cascais, também no Hospital de Loures se fizeram sentir os efeitos da restrição orçamental para efeitos de contratação anual de produção, considerando assim a EGEST que todo o **risco da procura**, que não controla, lhe foi atribuído²⁵⁶.
- 535 **De acordo com a perspetiva veiculada pela EGEST, no que diz respeito ao Hospital de Loures, as restrições orçamentais são o fator de risco atualmente mais visível para a previsibilidade dos encargos**²⁵⁷, na medida em que, a prazo, o seu desaparecimento poderá possibilitar o aumento da contratação de serviços clínicos e, assim, dos encargos do Estado com as respetivas remunerações.
- 536 Com relação a esta matéria, a mesma concessionária refere o seguinte: «*a produção prevista para 2012 está em linha com o previsto no Caso Base. Contudo, a atividade registada em 2011 pelos hospitais de Lisboa que têm vindo a servir a população da área de influência do Hospital Beatriz Ângelo relativa a essa mesma população foi muito superior ao valor contratado com a ARS-LVT*».
- 537 Por seu lado, a subscrição de capital social e o montante de prestações acessórias foram superiores ao previsto no caso base e no relatório e Contas de 2011 refere-se que no final daquele ano se encontrava perdida a totalidade do capital social.
- 538 No entanto, deve sublinhar-se que 2012 é o ano em que ocorreu a abertura do Hospital de Loures e, por isso, é o primeiro ano em que se verificam pagamentos de remunerações às concessionárias.
- 539 Quanto ao **Hospital de Vila Franca de Xira**, a EGED apresentou em 2011 resultados líquidos inferiores aos do caso base essencialmente explicados pela existência de rendimentos financeiros inferiores ao esperado (caso base)²⁵⁸.
- 540 Em 2011, os resultados líquidos foram de -0,171 milhões de euros, mas o caso base previa 0,553 milhões de euros.
- 541 No mesmo ano, a utilização de facilidades de financiamento, bem como o investimento, ficaram aquém do previsto no caso base, embora a concessionária assegure que este fato foi resolvido em janeiro de 2012.
- 542 A EGEST do Hospital de Vila Franca de Xira, em 2011, apresentou resultados líquidos de 2,124 milhões de euros, prevendo o caso base 0,382 milhões de euros. Embora os rendimentos tenham ficado abaixo do caso base (-4%), tal foi compensado pela existência de gastos operacionais também mais baixos (-13,6%)²⁵⁹.
- 543 Relativamente aos riscos, para a previsibilidade dos encargos do Estado, devem referir-se os seguintes:
- Decorre ainda o período de transição, isto é, o estabelecimento ainda não labora no que será o novo edifício hospitalar, pelo que os desvios face ao caso base poderão não ser representativos dos encargos futuros.
 - Nas remunerações da EGEST os atuais desvios resultam, até à data dos trabalhos de auditoria, da existência de encargos não previstos no caso base, os quais se preveem, na sua maioria, apenas para o período de transição.
 - A EGED alertou para a possibilidade do atraso na abertura do novo Hospital (conclusão e entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar), por questão de conclusão e adequação dos acessos. A ARSLVT refere que estes riscos estão a ser monitorizados.

²⁵⁶ Em sede de contraditório, a ACSS sublinha que efetivamente o risco de procura nos contratos de PPP foi transferido para o sector privado. No entanto, o TC não deixa de sublinhar também que o controlo sobre a mesma procura pouco depende do parceiro privado, sendo pressuposto geral para a alocação de um risco a possibilidade de melhor o gerir (controlar).

²⁵⁷ Haverá que fazer referência também ao facto de nos encargos com este Hospital incidir, até agora, de forma particular os efeitos da diferença de pressupostos de atualização de preços face aos utilizados no caso base.

²⁵⁸ De acordo com a concessionária, tal facto resulta de diferentes referenciais para o cálculo dos juros.

²⁵⁹ Com ajustamento proporcional aos meses de execução do contrato. Deve ter-se em conta que o estabelecimento não funciona ainda no novo edifício hospitalar.



- 544 O CMFRS e o CASNS são projetos com menor impacto em termos de encargos, conforme se referiu em ponto supra do presente relatório. O CMFRS tem o respetivo contrato perto do seu término (2013), e à data dos trabalhos de auditoria, encontrava-se prorrogado o contrato relativo ao CASNS, até à conclusão de novo concurso com o mesmo objeto²⁶⁰.
- 545 Assim, o risco quanto à previsibilidade dos encargos decorre do que vier a ser a execução dos contratos seguintes e que tenham como objetivo prosseguir com a prestação dos mesmos serviços.
- 546 Relativamente ao CMFRS verificou-se que os resultados líquidos estiveram sempre abaixo do caso base, com exceção dos relativos ao ano de 2011, no qual se previa, à data dos trabalhos de auditoria, virem a ser um pouco acima do inicialmente considerado no caso base (1,71%).
- 547 Concorre para a explicação de tal fato a constatação de que os resultados operacionais se encontraram abaixo do previsto no caso base em todos os anos decorridos. Em 2011, os gastos operacionais, ainda assim, compensaram a descida dos proveitos operacionais.
- 548 Na base de tais diferenças face ao caso base está, essencialmente a previsão da procura inicial, a qual não se verificou.
- 549 O caso base foi feito com pressupostos otimistas no que respeita aos primeiros anos do projeto, uma vez que houve menor divulgação dos serviços prestados do que o necessário, e consequentemente uma menor referenciação de doentes para esta unidade de saúde.
- 550 Outro fator com impacto na produção foi uma demora média de tratamento superior ao que havia sido previsto.
- 551 Os contratos do **CMFRS e do CASNS** estão a terminar, prevendo-se a breve prazo a celebração de novos contratos, o que tem impacto na previsibilidade dos encargos futuros para o Estado, as características que são inerentes aos próprios projetos. A menor dimensão destes projetos, quando comparados com os das grandes unidades hospitalares e o facto de terem, também comparativamente, uma menor complexidade na sua atividade, permitem uma monitorização mais fácil dos serviços efetivamente prestados²⁶¹, com reflexos numa maior regularidade no encerramento dos processos de reconciliação.
- 552 A identificação explícita, por parte das entidades públicas gestoras, do problema decorrente das estimativas da procura demasiado otimistas (os contratos em vigor à data dos trabalhos de auditoria não foram precedidos de experiências similares), leva a crer que este será um aspeto que poderá vir a ser melhorado.
- 553 O prazo destes contratos substancialmente mais reduzido face aos contratos relativos aos grandes projetos hospitalares em PPP, possibilitam também reajustar regularmente as expectativas do concedente quanto ao volume do serviço, à procura e aos encargos.
- 554 De qualquer forma, a experiência decorrida levou, até agora, não a uma subestimativa, mas a uma sobrestimativa de encargos para o Estado.

²⁶⁰ Matéria igualmente referida em ponto anterior do presente relatório.

²⁶¹ De acordo com os gestores de contrato, uma vez que o número de atos é mais reduzido e que a sua natureza é menos diversificada.



III VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO, DECISÃO, DESTINATÁRIOS, PUBLICIDADE E EMOLUMENTOS

12. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

555 Do projeto de relatório foi dada vista ao Procurador-Geral Adjunto, nos termos e para os efeitos do n.º 5 do artigo 29.º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto (Lei da Organização e do Processo do Tribunal de Contas), que emitiu o respetivo parecer.

13. DECISÃO

556 Tendo em conta o conteúdo do presente relatório e, em especial, as suas recomendações, devem o Governo, através do Ministro da Saúde, e o conselho de administração da ACSS, IP., por escrito e no prazo de seis meses, transmitir ao Tribunal de Contas as medidas adotadas e seu estado de desenvolvimento, acompanhadas dos competentes comprovativos, tendentes a dar seguimento às recomendações deste relatório.

557 Existindo recomendações não implementadas no final daquele prazo, deverão aquelas entidades explicar ao Tribunal, detalhadamente e por escrito, as razões que a isso as conduziram.

14. DESTINATÁRIOS

558 Do presente relatório serão remetidos exemplares:

- À Presidência da República.
- À Assembleia da República, com a seguinte distribuição:
 - Presidente da Assembleia da República;
 - Comissão de Orçamento, Finanças e Administração Pública;
 - Líderes dos Grupos Parlamentares.
- Ao Governo e especificamente ao:
 - Primeiro-Ministro;
 - Ministra de Estado e das Finanças;
 - Ministro da Saúde;
- Ex Ministro de Estado e das Finanças Prof. Doutor Vítor Louçã Rabaça Gaspar;
- À Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.;
- À Direcção-Geral da Saúde;
- À Direcção-Geral do Tesouro e Finanças;
- À Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
- Ao Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
- Ao Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.;
- Ao Presidente do Conselho de Administração da Escala Braga – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.;
- Ao Presidente do Conselho de Administração da Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.;



- Ao Presidente do Conselho de Administração da Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.;
- Ao Presidente do Conselho de Administração da Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.;
- Ao Presidente do Conselho de Administração da HL – Sociedade Gestora do Edifício, S.A.;
- Ao Presidente do Conselho de Administração da SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.;
- Ao Presidente do Conselho de Administração da TDHOSP – Gestão de Edifício Hospitalar, S.A.;
- Ao Presidente do Conselho de Administração da HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A.;
- Ao Presidente do Conselho de Administração da GP Saúde – Sociedade Gestora do CMFRS, S.A.;
- Ao Presidente do Conselho de Administração da LCS – Linha de Cuidados de Saúde, S.A.
- Ao Procurador-Geral Adjunto, nos termos e para os efeitos do disposto pelo n.º 4 do artigo 29.º da Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto.

15. PUBLICIDADE

559 Este relatório e os seus anexos, contendo as respostas enviadas em sede de contraditório, será inserido no sítio do Tribunal de Contas na Internet (www.tcontas.pt) e divulgado, em tempo oportuno e pela forma mais adequada, pelos diversos meios de Comunicação Social, após a sua entrega às entidades acima enumeradas.

16. EMOLUMENTOS

560 Nos termos do Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio, e de acordo com os cálculos feitos pelos Serviços de Apoio do Tribunal de Contas, são devidos emolumentos no total de 17.164€ (dezassete mil, cento e sessenta e quatro euros) , a suportar pelas entidades públicas gestoras dos contratos de PPP e pelas respetivas entidades concessionárias e pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P, no montante individual de 1.144,27 € (mil, cento e quarenta e quatro euros e vinte sete cêntimos).

561 Estes emolumentos são fixados pelo Tribunal, tendo em atenção o apuramento feito no processo, nos termos dos n.ºs 1, 2 e 3 do artigo 10.º daquele diploma, sendo, igualmente, o Tribunal de Contas a determinar, ao abrigo do artigo 11.º do diploma emolumentar, o respetivo sujeito passivo.



Tribunal de Contas, em 11 de Julho de 2013

O Conselheiro Relator

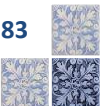
(José Manuel Monteiro da Silva)

Os Conselheiros Adjuntos

(António José Avérous Mira Crespo)

(José de Castro de Mira Mendes)

Fui presente
O Procurador-Geral Adjunto





Tribunal de Contas



Encargos do Estado com PPP na saúde

Volume II – Encargos até 2012 e Contraditório







Volume II

Encargos do Estado com PPP na Saúde

– Anexos e Contraditório –

Julho 2013



Ficha Técnica

EQUIPA AUDITORIA

Francisco Machado
Selma Rebêlo

COORDENAÇÃO GERAL

Gabriela Ramos
(Auditora Coordenadora do DA IX)
António Garcia
(Auditor Chefe do DA IX)

CONCEPÇÃO E ARRANJO GRÁFICO

Ana Salina

Este Relatório de Auditoria está disponível no sítio do Tribunal de Contas www.tcontas.pt

Para mais informações sobre o Tribunal de Contas contacte:

TRIBUNAL DE CONTAS
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Tel: 00 351 21 794 51 00
Fax: 00 351 21 793 60 33
Linha Azul: 00 351 21 793 60 08/9
Email: geral@tcontas.pt



ÍNDICE

Volume II

IV	ANEXOS	9
1.	HOSPITAL DE CASCAIS	9
1.1.	Adendas e acordos interpretativos.....	9
1.2.	Inflação e case mix.....	10
1.3.	Evolução da produção contratada.....	11
1.4.	Evolução de encargos	13
1.5.	Encargos por período relevante	15
1.6.	Evolução de responsabilidades de pagamento	16
1.7.	Responsabilidades de pagamento, por período relevante.....	17
1.8.	Encargos não previstos no caso base	19
1.9.	Encargos não previstos, por período relevante.....	20
1.10.	Outras receitas e encargos	21
1.11.	Multas e deduções.....	22
1.12.	Reconciliações anuais	23
1.13.	Montantes pagos até 31-12-2011	23
1.14.	Perspetiva das concessionárias	24
2.	HOSPITAL DE BRAGA.....	27
2.1.	Adendas e acordos interpretativos.....	28
2.2.	Inflação e case mix.....	28
2.3.	Evolução da produção	29
2.4.	Encargos com remunerações das entidades gestoras.....	31
2.5.	Encargos, por período relevante	32
2.6.	Responsabilidades de pagamento	34
2.7.	Responsabilidades de pagamento por período relevante.....	36
2.8.	Encargos não previstos no caso base	37
2.9.	Encargos não previstos, por período relevante.....	38
2.10.	Outras receitas e encargos	39
2.11.	Multas e deduções.....	39
2.12.	Reconciliações anuais	41
2.13.	Montantes pagos até 31-12-2011	42
2.14.	Perspetiva das concessionárias	43
2.15.	Comparação entre produção do caso base e produção contratada – o impacto da alteração metodológica.....	45



3.	HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA	52
3.1.	Adendas e acordos interpretativos	52
3.2.	Inflação e case mix	52
3.3.	Evolução da produção contratada	53
3.4.	Evolução de encargos	55
3.5.	Evolução de responsabilidades de pagamento.....	56
3.6.	Encargos não previstos no caso base.....	57
3.7.	Outras receitas e encargos	58
3.8.	Reconciliações anuais	58
3.9.	Montantes pagos até 31-12-2011.....	58
3.10.	Perspetiva das concessionárias.....	58
4.	HOSPITAL DE LOURES	61
4.1.	Adendas e acordos interpretativos	61
4.2.	Inflação e case mix	61
4.3.	Produção contratada	62
4.4.	Encargos.....	63
4.5.	Desempenho face ao caso base- por entidade pagadora.....	65
4.6.	Encargos não previstos no caso base.....	65
4.7.	Perspetiva das concessionárias.....	65
5.	CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	67
5.1.	Adendas e acordos interpretativos	67
5.2.	Evolução da procura	68
5.3.	Atualização de preços	69
5.4.	Evolução de Encargos	70
5.5.	Processos de reconciliação	71
5.6.	Outros encargos.....	71
5.7.	Encargos regularizados	71
5.8.	Perspetiva da concessionária.....	72
6.	CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL.....	73
6.1.	Adendas e acordos interpretativos.....	73
6.2.	Atualização de preços	73
6.3.	Produção.....	73
6.4.	Evolução de encargos	75
6.5.	Encargos por entidade pagadora	77
6.6.	Outros encargos.....	77
6.7.	Montantes por regularizar em 31-12-2011	78
6.8.	Perspetiva da concessionária.....	78



V CONTRADITÓRIO81

7. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CHEFE DE GABINETE DE SUA EXCELÊNCIA O MINISTRO DA SAÚDE 81

8. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CHEFE DE GABINETE DE SUA EXCELÊNCIA O MINISTRO DE ESTADO E DAS FINANÇAS 89

9. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELA DIRECTORA-GERAL DO TESOURO E FINANÇAS 125

10. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO DIRECTOR-GERAL DA SAÚDE..... 131

11. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ACSS..... 135

12. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ARS NORTE, I.P. 159

13. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ARS LISBOA E VALE DO TEJO, I.P. 183

14. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ARS DO ALGARVE, I.P. 193

15. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE ESCALA BRAGA – SOCIEDADE GESTORA DO EDIFÍCIO, S.A. 197

16. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE ESCALA BRAGA – SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO, S.A. 201

17. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE ESCALA VILA FRANCA – SOCIEDADE GESTORA DO EDIFÍCIO, S.A. 215

18. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE ESCALA BRAGA – SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO, S.A. 219

19. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE LOURES – SOCIEDADE GESTORA DO EDIFÍCIO, S.A. 223

20. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA SGHL – SOCIEDADE GESTORA DO HOSPITAL DE LOURES, S.A. 227

21. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA TDHOSP – GESTÃO DE EDIFÍCIO HOSPITALAR, S.A. 233

22. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE HPP SAÚDE – PARCERIAS CASCAIS, S.A. 237

23. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA GP SAÚDE – SOCIEDADE GESTORA DO CMFRS, S.A. 249

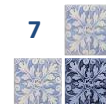
24. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA Lcs – LINHA DE CUIDADOS DE SAÚDE, S.A. 253





ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - HOSPITAL DE CASCAIS – DIFERENCIAIS DE ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS	10
QUADRO 2 - HOSPITAL DE CASCAIS – ÍNDICES DE CASE MIX	11
QUADRO 3 - HOSPITAL DE CASCAIS – PRODUÇÃO CONTRATADA	12
QUADRO 4 - HOSPITAL DE CASCAIS – EVOLUÇÃO DE ENCARGOS	14
QUADRO 5 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS POR PERÍODOS RELEVANTES	15
QUADRO 6 - HOSPITAL DE CASCAIS – DESVIOS E ACRÉSCIMOS	16
QUADRO 7 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA	17
QUADRO 8 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA E POR PERÍODO	18
QUADRO 9 - HOSPITAL DE CASCAIS – DESVIOS POR ENTIDADE PAGADORA	19
QUADRO 10 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS NÃO PREVISTOS NO CASO BASE	19
QUADRO 11 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS NÃO PREVISTOS NO CASO BASE, POR PERÍODO	20
QUADRO 12 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS NÃO PREVISTOS NO CASO BASE (MÉDIAS)	21
QUADRO 13 - HOSPITAL DE CASCAIS – DEDUÇÕES POR FALHAS DE DESEMPENHO	22
QUADRO 14 - HOSPITAL DE CASCAIS – MULTAS	22
QUADRO 15 - HOSPITAL DE CASCAIS – RECONCILIAÇÕES ANUAIS (VALORES APURADOS E PAGOS)	23
QUADRO 16 - HOSPITAL DE CASCAIS – MONTANTES PAGOS ATÉ 31-12-2011	23
QUADRO 17 - HOSPITAL DE CASCAIS – RESULTADOS DA EGED	24
QUADRO 18 - HOSPITAL DE CASCAIS – RESULTADOS DA EGEST	25
QUADRO 19 - HOSPITAL DE BRAGA – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS – PRODUÇÃO EFETIVA (2009-2011) E CONTRATADA (2012)	28
QUADRO 20 - HOSPITAL DE BRAGA – ÍNDICES DE CASE MIX – PRODUÇÃO EFETIVA (2009-2011) E CONTRATADA (2012)	29
QUADRO 21 - HOSPITAL DE BRAGA – ESTRUTURA DA PRODUÇÃO	30
QUADRO 22 - HOSPITAL DE BRAGA – ENCARGOS COM A PRODUÇÃO EFETIVA (ATUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO EM SEDE DE CONTRADITÓRIO)	31
QUADRO 23 - HOSPITAL DE BRAGA – ENCARGOS POR PERÍODOS RELEVANTES	33
QUADRO 24 - HOSPITAL DE BRAGA – DESVIOS E ACRÉSCIMOS	34
QUADRO 25 - HOSPITAL DE BRAGA – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA	35
QUADRO 26 - HOSPITAL DE BRAGA – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA E POR PERÍODO	36
QUADRO 27 - HOSPITAL DE BRAGA – DESVIOS E ACRÉSCIMOS, POR ENTIDADE PAGADORA	36
QUADRO 28 - HOSPITAL DE BRAGA – MONTANTES NÃO PREVISTOS NO CASO BASE	37
QUADRO 29 - HOSPITAL DE BRAGA – MONTANTES NÃO PREVISTOS, POR PERÍODO	38
QUADRO 30 - HOSPITAL DE BRAGA – MULTAS	39
QUADRO 31 - HOSPITAL DE BRAGA – MONTANTES PAGOS ATÉ 31-12-2011	42
QUADRO 32 - HOSPITAL DE BRAGA – RESULTADOS DA EGED	43
QUADRO 33 - HOSPITAL DE BRAGA – RESULTADOS DA EGEST	44
QUADRO 34 - HOSPITAL DE BRAGA – ESTRUTURA DA PRODUÇÃO CONTRATADA	47
QUADRO 35 - HOSPITAL DE BRAGA – EVOLUÇÃO DE ENCARGOS	49
QUADRO 36 - HOSPITAL DE BRAGA – ENCARGOS COM A PRODUÇÃO (DESAGREGAÇÃO)	50
QUADRO 37 - HOSPITAL DE BRAGA – INTERNAMENTO CIRURGIA E AMBULATÓRIO (PESO RELATIVO)	51
QUADRO 38 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS	52
QUADRO 40 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – ÍNDICES DE CASE MIX	53
QUADRO 41 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – PRODUÇÃO CONTRATADA	54
QUADRO 42 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – EVOLUÇÃO DE ENCARGOS	55
QUADRO 43 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA	56
QUADRO 44 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – ENCARGOS NÃO PREVISTOS NO CASO BASE	57
QUADRO 45 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – RESULTADOS DA EGED	58



QUADRO 46 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – RESULTADOS DA EGEST	60
QUADRO 47 - HOSPITAL DE LOURES – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS (DIFERENCIAIS)	61
QUADRO 48 - HOSPITAL DE LOURES – ÍNDICES DE CASE MIX	62
QUADRO 49 - HOSPITAL DE LOURES – PRODUÇÃO CONTRATADA	62
QUADRO 50 - HOSPITAL DE LOURES – ENCARGOS	64
QUADRO 51 - HOSPITAL DE LOURES – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA.....	65
QUADRO 52 - HOSPITAL DE LOURES – RESULTADOS DA EGEST	66
QUADRO 53 - CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – PROCURA	68
QUADRO 54 - CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS	69
QUADRO 55 - CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – EVOLUÇÃO DE ENCARGOS.....	70
QUADRO 56 - CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – PROCESSOS DE RECONCILIAÇÃO EM ABERTO (VALORES PREVISTOS)	71
QUADRO 57 - CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – RESULTADOS DA CONCESSIONÁRIA.....	72
QUADRO 58 - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS.....	73
QUADRO 59 - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL – PRODUÇÃO	73
QUADRO 60 - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL – DIFERENÇAS ACUMULADAS DE PRODUÇÃO	75
QUADRO 61 - CMFRS – EVOLUÇÃO DE ENCARGOS.....	75
QUADRO 62 - CMFRS – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA	77
QUADRO 63 - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL – RESULTADOS DA CONCESSIONÁRIA	78



IV ANEXOS

1. HOSPITAL DE CASCAIS

1.1. Adendas e acordos interpretativos

- 1 Este é um projeto para o qual formalmente não existe qualquer alteração ou renegociação ao contrato inicialmente assinado.
- 2 No entanto, verifica-se que desde 2008 tem sido negociado numa base anual com efeitos no ano seguinte (renovável por períodos de um ano), sempre com o mesmo âmbito, o designado Protocolo VIH/SIDA, com encargos substanciais, como se verá, face aos restantes pagamentos do Estado.
- 3 Recorda-se que o Visto do TC ao contrato do Hospital de Cascais foi inicialmente recusado por se ter verificado durante a fase de negociação com um só concorrente alterações ao negócio jurídico com impacto negativo no VFM para o Estado.
- 4 A alteração ao perfil assistencial relativo ao VIH/SIDA foi uma das mudanças introduzidas na fase de negociações, aspeto que foi sanado na subsequente reforma do ato de adjudicação, o que conduziu, finalmente à concessão de Visto pelo TC, em novembro de 2008.
- 5 O Acórdão N.º 96/2008 - 15.Jul.2008 - 1ªS/SS (recusa de Visto) referia que «(...) atento o teor do Contrato de Gestão, o certo é que houve aqui uma alteração do perfil assistencial, no que toca à prestação de cuidados continuados, à assistência a doentes infetados com VIH Sida, e à eliminação da produção em hospital de dia médico em oncologia, relativamente ao previsto no Caderno de Encargos» e que «tal alteração, - fundamentada pelos serviços da E.P.C. em razões de ordem legal e de natureza política, - colocou-se em momento posterior à elaboração do CE, [caderno de encargos] bem como após a apresentação das propostas em competição (...)».
- 6 O primeiro Protocolo VIH/SIDA, relativo a 2008, foi assinado em outubro de 2008, tendo-se-lhe seguido outro relativo a 2009 e em cada ano subsequente, sendo o último, à data dos trabalhos de auditoria, relativo a 2012.
- 7 Por este motivo, os encargos não foram previstos no caso base, relativamente ao qual surgem, agora, como desvio.
- 8 Quanto a estes protocolos anuais, a dispensa de medicamentos é faturada pela EGEST a preço de custo. No entanto, tal não significa que não exista algum encaixe financeiro por parte daquela concessionária. Os protocolos VIH preveem que o valor tenha como referência um custo pré determinado pela ARSLVT que, de acordo com esta entidade, se encontra abaixo do custo obtido através do sistema de compras centralizado. Com base neste custo, como teto para faturação, a EGEST poderá adquirir no mercado os medicamentos VIH a preço mais baixo. A eficiência de custo obtida pela EGEST é partilhada entre o Estado e a referida concessionária. Tal partilha tem sido até 2010, numa base de 30% para o Estado, 70% para a EGEST. Em 2011 e 2012, os protocolos VIH consagraram, respetivamente, uma partilha de 40% e de 60%.



- 9 Para além do protocolo VIH existe ainda um outro protocolo relativo ao tratamento oncológico que regula a articulação entre a EGEST, a ARSLVT e o CHLO. O contrato de gestão previa que a prestação de cuidados no hospital de dia médico em Oncologia, fosse feita nos termos de protocolo a celebrar até à data da transmissão do estabelecimento hospitalar¹.
- 10 As respetivas sessões de hospital de dia, têm enquadramento numa das linhas de produção², totalizando 1,498 milhões de euros, ao longo do período de execução contratual, incluindo já o respetivo valor previsto para 2012.

1.2. Inflação e case mix

- 11 No que diz respeito os pressupostos de inflação do Hospital de Cascais, verificam-se os seguintes diferenciais entre caso base e contratação anual.

QUADRO 1 - HOSPITAL DE CASCAIS – DIFERENCIAIS DE ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS

	2009	2010	2011	2012
EGED	-	-3,20%	-2,93%	-0,89%
EGEST	0,82%	-0,01%	0,21%	1,30%

Fonte: ACSS

- 12 O quadro 1 de diferenciais verificados na variação de preços acumulada tem por referência os dados apresentados pela ACSS, para o caso base e para os procedimentos de contratação anual.
- 13 De acordo com a EGEST, em sede de contraditório, «*as reconciliações de 2009 e de 2010, iniciadas em 2010 e 2011, respectivamente) não contemplavam o ajustamento da taxa de inflação prevista em sede de contratualização anual para a taxa de inflação real*», mas, «*contudo, já em 2012, a EPC apresentou à EGEST novas reconciliações para 2009 e 2010 (bem como a primeira proposta de reconciliação para 2011) considerando o referido ajustamento da taxa de inflação*». A mesma entidade refere ainda que nos dois primeiros anos de exploração se verificou «*um efeito negativo de aproximadamente 2% ao ano, que apenas foi parcialmente coberto nos anos seguintes*»³.
- 14 Constata-se que, face ao caso base, a remuneração anual prevista da EGED tem sido afetada negativamente pela diferença de pressupostos de atualização de preços para 2010 e 2011 em - 3% e em 2012 em - 1%.
- 15 Relativamente às remunerações da EGED esta refere que «*a componente fixa da receita da Entidade Gestora do Edifício evoluiu conforme esperado*» mas «*na componente variável da receita ocorreram alguns desvios*» justificados pela atualização de preços.
- 16 Já a remuneração da EGEST, pelo mesmo facto, em 2010 e 2011, praticamente não foi afetada, mas em 2009 e 2012, ocorreu um efeito positivo face ao caso base de 1% (0,82% em 2008 e 1,3% em 2012).
- 17 Relativamente ao índice de *case mix* subjacente à contratação da produção (EGEST), verifica-se o constante no quadro 2.

1 Anexo I, ponto 12.2.

2 Sessões de Hospital de Dia – Oncologia.

3 A EGEST do Hospital de Cascais apresentou, no seu contraditório, uma análise de variação de preços anual, enquanto que o quadro supra se refere às diferenças de variação acumulada, incluindo o que foi tido como referência para 2008, de acordo com os dados fornecidos ao TC pelo Ministério da Saúde. Tendo em conta o referido neste parágrafo, os diferenciais de variação de preços do quadro apresentado, tem efetiva relação com montantes de encargos dos quadros seguintes relativos ao Hospital de Cascais, ainda que existam diligências no sentido de reajustar os montantes de encargos em função da correção da variação de preços.



QUADRO 2 - HOSPITAL DE CASCAIS – ÍNDICES DE CASE MIX

Projeto PPP	Ano 2009			Ano 2010			Ano 2011			Ano 2012		
	Caso Base	Produção Contratada	Var (%)	Caso Base	Produção Contratada	Var (%)	Caso Base	Produção Contratada	Var (%)	Caso Base	Produção Contratada	Var (%)
Cascais - PT	0,9017	0,9360	4%	0,9017	0,9360	4%	n.a.	n.a.	-	n.a.	n.a.	-
Cascais - NEH	n.a.	n.a.	-	0,7784	0,7780	0%	0,7804	0,789	1%	0,7842	0,7800	-1%

Nota: 2011 – neste ano considerou-se o *case mix* reportado, em sede de contraditório
Fonte: ACSS e EGEST

- 18 Do quadro 2 conclui-se que os montantes de produção contratada, no período de transição (PT), beneficiaram de índices de *case mix* 4% superiores aos inicialmente previstos no caso base).
- 19 No novo edifício hospitalar (NEH) em 2010, a diferença do índice de *case mix* foi praticamente nula. No entanto, de acordo com os dados fornecidos pela ARSLVT, o pagamento de reconciliação prevê já uma diferença de cerca de 11%.
- 20 Em 2011 a diferença, entre caso base e contratação anual, quanto ao índice de *case mix* foi de 1%. Em 2012, foi de cerca de -1%.
- 21 Ou seja, na generalidade existe uma diferença positiva (1% a 4%) entre os índices de *case mix* do caso base e os utilizados para efeitos de contratação anual. Para 2012 prevê-se que essa diferença seja de -1%.
- 22 Estes índices (de *case mix*) são revistos em função dos procedimentos de reconciliação. De acordo com os dados apresentados pela ACSS, o índice de *case mix* que será finalmente aplicado, ou seja o utilizado para efeitos de reconciliação em 2010, no que diz respeito aos serviços no novo edifício hospitalar, apresentará uma diferença positiva face ao caso base de 11% (índice 0,8620)⁴.
- 23 Ou seja, é expectável que pela via da revisão dos índices de *case mix* (determinação do índice de *case mix* real), os valores de encargos se venham a agravar, muito embora o efeito final dependa também de outros fatores. Este efeito é incorporado no pagamento a apurar em sede de reconciliação anual.

1.3. Evolução da produção contratada

- 24 O quadro 3 ilustra a evolução da produção contratada entre 2009 e 2012, face às estimativas do caso base.

⁴ Valor que não se encontra refletido no quadro anterior, na medida em que o mesmo contempla apenas os índices de *case mix* do caso base e da produção contratada. De acordo com a EGEST do Hospital de Cascais, no exercício do contraditório, «a proposta de reconciliação para 2010 contempla um ICM de 0,859, o que corresponde a uma diferença de 10% face ao caso base».



QUADRO 3 - HOSPITAL DE CASCAIS – PRODUÇÃO CONTRATADA

(Atos)

Produção Contratada	Ano 2009			Ano 2010			Ano 2011			Ano 2012		
	Caso Base	Produção Contratada	Variação (%)	Caso Base	Produção Contratada	Variação (%)	Caso Base	Produção Contratada	Variação (%)	Caso Base	Produção Contratada	Variação (%)
Episódios de Internamento	9.528	9.746	2,3%	13.108	13.349	1,8%	13.902	13.892	-0,1%	14.257	12.223	-14,3%
Episódios de Cirurgia de Ambulatório	1.673	1.679	0,4%	2.225	2.760	24,0%	2.380	2.522	6,0%	2.467	2.536	2,8%
Dias de Internamento de utentes elegíveis p/ RNCCI	0	3.650		1.760	3.650	107,3%	1.932	3.650	88,9%	1.929	3.650	89,2%
Dias de Internamento de casos específicos	0	0		0	0		0	0		0	0	
Consultas Externas	75.844	76.452	0,8%	95.179	105.295	10,6%	100.344	109.446	9,1%	103.108	110.761	7,4%
Primeiras Consultas	25.982	27.074	4,2%	31.786	39.317	23,7%	33.448	46.188	38,1%	34.369	44.456	29,3%
Consultas Subsequentes	49.862	49.378	-1,0%	63.393	65.978	4,1%	66.896	63.258	-5,4%	68.739	63.305	-7,9%
Sessões de Hospital de Dia	5.574	4.700	-15,7%	7.826	6.025	-23,0%	8.112	9.602	18,4%	8.132	6.905	-15,1%
Nº atendimentos em Urgência (sem atendimentos que originam internamento)	108.000	101.650	-5,9%	99.964	124.453	24,5%	99.161	131.982	33,1%	98.531	124.757	26,6%

Fonte: ARSLVT

- 25 A comparação da produção contratada face ao caso base revela, em geral, variações positivas⁵.
- 26 Existem algumas exceções e uma delas é o número de atendimentos em urgência que apresenta uma diferença negativa (-5,9%) em 2009.
- 27 Também as sessões de hospital de dia apresentam acentuadas diferenças negativas face ao caso base (entre 15,1% e -23%), embora em 2011 tenham apresentado uma diferença positiva face ao caso base de 18,4%.
- 28 Outra diferença negativa face ao previsto no caso base diz respeito aos episódios de internamento em 2012 (-14,3%). Neste caso sublinha-se que os episódios de internamento previstos para 2012 (produção contratada, 12.223 episódios) são menos do que os que haviam sido previstos para 2011 (produção contratada, 13.892 episódios), muito embora a tendência associada ao caso base fosse crescente.
- 29 Para além dos episódios de internamento, também com produção contratada em 2012 menor do que a que havia acontecido em 2011 temos: primeiras consultas; sessões de hospital de dia; e atendimentos em urgência.
- 30 Os quantitativos de produção refletem também a introdução da nova metodologia de classificação de doenças no Serviço Nacional de Saúde que implicou a aplicação ao ambulatório da metodologia de classificação em grupos de diagnóstico homogéneo, essencialmente implantado na sequência da aprovação da Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, entretanto alterada pela Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de julho.
- 31 Esta metodologia incentivou o acompanhamento em ambulatório, em detrimento do internamento cirúrgico. Porém e ao contrário do que se verificou no caso do Hospital de Braga, conforme se verá adiante no presente relatório, existem indícios de que não tenha existido uma tão grande influência, na composição da produção, pela diminuição de episódios de internamento e respetiva compensação por cirurgia de ambulatório.

⁵ Note-se que as diferenças incorporam já o resultado da aplicação de índices de *case mix* diferentes (entre caso base e produção contratada).

- 32 Os fatores explicativos poderão residir no diferente perfil assistencial do Hospital de Cascais, nas especificidades da respetiva contratação anual (nomeadamente face às restrições orçamentais para o conjunto da região de Lisboa e Vale do Tejo⁶).
- 33 Assim, uma vez que a ARSLVT não dispunha de dados que permitissem aferir o impacto na composição da produção da alteração metodológica mencionada e porque o efeito no caso do Hospital de Cascais será mais reduzido, não houve insistência, no sentido de aferir o impacto de tal alteração⁷.
- 34 A EGEST veio referir que «em 2011 a EPC recorreu pela primeira vez à figura contratualmente prevista da “fixação unilateral da produção anual”, impondo uma restrição administrativa à procura e à capacidade instalada do Hospital de Cascais», referindo também que «o fator demográfico, nomeadamente a estrutura da população e os níveis de procura dos cuidados de saúde, não se afastam das estimativas e previsões feitas pelo concorrente no âmbito da proposta apresentada (o que justificaria um aumento da produção e nunca uma diminuição)».
- 35 Mais referiu a mesma entidade que, para 2012, a EPC pretendeu uma redução, face a 2011, da produção a contratualizar, com especial enfoque no internamento e cirurgia de ambulatório, justificando o facto com as restrições orçamentais.
- 36 Nesse sentido, a ARSLVT referiu que «irá acompanhar de modo especial a verificação da produção efetiva no ano de 2012 de modo a aferir se a disponibilidade orçamental para o presente ano e a produção prevista que vier a ser contratada constituem, de algum modo, um fator suscetível de condicionar a acessibilidade a cuidados de saúde na população da Área de Influência do Hospital de Cascais».
- 37 A produção contratada sobretudo para 2012 deixou de seguir a tendência crescente assumida no caso base, ficando a dever-se tal facto a restrições orçamentais a montante das negociações anuais de produção, o que pode dar origem algum risco de falta de acesso da população aos cuidados de saúde, risco que a ARSLVT pretende monitorizar.
- 38 Aliás, tal como a EGEST, a própria ARSLVT não encara como satisfatórias as restrições orçamentais na medida em que estas «poderão comportar riscos na negociação da atividade e consequente resposta às necessidades de cuidados de saúde da população da área de influência dos 3 Hospitais PPP, designadamente pela eventual impossibilidade de incorporar na atividade contratada volumes de produção que assegurem acessibilidade adequada a partir das unidades de cuidados de saúde primários, bem como a assistência de doentes que se encontrem a ser assistidos noutros hospitais do SNS e relativamente aos quais as patologias se enquadrem no perfil assistencial dos Hospitais PPP».
- 39 A mesma entidade salienta ainda os custos inerentes à eventual necessidade de efetuar a gestão da oferta de cuidados de saúde na sua região ao longo do ano, na medida em que «os contratos em regime PPP preveem, uma vez excedida a produção prevista para cada ano, a possibilidade de transferir os doentes para outras unidades do SNS, situação que a verificar-se configura uma disfuncionalidade na organização oferta de cuidados hospitalares na área na ARSLVT», acrescendo o facto de que «a ocorrência destas transferências tem associados elevados custos com transporte de doentes e mesmo custos sociais».

1.4. Evolução de encargos

- 40 O quadro 4 apresenta a evolução face ao caso base dos encargos com o Hospital de Cascais, repartindo-os por cada componente de remuneração de cada uma das duas entidades gestoras⁸.

⁶ Conforme se verá mais abaixo, de facto, a EGEST refere que a restrição orçamental conteve a contratação de cirurgias em ambulatório.

⁷ De facto, solicitou-se esse esforço à ARSN também porque, como se verá, foi o Hospital cuja contratação de produção maiores diferenças apresenta, face ao caso base.

⁸ Note-se que os montantes em análise refletem já a diferença de pressupostos, quer de inflação, quer de case mix (entre caso base e contratação anual).

QUADRO 4 - HOSPITAL DE CASCAIS – EVOLUÇÃO DE ENCARGOS

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, preços correntes.		2008		2009		2010		2011		2012	
		Caso Base	Verif.	Caso Base	Verif.	Caso Base	Verif.	Caso Base	Previsto	Caso Base	Previsto
ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO	Componente fixa da remuneração base anual, responsabilidade do SNS	0,000	0,000	0,000	0,000	5,477	5,477	4,235	4,235	3,748	3,748
	Componente variável da remuneração base anual	0,000	0,000	0,000	0,000	2,737	2,474	3,046	2,964	3,107	3,082
	Total	0,000	0,000	0,000	0,000	8,214	7,951	7,281	7,199	6,855	6,830
ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO	Remuneração pela produção de serviços clínicos (1) (2)	19,957	0,000	40,417	41,647	36,493	42,436	37,847	41,894	39,485	40,792
	Remuneração pela disponibilidade do serviço de urgência	1,787	0,000	3,646	3,673	3,520	3,453	3,571	3,452	3,643	3,608
	Remuneração não contemplada no caso base	0,000	0,000	0,000	9,961	0,000	10,705	0,000	11,779	0,000	12,986
	Total(3)	21,744	0,000	44,063	55,281	40,013	56,594	41,418	57,125	43,128	57,386
Total das duas entidades gestoras		21,744	0,000	44,063	55,281	48,227	64,545	48,699	64,324	49,983	64,216

Nota: As variações face ao caso base decorrem essencialmente de três fatores: *case mix* (complexidade), pressupostos de inflação (atualização de preços) e quantidades (produção contratada).

(1) Os encargos verificados para 2011 e 2012 reportam-se aos valores fixados em sede de procedimento anual por se tratarem do melhor estimador disponível para os encargos incorridos, sendo no entanto valores provisórios porque sujeitos a acertos de contas ainda não ocorridos.

(2) Em 2009 e 2010 os valores resultam do apuramento dos acertos de contas (no que se encontra pago).

(3) Em 2009 e 2010 os acertos de contas pagos importaram respetivamente em 3,6 e 6 milhões de euros, correspondendo a um montante mínimo já aceite pela EGEST, sem prejuízo de ulterior reclamação. Assim, estes montantes apurados pela ARSLVT em sede de acerto anual de contas, constituem o melhor estimador disponível para os encargos incorridos, mas permanecem como provisórios.

Fonte: ARSLVT.

- 41 O quadro de encargos anterior reflete, também, a evolução da produção contratada (e respetivos acertos em anos posteriores), a satisfazer pelo Hospital de Cascais⁹.
- 42 Porém, os encargos refletem igualmente a alteração dos **pressupostos macroeconómicos** e de complexidade dos atos praticados, face ao que foi entendido como provável no momento da contratação. Ambos os fatores foram já atrás abordados.
- 43 Quanto à **Entidade Gestora do Edifício**, as diferenças relativamente ao modelo financeiro¹⁰ verificam-se apenas quanto à componente variável da remuneração base anual, uma vez que a componente fixa de remuneração é idêntica em ambos os casos (modelo financeiro e remuneração anual).
- 44 Relativamente a 2009 sublinha-se a ausência de pagamentos à EGED, os quais se verificaram apenas em 2010, uma vez que o novo edifício hospitalar entrou em funcionamento em fevereiro deste último ano.
- 45 De acordo com o veiculado pela ARSLVT, para explicação da diferença entre valores previstos e verificados, em 2010 concorre o facto de o modelo financeiro ter inicialmente previsto que o novo edifício estaria, naquele ano, em funcionamento durante 11 meses, tendo-se vindo a verificar que, na sequência da data de assinatura do Contrato de Gestão e com o prazo de construção contratualmente previsto, o período em funcionamento foi neste ano de 10 meses e 7 dias.
- 46 No que respeita à **EGEST**, as diferenças relativamente ao modelo financeiro¹¹ resultam, desde logo, das vicissitudes já referidas em ponto anterior do presente relatório, quanto ao processo anual de negociação da produção, o qual, como se viu, se encontra condicionado pelas dotações orçamentais que a montante lhe são atribuídas, limitando os montantes de produção de serviços clínicos e os encargos financeiros resultantes, efeito que particularmente se sente em 2012, ano em que a produção contratada mais nitidamente deixa de seguir a tendência da produção prevista inerente ao caso base.

9 Produção contratada conforme ponto anterior do presente relatório.

10 Anexo XII ao Contrato de Gestão.

11 Anexo XI ao Contrato de Gestão.

- 47 Para além disso, as diferenças entre caso base e a situação verificada são explicadas, tal como no caso dos encargos com a EGED já referidos, pelas diferenças nas taxas **de inflação** utilizadas, neste caso no que diz respeito à atualização dos preços unitários e à remuneração pela disponibilidade da urgência¹². No caso das remunerações da EGEST pela produção de serviços clínicos, acresce o efeito das diferenças entre caso base e contratação, no que diz respeito aos índices de *case mix*.
- 48 Existe ainda uma componente de **encargos não previstos no caso base**, de valor substancial, e sobre a qual se discorrerá mais adiante, desde 2009, primeiro ano completo de funcionamento do Novo Hospital.
- 49 É esta componente de remuneração, resultante de acordos e protocolos que mais explica as diferenças globais relativamente ao caso base.
- 50 Assim, encontra-se subjacente, aos quantitativos e valores apresentados inicialmente, uma deficiente previsão de encargos, com origem num perfil assistencial diferente (Protocolo para a prestação de cuidados em ambulatório a doentes VIH/SIDA) para a do que veio a verificar-se¹³.

1.5. Encargos por período relevante

- 51 O quadro seguinte, apresenta valores agregados do quadro anterior, quer para o período de execução financeira do contrato, quer para os três anos de laboração no novo edifício hospitalar, bem como para o período 2008-2012, ou seja, desde o ano para o qual o caso base apresenta valores.

QUADRO 5 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS POR PERÍODOS RELEVANTES

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, preços correntes.		2008-2012		2009-2012		2010-2012	
		(desde o primeiro ano do caso base)		(desde primeiro ano de execução)		(desde o primeiro ano de funcionamento no novo edifício)	
		Caso Base	Verificado	Caso Base	Verificado	Caso Base	Verificado
ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO	Componente fixa da remuneração base anual, responsabilidade do SNS (sem IVA)	13,460	13,460	13,460	13,460	13,460	13,460
	Componente variável da remuneração base anual (sem IVA)	8,890	8,520	8,890	8,520	8,890	8,520
	Total	22,350	21,980	22,350	21,980	22,350	21,980
ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO	Remuneração pela produção de serviços clínicos	174,199	166,769	154,242	166,769	113,825	125,122
	Remuneração pela disponibilidade do serviço de urgência	16,167	14,186	14,380	14,186	10,734	10,513
	Remuneração não contemplada no caso base	0,000	45,431	0,000	45,431	0,000	35,470
	Total	190,366	226,386	168,622	226,386	124,559	171,105
Total das duas entidades gestoras		212,716	248,366	190,972	248,366	146,909	193,085

Fonte: ARSLVT

- 52 Verifica-se, assim, de acordo com ambos os critérios de agregação, que existe uma relativa estabilidade de encargos com a EGED e uma diferença substancial dos encargos com a EGEST, relativamente ao inicialmente considerado, sendo esta, como já vimos, explicada na sua maior parte por remunerações não previstas no caso base.
- 53 Estas remunerações adicionais da EGEST ascendem já a um valor acumulado de 45,431 milhões de euros¹⁴.

12 ARSLVT

13 O que explica a maior parte da variação de encargos, mas não a sua totalidade, tal como resulta do quadro supra.

14 A EGEST, em sede de contraditório, refere que estas remunerações adicionais decorrem na sua maioria do Protocolo VIH/SIDA, pelo que «será expectável, caso se mantenha a renovação anual deste protocolo, que estas remunerações adicionais sejam continuamente crescentes (em termos acumulados) ao longo de toda a duração da PPP».

- 54 Tomando apenas os anos completos de laboração no novo edifício hospitalar, esse valor é de 35,470 milhões de euros. Assim, nestes anos, cerca de 20,7%¹⁵ da remuneração da EGEST resulta de remunerações não previstas no caso base.
- 55 O total de encargos acumulados com ambas as entidades gestoras ascende, entre 2009 e 2012, a 248,366 milhões de euros em preços correntes, dos quais 226,386 milhões de euros relativos à EGEST e apenas 21,980 milhões de euros relativos à EGED (aproximadamente 8,85%).
- 56 Acrescenta-se que um fator relevante para a explicação da diferença entre o período de execução do contrato (2009-2012) e período de funcionamento do novo edifício hospitalar (2010-2012) é a transferência do Estabelecimento Hospitalar para o novo edifício com a correspondente alteração dos preços unitários de referência e da remuneração anual pela disponibilidade da urgência.
- 57 Do quadro anterior, de valores acumulados, resulta o quadro seguinte que apresenta os desvios percentuais verificados, face ao caso base, bem como as médias anuais de acréscimo de encargos.

QUADRO 6 - HOSPITAL DE CASCAIS – DESVIOS E ACRÉSCIMOS

(Milhões de euros)

	Variação caso base - verificado			Média anual de acréscimo (Milhões de euros)
	2008-2012 (desde o primeiro ano do caso base)	2009-2012 (desde primeiro ano de execução)	2010-2012 (desde o primeiro ano de funcionamento no novo edifício)	2010-2012 (desde o primeiro ano de funcionamento no novo edifício)
EGED	-1,7%	-1,7%	-1,7%	-0,123
EGEST	18,9%	34,3%	37,4%	15,515
EGED+EGEST	16,8%	30,1%	31,4%	15,392

Nota: Valores sem IVA, preços correntes.
Fonte: ARSLVT

- 58 Estes valores, confirmam uma relativa estabilidade dos encargos com a EGED, os quais se apresentam até ligeiramente abaixo do previsto.
- 59 Contrapõe-se à relativa estabilidade de encargos para a EGED, a instabilidade dos encargos com a EGEST. Efetivamente, em termos correntes acumulados, nos anos completos de laboração no novo edifício (2010-2012), verifica-se que os encargos com a EGEST são superiores em 37,4% face ao previsto no momento da contratação.
- 60 Anualmente, verifica-se, face ao caso base, um acréscimo em média de 15,515 milhões de euros, na remuneração da EGEST.
- 61 Globalmente, considerando ambas as entidades gestoras, os encargos estão, em termos acumulados, no conjunto dos anos laboração do novo hospital, 31,4% acima do previsto no caso base. Em média, por ano, no período 2010-2012, os encargos estão cerca de 15,392 milhões de euros¹⁶ acima do previsto.

1.6. Evolução de responsabilidades de pagamento

- 62 O quadro seguinte apresenta a repartição anual, por entidade pagadora, dos encargos com o Hospital de Cascais.

¹⁵ 35,470/171,105.

¹⁶ Cálculo com arredondamento.



QUADRO 7 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, preços correntes.	2008		2009		2010		2011		2012	
	Caso Base	Verificado	Caso Base	Verificado	Caso Base	Verificado	Caso Base	Previsto	Caso Base	Previsto
SNS - Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde - EGED	0,000	0,000	0,000	0,000	8,214	7,951	7,281	7,199	6,854	6,830
SNS - Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde - EGEST	18,888	0,000	38,274	40,350	35,048	44,563	36,311	43,925	37,811	42,826
SNS- Encargos não contemplados no caso base	0,000	0,000	0,000	9,961	0,000	10,705	0,000	11,779	0,000	12,986
Total SNS	18,888	0,000	38,274	50,311	43,262	63,219	43,592	62,903	44,665	62,642
Terceiros Pagadores (a EGEST)	2,856	0,000	5,789	4,473	4,965	0,838	5,107	0,771	5,318	0,595
UTENTES (Taxas moderadoras) a EGEST	0,000	0,000	0,000	0,497	0,000	0,487	0,000	0,650	0,000	0,979
Total (SNS, Subsistemas, Utentes)	21,744	0,000	44,063	55,281	48,227	64,545	48,699	64,324	49,983	64,216

Nota: (1) Os encargos verificados para 2011 e 2012 reportam-se aos valores fixados em sede de procedimento anual por se tratarem do melhor estimador disponível para os encargos incorridos, sendo no entanto valores provisórios porque sujeitos a acertos de contas ainda não ocorridos

(2) Em 2009 e 2010 os valores resultam do apuramento dos acertos de contas (nos montantes pagos).

(3) Em 2009 e 2010 os acertos de contas pagos importaram respetivamente em 3,6 e 6 milhões de euros, correspondendo a um montante mínimo já aceite pela EGEST, sem prejuízo de ulterior reclamação. Assim, estes montantes apurados pela ARSLVT em sede de acerto anual de contas, são o melhor estimador disponível para os encargos incorridos, mas permanecem como provisórios.

Fonte: ARSLVT

63 Verifica-se que os encargos da responsabilidade do SNS aumentam significativamente, ao mesmo tempo que se verifica um decréscimo dos encargos da responsabilidade dos subsistemas de saúde.

64 Prevê-se que em 2012 o montante das responsabilidades de pagamento de terceiros pagadores seja cerca de 11,19% do montante previsto no caso base¹⁷.

65 Tal deve-se à transferência para o SNS da responsabilidade de pagamento de encargos antes da responsabilidade dos subsistemas de saúde, a partir de 1 de janeiro de 2010¹⁸.

66 Neste sentido, a ARSLVT veio referir que:

«No caso base não foram considerados encargos que orçam em vários milhões de euros / ano (em 2012 mais de 4.700.000 €) resultantes da assunção pelo SNS da responsabilidade financeira relativa aos beneficiários dos 3 subsistemas públicos (ADSE; MAI e MDefesa) acordados pelo Governo, com efeito a partir de 1 de janeiro de 2010. Também não estavam considerados os encargos, antes assumidos pelo MJustiça (reclusos) que, a partir de meados de 2011, passaram igualmente para a responsabilidade financeira do SNS, o que impede a comparação linear entre as colunas “caso base” e “verificado / previsto”».

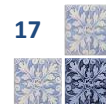
67 Verifica-se também que as receitas provenientes do pagamento de taxas moderadoras pelos utentes não estavam previstas no caso base, prevendo-se, agora, que ascendam a cerca de 1 milhão de euros em 2012. O contributo direto dos utentes apresenta uma tendência claramente crescente representando os seus pagamentos, entre 2010 e 2012, sucessivamente, 0,75%, 1,01% e 1,52% do total das remunerações previstas com as entidades gestoras.

1.7. Responsabilidades de pagamento, por período relevante

68 O quadro seguinte apresenta a agregação dos dados do ponto anterior do presente relatório, por período relevante.

17 0,595/5,318.

18 Relativamente ao Ministério da Justiça (prestações de saúde a reclusos) em 2011.



QUADRO 8 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA E POR PERÍODO

(Milhões de euros)

		2008-2012 (desde o primeiro ano do caso base)		2009-2012 (desde primeiro ano de execução)		2010-2012 (desde o primeiro ano de funcionamento do novo edifício)	
		Caso Base	Verificado./Previsto	Caso Base	Verificado./Previsto	Caso Base	Verificado./Previsto
Valores sem IVA, preços correntes.							
DISTRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIDADES DE PAGAMENTO	SNS - Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde - EGED	22,349	21,980	22,349	21,980	22,349	21,980
	SNS - Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde - EGEST	166,332	171,665	147,444	171,665	109,170	131,314
	SNS- Encargos não contemplados no caso base	0,000	45,431	0,000	45,431	0,000	35,470
	Total SNS	188,681	239,076	169,793	239,076	131,519	188,764
	SUBSISTEMAS DE SAÚDE (terceiros pagadores) a EGEST	24,035	6,677	21,179	6,677	15,390	2,204
	UTENTES (Taxas moderadoras) a EGEST	0,000	2,613	0,000	2,613	0,000	2,116
	Total (SNS, Subsistemas, Utentes)	212,716	248,366	190,972	248,366	146,909	193,085

Fonte: ARSLVT

- 69 Em preços correntes, durante os anos de execução do contrato (2009-2012), o contributo direto dos utentes (taxas moderadoras) ascendeu a 2,613 milhões de euros.
- 70 Por outro lado, os terceiros pagadores suportaram cerca de 6,677 milhões de euros dos encargos com as remunerações das entidades gestoras do Hospital de Cascais.
- 71 Os encargos da responsabilidade do SNS ascenderam, no mesmo período, a 239,076 milhões de euros, exercendo um acréscimo de pressão financeira, sobre o mesmo SNS, de 69,283 milhões de euros acima do previsto no caso base.
- 72 Deste valor, parte resulta da transferência de responsabilidade para o SNS dos **pagamentos** à EGEST, antes da responsabilidade de terceiros pagadores.
- 73 De acordo com a informação prestada pela ARSLVT, entre 2010 e 2012 (anos completos de funcionamento no novo edifício) a transferência de responsabilidade de pagamento dos subsistemas de saúde para o SNS é estimada em cerca de 12,7 milhões de euros¹⁹.
- 74 O quadro seguinte diz respeito às diferenças, face ao caso base, das responsabilidades de pagamento ao longo da execução do contrato.

¹⁹ Montantes provisórios, sem IVA, a preços correntes de cada ano.

QUADRO 9 - HOSPITAL DE CASCAIS – DESVIOS POR ENTIDADE PAGADORA

(Milhões de euros)

	Var caso base – verificado			Média anual de acréscimo
	2008-2012	2009-2012	2010-2012	2010-2012
	(desde o primeiro ano do caso base)	(desde primeiro ano de execução)	(desde o primeiro ano completo de funcionamento do novo edifício)	(desde o primeiro ano de funcionamento do novo edifício)
SNS	26,7%	40,8%	43,5%	19,082
SUBSISTEMAS DE SAÚDE (terceiros pagadores) a EGEST	-72,2%	-68,5%	-85,7%	-4,395
UTENTES (Taxas moderadoras) a EGEST	n.a.	n.a.	n.a.	0,705
Total (SNS, Subsistemas, Utentes)	16,8%	30,1%	31,4%	15,392

Nota: n.a. - não aplicável
(Valores sem IVA, preços correntes)
Fonte: ARSLVT

75 Assim, verifica-se que, entre 2010 e 2012 os terceiros pagadores viram diminuídas, face ao inicialmente previsto (caso base), as suas responsabilidades em cerca de 85,7%. Este facto representou, em média, uma diminuição de responsabilidades de pagamento de cerca de 4,395 milhões de euros por ano.

76 Para o SNS verifica-se, em média, um acréscimo de responsabilidades de pagamento de cerca de 19,082 milhões de euros anuais. No total do período 2010-2012, as responsabilidades de pagamento do SNS apresentam um acréscimo, face ao caso base, de cerca de 43,5%.

77 A análise relativa à contribuição dos utentes, face ao caso base, não é possível, dado que as receitas provenientes das taxas moderadoras não foram previstas inicialmente. Regista-se apenas que, em média, entre 2010 e 2012, os utentes contribuíram diretamente com 0,705 milhões de euros por ano.

1.8. Encargos não previstos no caso base

78 O quadro seguinte apresenta os encargos que não estavam previstos no caso base.

QUADRO 10 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS NÃO PREVISTOS NO CASO BASE

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, preços correntes.		2008	2009	2010	2011	2012
		Verificado	Verificado	Verificado	Previsto	Previsto
Encargos não contemplados no caso base	Farmácia ambulatório	0,000	0,000	0,020	0,186	0,250
	Medicamentos - Protocolo VIH	0,000	8,983	9,795	10,443	11,285
	Consultas e sessões de HD (Protocolo VIH)	0,000	0,978	0,890	1,150	1,451
	Total	0,000	9,961	10,705	11,779	12,986

Fonte: ARSLVT

79 Apenas existem encargos, não previstos no caso base, com as remunerações da EGEST, estando estes estimados por defeito²⁰.

80 Os valores de dispensa obrigatória de medicação por farmácia hospitalar em ambulatório, em 2011 e 2012, são provisórios, uma vez que à data dos trabalhos de auditoria, decorria a respetiva validação de faturação (2011) e era aguardado o envio de faturas pela EGEST (2012).

²⁰ Em sede de contraditório, a ACSS refere ter recebido informação da ARSLVT no sentido de existirem para além dos referidos no quadro anterior, encargos não previstos no caso base com a interrupção voluntária da gravidez (IVG) até às dez semanas. Estes encargos foram de 0,245 milhões de euros em 2010 e de 0,316 milhões de euros em 2011. Mais refere esta entidade que a questão da IVG é transversal a todas as grandes unidades hospitalares em PPP.

- 81 Os valores resultantes do Protocolo VIH, são líquidos do reembolso ao SNS correspondente à parte da eficiência de custos obtida pela EGEST, a qual é partilhada com o Estado²¹.
- 82 Pelo quadro supra, verifica-se que todos os encargos não previstos no caso base apresentam valores com tendência crescente, a partir de 2010, primeiro ano de funcionamento no novo edifício.
- 83 Pelo cálculo do peso dos encargos não previstos no total de remunerações da EGEST, verifica-se um aumento, sucessivamente, no período 2010-2012, de 18,92%, para 20,62% e finalmente para 22,63%²².

1.9. Encargos não previstos, por período relevante

- 84 O quadro seguinte agrega a informação sobre os encargos não previstos no caso base, para os três períodos relevantes de análise.

QUADRO 11 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS NÃO PREVISTOS NO CASO BASE, POR PERÍODO

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, preços correntes.		2008-2012	2009-2012	2010-2012
		(desde o primeiro ano do caso base)	(desde primeiro ano de execução)	(desde o primeiro ano de funcionamento no novo edifício)
		Verificado/Previsto	Verificado/Previsto	Verificado/Previsto
Encargos não contemplados no caso base	Farmácia ambulatório	0,456	0,456	0,456
	Medicamentos - Protocolo VIH -	40,506	40,506	31,523
	Consultas e sessões de HD (Protocolo VIH)	4,469	4,469	3,491
	Total	45,431	45,431	35,470

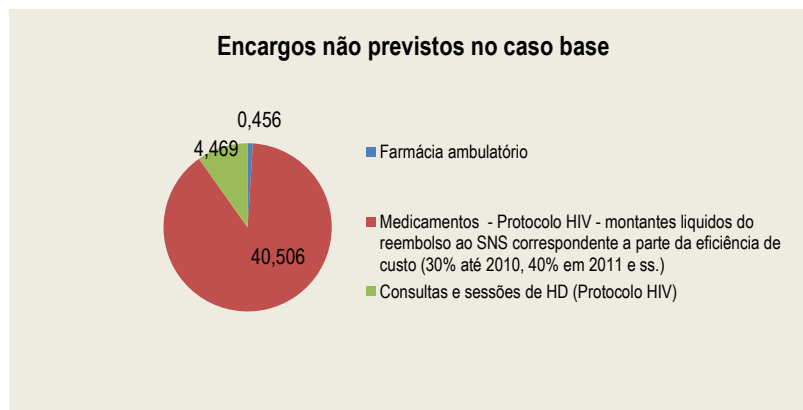
Fonte: ARSLVT

- 85 Assim, a preços correntes, o valor acumulado de encargos não previstos é de 45,431 milhões de euros, enquanto que no período de laboração no novo edifício (anos completos) é de 35,470 milhões de euros.
- 86 De entre os encargos não contemplados no caso base, os mais significativos são os relativos à dispensa de medicamentos a doentes com VIH/SIDA, os quais ao longo da execução do contrato se estimam em cerca de 40,506 milhões de euros, seguidas das respetivas consultas e sessões de hospital de dia, no valor de cerca de 4,469 milhões de euros. O protocolo respetivo totaliza uma importância de 44,975 milhões de euros, a preços correntes (consultas, sessões de hospital de dia e dispensa de medicamentos).
- 87 A figura seguinte demonstra a representatividade dos encargos com o protocolo VIH/Sida, constatando-se que constituem a quase totalidade dos encargos não previstos no caso base.
- 88 Na mais pequena porção do círculo, muito pouco representativos (0,456 milhões de euros), encontram-se os encargos adicionais com dispensa de medicamentos em ambulatório, que não relativos ao VIH/SIDA. Estes encargos representam no total de encargos não previstos, para o período de 2009-2012, cerca de 1%.

21 Conforme foi já referido a propósito do enquadramento do mesmo Protocolo.

22 Encargos não previstos no caso base, em cada ano, relativamente à correspondente remuneração anual da EGEST (total).

GRÁFICO 1 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS NÃO PREVISTOS NO CASO BASE



- 89 O quadro seguinte apresenta as médias anuais de encargos com o Hospital de Cascais, por período relevante. No mesmo quadro consta ainda a representatividade, no total de encargos com as remunerações das duas entidades gestoras, dos diversos tipos de encargos não previstos no caso base.

QUADRO 12 - HOSPITAL DE CASCAIS – ENCARGOS NÃO PREVISTOS NO CASO BASE (MÉDIAS)

	Médias anuais de encargos verificados/previstos (Valores sem IVA, preços correntes. Milhões de euros)		% no total de encargos	
	2009-2012 (desde primeiro ano de execução)	2010-2012 (desde o primeiro ano de funcionamento no novo edifício)	2009-2012 (desde primeiro ano de execução)	2010-2012 (desde o primeiro ano de funcionamento no novo edifício)
Farmácia ambulatório	0,114	0,152	0,2%	0,2%
Medicamentos - Protocolo VIH	10,127	10,508	16,3%	16,3%
Consultas e sessões de HD (Protocolo VIH)	1,117	1,164	1,8%	1,8%
Total dos encargos não previstos	11,358	11,823	18,3%	18,4%

Fonte: ARSLVT

- 90 No período 2010-2012, ou seja, nos anos que se podem considerar, até agora, típicos de funcionamento do Hospital de Cascais, a média anual de encargos não previstos no caso base é de cerca de 11,823 milhões de euros.
- 91 Verifica-se também que, desde 2009 até 2012 os encargos não contemplados no caso base correspondem a cerca de 18,3% do total dos encargos com o Hospital de Cascais. No período de funcionamento no novo edifício (2010-2012) o peso de tais encargos é semelhante.

1.10. Outras receitas e encargos

- 92 Para além dos encargos referidos existem outros, por motivos não previstos no contrato de gestão e que, por isso não foram aceites pela ARSLVT, tendo sido desencadeado o processo para mediação através da Entidade Reguladora da Saúde.
- 93 Assim, a EGEST de Cascais faturou, cerca de 10,8 milhões de euros, relativos a trabalhadores que recusaram o contrato individual de trabalho, mas que continuam a trabalhar no hospital. Todas as faturas foram devolvidas pela ARSLVT. A mesma EGEST reclama o pagamento dos reembolsos da ADSE aos funcionários do hospital, no montante aproximado de 120 mil euros.

- 94 O contrato de gestão previa também que ocorresse um pagamento ao Estado aquando da transmissão do estabelecimento hospitalar, no valor de 15 milhões de euros, os quais foram pagos ao Centro Hospitalar de Cascais.
- 95 De acordo com a EGEST, no exercício do contraditório, os encargos com doentes da rede nacional de cuidados continuados, conforme previsto na cláusula 44.ª do contrato de gestão ascendem em termos acumulados a preços correntes a 104,6 mil euros.

1.11. Multas e deduções

- 96 No domínio das sanções pecuniárias, o contrato de gestão prevê a aplicação de deduções, que são abatidas aos pagamentos aquando do processo de reconciliação anual, e a aplicação de multas.
- 97 As deduções por falhas de desempenho estão já incluídas nos montantes das reconciliações apresentadas em ponto próprio do presente relatório, ou, até, nos montantes de reconciliação que originaram até 31-12-2012, pagamentos às entidades gestoras (caso dos montantes relativos às reconciliações de 2009 e 2010). O respetivo total é de 0,681 milhões de euros, conforme o quadro seguinte.

QUADRO 13 - HOSPITAL DE CASCAIS – DEDUÇÕES POR FALHAS DE DESEMPENHO

H. CASCAIS	Deduções (Milhões de euros)	CAUSA
2009	0,171	Falhas de desempenho de serviço: • Parâmetro de Desempenho de Serviço nº 1 – Não foram cumpridos os objetivos de produção para as consultas externas de Neurologia (primeiro e segundo semestre) e Imuno-hemoterapia (segundo semestre), não tendo sido apresentado diagnóstico e plano de medidas para corrigir os problemas verificados.
	0,085	Parâmetro de Desempenho de Serviço nº 18 – A EGEST não apresentou evidências de dispor de um inventário atualizado dos Equipamentos e Sistemas Médicos, nos termos do Anexo X.
	0,006	Falhas específicas – 2009 • Incumprimento contratual referente aos procedimentos relacionados com a referenciação de doentes
2010	0,052	Falhas de desempenho de serviço: A codificação dos episódios de internamento e das intervenções em cirurgia de ambulatório não foi realizada dentro dos prazos estabelecidos no Regulamento Interno do Núcleo de Codificação.
	0,087	Falhas de desempenho de serviço: A EGEST não apresentou nos prazos contratualmente previstos a informação anual exigida nos termos do contrato
	0,279	Falhas específicas – 2010: • Incumprimento contratual referente aos procedimentos relacionados com a referenciação de doentes
TOTAL	0,681	

Fonte: ARSLVT

- 98 No que diz respeito às multas, verifica-se que todas se encontram em contencioso judicial, sendo que numa delas foi já interposto pela EGEST recurso de impugnação pela segunda vez.
- 99 As multas totalizam 0,581 milhões de euros, conforme o quadro seguinte.

QUADRO 14 - HOSPITAL DE CASCAIS – MULTAS

H. CASCAIS	Multas (Milhões de euros)	CAUSA	EFEITOS
2010	0,107	Inexistência de Regulamento Interno do Serviço de Urgência	Elaboração e apresentação à Entidade Pública Contratante do respetivo Regulamento Interno. Em contencioso judicial, pela segunda vez.
	0,214	Não sujeição do Sistema de Monitorização à aprovação da Entidade Pública Contratante	Apresentação de proposta e pedido de aprovação do Sistema de Monitorização à Entidade Pública Contratante, encontrando-se esta em fase de apreciação. Em contencioso judicial.
	0,150	Não disponibilização de informação solicitada pela Entidade Pública Contratante relativa à área de recursos humanos.	Apresentação parcial da informação solicitada. Em contencioso judicial.
	0,110	Incumprimento reiterado de diretiva da Entidade Pública Contratante relativamente à disponibilização de livros de reclamações nos locais onde ocorre atendimento ao público.	Disponibilização dos livros de reclamações em alguns dos serviços designados pela Entidade Pública Contratante. Em contencioso judicial.
Total	0,581		

(Fonte: ARSLVT)

1.12. Reconciliações anuais

100 Encontram-se parcialmente apurados e pagos os valores relativos às reconciliações de 2009 e 2010, conforme o seguinte quadro.

QUADRO 15 - HOSPITAL DE CASCAIS – RECONCILIAÇÕES ANUAIS
(VALORES APURADOS E PAGOS)

(Milhões de euros)

Rubrica	2009	2010
	Correção	Correção
Remuneração base anual da EGEST	45,583	46,307
Deduções	-0,263	-0,418
Remuneração anual da EGEST	45,320	45,889
Parcela a cargo de terceiros pagadores	4,473	0,838
Taxas moderadoras	0,497	0,487
Parcela a cargo do SNS	40,350	44,563
Pagamento anual por conta (duodécimos pagos)	-36,775	-38,575
Pagamento de reconciliação (a receber pela EGEST)	3,576	5,988

Fonte: ARSLVT

101 No entanto, existem ainda valores a reembolsar pela EGEST, em virtude de acertos de preços a serem processados.

102 Na medida em que estes valores se encontram já pagos à EGEST, foram considerados, nos quadros de encargos dos pontos anteriores. O seu valor foi, no entanto, contestado pela EGEST.

103 O processo de reconciliação de 2011 não se encontra ainda encerrado.

1.13. Montantes pagos até 31-12-2011

104 Em 31-12-2011 encontravam-se pagos os valores constantes do quadro seguinte.

QUADRO 16 - HOSPITAL DE CASCAIS – MONTANTES PAGOS ATÉ 31-12-2011

(Milhões de euros)

Preços correntes, sem IVA	2009	2010	2011
EGED		7,156	7,261
Duodécimos		7,156	6,479
Reconciliação de 2010			0,783
EGEST	44,818	52,183	60,668
Duodécimos	44,818	48,760	52,643
Reconciliação de 2009		3,105	0,471
Protocolo VIH (reconciliação 2009)		0,318	1,566
Reconciliação de 2010			5,988
EGED + EGEST	44,818	59,339	67,930

Fonte: ARSLVT

105 Foram, assim, pagos, até ao final de 2011, 172,087 milhões de euros.

106 Deve referir-se que os montantes relativos às reconciliações com a EGED estão já refletidos nos quadros de encargos anteriormente apresentados. O mesmo acontece com as reconciliações de 2009 e 2010 com a EGEST.

- 107 Para além dos pagamentos referidos no quadro anterior, ocorreram reembolsos relativos à partilha de eficiência de custo de medicamentos no âmbito do protocolo VIH. Assim, a reconciliação de 2010 implicou um reembolso, à ARS, de 1,515 milhões de euros, os quais foram debitados à EGED já em 2012. Este pagamento encontra-se refletido nos quadros de encargos apresentados nos pontos anteriores.
- 108 Já no decurso de 2012, foram encerrados processos de reconciliação que não se encontravam incluídos nos valores de encargos fornecidos pela ARSLVT. Assim, prevê-se que venha ser paga à EGED em 2012 a reconciliação relativa a 2011, no valor de 0,745 milhões de euros. A reconciliação de 2011, relativa ao protocolo VIH, de acordo com a ARSLVT foi, entretanto, paga em 2012 compreendendo 11,453 milhões de euros de dispensa de medicamentos e 1,522 milhões de euros de consultas e hospital de dia.

1.14. Perspetiva das concessionárias

- 109 A demonstração de resultados da EGED do Hospital de Cascais, à semelhança do que se constata para outras EGED de outros hospitais em PPP, apresenta, face ao caso base, uma diminuição de proveitos e de custos operacionais, essencialmente justificada por razões contabilísticas.

QUADRO 17 - HOSPITAL DE CASCAIS – RESULTADOS DA EGED

(Milhões de euros)

	2008			2009			2010			2011		
	Caso Base	Verif.	Var. %	Caso Base	Verif.	Var. %	Caso Base	Verif.	Var. %	Caso Base	Verif.	Var. %
Proveitos operacionais		0,232		0,000	0,565		8,239	5,526	-33%	7,363	5,251	-29%
Custos operacionais		0,234		0,000	0,569		4,604	2,124	-54%	4,582	2,035	-56%
Proveitos financeiros		0,000		0,000	0,000		0,042	0,015	-64%	0,081	0,088	8%
Custos financeiros		0,000		0,000	0,000		3,629	2,883	-21%	3,571	3,239	-9%
Imposto sobre o rendimento		0,000		0,000	0,001		0,013	0,422	3163%	-0,195	0,679	-448%
Resultado líquido		-0,001		0,000	-0,005		0,034	0,112	228%	-0,514	-0,615	-20%

Nota: Preços correntes.

Fonte: EGED

- 110 Assim, os desvios ocorridos relativamente ao Case Base da concessão são justificados por, a partir do exercício de 2010, ter sido adotado o referencial do Sistema de Normalização Contabilística (SNC), de acordo com o qual nas concessões de serviço público (IFRIC 12 - Contratos de Concessão de Serviços Públicos) a infraestrutura não deve ser reconhecida como ativo fixo tangível do concessionário, tendo este apenas tem direito a utilizar a infraestrutura para a prestação de um serviço público, por conta do concedente²³.
- 111 Os desvios nos custos financeiros são por sua vez justificados por via da existência de um diferente perfil de utilização do financiamento contratado (o qual no caso base previa montantes de financiamento mais elevado no início do contrato) e ainda pelo desfasamento dos períodos de pagamento dos juros de *swap* (no caso base pagos no próprio semestre, enquanto que de facto são pagos no início do semestre seguinte).
- 112 Quanto aos fluxos acionistas, quer capital social, quer suprimentos seguiram o preconizado pelo caso base. Já quanto ao reembolso de suprimentos e ao pagamento de juros de suprimentos ocorreu um desvio significativo em 2011, na medida em que não se verificaram, estando ambos previstos no caso base (respetivamente 0,318 milhões de euros e 0,247 milhões de euros). O relatório de gestão de 2011 incluía a possibilidade de vir a ocorrer um reembolso de suprimentos. Esta EGED, em 31-12-2011, apresentava capitais próprios negativos (- 9,524 milhões de euros)²⁴.

²³ O direito contratual incondicional de receber dinheiro ou outro ativo financeiro da parte do concedente é registado em "Outros devedores".

²⁴ Informação prestada pela concessionária, à data dos trabalhos de auditoria.

- 113 A EGED sublinha ainda que o recebimento integral e atempado dos valores contratuais, são fundamentais para a observância dos compromissos celebrados junto do agente de financiamento, dadas as reduzidas folgas existentes para o cumprimento dos rácios de cobertura de serviço da dívida, estipulados nos contratos de financiamento.
- 114 O quadro seguinte apresenta o desempenho em termos financeiros relativo à **EGEST**, podendo ser observados resultados líquidos consecutivamente abaixo do previsto no caso base, não obstante os proveitos operacionais terem também sido significativamente superiores aos previstos no caso base.
- 115 Os dados do mesmo quadro são, relativamente a 2011 previsionais. Antes da revisão de contas pelos auditores, previa-se um resultado líquido negativo de -8,1 milhões de euros, reajustado depois para -2,23 milhões de euros, em consequência da reversão parcial de imparidade adiante referida.

QUADRO 18 - HOSPITAL DE CASCAIS – RESULTADOS DA EGEST

(Milhões de euros)

Desempenho Económico-Financeiro	Ano 2009			Ano 2010			Ano 2011			Ano 2012		
	Caso Base	Verificado	Variação (%)	Caso Base	Verificado	Variação (%)	Caso Base	Verificado	Variação (%)	Caso Base	Previsional	Variação (%)
Proveitos Operacionais	440,6	551,0	25%	40,0	61,8	54%	41,4	68,6	66%	43,2	58,5	36%
Custos Operacionais	408,5	552,9	35%	40,4	90,4	123%	41,8	75,5	80%	42,7	62,8	47%
Proveitos financeiros	0,2	0,0	-96%	0,0	0,5	2217%	0,1	0,2	294%	0,2	0,1	-46%
Custos financeiros	10,3	10,3	0%	1,4	0,6	-59%	1,7	1,4	-21%	1,8	0,7	-61%
Proveitos extraordinários	0,0	0,9	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-
Custos extraordinários	0,0	1,6	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-
Imposto sobre o rendimento	6,1	-3,1	-	-0,5	0,7	-	-0,6	0,1	-	0,0	0,0	-
Resultado Líquido	16,0	-9,9	-162%	-1,3	-29,4	-2124%	-1,5	-8,1	-441%	-1,2	-4,9	-321%

Nota: Preços correntes
Fonte: EGEST

- 116 A mesma concessionária refere como explicação «*as alegadas dificuldades financeiras por parte do Ministério da Saúde [dada a conjuntura económico-financeira do país] que se traduzem numa não aceitação, por parte da Entidade Pública Contratante (EPC), da produção proposta pela HPP para o próximo ano e que se reflete nas principais linhas de produção*», sendo que a produção contratualizada e fixada unilateralmente pelo Estado terá ficado, de acordo com a mesma fonte, abaixo do *break even point*.
- 117 Efetivamente, uma vez que para 2011 e 2012, ao contrário do que aconteceu em 2009 e 2010, ARSLVT e EGEST não chegaram a acordo a respeito dos níveis de produção, o concedente procedeu à fixação unilateral da produção prevista no contrato de gestão.
- 118 Sobretudo com efeitos em 2012, para a EGEST, esta «*limitação administrativa dos níveis de produção a contratualizar*» constitui um «*acionamento, perfeitamente antagónico aos princípios (e regras contratualmente aceites) que guiaram os concursos de parcerias público-privadas na área da saúde, podem, em última análise, comprometer a sustentabilidade dos projetos desta natureza*», uma vez que, na sua perspetiva, o pressuposto do caso base seria a consolidação gradual da situação económico-financeira da EGEST através da evolução crescente dos níveis de procura.
- 119 Acresce que os custos operacionais têm sido também significativamente superiores ao longo de todo o período contratual decorrido, sempre com acréscimos face ao caso base maiores do que os acréscimos de proveitos operacionais.
- 120 A EGEST destaca os custos com pessoal, uma vez que «*a inflação no mercado de trabalho e, em especial, no do pessoal médico em 2010 e princípio de 2011 gerou um claro agravamento dos custos da mão-de-obra, já de si calculados muito abaixo dos necessários em recursos humanos num hospital com as*

características do hospital de Cascais, e que o modelo financeiro, desenhado à época, não consegue dar resposta»²⁵.

- 121 Na perspetiva avançada pela concessionária, a convivência, no mesmo sistema, com os hospitais públicos, cria condições de concorrência pelos recursos humanos que lhe são desfavoráveis em termos de custo, na medida em que considera existir escassez de médicos e desregulação da política salarial dos hospitais públicos.
- 122 Estes aspetos são ainda agravados, na sua perspetiva, pelo regime legal e fiscal existente, na medida em que não só é impossível o aproveitamento da mão-de-obra de médicos aposentados, como existe um agravamento das contribuições, por parte da entidade patronal, para os regimes de proteção social (neste caso, problema aplicável a todas as categorias profissionais).
- 123 A EGEST considera mesmo a situação, causadora de custos não previstos inicialmente pelo regime aplicável aos recursos humanos, pode justificar um pedido de revisão dos pressupostos do caso base.
- 124 Por outro lado, o contrato de gestão, previa que os funcionários em regime de funções públicas do inicial Hospital de Cascais, deveriam optar por fazer contrato individual de trabalho e que, caso não o quisessem deveriam continuar em funções no Centro Hospitalar de Cascais. A EGEST refere que a maioria dos profissionais disse não estar interessada em fazer contrato com aquela entidade gestora ou nem sequer se pronunciou. Neste sentido, *«a HPP viu-se na obrigação de contratar outros profissionais que, nalguns casos, criaram uma situação de duplicação de mão-de-obra e logo de encargos remuneratórios, cuja responsabilidade de pagamento, apesar de imputada à EPC, não tem sido por esta aceite»²⁶.*
- 125 A EGEST refere que perante o prejuízo registado no ano 2010 foi constituída uma imparidade que aumentou o prejuízo desse ano em cerca de 13 milhões de euros e que em 2010 e 2011 faturou à ARS os custos do pessoal que não estabeleceu contrato individual de trabalho, registo evidenciado em outras receitas e em custos (imparidades)²⁷.
- 126 Na medida em que o desempenho económico/financeiro se revelou abaixo do estimado, tal como as projeções até final do contrato, a EGEST decidiu registar nas suas contas a imparidade pelo valor líquido do ativo intangível que corresponde à contrapartida financeira pela transmissão do estabelecimento hospitalar, situação eventualmente reversível a prazo, *«se futuras projeções vierem a revelar a recuperabilidade do investimento»²⁸.*
- 127 Outra dificuldade apontada pela concessionária diz respeito ao facto de não estarem sequer encerrados os acertos de pagamentos relativamente a 2009 e 2010, o que atribui a interpretações ilegítimas, ou pelo menos diferentes das suas, por parte da ARSLVT.
- 128 Conforme se referiu, de acordo com a ARSLVT, os montantes apurados em sede de reconciliação dos anos referidos foram pagos, mas poderão, em face do exposto, não ser definitivos.
- 129 Por seu lado, o protocolo VIH/Sida é também visto pela EGEST como tendo efeitos negativos, na medida em que não estando previsto no caso base, provocou uma alteração na estrutura de custos.
- 130 Também com reflexos negativos surge a integração, já referida no presente relatório, da responsabilidade de pagamento do SNS que cabia aos subsistemas de saúde do Estado uma vez que promoveu uma dependência quase total dos pagamentos recebidos da EPC.

25 Note-se que o contrato de gestão tem um anexo com níveis mínimos de recursos humanos, o qual resultou do processo de contratação. De acordo com a ARSLVT, os níveis de recursos humanos ultrapassaram tais mínimos. Encerrado o procedimento e por razões não imputáveis ao concedente, o risco de gestão caberá à concessionária. De qualquer modo, de acordo com as declarações da concessionária, o risco de agravamento dos custos com pessoal, veio a verificar-se mais elevado do que se esperava.

26 Efetivamente a ARSLVT referiu entender que o risco em causa não é imputável ao concedente, pelo que recusa aceitar os respetivos efeitos financeiros.

27 Esta situação foi já referida em ponto próprio do presente relatório.

28 Tal faturação foi devolvida pela ARSLVT.



- 131 Este cenário leva a EGEST a referir debater-se «*com um conjunto de ameaças bem evidenciadas nas suas contas anuais*» e que «*nos anos cruciais para o desenvolvimento da instituição, sedimentados que foram alguns procedimentos e absorvida que está a cultura organizacional implementada, este cercear da atividade pode mesmo pôr em causa, a sustentabilidade económica e financeira do projeto já ela muito debilitada pelo resultado atingido no final do ano de 2010*».
- 132 Em 31/12/2011, a concessionária apresentava capitais próprios negativos de cerca de -30,5 milhões de euros²⁹.
- 133 A EGEST considera que dadas a atual conjuntura e as perspetivas futuras, a TIR acionista previsível para o total da concessão (10 anos) será necessariamente negativa (seria de 9,75%, de acordo com o caso base).
- 134 No entanto, a resolver-se o problema da fixação unilateral da produção por parte do Estado, a EGEST também refere que perspetiva vir a ser possível obter rácios de rentabilidade adequados e compagináveis com o previsto no modelo financeiro.
- 135 Em consonância com o referido, a certificação legal de contas de 2011, apresenta uma reserva segundo a qual embora existam projeções futuras da concessionária que estimam uma melhoria nos resultados de exploração, caso venha a existir a renovação do contrato, ou seja, caso a concessão a esta concessionária se estenda para além de 2018, «*os benefícios económicos futuros previstos até 2018 não são suficientes para recuperar os ativos fixos tangíveis e intangíveis da HPP Cascais (...)*».

2. HOSPITAL DE BRAGA

- 136 A análise subjacente ao texto enviado para contraditório, relativamente aos encargos com a PPP do Hospital de Braga foi efetuada na ausência de encerramento de qualquer dos processos de reconciliação, para os anos decorridos de execução contratual.
- 137 Em sede de contraditório, a ARSN remeteu nova informação comportando desta vez o efeito dos processos de reconciliação relativos aos anos de 2009, 2010 e 2011.
- 138 Assim, a mesma entidade refere, no seu contraditório, o seguinte:

«A conclusão dos trabalhos relativos ao apuramento dos acertos de contas da EGEST para os anos de 2009, 2010 e 2011 e da EGED para o ano de 2011 foi concretizada pela equipa de gestão do contrato que iniciou funções em novembro de 2011, nomeada pelo Conselho Directivo desta ARS que foi nomeado em Outubro de 2011.»

«(...) a presente pronúncia teve como objectivo fundamental permitir a esta ARSN proceder à actualização da informação utilizada pelo Tribunal de Contas no Relatório de auditoria relativamente à Parceria Público-Privada do Hospital de Braga por incorporação dos novos elementos entretanto tornados disponíveis em resultado da conclusão dos trabalhos relativos ao apuramento dos acertos de contas (...).»

«Assim, deixa este Conselho Directivo à consideração do douto Tribunal, a informação actualizada, incluindo uma revisão e actualização dos principais quadros constantes do Relatório de Auditoria mediante a inclusão, nos anos de 2009, de 2010 e de 2011, dos elementos relativos à produção e aos encargos e pagamentos efectivos, bem como dos comentários considerados relevantes, nos termos ora apresentados.»

- 139 Os pontos seguintes incorporam a informação assim veiculada ao TC.

²⁹ Conforme é referido na respetiva certificação legal de contas.

2.1. Adendas e acordos interpretativos

- 140 Quanto ao Hospital de Braga refere o gestor do contrato que «*não foram introduzidas alterações ao Contrato de Gestão*»³⁰.
- 141 No entanto, existem dois acordos interpretativos. Um deles diz respeito à assistência, durante o período de transição (funcionamento nas antigas instalações hospitalares), a doentes com patologias de nefrologia, reumatologia e alergologia, que no Hospital anteriormente existente (Hospital de S. Marcos) eram assistidos em Medicina Interna, ficando acordado que estes doentes continuariam a ser assistidos em medicina interna, até ao funcionamento do novo edifício hospitalar. O perfil assistencial no novo edifício hospitalar comporta já as especialidades em causa.
- 142 Outro acordo interpretativo diz respeito também ao período de transição, mas à prestação de atos em ambulatório a doentes portadores de VIH/SIDA, igualmente assistido no âmbito de Medicina Interna. Este acordo implica, sublinha-se, durante o período de transição, da dispensa de medicamentos aos doentes referidos. O perfil assistencial no novo edifício hospitalar comporta já infeciologia.
- 143 Foi ainda assinado um protocolo, com a participação da EGEST e da Universidade do Minho, com vista ao desenvolvimento da investigação clínica, protocolo que implica partilha de receita com o Estado.
- 144 Finalmente, encontra-se em negociação um protocolo entre a ARSN, as Entidades Gestoras e a Câmara Municipal de Braga, para regular matérias atinentes aos acessos ao Hospital.³¹

2.2. Inflação e case mix

- 145 No que diz respeito os pressupostos de inflação do Hospital de Braga, verificam-se os seguintes diferenciais relativamente ao caso base.

QUADRO 19 - HOSPITAL DE BRAGA – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS – PRODUÇÃO EFETIVA (2009-2011) E CONTRATADA (2012)

Anos	2009	2010	2011	2012
EGEST	-2,50%	-4,55%	-2,91%	-3,29%
EGED	-	-	-2,88%	-1,83%

Fonte: ACSS/ARSN

- 146 Os diferenciais constantes do quadro anterior incorporam já a atualização de informação transmitida em sede de contraditório pela ARSN em resultado do encerramento dos procedimentos de reconciliação relativos aos anos de 2009 a 2011.
- 147 Verifica-se que, em todos os anos, as remunerações de ambas as entidades gestoras foram alvo de **atualizações de preços**, significativamente abaixo do que havia sido considerado no caso base.
- 148 Em média (2009-2012), a EGEST teve anualmente na sua remuneração uma atualização de preços de -3,31%, face ao caso base. A atualização de preços incorporada na remuneração da EGED ficou abaixo do caso base, em média (2011-2012), cerca de -2,36%.
- 149 Relativamente aos índices de **case mix**, o quadro seguinte compara os valores constantes do caso base com os valores subjacentes aos processos de reconciliação. Apenas no ano de 2012 a comparação é efetuada relativamente ao procedimento de contratação anual. O mesmo quadro incorpora a atualização de informação transmitida pela ARSN em sede de contraditório.

³⁰ Resposta ao questionário inicial, pág.23

³¹ EGED, em resposta ao questionário de auditoria.

- 150 Em sede de contraditório, a ARSN refere que os pressupostos de atualização de preços incorporados nos casos base da EGEST e da EGED têm sido, em todos os anos decorridos de execução do contrato, superiores às atualizações de preços efetivamente verificadas.

QUADRO 20 - HOSPITAL DE BRAGA – ÍNDICES DE CASE MIX – PRODUÇÃO EFETIVA
(2009-2011)
E CONTRATADA (2012)

Projeto PPP	Ano 2008			Ano 2009			Ano 2010			Ano 2011			Ano 2012		
	Caso Base	Produção efetiva	Variação (%)	Caso Base	Produção efetiva	Variação (%)	Caso Base	Produção efetiva	Variação (%)	Caso Base	Produção efetiva	Variação (%)	Caso Base	Produção contratada (1)	Variação (%)
Braga -Período de Transição (antigas instalações)	n.a.	n.a.	-	0,9279	0,8810	-5%	0,9398	0,8102	-14%	0,9488	0,8078	-15%	n.a.	n.a.	-
Braga -Novo Edifício Hospitalar	n.a.	n.a.	-	n.a.	n.a.	-	n.a.	n.a.	-	0,9488	0,6931	-27%	0,9509	0,6362	-33%

Nota: (1): a produção para 2012 refere-se às quantidades fixadas em sede de procedimento anual de contratação de produção, ainda sem procedimento de reconciliação.
Fonte: ACSS/ARSN

- 151 Constata-se, assim, que os índices de *case mix* foram substancialmente abaixo dos inicialmente previstos (caso base). No período de transição (funcionamento nas antigas instalações), com exceção de 2009, verificaram-se diferenças entre -14% e -15%. A partir da entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar as diferenças são ainda mais acentuadas (entre -27% e -33%).
- 152 Em média, para o período de funcionamento ainda nas antigas instalações (2009-2011), a diferença de índice de *case mix*, face ao previsto no caso base é de cerca de -11% e para o período de funcionamento no novo edifício hospitalar (2011-2012) é de cerca de -30%. O diferencial de -33% verificado em 2012 relativamente à produção contratada é, de acordo com a ARSN (em sede de contraditório), atribuível em grande parte à inclusão da atividade de ambulatório médico na linha de internamento e ambulatório médico e cirúrgico. Este fator contribuiu também, nos anos anteriores, para reduzir os índices de *case mix* face aos pressupostos considerados no caso base. Isto é, o ambulatório médico não se encontra previsto no caso base.
- 153 Em suma, tal como refere a ARSN em sede de contraditório, os índices de *case mix* subjacentes à produção prevista (ano de 2012) e à produção efetiva (anos compreendidos entre 2009 e 2011) foram inferiores aos previstos no caso base.
- 154 Como se verá no presente relatório, ocorreu uma alteração metodológica no âmbito do SNS, durante a vigência do contrato que implicou a criação de GDH de ambulatório médico. A EGEST, em sede de contraditório chamou a atenção para o facto de a alteração referida implicar uma alteração no cálculo do índice de *case mix* global do Hospital de Braga, o que conduz a que a comparação entre os índices subjacentes ao caso base e os índices em sede de processos de reconciliação (subjacentes à produção efetiva) não sejam linearmente comparáveis.

2.3. Evolução da produção

- 155 Na sequência do encerramento dos processos de reconciliação relativos aos anos de 2009, 2010 e 2011, em sede de contraditório, a ARSN veio a atualizar a informação antes veiculada ao TC, permitindo avaliar a evolução da atividade efetiva face ao caso base.
- 156 O quadro seguinte ilustra a evolução da produção (contratada e efetiva) entre 2009 e 2011, face às estimativas do caso base, de acordo com as principais linhas de produção. A informação relativa ao ano de 2012 refere-se à produção contratada.

QUADRO 21 - HOSPITAL DE BRAGA – ESTRUTURA DA PRODUÇÃO

GDH/Atos

Produção da EGEST	Caso Base (A)				Produção Contratada (B)				Produção Efetiva (C)			Variação (B-A)				Variação (C-B)			Variação (C-A)		
	2009 ⁽¹⁾	2010	2011	2012	2009 ⁽¹⁾	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Doentes Equivalentes	9.069	27.515	28.483	29.214	9.069	35.506	58.991	63.461	8.828	35.881	46.052	0	7991	30508	34247	-241	375	-12939	-241	8366	17569
Int. Médico e Cirúrgico	7.601	22.595	23.163	23.694	7.601	22.353	26.894	26.625	7.260	23.340	24.822	0	-242	3731	2930	-341	987	-2072	-341	745	1659
Cirurgia de Ambulatório	1.468	4.920	5.320	5.520	1.468	5.869	10.218	12.207	648	5.671	8.386	0	949	4898	6687	-820	-198	-1832	-820	751	3066
Ambulatório Médico		0	0	0		7.284	21.879	24.629	920	6.870	12.844	0	7284	21879	24629	920	-414	-9035	920	6870	12844
Dias de int. RNCCI⁽²⁾	0	0	8.121	8.137	0	0	1.659	459	0	0	1.194	0	0	-6462	-7678	0	0	-465	0	0	-6927
Consultas Externas⁽³⁾	80.273	239.933	240.678	246.695	80.273	339.628	371.936	381.242	94.099	325.280	346.889	0	99694	131258	134547	13826	-14348	-25047	13826	85347	106211
Primeiras Consultas	23.279	79.978	80.226	82.232	23.279	147.261	165.179	157.228	35.028	114.866	115.505	0	67284	84953	74996	11749	-32395	-49674	11749	34888	35279
Consultas Subsequentes	56.994	159.956	160.452	164.463	56.994	192.366	206.756	224.014	59.071	210.414	231.384	0	32410	46304	59551	2077	18048	24628	2077	50458	70932
Urgências⁽⁴⁾	52.392	158.087	163.548	169.370	52.392	100.432	102.793	103.863	30.962	94.755	101.055	0	-57656	-60755	-65507	-21430	-5677	-1738	-21430	-63332	-62493
Hospital de Dia	12.329	40.829	52.791	75.575	12.329	22.756	35.125	17.836	649	6.205	7.938	0	-18073	-17665	-57739	-11680	-16551	-27187	-11680	-34624	-44853
Oncológico	5.407	17.904	18.496	18.033	5.407	5.232	7.830	1.611	35	1.105	869	0	-12672	-10666	-16422	-5372	-4127	-6961	-5372	-16799	-17627
Radioterapia			10.575	28.224										-10575	-28224			0			-10575
Pediatria			2.854	3.802			808	783			396			-2046	-3019			-412			-2458
Psiquiatria			5.140	6.871			3.235	537			12			-1905	-6334			-3223			-5128
Hemodiálise			4.601	12.280			3.550	1.300						-1051	-10980			-3550			-4601
Infeciologia			1.999	2.672			771	0						-1228	-2672			-771			-1999
Outras Sessões	6.923	22.925	9.125	3.693	6.923	17.524	18.931	13.605	614	5.100	6.661	0	-5401	9806	9912	-6309	-12424	-12270	-6309	-17825	-2464
Casos e Atos Específicos	0	150	150	150	0	0	0	0	0	0	0	0	-150	-150	-150	0	0	0	0	-150	-150

Nota: (1): Produção prevista para 2009 estabelecida de acordo com o mecanismo de ajustamento da Produção Prevista para o período entre a data da Transmissão do Estabelecimento Hospitalar e 31 de dezembro de 2009, conforme consta do n.º 8 do Apêndice 1 (Atividade Projetada para 2009) ao Anexo II (Produção Prevista) do Contrato de Gestão.

(2): Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

(3): Inclui as urgências verdes e azuis pagas como primeiras consultas e como consultas subsequentes.

(4): Exclui as urgências verdes e azuis pagas como primeiras consultas e como consultas subsequentes e as urgências que originam episódios de internamento.

(5): a produção para 2012 refere-se às quantidades fixadas em sede de procedimento anual de contratação de produção, ainda sem procedimento de reconciliação.

Fonte: ARSN

157 Conforme veio em sede de contraditório sublinhar a ARSN, a produção efetiva foi inferior à produção contratada em todas as linhas de atividade entre 2009 e 2011, com duas exceções: consultas externas em 2009 (devido à realização de um número significativo de urgências verdes e azuis, contratualmente remuneradas ao preço das consultas externas, estando por isso incluídas nesta linha); doentes equivalentes (2010) que superaram a produção prevista.

158 Apesar de a produção efetiva ter sido significativamente inferior à produção contratada em 2011, a ARSN referiu que possui a expectativa de que a produção efetiva relativa a 2012 venha a estar muito próxima da produção que foi contratada para o mesmo ano³².

159 Quanto à comparação entre a produção subjacente ao caso base e a produção efetiva (apurada na sequência dos processo de reconciliação), constata-se que esta última foi, em 2010 e 2011 superior ao inicialmente previsto em doentes equivalentes e em consultas externas.

32 Esclarecimento prestado relativamente à atualização de informação ocorrida em sede de contraditório.



2.4. Encargos com remunerações das entidades gestoras

160 Durante os trabalhos de auditoria havia-se concluído que a PPP do Hospital de Braga era a que apresentava uma diferença maior entre os encargos resultantes da produção contratada (antes dos procedimentos de reconciliação anual) e os encargos previstos. Em 2011, essa diferença era de mais de 21 milhões de euros, ainda que os encargos que não foram previstos no caso base fossem pouco significativos.

161 Na sequência do encerramento dos processos de reconciliação relativos aos anos de 2009, 2010 e 2011, em sede de contraditório, a ARSN veio a atualizar a informação antes veiculada ao TC, permitindo avaliar a evolução da atividade efetiva face ao caso base até 2011.

162 O quadro seguinte ilustra a evolução dos encargos com a produção (caso base e efetiva) entre 2009 e 2011, face às estimativas do caso base, de acordo com as principais linhas de produção.

163 A informação que consta do quadro seguinte, relativamente ao ano de 2012, refere-se à comparação entre encargos do caso base e encargos resultantes da produção contratada.

164 Até 2011, os encargos com a PPP do Hospital de Braga ficaram consecutivamente abaixo do caso base.

QUADRO 22 - HOSPITAL DE BRAGA – ENCARGOS COM A PRODUÇÃO EFETIVA (ATUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO EM SEDE DE CONTRADITÓRIO)

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, a preços correntes de cada ano		2009			2010			2011			2012		
		Caso Base	Efetivo.	Diferença %	Caso Base	Efetivo.	Diferença %	Caso Base	Efetivo.	Diferença %	Caso Base	Previsto	Diferença %
ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO	Componente fixa da remuneração base anual, responsabilidade do SNS	-	-		-	-		12,964	12,964	0,00%	17,286	17,286	0,00%
	Componente variável da remuneração base anual	-	-		-	-		4,044	3,387	-16,24%	5,500	5,407	-1,68%
	Total	-	-		-	-		17,008	16,351	-3,86%	22,785	22,693	-0,41%
ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO	Remuneração pela produção de serviços clínicos a)	52,244	28,205	-46,01%	110,056	100,960	-8,26%	99,592	101,226	1,64%	99,417	111,215	11,87%
	Remuneração pela disponibilidade do serviço de urgência	2,121	1,383	-34,78%	4,326	3,217	-25,64%	3,872	2,997	-22,61%	3,766	3,652	-3,03%
	Remunerações não contempladas no caso base	-	2,039		-	2,811		-	1,609		-	1,000	
	Deduções por falhas resultado, serviço e específicas	-	-		-	-0,143		-	-5,682		-	-	
	Dedução das receitas contempladas no caso base (parte SNS)	-	-0,005		-	-0,017		-	-0,051		-0,002	-0,103	6228,49%
	Receitas não contempladas no caso base (parte SNS) - ensino médico pós-graduado	-	-		-	-0,180		-	-0,191		-	-0,158	
	Total	54,365	31,621	-41,83%	114,382	106,648	-6,76%	103,464	99,908	-3,44%	103,181	115,606	12,04%
	Total das duas entidades gestoras	54,365	31,621	-41,83%	114,382	106,648	-6,76%	120,472	116,259	-3,50%	125,967	138,299	9,79%

Nota: Encargos com as EG (Hospital de Braga).

(a) Incluem-se as prestações de serviços clínicos a cidadãos estrangeiros de 0,395 milhões de euros em 2009, 1,022 milhões de euros em 2010, 1,100 milhões de euros em 2011 e 0,787 milhões de euros previstos para 2012, num total acumulado de 3,303 milhões de euros. Estes montantes foram reportados em sede de contraditório pela ARSN que as considerou como não estando incluídas nas prestações de serviços clínicos, tal como previstas pelo caso base.

Fonte: ARSN



- 165 De acordo com a ARSN, os encargos com a EGED foram inferiores aos encargos previstos no caso base, fruto da atualização de preços (componente variável da remuneração base anual) consubstanciada em taxas de inflação acumuladas inferiores às subjacentes ao caso base.
- 166 Quanto às remunerações da EGEST, em 2009 e em 2011, ocorreram pagamentos de reconciliação favoráveis à ARSN, em resultado da produção efetiva ter sido genericamente³³ inferior à produção contratada.
- 167 No caso do ano de 2009, o caso base pressupunha uma operação de 6 meses, quando, na realidade, tendo a transmissão do estabelecimento hospitalar sido efetuada em 1 de setembro, tal período se resumiu a 4 meses. Mesmo com o ajustamento dos encargos previstos no caso base ao período equivalente, os encargos efetivos de 2009 teriam ficado abaixo dos considerados à data da contratação.
- 168 Ou seja, a diferença percentual entre caso base e produção efetiva apresentada no quadro supra para 2009 é de -41,83% e foi calculada tendo em conta que a ARSN referiu em sede de contraditório³⁴, tanto para o caso base, como para a produção contratada, valores relativos a 6 meses de operação.
- 169 Na medida em que, como também é referido em contraditório, pela mesma entidade, a operação se verificou naquele ano durante apenas 4 meses, a diferença que poderá ser calculada entre o caso base ajustado para esse período e a remuneração efetiva é bastante inferior (cerca de -12,75%).
- 170 Em 2010, ocorreu um pagamento de reconciliação de 4, 383 milhões de euros, o que resultou do facto de a redução de produção face ao contratado não ter compensado o adiantamento de remuneração efetuado em duodécimos.
- 171 No mesmo ano, os encargos ficaram abaixo do caso base cerca de -7,734 milhões de euros e em 2011 cerca de -4,423 milhões de euros.
- 172 Em 2011 verificou-se um montante de deduções elevado (5,682 milhões de euros), mas caso esta não tivesse ocorrido, verificar-se-ia igualmente que os encargos teriam ficado abaixo do que foi previsto no caso base.
- 173 Embora os encargos de 2012 tenham como estimador os encargos resultantes da produção contratada, a ARSN, em sede de contraditório, refere que «os reportes mensais de actividade da EGEST permitem concluir quanto a alguma recuperação e incremento dos níveis de actividade face ao ano de 2011(...) o que se afigura extremamente positivo para a recuperação de listas de espera (...)». Mais refere a mesma entidade que esta informação poderá apenas ser confirmada aquando do encerramento do processo de reconciliação relativo a 2012, a decorrer em 2013.
- 174 Segundo a mesma fonte, em sede de contraditório, os encargos com medicamentos deverão apresentar-se estáveis, com valores de cerca de 1 milhão de euros anuais, em 2012 e 2013.

2.5. Encargos, por período relevante

- 175 A análise de desvios e acréscimos relativamente à produção efetiva que a seguir se apresenta tem por base a informação enviada pela ARSN em sede de contraditório.
- 176 A estrutura da informação corresponde à que foi apresentada no ponto anterior do presente relatório quanto à comparação entre caso base e produção contratada.

³³ Nos termos já explicados em ponto anterior do presente relatório.

³⁴ Conforme quadro de remunerações das entidades gestoras que constam na resposta de contraditório da ARSN em anexo ao presente relatório.

QUADRO 23 - HOSPITAL DE BRAGA – ENCARGOS POR PERÍODOS RELEVANTES

(Milhões de euros)

Valores sem IVA a preços correntes		2009-2012		2012 (único ano completo de laboração no novo edifício)	
		Caso base	Efetivo/Previsto	Caso base	Previsto
ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO	Componente fixa da remuneração base anual, responsabilidade do SNS (sem IVA)	30,250	30,250	17,286	17,286
	Componente variável da remuneração base anual (sem IVA)	9,544	8,794	5,500	5,407
	Total	39,794	39,044	22,785	22,693
ENTIDADE GESTORA DO ESTABE- LIMENTO	Remuneração pela produção de serviços clínicos	361,308	341,606	99,417	111,215
	Remuneração pela disponibilidade do serviço de urgência	14,085	11,249	3,766	3,652
	Remuneração não contemplada no caso base	0,000	7,458	0,000	1,000
	Deduções por falhas resultado, serviço e específicas	0,000	-5,825	0,000	0,000
	Dedução das receitas contempladas no caso base (parte SNS)	-0,002	-0,176	-0,002	-0,103
	Receitas não contempladas no caso base (parte SNS) (ensino médico pós-graduado)	0,000	-0,529	0,000	-0,158
	Total	375,392	353,783	103,181	115,606
Total das duas entidades gestoras		415,186	392,828	125,967	138,299

Nota: Tal como resulta do quadro anterior ao presente, as remunerações da EGED apenas ocorrem desde 2011.
Fonte: ARSLVT

177 Como nos restantes hospitais em PPP, os encargos totais (ao longo do período de execução do contrato) são ainda significativamente afetados pelo funcionamento no antigo edifício hospitalar, bem como pelo ano de transição para o novo edifício. Os anos que poderemos entender como suscetíveis de tipificar o perfil de encargos anual (anos completos de funcionamento no novo edifício) são poucos em todos os casos dos grandes hospitais em PPP, sendo de apenas um (2012) no caso do Hospital de Braga.

178 A EGEST é a entidade relativamente à qual os encargos apresentam diferenças mais significativas face ao caso base, as quais explicam também as diferenças, face ao caso base, para o total de encargos com as remunerações de ambas as entidades gestoras.

179 As receitas verificadas ficaram acima do inicialmente previsto mas são pouco significativas, relativamente aos montantes de encargos globais.

180 Por outro lado, as receitas para o SNS decorrentes da existência de ensino médico pós-graduado no Hospital de Braga são superiores às receitas que, pela sua natureza, haviam sido inicialmente previstas (0,529 milhões de euros, contra 0,176 milhões de euros, para todo o período de execução do contrato, e 0,158 milhões de euros, contra 0,103 milhões de euros para o único ano completo de execução do contrato já no novo edifício).

181 Constata-se que os encargos com a EGED rondam os valores previstos no caso base, não obstante a atualização de preços, quanto à componente variável de remuneração, ter ocorrido mediante taxas de inflação acumuladas substancialmente inferiores às subjacentes ao caso base (conforme se referiu em ponto anterior do presente relatório). A ARSN fez notar que tal resulta do facto de apenas a componente variável de remuneração (em média cerca de 22% da remuneração anual total da EGED) evoluir de acordo com a inflação.

- 182 Refira-se que embora o quadro supra refira remunerações relativamente ao período contratual (2009-2012), as remunerações da EGED verificaram-se apenas em 2011 e 2012, na medida em que a sua verificação dependeu, conforme as condições contratuais definidas, da abertura do novo edifício hospitalar.
- 183 Verifica-se também que, de acordo com os dados disponíveis, no período de execução do contrato (2009-2012) as remunerações da EGEST ficaram abaixo do previsto no caso base, conclusão reforçada não só pelo facto de tais remunerações terem sido calculadas mediante a utilização de pressupostos de inflação acumulada inferiores aos inicialmente previstos (conforme atrás referido no presente relatório), como pelo facto de os índices de *case mix* se terem verificado abaixo do que foi previsto à data da contratação. Acresce que os níveis de produção efetiva foram inferiores aos da produção contratada.
- 184 Diga-se que as remunerações de 2011 teriam ficado acima do previsto no caso base, se não fosse tido em conta o montante de -5,825 milhões de euros relativos a deduções.
- 185 No único ano completo decorrido no novo edifício, as remunerações poderão ficar acima do caso base cerca de 12,333 milhões de euros³⁵.

QUADRO 24 - HOSPITAL DE BRAGA – DESVIOS E ACRÉSCIMOS
(Milhões de euros)

	Diferencial relativamente ao caso base (%)		Acréscimo, por ano completo, no novo edifício
	2009-2012 (execução do contrato)	2012 (ano completo no novo edifício)	2012 (ano completo no novo edifício)
EGED	-1,9%	-0,4%	-0,093
EGEST	-5,8%	12,0%	12,425
EGED+EGEST	-5,4%	9,8%	12,333

Fonte: ARSLVT

- 186 No que respeita ao total do período decorrido, os **encargos com ambas as entidades gestoras são inferiores ao estimado no caso base em cerca de -5,4%**³⁶.
- 187 Em 2012, único ano completo de funcionamento no novo edifício, perspectiva-se que: os encargos com a EGED apresentem, face ao caso base, uma diferença praticamente nula; os encargos com a EGEST apresentem uma diferença face ao caso base de 12%, o que corresponde a um acréscimo de encargos anual de 12,425 milhões de euros; quanto a ambas as entidades gestoras existe uma diferença face ao caso base de cerca de 9,8%, correspondentes a 12,333 milhões de euros³⁷.
- 188 Os encargos acumulados, a preços correntes, sem IVA e com o efeito das reconciliações relativas aos anos de 2009 a 2011, atingem um total de cerca de 392,828 milhões de euros.
- 189 A correção dos valores relativos a 2012 resultará do encerramento do processo de reconciliação relativo a esse ano, não existindo informação sobre tais valores à data do presente relatório.

2.6. Responsabilidades de pagamento

- 190 O quadro seguinte representa a distribuição de responsabilidades de pagamento, tal como decorrentes da atualização de informação apresentada pela ARSN em sede de contraditório.

³⁵ Estes dados apenas poderão ser confirmados após a conclusão dos trabalhos de apuramento do pagamento de reconciliação a ocorrer em 2013.

³⁶ Preços correntes. Em média -7,67%, entre 2009 e 2011, se for efetuado o ajustamento, por proporção direta, relativamente ao período de execução decorrido em 2009.

³⁷ Estes dados apenas poderão ser confirmados após a conclusão dos trabalhos de apuramento do pagamento de reconciliação a ocorrer em 2013.



QUADRO 25 - HOSPITAL DE BRAGA – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, a preços correntes de cada ano		2009			2010			2011			2012		
		Caso Base	Efetivo	Variação (%)	Caso Base	Efetivo	Variação (%)	Caso Base	Efetivo	Variação (%)	Caso Base	Contratado	Variação (%)
ENCARGOS SECTOR PUBLICO E UTENTES	SNS - Parcela a cargo do SNS - EGED	-	-		-	-		17,008	16,351	-3,86%	22,785	22,693	-0,41%
	SNS - Parcela a cargo do SNS - EGEST (1)	46,794	25,664	-45,15%	98,497	100,184	1,71%	89,039	100,255	12,60%	88,781	109,386	23,21%
	SNS - Encargos não previstos no caso base (EGEST)	-	2,039		-	2,811		-	1,609		-	1,000	
	SNS - Deduções por falhas (EGEST)	-	-		-	-0,143		-	-5,682		-	-	
	SNS - receitas não previstas no caso base (EGEST)	-	-		-	-0,180		-	-0,191		-	-0,158	
	Total SNS	46,794	27,703	-40,80%	98,497	102,671	4,24%	106,047	112,342	5,94%	111,567	132,921	19,14%
	Terceiros pagadores	7,081	3,362	-52,53%	14,886	2,622	-82,39%	13,389	2,424	-81,90%	13,330	3,097	-76,77%
	Taxas moderadoras	0,490	0,557	13,70%	0,999	1,355	35,58%	1,036	1,493	44,11%	1,070	2,282	113,32%
	Total (SNS, Subsistemas, Utentes)	54,365	31,621	-41,83%	114,382	106,648	-6,76%	120,472	116,259	-3,50%	125,967	138,299	9,79%

Nota: (1): A parcela a cargo do SNS apenas deduz o que se considerou serem as receitas previstas no caso base, embora o mecanismo de pagamento da EGEST constante do Anexo VII ao Contrato de Gestão, contemple as receitas comerciais de terceiros, as receitas do ensino médico e as deduções por falhas resultado, serviço e específicas. As receitas do ensino médico (não previstas no caso base) e as deduções constam de forma autónoma no quadro supra.

Fonte: ARSN em sede de contraditório.

191 O quadro anterior permite verificar um aumento anual dos encargos da responsabilidade do SNS, por contrapartida da diminuição dos encargos da responsabilidade de terceiros pagadores.

192 Nos moldes idênticos aos já referidos aquando da análise das responsabilidades de pagamento relativas à PPP do Hospital de Cascais, também no caso do Hospital de Braga se verificou a transferência da **responsabilidade de pagamento dos encargos para o SNS, de encargos antes da responsabilidade dos subsistemas de saúde**, a partir de 1 de janeiro de 2010³⁸.

193 Assim, a diminuição das responsabilidades de pagamento dos subsistemas de saúde foi, de acordo com a diferença entre os encargos do caso base e os encargos efetivos, de 12,264 milhões de euros em 2010 e de 10,965 milhões de euros em 2011. Em 2012 a diminuição de responsabilidades dos subsistemas de saúde será de 10,234 milhões de euros.

194 Assim, verificam-se encargos da responsabilidade do SNS superiores ao esperado nos anos de 2010 e de 2011, respetivamente em 4,24% e 5,94%. Em 2012, tendo como estimador o montante de encargos resultantes da produção contratada, a mesma diferença ascende a 19,14%.

195 Sobre esta questão, a ARSN refere que «*A propósito dos encargos anteriormente assumidos pelos subsistemas e desde 1 de janeiro de 2010 assumidos como encargo do SNS e assim devendo ser considerados no valor da parcela a cargo do SNS, não pode esta Administração deixar de realçar que esses encargos respeitam a beneficiários de subsistemas públicos de saúde, nos termos da Circular Normativa n.º 1/2010/CD da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., e que não traduzem um efetivo aumento dos encargos do Estado, pessoa coletiva e concedente, pois esses encargos tinham já expressão orçamental noutros ministérios do Governo.*»

196 Diga-se ainda que o aumento dos encargos para o SNS, também se encontra atenuado por uma contribuição por parte dos utentes significativamente superior ao previsto em todos os anos decorridos³⁹.

38 Relativamente ao Ministério da Justiça (cuidados de saúde prestados a reclusos) em 2011.

39 Para o ano de 2009, a conversão dos encargos do caso base ao período equivalente ao da execução efetiva reforçaria esta conclusão. A transferência de responsabilidades de pagamento referida não implicou o aumento global de encargos.



2.7. Responsabilidades de pagamento por período relevante

197 O quadro atrás apresentado, quanto às responsabilidades anuais de pagamento, permitiu a elaboração do quadro seguinte que agrega as responsabilidades de pagamento ao longo do período de execução do contrato e no único ano completo de funcionamento no novo edifício (2012).

QUADRO 26 - HOSPITAL DE BRAGA – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA E POR PERÍODO

(Milhões de euros)

Valores sem IVA a preços correntes		2009-2012 (execução do contrato)		2012 (primeiro ano completo de funcionamento do novo edifício)	
		Caso Base	Verificado /Previsto	Caso Base	Verificado /Previsto
ENCARGOS SECTOR PUBLICO E UTENTES	SNS - Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde - EGED	39,794	39,044	22,785	22,693
	SNS - Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde - EGEST	323,111	335,488	88,781	109,386
	SNS- Encargos não contemplados no caso base	0,000	7,458	0,000	1,000
	SNS - Deduções por falhas (EGEST)	0,000	-5,825	0,000	0,000
	SNS - receitas não contempladas no caso base	0,000	-0,529	0,000	-0,158
	Total SNS	362,905	375,637	111,567	132,921
	SUBSISTEMAS DE SAÚDE (terceiros pagadores) a EGEST	48,686	11,504	13,330	3,097
	UTENTES (Taxas moderadoras) a EGEST	3,595	5,686	1,070	2,282
	Total (SNS, Subsistemas, Utentes)	415,186	392,828	125,967	138,299

Fonte: ARSN em sede de contraditório

198 Assim, ao longo da execução do contrato, o SNS contraiu responsabilidades de pagamento de cerca de 375,637 milhões de euros, os terceiros pagadores (subsistemas de saúde) cerca de 11,504 milhões de euros, tendo os utentes sido responsáveis pelo pagamento de 5,686 milhões de euros.

199 Em **2012**, primeiro ano completo de funcionamento no novo edifício, **estima-se que apenas os subsistemas de saúde apresentem, face ao caso base, responsabilidades de pagamento abaixo do previsto, o que se explica pela transferência da responsabilidade de pagamento para o SNS já atrás referida.**

200 Por sua vez, o quadro seguinte, que resulta do anterior, apresenta as diferenças percentuais, face ao caso base, bem como a média anual de diferenças de encargos, face ao caso base, no novo edifício (ano completo – 2012).

QUADRO 27 - HOSPITAL DE BRAGA – DESVIOS E ACRÉSCIMOS, POR ENTIDADE PAGADORA

(Milhões de euros)

	Diferencial relativamente ao caso base (%)		Média anual acréscimo por ano completo
	2009-2012 (desde primeiro ano de execução do contrato)	2012 (ano completo de funcionamento do novo edifício)	2012 (ano completo de funcionamento do novo edifício)
SNS	3,5%	19,1%	21,354
SUBSISTEMAS DE SAÚDE (terceiros pagadores) a EGEST	-76,4%	-76,8%	-10,234
UTENTES (Taxas moderadoras) a EGEST	58,2%	113,3%	1,212
Total (SNS, Subsistemas, Utentes)	-5,4%	9,8%	12,333

Fonte: ARSN, em sede de contraditório



- 201 Consta-se que ao longo da execução do contrato a maior diferença percentual de responsabilidades de pagamento face ao inicialmente previsto, diz respeito aos **utentes que foram responsáveis por cerca de mais 58,2% dos pagamentos. No primeiro ano completo de funcionamento do novo edifício, esse acréscimo subiu para 113,3%, representando um acréscimo de pagamentos de 1,212 milhões de euros.**
- 202 Os terceiros pagadores (**subsistemas de saúde**) **viram reduzidas as suas responsabilidades** de pagamento, face ao inicialmente estimado, em **-76,4% e -76,8%**, respetivamente para todo o período de execução do contrato e para o ano de 2012⁴⁰.
- 203 No ano completo de funcionamento no novo edifício, 2012, verifica-se que o SNS tem um acréscimo de responsabilidades de pagamento de cerca de 21,354 milhões de euros, face ao estimado no caso base⁴¹.
- 204 Em suma, no caso do Hospital de Braga, os encargos da responsabilidade do SNS apresentam em 2012 uma diferença, relativamente ao caso base, sem o efeito da reconciliação anual, de cerca de 21,354 milhões de euros. Para este aumento contribuiu decisivamente a transferência da responsabilidade de pagamentos, antes afetos aos subsistemas de saúde, para o SNS, no valor de 10,234 milhões de euros anuais⁴².

2.8. Encargos não previstos no caso base

- 205 O quadro seguinte apresenta os encargos e receitas não previstos no caso base já considerando os resultados dos processos de reconciliação relativos aos anos de 2009, 2010 e 2011. Esta informação foi remetida pela ARSN em sede de contraditório.
- 206 Originalmente esta informação incluía ainda encargos com a prestação de serviços clínicos a cidadãos estrangeiros, a qual foi, para efeitos do presente relatório⁴³, incluída na remuneração por prestação de serviços clínicos. Também os encargos com pensões de reforma foram incluídos na atualização de informação, sobre encargos não previstos no caso base, feita pela ARSN em sede de contraditório, mas não se encontram no quadro seguinte, dado que relativamente à generalidade das PPP em análise tais encargos são referidos no presente relatório sob a designação de outras receitas e encargos.

QUADRO 28 - HOSPITAL DE BRAGA – MONTANTES NÃO PREVISTOS NO CASO BASE

		(unidades)			
Valores sem IVA, a preços correntes de cada ano		2009 (Verificado)	2010 (Verificado)	2011 (Verificado)	2012 (Previsto)
Encargos não contemplados no caso base	Farmácia ambulatório (outros)	1,228	0,256	0,748	1,000
	Medicamentos (Protocolo VIH) a)	0,811	2,555	0,861	-
Receitas não contempladas no caso base	Receitas do ensino médico pós-graduado (parte SNS)	-	- 0,180	- 0,191	- 0,158
	Total líquido	2,039	2,630	1,418	0,842

Nota: a) Para 2011, o valor corresponde aos medicamentos dispensados até maio, mês no qual expirou o acordo interpretativo relativo ao VIH. A EGEST considera ser-lhe aplicável o regime em vigor para os restantes hospitais integrados no SNS, o que a ter provimento elevaria em 2011 o encargo respetivo previsível para cerca de 2,5 milhões de euros anuais em 2011 e 2012.

Fonte: ARS Norte, em sede de contraditório

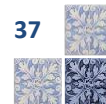
- 207 Quanto a 2009 e 2010, relativamente à dispensa de medicamentos, a ARS Norte, enquanto Entidade Pública Contratante reconheceu como critérios de elegibilidade, para além do expressamente previsto no contrato de gestão (cláusula 28ª) apenas o acordo interpretativo VIH/SIDA).
- 208 No texto que foi submetido a contraditório, referia-se que **se poderia vir a verificar, em cada ano, em 2011 e 2012, um aumento de encargos não previstos no caso base de cerca de 2 milhões de euros**, pelo motivo que se segue.

40 No que respeita a 2012, ainda não ocorreu o procedimento de reconciliação, pelo que os valores podem ser sujeitos a ajustamento. Apenas para os anos anteriores a 2012 existem dados definitivos que permitem comparar o caso base com o efetivamente verificado.

41 No que respeita a 2012, ainda não ocorreu o procedimento de reconciliação, pelo que os valores podem ser sujeitos a ajustamento.

42 Em média, preços correntes sem IVA. Tendo em conta apenas a diferença face ao caso base.

43 Nomeadamente pela necessidade de restringir divergências na metodologia de análise dos encargos das várias PPP.



- 209 Para 2011, a ARSN considerou como elegíveis os medicamentos VIH dispensados até maio, mês no qual expirou o acordo interpretativo relativo à dispensa de tais medicamentos. O protocolo relativo ao VIH/SIDA, vigorou unicamente para o período de funcionamento do antigo edifício hospitalar.
- 210 Na medida em que o mesmo acordo não teve sequência para além daquela data, em 2012 não foram inscritos, no quadro supra, encargos com a dispensa daqueles medicamentos.
- 211 Apesar disso, a EGEST considerou ser-lhe aplicável o regime em vigor para os restantes hospitais integrados no SNS, o que a ter provimento elevaria em 2011 os encargos do SNS com a dispensa de medicamentos VIH/SIDA.
- 212 Esta concessionária invocou a seu favor a aplicabilidade de um Despacho que teria como âmbito as restantes unidades hospitalares do SNS. A EGEST entende que o Despacho n.º 38/2009 do SEAS (já anteriormente referido) também é aplicável à faturação de medicamentos pelo que apresentou como elegíveis os encargos com dispensa de medicamentos relativos àquela patologia.
- 213 Assim, de acordo com tal interpretação, tais encargos poderiam eventualmente ser imputáveis ao concedente, embora à data deste relatório a ARS Norte enjeite a responsabilidade pelo respetivo pagamento.
- 214 Este facto levou a ARS Norte a referir durante os trabalhos de auditoria que «à semelhança do que aconteceu com a faturação de 2009 e 2010 é expectável que a EGEST submeta para validação dispensas de medicamentos em farmácia ambulatória tendo como critério de elegibilidade a aplicação do Despacho 38/2009».
- 215 Ora, à data do exercício do contraditório os processos de reconciliação destes exercícios já foram concluídos, resultando, aliás, nos montantes apresentados no quadro supra. Assim, a probabilidade de este diferendo de interpretação vir a resultar em encargos adicionais é agora mais reduzido.

2.9. Encargos não previstos, por período relevante

- 216 O quadro seguinte, com base no quadro anterior, agrega os dados por período relevante de análise.
- 217 Este apresenta os encargos e receitas não previstos no caso base, por período relevante, já considerando os resultados dos processos de reconciliação relativos aos anos de 2009, 2010 e 2011. Tal informação foi remetida pela ARSN em sede de contraditório.

QUADRO 29 - HOSPITAL DE BRAGA – MONTANTES NÃO PREVISTOS, POR PERÍODO

(Milhões de euros)

Valores sem IVA a preços correntes		2009-2012 (período de execução do contrato)	2012 (primeiro ano completo de funcionamento do novo edifício)
		Verificado/Previsto	Verificado/Previsto
Encargos não contemplados no caso base	Farmácia ambulatório	3,231	1,000
	Medicamentos (Protocolo VIH)	4,227	0,000
Receitas não contempladas no caso base	Receitas do ensino médico pós-graduado (parte SNS)	-0,529	-0,158
Total		6,929	0,842

Fonte: ARSN



- 218 O total, a preços correntes, dos encargos não previstos no caso base durante o período de execução contratual foi de 6,9 milhões de euros.
- 219 Para 2012, a ARSN não apresenta encargos previstos com medicamentos VIH/SIDA, na medida em que o protocolo relativo a esta patologia apenas vigorou até Maio de 2011.
- 220 Relativamente também a 2012, a ARSN, em sede de contraditório, veio reestimar as previsões com a dispensa de medicamentos em ambulatório.
- 221 Assim, o primeiro ano completo de funcionamento no novo edifício hospitalar (2012) poderá apresentar, no que diz respeito a encargos não previstos, um diferencial face ao caso base de 0,842 milhões de euros.

2.10. Outras receitas e encargos

- 222 Relativamente ao Hospital de Braga, foram reportados, pela ARSN, ainda outras receitas e encargos.
- 223 O contrato de gestão previu o que o Estado recebesse da EGEST, em 1 de setembro de 2009, pela transmissão do estabelecimento hospitalar⁴⁴ 15 milhões de euros (a título de contrapartida pela aquisição).
- 224 De acordo com o nº 8 da cláusula 35ª, a EGEST pode referenciar doentes para o estrangeiro de acordo com o Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto, sendo reembolsada pelas despesas em que incorre pela ACSS. Estes encargos foram de 1.391, 57€, relativos a assistências ocorridas nos anos de 2009 e 2010.
- 225 Os encargos com doenças lisossomais⁴⁵, e com ajudas técnicas⁴⁶, verificados entre 2009 e 2011, e já liquidados até ao final de 2011, totalizam, a preços correntes, 1,932 milhões de euros (respetivamente 1,796 milhões de euros e 0,135 milhões de euros).
- 226 Relativamente a encargos com pensões provisórias⁴⁷, foi reportado um total de 0, 282 milhões de euros, incluindo já 0,086 milhões de euros previstos para 2012.

2.11. Multas e deduções

- 227 A EGEST do Hospital de Braga, foi objeto de multas num total de 4,550 milhões de euros, todas aplicadas em 2011. A maior parte destas multas poderia enquadrar-se como decorrendo de incumprimentos reiterados de obrigações contratuais de informação, disponibilidade do serviço de urgência e transferência indevida de doentes⁴⁸.

QUADRO 30 - HOSPITAL DE BRAGA – MULTAS

Milhões de euros	
Descritivo	Valor
Incumprimento ou cumprimento defeituoso pela Entidade Gestora do Estabelecimento de: - obrigação contratual de manter um Serviço de Urgência disponível e operacional, vinte e quatro horas por dia, - obrigações contratuais de transferência de doentes, - meios humanos disponíveis - de modo articulado, o estabelecido n o Perfil Assistencial e Plano de transferência estabelecido para o Hospital de Braga CONSIDERADA FALTA MUITO GRAVE	0,273
Incumprimento pela Entidade Gestora do Estabelecimento DE: - obrigações contratuais no que respeita ao regulamento de atividade que impedia a adequada fiscalização dos requisitos de disponibilidade da urgência estabelecidos por não permitir identificar a totalidade do pessoal essencial ao funcionamento ótimo do serviço e não conter a expressão do que se considera como o pessoal essencial ao funcionamento ótimo do serviço. CONSIDERADA FALTA MUITO GRAVE	0,273
Incumprimento culposo e grave, imputável à Entidade Gestora do Estabelecimento, das suas obrigações contratuais de informação, de monitorização e de garantia do acesso remoto pelo gestor do contrato	0,546

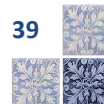
44 Cláusula 57.ª do Contrato de Gestão.

45 Despacho 38/2009, de 15 de setembro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

46 Grupo de patologias genéticas raras. Despacho n.º 2027/2010, de 31 de dezembro de 2009 – INR, na sequência do Despacho Conjunto n.º 27731/2009, dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 250, de 29 de dezembro de 2009.

47 Cláusula, n.º 9, da cláusula 66.ª do contrato de gestão.

48 Como adiante se verá, as multas foram englobadas no âmbito de um processo de mediação, pelo que a EGEST, em sede de contraditório, fez questão de referir, quanto às mesmas que manifestou discordância quanto à classificação das mesmas.



Descritivo	Valor
CONSIDERADA FALTA MUITO GRAVE	
Nova sanção contratual por indisponibilidade reiterada do Serviço de Urgência, vinte e quatro horas por dia, acompanhada por outros incumprimentos: - uma insuficiência de meios humanos, a não assistência devida a utentes, incorreta articulação com outras instituições hospitalares. Traduz inobservância de obrigações de Serviço Público a que o Hospital de Braga está adstrito com restrição do acesso da População da Área de Influência ao Hospital de Braga CONSIDERADA FALTA MUITO GRAVE	0,627
Violação reiterada do incumprimento obrigações contratuais de informação, de monitorização e de garantia do acesso remoto pelo gestor do contrato CONSIDERADA FALTA MUITO GRAVE	0,627
Violação de cláusulas relativas ao Plano de Transferência, por incumprimento de prazo contratual, CONSIDERADA FALTA MUITO GRAVE	0,376
Violação da confidencialidade dos dados pessoais O CONTRATO CARACTERIZA-A COMO FALTA LEVE, MAS ATENTA A GRAVIDADE ASSUMIDA FOI CONSIDERADA FALTA GRAVE	0,125
Violação da prestação de serviços de apoio quanto ao Serviço de Gestão de Resíduos CONSIDERADA FALTA GRAVE	0,313
Violação das obrigações de qualidade assistencial, da violação de outros direitos dos Utentes e de outros perigos para a saúde CONSIDERADA FALTA MUITO GRAVE	0,501
Violação do Serviço de Segurança CONSIDERADA FALTA LEVE	0,125
Violação de obrigações em matéria de sistemas de informação, CONSIDERADA FALTA LEVE	0,125
Violação no âmbito do serviço de Hemodiálise (cláusula 24ª CG) CONSIDERADA FALTA LEVE	0,013
Violação das obrigações de integração com a rede de cuidados primários CONSIDERADA FALHA MUITO GRAVE	0,627
Total	4,550

Nota: Os montantes apresentados no quadro anterior foram os apresentados pela ARSN durante os trabalhos de auditoria, tendo sido sujeitos a mediação conforme adiante se refere.

Fonte: ARSN

- 228 É de notar que a classificação atribuída a algumas das violações configurou fundamento de rescisão por incumprimento contratual, por colocarem em causa o cumprimento de obrigações de serviço público.**
- 229** De acordo com a ARSN, «na deliberação final respeitante ao processo “Relatório de atividades do segundo trimestre de 2011 das Entidades Gestoras do Hospital de Braga e incumprimentos do Contrato de Gestão do Hospital de Braga”, após a apresentação de argumentação justificativa por parte da Entidade Gestora do Estabelecimento o CD [Conselho Diretivo] da ARS deliberou tomar em conta essas justificações para algumas das multas(...)» e assim diminuir o montante das mesmas.
- 230** Posteriormente, foi encetado um acordo conciliatório, entre a Escala Braga e a ARSN, sobre processos de multa, que mereceu despacho favorável do Senhor Secretário de Estado da Saúde em 17-10-2012. Este acordo, mediado pela Entidade Reguladora da Saúde, resultou num montante global de 2,271 milhões de euros⁴⁹.
- 231** Refere a EGEST, em sede de contraditório, que o mesmo acordo «resultou de uma análise ponderada e exaustiva de todos os fatores que contribuíram para a reavaliação das deliberações da Administração Regional de saúde do Norte que levaram à aplicação das multas em apreço, como, por exemplo as condicionantes existentes no antigo Hospital de São Marcos; as dificuldades decorrentes do período de transição (pós-transferência para o Novo Edifício Hospitalar); a maior complexidade na gestão e na fiscalização; e o facto de o incumprimento de determinadas obrigações imputado à Entidade Gestora do Estabelecimento reportar ao referido período de transição». A mesma entidade refere também ter rejeitado a verificação de muitos dos factos invocados pela entidade pública contratante, a qualificação atribuída às infrações e as ponderações que levaram à medida concreta das multas.
- 232** Em resultado, a EGEST, ainda em sede de contraditório, refere que as violações imputadas terão apenas implicado «meras lesões do foro contratual» e não terão, na sua perspetiva, colidido com os direitos e interesses legítimos dos utentes.

⁴⁹ Após ter sido objeto do Despacho já referido, este acordo veio a ser remetido, ao TC, já depois de terminado o trabalho de campo.



- 233 A ARSN veio em sede de contraditório referir que também verificou um conjunto de medidas corretivas, por parte da EGEST, com vista a um melhor cumprimento do contrato, pelo que, na sequência do processo de mediação referido afastou a hipótese de rescisão contratual, na medida em que considerou existirem ainda meios eficazes e menos gravosos para a salvaguarda do interesse público e que ditaria o fim parcial da PPP do Hospital de Braga.
- 234 Isto é, refere a mesma entidade que « (...) a aplicação de deduções e multas são vicissitudes normais da execução do Contrato, no sentido de que são previstas e reguladas entre as partes no título contratual, e foram-no em conformidade com os instrumentos de concurso, tendo sido empregues na execução do Contrato pela EPC em conformidade com o seu fim contratual como um instrumento que visa sancionar o incumprimento e promover um melhor cumprimento do Contrato.» e «(...) existindo ainda meios eficazes e menos gravosos para salvaguarda do interesse público em presença, entende esta Administração, de acordo com o respeito pelo princípio da proporcionalidade, não dever haver lugar ao meio mais gravoso, a rescisão por incumprimento imputável à Entidade Gestora do Estabelecimento e que ditaria o fim parcial da parceria público-privada do Hospital de Braga.»
- 235 Na sequência dos processos de reconciliação, foram remetidos ao TC, pela ARSN, em sede de contraditório, os montantes relativos a deduções, por falhas, à remuneração da EGEST. Os montantes assim referidos, pela ARSN, correspondem a 5, 825 milhões de euros (0,143 milhões de euros relativos a 2010 e 5,682 milhões de euros relativos a 2011).
- 236 Entre multas e penalidades, verifica-se um total de 8,096 milhões de euros, a favor da entidade pública contratante, num contexto de dificuldades financeiras da EGEST do Hospital de Braga.
- 237 À data dos trabalhos de auditoria, as deduções referidas não haviam sido ainda aplicadas por via do não encerramento dos processos de reconciliação, o que veio a acontecer posteriormente.
- 238 No âmbito destes processos (reconciliação) foi solicitado pelo gestor de contrato um parecer jurídico⁵⁰ sobre o momento a partir do qual podem, nos termos do Contrato de Gestão, ser aplicáveis deduções por não monitorização de todos os parâmetros de desempenho relativamente aos anos de 2009 e 2010.
- 239 De acordo com a ARSN, poderão não existir deduções por não monitorização de indicadores de desempenho em 2009, uma vez que na interpretação do referido parecer jurídico, os indicadores em causa deveriam ser medidos após 1 de janeiro de 2010.
- 240 Ainda de acordo com a ARSN, relativamente à monitorização de 2010, passou a considerar-se que para determinados indicadores⁵¹ seria necessário, para aplicação de dedução, que existisse uma falta de monitorização ao longo de um ano e não apenas a partir de 1 de setembro de 2010, conforme se havia considerado antes. Também relativamente a 2010, se concluiu que para alguns parâmetros não só ocorreu a respetiva monitorização, como que esta foi comunicada à entidade pública contratante.

2.12. Reconciliações anuais

- 241 Em sede de contraditório a ARSN apresentou os montantes relativos às reconciliações anuais.
- 242 Assim, é referido que dos procedimentos de reconciliação resultou um total acumulado, relativamente ao período de 2009 a 2011, de 5,74 milhões de euros, a pagar pela EGEST à ARSN.
- 243 É de referir que neste total, incluem-se montantes anuais a pagar pela EGEST à ARSN de 0,373 milhões de euros relativamente a 2009 e 12,83 milhões de euros em 2011.
- 244 Quanto a 2010, foi apurado um montante a favor da EGEST de 7,463 milhões de euros.

⁵⁰ Parecer da assessoria jurídica, de junho de 2012.

⁵¹ Parâmetros do ponto B do apêndice 1 ao anexo X do Contrato de Gestão.



245 Estes montantes incluem já valores efetivos quanto à dispensa de medicamentos, a montantes devidos por serviços clínicos prestados a cidadãos estrangeiros, a aposentações provisórias e a multas⁵².

2.13. Montantes pagos até 31-12-2011

246 O quadro seguinte apresenta os valores de encargos diretamente decorrentes do contrato de gestão, regularizados até 31-12-2011.

QUADRO 31 - HOSPITAL DE BRAGA – MONTANTES PAGOS ATÉ 31-12-2011
(Milhões de euros)

Valores sem IVA, preços correntes.	2009	2010	2011
Entidade Gestora do Estabelecimento	28,076	90,798	110,351
Pagamentos mensais por conta	28,076	82,385	103,151
Acertos de duodécimos		8,413	4,348
Acertos Financiamentos Públicos			2,852
Entidade Gestora Edifício	0,000	0,000	18,189
Pagamentos mensais por conta (S/IVA)			14,788
IVA			3,401
Total	28,076	90,798	128,540

Fonte: ARSN

247 Deste modo, os pagamentos às concessionárias diretamente decorrentes do contrato de gestão ascendem a um montante acumulado de 247,414 milhões de euros, dos quais 18,189 milhões à EGED, e 229,225 milhões de euros à EGEST.

248 Com referência a 31/12/2011, a ARSN liquidou com as Entidades Gestoras as faturas referentes aos duodécimos mensais.

249 Para além dos valores incluídos no quadro supra, a ARSN efetuou pagamentos relativos a programas de doenças lisossomais e outros, no valor global acumulado de 1,932 milhões de euros⁵³.

250 À data do encerramento dos trabalhos de auditoria, os pagamentos de reconciliação da EGEST ainda não estavam apurados e a faturação dos medicamentos apenas foi validada em 2012⁵⁴.

251 A faturação dos medicamentos apenas foi validada em 2012, pelo que também em 31-12-2011 se encontrava por liquidar.

252 Os acertos de duodécimos (valor global de 12,761 milhões de euros) resultam do número 2 da cláusula 47ª do contrato de gestão, de acordo com a qual, caso até 15 de janeiro de cada ano, o valor previsível da parcela a cargo do SNS não tiver sido fixada pela entidade pública contratante⁵⁵, os pagamentos mensais por conta serão iguais aos efetuados no ano anterior, até que o referido valor previsível seja fixado por aquela entidade.

253 Os acertos de financiamentos públicos resultam de acertos aos pagamentos relativos a remunerações da EGEST, em função da ocorrência da transferência de responsabilidades de pagamento dos subsistemas de saúde para o SNS e, posteriormente, em função de, nomeadamente, não ter sido inicialmente contabilizada a totalidade da dívida destes subsistemas, por atrasos nos registos contabilísticos⁵⁶.

52 O quadro relativo a encargos com remunerações das entidades gestoras apresentado atrás no presente relatório não considera os montantes de aposentações provisórias e inclui os montantes relativos a “estrangeiros” na prestação de serviços clínicos.

53 Vd. ponto do presente relatório sobre outras receitas e encargos com a PPP deste hospital.

54 Informação fornecida pela ARSN, em sede de esclarecimentos complementares aos questionários de auditoria. Sublinha-se que, consequentemente, os respetivos montantes não estão incluídos nos montantes de encargos atrás analisados.

55 Cláusula 48ª do contrato de gestão.

56 Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 29 de março de 2011.

2.14. Perspetiva das concessionárias

254 O quadro seguinte apresenta os resultados da EGED até 31 de dezembro de 2011.

QUADRO 32 - HOSPITAL DE BRAGA – RESULTADOS DA EGED

(Euros)

Escala Braga, Sociedade Gestora do Edifício, S.A.	Caso Base	REAL POC	REAL SNC	Caso Base	REAL SNC	Caso Base	REAL SNC
Ano	2009			2010		2011	
Custos Operacionais	-10.374	-239.456	-39.585.035	-14.108	-65.970.732	-4.378.260	-22.166.031
Proveitos Operacionais	0	232.639	39.549.282	0	66.170.050	7.885.772	22.079.015
Custos Financeiros	0	-785	-1.048.050	0	-4.562.353	-4.993.726	-8.003.915
Proveitos Financeiros	0	262	871.361	0	3.963.608	53.635	7.108.142
Imposto S/Rendimento	2.593	188	54.164	3.527	100.855	358.145	357.741
Resultado líquido	-7.780	-7.528	-158.278	-10.581	-298.572	-1.074.434	-625.049
Receitas Comerciais Terceiros	0	0		0	0	1.716	77.467
Custos O&M	-10.374	0	0	-14.108	-23.307	-119.171	-216.987
Investimento (construção)	41.491.108	36.037.343	36.037.343	68.195.909	64.596.181	9.812.983	18.866.477

Fonte: EGED

255 A EGED a 31 de dezembro de 2011 apresenta um resultado negativo de €625.049 face a €1.074.434 negativos previsto no Caso Base. De acordo com a EGED, esta diferença, não resulta contudo de um benefício operacional mas sim de distintos regimes contabilísticos e, que em termos operacionais, os custos e os proveitos seguem o previsto no Caso Base.

256 Com efeito, as rubricas de demonstração de resultados, tal como fornecidas ao TC pela EGED, não são diretamente comparáveis, uma vez que o Caso Base foi desenhado num regime de POC e as contas da Sociedade em 2010 e 2011 são apresentadas pelo regime de normalização contabilística.

257 De qualquer forma, a EGED perspetiva que a TIR acionista venha a ser a que decorre do Caso Base, isto é, 9,13%.

258 A Escala Braga, Sociedade Gestora do Edifício, S.A. refere, no que respeita os fluxos financeiros dos acionistas, que se verificou «a entrada de Capital Social tal como previsto no Caso Base e de prestações acessórias no montante de 25 milhões de euros, cerca de 229 mil euros acima do previsto em Caso Base».

259 Já em termos operacionais, a EGED considera que os desvios de cash-flows não são considerados significativos.

260 A EGED refere também que até 31 de dezembro de 2011 o investimento foi de cerca de 123 milhões de euros, em linha com o Caso Base.

261 Na sua perspetiva, de uma forma geral, a situação financeira corresponde ao que os acionistas esperavam aquando da elaboração do Caso Base.

262 A mesma entidade entendeu referir que o atempado pagamento mensal da remuneração à Escala Braga, Sociedade Gestora do Edifício, tem permitido à Sociedade cumprir com todos os compromissos junto do sindicato bancário e de todos os seus fornecedores, pelo que o contexto económico adverso não tem prejudicado significativamente o funcionamento e situação financeira da EGED.

263 Já quanto à **EGEST**, embora os fundos aportados pelos acionistas estejam em linha com o caso base, é apresentada uma situação de capitais próprios negativos em 31-12-2011, ano em que ao contrário do previsto no caso base não existiram resultados transitados.

264 Esta concessionária apresentou a seguinte demonstração de resultados⁵⁷.

57 À data dos trabalhos de auditoria a informação sobre 2011 era previewal.



QUADRO 33 - HOSPITAL DE BRAGA – RESULTADOS DA EGEST

(Euros)

Período N.º do Período Anual	CASO BASE VERIFICADO		CASO BASE VERIFICADO		CASO BASE PREVISTO	
	31-12-09		31-12-10		31-12-11	
Proveitos Operacionais						
Pagamentos pelo Estado	46.793.861	36.035.194	98.497.000	119.731.828	89.038.983	114.764.324
Receitas de terceiros pagadores	7.081.109		14.885.881		13.388.898	-
Receitas de comerciais de terceiros	2.309		4.709		4.804	-
Taxas moderadoras	489.737		999.063		1.036.283	-
Outros proveitos operacionais	-	464.355	-	1.493.498	60.265	3.932.459
Total de proveitos operacionais	54.367.015	36.499.549	114.386.654	121.225.326	103.529.234	118.696.783
Custos Operacionais						
Custo das Existências Vendidas e Consumidas	(14.335.577)	(11.246.853)	(29.390.023)	(37.125.946)	(31.206.290)	(42.438.962)
Fornecimentos e Serviços Externos	(4.301.774)	(5.271.968)	(8.832.066)	(16.160.362)	(10.250.508)	(23.825.719)
Custos com Pessoal	(30.764.885)	(20.975.176)	(62.121.918)	(61.771.459)	(51.329.453)	(59.947.896)
Amortizações	(1.636.864)	(996.353)	(4.017.455)	(2.761.689)	(9.196.622)	(4.051.867)
Outros Custos de Exploração	(434.667)	(1.996.987)	(869.335)	(1.639.297)	(869.335)	(3.453.068)
Total de Custos de Exploração	(51.473.767)	(40.487.336)	(105.230.796)	(119.458.753)	(102.852.207)	(133.717.512)
Resultados de Exploração	2.893.248	(3.987.788)	9.155.858	1.766.573	677.026	(15.020.729)
Encargos Financeiros	(1.793.312)	(507.290)	(853.060)	(781.516)	(2.593.407)	(740.930)
Proveitos Financeiros	125.235	63.533	279.288	21.882	98.650	52.603
Custos Extraordinários	-	-	-	-	-	-
Proveitos Extraordinários	-	3.562	-	-	-	-
Resultados Antes de Impostos	(1.668.077)	(440.195)	8.582.086	(759.634)	(1.817.730)	(688.327)
Impostos Diferidos	-	-	-	-	454.433	(78.583)
Impostos sobre o Rendimento	(324.670)	(2.801)	(2.274.253)	(21.969)	-	-
Resultado Líquido do Exercício	900.501	(4.430.783)	6.307.833	984.970	(1.363.298)	(15.787.639)

Fonte: EGEST, dados de 2011 provisórios à data dos trabalhos de auditoria

265 Pelos dados fornecidos pela EGEST, verifica-se que a situação de capitais próprios negativa é sobretudo fruto de uma evolução de resultados líquidos sempre abaixo do caso base (logo em 2009, ocorreram resultados negativos, tendo sido previsto, no caso base, um resultado positivo). À data dos trabalhos de auditoria, para 2011, previam-se capitais próprios negativos de cerca de - 7,245 milhões de euros, tendo estes, de acordo com o Relatório e Contas de 2011, ascendido a - 7,922 milhões de euros.

266 A ARSN, em sede de contraditório, refere que a concessionária a informou da ocorrência de um reforço de fundos acionistas em 5 milhões de euros por realização de fundos próprios adicionais e em 8 milhões de euros adicionais ao abrigo da responsabilidade subsidiária.

267 Os proveitos operacionais encontram-se claramente acima caso base (com exceção do ano de 2009) e os encargos financeiros estão muito abaixo do previsto no caso base.

268 No entanto, também toda estrutura de custos apresenta valores acima do previsto,⁵⁸ com ênfase nos custos com pessoal e fornecimentos e serviços externos.

269 À data dos trabalhos de auditoria, a EGEST previa encerrar 2011 com resultados líquidos negativos de cerca de - 15,788 milhões de euros. De acordo com, o respetivo Relatório e Contas, estes resultados líquidos viriam a ascender a -16,465 milhões de euros.

58 Com exceção das amortizações.



270 Em sede de contraditório a ARSN remeteu elementos pelos quais se conclui que a EGEST, em julho de 2012, referia ter encetado um percurso de melhoria da respetiva rentabilidade que culminaria, em 2013, com um equilíbrio operacional da atividade. Esta melhoria assentaria numa maior eficiência de custos, do pressuposto de aumento de produção para 2013 e da diminuição do saldo de fornecedores através da entrada de fundos próprios e de novos financiamentos.

2.15. Comparação entre produção do caso base e produção contratada – o impacto da alteração metodológica

271 A longo dos trabalhos de auditoria e durante o processo de contraditório, a informação que serviu de base à análise da PPP do Hospital de Braga sofreu diversas atualizações e foi alvo de diversos pedidos de esclarecimento⁵⁹.

272 Assim, o quadro com quantitativos de produção, inicialmente remetido ao TC pela ARSN, em resposta ao questionário de auditoria, e antes dos procedimentos de reconciliação dos anos compreendidos entre 2009 e 2011, efetuava a comparação entre a produção prevista no caso base e a produção contratada para cada ano em sede de procedimento anual de contratação.

273 Pelos dados apresentados eram patentes grandes diferenças quanto aos quantitativos de produção, bem como quanto aos encargos anuais resultantes.

274 Entre as divergências existentes destacavam-se, entre outras, as relativas às sessões de hospital de dia e ambulatório, tendo sido referido pela ARSN que «*as divergências quanto ao caso base resultam de alterações no modelo de faturação dos hospitais do SNS e conseqüentemente na PPP*».

275 Desta forma, em particular na vertente de internamento, ambulatório e cirurgia, a evolução da procura/produção nos dados então fornecidos deixava de ser comparável com o caso base logo em 2010.

276 Naquela vertente de serviços clínicos, em função dos quantitativos fornecidos, calcularam-se variações de produção contratada, relativamente ao caso base, sucessivamente para 2010, 2011 e 2012, de 29%, 107% e 117%⁶⁰. Este foi o único dos Hospitais em PPP em que, pelos dados fornecidos, se verificavam diferenciais, da mesma natureza, de tão grande magnitude.

277 No entanto, os quantitativos constantes do quadro então apresentado não eram totalmente comparáveis, uma vez que os quantitativos de produção subjacentes ao caso base e subjacentes ao processo de contratação anual tiveram por base metodologias diferentes⁶¹.

278 Referiu, por isso, a ARS Norte que desde o Despacho N.º 38/2009, de **15 de setembro** do Secretário de Estado Adjunto da Saúde «*há um conjunto de atos que geravam sessões de hospital de dia e que agora geram GDH's (doentes equivalentes) de ambulatório médico*» sendo que «*esta alteração afeta significativamente este hospital, na medida do seu perfil assistencial, por via, nomeadamente, das especialidades de oncologia e radioterapia*».

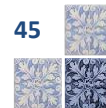
279 No **que diz respeito a esta alteração metodológica**, o contrato de gestão assinado em **9 de fevereiro de 2009**, previa, no seu ponto 5.5 do anexo VII, a alteração do cálculo dos Doentes Equivalentes, bem como outros “ajustamentos necessários” de forma a garantir a comparabilidade com outras unidades de saúde do SNS, nomeadamente pela aplicação da fórmula de cálculo em vigor para estas últimas.

280 Ora, logo em 2009, pelo Despacho supra referido, veio a consagrar-se a aplicação ao Hospital de Braga de nova metodologia de classificação de doenças no SNS, com efeitos no cálculo da remuneração da EGEST e **com efeitos retroativos a 31 de agosto de 2009**.

59 Aliás, o mesmo aconteceu quanto aos elementos relativos à análise dos restantes projetos, embora com menos profusão, não existindo nesta referência qualquer crítica implícita.

60 Variações constantes na primeira linha do quadro anterior.

61 Apesar disso, os dados constantes do quadro mostraram-se ser os usualmente disponíveis na ARSN e a partir dos quais foram solicitados esclarecimentos adicionais.



281 Sobre a oportunidade desta alteração, a ARS Norte veio referir o seguinte:

«Uma das inovações mais importantes que nos últimos anos se verificaram na metodologia de classificação de doenças no Serviço Nacional de Saúde foi a aplicação ao ambulatório da metodologia de classificação em grupos de diagnóstico homogéneo, o que não estava ainda assente no momento da assinatura do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, dado que foi essencialmente implantado na sequência da aprovação da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, entretanto alterada pela Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de Julho. Recorde-se que o Contrato de Gestão do Hospital de Braga foi assinado em 9 de Fevereiro de 2009.»

282 Assim, *«o Contrato de Gestão previu, desde logo, que a produção em internamento e em cirurgia de ambulatório deveria ser classificada em grupos de diagnóstico homogéneo, de acordo com a codificação que em cada momento estiver em vigor para o Serviço Nacional de Saúde, considerando a tabela de preços aprovada para a generalidade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (conforme n.º 4 da cláusula 39.º, n.º 2 da cláusula 40.º e definição de GDH's no Contrato de Gestão), no sentido de aproximar ou equiparar as regras às dos demais hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde e já como um instrumento para garantir também a comparabilidade dos hospitais geridos em parceria público-privada com os restantes hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde.»*

283 Um dos objetivos da nova metodologia seria, de acordo com a ARSN, *«a existência de incentivos idênticos nas diversas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente quanto à realização de atividade clínica em regime de ambulatório» e «impedir que, por razões da classificação dos doentes, se proceda a internamentos indevidos com os inerentes riscos para os doentes»* especificando ainda, neste último caso, que *«a classificação em GDH's de ambulatório desincentiva que o prestador interne um doente apenas para gerar um episódio de internamento pago como doente equivalente»*. Este efeito *«conhecido nas restantes unidades do SNS justifica que a introdução dos GDH's de ambulatório tenha um efeito importante na diminuição dos GDH's relativos a internamento»*.

284 Sublinha-se que a mesma alteração ocorreu, mediante o Despacho referido, **logo no ano da assinatura do contrato de parceria.**

285 Face à existência da alteração metodológica, ao tempo em que ocorreu e face à constatação de completo afastamento da procura face ao caso base⁶², o TC solicitou à ARSN o cálculo dos quantitativos de procura, bem como dos encargos resultantes, de acordo com a metodologia ainda em vigor durante o processo de contratação, de forma a que ficasse evidente, a alteração de valor de encargos resultante da aplicação do Despacho N.º 38/2009.

286 No entanto, a ARSN invocou não ser possível tal exercício, dada a complexidade dos cálculos em causa.

287 Mas apesar disso, a ARS Norte apresentou informação pela qual se constatou que, em função da aplicação desse Despacho, se verificou uma enorme diminuição das sessões de hospital de dia, as quais tiveram como consequência a existência de uma diferença significativa, face ao caso base, de atos em ambulatório.

288 Aliás, no caso base não havia sido previsto “ambulatório médico”⁶³, na medida em que, de acordo com a ARSN, tal conceito foi introduzido pela alteração metodológica já referida.

289 Tal é ilustrado no quadro 34, onde, de facto, se constatou que, quanto à produção contratada, o **ambulatório médico** explica a maior parte da variação de doentes equivalentes do conjunto “internamento, cirurgia e ambulatório”, ou seja, cerca de 91% em 2010 e cerca de 71%, em 2011 e 2012.

62 Cfr. Quadro supra, no presente relatório.

63 Tal como representado no quadro seguinte.

QUADRO 34 - HOSPITAL DE BRAGA – ESTRUTURA DA PRODUÇÃO CONTRATADA (GDH)

	Modelo Financeiro (A)			Produção contratada - antes dos procedimentos de reconciliação -(B)			Variação (B-A)		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Doentes Equivalentes									
Int. Cirurg. Ambul.	27.515	28.483	29.214	35.506	58.991	63.461	7.991	30.508	34.247
Internamento Médico e Cirúrgico	22.595	23.163	23.694	22.353	26.894	26.625	-242	3.731	2.930
Cirurgia de Ambulatório	4.920	5.320	5.520	5.869	10.218	12.207	949	4.898	6.687
Ambulatório Médico	0	0	0	7.284	21.879	24.629	7.284	21.879	24.629
Dias de internamento RNCCI⁽¹⁾	0	8.121	8.137	0	1.659	459	0	-6.462	-7.678
Consultas Externas⁽²⁾	239.933	240.678	246.695	339.628	371.936	381.242	99.694	131.258	134.547
Primeiras Consultas	79.978	80.226	82.232	147.261	165.179	157.228	67.284	84.953	74.996
Consultas Subsequentes	159.956	160.452	164.463	192.366	206.756	224.014	32.410	46.304	59.551
Urgências⁽³⁾	158.087	163.548	169.370	100.432	102.793	103.863	-57.656	-60.755	-65.507
Hospital de Dia	40.829	52.791	75.575	22.756	35.125	17.836	-18.073	-17.665	-57.739
Oncológico	17.904	18.496	18.033	5.232	7.830	1.611	-12.672	-10.666	-16.422
Radioterapia	0	10.575	28.224	0	0	0	0	-10.575	-28.224
Pediatria	0	2.854	3.802	0	808	783	0	-2.046	-3.019
Psiquiatria	0	5.140	6.871	0	3.235	537	0	-1.905	-6.334
Hemodiálise	0	4.601	12.280	0	3.550	1.300	0	-1.051	-10.980
Infeciologia	0	1.999	2.672	0	771	0	0	-1.228	-2.672
Outras Sessões	22.925	9.125	3.693	17.524	18.931	13.605	-5.401	9.806	9.912
Casos e Atos Específicos	150	150	150	0	0	0	-150	-150	-150

Nota: (1): Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

(2): Inclui as urgências verdes e azuis pagas como primeiras consultas e como consultas subsequentes.

(3): Exclui as urgências verdes e azuis pagas como primeiras consultas e como consultas subsequentes e as urgências que originam episódios de internamento.

Fonte: ARSN

- 290 Pelo mesmo quadro ficava, então, evidente que na maioria das especialidades se verificaram diminuições em “hospital de dia”, chegando algumas a desaparecer (radioterapia), ou a apresentar quantitativos irrisórios, face ao que havia sido contemplado no caso base.
- 291 Assim, conforme refere a ARSN, «**a redução no número de sessões de hospital de dia previstas resulta da transferência de atividade para ambulatório médico**».
- 292 Mais referiu a mesma entidade «*que as linhas de produção relativas à Consulta Externa e à Urgência não sofreram qualquer ajustamento, tendo a adoção das regras da Portaria n.º 132/2009 apenas incidido nas linhas de Hospital de Dia e Ambulatório Médico*».
- 293 Igualmente, a vertente de cirurgia apresentou uma produção contratada (antes dos procedimentos de reconciliação) superior ao caso base na medida em que tal diferença reflete as necessidades face às listas de espera na região. A ARSN referiu que em dezembro de 2010 a lista de espera cirúrgica do Hospital de Braga atingia 6.128 cirurgias e que em dezembro de 2011 um total de 5.556 cirurgias, das quais 4.074 cirurgias com internamento e 1.482 cirurgias de ambulatório. Estes quantitativos andam, de facto, muito próximos da variação face ao caso base da cirurgia de ambulatório, constante do último quadro apresentado.

294 Ou seja, a alteração metodológica verificada teve um impacto significativo no Hospital de Braga, motivando a substituição da produção em hospital de dia, por produção em ambulatório. Para além disso, existem também acréscimos importantes nas vertentes de consultas externas e cirurgia (de acordo com a ARSN, por via de recuperação de listas de espera).

295 Esta alteração na estrutura (composição) da produção tem efeitos num aumento da remuneração da concessionária diretamente resultante do processo de contratação anual. Por exemplo, o preço unitário mais alto aplicável em hospital de dia (relativo a infeciologia em 2011 – 623,65 €) é cerca de 51% do preço unitário aplicável a internamento e cirurgia de ambulatório (segundo escalão em 2011 – 1217,88 €)⁶⁴.

296 Mas, «em relação à aplicação do sistema de GDH ao ambulatório médico, porém, não pode haver qualquer variação em relação ao valor efetivo da parcela a cargo do SNS, o que se irá apurar em sede de pagamentos de reconciliação (cfr. n.º 5 da Cláusula 45.ª do Contrato)»⁶⁵.

297 Desta forma, admitia-se, no texto submetido a contraditório, antes de ter sido remetida a informação decorrente dos procedimentos de reconciliação, que o efeito principal da aplicação da metodologia já referida fosse um aumento dos pagamentos realizados mensalmente em duodécimos, uma vez que, de acordo com a ARSN, os processos de reconciliação anual (ainda não encerrados no decurso dos trabalhos de auditoria) viriam a contemplar o reembolso das diferenças de custo que foram incorporadas nos duodécimos já pagos pelo Estado.

298 Certo é que, existindo tal situação desde 2009, os montantes já entregues à EGEST por via dos duodécimos representaram uma componente adicional de financiamento de curto prazo, na medida em que se previa que a correção de preços apenas ocorresse em sede de reconciliação anual⁶⁶.

299 Ou seja, não se contestando a necessidade de atualizações metodológicas, a alteração metodológica verificou-se logo no primeiro ano de execução do contrato, motivando um financiamento adicional da atividade da EGEST (por via do correspondente empolamento dos duodécimos).

300 A ARSN afirmou ainda estar convicta da existência de margem para algum crescimento da capacidade instalada do hospital, afirmando também ser 2012 o ano para o confirmar, uma vez que este é o primeiro ano completo na nova estrutura hospitalar (com todas as especialidades a funcionar, com equipas clínicas estáveis e com a transferência totalmente realizada)⁶⁷.

301 Relativamente aos anos vindouros, o gestor de contrato refere que embora em 2013 possa vir a verificar-se um crescimento da produção contratada (com vista ainda a contribuir para solucionar o problema das listas de espera), nos anos seguintes o volume de produção a contratar tenderá a estabilizar.

302 O quadro seguinte apresenta a evolução face ao caso base dos encargos com o Hospital de Braga, repartindo-os por cada componente de remuneração de cada uma das duas entidades gestoras.

64 Aliás, os preços aplicáveis a outras especialidades, como a oncologia e radioterapia em hospital de dia, eram em 2011 ainda mais baixos (respetivamente 413,85 € e 58,24€). O efeito destes preços é influenciado pelos pesos relativos aplicáveis a cada GDH, conforme resulta da Portaria n.º 132/2009. Em sede de contraditório a EGEST veio referir que o crescimento da actividade de internamento cirurgia e ambulatório decorreu das alterações metodológicas fixadas pelo SNS, as quais determinaram uma revisão dos preços a aplicar ao Hospital de Braga. No entanto esta revisão veio a verificar-se apenas em sede de procedimentos de reconciliação.

65 ARSN em sede de esclarecimentos complementares. Ainda assim, a mesma entidade chama a atenção para o facto de, em termos de análise dos resultantes encargos, o preço do hospital de dia ter de ser comparado ao preço do doente equivalente multiplicado pelo respetivo índice de case mix. É igualmente sublinhado que, pela consideração dos índices de case mix, os valores resultantes poderem vir a ser, eventualmente, iguais ou superiores.

66 Conforme números 5, 6 e 7 da cláusula 45.ª do contrato de gestão.

67 A gestão da capacidade instalada está contratualmente atribuída à EGEST.



QUADRO 35 - HOSPITAL DE BRAGA – EVOLUÇÃO DE ENCARGOS

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, preços correntes.	2009			2010			2011			2012			
	Caso Base	Prod.ução Contratada	Diferença %	Caso Base	Prod.ução Contratada	Diferença %	Caso Base	Prod.ução Contratada	Diferença %	Caso Base	Prod.ução Contratada	Diferença %	
ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO	Componente fixa da remuneração base anual, responsabilidade do SNS	-	-	-	-	-	12,964	12,964	0%	17,286	17,286	0%	
	Componente variável da remuneração base anual	-	-	-	-	-	4,044	3,467	-14,3%	5,500	5,407	-1,7%	
	Total	-	-	-	-	-	17,008	16,431	-3,4%	22,785	22,693	-0,4%	
ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO	Remuneração pela produção de serviços clínicos a)	52,244	52,244	0,0%	110,056	105,015	-4,6%	99,592	121,428	21,9%	99,417	110,429	11,1%
	Remuneração pela disponibilidade do serviço de urgência a)	2,121	2,121	0,0%	4,326	4,138	-4,3%	3,872	3,876	0,1%	3,766	3,652	-3%
	Remunerações não contempladas no caso base	-	2,039	-	-	2,811	-	-	0,638	-	-	0,500	-
	Receitas contempladas no caso base (parte SNS) (pelo preenchimento do quadro próprio abaixo)	-0,001	-	-	-0,002	-0,016	896,7%	-0,002	-0,019	1072,2%	-0,002	-0,103	6228,5%
	Receitas não contempladas no caso base (parte SNS) (ensino médico pós-graduado)	-	-	-	-	-0,133	-	-	-0,133	-	-	-0,158	-
	Total	54,364	56,403	3,8%	114,380	111,816	-2,2%	103,463	125,790	21,6%	103,181	114,320	10,8%
	Total das duas entidades gestoras	54,364	56,403	3,8%	114,380	111,816	-2,2%	120,471	142,221	18,1%	125,967	137,013	8,8%

Nota: Encargos com as EG (Hospital de Braga)

a) Para 2009 não tendo existido negociação da produção, foram adotados os quantitativos do caso base

Fonte: ARSN

303 Verificou-se pelo quadro anterior que os encargos com a remuneração da **EGED** não apresentam variações significativas face ao caso base, tendo em conta que a diferença verificada em 2011 resulta do ajustamento face à entrada em funcionamento do novo edifício.

304 Para além do efeito de tal ajustamento temporal, a EGED refere que «registou em 2011 um ligeiro desvio negativo de receitas, via remuneração por disponibilidade, componente variável, dada a taxa de variação de preços verificada ter sido inferior ao previsto em caso Base».

305 Por outro lado, quanto à **EGEST**, refere a ARS Norte que em 2009, «não houve contratualização, tendo sido assumido o caso base na íntegra».

306 Assim, de acordo com o quadro supra, a relativa estabilidade de encargos face ao caso base, deixa de se verificar a partir do ano em que se inicia o funcionamento do novo edifício.

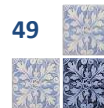
307 Verifica-se que no período de funcionamento do novo edifício existem diferenças significativas de encargos, face ao caso base, com um desvio global de cerca de **21,6% em 2011** e com um desvio previsto para **2012 de cerca de 10,8%**, este o primeiro ano completo de laboração no novo edifício.

308 Estas percentagens correspondem, respetivamente, a diferenças entre o caso base e o contratado de 22,328 milhões de euros (2011⁶⁸) e 11,139 milhões de euros (estes, previstos para 2012).

309 Desta forma, as variações das remunerações da EGEST explicam a **diferença, face ao caso base do global dos encargos com ambas as entidades gestoras** do Hospital de Braga (cerca de 18,1% em 2011 e de cerca de 8,8%, previsivelmente, em 2012). Estas percentagens correspondem, respetivamente, a diferenças entre o caso base e o contratado de 21,750 milhões de euros (2011) e 11,046 milhões de euros (previstos para 2012).

310 A ARSN, quanto ao afastamento das previsões de procura iniciais, face aos quantitativos de produção contratada, justifica que «as previsões da procura constantes do Caso Base foram desenvolvidas tendo

68 O valor da diferença comporta o efeito de arredondamento.



por base os dados então disponíveis relativamente à atividade histórica gerada pela população da área de influência do Hospital de Braga, sendo que as necessidades da população variam com a oferta de cuidados disponíveis e com as evoluções demográficas da população»⁶⁹.

- 311 Quanto aos efeitos financeiros, já atrás se referiu que as diferenças da remuneração da EGEST, entre o caso base e o contratado, sem o efeito das reconciliações anuais são de 22,328 milhões de euros em 2011 e 11,139 milhões de euros, para 2012.
- 312 Em face do exposto no quadro 35, o contrato do Hospital de Braga apresenta, no que respeita aos encargos com a produção de serviços clínicos⁷⁰, logo no terceiro e no quarto anos de execução, 2011 e 2012, diferenciais face ao caso base de, respetivamente, 21,9% e 11,1%, significando, num e noutro caso, acréscimos de 21,84 e 11,01 milhões de euros, isto sem o efeito dos procedimentos de reconciliação.
- 313 Assim, os encargos globais com a remuneração das duas entidades gestoras, apresentaram, face ao caso base, diferenciais de 18,1% e 8,8%, correspondendo aos montantes de 21,75 e 11,05 milhões de euros, respetivamente em 2011 e 2012, sem o efeito dos procedimentos de reconciliação.
- 314 Pela análise dos dados fornecidos pela EGEST, estes diferenciais relacionam-se com a produção “internamento e ambulatório” e “consultas”, que é responsável em 2010, primeiro ano de aplicação do Despacho supra à contratação de produção, por um diferencial face ao caso base de 7,62 milhões de euros⁷¹.
- 315 Ora, à semelhança do que fez para a análise da produção contratada, o TC solicitou à ARSN o cálculo dos **encargos com a produção de serviços clínicos**, anualmente, entre 2009 e 2012, agregados pelas respetivas linhas de produção, com os **encargos** subjacentes ao caso base, à contratação anual e ao verificado, tendo em conta, em todos os casos, a **metodologia de apuramento anterior ao Despacho supra referido (isto é, com a utilização da metodologia constante do contrato de gestão para apuramento de todos os montantes)**.
- 316 Foram, assim, apresentados pela ARSN os seguintes dados:

QUADRO 36 - HOSPITAL DE BRAGA – ENCARGOS COM A PRODUÇÃO (DESAGREGAÇÃO)

(Milhões de euros)

Doentes Equivalentes (Remuneração, valores milhões de euros)	Modelo Financeiro (A)			Produção contratada (B)			Variação (B-A)		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Intern. Cirurg. Ambul.	61,650	55,471	54,580	64,693	80,729	76,930	3,043	25,258	22,350
Internamento RNCCI	0,000	0,558	0,761	0,000	0,099	0,042	0,000	-0,459	-0,719
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Consulta Externa	16,393	13,825	13,427	23,341	22,596	20,866	6,948	8,771	7,439
Urgência	24,056	20,832	20,322	16,127	14,734	13,497	-7,929	-6,098	-6,825
Urgências	19,729	16,960	16,556	11,989	10,859	9,845	-7,741	-6,101	-6,711
Disponibilidade	4,326	3,872	3,766	4,138	3,876	3,652	-0,188	0,003	-0,114
Hospital de Dia	12,237	12,731	14,046	4,993	7,145	2,746	-7,245	-5,585	-11,300
Valor previsível da Remuneração Base Anual	114,382	103,464	103,183	109,154	125,304	114,081	-5,228	21,839	10,898

Nota: Preços correntes.

Fonte: ARSN

69 E acrescenta que « o Contrato de Gestão desde logo previu a necessidade de contratar anualmente a atividade a realizar pela EGEST (procedimentos anuais de negociação) para garantia de satisfação das necessidades de cuidados de saúde da população».

70 De acordo com o quadro 35, primeira linha referente às remunerações da EGEST.

71 O que é tanto mais significativo quanto, nesse ano, os encargos globais se mostram ligeiramente abaixo do caso base (neste caso, tanto pelos dados fornecidos pela ARS Norte, como pelos dados fornecidos pela Entidade Gestora do Estabelecimento).



317 De acordo com a ARSN «a redução no número de sessões de hospital de dia previstas resulta da transferência de atividade para ambulatório médico».

318 A partir do quadro anterior, obteve-se o quadro 37, sobre a evolução relativa da maior componente de custos da produção de serviços clínicos:

QUADRO 37 - HOSPITAL DE BRAGA – INTERNAMENTO CIRURGIA E AMBULATÓRIO
(PESO RELATIVO)

	%		
	2010	2011	2012
Peso ICA no Caso base	56,0%	55,7%	54,9%
Peso ICA na contratação anual	61,6%	66,5%	69,7%
Diferença	5,6%	10,8%	14,8%

Nota: ICA – Internamento, cirurgia e ambulatório.. Antes de procedimentos de reconciliação. Peso na remuneração base anual, sem disponibilidade do serviço de urgência.

Fonte: ARSN

319 Ou seja, o peso de “internamento, cirurgia de ambulatório”, no total da remuneração prevista, sem remuneração por disponibilidade dos serviço de urgência, apresentava, nos anos decorridos, segundo o caso base, tendência decrescente, enquanto que, em termos de produção contratada anualmente, passou a apresentar tendência claramente crescente.

320 Isto é, o peso relativo de internamento, cirurgia e ambulatório, no total da produção de serviços clínicos (exceto disponibilidade de urgência), tem tendência a afastar-se progressivamente do caso base, o que importa, dado que esta vertente de produção é a que é financeiramente mais representativa para o Estado.

321 No entanto, sobre os encargos decorrentes da produção contratada apresentados no ponto presente deste relatório, haveria de ocorrer o efeito dos procedimentos de reconciliação.

322 Neste sentido, ainda durante os trabalhos de auditoria, a ARSN referia que «em relação à aplicação do sistema de GDH ao ambulatório médico (...) não pode haver qualquer variação em relação ao valor efetivo da parcela a cargo do SNS, o que se irá apurar em sede de pagamentos de reconciliação (cfr. N.º 5 da Cláusula 45.ª do Contrato) nos termos que foram admitidos nas atas de fecho da negociação da produção prevista».

323 Em sede de contraditório, a EGEST veio referir o seguinte:

«Confirmamos que a criação dos GDH de ambulatório implicou alterações na contratação dos actos de produção, mas realçamos que do ponto de vista financeiro – e no que ao Hospital de Braga (HB) diz respeito- a mesma foi “neutral” para o Estado uma vez que na sequência da substituição de alguns atos de Hospital de Dia por GDH de ambulatório médico se procedeu à alteração dos preços a aplicar a qualquer doente equivalente contratado no HB de modo a que a remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento não tivesse alterações. Esta alteração de preços foi fixada recentemente entre a Entidade Pública Contratante (EPC) e a Entidade Gestora do Estabelecimento no âmbito do processo de fecho de contas relativo aos anos de 2009, 2010 e 2011.»

324 Assim, e tal como já referido no ponto relativo aos encargos com esta PPP, o montante correspondente aos duodécimos foi calculado com base em preços posteriormente corrigidos em sede dos procedimentos de reconciliação⁷².

72 A ARSN entendeu sublinhar que o apuramento do impacto da alteração metodológica foi efetuado pelas partes no âmbito dos pagamentos de reconciliação nos termos contratualmente previstos.



325 Internamento cirurgia e ambulatório, a componente mais onerosa dos serviços clínicos, nos anos decorridos, aumentou o seu peso no total de remuneração por serviços clínicos, sendo responsável pelo afastamento relativamente às previsões do caso base, da produção contratada naquele período.

326 Embora **questionada sobre o facto, a ARSN considerou, devido à complexidade do exercício em causa, não ter condições para agora estimar, em tempo útil, antes do encerramento dos procedimentos de reconciliação, o impacto no valor do contrato decorrente da alteração metodológica em causa.**

3. HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

3.1. Adendas e acordos interpretativos

327 Tal como no caso do Hospital de Cascais, também no caso do Hospital de Vila Franca de Xira, formalmente, não ocorreram aditamentos ou alterações ao contrato de gestão.

328 Porém, foi assinado um acordo interpretativo com vista à cedência de medicamentos anti retrovíricos na farmácia hospitalar no período de transição (de funcionamento nas antigas instalações do Hospital).

329 Para o período de funcionamento no novo edifício hospitalar, a cedência dos mesmos medicamentos foi enquadrada no número 8 da cláusula 28ª do contrato de gestão, pelo que a dispensa de medicamentos é reembolsada à EGEST mediante apresentação, por esta, de faturas, as quais são pagas até ao final do mês seguinte à respetiva apresentação (pelo preço de custo).

330 Foi ainda celebrado entre a EGEST, EGED e a Câmara Municipal de Vila Franca de Xira, com conhecimento da ARSLVT, um Protocolo de Acordo e Compromisso, relativo aos acessos ao novo hospital (nomeadamente, sobre a programação dos acessos a construir pela mesma Câmara Municipal).

3.2. Inflação e case mix

331 No que diz respeito aos pressupostos de inflação, para o ano de 2011, o caso base previa uma taxa de inflação de 2%, enquanto o valor previsível de produção, foi fixado tendo em conta uma taxa de inflação homóloga a janeiro efetivamente verificada de 3,7% em 2011. Esta taxa foi aplicada aos preços unitários e ao pagamento por disponibilidade de urgência.

QUADRO 38 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS

	Ano 2011		Ano 2012	
	Caso Base	Produção Contratada	Caso Base	Produção Contratada
VFXira - EGEST	2,00%	3,73%	2,00%	3,73% (2011) 1,7% (2012)

Fonte: ARSLVT

332 Já para a contratação de produção relativa a 2012, verifica-se igualmente a aplicação da taxa de inflação de 3,73% (acima do previsto no caso base de 2011, 2%) e de 1,7% (para 2012 ligeiramente inferior à do caso base, 2%).

333 Assim, os preços unitários e a disponibilidade de urgência resultaram em valores financeiros superiores aos constantes no caso base⁷³, também devido à aplicação de pressupostos diferentes de evolução de preços⁷⁴. Para 2011 aplicaram-se 3,73%, contra 2% previstos no caso base. Em 2012, aplicaram-se, tendo em conta as taxas acumuladas dos dois anos referidos, 5,49%, contra 4,04% previstos no caso base⁷⁵.

334 Ou seja, em parte, as diferenças entre o caso base e a produção prevista para os anos em causa, encontram explicação nos pressupostos de inflação utilizados, em geral superiores aos do caso base. Em 2011, a diferença foi de 1,73% e em 2012 foi de 1,45%.

335 Por outro lado, os índices de *case mix*, permitem explicar também o diferencial entre caso base e valor da produção prevista, o que se apresenta no quadro 40.

QUADRO 39 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – ÍNDICES DE CASE MIX
Índice/%

	Ano 2011			Ano 2012		
	Caso Base	Produção Contratada	Var (%)	Caso Base	Produção Contratada	Var (%)
Global	0,7726	0,7869	2%	0,7761	0,7542	-3%
Internamento Médico	0,6831	0,7190	5%	0,6876	0,7058	3%
Cirurgia de Ambulatório	0,6630	0,6957	5%	0,6630	0,6974	5%
Internamento Cirúrgico	1,4544	1,4366	-1%	1,4578	1,4687	1%
Ambulatório Médico	0,2232	0,2226	0%	0,2232	0,2223	0%

Fonte: ACSS/ARSLVT

336 Assim, com destaque para 2011 (ano em que o índice de *case mix* global apresentou uma diferença face ao caso base positiva), os índices aplicados, de acordo com os elementos fornecidos ao TC, foram na sua maioria superiores aos previstos no caso base (atingindo diferenças de 5%)⁷⁶.

3.3. Evolução da produção contratada

337 O quadro seguinte apresenta a evolução da produção contratada anualmente entre a ARSLVT e a EGEST do Hospital de Vila Franca de Xira.

73 Como se verá adiante, aquando da análise das remunerações da EGEST.

74 Em resultado da aplicação das regras de revisão anual de preços contratualmente previstas.

75 A ARSLVT sublinha que tal resulta integralmente da aplicação das regras de revisão anual de preços prevista contratualmente.

76 A este respeito, a ARSLVT refere que os índices de *case mix* são determinados pela composição da produção prevista por GDH, sendo desta forma resultados e não *inputs*, tanto no que respeita ao caso base, como no âmbito dos procedimentos anuais de negociação com a EGEST.

QUADRO 40 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – PRODUÇÃO CONTRATADA

N.º%

Produção Contratada	Ano 2011			Ano 2012		
	Caso Base	Produção Contratada Jun-Dez	Variação (%)	Caso Base	Produção Contratada	Variação (%)
Episódios de Internamento	6.385	6.330	-1%	10.978	11.589	6%
Episódios de Cirurgia de Ambulatório	613	756	23%	1.056	1.978	87%
Episódios de Ambulatório Médico	1.613	1.468	-9%	2.778	3.229	16%
Dias de Internamento de utentes elegíveis p/ RNCCI	1.152	639	-45%	2.000	600	-70%
Dias de Internamento de casos específicos	6	5	-10%	10	10	0%
Consultas Externas	43.099	42.552	-1%	74.102	86.269	16%
Primeiras Consultas	14.366	17.979	25%	24.701	38.436	56%
Consultas Subsequentes	28.732	24.573	-14%	49.401	47.833	-3%
Sessões de Hospital de Dia		0			0	
Nº atendimentos em Urgência	67.072	61.992	-8%	115.321	106.250	-8%
Nº atendimentos em Urgência (exclui atendimentos que originam internamento e atendimentos verdes e azuis)	48.944	34.769	-29%	84.153	46.491	-45%
Nº atendimentos em Urgência (verdes e azuis)	18.127	27.223	50%	31.168	59.759	92%

Fonte :ARSLVT

- 338 Os quantitativos referentes a 2011, tanto do caso base como da produção contratada, encontram-se ajustados, de acordo com o período de operação efetivo⁷⁷.
- 339 A ARSLVT chama a atenção que no caso base as urgências verdes e azuis⁷⁸ foram agregadas às consultas subsequentes. Ora, para efeitos de comparabilidade com a produção contratada a ARSLVT excluiu estes atendimentos, estando os mesmos considerados na linha correspondente à produção da urgência.
- 340 Constata-se que as maiores diferenças relativamente ao caso base dizem respeito a cirurgia de ambulatório em 2011 e 2012, respetivamente mais 23% e 87% do que o previsto no caso base⁷⁹.
- 341 Em 2011 as consultas externas ficaram sensivelmente ao nível do previsto no caso base (-1%) e em 2012 as consultas externas contratadas apresentaram-se superiores às do caso base (16%). Tanto num ano, como no outro, as primeiras consultas foram superiores ao previsto no caso base, e as consultas subsequentes em menor número do que o inicialmente previsto⁸⁰.
- 342 Também abaixo do caso base, ficaram as produções contratadas relativas ao internamento de utentes da rede de cuidados continuados (em 2011, menos 45%, e em 2012 menos 70%)

77 Isto é, contado a partir do mês em que efetivamente veio a ocorrer a produção de serviços clínicos. De referir que em 2011 a produção foi fixada tendo em conta o anexo II ao contrato de gestão (produção prevista para o período que decorresse até à fixação de produção para aquele ano) e ainda uma produção prevista, para o período remanescente até ao final do referido ano.

78 Sistema de Manchester de classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Correspondem às categorias de risco mais baixo (verde – pouco urgente, azul – não urgente).

79 Sobre esta constatação, e efetuando a ligação com o referido mais adiante no presente anexo (análise efetuada a respeito do quadro n 45 – H.V.Xira – encargos não previstos no caso base) a ARSLVT, em sede de contraditório refere que « com efeito a atividade cirúrgicas nas especialidades de ORL e Oftalmologia, em particular esta última, com elevada propensão para ambulatorização, não apresenta produção prevista no caso base para o período de transição que decorre entre a transmissão do atual estabelecimento hospitalar e entrada em funcionamento do Novo Edifício Hospitalar».

80 Como adiante se refere e em sede de contraditório a ARSLVT entendeu ser de adiantar para um adequado entendimento, que o caso base também não contemplou para o atual estabelecimento hospitalar qualquer atividade de consulta nas especialidades de Oftalmologia e Pneumologia (novas valências previstas no perfil assistencial para o período de transição).

343 No único ano completo de execução, 2012, ainda no antigo edifício hospitalar, prevê-se que apenas o internamento de utentes elegíveis para a rede nacional de cuidados continuados e os atendimentos na urgência fiquem percentualmente muito abaixo do previsto no caso base (no primeiro caso -70% e no segundo -45%, conforme referido no quadro anterior). Para além desta, e ressalvando o caso dos dias de internamento por casos específicos, é previsto que todas as restantes linhas de produção venham a apresentar acréscimos significativos face ao caso base.

3.4. Evolução de encargos

344 O quadro seguinte apresenta os encargos resultantes da produção prevista e fixada em cada ano ainda sem o efeito dos processos de reconciliação anual.

QUADRO 41 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – EVOLUÇÃO DE ENCARGOS

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, preços correntes.		2011		2012	
		Caso Base	Jun-Dez	Caso Base	Previsto
ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO	Componente fixa da remuneração base anual, responsabilidade do SNS	0,000	0,000	0,000	0,000
	Componente variável da remuneração base anual	0,000	0,000	0,000	0,000
	Total	0,000	0,000	0,000	0,000
ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO	Remuneração pela produção de serviços clínicos	19,867	23,135	44,769	44,954
	Remuneração pela disponibilidade do serviço de urgência	2,901	3,459	6,498	6,590
	Remuneração não contemplada no caso base	0,000	0,658	0,000	3,730
	Parte das receitas comerciais que cabem ao SNS	-0,006	-0,003	-0,013	-0,013
	Total	22,761	27,249	51,254	55,261
Total das duas entidades gestoras		22,761	27,249	51,254	55,261

Nota: as variações face ao caso base decorrem essencialmente de três fatores: *case mix* (complexidade), pressupostos de inflação (atualização de preços) e quantidades (produção contratada).

Fonte: ARSLVT

345 As variações face ao caso base decorrem essencialmente de três fatores: *case mix* (complexidade), pressupostos de inflação (atualização de preços) e quantidades (produção contratada).

346 Como se constata pelo quadro supra, não tendo existido ainda a transferência para o novo edifício hospitalar, não há lugar, no período indicado, a qualquer remuneração da EGED.

347 Quanto à remuneração da EGEST, de acordo com a ARSLVT, «os valores constantes do caso base respeitam ao período temporal considerado no modelo financeiro anexo ao Contrato, sem qualquer ajustamento, ou seja, 6 meses, sendo que o Contrato produziu efeitos a 01 de Junho 2011, ou seja 7 meses de vigência em 2011»⁸¹.

348 Uma questão a ter também em conta é que parte do valor acima considerado para a produção contratada resulta dos pagamentos por conta estipulados no contrato de gestão⁸² em vigor até à data do desfecho do procedimento da primeira produção⁸³.

349 Mesmo com a já referida dificuldade de comparação, dado o desfasamento de cerca de um mês, em 2011 existe uma diferença positiva entre caso base e produção contratada, o que se constata igualmente em 2012.

81 Existe um desajustamento entre os montantes do caso base e os que resultam da produção prevista de cerca de um mês, o que não permite, para 2011, a comparação direta entre os respetivos montantes.

82 N.º 21.2 do Anexo VII.

83 Cláusula 52.ª do Contrato de Gestão

350 «Em 2011, sem ajustamento temporal, a diferença entre caso base e valor previsível da produção é de 19,72%, (4,49 milhões de euros). Com ajustamento proporcional dos valores relativos ao Caso Base para 7 meses, as diferenças em 2011 seriam muito inferiores, cerca de 2,6% (0,694 milhões de euros)»⁸⁴.

351 Em 2012, a diferença relativamente ao caso base será de 7,8%.

352 Para o mesmo ano, verifica-se um acréscimo de remuneração, face ao caso base, de 4,008 milhões de euros, explicados na quase totalidade (93%) pelos encargos que não estavam previstos, no caso base, à data da assinatura do contrato, os quais totalizarão, previsivelmente, cerca de 3,730 milhões de euros.

353 O mesmo será dizer que, com exceção dos encargos que se consideraram fora do caso base, os encargos previstos para 2012 estarão apenas 0,54% acima do inicialmente previsto.

354 Em cerca de ano e meio, o valor acumulado a preços correntes dos encargos previsíveis com a produção contratada cifrou-se em 82,511 milhões de euros, dos quais 4,388 milhões de euros em remunerações acumuladas da EGEST que não estavam previstas no caso base.

3.5. Evolução de responsabilidades de pagamento

355 Quanto à evolução das responsabilidades de pagamento, verifica-se de acordo com o quadro seguinte, não terem existido diferenças significativas face ao caso base, para todos os grupos de entidades, com exceção do SNS (neste caso, quanto aos valores previstos para 2012 e devido às remunerações não previstas no caso base).

QUADRO 42 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, preços correntes.		2011		2012	
		Caso Base	jun-dez	Caso Base	Previsto
Distribuição de responsabilidades de pagamento	SNS - Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde - EGED	0,000	0,000	0,000	0,000
	SNS - Parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde - EGEST	22,254	25,615	50,111	49,692
	SNS- Encargos não contemplados no caso base	0,000	0,658	0,000	3,730
	Parte das receitas comerciais que cabem ao SNS	-0,006	-0,003	-0,013	-0,013
	Total SNS	22,247	26,270	50,098	53,410
	terceiros pagadores	0,514	0,637	1,156	1,244
	UTENTES (Taxas moderadoras)	0,000	0,342	0,000	0,607
	Total (SNS, Subsistemas, Utentes)	22,761	27,249	51,254	55,261

Nota: as variações face ao caso base decorrem essencialmente de três fatores: *case mix* (complexidade), pressupostos de inflação (atualização de preços) e quantidades (produção contratada).

Fonte: ARSLVT

356 Na análise dos montantes do quadro anterior, deverá ter-se em conta o facto de os montantes do caso base terem como referência 6 meses de atividade, face ao período de execução do contrato que foi de 7 meses.

357 Assim, em 2011, com o ajustamento do caso base para 7 meses o aumento de encargos, face ao caso base, para o SNS foi de 1,2% (0,315 milhões de euros). Da mesma forma, e para o mesmo ano, o aumento de responsabilidades de pagamento de terceiros pagadores, embora percentualmente significativo (6,2%), representa 0,037 milhões de euros.

⁸⁴ Conforme sublinhou a ARSLVT e se comprovou.

358 Em 2012, de acordo com o quadro anterior, para o SNS, verificou-se um previsível aumento de responsabilidades de pagamento (3,312 milhões de euros), consequência da existência das remunerações da EGEST não previstas no caso base (3,730 milhões de euros), que serão adiante detalhadas.

359 Previsivelmente, para 2012, com exceção dos encargos que pela sua natureza não foram previstos no caso base, os encargos estarão em termos nominais abaixo do que foi previsto à data da contratação (-0,419 milhões de euros).

3.6. Encargos não previstos no caso base

360 Os encargos não previstos no caso base do Hospital de Vila Franca são os que constam no seguinte quadro.

QUADRO 43 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – ENCARGOS NÃO PREVISTOS NO CASO BASE

(Milhões de euros)

Valores sem IVA, preços correntes.		2011	2012
		Jun-dez	Previsto
Encargos não contemplados no caso base	Farmácia ambulatório (exclui VIH/SIDA)	0,107	0,200
	Medicamentos (Declaração interpretativa VIH/SIDA)	0,551	1,150
	Internamento cirúrgico e cirurgia de ambulatório - Oftalmologia, ORL	-	1,758
	Consultas - Oftalmologia e Pneumologia	-	0,622
Tota		0,658	3,730

Fonte: ARSLVT

361 Os valores apresentados distinguem como caso particular os relativos ao VIH/SIDA, por serem objeto de declaração interpretativa, totalizando em ano e meio cerca de 1,701 milhões de euros, reembolsados à EGEST a preço de custo.

362 A dispensa de outros medicamentos ascende no mesmo período a 0,307 milhões de euros.

363 Até à entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar de Vila Franca de Xira previu-se a prestação de cuidados em 4 novas valências nas atuais instalações hospitalares, não tendo sido previsto no modelo financeiro da concessão atividade cirúrgica em internamento e em ambulatório em duas dessas novas especialidades (Oftalmologia e ORL).

364 A ARSLVT referiu que em face do perfil assistencial do Hospital de Vila Franca de Xira e do histórico da utilização hospitalar verificada nos últimos anos pela população da área influência do hospital, foi contratada atividade nas linhas de produção de internamento cirúrgico e cirurgia de ambulatório, que se traduziu num **encargo previsto de cerca de 1,758 milhões de euros no ano de 2012.**

365 Para além disso, o caso base também não contemplou para o atual estabelecimento hospitalar qualquer atividade de consulta nas especialidades de Oftalmologia e Pneumologia (novas valências previstas no perfil assistencial para o período de transição). As consultas contratadas para o ano de 2012 nestas duas especialidades traduzem-se num encargo previsto de **cerca de 0,622 milhões de euros.**

366 Os encargos não previstos no caso base, totalizam cerca de 4,388 milhões de euros, em cerca de ano e meio de execução do contrato.

367 Em 2012, estimou-se que os encargos não previstos no caso base ascendam a 3,730 milhões de euros, o que representa 6,75% da remuneração total da EGEST para esse ano. Excetuando os encargos com dispensa de medicamentos (incluindo VIH, num total de **1,350 milhões de euros**), os encargos não previstos no caso base representam **4,94%** dos encargos com as remunerações da EGEST.

3.7. Outras receitas e encargos

- 368 Relativamente ao Hospital de Vila Franca de Xira, verificam-se ainda outras receitas e encargos.
- 369 O contrato de gestão previu o que o Estado recebesse da EGEST, pela transferência do estabelecimento hospitalar, 7,5 milhões de euros, os quais foram pagos ao Hospital Reynaldo dos Santos em 2011⁸⁵.
- 370 O Estado assume as responsabilidades com as pensões de reforma entre o momento em que os trabalhadores cessem efetivamente as suas funções e o momento em que as mesmas pensões forem pagas⁸⁶. Este facto originou uma responsabilidade de 0,258 milhões de euros em 2011⁸⁷ e prevê-se para 2012 um valor de 0,091 milhões de euros.

3.8. Reconciliações anuais

- 371 Os trabalhos de apuramento do pagamento da reconciliação relativa a 2011 encontram-se em curso.

3.9. Montantes pagos até 31-12-2011

- 372 Tendo a transferência do estabelecimento ocorrido em 1 de junho de 2011, em 31 de dezembro de 2011, encontravam-se pagos à EGEST cerca de 24, 356 milhões de euros.
- 373 Deste montante, 23,730 milhões de euros dizem respeito a pagamentos de duodécimos, 0, 455 milhões de euros são relativos a medicamentos VIH/SIDA e 0,171 milhões de euros a encargos com pensões de reforma.
- 374 O montante pago pela EGEST ao Estado (concretamente ao Hospital Reynaldo dos Santos), em 2011, pela transferência do estabelecimento, foi de 7,5 milhões de euros⁸⁸.

3.10. Perspetiva das concessionárias

- 375 A EGED reportou ao TC a seguinte evolução de resultados.

QUADRO 44 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – RESULTADOS DA EGED

(Milhões de euros)

	2010		2011	
	Caso Base	Verificado	Caso Base	Verificado
Custos Operacionais	0,000	-0,008	-19,610	-20,643
Proveitos Operacionais	0,000	0,000	19,844	20,788
Custos Financeiros	-0,455	-0,044	-1,216	-1,005
Proveitos Financeiros	0,000	0,000	1,732	0,615
Imposto s/ Rendimentos	0,114	0,000	-0,197	0,074
Resultado Líquido	-0,341	-0,051	0,553	-0,171

Nota: Preços correntes
Fonte: EGED

- 376 Assim, ocorreu um desempenho financeiro no primeiro ano de atividade (2010) superior ao previsto no caso base, embora com resultados líquidos negativos e em 2011 verifica-se um desempenho abaixo do que havia sido previsto.

85 ARSLVT

86 N.º 9 da Cláusula 67.ª do Contrato de Gestão.

87 Mais concretamente, 258.584 euros.

88 ARSLVT.

377 A EGED destacou, quanto ao seu desempenho financeiro, por um lado a existência de custos superiores ao previstos com desenvolvimento do projeto e acompanhamento da obra (desvio nos custos operacionais) e por outro lado menores custos financeiros resultantes de uma menor utilização das facilidades de financiamento.

378 Para 2011, verificou-se um desempenho abaixo do caso base, explicado pela existência de proveitos financeiros inferiores aos previstos, resultando a diferença do facto de o juro efetivo no caso base ter como referência o início do ano, enquanto o verificado teve como referência 1 de junho de 2011.

379 Embora existam desvios de *cashflow* a 31-12-2011 (cerca de - 2,226 milhões de euros, uma vez que ocorreram menos desembolsos de investimento e menos entradas de meios resultantes de empréstimos, a EGED referiu que esta situação foi regularizada, em janeiro de 2012.

380 Em termos de fluxos acionistas ocorreu a entrada de capital social, de acordo com o previsto no caso base, no valor de 1,5 milhões de euros.

381 A EGED faz um balanço positivo da parceria e considera que a sua situação financeira corresponde genericamente ao que se previa à data do caso base e à expectativa dos acionistas esperavam.

382 Apesar disso:

«No que se refere aos acessos ao Hospital o carácter genérico do Acordo Estratégico celebrado entre a Administração Regional de Saúde e o Município (e sem o envolvimento da Entidade Gestora), aliado ao facto de ser outorgado antes do lançamento do concurso, faz com que não leve em conta as especificidade finais e reais necessidades do projeto, podendo fazer perigar a data de entrada em funcionamento do hospital decorrendo de tal facto prejuízos para todas as entidades envolvidas, não só no que se refere ao pagamento pela disponibilidade da infraestrutura (que não poderá prejudicar a Entidade Gestora do Edifício), mas também ao decorrente atraso na exploração das atividades comerciais acessórias, com perda de receita para a Entidade Pública Contratante e para as Entidades Gestoras.

No lançamento de novos projetos, aconselha-se reflexão deste tema, que poderá passar pela inclusão, no objeto do Contrato de Gestão, da responsabilidade da Entidade Gestora do Edifício pela construção dos acessos.»

383 Consequentemente, a EGED alerta para a possibilidade de atraso na abertura do Hospital (prevista para 2013) e consequentemente para o início dos pagamentos que decorrem desse facto.

384 No entanto, a ARSLVT assegura que os riscos de incumprimento da data de entrada em funcionamento do Novo Edifício Hospitalar de VFX estão a ser monitorizados e implementadas as medidas corretivas que em cada momento se mostrem necessárias, por forma a que a ocorrência de desvios nos prazos de execução⁸⁹, não venham a comprometer abertura do Hospital na data prevista⁹⁰.

385 A EGEST, apresentou a seguinte demonstração de resultados.

⁸⁹ Das obras de construção (novo edifício hospitalar, acessos, infraestruturas de água e saneamento, desvio do traçado da conduta adutora de circunvalação).

⁹⁰ Com essa finalidade foi constituída uma Equipa de Acompanhamento que integra representantes da Câmara Municipal de VFX, ARSLVT, EGED, EPAL, SMAS e EDP, tendo sido realizadas 12 reuniões até à data de 27.06.2012.

QUADRO 45 - HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – RESULTADOS DA EGEST

(Milhões de euros)

	2011	
	Caso Base	Real
	Jul-Dez	Jun-Dez
Proveitos operacionais	22,787	25,531
Custos operacionais	21,864	22,043
Custos financeiros	0,425	0,399
Proveitos financeiros	0,020	0,033
Custos extraordinários	0,000	0,000
Proveitos extraordinários	0,000	0,000
Imposto sobre rendimento	0,135	1,012
Resultado Líquido	0,382	2,110

Nota: Preços correntes
Fonte: EGEST

386 Não obstante a diferença de um mês entre os períodos comparados, observou-se um resultado líquido claramente acima do que foi previsto no caso base.

387 Sem ajustamento do caso base a 7 meses, os custos operacionais ficam acima do inicialmente esperado, sendo tal aumento compensado por proveitos operacionais também acima do caso base em 2,744 milhões de euros. Porém, ajustando os valores do caso base para 7 meses, os proveitos operacionais ficam abaixo do caso base em cerca de -4%, o que se mostra compensado com um nível de custos operacionais também abaixo do caso base (ajustado proporcionalmente para 7 meses) em cerca de -13,6%⁹¹.

388 Os efeitos da crise financeira, de acordo com a EGEST, apenas se fizeram sentir nas alterações fiscais ocorridas, por degradação da própria situação financeira do Estado. Assim, é apontado o agravamento da fiscalidade, nomeadamente do IVA, como fator com reflexo direto na estrutura de custos.

389 Quanto ao financiamento que eventualmente poderia ser mais relevante, é referido que «*todas as condições de financiamento do projeto estão contratualizadas e são imunes a deteriorações das condições financeiras de mercado*».

390 Embora a execução do contrato esteja ainda no início, esta concessionária considera o balanço positivo, devido a diversos fatores como ganhos de acessibilidade da população ao Hospital, qualidade da prestação de serviços, introdução de novas especialidades, novos equipamentos, as obras efetuadas, contratação de novos profissionais, e uma relação estável com a entidade concedente.

91 ARSLVT.

4. HOSPITAL DE LOURES

4.1. Adendas e acordos interpretativos

391 O Hospital de Loures iniciou o seu funcionamento em 2012. Não existiram, nesta PPP, nem adendas nem acordos interpretativos.

392 No entanto não se exclui a possibilidade de virem a existir, pelo menos, acordos interpretativos uma vez que a EGEST refere que o «*ainda que extenso, o Contrato de Gestão não aborda alguns aspetos essenciais da vida e atividade de um hospital como, por exemplo, o desenvolvimento da investigação clínica, abordando outros de uma forma que nem sempre é clara e definitiva*».

4.2. Inflação e case mix

393 A atualização da remuneração base anual da EGED, para o ano de 2012, foi efetuada com base nos Índices de Preços no Consumidor publicados pelo INE relativos a janeiro de 2009 (98,6) e a novembro de 2011 (105,441), ou seja implicando um evolução acumulada de preços entre 2009 e 2012 de cerca de 6,94%.

394 Já os pressupostos de inflação do caso base implicariam que, até 2012, existisse apenas uma evolução de preços de 3,03%. (0,5%, 1%, 1,5%, respetivamente em 2010, 2011 e 2012).

395 Assim, a diferença de valores entre os encargos previstos no caso base e os encargos resultantes do procedimento anual (EGED) reflete uma diferença nos pressupostos de atualização de preços de 3,91%⁹².

396 Em 2012, no âmbito do procedimento anual (EGEST) consideraram-se as taxas de inflação homólogas a janeiro verificadas, publicadas pelo INE, de 0% em 2010, de 3,73% em 2011 e a melhor estimativa à data de fecho quanto à taxa em 2012 de 3,50%, as quais foram aplicadas aos preços unitários e ao pagamento pela disponibilidade da urgência⁹³.

397 Ou seja, enquanto que o caso base previa uma atualização de preços de 3,03% (os pressupostos de inflação do caso base eram iguais para as remunerações da EGED e EGEST), a contratação de produção veio a incorporar uma evolução acumulada de 7,36%.

398 Dito de outra forma, a diferença, entre os encargos do caso base e os encargos estimados para 2012, decorrente de diferentes pressupostos de atualização de preços, entre caso base e procedimento anual (EGEST), é de 4,33%⁹⁴.

399 Em suma, as diferenças decorrentes de diferentes pressupostos de atualização de preços, para cada entidade gestora, podem ser vistas no quadro seguinte:

QUADRO 46 - HOSPITAL DE LOURES – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS (DIFERENCIAIS)

Ano	2012
EGED	3,91%
EGEST	4,33%

Fonte: ACSS

400 Relativamente às diferenças entre os índices de *case mix* do caso base e os subjacentes à contratação anual, verifica-se que ocorreu uma variação com impacto desfavorável na remuneração da EGEST decorrente do internamento médico e cirurgia de ambulatório (neste caso -14%) e com impacto positivo na remuneração da EGEST devido ao internamento cirúrgico e ao ambulatório médico.

92 Contratualmente estão previstas regras de atualização de preços, de cuja aplicação resulta a variação apresentada.

93 Cláusula 62.ª (Cálculo da Remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento) do Contrato de Gestão, com referência a janeiro de 2009.

94 Contratualmente estão previstas regras de atualização de preços, de cuja aplicação resulta a variação apresentada.

QUADRO 47 - HOSPITAL DE LOURES – ÍNDICES DE CASE MIX

	Ano 2012		
	Caso Base	Produção Contratada	Var (%)
Internamento Médico	0,8139	0,7778	-4%
Cirurgia de Ambulatório	0,7613	0,6531	-14%
Internamento Cirúrgico	1,2426	1,2816	3%
Ambulatório Médico	0,1288	0,1357	5%

Fonte: ARSLVT

401 Deve referir-se que as componentes de maior peso na remuneração são internamento médico (44%) e internamento cirúrgico (33%)⁹⁵, cujos *case mix* apresentam variações face ao caso base, sensivelmente simétricas (-4% e 3%).

402 Assim, de entre os dois fatores acima referidos, o fator mais evidente para a explicação das diferenças entre caso base e a produção contratada será a diferença de pressupostos da inflação, que é o que inequivocamente apresenta uma maior amplitude de variação face ao caso base⁹⁶. Aliás, o índice de *case mix* é, por ora, apenas o estimado e será objeto de reavaliação em sede de procedimento de reconciliação (apuramento do *case mix* real).

4.3. Produção contratada

403 O quadro seguinte compara a produção prevista no caso base para 2012⁹⁷, com a produção contratada para o mesmo ano.

QUADRO 48 - HOSPITAL DE LOURES – PRODUÇÃO CONTRATADA

Produção Contratada	Ano 2012		
	Caso Base Ajustado b)	Produção Contratada c)	Varição (%)
Episódios de Internamento a)	16.911	16.221	-4%
Episódios de Cirurgia de Ambulatório	3.616	4.006	11%
Episódios de Ambulatório Médico	12.803	11.873	-7%
Dias de Internamento de utentes elegíveis p/ RNCCI	691	779	13%
Dias de Internamento de casos específicos	63	0	-100%
Consultas Externas	166.642	200.384	20%
Primeiras Consultas	55.547	66.793	20%
Consultas Subsequentes	111.095	133.591	20%
Sessões de Hospital de Dia	4.893	7.410	51%
Nº atendimentos em Urgência (sem atendimentos que geraram internamento)	79.513	106.182	34%
Nº atendimentos em Urgência (que geraram internamento)	6.446	8.070	25%

Nota: a) O número de episódios de internamento contratados para 2012, no total de 16.221, inclui 11.362 episódios de internamento médicos e 4.859 episódios de internamento cirúrgicos.

b) Caso Base ajustado para o número de dias de funcionamento, tendo-se utilizado o cronograma de abertura do Hospital, à semelhança do efetuado para efeitos do procedimento anual 2012.

c) A contratualização teve por base a data de abertura dos serviços do Hospital. A abertura do Hospital foi faseada, tendo a abertura do primeiro serviço ocorrido em 19 de janeiro e a abertura do último em 27 de fevereiro.

Fonte: ARSLVT

95 Cálculos efetuados a partir de informação cedida pela ARSLVT, a qual não consta nos quadros apresentados no presente relatório.

96 Contratualmente estão previstas regras de atualização de preços, de cuja aplicação resultam a variação apresentada.

97 Com ajustamento ao período de execução contratual verificado.



- 404 Verifica-se que a produção contratada apresenta-se em geral acima do caso base por margens significativas as quais chegam a atingir 51% (sessões de hospital de dia). São exceção os episódios de internamento e de ambulatório médico (respetivamente, menos 4% e menos 7%).
- 405 Apesar disso, de acordo com a concessionária (EGEST), «a atividade registada em 2011 pelos hospitais de Lisboa que têm vindo a servir a população da área de influência do Hospital Beatriz Ângelo relativa a essa mesma população foi muito superior ao valor contratado com a ARSLVT».
- 406 A mesma entidade acrescenta que «ainda que se compreendam as dificuldades financeiras que o país e o Estado atravessam atualmente e o natural alinhamento da SGHL relativamente às metas resultantes do acordo com a Troika, dificilmente se compreende que a produção contratada para 2012 seja substancialmente inferior à produção dos hospitais que até agora assistiram as populações da área de influência (...) em 2011, aproximando-se dos valores verificados em 2006»⁹⁸.
- 407 Recorda-se que a ARSLVT em resposta ao questionário de auditoria refere que o contexto económico e financeiro adverso teve impacto na redução do orçamento anual e, assim, na produção contratada, diminuindo a oferta para suprir as necessidades da procura, o que implicaria um acompanhamento deste problema ao longo de 2012.
- 408 No que diz respeito aos efeitos das atuais restrições orçamentais, é sublinhado pela EGEST que «a contratualização da produção teve como critério exclusivo a disponibilidade financeira inscrita em orçamento, ignorando o histórico da procura de cuidados de saúde pela população da área de influência do hospital». Embora em geral acima do caso base, a produção contratada fica aquém do que é expectável em termos de procura, sendo essa, de acordo com a ARSLVT, uma questão a acompanhar.
- 409 A ARSLVT, referiu em resposta aos questionários de auditoria o efeito das restrições orçamentais sobre os procedimentos de contratação anual de produção, e veio no exercício do contraditório apresentar uma revisão das suas projeções de procura e de encargos:

«No que respeita à execução da atividade do Hospital de Loures durante 2012, tendo por base os reportes da EGEST, de janeiro a novembro de 2012, efetuou esta ARS uma projeção anual, constatando-se que a atividade realizada pelo Hospital ficou significativamente aquém da produção contratada (...) a EGEST, não só não irá receber os 10% da remuneração de 2012 que teriam lugar em sede de pagamento de reconciliação até final de junho de 2013, como terá de proceder à devolução de verba, correspondente à produção não realizada nesse ano. Faz-se notar que da ata do procedimento negocial de 2012 (...) constam devidamente explicitadas (...) as alegações então produzidas pela EPC que se prendiam com a menor capacidade de atração do HBA no primeiro ano de atividade, o faseamento da abertura dos seus serviços com impacto no volume de produção a contratar, as efetivas necessidades das populações cobertas, tendo por base o histórico da população do Hospital de Loures, atendida nos últimos 5 anos, que antecederam a abertura do Hospital, nos hospitais da Região de Lisboa, que então serviam as populações dos concelhos e freguesias agora pertencentes ao Hospital de Loures. De realçar que perante o facto de a EGEST não prescindir do recurso às regras de fixação unilateral previstas no contrato, no caso da falta de acordo, a EPC acabou por acordar com a EGEST uma proposta muito próxima da do cenário mínimo verificado nos últimos 5 anos nos hospitais da Região de Lisboa que atenderam a população do Hospital de Loures, cujo valor se acomodou no orçamento atribuído para a EGEST do Hospital de Loures. Importa salientar que, ainda que a regra constante da Cláusula 133.^a do Contrato de Gestão considere montantes previsionais e não montantes máximos fixos, a execução da parceria, em cada ano, tem como constrangimento o montante orçamental inscrito para cada ano. A comportabilidade e sustentabilidade financeira são, naturalmente, regras a observar na execução da parceria. »

4.4. Encargos

- 410 Os montantes previstos de remuneração das entidades gestoras do Hospital de Loures para 2012 são os que constam do quadro 50.

⁹⁸ Conforme se verá, adiante no presente relatório, a ARSLVT refuta as posições expressas pela EGEST neste parágrafo e no parágrafo anterior.



QUADRO 49 - HOSPITAL DE LOURES – ENCARGOS

(Milhões de euros)/%

Valores sem IVA, a preços correntes.		2012		
		Caso Base	Previsto	Dif.
ENTIDADE GESTORA DO EDIFÍCIO	Remuneração base anual	10,677	11,082	3,80%
	Total EGED	10,677	11,082	3,80%
ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO	Remuneração pela produção de serviços clínicos	56,965	58,823	3,26%
	Remuneração pela disponibilidade do serviço de urgência	2,593	2,403	-7,30%
	Partilha de receitas com SNS	0,000	-0,011	n.a.
	Total EGEST	59,557	61,215	2,78%
Total das duas entidades gestoras		70,234	72,297	2,94%

Nota: As variações face ao caso base decorrem essencialmente de três fatores: *case mix* (complexidade), pressupostos de inflação (atualização de preços) e quantidades (produção contratada).

Os encargos constantes do caso base respeitam ao período temporal considerado no modelo financeiro anexo ao Contrato, sem qualquer ajustamento, ou seja, a 12 meses.

Os encargos previstos, ou seja relativos ao procedimento anual, encontram-se ajustados pelas datas de abertura consideradas para cada área do Hospital

Fonte: ARSLVT

411 Recorda-se que 2012 é o ano de início de atividade do Hospital de Loures, assim, neste caso, os encargos constantes do caso base respeitam ao período temporal considerado no modelo financeiro, sem qualquer ajustamento, ou seja, a 12 meses, enquanto que os encargos previstos se encontram ajustados pelas datas de abertura consideradas para cada área do Hospital. Não obstante, conforme se referiu já, nomeadamente no ponto anterior do presente relatório, a abertura do primeiro serviço ocorreu em 19 de janeiro.

412 A remuneração da EGED apresenta-se acima do caso base cerca de 3,8%. Esta diferença resulta da adoção de pressupostos distintos de inflação relativamente ao que havia sido considerado no caso base⁹⁹.

413 Quanto à remuneração da EGEST, constata-se que relativamente ao caso base, apenas a remuneração por disponibilidade dos serviços de urgência se encontra abaixo do inicialmente previsto (-7,3%). A remuneração pela prestação de serviços clínicos apresenta uma diferença positiva face ao caso base de 3,26%. Globalmente as remunerações da EGEST estimam-se acima do caso base em cerca 2,78%.

414 Conforme atrás se disse, a ARSLVT em sede de contraditório refere prever que as remunerações da EGEST venham a ficar abaixo do valor da produção contratada para 2012. De acordo com os elementos enviados ao TC por aquela entidade, embora não tenha sido encerrado o procedimento de reconciliação, as remunerações da EGEST poderão ficar abaixo do valor da produção contratada cerca de 10 milhões de euros, o que colocaria os encargos com ambas as entidades gestoras cerca de 8 milhões de euros abaixo do caso base.

⁹⁹ Contratualmente estão previstas regras de atualização de preços para o cálculo da remuneração da EGED, de cuja aplicação resulta a variação apresentada. A EGED sublinha também este facto no seu exercício do contraditório.

4.5. Desempenho face ao caso base- por entidade pagadora

415 O quadro seguinte apresenta o diferencial entre o caso base e os montantes resultantes do processo anual de negociação da produção para o Hospital de Loures.

QUADRO 50 - HOSPITAL DE LOURES – ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA

(Milhões de euros)/%

Valores sem IVA, preços correntes.		2012		
		Caso Base	Previsto	Dif.
Distribuição de responsabilidades de pagamento	SNS- Remuneração EGED	10,677	11,082	3,80%
	SNS- Remuneração EGEST	51,774	58,973	13,91%
	Receitas Comerciais de terceiros (SNS)	0,000	-0,011	n.a.
	Total SNS	62,450	70,044	12,16%
	Terceiros pagadores	7,188	1,186	-83,49%
	Taxas moderadoras	0,596	1,066	79,03%
	Total sector público e utentes	70,234	72,297	2,94%

Nota: Os encargos constantes do caso base respeitam ao período temporal considerado no modelo financeiro anexo ao Contrato, sem qualquer ajustamento, ou seja, a 12 meses.
Os encargos previstos, ou seja relativos ao procedimento anual, encontram-se ajustados pelas datas de abertura consideradas para cada área do Hospital.

Fonte: ARSLVT

416 Como se referiu no ponto anterior, o aumento face ao caso base de remuneração da EGED é explicável pela diferença de pressupostos de inflação entre o caso base e o procedimento anual.

417 Já o aumento de 13,91% das responsabilidades de pagamento do SNS com a remuneração da EGEST (7,2 milhões de euros), resulta do procedimento de contratação anual de produção (quantitativos, *case mix*, e pressupostos de atualização de preços), e da transferência de responsabilidade para o SNS do pagamento de encargos antes afetos aos subsistemas de saúde até 2010¹⁰⁰.

418 De acordo com o quadro 51, são as responsabilidades com os pagamentos da EGEST, que explicam o aumento das responsabilidades de pagamento do SNS, face ao caso base, de 12,16% (7,594 milhões de euros), bem como a diminuição das responsabilidades de pagamento dos terceiros pagadores (subsistemas de saúde) em -83,49% (-6,002 milhões de euros).

419 Os utentes, através das taxas moderadoras, contribuirão com mais 79% do que havia sido previsto (0,471 milhões de euros).

4.6. Encargos não previstos no caso base

420 De acordo com a ARSLVT, não se preveem outros encargos, que não os considerados no caso base.

4.7. Perspetiva das concessionárias

421 A **EGED** enviou ao TC os relatórios e contas de 2010 e 2011, a partir dos quais se constata o que a seguir se refere.

422 Em 31-12-2011, os resultados líquidos negativos eram de cerca de 0,473 milhões de euros e o capital próprio, também negativo, era de - 4,406 milhões de euros.

100 Conforme foi referido mais detalhadamente no ponto relativo ao Hospital de Cascais.

- 423 Devido à situação de capitais próprios negativa, o relatório e contas de 2011 referia que seria convocada a Assembleia Geral, nos termos do art.º 35.º do Código das Sociedades Comerciais. Em 31-12-2011, as prestações suplementares, todas verificadas nesse mesmo ano, totalizavam 7,958 milhões de euros.
- 424 Em sede de contraditório, a EGED do Hospital de Loures veio referir que o valor de capitais próprios negativos «é determinado pelo justo valor do swap de taxa de juro contratado, que tem por objetivo em si mesmo o controlo do risco da PPP do Hospital de Loures».¹⁰¹
- 425 De acordo com o respetivo relatório e contas e com a resposta ao questionário de auditoria, a situação financeira da EGED decorre do facto de nos dois primeiros anos da concessão se desenrolarem as atividades de projeto e construção sem qualquer remuneração por parte do Estado. Mas esta situação é desvalorizada pela concessionária.
- 426 De acordo com a concessionária, o desempenho económico está em linha com o caso base e o investimento acumulado em obra até 31-12-2011 foi de cerca de 76,550 milhões de euros, o que corresponde aproximadamente às transações de 2011 e 2012 com o ACE construtor. O total de transações com as partes relacionadas foi em 2011 e 2012 de 81,484 milhões de euros¹⁰².
- 427 A EGEST, no exercício do contraditório, reitera que o investimento em obra foi integralmente cumprido em valor e em prazo.
- 428 Por seu lado, a **EGEST** remeteu ao TC a sua demonstração de resultados comparativamente ao caso base, conforme se segue.

QUADRO 51 - HOSPITAL DE LOURES – RESULTADOS DA EGEST

(Milhões de euros)

	2010			2011		
	Caso Base	Verificado	Desvio	Caso Base	Verificado	Desvio
1.1.1. Procura/produção	0	0	0	0	0	0
1.1.2. Proveitos operacionais	0	0	0	0	0	0
1.1.3. Custos operacionais	-0,168	-0,449	-0,281	-2,851	-3,55	-0,699
1.1.4. Custos e proveitos financeiros	-0,095	-0,113	-0,017	-0,035	-0,081	-0,045
1.1.5. Custos e proveitos extraordinários	0	0	0	0	0	0
1.1.6. Imposto sobre o rendimento	0,066	0,14	0,074	0,722	0,885	0,163
1.1.7. Resultado líquido	-0,198	-0,422	-0,224	-2,165	-2,746	-0,581

Nota: Preços correntes.

Fonte: EGEST

- 429 Os exercícios constantes do quadro supra correspondem à fase de preparação para a abertura do hospital, sendo 2012 o primeiro ano de funcionamento, com a inerente verificação dos pagamentos pelo Estado.
- 430 O caso base previa para o período 2010-2011 resultados líquidos negativos, tendo os resultados verificados ficado, no entanto, ainda abaixo do previsto (-0,224 milhões de euros em 2010 e -0,581 milhões de euros em 2011, cerca de -34% em termos acumulados no período).
- 431 Verifica-se que os custos operacionais foram bastante superiores ao previsto no caso base, tanto em 2010, como em 2011, o mesmo acontecendo aos custos financeiros.
- 432 De facto, a EGEST refere que os maiores custos motivaram a necessidade de maior utilização da facilidade de crédito contratada. Assim, «a principal justificação prende-se com a alteração das regras de contabilização introduzidas pelo SNC que obriga ao reconhecimento de determinadas despesas de desenvolvimento do projeto como custos do exercício que anteriormente (em POC) eram contabilizadas como gastos de imobilizado e alteração da taxa de IVA.»

101 O financiamento fez parte do objeto posto a concurso, pelo que o risco de financiamento cabe inteiramente ao parceiro privado.

102 Em sede de contraditório, a EGED refere que relativamente a outras transações com o ACE não incluídas no montante relativo ao investimento em obra dizem respeito a rubricas de projeto também previstas no caso base.

433 A subscrição de capital social e o montante de prestações acessórias foram superiores ao previsto no caso base e no Relatório e Contas de 2011 refere-se que no final daquele ano se encontrava perdida a totalidade do capital social.

434 Muito embora a EGEST sublinhe que o desempenho financeiro está em linha com o caso base, manifesta preocupação com o facto de *«desde a apresentação da última e definitiva proposta, data em que foram fixados os preços, verificaram-se alterações das taxas de IVA e dos spreads dos financiamentos contratados, cujos impactos terão que ser totalmente absorvidos pela concessionária»*¹⁰³.

435 Por outro lado, refere que *«aspetos como o financiamento da formação de Internos, das interrupções voluntárias de gravidez ou do fornecimento de medicamentos pela farmácia hospitalar em ambulatório (designadamente nos casos do VIH/SIDA), merecem uma perspetiva literal rígida por parte da Entidade Pública Contratante, ao arrepio do que é prática corrente e regulada nos restantes hospitais públicos do SNS, comprometendo a prossecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e a intervenção [do Hospital de Loures] no processo de formação e treino de novos profissionais de saúde.»*¹⁰⁴

436 A EGEST refere que o **balanço que faz «é, ainda assim, positivo, considerando o atual contexto económico-financeiro do país e do Estado»**. Apesar de, no seu entender, todo o **processo de parceria ser excessivamente rígido e desadequado para uma realidade extraordinariamente complexa e dinâmica como a saúde**, o que poderá comprometer os objetivos definidos para as PPP na saúde.

437 Ou seja a EGEST considera que todo o **risco da procura** (que não controla) lhe foi atribuído. *«Mesmo nas situações em que o Contrato de Gestão prevê o pagamento de atividade superior à contratada (Urgências, sem limite de produção e Doentes Saídos do Internamento até mais 10% da atividade contratada), o risco financeiro assacado à SGHL pode vir a criar sérias e irreversíveis dificuldades de tesouraria, uma vez que qualquer produção adicional apenas será paga pela Entidade Pública Contratante até ao fim do 1º semestre do ano seguinte ao que diz respeito»*¹⁰⁵.

5. CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

5.1. Adendas e acordos interpretativos

438 O contrato inicial do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS) tinha a duração de quatro anos e previa a possibilidade de renovação por mais um ano. No final do contrato seria transferido o Centro de Atendimento para o Estado, ficando obrigado a adquirir os bens afetos ao mesmo, bem como os direitos e obrigações decorrentes dos contratos associados.

439 A DGS refere que *«com o anúncio da OMS (24 abril de 2009) sobre a ocorrência de casos de gripe A em regiões do México e nos Estados Unidos, a DGS encetou diversas diligências junto da Operadora com o objetivo de aumentar a capacidade de resposta da Linha Saúde 24»*.

440 Assim, a primeira alteração deste contrato de prestação de serviços decorreu da celebração de uma **adenda**, com uma duração mínima de seis meses, tendo-se iniciado a 15 de setembro de 2009, com o objetivo de garantir resposta ao aumento previsível da procura na pandemia de Gripe A cujas consequências não se encontravam previstas no contrato. O valor estimado de acréscimo de encargos foi de **6,255 milhões de euros**.

¹⁰³ De acordo com o Contrato de Gestão do Hospital de Loures em PPP celebrado entre o Estado e a SGHL, tanto o risco da fiscalidade geral (ex. IRC e IVA), como da obtenção e condições do financiamento encontram-se transferidos para a EGEST. De acordo com o Relatório e Contas de 2011, tratou-se da utilização de uma facilidade de crédito para apoio à tesouraria.

¹⁰⁴ No entanto, as regras de financiamento dos hospitais EPE são distintas das dos hospitais PPP. Para além deste facto, segundo a ARSLVT, por deliberação do Conselho Diretivo da ARSLVT os atos da IVG (interrupção voluntária da gravidez) irão ser pagos aos 3 hospitais PPP em termos análogos aos dos demais hospitais do SNS. Tal deliberação do Conselho Diretivo da ARSLVT foi já comunicada à EGEST através de ofício da ARSLVT de 09/05/2012.

¹⁰⁵ De acordo com o Contrato de Gestão do Hospital de Loures em PPP celebrado entre o Estado e a SGHL o risco de procura encontra-se transferido para a EGEST estando contratualmente definidas as regras de negociação anual da Produção Prevista por acordo e de fixação unilateral pela EPC. Conforme refere a ARSLVT, no que respeita ao pagamento de reconciliação efetivamente o mesmo deve ser apurado até ao final do primeiro semestre do ano seguinte a que respeita o que tanto pode, nos termos do Contrato, resultar numa antecipação de remuneração (se a Produção Efetiva ficar abaixo da Produção Prevista) ou num diferimento da remuneração (se a Produção Efetiva ficar acima da Produção Prevista, naturalmente com respeito pelos limites máximos de produção e remuneração aplicáveis nos termos do Anexo VI ao Contrato).

- 441 Em face da pandemia referida previa-se um aumento de custos na remuneração à Operadora em resultado do incremento excecional da procura.
- 442 Tratou-se, neste caso, de garantir o atendimento também de utentes que não fossem beneficiários do SNS, residentes em Portugal, com o reforço da plataforma de atendimento, a criação de um Centro Secundário exclusivo para atendimento da gripe (parceria entre a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a Linha Saúde 24 e a DGS), o recrutamento e formação de mais enfermeiros, instalação de um sistema de atendimento automático prévio ao atendimento personalizado, a implementação de um algoritmo de atendimento da Gripe simplificado, e o reforço da capacidade da Linha de Saúde Pública, através do alargamento de horário de atendimento a 24 horas por dia.
- 443 De acordo com a DGS tratou-se de uma modificação temporária do contrato, motivada por razões de relevante interesse público e que produziu efeitos no período de 15 de setembro de 2009 a 15 de março de 2010.
- 444 Verificou-se ainda a celebração de **outra adenda ao contrato de prestação de serviços** com a duração de dez meses, contados a partir de 26 de agosto de 2011¹⁰⁶, para permitir a continuidade do serviço do CASNS no decurso do concurso tendente à celebração de um novo Contrato de Prestação de Serviços para a Exploração do Centro de Atendimento do SNS (CASNS)¹⁰⁷. Esta adenda teve o valor **de 9,535 milhões de euros**.
- 445 Assim, ocorreram duas alterações onerosas ao contrato inicial, uma por motivos imprevisíveis à data da celebração do contrato de prestação de serviços em consequência da pandemia da gripe A, visando dar resposta a aumento de procura por via da pandemia da gripe, e outra, com vista a assegurar o serviço do CASNS até ao final do novo concurso¹⁰⁸. As duas adendas totalizaram 15,790 milhões de euros.

5.2. Evolução da procura

- 446 O quadro seguinte apresenta a evolução da procura da Linha Saúde 24.

QUADRO 52 - CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – PROCURA

	(Número de contactos)					
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5	
	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Previsto	148.845	745.875	1.048.354	1.359.493		3.302.567
Verificado	274.695	465.724	1.171.832	615.157	642.802	3.170.210
Diferença %	84,55%	-37,56%	11,78%	-54,75%	na	-4,01%

Nota: Setembro de 2005 era a data inicialmente prevista para o início da execução do contrato – Ano 1.
Fonte: DGS

- 447 O contrato previa o início da sua execução em 2005. Contudo, esta só veio a ocorrer em 2007. Por esse motivo, o quadro acima faz coincidir as previsões de 2005 ao ano de execução de 2007.
- 448 O desvio verificado no primeiro ano de atividade (84,55%) resulta da diferença entre os meses de execução previstos e os meses de execução verificados. Os valores previstos para o ano 1 contabilizam 4 meses de atividade (início previsto para 1 setembro de 2005). Todavia, a procura verificada decorre de oito meses de atividade (início da atividade em 25 abril de 2007).

106 Término do contrato, tendo como referência o início na data de visto do Tribunal de Contas. Acordo de Mediação entre a DGS e a LCS a 4 de novembro de 2010, no sentido de resolver quatro diferendos interpretativos entre a Entidade Pública Contratante (EPC) e a Operadora através de um mediador designado pelas partes. Entre outros aspetos, este acordo clarificou a aplicação de penalizações à operadora e clarificou o início do contrato que se considerou a partir da data de concessão do visto do Tribunal de Contas, ou seja, 25.08.2006.

107 Resolução do Conselho de Ministros n.º. 37/2011, de 25 agosto.

108 No decurso do processo de contraditório, a 1.ª secção do Tribunal de Contas viria a recusar o Visto ao contrato resultante deste concurso (Acórdão N.º 1/2013, de 8 de janeiro – 1.ª Secção/SS).

- 449 A DGS chama a atenção de que mesmo com esse desfasamento, avaliando o número médio mensal de contactos previsto (37.211) e realizado (34.336), o valor médio mensal realizado é ligeiramente inferior (-7,7%).
- 450 Para o segundo ano de atividade temos um desvio de -37,56%, que decorre, segundo a DGS, da sobrestimação da procura no caso base e, por outro lado, da insuficiente estratégia de comunicação e divulgação do serviço junto da população¹⁰⁹.
- 451 Relativamente ao ano de 2009, o aumento da procura que fez com que o verificado ficasse acima do previsto (11,78%), o que se ficou a dever à Pandemia de Gripe A, portanto a motivos extraordinários.
- 452 Quanto ao ano de 2010, a DGS refere que a procura verificada «apesar da divulgação proporcionada pela Pandemia de Gripe, manteve-se distante do previsto» (-54,75%).
- 453 Mesmo contando com a dita pandemia e com o quinto ano de execução, não previsto no caso base, a procura fica globalmente abaixo do previsto (-4%).
- 454 Por esse motivo, a DGS sustenta a opinião de que «as previsões que sustentaram o caso base no desenho inicial deste Projeto foram sobrestimadas face à procura real».
- 455 Esta é também a opinião da concessionária, conforme adiante se verá.

456 Ou seja, a procura do caso base esteve longe do que veio a verificar-se ser a realidade. O único ano em que foi atingida uma procura acima do que foi considerado no caso base (2009), foi devido a motivos extraordinários (pandemia da gripe A) e foi abrangido por uma alteração ao contrato inicial.

457 Esta alteração ao contrato, no entanto, não motivou encargos para além dos inicialmente previstos, uma vez que os encargos gerados anualmente tenderam a ficar aquém do caso base. Em termos de encargos anuais, em 2009, e já com o efeito da adenda relativa à pandemia da Gripe A, os encargos anuais excederam o caso base apenas em 0,622 milhões de euros¹¹⁰.

5.3. Atualização de preços

- 458 O quadro seguinte apresenta as diferenças de atualizações de preços entre o disposto no caso base¹¹¹ e o utilizado para o cálculo dos encargos em cada ano.

QUADRO 53 - CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS

	2008	2009	2010	2011
CASNS	0,85%	-0,16%	-2,24%	-0,55%

Fonte: ACSS

- 459 Apenas no primeiro ano de execução do contrato, se verificou um diferencial de atualização de preços positivo, face ao caso base.

- 460 Em 25 de agosto de 2011 ocorreu o término do prazo contratual inicialmente previsto e a partir de 26 de agosto foi autorizada a prorrogação do Contrato tendo sido renegociado o preço unitário para 19,56€, representando uma redução de 10% face ao valor à data de 25 de agosto de 2011.

109 A DGS refere que tal motivou recomendações à operadora.

110 Como sublinhou a DGS e se constata do ponto seguinte sobre a evolução de encargos, pela diferença entre os montantes de execução financeira e os montantes previstos no caso base em 2009.

111 Aumentos de 2% anuais.

5.4. Evolução de Encargos

461 Os encargos com a Linha de Saúde 24 constam do quadro seguinte, os quais até 2010 incluem já os efeitos das reconciliações anuais.

QUADRO 54 - CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – EVOLUÇÃO DE ENCARGOS

(Milhões de euros)

Ano de execução	Ano 1 (2007)		Ano 2 (2008)		Ano 3 (2009)		Ano 4 (2010)		Ano 5 (2011)	Ano 6 (2012)
	Caso base	Verificado	Caso base	Verificado	Caso base	Verificado	Caso base	Verificado	Verificado	Estimado
	1 Set a 31 Dez 2005	25 Abr a 31 Dez 2007	2006	2008	2007	2009	2008	2010	2011	2012
Triagem aconselhamento e Encaminhamento	1,907	4,398	10,096	7,453	14,189	16,187	17,767	10,091	10,662	9,794
Serviço de Assistência em Saúde Pública	0,007	0,010	0,023	0,016	0,022	0,049	0,021	0,012	0,012	0,045
Chamadas de seguimento	0,000	0,000	0,002	0,000	0,003	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000
Serviço de Informação de Saúde	0,102	0,051	0,519	0,026	0,718	0,139	0,891	0,022	0,020	0,086
Deduções à remuneração por falhas de desempenho		0,165		0,327		0,827		0,146		
Juros de mora (pagos pelo Estado)		0,010		0,005		0,006		0,003		
Total	2,017	4,303	10,640	7,173	14,932	15,554	18,683	9,984	10,694	9,924

Nota: Preços correntes

Os encargos apresentados já incluem os efeitos das reconciliações até ao ano de 2010.

Fonte: DGS

462 Tendo o contrato apenas a duração de quatro anos e sendo prorrogável por mais um ano, para o quinto ano de execução, correspondente à prorrogação contratual, não existiam valores no caso base. Da mesma forma, não poderiam existir valores no caso base na adenda efetuada para extensão da execução do contrato até à conclusão do novo concurso.

463 No primeiro ano de execução, existe um desfazamento temporal entre caso base e execução de cerca de quatro meses, o que justificou a existência de encargos acima do caso base.

464 Em 2009, igualmente se verificam encargos acima do caso base, devido ao aumento de procura resultante da pandemia de gripe A. Note-se que, neste caso, os encargos ficam cerca de 4% acima do caso base.

465 Não ocorreram aplicações de multas¹¹². As falhas de desempenho estão refletidas no quadro anterior, tendo totalizado, em preços correntes, 1,465 milhões de euros, até 2010.

466 Os juros de mora pagos pelo Estado, também até 2010, em preços correntes, correspondem a 0,024 milhões de euros.

467 Em 2008 e 2010, anos típicos (sem procura extraordinária), registam-se encargos abaixo do caso base, respetivamente em -32,56% e -46,56%.

468 Os encargos de 2011 encontram-se ao nível dos encargos de 2010, sendo importante referir que não foram consideradas as reconciliações de 2011, pelo que os encargos deste ano poder-se-ão ainda reduzir¹¹³. Outra justificação para tal nível de encargos prende-se com o facto de a segunda adenda ao contrato, que entrou em vigor em 2011, prever uma redução de preços unitários de cerca de 10%¹¹⁴.

112 Artigo 127.º do contrato de prestação de serviços.

113 Cfr. ponto seguinte do presente relatório.

114 ACSS. Aliás, também conforme ponto supra do presente relatório.

469 O total de encargos até 2012 que, ao que tudo indica, será o último ano de execução, ascenderá, a preços correntes, sem IVA, a 57,632 milhões de euros¹¹⁵.

5.5. Processos de reconciliação

470 Os processos de reconciliação em aberto e, portanto, com montantes ainda provisórios são os constantes do quadro seguinte.

**QUADRO 55 - CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
PROCESSOS DE RECONCILIAÇÃO EM ABERTO (VALORES PREVISTOS)**

(Milhões de euros)

	2010	2011	2012
Triagem aconselhamento e Encaminhamento	0,075	0,324	0,277
Serviço de Assistência em Saúde Pública	0,000	0,000	0,000
Chamadas de seguimento	0,000	0,000	0,000
Serviço de Informação de Saúde	0,001	0,003	0,003
Deduções à remuneração por falhas desempenho	0,166	0,065	0,000
Juros de mora (a pagar pelo Estado)	0,003	0,057	0,016
Total	-0,239	-0,335	-0,264

Nota: Preços correntes.
Fonte: DGS

471 Prevê-se que reverta a favor do Estado um montante de 0, 838 milhões de euros em resultado dos processos de reconciliação em aberto.

5.6. Outros encargos

472 Não existem ainda elementos que permitam quantificar o valor de aquisição dos bens afetos ao Centro de Atendimento.

473 Os valores decorrentes do estudo efetuado para o novo concurso apontavam para um investimento de 0,265 milhões de euros. Porém, a DGS refere que se prevê que o valor venha a ser inferior a 0,088 milhões de euros¹¹⁶.

5.7. Encargos regularizados

474 De acordo com a DGS, em janeiro de 2012, encontravam-se regularizados encargos no valor de 53,357 milhões de euros, o que incluía os montantes de encargos verificados até 2010 e ainda 95% dos encargos de 2011, que foram apresentados pela concessionária e que estão sujeitos a processo de reconciliação¹¹⁷.

115 A execução, até 31 de maio de 2012, representou cerca de 52,581 milhões de euros. O valor de 57, 632 milhões de euros correspondeu à previsão de encargos até ao final de 2012, a qual foi fornecida pela DGS no sentido de se tratar a informação financeira inerente ao contrato do CASNS, em moldes tanto quanto possíveis semelhantes à informação financeira das restantes PPP em análise.

116 De acordo com a DGS, inferior a cerca de 1/3 do valor apurado no estudo referido.

117 Os montantes anuais apresentados no quadro correspondem ao valor da faturação apresentada pela LCS.

Os pagamentos são efetuados nos termos do ponto 2 do artigo nº 121 (Pagamentos) do CPS, ou seja, «... no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de apresentação de uma fatura a pagamento, o montante correspondente a 95% do montante da remuneração devida ...». O CPS prevê (ponto 3 do artigo 121º) que, no «final de cada semestre, uma vez apurado o montante exato das deduções a realizar» haja lugar «ao pagamento adicional de acerto, caso este se mostre devido».

5.8. Perspetiva da concessionária

475 O quadro seguinte apresenta a evolução de resultados da concessionária.

QUADRO 56 - CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – RESULTADOS DA CONCESSIONÁRIA

(Milhões de euros)

	2006			2007			2008			2009			2010	2011
	Real	Caso Base	Desvio	Real	Caso Base	Desvio	Real	Caso Base	Desvio	Real	Caso Base	Desvio	Real	Real
Proveitos operacionais	-	2,017	-2,017	4,476	10,640	-6,164	7,324	14,932	-7,608	16,541	18,683	-2,142	9,991	10,156
Custos operacionais	0,620	4,451	-3,831	7,191	11,120	-3,929	9,317	13,436	-4,119	14,326	15,035	-0,709	8,454	-7,560
Custos e proveitos financeiros	-0,066	-0,177	0,111	-0,145	-0,177	0,032	-0,222	-0,081	-0,141	-0,136	0,096	-0,232	-0,012	0,025
Custos e proveitos extraordinários	-	-	-0,000	0,001	-	0,001	0,020	-	0,020	-0,345	-	-0,345	-	-
Imposto sobre o rendimento	-0,170	0,718	-0,888	-0,731	0,181	-0,912	-0,510	-0,389	-0,121	0,595	-1,030	1,625	-0,252	-0,662
Resultado líquido	-0,515	-1,893	1,378	-2,128	-0,477	-1,651	-1,685	1,026	-2,711	1,139	2,714	-1,575	0,329	1,612

Fonte: Concessionária

476 Verifica-se pelo quadro supra que para os anos em que é possível efetuar uma comparação com o caso base, apenas em 2006 (primeiro ano da concessão), os resultados líquidos, embora negativos, ficaram acima do caso base.

477 Em 2007, os resultados apresentavam-se já bastante mais desfavoráveis do que havia previsto o caso base. Do Relatório e Contas constata-se que os capitais próprios eram positivos (cerca de 0,883 milhões de euros), mas contando com o efeito de prestações suplementares pelo acionista, ao longo do mesmo ano, de cerca de 1,912 milhões de euros. Nesse mesmo ano, a entrada de suprimentos, os quais não venciam juros, foram de cerca de 1,911 milhões de euros. Este facto levava os auditores¹¹⁸ a concluir que a realização dos ativos e a liquidação dos passivos se encontravam «*dependentes do sucesso das (...) operações futuras e do suporte financeiro (...) do accionista*»¹¹⁹.

478 Aliás, os resultados líquidos verificados foram sempre negativos até 2008, terceiro ano da concessão.

479 No último ano do período contratual inicialmente previsto, 2009, os resultados líquidos foram pela primeira vez positivos, embora cerca de 58% do valor que foi previsto no caso base.

480 Nota-se ainda que a faturação não aceite pela DGS em 2008 foi de 0,469 milhões de euros. Mas se o tivesse sido, diminuiria a diferença de resultados da concessionária face ao caso base. Em 2009, a faturação não aceite pela DGS foi de cerca de 0,225 milhões de euros, o que se aceite, teria mantido os resultados líquidos como negativos e abaixo do caso base.

481 Em 2010 e 2011, anos das duas prorrogações contratuais, os resultados líquidos continuaram positivos, com destaque para 2011, que foi o melhor ano da concessão, em termos de resultados.

482 A TIR acionista foi inicialmente estimada em 11,94%, mas a concessionária refere estimar como possível obter, afinal, uma rentabilidade nula.

118 Delloite & Associados, SROC S.A.

119 A EPS – Gestão de Sistemas de Saúde, S.A era uma entidade pertencente ao grupo CGD, sendo, conforme o Relatório e Contas, «*as suas operações e transações influenciadas pelas decisões*» do mesmo Grupo. Em 28 de dezembro de 2007, o capital da EPS – Gestão de Sistemas de Saúde, S.A. foi adquirido pela Caixa Seguros, SGPS, S.A., pelo respetivo valor nominal (1,615 milhões de euros), tendo sido adquiridas as prestações suplementares e suprimentos, anteriormente concedidas pelos acionistas da EPS (1,562 milhões de euros e 1,912 milhões de euros). A Caixa Seguros, entre 28 e 31 de dezembro de 2007, viria a aportar à Sociedade mais cerca de 0,35 milhões de euros em prestações suplementares.

483 Na origem dos resultados negativos, a concessionária coloca não só o irrealismo da procura inicialmente estimada pelo Estado e sobre a qual os concorrentes, em fase de concurso, apresentaram as suas propostas, como também, subseqüentemente, a rigidez do contrato, visto que se encontraram «vedadas alterações céleres que permitiram uma adaptação mais consentânea ao meio envolvente», marcado por um planeamento do sistema de saúde passível de melhorias e com «elevado potencial de impacto sobre a procura»¹²⁰.

6. CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL

6.1. Adendas e acordos interpretativos

484 Não existem adendas ao contrato de prestação de serviços.

485 No entanto, em 2009 verificaram-se divergências, entre concedente e concessionária, de interpretação do mecanismo de cálculo da remuneração da entidade gestora¹²¹ e de alguns conceitos relacionados com a produção (com reflexos nas faturas-acerto mensais emitidas pela entidade gestora). Conseqüentemente, o processo de validação das faturas-acerto foi suspenso até à resolução daquelas divergências. Em 4 de junho de 2009 foram acordados diversos aspetos metodológicos relacionados com o cálculo da remuneração e com a elaboração e validação das faturas-acerto mensais.

6.2. Atualização de preços

486 Foram os seguintes os diferenciais entre os pressupostos de atualização de preços do caso base e os pressupostos de atualização de preços efetivamente utilizados para a valorização da produção.

QUADRO 57 - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS

	2008	2009	2010	2011	2012
CMFRS	0,00%	1,22%	-2,75%	-2,91%	-1,21%

Fonte: ACSS

487 Ou seja, o risco de inflação conduziu, face ao caso base, a efeitos negativos, na remuneração nominal da concessionária a partir de 2010.

6.3. Produção

488 O quadro seguinte apresenta a evolução da procura face ao inicialmente previsto no caso base.

QUADRO 58 - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL – PRODUÇÃO

(atos, com arredondamento)	2006		2007			2008			2009			2010			2011			2012		
	Caso base	Verificado	Caso base	Verificado	Diferença %	Caso base	Verificado	Diferença %	Caso base	Verificado	Diferença %	Caso base	Verificado	Diferença %	Caso base	Verificado	Diferença %	Caso base	Pre-visto	Diferença %
Episódios de Internamento	55		339	115	-66,1%	383	319	-16,8%	420	360	-14,3%	420	393	-6,4%	420	451	7,4%	420	421	0,2%
Lesões medulares	3		20	22	10,0%	20	56	180,0%	20	80	300,0%	20	75	275,0%	20	88	340,0%	20	64	220,0%
Traumatismos crânio-encefálicos	8		50	11	-78,0%	50	25	-50,0%	50	52	4,0%	50	36	-28,0%	50	45	-10,0%	50	49	-2,0%
Acidentes vasculares cerebrais	43		269	67	-75,1%	298	191	-35,8%	313	173	-44,6%	313	230	-26,4%	313	252	-19,4%	313	256	-18,1%
Outras patologias	0		0	15	-	16	47	200,4%	38	55	46,5%	38	52	38,5%	38	66	75,8%	38	52	38,5%
Ambulatório Consultas Externas	480		2.924	283	-90,3%	3.012	1.938	-35,7%	3.091	2.277	-26,3%	3.189	2.452	-23,1%	3.260	2.349	-27,9%	3.374	2.500	-25,9%

Nota: Produção de 2011, ainda em fase de validação

Fonte: ARSA

120 A concessionária refere ter proposto algumas soluções que poderiam ter minorado tal fator, nomeadamente no âmbito dos sistemas de informação.

121 Anexo XV do contrato de gestão.

- 489 A ARSA justificou a diferença entre o caso base e o verificado/previsto, no que diz respeito à produção anual. Assim, «o desvio observado resulta, em larga medida, do atraso no início da execução do contrato, relativamente ao previsto, o que implicou que em 2006 não houvesse qualquer produção e em 2007 o realizado foi apenas de cerca de 33 % do previsto». Acresce que «a quebra verificada no período inicial será compensada com um desvio positivo em 2013, dado que o termo do contrato irá ocorrer mais tarde que o previsto»¹²².
- 490 Pelo quadro supra, constata-se que tanto o internamento como o ambulatório, apresentam grandes diferenças face ao caso base, diferenças essas com tendência a diminuir ao longo do período verificado de execução do contrato¹²³. As diferenças verificadas face ao caso base resultam de pressupostos otimistas iniciais, sobretudo de uma menor referenciação face ao que foi previsto e quanto à demora média de tratamento.
- 491 Conforme refere a ARS Algarve, «no que respeita à atividade em ambulatório, o potencial de produção foi claramente sobrevalorizado, considerando a área de ginásio disponível e os métodos terapêuticos adotados pela Entidade Gestora» e «para atingir o nível de produção verificado na fase cruzeiro de exploração, a Entidade Gestora teve que fazer obras de ampliação do ginásio, duplicando, praticamente, a área inicial disponível».
- 492 E a mesma entidade acrescenta, «analisando as previsões constantes do caso base e o realizado podemos constatar que em qualquer uma das linhas de produção se registam desvios significativos em volume e na sua distribuição pelas principais patologias a tratar».
- 493 Em 2011, é previsível que os episódios de internamento ultrapassem já, em 7,4%, o previsto no caso base¹²⁴.
- 494 A procura na principal linha de produção (Internamento) resulta da referenciação de utentes pelos hospitais gerais da sua área de influência, sobretudo Hospital de Faro (cerca de 50%), tendo por base a sua própria casuística e os critérios de referenciação estabelecidos, assim a concessionária tem uma reduzida margem para influenciar a sua procura.
- 495 No que respeita à distribuição dos episódios de internamento por patologias, verifica-se uma atividade abaixo do esperado nos AVC e uma procura claramente superior ao previsto nas “Outras Patologias” e “Lesões Medulares”.
- 496 A ARS Algarve refere que «após uma fase inicial em que se verificaram alguns problemas com a qualidade da referenciação, após os ajustamentos necessários, foi possível atingir uma situação equilibrada em 2009, em termos de oferta/procura 2009, com taxas de ocupação do internamento claramente acima dos 80% e sem listas de espera».
- 497 Assim, de acordo com a mesma fonte, existem dois motivos principais para as diferenças face ao caso base; uma taxa de ocupação, na fase de cruzeiro, um pouco abaixo do previsto, entre 87% e 88% contra 90% previsto no caso base, uma demora média acima do valor considerado nos pressupostos de exploração do caso base, na principal patologia (AVC), que se tem situado entre 37 e 40 dias, quando no caso base se previa 30 dias.
- 498 Quanto ao ambulatório, atividade de apoio para tratamentos de recuperação de doentes que após alta do Internamento continuam a ser seguidos no CMFRS, o que está em causa é o modelo clínico adotado pela concessionária, que segundo a própria ARS Algarve, é mais exigente em recursos humanos e em espaço, e que determinou até a contratação de mais técnicos de saúde do que o previsto contratualmente, e a adaptação dos espaços terapêuticos que levou à ampliação da área de ginásio. Já de acordo com a concessionária, o mesmo modelo clínico justifica-se por ser mais eficaz em termos terapêuticos, não obstante ser mais oneroso.

122 ARS Algarve, entre outros, esclarecimentos de 4-5-2012.

123 A ARS Algarve sublinhou, no entanto, que, no que diz respeito aos episódios de internamento o impacto sobre a remuneração não é linear, uma vez que a remuneração é calculada com base nos dias de internamento e que por exemplo, em 2010 o desvio apurado é de -6,4%, mas, medida em dias de internamento foi de 2,4%.

124 A ARS Algarve sublinha que, ainda assim, a produção medida em dias de internamento registou um desvio, em relação ao caso base de -3.7%.

499 Segundo a mesma entidade, não se verificou a existência de uma procura significativa não satisfeita. As diferenças face ao caso base de pressupostos iniciais demasiado otimistas, resultaram de um atraso no período de instalação. Foi uma unidade hospitalar de raiz e com recrutamento e treino de todo o pessoal.

500 Assim, a ARSA refere que «o caso base foi demasiado otimista, em nossa opinião, prevendo que se atingisse a plena exploração no final da fase de instalação com uma duração de 18 meses, e com um nível bastante elevado logo no 1.º ano de actividade» e que o mesmo caso base «não teve em conta que esta fase pudesse vir a ter uma duração superior, devido às dificuldades de recrutamento de médicos fisiatras e à necessidade de um período de tempo alargado para recrutar, formar e treinar as equipas técnicas». A mesma entidade conclui que «parece óbvio que, durante fase de treino e formação das equipas a produtividade seria, inevitavelmente, mais baixa, por força do tempo que era necessário afetar àquelas actividade».

501 Outro fator explicativo assinalado trata-se da insuficiente divulgação do CMFRS junto das entidades referenciadoras, no arranque do projeto (responsabilidade que a concessionária enjeita¹²⁵), que conduziu a uma menor procura, na medida em que esta é induzida pelas restantes unidades de saúde da região.

502 Partindo do quadro anterior, obtemos o quadro seguinte, de diferenças acumuladas face ao caso base.

QUADRO 59 - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL –
DIFERENÇAS ACUMULADAS DE PRODUÇÃO

Diferença acumulada face ao caso base	2008-2011	2008-2012
Internamento	-17,39%	-14,31%
Ambulatório	-37,07%	-21,50%

Fonte: ARSA

503 Ou seja, apesar de 2012, como vimos, ser um ano em que previsivelmente existirá uma produção menor do que no ano anterior, especialmente no que respeita à atividade em ambulatório, em termos acumulados representa alguma aproximação ao caso base.

6.4. Evolução de encargos

504 O quadro seguinte apresenta a evolução dos encargos com as remunerações da concessionária. Relativamente a 2011, os valores resultam do apuramento com base nas faturas-acerto mensais em validação. Para 2012, os valores apresentados têm por base a produção prevista negociada.

QUADRO 60 - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL – EVOLUÇÃO
DE ENCARGOS

(Milhões de euros)

Preços correntes, sem IVA	2006		2007			2008			2009			2010			2011			2012		
	Caso base	Verificado	Caso base	Verificado	Diferença %	Caso base	Verificado	Diferença %	Caso base	Previsto / verificado	Diferença %	Caso base	Previsto / verificado	Diferença %	Caso base	Previsto / verificado	Diferença %	Caso base	Previsão	Diferença %
Internamento	0,451	-	5,659	2,203	-61,07%	6,287	5,690	-9,51%	6,874	6,504	-5,38%	7,027	6,752	-3,92%	7,168	6,794	-5,21%	7,311	7,474	2,22%
Ambulatório	0,061	-	0,763	0,020	-97,32%	0,801	0,203	-74,60%	0,839	0,280	-66,67%	0,882	0,316	-64,19%	0,921	0,377	-59,04%	0,971	0,463	-52,33%
Dedução das receitas comerciais de terceiros (parte SNS)	-	-	-	-0,003	-	-	-0,003	-	-	-0,003	-	-	-0,001	-	-	-0,001	-	-	-0,001	-
Deduções à remuneração por falhas desempenho	-	-	-	-	-	-	-0,074	-	-	-0,004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	0,512	-	6,422	2,221	-65,42%	7,088	5,816	-17,95%	7,712	6,777	-12,13%	7,910	7,067	-10,65%	8,088	7,171	-11,35%	8,282	7,936	-4,18%

Fonte: ARSA

125 A ARSA interpreta esta responsabilidade como sendo da concessionária. Em sede de contraditório, o CMFRS refere que na sua interpretação (cláusula 7.ª do contrato de gestão) a entidade pública contratante deveria ter realizado todas as diligências, junto dos hospitais pertencentes à área de influência direta, conducentes à boa efetivação da referenciação.

505 Assim, em termos de valor¹²⁶, existe um afastamento relativamente ao caso base que se vai esbatendo com a execução do contrato. Apenas de 2010 para 2011 se verifica uma ligeira inversão de tendência (sucessivamente, -10,65% e -11,35%).

506 O ambulatório observa as maiores diferenças face ao caso base, em termos de valor de remunerações.

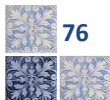
507 Em 2012, prevê-se um aumento de remunerações da concessionária, o que se deve ao efeito combinado de uma atualização de preços ligeiramente inferior ao caso base em 2011 e significativamente superior em 2012, conforme se viu em ponto anterior do presente relatório.

508 Verifica-se, assim, que a remuneração da entidade gestora ficou sempre abaixo do previsto no caso base, bem como que essa diferença teve tendência para se reduzir ao longo do período contratual. Em 2012, prevê-se que a remuneração fique abaixo do inicialmente previsto em cerca de 4,18%¹²⁷, devido à quebra do ambulatório¹²⁸.

126 Tal como em termos de quantitativos de produção, aspeto já abordado em ponto anterior deste anexo.

127 A ARS Algarve refere que se verifica que a produção prevista em ambulatório, para 2012, é superior à realizada em 2011: no internamento, se medida em dias de internamento, a produção prevista para 2012 (18.133 dias) é superior à verificada em 2011 (17.089); o aumento do número de dias de internamento, apesar de se prever um menor número de episódios, decorre, fundamentalmente de um acréscimo da demora média prevista, para 2012, comparativamente a 2011.

128 Conforme sublinhou a ARSA.





6.5. Encargos por entidade pagadora

509 O quadro seguinte representa a evolução, face ao caso base das responsabilidades de pagamento do SNS e de terceiros pagadores.

QUADRO 61 - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL ENCARGOS POR ENTIDADE PAGADORA

Preços correntes, sem IVA.	Unidade/%																			
	2006		2007			2008			2009			2010			2011			2012		
	Caso base	Verificado	Caso base	Verificado	Diferença %	Caso base	Verificado	Diferença %	Caso base	Previsto/verificado	Diferença %	Caso base	Previsto/verificado	Diferença %	Caso base	Previsto/verificado	Diferença %	Caso base	Previsto	Diferença %
Serviços clínicos (Produção SNS)	0,451	-	5,651	1,717	-69,62%	6,238	5,008	-19,72%	6,787	5,573	-17,89%	6,960	6,700	-3,74%	7,118	6,851(1)	-3,75%	7,288	7,493	2,80%
Dedução das receitas comerciais de terceiros (parte SNS)	-	-	-	-0,003	-	-	-0,003	-	-	-0,003	-	-	-0,001	-	-	-0,001	-	-	-0,001	-
Deduções à remuneração da concessionária por falhas de desempenho	-	-	-	-	-	-	-0,074	-	-	-0,004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parcela a cargo do SNS	0,451	-	5,651	1,714	-69,67%	6,238	4,930	-20,96%	6,787	5,566	-17,99%	6,960	6,699	-3,76%	7,118	6,850(2)	-3,76%	7,288	7,492	2,80%
Parcela a cargo de terceiros pagadores *	0,061	-	0,771	0,507	-34,22%	0,851	0,885	4,09%	0,925	1,211	30,83%	0,949	0,368	-61,19%	0,971	0,320(3)	-67,01%	0,994	0,444	-55,32%
Total Remuneração Líquida de Deduções de Receita Comercial (SNS + terceiros)	0,512	-	6,422	2,221	-65,42%	7,088	5,816	-17,95%	7,712	6,777	-12,13%	7,910	7,067	-10,65%	8,088	7,171	-11,35%	8,282	7,936	-4,18%

Nota: (1),(2) e (3) A ARS Algarve veio referir que em sede de validação e apuramento de pagamento de reconciliação, estes valores foram respetivamente, em milhões de euros, 6,857, 6,856 e 0,314. Esta correção não altera as conclusões a retirar da análise do quadro anterior.

Fonte: ARSA

510 Os dados relativos a terceiros pagadores incluem o produto das taxas moderadoras pagas pelos utentes, não estando disponíveis na entidade pública gestora do contrato a discriminação dos valores por tipo de entidade.

511 A diminuição do valor da parcela a pagar por terceiros pagadores a partir de 2010 resulta da transferência da responsabilidade financeira, pelos cuidados prestados a beneficiários dos sistemas, para o SNS.

512 Consequentemente, tal facto também explica parte do aumento da responsabilidade de pagamento do SNS, que a partir desse ano (2010), diminuiu, assim, a diferença, face ao caso base.

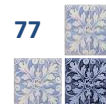
513 No caso do CMFRS, esta transferência traduz-se, em média, entre 2010 e 2012, face ao caso base, num acréscimo de encargos para o SNS de 0,59 milhões de euros, ano.

6.6. Outros encargos

514 Prevendo-se o término do contrato em 2013, ocorrerá um encargo com a previsivelmente reversão da concessão para o Estado¹²⁹.

515 No entanto, como refere a concessionária, «este valor não é estimável, devido à inexistência de modelo de cálculo (não consta do Contrato de Gestão)». A mesma entidade refere ainda que aguarda uma decisão quanto a esta matéria, «sendo desejável consensualizar atempadamente os termos da reversão para o final do contrato de gestão».

129 Não sendo possível, em princípio, a prorrogação do contrato, porque o mesmo não a prevê, pode o Estado lançar outro concurso para adjudicar a exploração do CMFRS, em vez de o gerir diretamente.



6.7. Montantes por regularizar em 31-12-2011

- 516 Encontravam-se por regularizar serviços prestados a beneficiários dos SAMS entre 2007 e 2008, pela indefinição quanto às responsabilidades a assumir por cada parte, relativamente ao protocolo celebrado em 2009 entre os SAMS e o Ministério da Saúde (0,156 milhões de euros). De acordo com a concessionária, em sede de contraditório, estes montantes vieram a ser integralmente regularizados até 31-12-2012.
- 517 Igualmente é reclamada pela concessionária uma dívida relativa aos serviços prestados aos beneficiários dos subsistemas públicos em 2009, cujo pagamento veio a ser assumido pela ARS Algarve em três tranches anuais¹³⁰, iniciadas em 2011 e que só terminarão em 2013 (total de cerca de 0,339 milhões de euros).
- 518 Em sede de contraditório, a concessionária refere que «*não foi recebida a tranche prevista para 2012*», pelo que se mantinha uma dívida de 0,226 milhões de euros.

6.8. Perspetiva da concessionária

- 519 O quadro seguinte apresenta a evolução de resultados da concessionária, por comparação com o caso base.

QUADRO 62 - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL –
RESULTADOS DA CONCESSIONÁRIA

(Milhões de euros)

	2006			2007			2008			2009			2010			2011		
	Caso Base	Verificado	Desvio %	Caso Base	Verificado	Desvio %	Caso Base	Verificado	Desvio %	Caso Base	Verificado	Desvio %	Caso Base	Verificado	Desvio %	Caso Base	Previsto	Desvio %
Proveitos Operacionais	1,070	0,000	-100,00%	6,436	2,703	-58,00%	7,120	5,377	-24,48%	7,730	7,176	-7,17%	7,912	7,047	-10,94%	8,090	7,198	-11,03%
Custos Operacionais (inclui os custos de Operação e manutenção)	1,345	0,146	-99,14%	6,525	3,688	-43,47%	7,069	6,231	-11,86%	7,572	6,913	-8,70%	7,420	6,784	-8,57%	7,464	6,517	-12,69%
Proveitos Financeiros	0,000	0,000		0,002	0,016	691,49%	0,007	0,022	209,18%	0,006	0,003	-57,34%	0,005	0,001	-84,86%	0,006	0,005	-22,27%
Custos Financeiros	0,060	0,000	-99,92%	0,112	0,102	-8,87%	0,112	0,184	64,73%	0,088	0,127	44,57%	0,062	0,071	13,86%	0,035	0,058	66,70%
Proveitos Extraordinários	0,000	0,000		0,000	0,002		0,000	0,004		0,000	0,672		0,000	0,000		0,000	0,000	
Custos extraordinários	0,000	0,000		0,000	-0,002		0,000	-0,025		0,000	0,003		0,000	0,000		0,000	0,000	
Imposto sobre o rendimento	0,000	0,000		0,000	0,000		0,000	-0,005		0,000	-0,005		0,000	-0,006		0,130	-0,011	-91,70%
Resultado Líquido	0,251	0,000	-100,00%	0,149	-1072,85	-620,04%	0,041	-0,742	-1709,44%	0,057	0,977	-1614,31%	0,327	0,024	-92,55%	0,448	0,456	1,71%

Nota: Dados previsionais para 2011, à data dos trabalhos de auditoria

Fonte: Concessionária, ACSS.

- 520 Verifica-se que os proveitos operacionais têm sido sempre abaixo do previsto no caso base. No primeiro ano de atividade do CMFRS, 2007, os proveitos operacionais estiveram abaixo do caso base em -58%. Em 2010 e 2011 os proveitos operacionais estiveram abaixo do caso base cerca de -11%.

- 521 De acordo com a concessionária, estas diferenças para o caso base resultam dos seguintes factos:

- Expectativa de ocupação que não se verificou devido a deficiente referenciação (neste caso a concessionária refere problemas que ainda persistem quanto à referenciação qualitativa e quantitativa);

¹³⁰ A ARS Algarve sublinha que tal ocorreu de acordo com orientações da tutela, transmitidas pela ACSS.

- Discrepância entre os conceitos constantes do contrato e utilizados no modelo financeiro¹³¹ que implicou o não pagamento de produção realizada (situação que a concessionária refere persistir, apesar das sucessivas revisões em sede de negociação da produção);
- Existência de consultas não geradoras de atos/SHD, que são contabilizadas para o cálculo do rácio SHD/Consultas, mas que não dão lugar a remuneração;
- Omissão no Contrato de Gestão do pressuposto utilizado para o cálculo das Demoras Médias, o que implicou a sua definição *a posteriori*, pela ARSA, mas que a concessionária não considerou adequada, com prejuízo para o pagamento da atividade de internamento. O resultado foi o pagamento em segundo escalão no primeiro ano de atividade¹³²;
- Indefinição quanto às responsabilidades a assumir por cada parte, relativamente ao protocolo celebrado em 2009 entre os SAMS e o Ministério da Saúde. A concessionária refere que a sociedade continua sem encaixar os valores de cerca de 0,156 milhões de euros relativos a serviços prestados a beneficiários dos SAMS entre 2007 e 2008.
- Ter sido decidido dotar o CMFRS de equipamento e condições técnicas superiores, que têm contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, para a apresentação e manutenção dos favoráveis indicadores clínicos e terapêuticos.
- Custos de arranque maiores, já que a fase de concurso foi mais prolongada do que o inicialmente considerado.

522 Pelo quadro anterior constata-se que os custos operacionais também seguiram uma tendência semelhante de afastamento face às previsões iniciais do caso base (custos operacionais verificados menores dos que os previstos) embora com diferenciais ligeiramente menos acentuados, face ao caso base, do que os que se constata para os proveitos operacionais. Em 2011, os custos operacionais estiveram abaixo do caso base cerca de - 12, 69%.

523 No domínio da redução de custos operacionais, a concessionária refere que «*este esforço de gestão, na componente de eficiência de custos operacionais, é tanto mais evidente, quanto se leva em consideração que, contabilisticamente, foram imputados a custos rubricas que estavam consideradas no caso base como despesas de capital, como são exemplo o renting de parte do equipamento informático e a larga maioria das despesas de arranque da actividade*».

524 Constata-se, também, a existência de custos financeiros muito superiores ao previsto, a partir de 2008 e até 2011 (acima de + 60%, em 2008 e 2011).

525 Estes custos resultam da necessidade de uma maior utilização da disponibilidade de crédito de curto prazo, em função dos aspetos atrás referidos e também da assunção pelo SNS da responsabilidade financeira dos beneficiários dos subsistemas de saúde, com prejuízo estimado pela concessionária, de cerca de 0,060 milhões de euros por ano e que a concessionária refere como a tendo impossibilitado, durante 2010, de emitir qualquer fatura a subsistemas públicos, situação que veio a ser, no final desse ano, ultrapassada, assumindo a ARS essa responsabilidade. Esta situação, no entanto, motivou atrasos nos recebimentos relativos à faturação, bem como a ocorrência de uma dívida relativa aos serviços prestados aos beneficiários dos subsistemas públicos em 2009, cujo pagamento veio a ser assumido pela ARSA em três tranches anuais, iniciadas em 2011 e que só terminarão em 2013 (total de cerca de 0,339 milhões de euros)¹³³.

131 O conceito previsto no Contrato de Gestão para Sessão de Hospital de Dia (SHD) corresponde a um dia de tratamento, enquanto o pressuposto utilizado para a definição do rácio previsto no caso base (rácio SHD/Consultas) terá sido o número de atos terapêuticos por doente e consulta.

132 Situação que originou, em 2007, o pagamento de 821 dias de internamento em segundo escalão.

133 A concessionária refere também entender como adequado o sistema de remuneração, bem como sublinha o facto de as remunerações da responsabilidade do SNS serem pagas atempadamente.

- 526 Os resultados líquidos encontraram-se sempre abaixo do que foi previsto no caso base, com exceção dos verificados no ano de 2009. No primeiro caso, verificaram-se resultados líquidos muito acima do esperado, essencialmente explicados pela ocorrência de proveitos extraordinários de cerca de 0,672 milhões de euros. Estes proveitos resultaram de acertos das remunerações de 2007 e 2008, em virtude da reinterpretção do modelo de cálculo da remuneração anual (já referida em ponto anterior do presente relatório). Em 2011, os resultados líquidos previstos até ao final dos trabalhos de auditoria previa-se que fossem de 0,456 milhões de euros, pouco acima do caso base. Posteriormente por disponibilização do Relatório de Gestão de 2011, constatou-se, finalmente, um resultado ligeiramente inferior (0,428 milhões de euros), colocando os resultados líquidos abaixo do previsto no caso base.
- 527 O capital social foi realizado, como previsto, em 2006. No entanto, as prestações suplementares previstas para esse ano (1,482 milhões de euros) apenas se verificaram parcialmente em 2009 (um milhão de euros) e complementarmente em 2011 (1,6 milhões de euros), ano em que ocorreram também reembolsos (pela primeira vez) no valor de 0,5 milhões de euros. De acordo com o Relatório de Gestão de 2011, este ano terminou com capitais próprios no valor de 0,639 milhões de euros.



V CONTRADITÓRIO

7. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CHEFE DE GABINETE DE SUA EXCELÊNCIA O MINISTRO DA SAÚDE





Circulo N.º 1040
Data: 25-01-2013



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

A Mes IX,
1. Induir no dossier
respectivo.
lx. 30.01.2013
J.

Exm.º Senhor
Professor Doutor José Manuel Monteiro
da Silva
M.I. Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Processo - 22/2013

ASSUNTO: Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde. Exercício do contraditório.

Encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de, face ao teor do Relato do Processo nº15/2011-Audit, relativo à "Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde" de informar e esclarecer o que a seguir se referencia.

A auditoria *supra* referida teve "...como âmbito temporal o triénio 2007-2012, e sobre os encargos que se preveem existir até ao final dos contratos em curso, isto é, de 2013 a 2042..." e como objetivos a:

- a) caracterização do modelo de concessão;
- b) caracterização física, financeira e cronológica de cada concessão;
- c) análise dos principais riscos verificados em cada concessão;
- d) análise das implicações financeiras, para o Estado, dos respetivos contratos;
- e) quantificação dos encargos acumulados, com estas concessões;
- f) quantificação das principais fontes de financiamento/origem de fundos utilizadas pelas entidades públicas responsáveis pela gestão destes contratos;
- g) análise e identificação da natureza dos diversos encargos orçamentais assumidos com estas Parcerias Público Privadas;
- h) análise do impacto orçamental dos encargos globais assumidos pelo Estado com os contratos de Parceria Público Privadas.

O Ministério da Saúde congratula-se, desde já, com a oportunidade e relevância do tema objeto de auditoria, bem como o teor e conteúdo da auditoria, considerando-a importante e relevante para eventuais tomadas de decisão, a curto e médio prazos, nomeadamente no que se refere à gestão futura dos contratos de gestão em regime de PPP pelas respetivas entidades públicas contratantes.

/DF

DCGC 28 01:13 01921

Gabinete do Ministro da Saúde

Av. João Crisóstomo, 9 - 6.º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL

TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt





2.

Adicionalmente, o Ministério da Saúde realça o empenho demonstrado pelo Tribunal de Contas no relato em apreço no sentido de incorporar a multiplicidade de perspetivas existentes relativamente aos contratos em Parceria Público Privada (PPP) no sector da saúde, procurando envolver os parceiros privados, as entidades públicas contratantes e as diferentes entidades responsáveis pela monitorização da evolução destes tipo de contratos.

Perante o conteúdo do Relato da “Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde”, não pode o Ministério da Saúde deixar de referir que muitas observações e recomendações vêm ao encontro do trabalho que tem sido realizado pelo Governo relativamente à melhoria da monitorização e acompanhamento da execução contratual da globalidade dos contratos em PPP, bem como medidas concretas que foram tomadas no sector da Saúde com o mesmo objetivo.

Neste âmbito, cumpre sublinhar a relevância da publicação do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, com alterações significativas na definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das PPP e com a criação da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, com o objetivo de aperfeiçoar e otimizar os meios técnicos e humanos ao dispor do sector público no apoio a esta modalidade complexa de contratação, à semelhança do que se verifica em vários países da União Europeia e do resto do mundo, por forma a concentrar numa única entidade um conjunto assinalável de responsabilidades e competências, e, bem assim, eliminar a dispersão de múltiplas tarefas por diferentes entidades públicas.

As especificidades das PPP na saúde, antes dispostas no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, foram salvaguardadas no novo regime disposto no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.

Efetivamente, as PPP da saúde mantêm como objeto a associação duradoura de entidades dos sectores privado e social à realização direta de prestações de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, ou o apoio direto ou indireto à sua realização no âmbito do serviço público de saúde assegurado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

As parcerias em saúde envolvem uma ou mais das atividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração dos estabelecimentos integrados ou a integrar no SNS, com transferência e partilha de riscos e recurso a financiamento de outras entidades.

Note-se que, inseridas no âmbito do regime mais alargado das convenções, previstas na Lei de Bases da Saúde, constituem instrumentos contratuais para o estabelecimento de parcerias em saúde com recurso a gestão e financiamento privados, entre outros, o Contrato de gestão, o Contrato de prestação de serviços e o Contrato de colaboração. As parcerias podem resultar de contratos mistos ou de união de contratos, independentemente da classificação orçamental da despesa.

É aliás, particularmente relevante que, nos contratos de gestão, a entidade gestora deve assegurar as prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos que integram o SNS. É ainda de destacar que a entidade pública contratante deve regulamentar e fiscalizar o exercício do contrato de gestão, com vista a assegurar a regularidade, continuidade e qualidade das prestações de saúde, bem como a comodidade e segurança dos utentes.

/DF



3.

Tratando-se de prestação e serviços, nos contratos celebrados no âmbito das parcerias em saúde, o co-contratante da Administração realiza uma atividade de apoio à realização de prestações de saúde no âmbito de um estabelecimento de saúde.

Especificamente no sector da saúde, foram já implementadas medidas no sentido de melhorar a coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime PPP, nomeadamente a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, através do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, veio redefinir as atribuições da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), e, em sequência, a publicação do diploma orgânico da ACSS, designadamente o Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, estipulou, entre um conjunto de missões e atribuições, que cabe à ACSS a coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de PPP, regulamentado através da Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio.

Desta forma, o trabalho da ACSS na área das PPP conta com a colaboração das Administrações Regionais de Saúde e da Direção-Geral de Saúde que, em representação do Estado, outorgaram os Contratos PPP (Hospitais, o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul e o Centro de Atendimento do SNS) tendo, igualmente, a responsabilidade de Gestão dos mesmos. Nesse sentido e tendo em conta que a auditoria levada a cabo pelo Tribunal de Contas é subordinada ao tema dos encargos do Estado com as PPP na Saúde, importa considerar as competências das várias entidades nesta matéria, nomeadamente na área da gestão corrente e operacional dos Contratos PPP.

Assim, e em total consonância com as medidas que têm vindo a ser implementadas, este Relato consubstancia uma oportunidade para ponderar o trabalho que tem vindo a ser realizado, de forma a ser possível uma melhor e mais eficaz gestão e acompanhamento da execução contratual dos contratos em PPP no sector da saúde.

Em relação ao Relato, e especificamente no que se refere às suas Observações e Conclusões importa referenciar o seguinte:

1. "2. OBSERVAÇÕES E CONCLUSÕES. Abordagem geral dos encargos com PPP"

Considera-se da maior relevância sublinhar que o modelo de contratação de PPP adotado no sector da saúde assume características únicas que as diferenciam dos contratos em PPP existentes em outros sectores, não só no que se refere à forma de contratação e especificidades da matriz de risco implícita em cada contrato de PPP, mas também no impacto destes projetos em termos orçamentais.

Quanto a este último aspeto, considera-se relevante sublinhar que os contratos em PPP existentes no sector da saúde têm como característica comum o facto de não representarem um acréscimo de despesa para o Ministério da Saúde. Efetivamente, estes novos projetos resultam do encerramento das anteriores infraestruturas hospitalares, como são exemplo a PPP de Cascais (Hospital Dr. José de Almeida), a PPP de Braga (Hospital de Braga) e a PPP de Vila Franca de Xira (Hospital de Vila Franca de Xira), ou da acomodação do projeto do âmbito do orçamento regional da respetiva Administração Regional de Saúde, como é o caso da PPP de Loures (Hospital Beatriz Ângelo).

/DF





4.

Ao invés, e tendo por base a comparação entre as propostas apresentadas em BAFO (*Best and Final Offer*) e o valor do Custo Público Comparável (CPC), comparação constante do Quadro n.º 10 do Relato em apreço, é expectável a obtenção de *Value for Money* pelo Estado com a contratação dos referidos projetos em regime de PPP.

2. "2. OBSERVAÇÕES E CONCLUSÕES. Evolução dos encargos"

Refere o Tribunal de Contas que *"O acréscimo do total acumulado de encargos incorridos em 2012, relativamente a 2011, foi estimado em cerca de 346,7 milhões de euros, o que representa um acréscimo de encargos superior a 55%."*

Conforme já explicitado através dos esclarecimentos remetidos pela ACSS, considera-se relevante que neste ponto seja clarificado que o referido acréscimo de encargos se justifica, em grande medida, pelo (i) início da operação da Entidade Gestora do Estabelecimento e da Entidade Gestora do Edifício Hospitalar do Hospital Beatriz Ângelo, com início de funcionamento em janeiro de 2012, e (ii) facto de durante o ano de 2012 a Entidade Gestora do Estabelecimento do Hospital de Vila Franca de Xira operar durante todo o ano, quando comparado com o ano de 2011, no qual foi remunerada pela operação por um período de apenas 7 meses.

3. "2. OBSERVAÇÕES E CONCLUSÕES. Fatores de divergência"

Neste ponto o Tribunal de Contas identifica um conjunto de factores que justificam *"A diferença entre os encargos verificados e os encargos previstos nos casos base."*

Dada a relevância da matéria em apreço, sugere-se que, a acrescer à identificação dos factores justificativos das divergências detetadas, sejamos habilitados com breve explanação dos impactos de cada factor identificado, por forma a explicitar a importância de cada factor identificado e respetivo impacto, de forma exata e concreta.

4. "2. OBSERVAÇÕES E CONCLUSÕES. Possibilidade de melhoria do reporte de encargos"

O Ministério da Saúde considera relevante referir as medidas já implementadas no sentido de melhorar a monitorização e acompanhamento da execução contratual da globalidade dos contratos em PPP, nomeadamente no que se refere ao reporte de encargos decorrentes dos diferentes contratos em PPP, nomeadamente:

- a) a constituição da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos; e
- b) o reforço de competências da ACSS na coordenação e acompanhamento da execução dos contratos em PPP.

5. "2. OBSERVAÇÕES E CONCLUSÕES. Possibilidade de melhoria da gestão contratual"

Remete-se para o referido no ponto 4.

/DF



5.

6. "2. OBSERVAÇÕES E CONCLUSÕES. Riscos para a previsibilidade de encargos"

Neste ponto o Tribunal de Contas apresenta uma tabela em que, no que respeita à previsibilidade dos encargos com as PPP para o Estado, esquematiza "...os riscos e fatores mitigadores de risco mais relevantes."

Atendendo ao objetivo de que a tabela pretende esquematizar os riscos que afetam a previsibilidade dos encargos do Estado com as PPP, considera-se relevante fazer separação entre os riscos que:

- a) representam um efetivo acréscimo de encargos para o Estado, como por exemplo a "Faturação não aceite pelo concedente, reequilíbrio ou pedido de revisão de pressuposto de caso base";
- b) resultam num acréscimo de custos para o parceiro privado, sem que, no entanto, representem um acréscimo de encargos para o Estado, como por exemplo a "Maior necessidade de monitorização e custos adicionais com medidas de recurso na gestão da procura".

Na generalidade, damos como transmitida a informação adicional remetida pelas entidades do Ministério da Saúde incluídas no exercício do contraditório do Relato *supra* referido.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

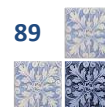
(Luis Vitório)

/DF





8. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CHEFE DE GABINETE DE SUA EXCELÊNCIA O MINISTRO DE ESTADO E DAS FINANÇAS



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

A. K. L. T. X.

Exmo. Senhor 30. JAN 13 00107

Diretor-Geral do Tribunal de Contas

*1. Incluído no dossiê
respectivo
Lx. 1.02.2013 dr.*

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
19874	28-12-2012	ENT.: 408/2013 PROC. N.º: 02.01	

Assunto: Relato de Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde.Exmo. Senhor, *Juiz Conselheiro*

Em referência ao ofício n.º 19874, de 28 de dezembro de 2012, desse Tribunal, sobre o assunto em epígrafe, encarrega-me S. E. o Ministro de Estado e das Finanças de enviar a V. Exa resposta para efeitos de exercício do contraditório, ao abrigo do disposto no artigo 13.º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, bem como fotocópias do ofício n.º 504, de 16 de janeiro de 2013 da Direção-Geral do Tesouro e Finanças, da Informação n.º 55/2013, de 11 de janeiro de 2013, da Inspeção-Geral de Finanças e da Informação n.º 0003/2012, de 10 de janeiro de 2013 da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos.

Com os melhores cumprimentos, *e elevada estima**Por* O Chefe do Gabinete

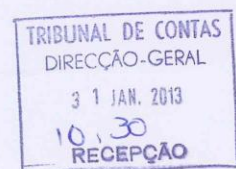
Pedro Machado

Raquel Sabino Pereira

C/c: G-SET. G-SEF.

DGTC 31 01'13 02257

Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças
Av. Infante D. Henrique, 1, 1149-009 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 881 68 00 FAX + 351 21 881 68 62 EMAIL gab.mf@mf.gov.pt www.portugal.gov.pt





MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças

**Relato de auditoria do Tribunal de Contas relativo aos Encargos do estado com
PPPs na área da saúde**

Resposta apresentada para efeitos de exercício do contraditório, ao abrigo do disposto no artigo 13.º da lei n.º 98/97, de 26 de Agosto

I – Enquadramento:

Na sua qualidade de órgão jurisdicional de fiscalização da legalidade e regularidade das receitas e das despesas públicas, ao Tribunal de Contas são também conferidos poderes de apreciação da boa gestão financeira e efetivação das responsabilidades decorrentes de infrações financeiras.

Nesse âmbito e ao abrigo desses poderes legais, o Tribunal de Contas realiza diversas auditorias a diversos serviços e entidades que a lei submete ao seu controlo. Estas auditorias constituem assim um instrumento de enorme utilidade no controlo da despesa pública, ao mesmo tempo que asseguram também a divulgação da informação e análise efetuadas junto da comunidade de cidadãos e demais interessados.

Nesta medida, na condução destes processos de auditoria, assim como na análise nesse âmbito efetuada, o Tribunal de Contas presta um serviço público de enorme importância ao País, em particular no presente momento em que decorre a execução das medidas necessárias ao cumprimento do Programa de Ajustamento Económico e Financeiro celebrado com a União Europeia, o Banco central Europeu e o Fundo Monetário Nacional.

Por isso, zelar para que a informação recolhida para efeitos de auditoria a elaborar pelo Tribunal de Contas é objeto de tratamento adequado e análise metodologicamente correta, é essencial para garantir a elaboração de relatos de auditoria rigorosos, corretos e ajustados a divulgar junto dos diversos interessados – cidadãos, serviços e entidades públicas, mas



MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças

também parceiros internacionais – de tal forma que esta informação possa ser percebida como atual, realista, e fidedigna.

No relato de auditoria a que agora se responde, pretende-se dar pleno exercício ao direito do contraditório, assim contribuindo para o esclarecimento e eventual correção de alguns pontos que, na nossa perspetiva, parecem resultar menos conseguidos no Relatório de auditoria sob resposta (doravante designado Relatório).

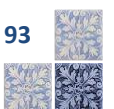
Para efeitos de preparação da presente resposta, contou-se com o apoio da Inspeção Geral de Finanças, da Direção Geral do Tesouro e também da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, recentemente criada pelo Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, e doravante designada UTAP.

Todas estas entidades apresentaram relatórios (doravante designados “pareceres”) que se consideram relevantes para suportar o exercício do contraditório por parte deste Ministério, pelo que para os mesmos se remete, solicitando-se ao Tribunal que os tenha em devida conta na análise dos factos e dados relevantes.

Dos pareceres acabados de referir, destaca-se, pela profundidade e assertividade da análise empreendida, o apresentado pela UTAP, que assim assume especial relevo para efeitos de contraditório.

Na presente resposta, que parte da análise efetuada nos pareceres acima mencionados, pretende-se somente sintetizar alguns dos principais aspetos que se entende deverem ser sinalizados ao Tribunal, no sentido de permitir a sua alteração ou correção, não apenas no presente caso concreto, mas também em situações futuras, caso assim se entenda adequado e se justifique.

Assim,





MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças

1. metodologia e procedimentos subjacentes à análise vertida no Relatório do Tribunal:

Da análise efetuada pela UTAP e pela DGTF conclui-se que o relatório elaborado pelo Tribunal no presente caso enferma de vícios metodológicos passíveis de comprometerem a correção da informação a disponibilizar posteriormente aos diversos interessados.

Efetivamente, o relatório adopta como método de análise para a determinação dos encargos futuros com as PPPs na saúde, um exercício comparativo entre as previsões de procura/produção do caso base (que reconhece como não vinculativas), o que na sua perspetiva se justifica por terem sido “*a base a partir da qual foi firmado o contrato e foram previstos os encargos*” (parágrafo 10 do relatório).

Ora, tal como menciona a UTAP, no ponto 8 do seu parecer anexo à presente resposta e aqui dado como integralmente reproduzido e integrado para todos os legais efeitos, este método merece reservas, que entendemos devem ser tidas em conta.

Por outro lado o relatório apresenta contradições, as quais resultam de, em alguns casos, o Tribunal utilizar na sua análise os descontos inerentes aos preços correntes e, noutros casos, sem justificação bastante, aplicar já os descontos inerentes aos preços constantes. Para além disso, em alguns aspetos, o Tribunal não atende na sua análise a aspetos materiais caracterizadores dos contratos de parceria sob análise.

Por tudo isto, afigura-se que o relatório sob resposta merecerá ser reponderado na sua análise, na medida que não se afiguram isentos de sérias dúvidas os resultados a que chegou no que respeita a previsão de encargos futuros, assim como no que respeita às conclusões a que também chegou na abordagem geral efetuada aos encargos com PPP (parágrafos 40 a 45 do relatório). Para efeitos dessa reponderação, remete-se para os pontos 11 a 20 do parecer apresentada pela UTAP, no qual assenta o presente contraditório.



MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças

Neste âmbito impõe-se destacar, por ilustrativo, o seguinte:

(i) dos parágrafos 40 a 42 do relatório extrai-se que: *“a análise dos encargos ao longo do ciclo de vida das grandes unidades hospitalares em PPP levaria, no momento da contratação, à constatação da existência de mais 140% de encargos do que aqueles que são diretamente decorrentes dos contratos em causa.”*

(ii) A conclusão acima citada é apoiada nas considerações vertidas nos parágrafos 43 a 45 do relatório, onde se pode ler que: *“a análise exclusiva dos encargos contratados corresponderia a admitir que a partir do 10.º ano os hospitais poderiam estar a ser mantidos, durante os 20 anos seguintes, sem qualquer atividade clínica”* e que *“A análise de todo o ciclo de vida dos projetos permite considerar para além da gestão do edifício durante 30 anos, a gestão clínica durante os mesmos 30 anos. Assim, os encargos previstos para os 20 anos de gestão clínica não abrangidos pelos contratos (que preveem apenas 10 anos), aumentarão, necessariamente, os encargos previstos inicialmente.”*

Relativamente a estas conclusões julga-se oportuno sinalizar ao Tribunal o seguinte:

a) Importa efetuar uma distinção clara entre os projetos de PPPs na saúde da Primeira Vaga e os da Segunda Vaga, uma vez que os objetos contratualizados não são idênticos: na primeira vaga era contratualizada a gestão do edifício por 30 anos, e a gestão clínica por 10, ao passo que na Segunda Vaga se contratualizou apenas a gestão do edifício. Este ponto releva sob diversos aspetos, desde logo o da complexidade dos contratos de PPP celebrados, assim como a diferente realidade sobre a qual projetam os respetivos efeitos.

b) Por outro lado, a distinção acima mencionada, centrada agora no âmbito dos hospitais de primeira vaga, implica não confundir os objetos contratuais e os termos contratualizados em cada um deles, pois são necessariamente distintos entre si, o que é desde logo notório no período de duração dos contratos celebrados. Assim, a circunstância de a gestão clínica ser contratualizada por apenas 10 anos resulta da complexidade e especificidade deste objeto contratual, assim como das especiais responsabilidades que





MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças

sobre o Estado impendem no sentido de assegurar aos cidadãos o acesso a serviços e cuidados de saúde com base num sistema caracterizado pela universalidade. Desta forma, o facto de estes contratos de gestão clínica terem o seu período de duração fixado em 10 anos não deve ser entendido como motivo para concluir pelo necessário aumento dos encargos previstos inicialmente. Finalmente, sublinha-se, com base nos pareceres da DGTf e da UTAP, que o Tribunal analisou apenas um dos cenários possíveis no final do período da prestação de serviços de gestão clínica contratualizado, sendo necessário atender a outros cenários, igualmente possíveis, que não se traduzem necessariamente no aumento de encargos, tal como sucede na eventualidade de, no final do período contratado de 10 anos para a prestação de serviços de gestão clínica o Estado chamar a si essa mesma gestão;

c) Ainda no que respeita ao suposto aumento dos encargos para o Estado neste domínio das PPPs na saúde, sublinha-se também a necessidade de ter em conta que os gastos/encargos suportados pelo Estado neste domínio têm de ser perspetivados numa lógica de subtração, designadamente porque três estabelecimentos hospitalares públicos foram substituídos, tal como sucedeu no caso do Hospital de Braga, Vila Franca de Xira e Cascais. Relativamente a este aspecto, crucial nos resultados a que chega a análise do Tribunal, constata-se, como refere a UTAP no ponto 18 do seu parecer que: *“Nestes casos seria necessário determinar quanto representariam nos próximos anos os encargos plurianuais dos hospitais de gestão pública, e, por diferença, apurar-se os encargos derivados dos novos contratos de PPP na saúde. Cálculos que não se realizaram no Relatório do TdC.”* (negrito nosso).

Para finalizar, ainda no que respeita à metodologia de análise adoptada no relatório do Tribunal que, pelo que antecede, se considera necessário, neste caso concreto, solicitar ao Tribunal a respetiva reponderar e alteração, não podemos deixar de salientar o vertido no ponto 31 do parecer da UTAP: aí se demonstra que a análise dos encargos na perspetiva do ciclo de vida dos contratos e a crítica apontada pelo relatório no que respeita à *“subavaliação dos encargos”* (parágrafos 349 a 357 do relatório), essa mesma crítica pode merecer outras observações uma vez que *“o Quadro n.º 16 do relatório (cuja Fonte é o Relatório do OE para 2012), bem como os parágrafos 349 a 357 do relatório, refletem a Evolução da estimativa dos Encargos Brutos*



MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças

com as atuais PPP em todos os sectores (rodoviário, saúde, ferroviárias e segurança), mas com os mesmos critérios: “encargos contratualizados”.

Não pode assim deixar de se concluir que se coloca em crise (pelas razões melhor desenvolvidas nos pontos 32 a 37 do parecer da UTAP, para os quais se remete) a conclusão a que o Tribunal chega nos parágrafos 350 a 357 quando afirma a existência de uma subavaliação de encargos quantificada em cerca de 149% para os hospitais objeto de análise. Assim, em vez de um problema de subavaliação de encargos poderemos na verdade estar confrontados, em resultado da metodologia aplicada na presente análise, com um problema de sobreavaliação de resultados, na medida em que, como refere a UTAP, no ponto 37 do seu parecer: “ (...) não nos parece correto ou real, com o devido respeito, o exercício de uma mera soma aritmética de encargos futuros de 2013 e seguintes, para demonstrar o valor atual dos encargos com as PPP na saúde. Quando se somam valores de encargos de vários anos, para determinado período, deveriam ser atualizados à data da análise (Parágrafo 365 a 389 e Quadro n.º 18 e Quadro n.º 21), caso contrário podemos estar perante um problema de sobreavaliação do relatório que, no limite, pode rondar os 24%.”

Conclusão:

Em face do que antecede e sem prejuízo do que mais se poderia referir a respeito de outros pontos do relatório (relativamente aos quais o presente contraditório remete, em toda a sua integralidade e extensão, para o parecer da UTAP junto em anexo), considera-se oportuno, adequado e necessário, com vista a preservar da utilidade e rigor das auditorias efetuadas pelo Tribunal no exercício das suas funções de órgão jurisdicional de fiscalização da legalidade e regularidade da despesa pública, solicitar a reponderação da metodologia utilizada no presente caso concreto, procedendo à alteração e correção das conclusões apresentadas nos termos aqui sinalizados.





01/2013 13 001/13

Exmo. Senhor
 Professor Doutor José Manuel Monteiro da Silva
 M.I. Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas
 Av.ª Barbosa du Bocage, 61
 1069-045 Lisboa

S/Ref. Proc. n.º 15/11- Audit
 Data: 28 Dez 2012- saída n.º 19875

N/Ref. :
 Data: 15 Jan 2013 |

Assunto: Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde
 Exercício do Contraditório

Senhor Juiz Conselheiro:

Relativamente ao assunto em epígrafe e na sequência do solicitado através do ofício supra referenciado, serve o presente para remeter a V. Exa. os comentários que o duto Relato em apreço nos suscita, para os efeitos e nos termos previstos no artigo 13.º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na redação conferida pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, que procedeu à sua republicação.

1 - Abordagem Geral dos encargos com PPP (pág.13)

Neste âmbito, refira-se que a inclusão da gestão clínica na primeira vaga de PPP/Saúde determinou a complexidade do objeto contratual, tendo também obrigado o Estado a uma análise, avaliação e negociação bastante mais complexas, o que originou repercussões negativas ao nível do cumprimento dos respetivos prazos.

Com efeito, a característica mais marcante do modelo de PPP/Saúde traduz-se no papel que o setor privado assume na vertente da gestão clínica, dado ter sido considerado o mais vocacionado para desenvolver formas alternativas ao desempenho do universo dos hospitais públicos, tendo-se optado, no domínio clínico, pela utilização de regras empresariais que se esperava conduzirem a uma maior economia, eficiência e eficácia.

Nesta medida, a vinculação das duas entidades gestoras, entidade gestora do edifício (EGED) e entidade gestora do estabelecimento (EGEST), à entidade pública contratante, teve subjacente objetos contratuais e âmbitos temporais distintos, sendo remuneradas através de um mecanismo de pagamento com dois fluxos (construção e prestação dos serviços de infraestruturas durante o período contratual de 30 anos e cumprimento da gestão hospitalar e prestação de serviços clínicos por um prazo de 10 anos), o que permite avaliar e a classificar, isoladamente, o desempenho da gestão clínica privada.

Assim, este modelo possibilita que a remuneração dos serviços clínicos prestados possam ser revistos por períodos subsequentes de 10 anos, tendo em conta os ganhos de eficiência alcançados pelo avanço da ciência médica, situação que não seria possível com a fixação da referida remuneração, no momento da assinatura do contrato, para toda a sua vigência. Por outro lado, e atendendo à avaliação económico-financeira que venha a ser efetuada no final de cada período contratual de 10 anos, a gestão clínica, poderá, em casos extremos, reverter para a esfera pública.

Solicita-se que na resposta seja indicada a referência deste documento e nº de processo.

SL



MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral do Tesouro e Finanças

2 - Acréscimo de encargos (pág. 13)

Nesta sede, e na decorrência das perspetivas necessariamente diferentes demonstradas quer pelo Estado, enquanto parceiro público, quer pela entidade gestora, enquanto parceiro privado, é de salientar que a contratação de serviços clínicos ficou, nalguns casos, dependente da resolução de aspetos relacionados com a elevada complexidade dos requisitos dos edifícios hospitalares, que conduziram à dilatação dos prazos estabelecidos para a respetiva entrada em funcionamento.

Aliás, é de notar que os atrasos verificados, quer no lançamento dos diversos concursos, quer no desenrolar das respetivas fases, resultaram, no último trimestre de 2007, em quatro concursos a decorrer em simultâneo.

Mais se refira que a não existência de uma experiência acumulada que permitisse uma consolidação e sistematização de requisitos, como seja o caso dos níveis de serviço, pode ter contribuído para a dilatação dos prazos de conclusão de várias etapas dos concursos, nomeadamente no caso do Hospital de Cascais.

Nestes termos, da análise dos fluxos financeiros resulta que o acréscimo de encargos é, essencialmente, justificado por dois aspetos que se conjugaram devido às derrapagens temporais verificadas nos procedimentos concursais dos Hospitais de Cascais e Vila Franca de Xira, ou seja, a assinatura dos contratos pelas entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares acima referidos coincidiu com o início de funcionamento das novas unidades de gestão clínica dos Hospitais de Vila Franca de Xira e Braga. Estes factos são ainda mais significativos se atendermos ao peso relativo predominante dos encargos com cuidados de saúde comparativamente ao custo das infraestruturas hospitalares.

3 - Total dos encargos contratuais e ao longo do ciclo de vida (pág.13)

Neste âmbito, ou seja, no racional subjacente às estimativas apresentadas no douto Relato, não se encontram evidenciados, nem são elencados os pressupostos admitidos para as projeções dos encargos ao longo de todo o ciclo de vida dos hospitais em causa, particularmente os concernentes aos encargos com os cuidados de saúde (demografia, evolução futura dos custos clínicos, aplicação de novas tecnologias na saúde, ex. telemedicina, etc).

Apesar disso, para se efetuar o cálculo das estimativas de custos, para todo o ciclo de vida desses hospitais, seria também necessário reformular o modelo atual de cada caso-base, atendendo ao novo horizonte temporal, servindo os pressupostos acima referidos como *input* aos caso-base revistos.

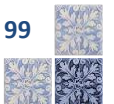
4 - Evolução de encargos (pág.14)

Relativamente a esta matéria, e com base nos dados disponibilizados pela ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde, os encargos com as parcerias da saúde, a preços constantes de 2012, encontram-se em fase crescente, alcançando, em 2016, o seu valor mais significativo de 384 M€, como também é referido no douto Relato da auditoria ora efetuada.

Se atendermos à evolução de encargos de 2012, relativamente a 2011, verificamos que existiu um acréscimo de 33%, justificado pelo crescimento dos serviços oferecidos aos utentes, pelo início de funcionamento da nova unidade de gestão clínica do Hospital de Vila Franca de Xira e pela entrada em exploração do novo Hospital de Braga.

A referência, efetuada no douto Relato, à estimativa de custos para o ciclo de vida dos referidos hospitais até à sua fase final contratual, assenta no pressuposto de que a gestão clínica manter-se-á, durante todo o prazo da parceria, na esfera da gestão privada para a generalidade dos hospitais em causa, o que pode não vir a verificar-se.

Solicita-se que na resposta seja indicada a referência deste documento e nº de processo





MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral do Tesouro e Finanças

5 – Divergências e gestão contratual (pág.16)

Neste contexto, a existência de divergências entre os encargos incorridos e os inicialmente previstos estão diretamente relacionados com a maior abrangência e complexidade da atividade clínica desenvolvida, não resultando daí que haja, necessariamente, um prejuízo imponderável para a Entidade Pública Contratante, tanto mais que os encargos decorrentes da prestação de serviços clínicos são anualmente revistos e contratualizados entre as partes.

Com os melhores cumprimentos. *também pessoais*

DIRETORA-GERAL

Elsa Rondon Santos

Solicita-se que na resposta seja indicada a referência deste documento e nº de processo



PARECER:

DESPACHO:

Concordo.
À consideração superior
16 F, 11 janeiro 2013
Milo

M. ISABEL CASTELÃO SILVA
Subinspetora-Geral

Concordo.
Remete-se ao Gabinete de S.E. - o
Secretário de Estado das Finanças
11.1.2013

JOSE MARIA LEITE MARTINS
Inspector-Geral

Informação n.º 55/2013

Proc.º. N.º 2013/163/M1/107

PARECER AO RELATO DA AUDITORIA DO TRIBUNAL DE CONTAS AOS ENCARGOS DO ESTADO COM PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NA SAÚDE

I

OBJETO

1. Do Gabinete do Senhor Secretário de Estado das Finanças, foi recebida na Inspeção-Geral de Finanças (IGF), através do ofício n.º 75, de 4/jan/2013, para emissão de parecer, o Relato da Auditoria aos encargos do Estado com Parcerias Público-Privadas (PPP) na saúde, elaborado pelo Tribunal de Contas (TC), com o objetivo do Senhor Ministro de Estado e das Finanças, se pronunciar para efeitos do exercício do contraditório.



2. Este Relato de Auditoria, ainda de caráter provisório, revestiu a mesma natureza de outros trabalhos similares efetuados pelo TC noutros setores de atividade, nomeadamente nos setores rodoviário e ferroviário, e teve como âmbito os encargos incorridos no período 2007-2012, e sobre os encargos que se preveem existir até ao final dos contratos em curso, isto é, de 2013 a 2042.
3. A ação foi desenvolvida entre maio de 2011 e março de 2012, sem prejuízo da inclusão de informação relevante comunicada pelas entidades públicas gestoras até ao momento da conclusão do relato.
4. Os objetivos formulados da ação foram os seguintes:
 - a) Caracterização do modelo de concessão;
 - b) Caracterização física, financeira e cronológica de cada concessão;
 - c) Identificação dos principais riscos verificados em cada concessão;
 - d) Análise das implicações financeiras para o Estado, dos respetivos contratos, nomeadamente as relativas aos pagamentos contratualizados;
 - e) Quantificação dos encargos acumulados com estas concessões;
 - f) Identificação das principais fontes de financiamento/origens de fundos utilizados pelas entidades públicas responsáveis pela gestão destes contratos;
 - g) Análise e identificação da natureza dos diversos encargos orçamentais assumidos com estas PPP;
 - h) Análise do impacto orçamental dos encargos globais assumidos pela Estado com os contratos de PPP.
5. As PPP analisadas e as respetivas conclusões respeitam às quatro grandes unidades hospitalares de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures, e ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS) e ao Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS).

II

Conteúdo do Relato da Auditoria

1. Da análise ao Relato da Auditoria, verifica-se que o TC, efetuou a abordagem dos encargos com PPP considerando, por um lado, os prazos numa ótica dos contratos atuais e, por outro lado, numa ótica do ciclo de vida das grandes unidades hospitalares, sendo que esta perspetiva conduz, a cerca de mais 149% de encargos do que aqueles diretamente decorrentes dos contratos em causa.
2. Estas duas abordagens resultam dos contratos terem duas vertentes com prazos distintos, de infraestruturas e de gestão clínica, os primeiros com um prazo de 30 anos e



*Parecer ao Relato da Auditoria do TC
aos encargos com PPP na saúde*

Informação n.º 55/2013

os segundos com um prazo de 10 anos, que na ótica da análise considerando o ciclo de vida dos projetos pressupõe para ambos os contratos prazos idênticos, para efeitos de análise de encargos, isto é de 30 anos.

3. Os contratos de PPP relativos aos hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures, deverão gerar um total de encargos contratuais de cerca de M€ 4 200, mas gerar encargos ao longo de todo o ciclo de vida de cerca de M€ 10 464, a preços de 2012 (sem IVA).
4. Os encargos com estes contratos de PPP do setor da saúde encontram-se em trajetória ascendente, estimando-se para 2012 encargos de cerca de M€ 347 e para 2016, um máximo de encargos de cerca de M€ 384.
5. A partir de 2036, estima-se que ocorram descidas mais significativas nos encargos devido ao final dos ciclos de vida destes hospitais, até 2041.
6. Prevê-se que até 2012 a execução dos contratos com as PPP dos hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures, já tenha absorvido cerca de 20,9% dos encargos a incorrer ao longo dos períodos contratuais em vigor. No entanto, se se atender a todo o ciclo de vida dos projetos a execução terá sido de cerca de 8,4% dos encargos previsíveis.
7. Subsistem condicionalismos com impacto ao nível financeiro, como sejam:
 - A existência em aberto de processos de acertos de contas anuais (reconciliações), relativos às grandes unidades hospitalares;
 - O hospital de Vila Franca de Xira ainda não iniciou a atividade clínica e o hospital de Loures iniciou em 2012, pelo que a execução dos contratos ainda não permite a existência de quaisquer processos de reconciliação;
 - O hospital de Braga ainda não tinha apresentado os processos de reconciliação anual, à data dos trabalhos;
 - No caso do hospital de Cascais poderá haver reajustamentos, caso haja recursos da concessionária.
8. Os hospitais de Braga e de Cascais apresentaram as maiores diferenças entre os encargos incorridos e os encargos inicialmente previstos nos casos base (custos superiores para o Estado).

No caso do hospital de Braga em 2011, essa diferença ascendeu a M€ 21, prevendo-se para 2012 cerca de M€ 11, enquanto no hospital de Cascais, a diferença em 2010 e 2011 ascendeu a M€ 16 anuais, prevendo-se para 2012, cerca de M€ 14.
9. As diferenças entre os encargos previstos e os verificados resultam sobretudo das seguintes situações:
 - a) Volume de produção diferente do inicialmente projetado;

3/7





Parecer ao Relato da Auditoria do TC
aos encargos com PPP na saúde

Informação n.º 55/2013

- b) Utilização de pressupostos de atualização de preços diferentes, no caso base e no valor atribuído à produção em cada ano;
- c) Complexidade da atividade clínica diferente da que estava subjacente ao caso base;
- d) Existência de encargos não previstos no caso base;
- e) Existência de restrições orçamentais no Estado, que originaram uma contenção na contratação da produção;
- f) A informação disponível estar condicionada pela existência de processos de reconciliação anual não encerrados;
- g) Matéria de natureza fiscal, uma vez que incide IVA sobre a remuneração das entidades gestoras;
- h) Outros fatores, como sejam, a alteração de preços unitários, alterações metodológicas no seio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e aplicáveis às PPP, planeamento da oferta de cuidados de saúde em cada região de saúde, encargos com programas específicos, responsabilidade com pensões de reforma, ocorrência de multas e penalidades.

10. As conclusões apontam ainda para a possibilidade de melhorias no reporte dos encargos, nomeadamente, a introdução de informação financeira, relativa aos encargos no ciclo de vida, a não utilização da taxa de desconto de 4%, prevista no Despacho n.º 13208/2003, de 2/jun, da Senhora Ministra das Finanças, por se entender que esta não é aplicável em sede de execução dos contratos.

No caso das grandes unidades hospitalares e de acordo com os cálculos efetuados, a subvalorização dos encargos contratuais, através da referida taxa de desconto real de 4%, é de cerca de 28%.

11. A gestão contratual pode ser melhorada através do maior envolvimento dos gestores dos contratos no processo de fixação das dotações orçamentais e pela realização de um *benchmarking* de custos para o SNS.

12. Quanto aos riscos associados à previsibilidade dos encargos constam numa matriz a identificação de diversos fatores mais prováveis de vir a ocorrer e que podem alterar as previsões, salientando-se os seguintes:

- a) No hospital de Vila Franca de Xira, o atraso na abertura do edifício (Entidade Gestora do Edifício);
- b) No hospital de Cascais, a faturação não aceite pela concedente, reequilíbrio ou pedido de revisão do pressuposto do caso base;
- c) Contratação contida por restrições orçamentais nos hospitais de Cascais, Loures e Vila Franca de Xira;



*Parecer ao Relato da Auditoria do TC
aos encargos com PPP na saúde*

Informação n.º 55/2013

- d) Contratação anual de produção sem informação de eficiência de custos, nos hospitais de Cascais, Loures, Vila Franca de Xira e Braga;
- e) Impacto financeiro de alterações metodológicas no SNS no hospital de Braga;
- f) Recuperação de listas de espera nos hospitais de Cascais e Braga;
- g) Encargos pouco representativos por o contrato se encontrar no início de execução, quanto ao hospital de Loures;
- h) Encargos pouco representativos da fase de cruzeiro, por decorrer o período de transição no hospital de Vila Franca de Xira.

13. Quanto ao desempenho financeiro das concessionárias, destaca-se que as entidades gestoras dos hospitais de Cascais e de Braga apresentam resultados líquidos e capitais próprios negativos.

14. Os riscos associados ao desempenho financeiro das concessionárias, bem como os fatores mitigadores, variam consoante a entidade gestora e o hospital, salientando-se os seguintes riscos:

- a) Entidade Gestora do Edifício:
 - Rentabilidades negativas dos hospitais de Cascais, Loures e Vila Franca de Xira;
 - Insuficiência de capitais próprios nos hospitais de Cascais e Loures;
 - Atraso na execução do contrato e custos operacionais superiores aos previstos no hospital de Vila Franca de Xira;
- b) Entidade Gestora do Estabelecimento:
 - Rentabilidades negativas dos hospitais de Cascais, Loures, Braga e CASNS;
 - Insuficiência de capitais próprios nos hospitais de Cascais, Loures e Braga;
 - Agravamento da situação financeira pelo montante de penalidades e deduções no hospital de Braga;
 - Enquadramento legal desfavorável quanto ao regime de pessoal no hospital de Cascais;
 - Faturação não aceite pelo concedente, por motivos que considera não lhe serem imputáveis no hospital de Cascais;
 - Fundamento de rescisão por parte do Estado, por violação de obrigações de serviço público no hospital de Braga;
 - Prazo contratual no seu término na CASNS e CMFRS.

5/7



III ANÁLISE

1. Os elementos disponíveis na IGF não permitem aferir as projeções efetuadas no Relato de Auditoria do TC a propósito dos encargos do Estado com as PPP no setor da saúde, dado que não foram efetuadas ações após a entrada em vigor dos contratos das PPP, exceto quanto ao hospital de Cascais.
2. As conclusões e as recomendações apontadas pelo TC, no que respeita à PPP de Cascais, são similares às descritas nas ações efetuadas pela IGF, relatórios n.ºs 1512/2012 e 1513/2012, quanto a algumas matérias, em particular quanto aos seguintes aspetos:
 - i) Adendas e acordos interpretativos;
 - j) Evolução da produção contratada;
 - k) Evolução de encargos quanto aos exercícios de 2009 a 2011;
 - l) Encargos não previstos no caso base, quanto à Entidade Gestora do Estabelecimento;
 - m) Multas e deduções e reconciliações anuais;
 - n) Riscos associados à previsibilidade dos encargos do Estado;
 - o) Perspetiva das concessionárias.
3. Como os objetivos da auditoria realizada pela IGF não contemplaram as estimativas dos encargos na ótica dos prazos contratuais e do ciclo de vida dos projetos, quanto à unidade hospitalar de Cascais, não podemos aferir a fiabilidade e a adequação dos valores apresentados, em especial quanto aos pressupostos subjacentes.

IV CONCLUSÕES

1. O Relato de Auditoria do Tribunal de Contas aos encargos do Estado com as PPP na saúde apresenta os montantes despendidos até 2011 e os estimados para 2012 e anos seguintes até ao final dos respetivos contratos e dos ciclos de vida dos projetos, bem como um conjunto de aspetos relacionados, nomeadamente, com a qualidade da informação a reportar pelas entidades envolvidas, os riscos associados à previsibilidade dos encargos e do desempenho das concessionárias.
2. Até ao final dos contratos atualmente em vigor das PPP, relativas às grandes unidades hospitalares de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures, estimam-se encar-



*Parecer ao Relato da Auditoria do TC
aos encargos com PPP na saúde
Informação n.º 55/2013*

gos no valor de M€ 4 200, enquanto se considerarmos o ciclo de vida dos projetos projetam-se valores de cerca de M€ 10 464, pressupondo em ambos os casos a taxa de inflação de 2% prevista do Despacho n.º 13208/2003, de 2/jun, da Senhora Ministra das Finanças.

3. Analisado o trabalho desenvolvido pelo Tribunal de Contas e os elementos disponíveis na IGF, esta Inspeção-Geral não coligiu matéria que possa contribuir para que o Senhor Ministro de Estado e das Finanças se pronuncie sobre o Relato da Auditoria aos encargos do Estado com PPP na saúde.

V

PROPOSTA

Face ao exposto, propõe-se que a presente informação seja enviada ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado das Finanças.

À consideração superior.

Inspeção-Geral de Finanças, 11 de Janeiro de 2013

O Chefe de Equipa,

Fernando Lobo do Vale



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

PARECER

Concordo.
 À consideração do Senhor
 Secretário de Estado das
 Finanças.

Fernando Gaspar Din
 Coordenador da UTAP
 16/01/2013

DESPACHO

Informação n.º
 0003/2012

Processo
 V/ Referência
 N.º 76/2013
 Ent.: 70, de 2013.01.04
 Proc. N.º 05.01.01/13

Data
 10/01/2013

**ASSUNTO: Tribunal de Contas – Relato de auditoria aos Encargos do Estado com
 PPP na Saúde – exercício do contraditório**

A. ANTECEDENTES E CONSULTA

1. O processo foi remetido para Parecer da UTAP pelo Gabinete do Secretário de Estado das Finanças (“SEF”), no dia 4 de Janeiro de 2013 e recebido por ofício de 7 de Janeiro de 2013;
2. O processo enviado à UTAP inclui a seguinte documentação:
 - 2.1. Notificação do Tribunal de Contas (“TdC”) a Sua Excelência o Ministro de Estado e das Finanças, para exercício do contraditório, recebido pelo respetivo Gabinete no dia 2 de Janeiro de 2013;

UTAP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos
 Ministério das Finanças
 Rua Braamcamp, 90 – 6.º piso
 1250-052 Lisboa, Portugal
www.utap.pt
 Telef: +351 211 119 700
 E-mail: geral@utap.pt

Página 1 de 17



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

2.2. Cópia do “Relato de Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde – Processo n.º 15/11 AudIt” (“Relatório”).

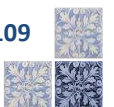
3. O Parecer que é solicitado à UTAP visa a preparação da pronúncia, ao abrigo do exercício do contraditório, de Sua Excelência o Ministro de Estado e das Finanças (“MEF”), pela análise do conteúdo do mencionado Relatório, a que se procede nos parágrafos seguintes.
4. O prazo para efeito do exercício do contraditório por parte do MEF é de dez dias úteis, o que significa que, assumindo que a data de notificação do MEF foi 2 de Janeiro de 2013, o prazo termina no dia 16 de Janeiro de 2013, salvo o deferimento pelo TdC de qualquer pedido de prorrogação deste prazo de pronúncia do MEF.

B. ANÁLISE

5. No Sumário Executivo, o TdC define a natureza e o âmbito da auditoria do seguinte modo: “*A presente ação reveste a natureza de uma auditoria de gestão, de âmbito temático, subordinada ao tema dos encargos do Estado com as Parcerias Público Privadas na Saúde, na sequência da realização de outros trabalhos similares noutros sectores de atividade, nomeadamente, nos sectores rodoviário e ferroviário.*”

A análise (...) recai sobre os encargos incorridos no período 2007-2012, e sobre os encargos que se preveem existir até ao final dos contratos em curso, isto é, de 2013 a 2042”.

6. Com o mencionado escopo, o TdC apresenta as respetivas observações e conclusões ao longo do Relatório, que ora, na perspetiva do MEF e da informação disponibilizada ao TdC pela Direção Geral do Tesouro e Finanças (“DGTF”), cumpre analisar utilizando, para o efeito, e tal como solicitado, a mesma estrutura do Relatório, por menção às Observações e Conclusões do mesmo e com indicação dos parágrafos mais relevantes do Corpo do Relato ao longo do texto.
7. A análise que aqui se preconiza centra-se, sobretudo, nos casos das parcerias público-privadas dos projetos hospitalares (Hospital de Cascais, Hospital de Braga, Hospital de Loures e Hospital de Vila Franca de Xira) objeto do Relatório, no entanto, as observações, com as devidas adaptações, reportam-se também às conclusões a que



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

chega o TdC em relação ao Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS) e ao Centro de Medicina e Física e Reabilitação do Sul (CMFRS)¹.

B.1. Metodologia e Procedimentos do Relatório (Parágrafos 5 a 39 do Relatório)

8. No que diz respeito à metodologia e aos procedimentos utilizados – **parágrafos 5 a 39 do Relatório** – identificam-se as seguintes observações.

Em primeiro lugar, o Relatório encerra um exercício de comparação como forma de cálculo dos encargos futuros, reconhecendo o mesmo que *“as previsões de procura/produção do caso base não são vinculativas, mas foram a base a partir da qual foi firmado o contrato e foram previstos os encargos”* (**parágrafo 10 do Relatório**) – sublinhado nosso. Ora, tal método apresenta, em nossa opinião, algumas reservas.

9. A metodologia utilizada apresenta ainda contradições, por um lado, ao nível da utilização dos dados, designadamente, pela consideração dessa análise ora com base em preços correntes, ora com base em preços constantes. Por outro lado, em determinados momentos desconsidera aspetos materiais e caracterizadores de cada um dos contratos de parceria do sector da saúde em análise.
10. Deste modo, muito respeitosamente, questiona-se e apresenta-se algumas reservas relativamente à extração dos resultados de *“previsão dos encargos futuros”* feito (exclusivamente) *“de acordo com o histórico de encargos já incorridos, nos anos considerados mais significativos, em especial o previsto para o ano 2012”*, bem como à metodologia identificada no Relatório de *“para as estimativas dos encargos que se preveem vir a existir durante todo o ciclo de vida dos grandes projetos hospitalares, foram projetados encargos para os 20 anos seguintes ao terminus dos prazos contratuais em vigor para as EGEST (10 anos) e até ao final dos prazos contratuais das respetivas EGED (30 anos)”* - (**parágrafos 14 e 18 a 21 do Relatório**), conforme se analisará em detalhe nos pontos seguintes.

Para o efeito, analisa-se de seguida cada uma das Observações e Conclusões mais relevantes do Relatório.

¹ Relativamente aos contratos do CMFRS e do CASNS destaca-se o que consta dos **parágrafos 462 a 466**.

**UTAP**

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

B.2. Observações e Conclusões**B.2.1 “Abordagem Geral dos Encargos com PPP” (Parágrafos 40 a 45 do Relatório)**

11. Entrando no detalhe daquelas que são as principais observações e conclusões do Relatório, em primeiro lugar, no que diz respeito à abordagem geral dos encargos com PPP (**parágrafos 40 a 45 do Relatório**), o TdC concluiu que “*a análise dos encargos ao longo do ciclo de vida das grandes unidades hospitalares em PPP levaria, no momento da contratação, à constatação da existência de mais 140% de encargos do que aqueles que são diretamente decorrentes dos contratos em causa*”, reconhecendo, posteriormente, tratar-se de mera “*estimativa*” (**parágrafos 40 a 42 do Relatório**).

Para o efeito da mencionada conclusão, o TdC considerou que “*a análise exclusiva dos encargos contratados corresponderia a admitir que a partir do 10.º ano os hospitais poderiam estar a ser mantidos, durante os vinte anos seguintes, sem qualquer atividade clínica*” e que “*A análise de todo o ciclo de vida dos projetos permite considerar para além da gestão do edifício durante 30 anos, a gestão clínica durante os mesmos 30 anos. Assim, os encargos previstos para os 20 anos de gestão clínica não abrangidos pelos contratos (que preveem apenas 10 anos) aumentarão, necessariamente, os encargos previstos inicialmente*” (**parágrafos 43 a 45 do Relatório**).

12. Ora, em nossa opinião, essas conclusões e considerações podem estar materialmente desconexas com a realidade e com o próprio escopo contratual, em especial no racional subjacente à análise que pretende abranger “todo o ciclo de vida dos projetos”. Senão vejamos em detalhe.
13. Em primeiro lugar, com base em meras estimativas e num simples exercício de replicação de resultados, desgarrado da realidade concreta e contratual de cada uma das parcerias da saúde em causa, tanto quanto se julga, o Relatório do TdC analisa apenas um dos cenários possíveis para a prestação do serviço de gestão clínica nos anos não abrangidos pelos respetivos contratos de parceria.

Ora, como o TdC reconhece no **parágrafo 340 do Relatório** outros cenários podem ser equacionados, seja porque, terminado o prazo contratual para a EGEST, o



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

estabelecimento pode “*ser entregue a uma nova entidade gestora mediante concurso*” ou pode o Estado “*assumir a gestão do Estabelecimento, tomando o lugar da EGEST*”.

Esta consideração seria suficiente para colocar em crise os resultados alcançados pelo TdC no Relatório, no entanto, as conclusões vertidas no Relatório que acima se identificaram podem merecer ainda outras observações.

14. *Em segundo lugar, por força do enquadramento jurídico-constitucional e legal subjacente, a prestação dos serviços clínicos tem de ocorrer, sendo os custos decorrentes dessa prestação de serviços verdadeiros custos de substituição e não – como de forma exclusiva nos parece ser considerado no Relatório ora em análise – custos adicionais (strictu sensu).*

Com efeito, a opção pelo desenvolvimento dos projetos em regime de parceria público-privada coadunou-se com a decisão do Estado de responder às crescentes necessidades no domínio dos cuidados de saúde, à crescente exigência na atuação e à reorganização das redes de serviços clínicos existentes, apresentando-se como via complementar e alternativa à via da prestação de serviços clínicos através da gestão pública hospitalar.

15. Assim, não se pretendeu com os projetos de PPP da saúde a prestação de serviços clínicos adicionais, *strictu sensu*, mas dar resposta à necessidade crescente e de substituição dos serviços que até então se geriam de forma exclusivamente pública e que compreendiam também estes um custo para o Estado, muitas vezes mais elevado e ineficiente².
16. Aliás, subjacente à opção do lançamento e concretização destes projetos esteve a respetiva análise dos encargos e do custo público comparável em cada um dos projetos PPP, sendo o próprio TdC que, no estudo desses pressupostos, conclui da seguinte forma “*(...) foram os ganhos de eficiência estimados na componente de serviços clínicos, muito acima do entendido como possível a um hospital gerido diretamente pelo Estado, que possibilitaram financiar a construção dos edifícios e dos serviços conexos, através do recurso ao sector privado*” (parágrafo 234 do Relatório)³ – sublinhado nosso.

² Conforme é reconhecido no Relatório, nos parágrafos 85 e seguintes.

³ Vide também o que resulta das conclusões do Relatório no parágrafo 71, bem como nos parágrafos 250 a 254.

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

17. *Finalmente*, saliente-se que a opção do Estado foi a de contratualizar a prestação dos serviços clínicos pelo período de 10 anos apenas, podendo, no final desse período, optar-se por uma via distinta da prorrogação do prazo da PPP no que diz respeito à EGEST. Esta é, consabidamente, a realidade contratual subjacente às PPP dos hospitais da “*Primeira Vaga*”.

Note-se, a este respeito, que esta solução não é desgarrada da realidade, desde logo porque nos hospitais da “*Segunda Vaga*” já não se seguiu o mesmo modelo dos hospitais da “*Primeira Vaga*”, uma vez que não se incluiu a vertente dos serviços clínicos no respetivo objeto da contratação, que será estritamente pública.

18. Salienta-se, portanto, que o exercício – como se viu, em nossa opinião, de cariz essencialmente teórico - da análise *dos Encargos do Estado com PPP na saúde*, poderia até ser aceitável se compreendesse uma lógica de subtração, sobretudo, porque três estabelecimentos hospitalares públicos foram substituídos, é o caso dos hospitais de Braga, Vila Franca de Xira e Cascais e os mesmos já apresentavam encargos para o Estado na sua gestão direta (e na dependência do Ministério da Saúde). Nestes casos, seria necessário determinar quanto representariam nos próximos anos os encargos plurianuais dos hospitais de gestão pública, e, por diferença, apurar-se os encargos derivados dos novos contratos com PPP na saúde. Cálculos que não se realizaram no Relatório do TdC⁴.
19. Assim, não pode alhear-se do estudo dos encargos com as mencionadas parcerias o facto de que, por um lado, os hospitais em regime de parceria público-privada da “*Primeira Vaga*”, objeto do Relatório, resultam do processo de substituição de hospitais de gestão exclusivamente pública (que, por isso, já representavam, por si, encargos para o Estado, não sendo encargos adicionais ou materialmente novos).

E, por outro lado, mesmo nos casos em que os hospitais em regime de parceria não substituíram anteriores (como é o caso do hospital de Loures) a sua criação originou uma readaptação das áreas de influência e a reorganização da procura na prestação de

⁴ No Relatório, o TdC indica o seguinte “*na comparação entre unidades em PPP e as restantes seria expectável que, ainda assim, o custo para o sistema de saúde de atos praticados em unidades PPP, de forma a corresponder às expectativas iniciais, fosse bastante mais atrativo. Esta comparação, no entanto, está impossibilitada (...)*” (parágrafo 254) – sublinhado nosso. Reconhecendo posteriormente que “*a ACSS refere os esforços recentemente desenvolvidos pelo Ministério da Saúde no sentido de vir a ser possível efetuar comparações entre as unidades de saúde públicas, entre as quais as PPP*”.

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

serviços clínicos e da oferta pública hospitalar, com concomitante reorganização dos serviços e mais próxima coincidência da oferta global de cuidados de saúde com as respetivas necessidades da população abrangida. Ora, também nestes casos, a análise dos serviços prestados por estes hospitais em regime de parceria única e exclusivamente como *encargo adicional* pode, em nossa opinião, acarretar resultados erróneos.

20. Desse modo, na nossa perspectiva, realisticamente, o objeto da *Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na saúde*, deveria centrar-se nos encargos contratados, isto é, para o período indicado nos contratos e nos termos dos contratos atuais, caso contrário, concebe-se que a extrapolação destes dados pode apresentar grandes reservas quanto à colocação, sem a manifestação de interesse do concedente, do exercício de encargos futuros desta natureza, não definidos, após o termo do contrato, à data da auditoria.

B.2.2 “Acréscimo de Encargos”, “Totais dos Encargos Contratuais e ao Longo do Ciclo de Vida”, “Evolução de Encargos” e “Execução Financeira” (Parágrafos 46 a 53 do relatório)

21. Da mesma forma que se expõe nos pontos 11 a 20, se pode questionar o racional subjacente à análise de “*todo o ciclo de vida dos projetos*” e os resultados relativamente aos encargos e à respetiva evolução preconizada nos **parágrafos 46** (“Acréscimo de Encargos”), **47** (“Totais dos encargos contratuais e ao longo do ciclo de vida”), **48 a 52** (“Evolução de Encargos”) e **53** (“Execução Financeira”) do Relatório.

B.2.3 “Divergências e Gestão Contratual” (Parágrafos 62 a 65 do relatório)

22. Outro aspeto do Relatório que não é de somenos importância diz respeito à avaliação protagonizada pelo TdC à gestão contratual das PPP do sector da saúde. A esse respeito o TdC conclui favoravelmente que “a existência de encargos superiores aos previstos nos casos base não resulta, necessariamente, de uma deficiente gestão dos contratos” – **parágrafos 62 a 65 do Relatório** (sublinhado nosso). O que sempre pressuporia que tal reconhecimento fosse acompanhado de uma análise mais realística dos encargos que se



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

preveem ser de ocorrer nos anos subsequentes a 2013 em relação a cada um dos contratos.

B.2.4 “Evolução do Reporte de Encargos” (Parágrafos 66 a 69 do relatório)

23. Por sua vez, no que diz respeito ao reporte de encargos, matéria especialmente relevante do ponto de vista do Ministério das Finanças e da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças, o Relatório do TdC destaca as melhorias que já foram introduzidas, designadamente pela consideração de que “o reporte dos encargos ao nível do Ministério das Finanças apresentou melhorias em 2011, nomeadamente por via da elaboração, pela DGTF, do Relatório 2011 – Parcerias Público-Privadas e Concessões” (parágrafo 66 do Relatório).
24. Contudo, e como forma de compreender os desfasamentos identificados pelo TdC entre os encargos apresentados e os previstos nos respetivos casos bases, o TdC menciona a influência de “acontecimentos posteriores à contratação” (parágrafo 68 do Relatório) – sublinhado nosso - identificados oportunamente pela ACSS⁵. Não obstante esse mesmo reconhecimento pelo TdC, nas conclusões vertidas expressamente no Relatório, o TdC toma os encargos ocorridos até 2013 como certos e replicáveis e como ponto de partida para o cálculo da estimativa dos encargos nos anos futuros, sem considerar, quantificar e/ou ilidir o impacto desses fatores posteriores e imprevisíveis subjacentes à realidade em causa.
- Ora, em nossa opinião, esses *acontecimentos* não podem deixar de ser considerados como relevantes e, em alguns casos, determinantes para o apuramento dos encargos do Estado com as parcerias (no passado e no futuro).

⁵ Tais como “*incorporação dos montantes relativos ao protocolo celebrado no âmbito do Hospital de Cascais sobre a dispensa de medicamentos HIV/SIDA e a incorporação de um sistema de estimativa dos encargos que anteriormente estavam à responsabilidade de outros subsistemas de saúde e que passaram para o SNS*” (parágrafo 69 do Relatório).



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

B.2.5 “Possibilidade de Melhoria do Reporte de Encargos” (Parágrafo 70 do relatório)

25. Relativamente a este parágrafo, cumpre salutar a identificação pelo TdC de aspetos a melhorar no que diz respeito ao reporte de encargos – **parágrafo 70 do Relatório** (“**Possibilidade de melhoria do reporte de encargos**”), destacando-se, todavia, as seguintes observações.
26. No que diz respeito ao primeiro ponto do mencionado **parágrafo 70** do Relatório, que considera que um dos aspetos de melhoria no reporte de encargos pode concretizar-se “*pela introdução da informação financeira, relativa aos encargos no ciclo de vida*” não pode deixar de apontar-se as mesmas observações que acima se descreveram relativamente aos termos da metodologia utilizada, colocando-se em crise os cenários, como o vertido no Relatório do TdC, que assentam numa realidade extracontratual, imponderável a uma distância de 10/20 anos (para o efeito, conferir o que se disse nos pontos 8 a 10 acima);
27. Por sua vez, no que diz respeito aos pontos seguintes do **parágrafo 70**, em particular, à “determinação do valor atual dos encargos” (sublinhado nosso) e à crítica que perpassa todo o Relatório de que há uma “subvalorização dos encargos contratuais” (sublinhado nosso), destaca-se que a apresentação dos encargos plurianuais a preços constantes, não significa que se esteja a subavaliar os encargos subjacentes, significará apenas que não se está a considerar o efeito da inflação, daí a indicação expressa de «valores a preços constantes», desse modo, a conversão entre métodos é, em nossa opinião, simples. Senão vejamos.
28. Para efeitos de elaboração dos projetos, existem os dois métodos, preços constantes e preços correntes, a projeção de inflação, neste último, deverá ser a taxa anual de 2% (publicado em Despacho n.º 13208/2003 da Ministra das Finanças, de 25 de junho). O facto de se ter projetado a taxa de 2% no diploma de 2003, não significa, que seja a estimativa mais previsível de momento, uma vez que de acordo com o *Documento de Estratégica Orçamental – Ministério das Finanças* - publicado em Abril de 2012, a previsão ficará entre 1.1.-1.3. nos termos que se indicam no quadro 1 que a seguir se reproduz:



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Quadro 1. Principais Indicadores Macroeconomicos

	2012 ^{est}	2013 ^{est}	2014 ^{est}	2015 ^{est}	2016 ^{est}
PIB e Componentes da Despesa (em termos reais)					
PIB	-3.0	0.6	2.0	2.4	2.8
Consumo Privado	-6.3	-0.7	0.5	1.0	1.4
Consumo Público	-3.2	-2.9	-2.6	-2.0	-1.6
Investimento (FBCF)	-9.8	-0.6	3.1	3.7	3.9
Exportações de Bens e Serviços	3.4	5.6	6.4	6.8	6.9
Importações de Bens e Serviços	-6.4	1.6	2.6	3.6	4.0
Evolução dos Preços					
IPC	3.2	1.3	1.1	1.2	1.2
Saldo das Balanças Corrente e de Capital (em % do PIB)					
Necessidades líquidas de financiamento face ao exterior	-2.5	-0.4	1.3	3.1	4.9

Fonte: Ministério das Finanças.

Assim, os quadros dos Encargos Plurianuais com as PPP publicados no OE para os diferentes sectores, são trabalhados a preços constantes (sem efeito de inflação), e incluem o IVA sempre que aplicável aos respetivos encargos, não havendo qualquer custo ou taxa prevista que não esteja incluída.

Desse modo, não nos parece adequada a indicação de qualquer “subavaliação de custos”, quando se expressa que o quadro indicado é a preços constantes.

29. Para além do que se disse acima, ainda a respeito da crítica apontada no sentido da subavaliação dos encargos/custos, reitera-se que o estudo do “ciclo de vida” dos estabelecimentos hospitalares (a 30 anos) pode ter, em nossa opinião, fundamento num exercício meramente académico, no entanto, quando do mesmo se pretende extrair resultados reais, pode esse estudo revelar-se desadequado, em especial, na parte contratual da gestão do estabelecimento que termina ao fim de 10 anos (serviços clínicos).

Certamente, a mera hipótese de o contrato da parceria, no que diz respeito à prestação dos serviços clínicos, poder ser renovado, não significa que o será. Como vimos nos pontos anteriores acima, o facto de existir a Gestão do Edifício em regime de PPP não implica a existência de Gestão do Estabelecimento hospitalar no mesmo regime de parceria – ao invés, o TdC assume-o como certo e como ponto de partida no Relatório para as respetivas conclusões relativas aos encargos nos (supostos) 10 ou 20 anos (seguintes).



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

30. Para além disso, o estudo do “ciclo de vida” protagonizado pelo TdC no Relatório pressupõe que após a renovação do contrato, os pressupostos de partida dos encargos se mantêm inalterados (ou, no limite, se alteram numa margem insignificante para o cálculo dos encargos), desconsiderando a realidade subjacente desses 10 anos ou 20 anos seguintes. Ou seja, os resultados tal como apresentados no Relatório assumem, entre outros pressupostos, (i) o mesmo tipo de doenças, (ii) a manutenção do progresso tecnológico, (iii) a constância da evolução etária, (iv) a manutenção das taxas em geral/taxas moderadoras; (v) alterações metodológicas do SNS e (vi) um conjunto de situações (alteráveis e, de certo modo, imprevisíveis), que aliás a execução dos contratos de parcerias da saúde já mostraram existir com frequência⁶. Em nossa opinião, tal consideração é suscetível de acarretar resultados erróneos.

31. Complementarmente, a análise dos encargos na perspetiva do “ciclo de vida” e a crítica apontada no Relatório de “subavaliação dos encargos” pode, em nossa opinião, merecer ainda outras observações, uma vez que o **Quadro n.º16 do Relatório** (cuja Fonte é o Relatório do OE para 2012), bem como os **parágrafos 349 a 357 do Relatório**, refletem a *Evolução da Estimativa de Encargos Brutos com as atuais PPP* em todos os sectores (rodoviários, saúde, ferroviárias e segurança), mas, com os mesmos critérios: “encargos contratualizados”.

A esse respeito, reconhece o TdC que “o exposto não representa uma crítica aos dados apresentados DGTF”, uma vez que “a informação apresentada é relativa a encargos contratualizados”. Mas, apesar dessa correta identificação, conclui o mesmo Tribunal que “para o longo prazo, não fará sentido considerar pagamentos do Estado apenas relativamente a um edifício hospitalar, durante cerca de 20 anos, sem entrar em linha de conta com os encargos que gera a sua utilização para os efeitos que, justamente foi concebido (prestação de serviços clínicos)” e ainda salientando que “o esforço financeiro que este projetos implicam será subavaliado, se não for tido em conta todo o ciclo de vida destes projetos”, quantificando em cerca de 149% a subavaliação dos encargos dos hospitais objeto da análise (**parágrafos 350 a 357**).

⁶ Destaquem-se os exemplos relevantes que constam do próprio Relatório, por exemplo, nos **parágrafos 275 e 276** e nos **parágrafos 426, 438, 446, 454 e 462 a 466**.



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Conclusão essa – de alegada “subavaliação” - que, ao desconsiderar o que até aqui se identificou, nos merece reservas quanto à materialidade e correção dos resultados que dela se pretende extrair.

32. Por sua vez, destaque-se o que o Relatório apresenta no **parágrafo 360**: “Para efeitos de elaboração do relatório do OE e para efeitos de elaboração dos relatórios sobre PPP, nos cálculos dos valores atuais dos encargos, tem sido utilizada a taxa de desconto real de 4% referida pelo Despacho citado. Esta abordagem subavalia o impacto financeiros dos encargos de contratos públicos já assinados” e no **parágrafo 365**: “Considera-se, portanto, que a utilização de uma taxa de desconto real para o cálculo do valor atual dos encargos, não é adequada”.

Nesta matéria, importa salientar que não existe qualquer “subavaliação”, mas um método específico de tratamento dos dados, sem ocultação de qualquer encargo.

Assim, para efeitos do Relatório do OE, a informação quadro dos encargos plurianuais, para todas as PPP segue o método a preços constantes. Nesse caso, no cálculo do valor atual dos encargos futuros a taxa de desconto a utilizar deverá ser de apenas 4%, dado que não se considera o efeito da inflação para cada ano (2%). No entanto, caso no Relatório do OE se optasse por colocar os valores, por ano, a preços correntes a taxa de desconto a considerar seria, ao invés, 6,08% (resultante da atualização também do efeito de inflação $4\% + 2\% \times (1+4\%)$).

Em suma, para o apuramento do valor atual dos encargos futuros, é indiferente o método apresentado por ano, desde que se aplique corretamente a taxa de desconto, 4% para valores a preços constantes, e 6,08% para valores a preços correntes. A soma de todos os encargos atualizados deverá ser igual em ambos os casos, para o mesmo período de referência.

33. Do mesmo modo se criticam os resultados e conclusões preconizados pelo TdC nos **parágrafos 357, 362 a 365 e 373**, bem como os resultados e o que dos mesmos se pretende extrair dos **Quadros n.º 17, 18 e 19**.
34. Em detalhe, nos **parágrafos 387 e seguintes** e no **Quadro n.º 21 do Relatório**, o TdC visa a apresentação dos “encargos contratuais por período relevante” e estimativa dos encargos com os quatro grandes projetos hospitalares. No entanto, a informação



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

apresentada não identifica a taxa utilizada para o efeito dos respetivos cálculos, referindo, por um lado, “preços constantes” no título do Quadro n.º 21 e, por outro lado, “preços correntes sem IVA” na fonte do Quadro n.º 21. Com efeito, os valores atuais, dos encargos plurianuais, apurados a preços constantes de 2012 (valor atual ou valor presente), não referem a aplicação da taxa de desconto que, em qualquer caso, seria: (i) 6,08%, se utilizasse o quadro com os valores dos encargos a preços correntes; ou (ii) 4,0%, se utilizasse o quadro com os valores dos encargos a preços constantes.

35. Acrescente-se ainda que, em nossa opinião, da leitura do quadro entregue à equipa de auditoria do TdC pela DGTf a 23 de Abril de 2012, o apuramento dos encargos plurianuais, no valor presente (2012), para os quatro hospitais objeto da presente análise apresentaria resultados diferentes dos expostos no mencionado **Quadro n.º 21 do Relatório**, com uma diferença significativa de cerca de 637 milhões de euros, conforme se expõem no quadro em baixo.

Quadro de Encargos Plurianuais com os quatro grandes projetos hospitalares

(1)	(2)	(3)	(4)
Hospitais (ED + EST) em PPP	Encargos plurianuais - milhões de euros Valores atualizados para 2012* Enc. 2013 e seguintes	Encargos contratuais - milhões de euros a preços constantes (atualizados ?) Enc. 2013 e seguintes	Diferença
Hospital de Cascais	432	516	84
Hospital de Braga	832	1.038	206
Hospital de Loures	808	1.022	214
Hospital de Vila Franca de Xira	614	747	133
Total	2.686	3.323	637
Fontes:	Quadro a Preços Correntes sem IVA revisito para efeitos do OE 2012 - ACSS (* Taxa de Desconto 6,08%	Dados do Quadro n.º21 do Relatório do Tribunal Contas	

36. Na mesma linha, no **Quadro n.º 18 do Relatório do TdC**, apresenta-se o apuramento dos encargos “*sem taxa de desconto*” para os encargos plurianuais de 2013 e seguintes (até 2042), no valor de 3.313 milhões de euros, o que, em nossa opinião, pode significar, em cálculo financeiro, ignorar a apreciação de valor no tempo.
37. Em conclusão, em ambos os Quadros mencionados e nas conclusões a que se chega nos **parágrafos 358 a 404 do Relatório**, em nossa opinião, não nos parece correto ou real, com o devido respeito, o exercício de mera soma aritmética de encargos futuros de 2013 e seguintes, para demonstrar o valor atual dos encargos com as PPP na saúde. Quando se somam valores de encargos de vários anos, para determinado período,

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

deveriam ser atualizados à data da análise (Parágrafo 365 e 389 e Quadro n.º 18 e Quadro n.º 21), caso contrário podemos estar perante um problema de sobreavaliação do Relatório que, no limite, pode rondar os 24%.

B.2.6 “Possibilidade de Melhoria da Gestão Contratual” (Parágrafos 71 do relatório)

38. No **parágrafo 71** – em matéria de “Possibilidade de melhoria da gestão contratual” – analisa o TdC que “a *informação de gestão dos contratos apresenta também espaço para melhorias a nível operacional*”, observação do TdC que também se considera de salutar.

No entanto, a respeito das melhorias ao nível (i) da “*comparação objetiva entre os custos incorridos com os cuidados prestados através de unidades em PPP e os prestados nas demais unidades de saúde do SNS*”, (ii) do maior apoio no planeamento, projeção, acompanhamento dos processos de lançamento e concurso de parcerias e (iii) da gestão e execução contratual, deve destacar-se o papel da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (“UTAP”), criada pelo Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio, (“DL 111/2012”), que também reviu as normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado nos processos das parcerias público-privadas.

39. A criação da UTAP veio precisamente dar resposta e obviar às fragilidades identificadas no Relatório, designadamente, em matéria de gestão contratual definição, conceção, preparação, lançamento, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público-privadas.

Conforme identificou o legislador no preâmbulo do DL 111/2012, reconheceu-se que no sector das parcerias não existia uma unidade orgânica cuja principal missão fosse participar na preparação, desenvolvimento, execução e, especialmente, no acompanhamento global de processos de PPP, prestando, nesse âmbito, ao Governo e a outras entidades públicas, “o *necessário apoio técnico especializado*” e de forma integrada. Reconheceu-se, por essa via, à UTAP o papel central de prestação de apoio técnico a entidades públicas na gestão de contratos, bem como a possibilidade de assumir a qualidade de gestora de contratos e promover ações de formação.

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

A criação da UTAP visou, portanto, concentrar essas tarefas, que vinham sendo confiadas de modo disperso a várias entidades do setor público, almejando a gestão pública coordenada, a acumulação de experiência, a otimização dos meios técnicos e humanos ao dispor do setor público, a minimização do recurso a consultoria externa e, concomitantemente, contribuindo de modo muito significativo para a redução dos encargos a suportar pelo Estado com as parcerias público-privadas.

40. Tal como identifica o TdC – **parágrafos 170 a 182 do Relatório** – um dos custos identificados diz respeito à utilização de *“serviços de consultores especializados nas áreas técnicas da saúde, engenharia, jurídica e financeira”*. A esse nível, oportunamente, a ACSS identificou a *“necessidade de criar equipas de especialistas que reúnam as competências referidas, para realizar uma monitorização eficaz do contrato”*.

No entanto, na presente data, pode ir-se mais longe, uma vez que a UTAP já está criada e inclusive nomeado o seu Coordenador e equipa⁷, nos termos e para os efeitos do DL 111/2012. Com efeito, o Estado dispõe de uma entidade administrativa, dependente do Ministro de Estado e das Finanças, à qual foi atribuída a missão e atribuições de *“participar na preparação, desenvolvimento, execução e acompanhamento global de processos de parcerias, bem como prestar apoio técnico ao Ministério das Finanças e outras entidades públicas”*, nos termos e para os efeitos dos artigos 34.º e seguintes do mencionado DL 111/2012, suprimindo-se a falta identificada no Relatório do TdC.

41. Em conclusão, o que se expôs nos pontos 38 a 40 anteriores, tem de ser tomado em consideração pelo TdC, em especial aquando da identificação das possibilidades de melhoria do reporte de encargos, da gestão contratual e da previsibilidade de encargos, bem como na identificação dos encargos – sobretudo futuros – com as parcerias da área da saúde.

Com efeito, nesse sentido, julga-se oportuno que o MEF se pronuncie nesse sentido e da mesma forma face ao disposto nos **parágrafos 257 e 258 do Relatório** (questões relativas ao reporte) e **parágrafos 272 e 273 do Relatório** (metodologia e acompanhamento das PPP).

⁷ Cfr. Despacho n.º 16198-E/2012 do Ministro de Estado e das Finanças, de 14 de dezembro de 2012, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 245, de 19 de dezembro.



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Finalmente, deve realçar-se que a preocupação identificada pelo TdC nos **parágrafos 201 e 202 do Relatório** – alegação de que “*o lançamento dos hospitais em PPP teve essencialmente por base uma decisão política*” - surge mitigada, na medida em que o regime das PPP, que fora revisto pelo DL 111/2012, pretendeu blindar os processos de lançamento e execução de parcerias de modo a que os mesmos não avancem com base em decisões exclusivamente de natureza política.

B.2.7 “Riscos para a Previsibilidade de Encargos” (Parágrafos 72 a 74 do relatório)

42. No que diz respeito ao parágrafo do Relatório designado por “Riscos para a previsibilidade de encargos”, ao contrário do que parece deduzir-se da leitura dos **parágrafos 72 a 74, do Quadro n.º 2 e da respetiva legenda⁸, não decorre dos documentos produzidos pela DGTF a análise dos riscos e fatores mitigadores de risco preconizada no Relatório**. A informação publicada pela DGTF no “*Relatório Anual das PPP (Agosto de 2011)*”⁹ compreende a análise *a priori* dos riscos, níveis de risco e respetiva alocação e não a sua análise *a posteriori* e, principalmente, não inclui referências às consequências que são identificadas pelo TdC.

B.2.8 “Riscos ao Desempenho das Concessionárias” (Parágrafos 79 a 84 do relatório)

43. Neste ponto final das *Observações e Conclusões* do Relatório, cumpre esclarecer os seguintes aspetos relevantes.

44. No que diz respeito às remunerações das concessionárias, o Relatório assume em relação às receitas que as entidades gestoras venham a obter de terceiros e que, pelo enquadramento jurídico-contratual aplicável, têm de ser partilhadas com o Estado, como “*caso comum*” a percentagem de 25% para essa partilha e entrega de receitas ao Estado. Veja-se, para o efeito, o que consta dos **parágrafos 214 a 226 do Relatório**.

⁸ Assume-se que a referência a “DGTC” pretenda ler-se como “DGTF”.

⁹ Que se encontra disponível no site da DGTF.



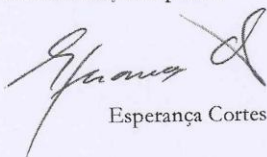
UTAP

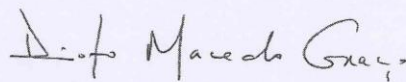
Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Considera-se, no entanto, que pode ser falível este argumento, uma vez que não é assim em todos os casos. Assim não foi, por exemplo, o que ocorreu no âmbito da parceria público-privada do Hospital de Loures, na qual foi contratualizada a prossecução de atividade comercial acessória de parafarmácia e a Entidade Gestora ficou adstrita a partilhar as respetivas receitas com a Entidade Pública Contratante numa proporção de 50%. Para além de que não se pretende criar qualquer precedente no sentido da fixação de uma percentagem (comum ou tendencialmente fixa) para este tipo de receitas e de princípio para a partilha com o Estado. Pelo contrário, entende-se que devem os gestores públicos propugnar pela maximização dos ganhos do projeto em causa e acordar os termos da partilha de receitas o mais próxima possível dos 50%.

45. Em relação ao parágrafo relativo aos “Riscos do desempenho das concessionárias” – parágrafos 80 a 84 e Quadro n.º 3 e respetiva legenda¹⁰ deve concluir-se do mesmo modo que se concluiu nos pontos 42 e 42 supra, não decorrendo dos documentos produzidos pela DGTF a análise dos riscos e fatores mitigadores de risco preconizada no Relatório.
46. Finalmente, no **parágrafo 84 do Relatório o TdC**, a respeito do Hospital de Braga, conclui o Relatório que *“verificaram-se violações das obrigações de serviço público, existindo, por isso, fundamento para a revogação do contrato pelo Estado”*. No entanto, assume-se que tal consequência resulta de mera análise teórica por parte do TdC, uma vez que, não se tem, a esta data, por certo ou por explorado qualquer cenário nesse sentido por parte da Entidade Pública Contratante. O mesmo se dizendo em relação ao **parágrafo 261 do Relatório** que, em nossa opinião, se limita a levantar a mesma dúvida.

À consideração superior.


Esperança Cortes


Diogo Macedo Graça

¹⁰ Assume-se que a referência a “DGTC” pretenda ler-se como “DGTF”.



9. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELA DIRECTORA-GERAL DO TESOUREIRO E FINANÇAS





MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral do Tesouro e Finanças

000504 16 JAN '13

A Acao TX

1. *Assunto e recepção*
2. *Inclusão no domínio*
respetivo.
lx. 18.01.2012 d.

Exmo. Senhor
Professor Doutor José Manuel Monteiro da Silva
M.I. Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas
Av^a Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

S/Ref: Proc. n.º 15/11-Audit
Data: 28 Dez 2012 - saída n.º 19875

N/Ref.
Data: 15 Jan 2013

Assunto: Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde
Exercício do Contraditório

Senhor Juiz Conselheiro:

Relativamente ao assunto em epígrafe e na sequência do solicitado através do ofício supra referenciado, serve o presente para remeter a V. Exa. os comentários que o douto Relato em apreço nos suscita, para os efeitos e nos termos previstos no artigo 13.º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na redação conferida pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, que procedeu à sua republicação.

1 - Abordagem Geral dos encargos com PPP (pág.13)

Neste âmbito, refira-se que a inclusão da gestão clínica na primeira vaga de PPP/Saúde determinou a complexidade do objeto contratual, tendo também obrigado o Estado a uma análise, avaliação e negociação bastante mais complexas, o que originou repercussões negativas ao nível do cumprimento dos respetivos prazos.

Com efeito, a característica mais marcante do modelo de PPP/Saúde traduz-se no papel que o setor privado assume na vertente da gestão clínica, dado ter sido considerado o mais vocacionado para desenvolver formas alternativas ao desempenho do universo dos hospitais públicos, tendo-se optado, no domínio clínico, pela utilização de regras empresariais que se esperava conduzirem a uma maior economia, eficiência e eficácia.

Nesta medida, a vinculação das duas entidades gestoras, entidade gestora do edifício (EGED) e entidade gestora do estabelecimento (EGEST), à entidade pública contratante, teve subjacente objetos contratuais e âmbitos temporais distintos, sendo remuneradas através de um mecanismo de pagamento com dois fluxos (construção e prestação dos serviços de infraestruturas durante o período contratual de 30 anos e cumprimento da gestão hospitalar e prestação de serviços clínicos por um prazo de 10 anos), o que permite avaliar e a classificar, isoladamente, o desempenho da gestão clínica privada.

Assim, este modelo possibilita que a remuneração dos serviços clínicos prestados possam ser revistos por períodos subsequentes de 10 anos, tendo em conta os ganhos de eficiência alcançados pelo avanço da ciência médica, situação que não seria possível com a fixação da referida remuneração, no momento da assinatura do contrato, para toda a sua vigência. Por outro lado, e atendendo à avaliação económico-financeira que venha a ser efetuada no final de cada período contratual de 10 anos, a gestão clínica, poderá, em casos extremos, reverter para a esfera pública.

SL

Solicita-se que na resposta seja indicada a referência deste documento e nº de processo





MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral do Tesouro e Finanças

2 - Acréscimo de encargos (pág. 13)

Nesta sede, e na decorrência das perspectivas necessariamente diferentes demonstradas quer pelo Estado, enquanto parceiro público, quer pela entidade gestora, enquanto parceiro privado, é de salientar que a contratação de serviços clínicos ficou, nalguns casos, dependente da resolução de aspetos relacionados com a elevada complexidade dos requisitos dos edifícios hospitalares, que conduziram à dilatação dos prazos estabelecidos para a respetiva entrada em funcionamento.

Aliás, é de notar que os atrasos verificados, quer no lançamento dos diversos concursos, quer no desenrolar das respetivas fases, resultaram, no último trimestre de 2007, em quatro concursos a decorrer em simultâneo.

Mais se refira que a não existência de uma experiência acumulada que permitisse uma consolidação e sistematização de requisitos, como seja o caso dos níveis de serviço, pode ter contribuído para a dilatação dos prazos de conclusão de várias etapas dos concursos, nomeadamente no caso do Hospital de Cascais.

Nestes termos, da análise dos fluxos financeiros resulta que o acréscimo de encargos é, essencialmente, justificado por dois aspetos que se conjugaram devido às derrapagens temporais verificadas nos procedimentos concursais dos Hospitais de Cascais e Vila Franca de Xira, ou seja, a assinatura dos contratos pelas entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares acima referidos coincidiu com o início de funcionamento das novas unidades de gestão clínica dos Hospitais de Vila Franca de Xira e Braga. Estes factos são ainda mais significativos se atendermos ao peso relativo predominante dos encargos com cuidados de saúde comparativamente ao custo das infraestruturas hospitalares.

3 – Total dos encargos contratuais e ao longo do ciclo de vida (pág.13)

Neste âmbito, ou seja, no racional subjacente às estimativas apresentadas no douto Relato, não se encontram evidenciados, nem são elencados os pressupostos admitidos para as projeções dos encargos ao longo de todo o ciclo de vida dos hospitais em causa, particularmente os concernentes aos encargos com os cuidados de saúde (demografia, evolução futura dos custos clínicos, aplicação de novas tecnologias na saúde, ex. telemedicina, etc).

Apesar disso, para se efetuar o cálculo das estimativas de custos, para todo o ciclo de vida desses hospitais, seria também necessário reformular o modelo atual de cada caso-base, atendendo ao novo horizonte temporal, servindo os pressupostos acima referidos como *input* aos caso-base revistos.

4 - Evolução de encargos (pág.14)

Relativamente a esta matéria, e com base nos dados disponibilizados pela ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde, os encargos com as parcerias da saúde, a preços constantes de 2012, encontram-se em fase crescente, alcançando, em 2016, o seu valor mais significativo de 384 M€, como também é referido no douto Relato da auditoria ora efetuada.

Se atendermos à evolução de encargos de 2012, relativamente a 2011, verificamos que existiu um acréscimo de 33%, justificado pelo crescimento dos serviços oferecidos aos utentes, pelo início de funcionamento da nova unidade de gestão clínica do Hospital de Vila Franca de Xira e pela entrada em exploração do novo Hospital de Braga.

A referência, efetuada no douto Relato, à estimativa de custos para o ciclo de vida dos referidos hospitais até à sua fase final contratual, assenta no pressuposto de que a gestão clínica manter-se-á, durante todo o prazo da parceria, na esfera da gestão privada para a generalidade dos hospitais em causa, o que pode não vir a verificar-se.

Solicita-se que na resposta seja indicada a referência deste documento e nº de processo



MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral do Tesouro e Finanças

5 – Divergências e gestão contratual (pág.16)

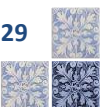
Neste contexto, a existência de divergências entre os encargos incorridos e os inicialmente previstos estão diretamente relacionados com a maior abrangência e complexidade da atividade clínica desenvolvida, não resultando daí que haja, necessariamente, um prejuízo imponderável para a Entidade Pública Contratante, tanto mais que os encargos decorrentes da prestação de serviços clínicos são anualmente revistos e contratualizados entre as partes.

Com os melhores cumprimentos. *também pessoais*

DIRETORA-GERAL

Elsa Rondon Santos

DCGC 16 01 13 01147





10. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO DIRECTOR-GERAL DA SAÚDE





10.JAN.2013 398

Exmo. Senhor
 Professor Doutor José Manuel Monteiro da Silva
 Juiz Conselheiro Responsável pela Área de Controlo do
 SPE
 Tribunal de Contas
 Av. Barbosa do Bocage, 61
 1069-045 LISBOA

Sua referência Sua comunicação de Nossa referência Data
 Of. n.º 19876 28.12.2012 DGS/DIR/55 de 03.01.2013

ASSUNTO: **Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde (CASNS). Exercício do Contraditório**

No âmbito do Relato apresentado pelo Tribunal de Contas, em sede de auditoria às PPP, relativa ao Centro de Atendimento do SNS (CASNS), a Entidade Pública Contratante (EPC), responde ao contraditório nos seguintes termos:

Globalmente, a análise apresentada neste Relato afigura-se correta, em conformidade com as indicações transmitidas pela DGS, na qualidade de EPC e, em consonância com as observações efetuadas tendo por base os quadros e gráficos específicos apresentados sobre o CASNS.

Importa, no entanto, clarificar alguns aspetos:

Pág. 29 - Quadro N.º 6

A EPC considerou que este quadro apenas diria respeito às PPP que incluíssem uma construção de raiz, razão pela qual considerou que esta informação não lhe seria aplicável. No entanto, cumpre informar que os dados relativos à área bruta de implantação, nº de pisos e lugares de estacionamento, nos Centros de Lisboa e Porto são os que constam no quadro seguinte:

Contrato	Área bruta de implantação	Nº pisos	Estacionamento
CASNS	Lisboa = 1260 m ²	1º andar A = 212m ² 1º andar B = 222m ² 1º andar C = 413m ² 1º andar D = 413m ²	20
	Porto = 498,85 m ²	1º andar "FG" + "FH" = 498,85 m ²	8

Pág. 33 – Nota de rodapé n.º 76

Deverá ler-se " No caso do CASNS existe uma equipa de gestão do contrato, na DGS."

Pág. 34 – Parágrafo 167

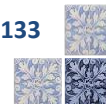
O Relato refere que "No caso da PPP gerida pela Direção-Geral de Saúde (CASNS) as funções de gestão desenvolvem-se no âmbito de uma equipa com seis membros, incluindo um coordenador."

Salienta-se que existe, ainda, o Gestor do Projeto com as atribuições definidas contratualmente.

Alameda D. Afonso Henriques, 45
 1049-005 LISBOA

Tel: 21 843 05 00 Fax: 21 843 05 30
 E-mail: geral@dgs.pt

DETC 10 01'13 00662





Quanto à equipa afeta ao Centro de Atendimento, reforça-se o seu carácter pluridisciplinar nas diversas áreas de atuação que asseguram quer ao nível da monitorização quer ao nível da coordenação, mecanismos de controlo e acompanhamento regular da atividade por parte da operadora.

Pág. 42 – Parágrafo 225

Esclarece-se que, de acordo com o Contrato, a EPC tem 30 dias para pagar 95% do valor total da fatura apresentada a pagamento.

Pág. 52 – Parágrafo 287

Sobre a variação aqui constatada relativamente ao CASNS, considera-se, em bom rigor, que não se deve qualificar “... maior variação” por força do que se refere no parágrafo 323.

Pág. 68 – Quadro 22

Quando se refere “Encargos incorridos (2009-2012)” deverá ler-se “Encargos incorridos (2007-2012)”.

Mantemo-nos ao dispor para prestar outros esclarecimentos tidos por necessários.

Melhores cumprimentos,

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

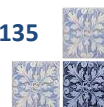
CS/ac

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA

Tel: 21 843 05 00 Fax: 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt



11. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ACSS





ACSS-01640-13/JAN/22

S/referência: Ofício n.º 19877, de 28-12-2012
Proc.º n.º 15/11 - Audit

Exmo. Senhor Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas
Professor Doutor José Manuel Monteiro da Silva
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

N/referência: 24-2013-UGR

C/c ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde

**Assunto: Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde.
Exercício do contraditório.**

No seguimento do vosso ofício acima referenciado, remetendo o relato de auditoria para exercício do contraditório, somos a enviar a V. Exa. em formato CD-ROM os ficheiros respeitantes à pronúncia sobre o seu conteúdo (ficheiro Word), bem como oito anexos que se entendeu pertinente juntar (formato pdf).

Com os melhores cumprimentos.

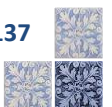
*A Acao IX,
1. Acausa e receção
2. Indica ao chronic
relativo.
L. 24.1.2013*

O Presidente do Conselho Diretivo

(João Carvalho das Neves)

*Respondido em
25/01/2013, of. nº 1101*

DGTC 23 01'13 01651





Tribunal de Contas

Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde

Processo nº 15/11 Audit - Exercício de Contraditório - ACSS

ENQUADRAMENTO

O Decreto -Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, que aprovou a nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde, veio redefinir as atribuições da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), como entidade da administração indireta do Estado. Em consequência, o diploma orgânico da ACSS, designadamente o Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, estipulou, entre um conjunto de missões e atribuições, que cabe à ACSS a coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de Parceria Público-Privada (PPP).

Os novos estatutos da ACSS aprovados pela Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio, definem que a coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de PPP se encontra na responsabilidade do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde da ACSS. Na mesma Portaria, ficou ainda estabelecido que o apoio a processos de investimento em PPP é da responsabilidade do Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde da ACSS.

Desta forma, o trabalho da ACSS na área das PPP conta com a colaboração das Administrações Regionais de Saúde e da Direção-Geral de Saúde que, em representação do Estado, outorgaram os Contratos PPP tendo, igualmente, a responsabilidade de Gestão dos mesmos. Nesse sentido e tendo em conta que a auditoria levada a cabo pelo Tribunal de Contas é subordinada ao tema dos encargos do Estado com as PPP na Saúde, importa considerar as competências das várias entidades nesta matéria, nomeadamente na área da gestão corrente e operacional dos Contratos PPP.

É neste quadro que a ACSS apresenta ao douto Tribunal os esclarecimentos tidos por convenientes para a conclusão do Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde.



I SUMÁRIO EXECUTIVO

49 *“O acréscimo do total acumulado de encargos incorridos em 2012, relativamente a 2011, foi estimado em cerca de 346,7 milhões de euros, o que representa um acréscimo de encargos superior a 55%.”*

É importante notar que os Projetos PPP têm iniciado as suas operações de forma faseada:

- Cascais: EGEST - janeiro de 2009 e EGED - fevereiro/março de 2010
- Braga: EGEST - setembro de 2009 e EGED - maio de 2011
- Vila Franca de Xira: EGEST - junho de 2011
- Loures: EGEST e EGED - janeiro de 2012

Nesse sentido, compreende-se que o acréscimo do total acumulado de encargos incorridos em 2012, relativamente a 2011, seja significativo o que, em grande medida, se justifica por duas situações concretas:

- (i) Abertura do novo Hospital de Loures em janeiro de 2012 que, por não ser de substituição, origina logo a remuneração de ambas as entidades gestoras (EGEST e EGED);
- (ii) Em 2011 o Hospital de Vila Franca de Xira contou com 7 (sete) meses de operação enquanto em 2012 a sua atividade já foi anual.

55 *“No caso dos Hospitais de Vila Franca de Xira, que ainda não iniciou a sua atividade clínica, e de Loures, que iniciou a sua atividade em 2012, o estágio de execução dos contratos, ainda não permite a existência de qualquer processo de reconciliação.”*

O Hospital de Vila Franca de Xira em regime de PPP iniciou a sua atividade clínica em junho de 2011 no antigo Hospital de Reynaldo dos Santos (período de transição). A entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar está prevista para março de 2013.

61 *“As diferenças entre os encargos verificados e os previstos nos casos base resultam:*





- *Existência de encargos não previstos no caso base;*

Embora se verifiquem, de facto, encargos não previstos nos casos base importa, contudo distinguir duas situações diferentes: (i) encargos que não foram modelizados nos casos base mas que resultam de obrigações contratualmente previstas como, por exemplo, a dispensa de medicamentos em farmácia hospitalar não associados a atos de produção e (ii) encargos que resultam de Protocolos que vieram garantir a prestação de cuidados de saúde adicionais que não estavam previstos nos Contratos de Gestão.

- *“Matéria de natureza fiscal - uma vez que sobre as remunerações das entidades gestoras dos estabelecimentos incide imposto sobre o valor acrescentado;”*

A remuneração das entidades gestoras dos estabelecimentos pela prestação dos serviços clínicos está isenta de IVA. O IVA incide na remuneração das entidades gestoras dos edifícios.

70 *“O sistema de reporte dos encargos é ainda suscetível de incorporação de melhorias.*

- *Pela introdução da informação financeira, relativa aos encargos no ciclo de vida, já referida.”*

Importa salientar que os encargos resultantes da componente clínica das PPP não foram considerados, como encargos PPP, para a totalidade do ciclo de vida dos projetos na medida em que a prestação de serviços poderá deixar de ser realizada em modelo PPP.

- *“...Em 2012, começam a existir condições para tipificar os fatores que conduzem a alterações às estimativas iniciais, e quantificação dos seus efeitos.*

Estando em execução os contratos das quatro grandes unidades hospitalares, a análise dos encargos já verificados permite a melhoria das estimativas dos encargos futuros, em especial dos seus potenciais desvios face às previsões dos casos base.”



A ACSS tem em curso um trabalho de revisão das estimativas de encargos futuros até ao final dos períodos contratuais na vertente dos serviços clínicos. Este trabalho incorpora (i) os resultados da elaboração de projeções demográficas (com base no último Censos 2011) para as áreas de influência de cada uma das quatro grandes unidades hospitalares, (ii) a informação histórica mais recente (últimos 5 anos) relativamente a todas as variáveis que influenciam o cálculo dos pagamentos do Estado e (iii) os resultados dos últimos procedimentos de negociação da produção prevista para 2013. O trabalho incluirá igualmente um conjunto de cenarizações com base em diferentes pressupostos de evolução da procura, prevendo-se que possa estar concluído até ao final do primeiro semestre do corrente ano.

- *“No que diz respeito à determinação do valor atual dos encargos, pela não utilização da taxa de desconto de 4%, prevista no Despacho n.º 13208/2003, de 2 de Junho, da Ministra das Finanças, por se entender que esta não é aplicável em sede de execução dos contratos, mas apenas durante a análise a empreender durante o processo de contratação.”*

A este respeito esclarece-se que o reporte mensal de encargos com as PPP elaborado pela ACSS e remetido à Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTf) assenta apenas em preços nominais com IVA (os encargos com as entidades gestoras dos edifícios e com o Centro de Atendimento do SNS incluem IVA). Em relação às estimativas de encargos futuros com as PPP para efeitos de elaboração dos Relatórios do Orçamento do Estado, a informação remetida pela ACSS apresenta as estimativas de encargos a preços nominais, com e sem IVA, e a preços constantes, com e sem IVA, ao ano de elaboração do respetivo Relatório do Orçamento do Estado.

71 *“A informação de gestão destes contratos apresenta também espaço para melhorias, a nível operacional.”*

- *Os gestores dos contratos referem que seria desejável que estes fossem mais envolvidos no processo de fixação das dotações orçamentais. Estes técnicos referem deter um melhor conhecimento de todos os aspetos que estão na base dos encargos anuais.”*

A ACSS também reconhece que os gestores dos contratos são, efetivamente, uma mais-valia no processo de determinação das dotações orçamentais a alocar às PPP. Nesse sentido, para efeitos da





elaboração do Orçamento Global das PPP para 2013, a ACSS contou com a colaboração da ARS de Lisboa e Vale do Tejo (PPP de Cascais, Loures e Vila Franca de Xira) e da ARS Norte (PPP de Braga), tendo as estimativas de encargos apresentadas pelas referidas Administrações Regionais sido consideradas na definição do orçamento proposto pela ACSS.

Ainda assim, deve-se salientar que os orçamentos para 2013 das PPP propostos à Tutela tiverem, necessariamente, de levar em consideração dois aspetos essenciais: (i) a atual conjuntura de fortes restrições orçamentais e (ii) a relativa estabilização do financiamento no âmbito dos Projetos PPP.

- *“A possibilidade de ser efectuado um benchmarking de custos para o SNS, comparando as unidades em PPP com outras unidades do Sistema.”*

Sobre esta matéria informa-se que a ACSS partilha da preocupação manifestada pelo Tribunal de Contas no sentido de se avaliar a continuidade do conceito de *Value for Money* que esteve subjacente na opção pelo modelo PPP. Nesse sentido, é intenção desta Administração Central proceder à realização da referida análise. Tendo em conta que o ano de 2012 já reflete a atividade desenvolvida nos novos edifícios hospitalares (excetuando o caso da PPP de Vila Franca de Xira), o trabalho será realizado assim que se finalizarem os processos de apuramento de resultados relativos ao ano mencionado anteriormente.

79 *“As entidades gestoras dos estabelecimentos das PPP com contratos há mais tempo em execução (casos dos Hospitais de Cascais e de Braga), apresentam resultados líquidos negativos e capitais próprios também negativos, situação que atribuem a diversos fatores, entre os quais:”*

Não obstante os fatores elencados no Relato, importa destacar que, em sentido inverso, o corte nos salários e nos subsídios dos funcionários públicos teve um impacto positivo nos resultados das entidades gestoras dos estabelecimentos.



II CORPO DO RELATO

144 *“Aliás, apenas a PPP do Hospital de Cascais tem, para cada uma das entidades concessionárias, só um acionista. Trata-se, no caso da EGEST, da HPP - Hospitais Privados de Portugal, SGPS, S.A., por sua vez pertencente ao Grupo CGD.”*

Informa-se que no âmbito do Memorando de Entendimento celebrado entre o Estado Português, a Comissão Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu, decorreu no final de 2012 o processo de alienação, por parte do Grupo CGD, da Caixa Seguros e Saúde, SGPS, S.A.

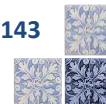
152 *“A Estrutura de Missão Parcerias.Saúde veio a ser integrada na ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, tendo sido constituída a Unidade de Gestão do Programa de Parcerias.”*

Esclarece-se que a Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio, publicada no Diário da República, 1.ª série - N.º 99 - 22 de maio de 2012, aprovou os novos estatutos da ACSS não tendo sido definido um departamento ou unidade especificamente dedicada às PPP. Não obstante, nos termos da alínea b) do Artigo 4.º da referida Portaria, a coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de parceria público-privada ficou na responsabilidade do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde da ACSS. Na mesma Portaria, mais concretamente na alínea z) do Artigo 5.º, ficou ainda estabelecido que o apoio a processos de investimento em parcerias público-privadas é da responsabilidade do Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde da ACSS.

155 *“QUADRO N.º 8 - ESTRUTURA DE GESTÃO DOS CONTRATOS PPP”*

Importa salientar que no Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, publicado no Diário da República, 1.ª série - N.º 33 - 15 de fevereiro de 2012, o n.º 4 do Artigo 3.º (Missões e atribuições) veio reforçar o papel da ACSS na coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de parceria público-privada.

191 *“Sobre esta matéria, foi veiculada ao TC a convicção de que efetivamente o processo de orçamentação poderia ser melhorado através da “promoção de um envolvimento mais*





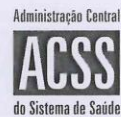
atempado e, nessa medida, mais efetivo da Gestão do Contrato na definição, pelo Ministério da Saúde e pela ACSS, dos orçamentos anualmente disponíveis para a negociação pela ARSLVT no âmbito dos procedimentos anuais das Entidades Gestoras”.

Sobre esta questão remete-se para o esclarecimento prestado no parágrafo 71 do Sumário Executivo.

215 *“A entidade gestora do edifício tem uma remuneração anual que inclui uma remuneração base anual relativa à disponibilidade e uma componente relativa a deduções a efetuar em função dos níveis de desempenho, ou seja, a remuneração base tem uma componente variável e uma fixa.”*

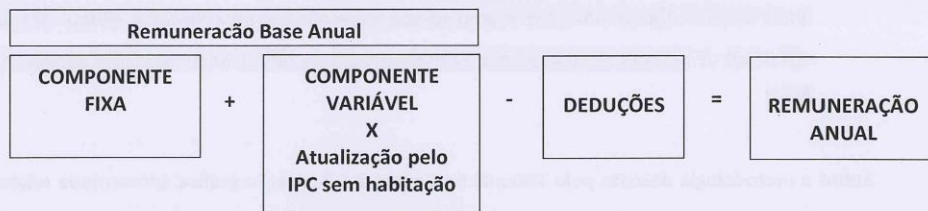
Sobre a metodologia descrita pelo Tribunal de Contas e a ilustração gráfica apresentada relativa ao mecanismo de remuneração das entidades gestoras dos edifícios, importa efetuar um esclarecimento. Com efeito, os Contratos de Gestão das PPP de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira preveem uma remuneração anual das entidades gestoras dos edifícios assente (i) numa remuneração base e (ii) numa componente relativa a deduções a efetuar em função de falhas de desempenho. Assim, a “componente variável” que se associou, no Relato, a níveis de desempenho (eventuais deduções a aplicar e que têm efeitos na remuneração anual das EGED) não representa uma remuneração variável por serviços prestados. O que se estipula contratualmente é a aplicação de deduções por falhas de disponibilidade e de serviço podendo, no caso das falhas de serviço, ser aplicada uma dedução até 10% da remuneração base anual e, em conjunto com as falhas de disponibilidade, ser aplicada uma dedução até 100% da remuneração base anual.

Efetivamente, os Contratos de Gestão referidos anteriormente preveem uma componente fixa e um componente variável da remuneração base, ou seja, um valor previamente fixado e imutável (componente fixa mas não necessariamente igual para todos os anos) para cada ano de vigência contratual e um valor anual (componente variável) por cada ano de vigência do contrato que é sujeito a uma atualização em função da evolução do IPC sem habitação.



Assim, na componente fixa da remuneração base anual o risco de inflação é retido pelo parceiro privado enquanto na componente variável da remuneração base anual o risco de inflação é retido pelo parceiro público.

Do ponto de vista da ilustração gráfica, o mecanismo de remuneração das EGED previsto nos Contratos de Gestão das PPP de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira poderá ser representado da seguinte forma:



Relativamente à PPP de Loures o Contrato de Gestão introduz uma inovação face aos Contratos de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira na medida em que pressupõe apenas uma componente da remuneração base anual. Trata-se de um valor fixo e igual a preços constantes mas atualizado em função da evolução do IPC sem habitação.

217 *“Uma vez que é entregue mensalmente um duodécimo do montante inicialmente previsto que a EGED viesse a receber no respetivo ano, findo esse ano é feito um acerto de contas, descontando ao que é efetivamente devido os pagamentos entretanto efetuados por duodécimos.”*

Salienta-se que o duodécimo mensal corresponde a 90% do valor previsto, conforme referido no parágrafo 220 do Corpo do Relato.

219 *“A remuneração da entidade gestora do estabelecimento contabiliza os serviços clínicos e a disponibilidade dos serviços, mas também os pagamentos de fármacos das farmácias comunitárias, o que perfaz a sua remuneração base anual de onde são deduzidas as multas e*





penalizações, bem como parte (caso comum, 25%) das receitas a entregar ao Estado provenientes de terceiros e que são, por contrato, partilhadas com o Estado.”

Consideramos que a referência a “disponibilidade dos serviços” devia ser “disponibilidade do serviço de urgência”.

Quanto aos pagamentos de fármacos das farmácias comunitárias, esclarece-se que a remuneração das entidades gestoras dos estabelecimentos não contabiliza os fármacos das farmácias comunitárias. O que os Contratos de Gestão preveem é um ajustamento a efetuar na remuneração das EGEST em função da prescrição de medicamentos pelos hospitais PPP e adquiridos nas farmácias comunitárias. Mais concretamente, este ajustamento pode traduzir-se num valor positivo ou negativo a acrescer à remuneração das EGEST na medida em resulta do seguinte cálculo:

$$Med_t = [20\% \times (Rpc_t - Dpc_t)] \times Ute_t$$

Ou seja, o valor positivo ou negativo a ajustar num determinado ano t [Med_t] corresponde a 20% da diferença entre o valor de referência da despesa *per capita* relativa a comparticipações financeiras na aquisição de produtos farmacêuticos [Rpc_t] e a despesa *per capita* efectivamente incorrida pelo Estado relativa a comparticipações na aquisição de produtos farmacêuticos prescritos pelo hospital PPP [Dpc_t], multiplicada pelo número de utentes beneficiários do SNS atendidos pelo hospital PPP [Ute_t].

Por outro lado importa salientar que os preços unitários de referência refletem a inclusão de todos os serviços incluídos nos actos de produção (doentes equivalentes, consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia), nomeadamente, entre outros, os medicamentos dispensados pela farmácia hospitalar, ou seja, medicamentos que estão associados a atos de produção verificados nos hospitais PPP.

Fora destes casos, ou seja, medicamentos não associados a atos de produção mas que, legalmente, apenas podem ser dispensados em farmácia hospitalar, as entidades gestoras dos estabelecimentos PPP têm o direito de os faturar à entidade pública contratante.



220 *“A maior parte dos pagamentos são devidos pelo SNS...”*

Em relação à ilustração gráfica, esclarece-se que a dedução das Receitas do Ensino Pré-Graduado que cabem ao Estado verifica-se apenas na PPP do Hospital de Braga e que as Receitas Comerciais de Terceiros a partilhar com o Estado também são deduzidas (e não acrescidas) à Remuneração Anual da EGEST.

222 *“Quanto ao CMFRS, o cálculo da sua remuneração, baseia-se nos dias de internamento e no número de consultas aos quais são aplicadas fórmulas contratualmente definidas. A esta remuneração base anual são deduzidas as multas e penalizações que resultam da avaliação do seu desempenho e as receitas comerciais de terceiros que cabem ao Estado.”*

À semelhança dos Contratos de Gestão das PPP hospitalares, esclarece-se que o Contrato do CMFRS prevê igualmente a dedução (i) da parcela a cargo de terceiros pagadores, (ii) das receitas de terceiros pagadores a partilhar com o Estado e (iii) das taxas moderadoras.

225 *“Até ao final do mês seguinte, a operadora apresenta a fatura com a discriminação dos serviços prestados, das deduções, da conversão dos serviços prestados e a indicação da remuneração devida no mês, tendo a EPC 30 dias para pagar.”*

Esclarece-se que, de acordo com o Contrato, a fatura apresentada mensalmente pela operadora é paga pela EPC em apenas 95%.

232 *“Por outro lado, no que respeita aos restantes grandes projetos, verifica-se que, embora as BAFO tenham apresentado abaixo do custo público comparável, o certo é que a respetiva vertente de serviços clínicos situou-se 13% acima do mesmo referencial, no caso do Hospital de Vila Franca de Xira, 33% no caso do Hospital de Cascais e 48% no caso do Hospital de Loures.”*

Os desvios verificados e identificados no Relato dizem respeito aos serviços infraestruturais e não aos “serviços clínicos”.





248 *“Para além da inexistência, na prática, de comparação de custos entre unidades em PPP e noutros regimes...”*

Sobre esta observação remete-se para a informação prestada no parágrafo 71 do Sumário Executivo.

263 *“Os encargos verificados em relação a cada contrato PPP da Saúde, são os que constam do quadro seguinte.”*

Uma vez que o âmbito temático da auditoria levada a cabo pelo Tribunal de Contas é subordinado ao tema dos encargos do Estado com as PPP na Saúde, seria importante notar que o QUADRO N.º 11 – ENCARGOS INCORRIDOS POR CONTRATO reflete, para além dos encargos da esfera do Estado (SNS e subsistemas públicos de saúde), todos os outros encargos decorrentes do contrato, nomeadamente os incorridos por terceiros pagadores (seguradoras) e por utentes (taxas moderadores), sem prejuízo desta evidência estar demonstrada na análise desenvolvida no Anexo ao Relato da Auditoria.

267 *“O acumulado de encargos subiu cerca de 346,647 milhões de euros de 2011 para 2012, o que representa, a preços de 2012, um acréscimo de 55%.”*

Sobre esta questão remete-se para o esclarecimento prestado no parágrafo 49 do Sumário Executivo.

272 *“Não resultando as referidas diferenças face ao caso base de deficiente gestão do contrato, resultarão, em qualquer caso, de deficiente estimativa, em sede de processo de contratação, uma vez que, na maioria dos contratos, o período de execução é, ainda, relativamente curto. Assim, à falta de outra de explicação, será sempre de admitir que tal ficará a dever-se a incorreção metodológica, ou a deficiente planeamento setorial, que enviesam as previsões utilizadas em sede dos procedimentos de contratação.”*

Sobre esta questão importa ter presente que a complexidade inerente a uma previsão de atividade assistencial não deve ser negligenciada e que, na maioria dos procedimentos PPP, o período que mediou o lançamento do procedimento concursal e o início do contrato foi significativamente longo (superior a 4 anos nas PPP de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira).

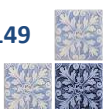


275 “A diferença entre a evolução dos encargos previstos no caso base e a evolução dos encargos verificada durante a execução, resulta da influência de diversos fatores, dos quais os mais significativos são:

- *Existem encargos não previstos no caso base. Alguns destes encargos têm origem em acordos ou protocolos (por exemplo, caso da dispensa de medicamentos HIV/SIDA), mas existem outros que, tendo enquadramento contratual, de acordo com a informação prestada pelas entidades públicas gestoras, não foram contemplados no caso base (caso comum da dispensa de medicamentos em ambulatório). Acresce que não existe uma regra única para todos os contratos de PPP que justifique que determinados encargos tenham ficado fora do caso base. Existem PPP em que, por exemplo, os encargos com a dispensa de medicamentos HIV/SIDA têm sido considerados encargos adicionais apenas no período de transição (ex: antes da entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar - PPP do Hospital de Braga) e outros casos em que existem encargos da mesma natureza já depois do período de transição (ex: PPP do Hospital de Cascais).”*

Em relação à dispensa de medicamentos em ambulatório e conforme já foi referido no esclarecimento prestado no parágrafo 219 do Corpo do Relato, importa salientar que os preços unitários de referência refletem a inclusão de todos os serviços incluídos nos actos de produção (doentes equivalentes, consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia), nomeadamente, entre outros, os medicamentos dispensados pela farmácia hospitalar, ou seja, medicamentos que estão associados a atos de produção verificados nos hospitais PPP. Nesse sentido, os encargos relativos a medicamentos que não estão contemplados nos casos base dizem respeito à cedência de medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar que não estão associados a atos de produção verificados nos hospitais PPP.

No que diz respeito aos encargos adicionais (não previstos no caso base) com a dispensa de medicamentos HIV/SIDA no período de transição da PPP do Hospital de Braga, tal situação deveu-se à necessidade de dar resposta a situações que existiam antes e após o início da PPP do Hospital de Braga (doentes existentes e novos doentes) e cujo tratamento nos termos do Contrato de Gestão não estava clarificado no que se refere ao seu perfil assistencial para o período de operação no antigo Hospital de São Marcos. Para colmatar esta lacuna foi celebrado de um Acordo de





Interpretação do Contrato de Gestão referente à prestação de actos em ambulatório a doentes portadores de VIH/SIDA.

Quanto à PPP do Hospital de Cascais a questão do acompanhamento em ambulatório a doentes portadores de VIH/SIDA é semelhante à verificada na PPP do Hospital de Braga. Contudo, ao contrário do Hospital de Braga que já previa a valência de infecilogia no novo edifício hospitalar, o procedimento concursal do Hospital de Cascais não previu, na sua carteira de serviços, a prestação de cuidados em ambulatório a doentes portadores de VIH/SIDA. Nessa medida, houve igualmente a necessidade de se celebrar um Protocolo (renovado anualmente) para garantir o acompanhamento dos referidos doentes.

291 *“A PPP do Hospital de Cascais apresenta uma diferença entre os encargos verificados e os previstos no caso base, no período 2010-2012¹⁰¹, em média, de 15,392 milhões de euros, dos quais 11,823 milhões de euros correspondem a encargos que não foram previstos no caso base.”*

Sobre o período considerado 2010-2012, refere a nota de rodapé n.º 101 que corresponde a anos completos de execução contratual já no novo edifício hospitalar. Porém, importa clarificar que a transferência para o novo edifício hospitalar decorreu entre fevereiro e março de 2010 tendo sido concluída apenas em 15 de março de 2010.

365 *“Considera-se, portanto, que a utilização de uma taxa de desconto real para o cálculo do valor atual dos encargos, não é adequada.”*

Sobre esta questão remete-se para o último esclarecimento prestado no parágrafo 70 do Sumário Executivo.

371 *“...Foram também incorporados nas projeções, os montantes cuja responsabilidade de pagamento cabe aos utentes, e ainda, os ajustamentos decorrentes dos desvios face ao caso base já verificados¹³⁵ nos anos anteriores e que se considera que poderão vir a verificar-se durante toda a vida destes projetos.”*



Refere a nota de rodapé n.º 135 que *“Para efeitos de previsão orçamental haveria vantagem na revisão das projeções em cada ano, na medida em que atualmente também existem projetos em fase de arranque e cujos encargos poderão não ser típicos e sobreponíveis a fases de cruzeiro.”*

Conforme foi referido no segundo esclarecimento prestado no parágrafo 70 do Sumário Executivo, a ACSS tem em curso um trabalho de revisão das estimativas de encargos futuros até ao final dos períodos contratuais na vertente dos serviços clínicos.

385 *“O quadro supra demonstra o que foi referido quanto à justificação do máximo de encargos ser atingido entre 2013 e 2017. Àquele período corresponde um máximo de encargos com a componente relativa aos edifícios (linha inferior do gráfico), uma vez que nele os encargos com as remunerações das EGEST dos Hospitais de Braga e de Vila Franca de Xira são mais elevadas.”*

Esta é uma questão relacionada com o pagamento dos serviços infraestruturais (EGED) e não com as “remunerações das EGEST”.

Sobre este ponto importa ainda salientar que, de facto, os perfis de pagamentos das EGED apresentados nas propostas adjudicadas das PPP de Braga e Vila Franca de Xira, concentram um maior volume de encargos para o Estado nos primeiros anos de execução contratual. Este perfil de “antecipação de pagamentos” justifica-se com o agravamento das condições de financiamento inerentes à crise económico-financeira.

397 *“Quanto ao CMFRS, prevendo-se o término do atual contrato para 2013, desconhece-se a solução preconizada para a continuação do serviço prestado, sendo certo que o contrato não contempla a possibilidade de prorrogação. À data dos trabalhos de auditoria, não existia ainda qualquer procedimento concursal lançado.”*

Informa-se que a ACSS, em conjunto com a ARS Algarve, encontram-se a preparar uma proposta sobre esta matéria, a qual será apresentada à Tutela.

398 *“Como se pode verificar no quadro seguinte,...”*

14/29





A coluna “ Encargos Incorridos (2009-2012) ” do QUADRO N.º 22 – ENCARGOS COM O CASNS E O CMFRS, corresponde aos encargos incorridos no período 2007-2012.

416 *“Relativamente à EGEST do Hospital de Cascais, verificaram resultados líquidos negativos em 2010¹⁵⁰ e 2011¹⁵¹ bastante mais acentuados do que previa o caso base.”*

Refere a nota de rodapé n.º 151 que o Resultado Líquido da EGEST em 2011 foi de - 8,1 milhões de euros. De acordo com o *Relatório de Gestão do Ano 2011* da HPP Saúde - Parcerias Cascais, nomeadamente no ponto 7 (Proposta de Distribuição de Resultados) cuja cópia se anexa (Anexo I), o Resultado Líquido da sociedade foi de - 2.230.983,75 euros. Este resultado é igualmente evidenciado na Certificação Legal de Contas e nas demonstrações financeiras (balanço e demonstração de resultados), cujas cópias também se anexam (Anexo II).

428 *“Outro caso a sublinhar é o da EGEST do Hospital de Braga. Esta concessionária encerra o exercício de 2011 com capitais próprios de - 7,245 milhões de euros. Para esta situação concorre o seu historial de resultados.”*

De acordo com as demonstrações financeiras (balanço e demonstração de resultados), cujas cópias se anexam (Anexo III), anexas ao *Relatório e Contas 2011* da Escala Braga - Sociedade Gestora do Estabelecimento, os capitais próprios negativos são de - 7.922.168 euros.

431 *“Nesse ano, a EGEST referida apresentou resultados de - 15,787 milhões de euros.”*

De acordo com o *Relatório e Contas 2011* da Escala Braga - Sociedade Gestora do Estabelecimento, nomeadamente no ponto 4 (Proposta de Aplicação de Resultados) cuja cópia se anexa (Anexo IV), o Resultado Líquido da sociedade foi de - 16.465.177 euros. Este resultado é igualmente evidenciado nas demonstrações financeiras (balanço e demonstração de resultados), cujas cópias também se anexam (Anexo III).

438 *“Tal situação apresenta riscos para a previsibilidade dos encargos do Estado com a PPP do Hospital de Braga, visto que:*

- *A terem provimento as pretensões da EGEST do Hospital de Braga¹⁵⁹...”*



A nota de rodapé n.º 159 não consta das notas de rodapé elaboradas nesta página do Relato.

445 *“De igual modo, tal como referido quanto ao Hospital de Cascais, também no Hospital de Loures se fizeram sentir os efeitos da restrição orçamental para efeitos de contratação anual de produção, considerando assim a EGEST que todo o risco de procura (que não controla) lhe foi atribuído.”*

O risco de procura dos contratos PPP no setor da saúde foi transferido para o parceiro privado.

453 *“A EGEST do Hospital de Vila Franca de Xira, em 2011, apresentou resultados líquidos de 2,110 milhões de euros, prevendo o caso base 0,382 milhões de euros.”*

De acordo com o *Relatório e Contas 2011* da Escala Vila Franca - Sociedade Gestora do Estabelecimento, nomeadamente no ponto 4 (Proposta de Aplicação de Resultados) cuja cópia se anexa (Anexo V), o Resultado Líquido da sociedade foi de 2.124.269,77 euros. Este resultado é igualmente evidenciado nas demonstrações financeiras (balanço e demonstração de resultados), cujas cópias também se anexam (Anexo VI).

454 *“Relativamente aos riscos, para a previsibilidade dos Encargos do Estado, devem referir-se os seguintes:*

- *A EGED alertou para a possibilidade de atraso na abertura do novo Hospital (conclusão e entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar), por questão de conclusão e adequação dos acessos. A ARSLVT refere que estes riscos estão a ser monitorizados.*

Este risco a confirmar-se motivará a ocorrência mais tardia de remunerações às concessionárias (EGED e EGEST), bem como o adiamento do direito do concedente à partilha de receitas decorrentes de atividades acessórias.”

A ocorrência mais tardia de remunerações verifica-se apenas na EGED uma vez que a EGEST continuará a ser remunerada aos preços estipulados para o período de transição.



ANEXO ao Relato

39 *“O quadro seguinte apresenta a evolução face ao caso base dos encargos do Estado com o Hospital de Cascais, repartindo-os por cada componente de remuneração de cada uma das duas entidades gestoras.”*

A referência “encargos do Estado” não representa todos os encargos inscritos no QUADRO N.º 4 – H. CASCAIS – EVOLUÇÃO DE ENCARGOS na medida em que, na componente relativa à EGEST, estão refletidos todos os encargos suportados pelas diferentes entidades pagadoras (SNS, terceiros pagadores e utentes).

64 *“Tal deve-se à transferência para o SNS da responsabilidade de pagamento de encargos antes da responsabilidade dos subsistemas de saúde, a partir de 1 de Janeiro de 2010¹⁶.”*

Consideramos que a referência expressa na nota de rodapé n.º 16 refere-se aos encargos com as prestações de saúde a reclusos, que passaram para a responsabilidade do SNS a partir de 10 de junho de 2011, e não aos subsistemas públicos saúde como, por exemplo, a ADSE.

70 *“Os encargos da responsabilidade do SNS ascenderam, no mesmo período, a 239,076 milhões de euros, exercendo nesses três anos um acréscimo de pressão financeira, sobre o mesmo SNS, de 69,283 milhões de euros acima do previsto no caso base.”*

A referência “nesses três anos” deve ser alterada para quatro anos dado o período considerado (2009-2012).

77 *“O quadro seguinte apresenta os encargos que não estavam previstos no caso base.”*

Ao QUADRO N.º 10 - H. CASCAIS – ENCARGOS NÃO PREVISTOS NO CASO BASE terão de ser acrescentados os encargos com a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) até às 10 semanas que, de acordo com informação prestada pela ARSLVT, foram, até 2011, os seguintes:

- 2009: 213.564 euros



- 2010: 244.998 euros

- 2011: 315.546 euros

Este esclarecimento terá de ser também considerado nos quadros e gráficos seguintes que abordam a questão dos encargos não previstos no caso base.

Saliente-se ainda que a IVG até às 10 semanas é uma questão transversal a todas as PPP hospitalares em virtude da alteração legal ocorrida nesta matéria. Nesse sentido, os montantes referidos anteriormente correspondem à informação disponível, nesta data, pela ACSS e que já foram efetivamente realizados.

218 “Nos moldes idênticos aos já referidos aquando da análise das responsabilidades de pagamento dos relativas à PPP do Hospital de Cascais, verificou-se a transferência da responsabilidade de pagamento dos encargos para o SNS, de encargos antes da responsabilidade dos subsistemas de saúde, a partir de 1 de Janeiro de 2010⁴³.”

Em relação ao referido na nota de rodapé n.º 43, remete-se para o esclarecimento prestado no parágrafo 64 do Anexo ao Relato.

256 “A EGED apenas começou a auferir remuneração em 2011. O pagamento de reconciliação relativo a esta concessionária para o ano de 2011 ascende a 1,684 milhões de euros (ao qual acresce o IVA). O valor apurado em sede de reconciliação ainda não foi regularizado.”

Informa-se que de acordo com informação transmitida pela ARS Norte, o pagamento de reconciliação 2011 relativo à EGED, entretanto efetuado, foi no montante de 1.923.240,04 euros (valor com IVA incluído).

276 “Esta concessionária apresentou a seguinte demonstração de resultados.”

Em relação à demonstração de resultados relativa ao ano de 2011 constante do QUADRO N.º 38 – H. BRAGA – RESULTADOS DA EGEST, remete-se para o esclarecimento prestado no parágrafo 431 do Corpo do Relato (Resultado Líquido de - 16.465.177 euros).





277 “Pelos dados fornecidos pela EGEST, verifica-se que a situação de capitais próprios negativa é sobretudo fruto de uma evolução de resultados líquidos constantemente abaixo do caso base (logo em 2009, ocorreram resultados negativos, tendo sido prevista, no caso base, um resultado positivo). Em 2011 verificaram-se capitais próprios negativos de cerca de 7,245 milhões de euros.

Sobre o montante de capitais próprios negativos, remete-se para o esclarecimento prestado no parágrafo 428 do Corpo do Relato (Capitais Próprios de - 7.922.168 euros).

280 “A EGEST encerra 2011 com resultados líquidos negativos de cerca de 15,788 milhões de euros.”

Sobre o valor referido, remete-se para o esclarecimento prestado no parágrafo 431 do Corpo do Relato (Resultado Líquido de - 16.465.177 euros).

299 “No único ano completo de execução, 2012, ainda no antigo edifício hospitalar, prevê-se que apenas o internamento de utentes elegíveis para a rede nacional de cuidados continuados e os atendimentos em urgência fiquem percentualmente muito abaixo do previsto no caso base (- 70%).”

A percentagem referida (- 70%) aplica-se apenas na RNCCI. Na urgência (excluindo atendimentos que originam internamento e atendimentos verdes e azuis) a variação é de - 45%.

329 “Deste montante, 23,730 milhões de euros dizem respeito a pagamentos de duodécimos, 0,455 milhões de euros são relativos a medicamentos HIV/SIDA. 0,171 milhões de euros a encargos com”

Consideramos que no final da frase faltará “pensões de reforma”.

354 “Dito de outra forma, a diferença entre os encargos do caso base e os encargos estimados para 2012, decorrente de diferentes pressupostos de atualização de preços, entre o caso base e o procedimento anual (EGEST) foi de 4,33%.”

19/29



Entendemos que será mais correto afirmar que a diferença corresponde a 4,33 pontos percentuais. Este entendimento deverá ser tido em conta no QUADRO N.º 48 – H. LOURES – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS (DIFERENCIAIS) do parágrafo 355 do Anexo ao Relato, bem como em análises análogas realizadas no Relato de Auditoria.

383 *“Verifica-se que os custos operacionais foram bastante superiores ao previsto no caso base, tanto em 2011, como em 2012, o mesmo acontecendo aos custos financeiros.”*

Consideramos que a referência aos anos 2011 e 2012 deverá ser relativa aos anos 2010 e 2011 conforme apresentado no QUADRO N.º 53 – H. LOURES – RESULTADOS DA EGEST do parágrafo 380 do Anexo ao Relato.

390 *“O contrato inicial do Centro de Atendimento do Centro Nacional de Saúde (CASNS) tinha...”*

A referência a “Centro de Atendimento do Centro Nacional de Saúde” deverá ser substituída por “Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde”.

432 *“Note-se ainda que a faturação não aceite pela DGS em 2008 era de 0,469 milhões de euros, o que, se aceite, teria motivado resultados positivos e, logo, acima do caso base. Já em 2009, a faturação não aceite pela DGS foi de cerca de 0,225 milhões de euros, o que se aceite, teria mantido os resultados líquidos como negativos e abaixo do caso base.”*

As afirmações não parecem corresponder aos dados constantes do QUADRO N.º 58 – CASNS – RESULTADOS DA CONCESSIONÁRIA uma vez que, em 2008, a faturação não aceite no valor 0,469 milhões de euros não cobre (simplificando) os resultados líquidos verificados em 2008: - 1,685 milhões de euros. Por outro lado, em 2009, os resultados líquidos reais já foram positivos (1,139 milhões de euros) e não negativos como é referido.

470 *“O quadro seguinte apresenta a evolução de resultados da concessionária, por comparação com o caso base.”*



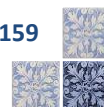


Relativamente ao Resultado Líquido verificado em 2007 constante do QUADRO N.º 64 – CMFRS – RESULTADOS DA CONCESSIONÁRIA (- 1, 703 milhões de euros), esclarece-se que, de acordo com as demonstrações financeiras anexas ao *Relatório de Gestão 2007* do GPSaúde - S.G. Centro Medicina Física e Reabilitação do Sul, cujas cópias se anexam (Anexo VII), o Resultado Líquido foi de - 1.072.853 euros.

Ainda no referido quadro apresentam-se os valores previstos para 2011. Atendendo ao facto de já termos disponíveis os resultados verificados em 2011, junta-se também em anexo (Anexo VIII) as respetivas demonstrações financeiras. Este aspeto deverá ser tido em conta na análise efetuada nos parágrafos 475 e 477 do Anexo ao Relato.



12. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ARS NORTE, I.P.





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

A' Area IX

1. Acesso a recepção
2. Inclusão no domínio respectivo.

Lx. 17.01.2012

A

001431 16-01 '13

Exmo. Senhor

Juiz Conselheiro Monteiro da Silva

Tribunal de Contas

Av. Barbosa du Bocage, n.º 61

1069-045 LISBOA

V/Referência: Ofício 19878

N/Referência: GC/2013/012

Data: Porto, 15 de janeiro de 2013.

Assunto: Relato da auditoria aos encargos do Estado com Parcerias Público-Privadas (PPP) na Saúde – Processo 15/2011-AUDIT.

1

Na sequência da notificação, através do ofício *supra* identificado, a esta Administração Regional de Saúde, atentas as funções de acompanhamento na qualidade de Entidade Pública Contratante (adiante designada EPC) do Hospital de Braga, do relato de auditoria aos encargos do Estado com as PPP na Saúde do douto Tribunal, para efeitos de exercício de contraditório, vem este Conselho Diretivo apresentar a sua pronúncia, o que faz nos seguintes termos e fundamentos, procurando seguir de perto, quando possível, conforme solicitado, a estrutura do referido relato:

1. Introdução

No que respeita ao ponto 1. **Introdução**, em especial ao n.º 1.4. **Condicionantes e limitações** identificadas no relato do douto Tribunal, é referido pelo douto Tribunal, no parágrafo 22, que os «acertos de contas anuais (reconciliações), entre as entidades públicas gestoras dos contratos e as concessionárias, na sua totalidade, não estavam, à data dos trabalhos de

DGTIC 17 01'13 01188

Rua Santa Catarina, 1288 Tel 220 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4000-447 Porto Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.ptGOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

campo concluídos, e em alguns casos sequer iniciados, pelo que foram uma condicionante ao desenvolvimento dos trabalhos».

Ora, vem, pela presente, o Conselho Diretivo desta Administração Regional de Saúde proceder à atualização da informação disponível e considerada pelo Tribunal de Contas no Relatório de Auditoria relativamente à Parceria Público-Privada do Hospital de Braga. Assim, apresenta este Conselho os novos elementos entretanto tornados disponíveis em resultado da conclusão dos trabalhos relativos ao apuramento dos acertos de contas da Entidade Gestora do Estabelecimento (de ora em diante, EGEST) para os anos de 2009, 2010 e 2011 e da Entidade Gestora do Edifício (de ora em diante, EGED) para o ano de 2011.

A conclusão dos trabalhos relativos ao apuramento dos acertos de contas da, EGEST para os anos de 2009, 2010 e 2011 e da EGED para o ano de 2011 foi concretizada pela equipa de gestão do contrato que iniciou funções em novembro de 2011, nomeada pelo Conselho Diretivo desta ARS que foi nomeado em Outubro de 2011.

Por simplicidade na apresentação da informação atualizada, a mesma é feita por incorporação na informação, nos termos que se seguem, ficando naturalmente este Conselho Diretivo ao inteiro dispor, num espírito de franca colaboração, para prestar os esclarecimentos adicionais que o douto Tribunal entenda por relevantes para efeitos de conclusão do relatório de auditoria.

2

Neste contexto, apresenta-se seguidamente a informação atualizada, incluindo uma revisão e atualização dos principais quadros constantes do Relatório de Auditoria mediante a inclusão, nos anos de 2009, de 2010 e de 2011, dos elementos relativos à produção e aos encargos e pagamentos efetivos, bem como dos comentários considerados relevantes.

No dia 2 de Agosto de 2012, a Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., (de ora em diante, ARSN) e a EGEST acordaram, nos termos das atas de fecho dos acertos de contas de 2009, 2010 e 2011 que se juntam em anexo à presente pronúncia como documentos n.ºs 1 e 2 nos montantes dos acertos de contas relativos aos anos de 2009 e de 2010 tendo, posteriormente, a 14 de Dezembro de 2012 (documento n.º 3) acordado no acerto de contas relativo ao ano de 2011, conforme se resume na tabela seguinte:



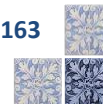
Valores em euros (se positivo a receber pela EPC, se negativo a pagar pela EPC)	2009	2010	2011	Acumulado (2009-2011)
(A) 90% do valor previsível da parcela a cargo do SNS	28.076.316,64	94.455.659,28	107.499.414,12	230.031.390,04
(B) 100% do valor efetivo da parcela a cargo do SNS	25.269.462,39	98.838.855,27	93.281.302,01	217.389.619,67
Pagamento de reconciliação (A-B)	2.806.854,25	-4.383.195,99	14.218.112,11	12.641.770,37
Medicamentos	-2.038.714,67	-2.810.765,89	-1.608.838,03	-6.458.318,59
Estrangeiros	-394.818,28	-1.021.633,42	-1.100.315,15	-2.516.766,85
Aposentações provisórias	0,00	-114.777,23	-82.198,02	-196.975,25
Multas	0,00	867.101,57	1.403.399,88	2.270.501,45
Total (se positivo a favor da EPC, se negativo a pagar pela EPC)	373.321,30	-7.463.270,98	12.830.160,79	5.740.211,13

Dos trabalhos desenvolvidos e acordos alcançados resultou um montante global acumulado a pagar pela EGEST à ARSN para os três anos de 5.740.211,13 euros, incluindo os montantes relativos aos pagamentos de reconciliação anuais, a medicamentos, a estrangeiros, a aposentações provisórias e a multas.

A este respeito, salienta-se que, por simplicidade, clareza e transparência no processo, e eficácia no acerto e relacionamento e disciplina financeira entre as Partes no Contrato de Gestão do Hospital de Braga, esta ARSN e a EGEST acordaram na inclusão de todos os montantes, devidos entre estas Partes, em sinal contrário, no acerto, procurando assim operar a compensação de créditos recíprocos e devidos entre si, de modo a que, atenta disciplina do Contrato de Gestão na sua íntegra e os pagamentos, mecanismos e sanções previstos no Contrato, todas as questões respeitantes a esses anos fossem financeiramente saneadas pelo devedor respetivo, com respeito das regras contratuais e legais, em benefício do conhecimento claro e efetivo da execução financeira real do Contrato.

Assim, foram considerados no acerto não apenas os montantes do valor previsível da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde, o valor efetivo da parcela do Serviço Nacional de Saúde, o valor apurado do pagamento de reconciliação e também os valores devidos a título de medicamentos, nos termos da Cláusula 28.^a, n.º 8, do Contrato de Gestão, os montantes respeitantes aos estrangeiros, nos termos da Cláusula 31.^a do Contrato de Gestão, os valores referentes a aposentações, em conformidade com a Cláusula 66.^a, n.º 9, do Contrato de Gestão, e os montantes das multas, nos termos da Cláusula 112.^a do Contrato de Gestão, conforme vieram a ser determinados com recurso a mediação, de acordo com a Cláusula 136.^a do Contrato, após a contestação da EGEST.

3





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Em especial quanto à inclusão dos valores com a prestação de cuidados de saúde a estrangeiros, importa salientar a seguinte disciplina, aplicável a todos os hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde: há situações que, em conformidade com a articulação entre o disposto na Base XXV e na Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, na realização de prestações de saúde, o Serviço Nacional de Saúde assume primariamente o encargo como seu e que caem no âmbito das relações internacionais, e faz adiante o acerto do montante no âmbito das relações internacionais.

Nesses casos, em razão da aplicação do Despacho conjunto n.º 315/97, de 28 de Agosto de 1997, dos Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Social, publicado no Diário da República, II série, n.º 221, de 24 de Setembro de 1997, as Administrações Regionais de Saúde, não na qualidade de Entidades Públicas Contratantes, mas atentas as suas atribuições legais no quadro da orgânica do Ministério da Saúde e na organização do funcionamento do serviço Nacional de Saúde, e nos termos previstos no referido despacho, devem proceder ao pagamento dos atos ao estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde prestador e remeter à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., a informação relativa à prestação e ao utente estrangeiro que permita a recuperação por esta dos montantes despendidos, recuperação essa feita no âmbito das relações financeiras entre os Estados, em articulação com a Direção-Geral da Segurança Social e com o Instituto da Segurança Social, nos termos respetivamente dos artigos 11.º e 12.º da Lei Orgânica do Ministério da Segurança Social aprovada pelo Decreto-Lei n.º 126/2011, de 29 de dezembro.

Em sede de execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, esta ARSN teve oportunidade de salientar junto da EGEST e de instar para a necessidade do cumprimento por esta da orientação de que devem ser pela EGEST recolhidos e remetidos à EPC todos os elementos que permitam ao Estado Português considerar esses montantes no âmbito do acerto das relações internacionais, sob pena de ser prejudicado o adequado acompanhamento e fiscalização pela EPC da execução do Contrato de Gestão por essa EGEST, com compromisso da elegibilidade dos correspondentes atos de Produção para efeitos de apuramento da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde, e daí advir, também, prejuízo para a EPC (conforme documento nº 4).

Neste contexto instou a EGEST para a necessidade de coligir os dados, relativos à identificação dos Utentes, das prestações realizadas e da entidade financeira responsável, em cumprimento do disposto da Cláusula 31.ª e observação das regras e dos procedimentos previstos no Despacho conjunto

4



**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

n.º 315/97, de 28 de Agosto de 1997, dos Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Social, publicado no Diário da República, II série, n.º 221, de 24 de Setembro de 1997, de modo que o Estado Português fique na posse da informação necessária para que os respetivos encargos e os montantes apurados sejam considerados no acerto financeiro que tiver lugar no âmbito das relações internacionais com os países de que esses cidadãos sejam oriundos e/ou que sejam financeiramente responsáveis pela assistência, sob pena de ser causado prejuízo efetivo para a EPC.

A EGEST apresentou a informação a esse propósito para efeitos da consideração de tais atos e toda a informação foi verificada por esta ARSN e foi apenas após a verificação exigente e diligente de toda essa informação que os valores respeitantes foram considerados no âmbito do acerto de contas de 2009, 2010 e 2011.

Fica naturalmente este Conselho Diretivo ao inteiro dispor para proceder ao esclarecimento adicional ou ao envio da informação que o douto Tribunal tenha por pertinente para efeitos da justificação e correta consideração deste montante no acerto de todas as responsabilidades financeiras entre a ARSN e a EGEST.

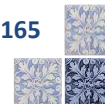
No que respeita à EGED apresentam-se na tabela seguinte os cálculos relativos ao apuramento do pagamento de reconciliação para o ano de 2011:

5

Valores em euros, incluindo IVA à taxa legal em vigor de 23%	2011
Valor efetivo da remuneração base anual de 2011	-20.136.172,91
90% do valor previsível da remuneração base anual (pago a título de adiantamento)	18.189.031,63
Receitas comerciais de terceiros a partilhar com EPC	23.901,25
Pagamento de reconciliação (se positivo a receber pela EPC, se negativo a pagar pela EPC)	-1.923.240,04

O pagamento de reconciliação de 2011 apurado e acordado entre as partes foi de 1.923.240,04 euros (incluindo IVA à taxa de 23%) a pagar pela EPC à EGED, montante que corresponde à diferença entre (i) o valor efetivo da remuneração base anual de 2011 deduzido das receitas comerciais de terceiros a partilhar com a EPC e (ii) os pagamentos mensais por conta efetuados pela ARSN ao longo do ano de 2011.

Sem prejuízo das alterações que o douto Tribunal possa entender como decorrentes da presente pronúncia, propõe, desde já, esta ARSN que, atenta a informação assim atualizada e a demonstração do fecho dos pagamentos de





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

reconciliação dos anos de 2009, 2010 e 2011, sejam revistos os seguintes pontos:

- Enunciado dos fatores de divergência descrito a páginas 15 e 16 do relato;
- Quadro n.º 2, constante da página 19 do relato, a propósito dos «Riscos e fatores mitigadores de risco mais relevantes»;
- Quadro n.º 3, a páginas 21, relativo aos «Riscos e fatores mitigadores de risco mais relevantes no âmbito do desempenho financeiro das concessionárias»;
- Quadro n.º 11 - Encargos incorridos por contrato, a páginas 47, no que se refere aos encargos relativos ao Hospital de Braga, em face dos dados ora atualizados;
- A menção dos encargos que foram considerados pelo douto Tribunal na apresentação da «Evolução global dos encargos – grandes projetos hospitalares», a páginas 51 e seguintes;
- Quadro n.º 14 - «Variação anual de responsabilidades de pagamento - 2012», a páginas 58 do relato; e
- Quadro n.º 19, a páginas 65 do relato, e os Quadros n.ºs 20 e 21, a páginas respetivamente 66 e 67 e os Quadros n.ºs 24 e 25, a páginas 70 do relato do douto Tribunal.

6

2. Observações e conclusões

Abordagem geral dos encargos com PPP e acréscimo dos encargos. Contratos com maiores diferenças de encargos, face ao inicialmente estimados.

Entende esta ARSN que a execução contratual do Contrato de Gestão do Hospital de Braga até à presente data não permite fazer considerar, como faz o relato do douto Tribunal a páginas 15, que a PPP do Hospital de Braga tenha apresentado uma diferença entre «os encargos verificados e os encargos previstos» de mais de 21 milhões de euros em 2011. Na realidade, os encargos globais efetivos com as duas Entidades Gestoras foram inferiores aos encargos previstos no caso base, tanto em 2010, como em 2011, com as diferenças a atingirem 7,6 milhões de euros e 4,1 milhões de euros, respetivamente.

**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.**Fatores de divergências**

Além da necessidade, já referida por esta Administração, atenta a atualização da informação trazida na presente pronúncia de fecho dos pagamentos de reconciliação dos anos de 2009, 2010 e 2011, de revisão do enunciado dos fatores de divergências feito a páginas 15 e 16 do relato, no sentido de fazer expurgar a referência de que «a informação disponível estar condicionada pela existência de processos de reconciliação anual não encerrados», importa ainda considerar que:

- A diferença de volume de produção resultou da aplicação das regras contratuais, em especial do disposto nas Cláusulas 37.^a e 52.^a do Contrato de Gestão;
- O próprio contrato contém um mecanismo na Cláusula 45.^a que procura obviar aos efeitos da utilização de pressupostos de atualização de preços diferentes;
- Os valores da produção efetiva e o fecho dos pagamentos de reconciliação permitem fazer demonstrar que a restrição orçamental não veio a constituir efetiva contenção da contratação da produção – aliás, a produção da contratação foi negociada com respeito da comportabilidade orçamental e sem qualquer prejuízo da adequada aplicação das regras constantes das Cláusulas 37.^a e 52.^a do Contrato de Gestão e, em especial, dos objetivos constantes do n.º 3 da Cláusula 37.^a e do fim último visado de satisfação das necessidades de Serviço Público de Saúde; e
- Os fatores identificados como outros a páginas 16 do relato resultam de execução em conformidade com o previsto no Contrato de Gestão.

7

Divergências e gestão contratual

Como procurará esta Administração demonstrar adiante, verificam-se fundamentos para rever os termos das considerações feitas quanto à existência de encargos superiores.

Possibilidade de melhoria do reporte dos encargos e da gestão contratual

Esta Administração tem procurado envidar todos os esforços, no âmbito da sua gestão, no sentido da melhoria destes aspetos.

Riscos ao desempenho das concessionárias



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Conforme referido, entende esta Administração a atualização da informação com a indicação do fecho dos pagamentos de reconciliação dos anos de 2009, 2010 e 2011, e o que resulta quanto aos termos desses fechos na perspetiva dos encargos efetivos, deve ditar a revisão do Quadro n.º 3, a páginas 21, relativo aos «Riscos e fatores mitigadores de risco mais relevantes no âmbito do desempenho financeiro das concessionárias», não só para eliminar a referência, como risco, do «não encerramento de processos de reconciliação», como para suprimir a referência, como fator mitigador do risco, da menção de «remunerações acima do caso base».

A propósito ainda do referido Quadro n.º 3, em especial atento o risco no mesmo apontado de «insuficiência de capitais próprios», gostaria esta ARSN de informar o douto Tribunal do reforço dos fundos acionistas, operado pelos acionistas da EGEST e o funcionamento do regime de responsabilidade subsidiária previsto na Cláusula 111.ª do Contrato de Gestão, nos termos que podem ser compulsados de acordo com os documentos n.ºs 5 e 6 que se juntam à presente pronúncia.

Atentas as considerações feitas nos n.ºs 81 a 84, a páginas 21 e 22, ainda em sede de «Riscos ao desempenho das concessionárias», entende esta ARSN salientar o seguinte.

A propósito da referência, feita no n.º 81 do relato, à insuficiência de capitais próprios, cumpre salientar, conforme referido e resulta dos documentos n.ºs 5 e 6 cuja junção se solicitou à presente pronúncia e dos documentos n.ºs 7 a 27 cuja junção igualmente se solicitou, que a EGEST informou esta ARSN do reforço dos fundos acionistas em 5 milhões de euros por realização de fundos próprios contingentes e em 8 milhões de euros adicionais ao abrigo da responsabilidade subsidiária.

Em especial quanto à menção, feita no n.º 82, a páginas 22 do relato, dos «montantes significativos de multas e deduções», cumpre fazer notar que a EGEST do Hospital de Braga contestou todas as multas que lhe foram aplicadas pela EPC e determinou o recurso a mediação nos termos da Cláusula 136.ª do Contrato de Gestão, tendo o montante das multas efetivamente considerado, conforme consta da informação atualizada que ora se junta quanto aos acertos dos anos de 2009, 2010 e 2011, sido em montante inferior ao que foi ditado pela EPC.

Por fim, no que respeita à afirmação, constante do n.º 84, a páginas 22 do relato, de que existiria fundamento para a revogação do contrato pelo Estado, entende esta ARSN, enquanto EPC, de deixar à consideração do douto Tribunal o seguinte:

A ARSN, teve, desde o início da execução da parceria, uma fiscalização muito atenta e um acompanhamento muito cuidado, quanto à verificação do cumprimento do Contrato de Gestão pelas Entidades Gestoras e em especial da observância das obrigações de serviço público de saúde pela EGEST, considerando a integração do Hospital de Braga no Serviço Nacional de Saúde e a tarefa fundamental do Estado de proteção do direito à saúde, nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa.

8





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

A monitorização cuidada e a fiscalização rigorosa permitiram a aplicação das deduções à remuneração por penalidades por falhas específicas e falhas de desempenho por inobservância dos Parâmetros de Desempenho, nos termos das Cláusulas 44.^a n.º 3, alínea b), 54.^a, n.ºs 4 e 6, e 55.^a, n.ºs 3 e 4, em articulação com o estabelecido nos Anexos VII e X ao Contrato, como resulta considerado nos pagamentos de reconciliação dos anos de 2009, 2010 e 2011, e a aplicação de multas, ao abrigo da Cláusula 112.^a do Contrato de Gestão.

A aplicação de deduções e multas são vicissitudes normais da execução do Contrato, no sentido de que são previstas e reguladas entre as Partes no título contratual, e foram-no em conformidade com os instrumentos de concurso, tendo sido empregues na execução do Contrato pela EPC em conformidade com o seu fim contratual como um instrumento que visa sancionar o incumprimento e promover um melhor cumprimento do Contrato.

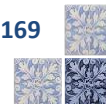
Aplicadas as sanções contratuais foi possível à EPC identificar o desenvolvimento, pela EGEST, de um conjunto de medidas corretivas concebidas, planeadas e com implementação, com vista a um melhor cumprimento do Contrato.

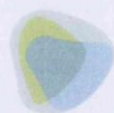
Por outro lado, a EPC fez acionar, por se verificarem os seus pressupostos, o regime de responsabilidade subsidiária previsto na Cláusula 111.^a do Contrato de Gestão e no Anexo XXXI (Obrigações e garantias dos acionistas), o que veio a constituir um reforço dos fundos e promover o pagamento das dívidas aos fornecedores da EGEST, em benefício da sustentabilidade financeira do projeto e da adequada prestação de cuidados de saúde visada pela estrutura contratual. A aplicação do regime de responsabilidade subsidiária corresponde igualmente a uma vicissitude normal do Contrato, que foi empregue pelas Partes.

Além do reforço dos fundos, a EGEST, em conformidade com a solicitação feita por esta ARSN, tem vindo a prestar informação periódica com vista ser possível aferir da situação prevista no n.º 3.1. do Anexo XXXI ao Contrato de Gestão e, assim, verificar se as contas apresentadas por aquela Entidade Gestora evidenciam que um valor superior a 40% do saldo das contas de passivo relativas a fornecedores e outros credores se encontra em mora por período superior a 150 dias, ou que existe um atraso superior a 30 dias no pagamento das retribuições de trabalhadores. Esta informação constituiu um exemplo de melhoria do reporte em sede de execução contratual.

Pretende, assim, a ARSN afirmar que usou os meios contratuais disponíveis para salvaguardar o cumprimento do Contrato e a boa execução das prestações de saúde em conformidade com os fins do serviço público de saúde e que tal recurso a meios contratuais menos gravosos impeliu a EGEST no sentido de promover o seu melhor cumprimento do Contrato de Gestão.

Assim, existindo ainda meios eficazes e menos gravosos para salvaguarda do interesse público em presença, entende esta Administração, de acordo com o respeito





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

pelo princípio da proporcionalidade, não dever haver lugar ao meio mais gravoso, a rescisão por incumprimento imputável à EGEST e que ditaria o fim parcial da parceria público-privada do Hospital de Braga.

7. Encargos até 2012

7.1. Encargos, por contrato

Em conformidade com o *supra* exposto em face da informação atualizada após o fecho dos pagamentos de reconciliação dos anos de 2009, 2010 e 2011, propõe-se a revisão dos valores relativos ao Hospital de Braga, quer os constantes no Quadro n.º 11, a páginas 47, quer os valores considerados para efeitos dos números globais apresentados nos parágrafos n.ºs 264, 266 e 267 a páginas 47.

7.2. Comparação com o caso base

Conforme referido no parágrafo n.º 271, a páginas 48 do relato, a diferença entre o encargo inicialmente estimado, que esta Administração entende meramente previsional, e o encargo decorrente da execução do Contrato «não corresponde necessariamente a uma deficiente gestão do Contrato».

Entende esta Administração que, no caso do Hospital de Braga, essa diferença não corresponde, na verdade, a uma deficiente gestão do Contrato pelo parceiro público. Mas também entende este Conselho Diretivo, ao invés do que parece resultar do parágrafo n.º 272, ainda a páginas 48 do relato do douto Tribunal, que essa diferença não resulta de uma «deficiente estimativa, em sede de processo de contratação», não decorre de uma «incorreção metodológica», nem de «deficiente planeamento setorial, que enviesam as previsões utilizadas em sede dos procedimentos de contratação».

Ainda que a estimativa feita em sede de processo de contratação tenha sido feita, como esta Administração entende que foi, com correção metodológica, de modo rigoroso face aos dados históricos conhecidos e acompanhamento do planeamento setorial, o Contrato de Gestão apenas fixa a produção prevista para o primeiro ano de execução do Contrato, de acordo com o estabelecido na Cláusula 37.ª, n.º 1, do Contrato de Gestão, e a produção é anualmente negociada, nos termos da Cláusula 52.ª do Contrato de Gestão, tendo em conta os objetivos vertidos no n.º 3 da Cláusula 37.ª do Contrato de Gestão, e os fatores considerados nos n.ºs 4 e 5 da mesma Cláusula, o que foi contratualmente fixado atenta a natureza de estabelecimento hospitalar integrado no Serviço Nacional de Saúde.

Deste modo, afirma-se que as variações não fazem afirmar que a estimativa tenha sido deficiente, que a metodologia tenha sido incorreta ou o planeamento setorial não seja o adequado, e podem resultar apenas da aplicação das regras do Contrato,

10



**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

estabelecidas em conformidade com os instrumentos do procedimento, e da correta determinação ajustada das necessidades de prestação de cuidados de saúde a satisfazer pelo Serviço Público de Saúde.

Por referência aos apontados como «principais fatores de desvio» (7.2.2. do relato do douto Tribunal), propõe-se igualmente a sua atualização. O fecho dos pagamentos de reconciliação permite afirmar que as «restrições orçamentais» não condicionaram, em termos efetivos, a fixação da produção, dado que em nenhum dos anos de execução da parceria do Hospital de Braga a produção efetiva excedeu globalmente a produção prevista e permite afastar como fator de desvio a falta de informação disponível.

Ainda a propósito dos denominados **Principais fatores de desvio**, bem como do tratamento da **Evolução global dos encargos – grandes projetos hospitalares** (n.º 7.3. do relato, a páginas 51 e seguintes), e sem prejuízo da consideração genérica deixada por esta ARSN de que nos projetos de parcerias público-privadas não deve ser feita com rigor referência a «caso base» mas antes a projeções económico-financeiras com base num cenário não vinculativo de atividade, entende esta ARSN apresentar ao douto Tribunal informação atualizada e as seguintes considerações:

Inflação e case-mix

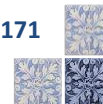
A tabela seguinte resume os pressupostos de preços considerados relativamente às Entidades Gestoras no caso base, nos procedimentos anuais e nos pagamentos de reconciliação entre 2009 e 2012:

11

Pressupostos de atualização de Preços	Ano 2009			Ano 2010			Ano 2011			Ano 2012	
	Caso Base	Produção Contratada	Efetivo	Caso Base	Produção Contratada	Efetivo	Caso Base	Produção Contratada	Efetivo	Caso Base	Produção Contratada
Braga - EGEST	2,60%	2,60%	0,1% (2009)	2,00%	0,1% (2009) 0,0% (2010)	0,1% (2009) 0,0% (2010)	2,00%	0,1% (2009) 0,0% (2010) 3,73% (2011)	0,1% (2009) 0,0% (2010) 3,73% (2011)	2,00%	0,1% (2009) 0,0% (2010) 3,73% (2011) 1,69% (2012)
Braga - EGED	2,60%	n.a.	n.a.	2,00%	n.a.	n.a.	2,00%	98,5 (IPC Jan 2008) 101,4 (IPC Nov 2010)	98,468 (IPC Jan 2008) 102,273 (IPC Jan 2011)	2,00%	98,5 (IPC Jan 2008) 105,441 (IPC Nov 2011)

No que respeita à comparação de pressupostos relativamente à EGEST, entende esta ARSN destacar os seguintes aspetos:

- No ano de 2009, os pressupostos de inflação considerados no caso base e para efeitos de fixação da remuneração da EGEST são idênticos, uma vez que neste ano não houve lugar a procedimento anual de negociação da produção prevista e do valor previsível da parcela a cargo do SNS. Tal resultou do facto de, em 2009, a produção de efeitos do Contrato de Gestão ter ocorrido a 1 de Setembro e o Contrato de Gestão fixar desde logo, no n.º 21.2 do Anexo VII (Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento), o pagamento mensal por conta a





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

efetuar pela EPC neste ano, em conformidade com o caso base anexo ao Contrato de Gestão.

- Em 2010, no âmbito do procedimento anual da EGEST consideraram-se, conforme disposto nos n.ºs 4 e 11 do Anexo VII ao Contrato, as taxas de inflação homólogas a Janeiro efetivamente verificadas, publicadas pelo INE, de 0,1% em 2009 e de 0,0% em 2010. Verifica-se, assim, que o caso base previa, para efeitos de apuramento dos preços a aplicar no ano de 2010, uma inflação acumulada desde 2008 de 4,65%, a qual veio a ser substancialmente inferior, de apenas 0,1%, tanto em termos contratados como efetivos.
- Em 2011, no âmbito do procedimento anual da EGEST consideraram-se as taxas de inflação homólogas a Janeiro efetivamente verificadas, publicadas pelo INE, de 0,1% em 2009, de 0,0% em 2010 e de 3,73% em 2011. Conclui-se, desta forma, que enquanto o caso base previa, para efeitos de apuramento dos preços a aplicar no ano de 2011, uma inflação acumulada desde 2008 de 6,75%, a taxa acumulada efetiva veio, uma vez mais, a ser substancialmente inferior, atingindo 3,83%, tanto em termos contratados como efetivos.
- Por último, no ano de 2012, a taxa de inflação estimada no âmbito do procedimento anual de negociação foi de 1,69%, ao que correspondeu uma taxa acumulada desde 2008 de 5,59% que compara com uma taxa de inflação acumulada para o mesmo período prevista no caso base de 8,88%.

12

Por outro lado, da comparação dos pressupostos de preços considerados no caso base, nos procedimentos anuais e nos pagamentos de reconciliação relativamente à EGED tiram-se, segundo entende esta ARSN, as seguintes conclusões principais:

- No âmbito do procedimento anual de 2011, a atualização da componente variável da remuneração base anual para o ano de 2011 foi efetuada, conforme previsto no n.º 8 do Anexo VIII ao Contrato de Gestão com base nos Índices de Preços no Consumidor publicados nesse momento pelo INE relativos a Janeiro de 2008 (de 98,5) e a Novembro de 2010 (de 101,4). Posteriormente, no âmbito do apuramento do pagamento de reconciliação de 2011, os índices publicados pelo INE foram de 98,468 para Janeiro de 2008 (note-se que se trata de uma alteração introduzida pelo próprio INE que passou a publicar toda a série histórica de índices de preços com 3 casas decimais) e de 102,273 para Janeiro de 2011. Resulta assim uma

**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

inflação acumulada entre Janeiro de 2008 e Janeiro de 2011 de 6,75% no caso base e de apenas 3,86% em termos efetivos.

- No âmbito do procedimento anual de 2012, o Índice de Preços no Consumidor sem habitação publicado pelo INE a Novembro de 2011 foi de 105,441 pelo que a inflação acumulada desde Janeiro de 2008 correspondeu a 7,05%, face a uma inflação acumulada de 8,88% considerada no caso base anexo ao Contrato.

Conclui-se, segundo entende esta ARSN, que os pressupostos de atualização anual de preços incorporados nos casos base da EGEST e da EGED anexos ao Contrato de Gestão têm sido, em todos os anos decorridos de execução do Contrato, superiores às atualizações de preços efetivamente verificadas.

A tabela seguinte resume os índices de *case mix* considerados relativamente à EGEST no caso base, nos procedimentos anuais e nos pagamentos de reconciliação entre 2009 e 2012:

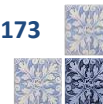
Índices de <i>Case Mix</i>	Ano 2009				Ano 2010				Ano 2011				Ano 2012		
	Caso Base	Produção Contratada (0)	Efetivo	Var. Efetivo/Caso Base (%)	Caso Base	Produção Contratada	Efetivo	Var. Efetivo/Caso Base (%)	Caso Base	Produção Contratada	Efetivo	Var. Efetivo/Caso Base (%)	Caso Base	Produção Contratada	Var. Contratado/Caso Base (%)
Braga - PT	0,9279	0,9279	0,8810	-5%	0,9398	0,7990	0,8102	-14%	0,9488	0,8478	0,8078	-15%	n.a.	n.a.	-
Braga - NEH	n.a.	n.a.	n.a.	-	n.a.	n.a.	n.a.	-	0,9488	0,8091	0,6931	-27%	0,9509	0,6362	-33%

Constata-se que os índices de *case mix* subjacentes à produção prevista e à produção efetiva da EGEST foram até à data, em todos os anos de execução do Contrato, inferiores aos previstos no caso base anexo ao Contrato de Gestão. Registaram-se reduções de 5% em 2009, de 14% em 2010 e de 15% e 27% em 2011 para o antigo e para o novo edifício hospitalar, respetivamente. Em 2012, a redução do índice de *case mix* contratado face ao previsto no caso base atinge 33%. Esta situação é, em grande parte, justificada pela inclusão da atividade de ambulatório médico na linha de Internamento e Ambulatório Médico e Cirúrgico.

13

Produção por linha de atividade da EGEST

A tabela da página seguinte compara a produção por linha de atividade constante do caso base anexo ao Contrato de Gestão, contratada no âmbito dos procedimentos anuais de fixação da Produção Prevista e conforme resultou dos trabalhos de verificação da atividade elegível para apuramento dos pagamentos de reconciliação (anos de 2009 a 2012):





ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Produção da EGESST	Caso Base (A)			Produção Contratada (B)			Produção Efetiva (C)			Variação (E-A)			Variação (C-B)			Variação (C-A)					
	2009 ⁽¹⁾	2010	2011	2009 ⁽¹⁾	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011			
Doentes Equivalentes	9.069	27.515	28.483	29.214	9.069	35.506	58.991	63.461	8.828	35.881	46.052	0	7.991	30.508	34.247	-241	375	-12.939	-241	8.366	17.569
Int. Médico e Cirúrgico	7.601	22.595	23.163	23.694	7.601	22.353	26.894	26.625	7.260	23.340	24.852	0	-242	3.731	2.930	-341	987	-2.072	-341	745	1.659
Cirurgia de Ambulatório	1.468	4.920	5.320	5.520	1.468	5.869	10.218	12.207	648	5.671	8.386	0	949	4.898	6.687	-820	-198	-1.832	-820	751	3.066
Ambulatório Médico	0	0	0	0	7.284	21.879	24.629	920	6.870	12.844	0	7.284	21.879	24.629	920	-414	-9.035	920	6.870	12.844	0
Dias de Int. RNCCI ⁽²⁾	0	8.121	8.137	0	0	1.659	459	0	0	1.194	0	0	-6.462	-7.678	0	0	0	-465	0	0	-9.927
Consultas Externas⁽³⁾	80.273	239.933	240.678	246.695	80.273	339.628	371.936	381.242	94.099	325.280	346.889	0	99.694	131.258	134.547	13.826	-14.348	-25.047	13.826	85.347	106.211
Primeiras Consultas	23.279	79.978	80.226	82.232	23.279	147.261	165.179	157.228	35.028	114.866	115.505	0	67.284	84.953	74.996	11.749	-32.395	-49.674	11.749	34.888	35.279
Consultas Subsequentes	56.994	159.956	160.452	164.463	56.994	192.366	206.756	224.014	59.071	210.414	231.384	0	32.410	46.304	59.551	2.077	18.048	24.628	2.077	50.458	70.932
Urgências⁽⁴⁾	52.392	156.087	163.548	168.370	52.392	100.432	102.793	103.863	30.962	94.755	101.055	0	-57.656	-60.755	-65.807	-21.430	-5.677	-1.738	-21.430	-63.332	-62.493
Hospital de Dia	12.329	40.829	52.791	76.575	12.329	22.756	35.125	17.836	649	6.205	7.938	0	-18.073	-17.665	-57.739	-11.680	-16.551	-27.187	-11.680	-34.624	-44.853
Oncológico	5.407	17.904	18.496	18.033	5.407	5.232	7.830	1.611	35	1.105	869	0	-12.672	-10.666	-16.422	-5.372	-4.127	-6.961	-5.372	-16.799	-17.627
Radioterapia	10.575	28.224	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-10.575	-28.224	0	0	0	0	0	0	-10.575
Pediatria	2.854	3.802	0	0	0	808	763	0	396	0	0	0	-2.046	-3.019	0	-412	0	0	0	0	-2.458
Psiquiatria	5.140	6.871	0	0	0	3.235	537	12	12	0	0	0	-1.905	-6.334	0	-3.223	0	0	0	0	-5.128
Hemodiálise	4.601	12.280	0	0	0	3.550	1.300	0	0	0	0	0	-1.051	-10.980	0	-3.550	0	0	0	0	-4.601
Infecciosologia	1.999	2.672	0	0	0	771	0	0	0	0	0	0	-1.228	-2.672	0	-771	0	0	0	0	-1.999
Outras Sessões	6.923	22.925	9.125	3.693	6.923	17.524	18.931	13.605	614	5.100	6.661	0	-5.401	9.806	9.912	-6.309	-12.424	-12.270	-6.309	-17.825	-2.464
Casos e Atos Específicos	0	150	150	150	0	0	0	0	0	0	0	0	-150	-150	-150	0	0	0	0	-150	-150

Nota (1): A produção prevista para 2009 foi estabelecida de acordo com o mecanismo de ajustamento da produção para o período entre a data da Transmissão do Estabelecimento Hospitalar e 31 de Dezembro de 2009 constante do n.º 8 do Apêndice 1 (Atividade Projectada para 2009) ao Anexo II (Produção Prevista) do Contrato de Gestão.

Nota (2): Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Nota (3): Inclui as urgências verdes e azuis pagas como primeiras consultas e como consultas subsequentes.

Nota (4): Exclui as urgências verdes e azuis pagas como primeiras consultas e como consultas subsequentes e as urgências que originam episódios de internamento.



**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Tendo a comparação entre a produção contratada e a produção constante do caso base anexo ao Contrato de Gestão sido detalhadamente analisada e justificada em anteriores respostas a questões e pedidos de esclarecimento colocados pelo Tribunal de Contas e pela Direção-Geral do Tesouro e Finanças e disponibilizada no âmbito dos trabalhos de auditoria, o que se deixa à consideração do douto Tribunal, importa apenas referir que a produção efetiva foi inferior à contratada em todas as linhas de atividade nos três anos analisados, com exceção apenas:

- Da consulta externa em 2009, o que se ficou a dever à realização de um volume significativo de urgências verdes e azuis, as quais são, de acordo com o Contrato de Gestão, remuneradas ao preço das consultas estando, como tal, incluídas na linha de atividade da consulta externa, e
- Dos doentes equivalentes em 2010 que superaram a produção prevista em apenas cerca de 1,1%.

Esta situação conduziu, conforme anteriormente apresentado, ao apuramento de pagamentos de reconciliação favoráveis à ARSN, tanto em 2009 (de 2.806.854,25 euros), como em 2011 (de 14.218.112,11 euros).

Já em 2010, o pagamento de reconciliação apurado foi de 4.383.195,99 a receber pela EGEST, o que resultou do facto de a redução da produção face ao contratado não ter compensado integralmente o facto de o adiantamento de remuneração ser, conforme estipulado no Contrato de Gestão, de 90% do valor previsível da parcela a cargo do SNS. Na realidade, em 2010, o valor previsível da parcela a cargo do SNS correspondeu a cerca de 105 milhões de euros, dos quais 90%, ou seja cerca de 95 milhões de euros, pagos por adiantamento em duodécimos, enquanto o valor efetivo da parcela a cargo do SNS foi neste ano de 98,8 milhões de euros.

15

Encargos com remunerações das Entidades Gestoras

A tabela da página seguinte apresenta a evolução dos encargos (a preços correntes de cada ano) relativos a cada uma das Entidades Gestoras entre 2009 e 2012, repartindo-os pelas principais componentes de encargos e de receitas:



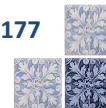
**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

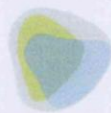
Relativamente à EGED verifica-se que os encargos contratados foram inferiores aos encargos previstos no caso base anexo ao Contrato de Gestão, tanto em 2011, como em 2012, o que resulta do facto de a aplicação, nos termos contratualmente previstos, dos índices de preços sem habitação publicados pelo INE para efeitos da atualização da componente variável da remuneração base anual da EGED, ter resultado, em todos os casos, em taxas de inflação acumuladas inferiores às previstas no caso base anexo ao Contrato. Importa ainda realçar que no âmbito do pagamento de reconciliação de 2011 o valor efetivo da remuneração base anual foi inferior ao respetivo valor previsível em 79,5 mil euros.

No que respeita à EGEST, entende esta ARSN de destacar os seguintes aspetos principais:

- No ano de 2009, o caso base anexo ao Contrato de Gestão pressupunha 6 meses de operação pela EGEST com um encargo global previsto de 54.364.707 euros quando, na realidade, a transmissão do Estabelecimento Hospitalar apenas veio a ocorrer a 1 de Setembro de 2009, tendo sido pagos pelo SNS adiantamentos mensais por conta relativos a 4 meses de operação com um montante global associado de 28.076.317 euros. Neste ano não houve lugar à realização de um procedimento de negociação da produção prevista e da parcela a cargo do SNS tendo sido aplicadas as disposições previstas no anexo 2 ao Contrato de Gestão relativamente ao ajustamento temporal da produção prevista e no n.º 21.2 do Anexo VII ao Contrato de Gestão quanto ao valor dos adiantamentos mensais por conta. Importa ainda referir que em 2009 houve lugar ao pagamento de outras remunerações contratualmente previstas relativas a medicamentos e estrangeiros que ascenderam a cerca de 2,4 milhões de euros e que são considerados devidos atentas as regras contratuais e legais estabelecidas.
- No ano de 2010 registaram-se reduções significativas face ao caso base na remuneração pela produção de serviços e pela disponibilidade da urgência, as quais mais que compensaram as outras remunerações contratualmente previstas e conduziram a encargos globais efetivos de cerca de 106,9 milhões de euros, com uma redução de aproximadamente 7,6 milhões de euros face aos encargos globais previstos no caso base (que não incluem cerca de 3,9 milhões de euros de outras remunerações contratualmente previstas).
- No ano de 2011 os encargos globais efetivos associados à EGEST foram de cerca de 100 milhões de euros, face a 103,5 milhões de euros considerados no caso base, o que resulta numa redução de cerca de 3,5

17





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

milhões de euros. Note-se que, em termos acumulados para as duas entidades gestoras, a redução de encargos face ao caso base atingiu neste ano 4,1 milhões de euros.

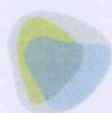
- No que respeita ao ano de 2012, os reportes mensais de atividade da EGEST permitem concluir quanto a alguma recuperação e incremento dos níveis de atividade face ao ano de 2011 (ano de arranque do novo edifício hospitalar) o que se afigura extremamente positivo para a recuperação das listas de espera do hospital e da região (e que, assim, permite considerar a diminuição do risco de recuperação das listas de espera, identificado pelo douto Tribunal como um dos riscos mais relevantes no Quadro n.º 2, a páginas 19 do relato). Não obstante, qualquer conclusão quanto aos encargos associados à parceria do Hospital de Braga na vertente clínica apenas poderá ser retirada após finalização dos trabalhos relativos ao apuramento do pagamento de reconciliação de 2012 os quais apenas se iniciarão em Fevereiro de 2012, após disponibilização pela EGEST da atividade acumulada a 31 de Dezembro de 2012 para verificação e validação pela EPC.
- Importa, ainda, referir que, de acordo com os elementos mais recentes disponíveis, se estima que em 2012 e em 2013 os encargos anuais com medicamentos atinjam cerca de 1 milhão de euros, dada a estabilidade que esta rubrica apresentou ao longo do ano de 2012 com encargos mensais estáveis em torno dos 80 mil euros.

18

Entende esta Administração ser de concluir da análise desenvolvida que:

- Os encargos globais efetivos com a parceria clínica foram inferiores aos encargos previstos no caso base tanto em 2010, como em 2011, com as diferenças a atingirem 7,6 milhões de euros e 3,5 milhões de euros, respetivamente. Também em 2009 se registaram encargos efetivos inferiores ao previsto no caso base com uma diferença estimada em cerca de 4,6 milhões de euros [$4,6 \text{ M€} = (54,36 \text{ M€} / 6 \times 4) - 31,62 \text{ M€}$].
- Em termos acumulados, entre 2009 e 2011, a redução nos encargos globais efetivos com a PPP do Hospital de Braga face aos encargos originalmente estimados nos casos base anexos ao Contrato de Gestão (incluindo as duas Entidades Gestoras) foi de 16,4 milhões de euros.

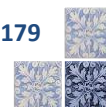
Também não entende, assim, por adequada ao caso do Hospital de Braga a afirmação constante do parágrafo n.º 377, a páginas 65 do relato, de que, «caso não existissem restrições orçamentais» este projeto poderia «em 2011 e 2012, apresentar encargos mais elevados».



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

A tabela seguinte apresenta a desagregação dos encargos globais constantes da tabela anterior por entidade responsável pelo pagamento (SNS, Terceiros Pagadores e Taxas Moderadoras) relativamente a cada uma das Entidades Gestoras para os anos de 2009 e 2012:



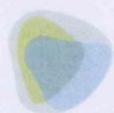


ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Valores sem IVA, a preços correntes de cada ano	2009			2010			2011			2012		
	Caso Base	Contratado	Efetivo	Caso Base	Contratado	Efetivo	Caso Base	Contratado	Efetivo	Caso Base	Contratado	Efetivo
SNS - Parcela a cargo do SNS - EGED	-	-	-	-	-	-	17.008.235	16.430.923	16.351.440	22.785.483	22.692.884	22.692.884
SNS - Parcela a cargo do SNS - EGEST ⁽¹⁾	46.793.861	46.793.861	25.269.462	98.497.001	104.950.764	98.838.855	89.038.985	119.443.793	93.281.302	88.781.392	108.441.612	108.441.612
SNS - Outras remunerações a acrescentar à PSNS (medicamentos, estrangeiros e aposentações)	-	2.038.715	2.433.533	-	2.810.766	3.947.177	-	638.000	2.791.351	-	1.000.000	1.000.000
Total SNS	46.793.861	48.832.576	27.702.995	98.497.001	107.761.530	102.786.032	106.047.220	136.512.716	112.424.094	111.566.875	132.134.496	132.134.496
Terceiros Pagadores	7.081.109	7.081.109	3.361.584	14.885.881	2.794.138	2.622.052	13.388.898	3.957.663	2.423.508	13.330.272	3.096.648	3.096.648
Taxas moderadoras	489.737	489.737	556.829	999.063	1.260.309	1.354.509	1.036.883	1.750.663	1.493.889	1.069.586	2.381.617	2.381.617
Total (SNS, Subsistemas, Utentes)	54.364.707	56.403.422	31.621.408	114.381.945	111.815.977	106.762.993	120.472.401	142.221.043	116.341.390	125.966.733	137.512.761	137.512.761

Nota (1): A parcela a cargo do SNS já deduz, conforme mecanismo de pagamento da EGEST constante do Anexo VII ao Contrato de Gestão, as receitas comerciais de terceiros, as receitas do ensino médico e as deduções por falhas resultado, serviço e específicas.



**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Tanto em 2010, como em 2011, o aumento registado nos encargos efetivos da responsabilidade do SNS face aos encargos previstos para o SNS no caso base é substancialmente inferior à redução dos encargos relativos a terceiros pagadores. Esta situação resulta, para todos os anos analisados, da transferência para o SNS, a partir de 1 de janeiro de 2010, de encargos anteriormente da responsabilidade de subsistemas de saúde.

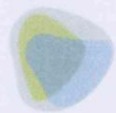
A propósito dos encargos anteriormente assumidos pelos subsistemas e desde 1 de janeiro de 2010 assumidos como encargo do SNS e assim devendo ser considerados no valor da parcela a cargo do SNS, não pode esta Administração deixar de realçar que esses encargos respeitam a beneficiários de subsistemas públicos de saúde, nos termos da Circular Normativa n.º 1/2010/CD da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., e que não traduzem um efetivo aumento dos encargos do Estado, pessoa coletiva e concedente, pois esses encargos tinham já expressão orçamental noutros ministérios do Governo.

Em suma, a presente pronúncia teve como objetivo fundamental permitir a esta ARSN proceder à atualização da informação utilizada pelo Tribunal de Contas no Relatório de Auditoria relativamente à Parceria Público-Privada do Hospital de Braga por incorporação dos novos elementos entretanto tornados disponíveis em resultado da conclusão dos trabalhos relativos ao apuramento dos acertos de contas da EGEST para os anos de 2009, 2010 e 2011 e da EGED para o ano de 2011. A conclusão destes trabalhos foi concretizada pela equipa de gestão do contrato que iniciou funções em 1 de Novembro de 2011 por nomeação do Conselho Diretivo desta ARSN que iniciou funções em Outubro de 2011.

Assim, deixa este Conselho Diretivo à consideração do douto Tribunal, a informação atualizada, incluindo uma revisão e atualização dos principais quadros constantes do Relatório de Auditoria mediante a inclusão, nos anos de 2009, de 2010 e de 2011, dos elementos relativos à produção e aos encargos e pagamentos efetivos, bem como dos comentários considerados relevantes, nos termos ora apresentados.

Entende este Conselho, o que submete à consideração do douto Tribunal, que a informação assim atualizada permite afastar algumas considerações e eventuais conclusões que das mesmas poderia o douto Tribunal fazer resultar, em especial, quanto ao aumento dos encargos e quanto aos fundamentos de rescisão do Contrato de Gestão do Hospital de Braga por incumprimento do parceiro privado.





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Fica naturalmente este Conselho Diretivo ao inteiro dispor de V. Exa. para prestar os esclarecimentos adicionais que entenda devidos.

Agradecidos pela atenção dispensada, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

Dr. Castanheira Nunes
Presidente C. D.

Junto: CD contendo 27 documentos em formato digital e cópia deste ofício em formato editável.

22





13. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ARS LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.





ARSLVT - Saída 726 / APPP / 2013 2013 01 11



1. Área IX
 1. Accusar e receções
 2. Incluir ao domínio
 respectivo.
 Lx. 13.01.2012
 J

Exmo. Senhor

Juiz Conselheiro Responsável pela área de controlo do SPE

Professor Doutor José Manuel Monteiro da Silva

Av. Barbosa du Bocage, 61

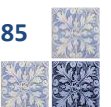
1069-045 LISBOA

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
205	2013-01-04	726 / APPP / 2013	11-01-2013
Assunto	Exercício do contraditório – Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde (Processo nº 15/11 Audit)		

Em resposta a comunicação de V.Exa. com a refª Proc.nº15/11-Audit, rececionada no passado dia 3 de janeiro, e analisado o Relato da Auditoria referida em epígrafe, vem esta Administração Regional pronunciar-se relativamente aos seguintes pontos:

- Quanto ao referido no 1º parágrafo do ponto 1.4, pág.10 do Relato, entende esta Administração Regional que a forma como o parágrafo está redigido não faz jus à situação real relacionada com os acertos de contas pelos quais esta ARS é responsável, enquanto Entidade Pública Contratante (EPC).
 Efetivamente, no que se prende com o contrato de parceria público-privada (PPP) do Hospital de Cascais, desde o início da sua vigência os acertos de contas com as Entidades Gestoras do Edifício e do Estabelecimento foram realizados dentro do prazo previsto contratualmente, sem atrasos. O facto de, em especial no caso da Entidade Gestora do Estabelecimento (EGEST), o valor apurado pela EPC poder vir a ser alvo de reclamação por parte da EGEST, seguida de reanálise por parte da ARS, não obsta a que, do ponto de vista do Estado, ele seja considerado concluído. Ademais, existem mecanismos previstos contratualmente para resolver litígios entre EGEST e EPC, nomeadamente a mediação e a arbitragem, que nunca foram acionados pela EGEST do Hospital de Cascais no que se prende com os acertos de contas de 2009, 2010 ou 2011.
 Relativamente às demais parcerias de que esta ARS é EPC, à data da realização dos trabalhos de auditoria não era possível ter iniciado qualquer processo de reconciliação, dados os prazos legalmente previstos.
 O primeiro processo de reconciliação a ter lugar quanto à PPP do Hospital de Vila Franca de Xira, à data dos trabalhos de campo concluídos pelo Tribunal de Contas em março de 2012, encontravam-se em curso, ao passo que no caso do contrato da PPP do Hospital de Loures apenas em junho de 2013 principiará, contratualmente, o primeiro processo de reconciliação de contas.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
 Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
 geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt



Assim, não se percebe a referência, no referido parágrafo do Relato, a falta de início dos processos de acerto ou à falta da sua conclusão, considerando esta ARS que seria útil que a afirmação fosse reescrita de modo mais objetivo, por forma a não induzir leitores menos conhecedores dos processos em causa na conclusão de que o Estado tem sido laxista quanto a processos de reconciliação de contas da PPP de Cascais, ou que não tenha cumprido rigorosamente os prazos contratualmente exigidos para estes processos.

2. Na parte final do 5º parágrafo do mesmo ponto e página, seria importante precisar-se que um fator determinante da execução dos contratos e da comparação com os encargos previstos nos casos base, é a determinação do valor de produção mínimo que o Estado está, nos termos dos contratos, obrigado a comprar, e que se consubstancia num cenário de procura mínima, nos últimos 5 anos, verificada por parte da população residente na área de influência de cada Hospital em regime de PPP, para as valências do seu perfil, em qualquer hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para além do próprio Hospital PPP. Em caso de determinação unilateral, é este o cenário de produção mínima abaixo do qual o Estado não pode contratar. Ora, verifica-se, em função da evolução dos níveis de acesso, nomeadamente no caso da PPP de Cascais, que o valor económico realista deste “cenário de mínimos dos últimos 5 anos” se apresenta já superior ao previsto no caso base, para os anos mais recentes, ou seja, não se trata apenas de o Estado estar a comprar valores de produção acima dos previstos nos casos base, trata-se de o Estado não poder, nos termos dos contratos, nalguns casos, gerar encargos inferiores aos previstos, mesmo em casos de determinação unilateral, para as linhas de produção previstas nos casos base, dados os valores mínimos de produção que é obrigado a contratar, o que significa um constrangimento orçamental acrescido.
3. A referência ao constrangimento que implica o facto de o Estado ter que ter em conta o valor do “cenário de mínimos dos últimos 5 anos” seria também pertinente no final do 2º parágrafo da página 11. Deste parágrafo do Relato, parece resultar que o Estado pode comprimir adicionalmente, ou sem limite, a contratação e a geração de encargos com as PPP na Saúde, o que não se verifica, já que contratualmente, em casos de falta de acordo negocial entre EPC e EGEST, ou seja em caso de determinação unilateral, os contratos obrigam a que o Estado adquira pelo menos os níveis de produção correspondentes à procura mínima dos últimos 5 anos, dentro do perfil hospitalar da PPP, pela população da área de influência de cada Hospital PPP, verificada nos Hospitais do SNS.
4. Quanto à alegada limitação, nos anos de 2011 e 2012, devido às restrições orçamentais (1º e 2º parágrafos da página 11 do Relato), também transmitida pela EGEST (2º, 4º e 5º parágrafos da página 66 do Anexo ao Relato), importa, no que respeita à **PPP do Hospital de Loures** prestar alguns esclarecimentos adicionais, dada a sua relevância, designadamente, no que se refere à taxa de execução da atividade de 2012, naturalmente não disponível à data da realização da Auditoria. Assim no que respeita à execução da atividade do Hospital de Loures durante 2012, tendo por base os reportes da EGEST, de janeiro a novembro de 2012, efetuou esta ARS uma projeção anual, constatando-se que a atividade realizada pelo Hospital ficou significativamente aquém da produção contratada, conforme se verifica da leitura do quadro anexo (anexo 1). Em consequência, a EGEST, não só não irá receber os 10% da remuneração de 2012 que teriam lugar em sede de pagamento de reconciliação até final de junho de 2013, como terá de proceder à devolução de verba, correspondente à produção não realizada nesse ano. Faz-se notar que da ata do procedimento



negocial de 2012 enviada por correio eletrónico a esse douto Tribunal em 06/12/2011, e que por facilitação se anexa (anexo 2) constam devidamente explicitados, designadamente, nas páginas 8 a 14, as alegações então produzidas pela EPC que se prendiam com a menor capacidade de atração do HBA no primeiro ano de atividade, o faseamento da abertura dos seus serviços com impacto no volume de produção a contratar, as efetivas necessidades das populações cobertas, tendo por base o histórico da população do Hospital de Loures, atendida nos últimos 5 anos, que antecederam a abertura do Hospital, nos hospitais da Região de Lisboa, que então serviam as populações dos concelhos e freguesias agora pertencentes ao Hospital de Loures. De realçar que perante o facto de a EGEST não prescindir do recurso às regras de fixação unilateral previstas no contrato, no caso da falta de acordo, a EPC acabou por acordar com a EGEST uma proposta muito próxima da do cenário mínimo verificado nos últimos 5 anos nos hospitais da Região de Lisboa que atenderam a população do Hospital de Loures, cujo valor se acomodou no orçamento atribuído para a EGEST do Hospital de Loures. Importa salientar que, ainda que a regra constante da Cláusula 133.^a do Contrato de Gestão considere montantes previsionais e não montantes máximos fixos, a execução da parceria, em cada ano, tem como constrangimento o montante orçamental inscrito para cada ano. A comportabilidade e sustentabilidade financeira são, naturalmente, regras a observar na execução da parceria.

Face ao exposto e em suma, não são corretas as afirmações proferidas pela EGEST quando alega, para 2012, a mera limitação da produção contratada a um montante financeiro definido à partida e imutável, dado o grave contexto económico e financeiro que o país atravessa, conforme fica demonstrado no quadro constante do anexo 1 ao presente ofício.

5. Não compreendemos qual a “alteração metodológica” a que se refere o 3.^o, 4.^o, 5.^o e 6.^o parágrafos da p.11, não conhecendo esta ARS qualquer alteração nessa altura que tenha sido, ou seja, relevante para a determinação dos encargos com os seus três contratos de Hospitais em regime de PPP. Assim, sugere-se que esta questão seja melhor identificada no Relato e o seu impacto nalgum contrato (porventura o de Braga) seja objetivado, por forma a não se gerar uma imagem errada da (in)capacidade de previsão de encargos por parte do Estado. Do mesmo modo, não se entende a afirmação feita no 6.^o parágrafo, atribuída às entidades gestoras, sobre substituição de atos melhor remunerados do que antes da referida “alteração metodológica”, sendo útil que o Relato concretize as entidades, e os atos em causa, dado não identificarmos a validade da afirmação feita no caso dos três contratos de que esta Administração Regional é a EPC.
6. Relativamente ao referido quanto ao Hospital de Vila Franca de Xira no 3.^o parágrafo da página 15 do Relato, não corresponde inteiramente à realidade que este não tenha ainda iniciado a sua actividade clínica no âmbito do contrato em vigor da PPP. De fato, à data de início dos trabalhos de campo em maio de 2011, referida pelo Tribunal de Contas na página 7 do Relato, o Contrato de Gestão ainda não tinha produzido os seus efeitos, o que veio a ocorrer a 1 de junho de 2011.
7. Quanto à enumeração de fatores de divergência entre os encargos verificados e os previstos nos casos base, constante no início da página 16 do Relato de Auditoria, esta Administração Regional entende que seria conveniente diferenciar em dois casos distintos aquilo que é enumerado como “existência de encargos não previstos no caso base”: conviria distinguir o caso da “existência de encargos contratualmente previstos mas não orçamentados no caso base”, do caso da “existência de encargos não previstos no contrato (e portanto também não orçamentados no caso base)”. No



primeiro caso cabe, por exemplo, a situação dos encargos com a dispensa obrigatória de medicamentos de ambulatório pela farmácia hospitalar, contratualmente prevista, mas cujos encargos não foram orçamentados nos casos base. No segundo caso cabem, nomeadamente, protocolos para prestação de atos adicionais não previstos no contrato inicial (como o Protocolo HIV/SIDA em Cascais) e os encargos decorrentes da alteração da entidade financeira responsável dos três sub-sistemas públicos (concretamente, a ADSE, e os sub-sistemas públicos específicos da PSP, GNR e Forças Armadas) que a partir de 1 de janeiro de 2010 passaram a ser da responsabilidade do SNS e que não estavam assim contemplados no modelo financeiro das PPP de Cascais e Loures.

8. Ainda no que se refere a esta enumeração, quanto ao enunciado sobre “matéria de natureza fiscal”, o IVA incide apenas sobre a remuneração das Entidades Gestoras dos Edifícios e não sobre a das EGEST, ao contrário do que é referido certamente por lapso.
9. Finalmente, no que se refere a esta enumeração, o último ponto cita “outros fatores, tais como a alteração de preços unitários (...)”, não compreendendo esta ARS a que alterações de preços o Relato se refere, dado as mesmas não terem sucedido em nenhum dos três contratos PPP de que esta ARS é EPC.
10. Relativamente ao 1º parágrafo do ponto sobre “Divergências e gestão contratual” na página 16, a frase: “A existência de encargos superiores aos previstos nos casos base não resulta, necessariamente, de uma deficiente gestão dos contratos” parece-nos excessivamente vaga e algo indutora em erro, não sendo claro se há, ou não, indícios de deficiente gestão dos contratos e/ou se a mesma explica alguma parte da existência de encargos superiores aos previstos nos casos base. A matéria exposta no Relato de Auditoria parece, antes, evidenciar que *a existência de encargos superiores aos previstos nos casos base resulta, sobretudo, de incompletudes na orçamentação dos casos base e lacunas contratuais, que levaram à geração de encargos não previstos de início, e não de uma deficiente gestão dos contratos*, da qual não parece haver evidência. Assim, esta Administração Regional sugere a V.Exa. a reescrita desta conclusão síntese do sumário executivo do Relato, e que é repetida ao longo do mesmo noutros pontos, tornando-a porventura mais objetiva.
11. No 2º parágrafo da página 17, há referência ao “protocolo celebrado no âmbito do Hospital de Cascais sobre a dispensa de medicamentos HIV/SIDA”, quando o protocolo com aquela PPP se refere não apenas a dispensa de medicamentos HIV/SIDA, mas à *prestação de cuidados em ambulatório a doentes de HIV/SIDA*, ou seja, incluindo consultas e sessões de Hospital de dia, para além daquela dispensa. Assim, a referência deverá ser corrigida para “protocolo celebrado no âmbito do Hospital de Cascais para a prestação de cuidados em ambulatório a doentes de HIV/SIDA”.
12. Igual correção deverá ser feita na nota de rodapé nº 34, na página 17, quanto ao âmbito do Protocolo referido.
13. Na página 18, no primeiro ponto da enumeração relativa à “Possibilidade de melhoria da gestão contratual”, poderia a nosso ver, beneficiar de uma alteração do texto, já que nos parece que os



gestores de contrato entendem que seria benéfico para o Estado serem mais envolvidos no processo de determinação das necessidades orçamentais, dado a fixação das dotações orçamentais propriamente dita ser algo que ultrapassa as competências desta Administração Regional.

14. No que se refere à explicação constante no 2º parágrafo do ponto 6.1, página 40, há que referir que a mesma não é aplicável de igual forma a todos os contratos PPP, ou seja, a remuneração das EGED é especificamente regulada em cada Contrato de Gestão e não se verifica em todos eles que haja, nomeadamente, partilha de receita em percentagem fixa com a EPC proveniente do estacionamento, ou de outras atividades que gerem receitas comerciais de terceiros.
15. Do mesmo modo, a percentagem de 25% referida no final da página não é uma regra aplicável de forma comum a todas as PPP cujos contratos são geridos por esta ARS.
16. Na página 41, 3º parágrafo, relativo à remuneração da EGEST, a referência a “pagamentos de fármacos das farmácias comunitárias” afigura-se confusa, não se compreendendo exatamente a que respeita. Caso seja ao “pagamento da dispensa obrigatória de medicamentos em ambulatório pela farmácia hospitalar”, devido nos termos dos contratos, aconselha-se a retificação da redação.
17. Nessa mesma página, o último esquema apresentado suscita duas dúvidas a esta Administração Regional: por um lado, as receitas comerciais de terceiros a partilhar com o Estado deduzem (ao invés de somarem) à remuneração anual da EGEST; por outro, desconhecemos a que se refere a última parcela que é deduzida, relativa a “receitas do ensino pré-graduado que cabem ao Estado” e que não se aplica em nenhum dos três contratos de que esta Administração Regional é a EPC.
18. No quadro nº 11 da página 47 do Relato, o valor correto referente à EGEST é de 61.225 € conforme consta do Anexo à ata de 2012, enviado ao Tribunal por correio eletrónico de 06/12/2011.
19. No que se refere ao ponto 7.2.2 “Principais fatores de desvio”, na página 49, há a salientar que um dos grandes fatores de desvio dos encargos verificados face aos previstos, e que *não se encontra enumerado*, foi, e é, a alteração da responsabilidade financeira no caso dos utentes de três sub-sistemas públicos (concretamente, a ADSE, e os sub-sistemas públicos específicos da PSP, GNR e Forças Armadas), que, na sequência de memorando firmado entre os quatro Ministérios respetivos, desde 1 de janeiro de 2010, e através de consagração anual na Lei do Orçamento do Estado, passou para a esfera do SNS. Ou seja, nos casos base os proveitos relacionados com a prestação de cuidados de saúde a estes utentes constituíam receitas de terceiros pagadores no cômputo da Parcela a Cargo do SNS, mas, desde 2010, passaram a constituir um encargo do orçamento do próprio SNS, o que, conforme informação disponibilizada aos auditores do Tribunal de Contas, representou um acréscimo de encargos para o SNS muito vultuoso. Sugere-se pois que este fator seja explicitamente incluído na listagem do ponto 7.2.2. em análise.
20. Ainda sobre este ponto, quanto ao fator relativo à “procura prevista no momento da contratação”, existe uma referência final a necessidade de recuperação de listas de espera que não compreendemos exatamente em que se concretiza, dado não terem existido até à data programas específicos, adicionais, de recuperação de listas de espera que tenham contribuído para o aumento de encargos nos casos dos três contratos geridos por esta ARS. No entanto, nos processos de



negociação da produção prevista a ARSLVT, I.P tem em consideração as listas de espera para consulta e cirurgia nas especialidades em que há maior procura, dentro do orçamento disponível. Todavia, não consta neste âmbito e, a nosso ver, deveria constar, referência à influência dos “cenários dos mínimos dos 5 anos”, que são determinantes da procura *mínima* a que o Estado tem que atender na contratação em caso de determinação unilateral da produção, conforme explicado no ponto 3, acima.

21. Finalmente, no mesmo ponto, e quanto ao fator “encargos não previstos no caso base”, tal como referido antes por esta Administração Regional (*vide* ponto 6), conviria distinguir o caso da “existência de encargos contratualmente previstos mas não orçamentados no caso base”, do caso da “existência de encargos não previstos no contrato (e portanto também não orçamentados no caso base)”, podendo-se ainda distinguir, de entre esta segunda categoria, a situação dos encargos legalmente devidos mas não contratualmente previstos (como o pagamento de “ajudas técnicas” às EGEST em termos similares aos dos demais Hospitais do SNS) da dos encargos advenientes da contratação da prestação de atos adicionais, como o caso do Protocolo para prestação de cuidados em ambulatório a doentes de HIV/SIDA na PPP de Cascais. Realça-se ainda que todos os encargos adicionais gerados no caso das PPP desta Região de Saúde são sempre encargos legalmente devidos pelo Estado, mesmo que não contratualmente previstos ou orçamentados de início.
22. Na página 53, 6º parágrafo, não resulta claro se a componente de 40,506 milhões de euros referida diz respeito à dispensa de medicamentos HIV/SIDA ou à componente do Protocolo para a prestação de cuidados de saúde em ambulatório a doentes com HIV/SIDA, que inclui, para além da dispensa de medicamentos HIV/SIDA, a realização de consultas e sessões de Hospital de dia específicas.
23. Relativamente à “responsabilidade dos subsistemas de saúde” referida na enumeração do 2º parágrafo da página 58, cremos que seria mais rigoroso constar referência explícita à “responsabilidade dos três subsistemas públicos de saúde que foi transferida para o SNS”, de modo a facilitar a compreensão do exposto, conforme salientado no ponto 17 acima.
24. No Quadro nº 19 da página 65, não resulta claro a que se refere a expressão “Inclui a comparticipação dos utentes”, nas notas do gráfico.
25. Na mesma página, 1º parágrafo, consta uma referência a um montante máximo de encargos em 2016 de 383,8 milhões de euros que, porventura, pecará por defeito. Note-se que na página 56 do relatório do Orçamento do Estado para 2013 consta uma estimativa plurianual de encargos com as PPP da Saúde que excede o montante máximo apontado no Relato em apreço, apontando para um valor máximo de 391 milhões de euros de encargos no ano de 2014.
26. Na página 7 do Anexo ao Relato, 2º parágrafo do ponto 1.1.1 (Adendas e acordos interpretativos do Hospital de Cascais), sugere-se que ao invés de se referir: “...verifica-se que com efeitos desde 2008 tem sido negociado numa base anual (...) o designado Protocolo...”, se refira: “...verifica-se que desde 2008 tem sido negociado numa base anual com efeitos no ano seguinte (..) o designado Protocolo..”, dado que os efeitos do Protocolo em causa se iniciaram a 1 de janeiro de 2009 (e não em 2008), com renovações anuais desde então.



27. Existe uma gralha ortográfica na citação constante no início da página 12 do Anexo ao Relato, na palavra “contratos”, incorretamente escrita com “c”.
28. Quanto ao referido no último parágrafo da página 13 do mesmo Anexo, não resulta claro a que se refere o Relato quando afirma que “...uma deficiente previsão de encargos, com origem num perfil assistencial diferente do que veio a verificar-se.” No caso da PPP do Hospital de Cascais, o perfil assistencial verificado coincide com o previsto, à exceção do Protocolo para a prestação de cuidados em ambulatório a doentes de VIH/SIDA, mas cujos encargos não explicam toda a diferença entre os encargos previstos no caso base e os verificados, como aliás bem evidencia o Relato da Auditoria.
29. Na página 27 do Anexo ao Relato, verifica-se que a nota de rodapé nº 25 está incompleta.
30. Na página 55 do Anexo ao Relato, 4º parágrafo do ponto 1.3.3 (Evolução da produção contratada), sugere-se que maior diferença entre a produção contratada e o caso base, registada na cirurgia de ambulatório, seja acompanhada da justificação que motivou esse desvio e que consta dos 3º e 4.ºs parágrafos da página 59 do Anexo ao Relato. Com efeito a atividade cirúrgicas nas especialidades de ORL e Oftalmologia, em particular esta última, com elevada propensão para ambulatorização, não apresenta produção prevista no caso base para o período de transição que decorre entre a transmissão do atual estabelecimento hospitalar e entrada em funcionamento do Novo Edifício Hospitalar.
31. Nessa mesma página 55 do Anexo, sugerimos igualmente que seja incluída referência ao facto da diferença entre o caso base e a produção contratada para as consultas se fundamentar nos termos expressos pelo Tribunal de Contas no 5.º parágrafo da página 59 do Anexo.
32. Verifica-se que na página 60 do Anexo, o texto do 2º parágrafo do ponto 1.3.9. não está completo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

Luís Cunha Ribeiro

RGTC 15 01'13 00975

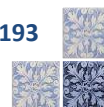
Anexo: 1 DVD

7/7





14. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ARS DO ALGARVE, I.P.





14/01/2013 10:18 28980/405

C.D. ARSALGARVE IP

PAG. 01/01

289807405



Ex.mo Sr.
Juiz Conselheiro
Prof. Doutor José Manuel M da Silva
Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua Comunicação

Sua Referência

Nossa Referência

009/2013-DC-JR

2013-01-11

Fax nº 9.

**Assunto: Relato de Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde -
contraditório**

Analisado o relatório referido em epígrafe temos a comunicar que, em termos gerais, o teor do relato e das respectivas conclusões, no que respeita ao CMFRS – Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, merecem a nossa concordância, com as seguintes ressalvas:

No corpo de relato

Na pág. 30 - 136. Quadro nº 7 – refere-se como população que beneficia dos serviços – 550.000 pessoas. Considerando que a área de influência do Centro integra o Algarve e o Distrito de Beja, a população abrangida, de acordo com os dados do censo de 2011, totaliza cerca de 603.000 residentes.

Na pág. 46 - 259. Refere-se que o benchmarking envolve, para além do CMFRS, o Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão e o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Centro, o que é não é correcto, dado que este último Centro não integra o grupo. O exercício de benchmarking envolve o CMFRS, o Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão e o Institut Guttman de Barcelona.

Com os melhores cumprimentos, *e considero pessoal.*

Dr. Martins dos Santos
Presidente do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P.

Largo de São Pedro, n.º 15, 8000-145 Faro - Tel.: 289 889 995 - Fax: 289 829 849
e-mail: cd@arsalgarve.min-saude.pt

DCFC 14 01 13 00899





15. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE ESCALA BRAGA – SOCIEDADE GESTORA DO EDIFÍCIO, S.A.





Escala
Braga

SOCIEDADE GESTORA DO EDIFÍCIO, S.A.

À Mez IX

1. Assinar a recepção.

2. Incluir no Diário
Respetivo.

Ex. 21. 02. 2013
fs

Exmo. Senhor Doutor Juiz Conselheiro do
Tribunal de Contas
Professor Doutor José Manuel Monteiro da
Silva
Avenida Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Ref^o: SE-FGD004-001713-2013

V/Ref^o Proc.: 15/11 – Audit

Linhó, 19 de Fevereiro de 2013

Assunto: Relato da Auditoria aos Encargos do estado com PPP na Saúde

Exmo. Senhor Doutor Juiz,

Escala Braga- Sociedade Gestora do Edifício, S.A., notificada do duto Relatório do Tribunal de Contas identificado em epígrafe, vem no exercício do contraditório, dizer que nada tem a opor ao teor do mesmo.

Sem mais de momento subscrevemo-nos atenciosamente,

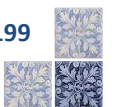
Francisco Silva

BETC 21 02 13 03814

ESCALA BRAGA - Sociedade Gestora do Edifício, S.A.
Sete Fontes, 4710-243 BRAGA

Capital Social de Euros: 1.500.000, pessoa colectiva n.º 508 820 049, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Braga

FEB804/01.00





16. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE ESCALA BRAGA – SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO, S.A.





Hospital
Braga

+351253027888

00500 16 JAN 2013

*À Area IX,
A. Acusa a recepção*

Exmo. Sr. Juiz Conselheiro
Prof. Dr. José Manuel Monteiro da Silva
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045- Lisboa

Assunto: Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde
Exercício do Contraditório
V/ Ref: Proc. 15/11- Audit
Confidencial

Braga, 16 de Janeiro de 2013

Exmo. Senhor Juiz Conselheiro,

Serve a presente para, no seguimento da notificação recebida no âmbito do procedimento acima referenciado, enviar a V. Exas., pronúncia em sede de exercício do contraditório que se anexa.

Por facilidade de exposição, iremos seguir a sistemática do documento que N/ remeteram.

Mais informamos que o presente requerimento será expedido, nesta data, por fax, CTT e por email, acompanhado dos quatro anexos nele aludidos.

Os nossos melhores cumprimentos,

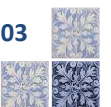
O Administrador Executivo

José Luís Carvalho

Hospital de Braga – Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S. A.
Capital Social 4.000.000 EUR – Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Braga | NIPC 508 820 030
Sele Fontes – S. Victor – 4710-243 BRAGA | T. 253 027 000 | F. 253 027 999

www.hospitaldebraga.com.pt

MGTC 16 01'13 01151





+351253027888

Exmo. Sr. Juiz Conselheiro
Prof. Dr. José Manuel Monteiro da Silva
Tribunal de Contas

Assunto: Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde
Exercício do Contraditório
Confidencial

Escala Braga, Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A., tendo sido notificada do Relato supra mencionado, vem exercer o contraditório nos seguintes termos:

Sumário Executivo:

1.3. Metodologia e Procedimentos – Condicionantes e limitações:

Nos pontos 30 e 31 é referido que foi implementada uma alteração metodológica que modificou a caracterização e quantificação dos actos hospitalares, a qual terá tido impacto nos encargos do Estado com os Contratos PPP.

Confirmamos que a criação dos GDHs de ambulatório implicou alterações na contratação dos actos de produção, mas realçamos que do ponto de vista financeiro – e no que ao Hospital de Braga (HB) diz respeito - a mesma foi “neutral” para o Estado uma vez que na sequência da substituição de alguns actos de Hospital de Dia por GDH de ambulatório médico se procedeu à alteração dos preços a aplicar a qualquer doente equivalente contratado no HB de modo a que a remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento não tivesse alterações. Esta alteração de preços foi fixada recentemente entre a Entidade Pública Contratante (EPC) e a Entidade Gestora do Estabelecimento no âmbito do processo de fecho de contas relativo aos anos de 2009, 2010 e 2011.



Hospital
Braga

+351253027888

2. Observações e Conclusões – Carácter provisório da informação financeira

No **ponto 54** (e da mesma forma em diversos outros pontos ao longo do documento) é referido que o montante total dos encargos incorridos com as PPP na Saúde é ainda provisório na medida em que os processos de acerto de contas anuais se encontram em aberto. Sucede que neste momento, fruto do processo de reconciliação que estava em curso com a EPC, o processo de fecho de contas do Hospital de Braga já está concluído para 2009, 2010 e 2011 no que diz respeito às questões relativas a produção e desempenho. Neste contexto, os encargos incorridos pelo Estado no Hospital de Braga já são conhecidos.

2. Observações e Conclusões – Riscos para a previsibilidade dos encargos

No **ponto 72** são identificados os riscos e os factores mitigadores de risco mais relevantes das distintas PPP. Consideramos que o respectivo **Quadro nº 2** constitui uma síntese adequada dos mesmos, tendo, no entanto, as seguintes sugestões:

- (i) Entendemos que o risco “contratação contida por restrições orçamentais” também se aplica ao Hospital de Braga;
- (ii) Não vislumbramos por que motivo o risco “impacto financeiro de alterações metodológicas no SNS” é classificado como factor de risco para o Estado uma vez que as mesmas implicaram – pelo menos no Hospital de Braga – uma revisão de preços por forma a neutralizar eventuais diferenças de remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento. Não obstante, se for entendimento de que ainda assim este é um factor de risco para o futuro, então parece-nos que o mesmo não é exclusivo do Hospital de Braga.

2. Observações e Conclusões – Riscos ao desempenho das concessionárias

No **ponto 80**, são identificados os riscos e os factores mitigadores de risco mais relevantes no âmbito do desempenho financeiro das concessionárias. Consideramos que o respectivo **Quadro nº 3** constitui uma síntese adequada dos mesmos, tendo, no entanto, as seguintes sugestões:





+351253027888

- (i) Entendemos que o risco “efeito das restrições orçamentais do concedente sobre a contratação de produção” também se aplica ao Hospital de Braga;
- (ii) Da mesma forma, entendemos que o risco “fiscalidade (alterações após BAFO, nomeadamente IVA) também se aplica ao Hospital de Braga;
- (iii) Paralelamente, o risco “enquadramento legal desfavorável” também deve ser tido em conta no Hospital de Braga;
- (iv) E, segundo os mesmos critérios, entendemos ainda que o risco “facturação não aceite pelo concedente, por motivos que considera não lhe serem imputáveis” também existe no caso do Hospital de Braga;
- (v) Parece-nos que o risco “fundamento de rescisão por parte do Estado (por violação de obrigações de serviço público)” não se verifica. Apresentamos mais à frente neste documento os fundamentos para justificar esta observação;
- (vi) Relativamente aos factores mitigadores de risco, e exactamente pelo mesmo motivo que entendemos que no Quadro 2 do ponto 72 o factor “alterações metodológicas” não deve ser considerado, também aqui não nos parece que o mesmo deva ser classificado como “factor mitigador de risco”.

Corpo do Relato

5.2. Gestão Contratual – estrutura e reporte

No ponto 166 e nas respectivas notas de rodapé nº 79 e nº 80, é feita referência a condições inadequadas de exercício das funções de provedor de utente, suscitando, na nossa perspectiva, a dúvida sobre a responsabilidade das diferentes entidades nesse processo. Neste contexto, gostaríamos de realçar que o Hospital de Braga colaborou desde o primeiro momento na criação das condições adequadas ao exercício das funções do Provedor do Utente, mantendo até esta data, uma profícua colaboração com esta entidade.

4



Hospital
Braga

+351253027888

6.2. O VFM esperado da contratação

No **ponto 232**, entendemos que existe uma troca inadvertida entre as entidades gestoras do estabelecimento e as entidades gestoras do edifício quando se refere que a "respectiva vertente de serviços clínicos situou-se 13% acima do respectivo referencial ...".

6.3. Benchmarking com outras unidades de saúde integradas na rede SNS

No **ponto 261** e respectiva nota de rodapé nº 91, é feita uma referência a falhas encontradas no desempenho das PPP – em particular no caso do HB – com carácter grave a ponto de serem enquadráveis nos motivos previstos para a rescisão contratual pelo Estado. Tal como referimos mais à frente neste documento, entendemos que tal referência não se nos poderá aplicar.

7.2.2. Comparação com o caso base – Principais factores de desvio

No **ponto 276**, são referidos dois aspectos (*redução de preços unitários; alterações metodológicas do SNS*) que na perspectiva de V. Exas. poderão justificar eventuais diferenças entre o caso base e a execução verificada nos contratos PPP até à data. Entendemos que os mesmos – ainda que existindo – não devem ser considerados como factores explicativos das diferenças de remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento na medida em que o primeiro (redução dos preços unitários aquando da passagem para o novo edifício hospitalar) estava previsto no próprio Contrato de Gestão e o segundo (alterações metodológicas do SNS) determinou uma revisão dos preços a aplicar ao HB por forma a neutralizar eventuais diferenças de receitas da Entidade Gestora do Estabelecimento. Já a diferença entre a taxa de inflação prevista e a taxa concretizada pode, na nossa perspectiva, ser factor explicativo de parte dos desvios.

No **ponto 277**, é referida a inexistência de pedidos de reequilíbrio financeiro. No caso do HB, importa realçar que a Entidade Gestora do Estabelecimento notificou a EPC 13/7/2009, 23/12/2009, 10/2/2010 e 25/8/2012, conforme se constata *através dos ofícios que juntamos em anexo e para os quais remetemos*, da ocorrência de factos que, na perspectiva do HB, podem vir a

5





+351253027888

dar lugar à reposição do equilíbrio financeiro do Contrato uma vez apurados os montantes concretos do impacto sobre a remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento.

7.3.1. Evolução de encargos face aos casos base, por contrato

No **ponto 302**, é referida que a diferença no HB face ao caso base é atenuada pela menor complexidade da actividade face ao previsto. Gostaríamos a este propósito de realçar que tal análise não é linear uma vez que as alterações metodológicas introduzidas determinaram a inclusão na linha de actividade de “doentes equivalentes” dos episódios de ambulatório médico que não existiam à data da definição do caso base, a qual implicou uma diminuição automática do índice de case mix global do Hospital, com independência da evolução registada nas outras linhas de doentes equivalentes. É exemplo paradigmático desta situação a actividade de quimioterapia e a de radioterapia, que, deixando de ser incluída na linha de Hospital de Dia, passou a integrar os doentes equivalentes do HB, entrando para o cálculo do ICM global com um peso relativo (para cada um dos actos) muito inferior.

8.4. Encargos no ciclo de vida

No **Quadro nº 24 apenso ao ponto 404**, entendemos que haverá uma troca inadvertida entre “estabelecimento” e “edifício”.

9.2. Desempenho financeiro das concessionárias e riscos para o Estado

No **ponto 438**, é referido que o valor total das multas aplicadas sobre o HB era de “cerca de 4,550 milhões de euros”. Entendemos ser benéfico referir que o mesmo era de “cerca de 4,300 milhões de euros” na medida em que o valor exacto das mesmas era de 4.299.305,85€.

6



Hospital
Braga

+351253027888

Anexo relativo ao Hospital de Braga

1.2.2. *Inflação e case mix*

Nos **pontos 143 e 144**, é feita referência a diminuições do índice de case mix do Hospital de Braga que, na nossa perspectiva, deverão ser objecto de análise distinta e detalhada na medida em que, tal como referido acima, a alteração metodológica que implicou a criação de GDH de ambulatório médico implicou uma alteração no cálculo do ICM global do Hospital pelo que as comparações com o caso base não podem ser feitas de forma linear.

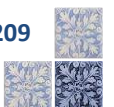
1.2.3. *Evolução da produção contratada*

No **ponto 175** é feita uma referência à diferença de preços existente entre actos classificados como sessões de Hospital de Dia e actos classificados como Doentes Equivalentes, podendo suscitar a ilação de que o Hospital de Braga terá beneficiado com a alteração metodológica fixada pelo Estado aquando da introdução dos GDH de ambulatório médico. Tal como já foi referido, essa mesma alteração determinou uma revisão dos preços a aplicar a todos os doentes equivalentes com o objectivo, precisamente, de neutralizar diferenças de remuneração, pelo que o Hospital de Braga não beneficiou efectivamente com o processo.

Pelos mesmos motivos, entendemos que o **ponto 179** deve ser revisto uma vez que o Hospital de Braga não beneficiou de qualquer emolumento de duodécimos.

No **ponto 202** e, por consequência, no **ponto 205**, é referido que o peso da componente de actividade de internamento, cirurgia e ambulatório registou um aumento face ao previsto no caso base, sugerindo-se que tal terá estado na base do aumento da remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento na medida em que essa linha de produção é aquela que apresenta preço mais elevado. Ora, tal como referido em diversos pontos ao longo deste documento, o crescimento da componente de actividade de internamento, cirurgia e ambulatório resultou em larga medida das

7





+351253027888

alterações metodológicas fixadas pelo SNS as quais determinaram uma revisão dos preços a aplicar ao Hospital de Braga pelo que não entendemos que a referida ilação se aplique.

1.2.11. Multas e deduções

No **ponto 245**, é feita uma referência às multas aplicadas ao Hospital de Braga, sendo dito que as mesmas ascendiam a um total de 4,550 milhões de euros, quando na realidade ascendiam a um total de 4.299.305,85€, ou seja, cerca de 4,300 milhões de euros. A diferença resulta dos arredondamentos feitos a cada uma das parcelas incluídas no **quadro nº 34**.

Nesse mesmo **ponto 245**, é dito ainda que a maior parte desse montante era devido a incumprimentos reiterados de obrigações do HB, situação que em nosso entender não se verifica e que motivou a necessidade de Entidade Pública Contratante e Entidade Gestora do Estabelecimento avançarem para um Acordo Conciliatório sob a mediação da Entidade Reguladora da Saúde, e para o qual remetemos.

No que concerne ao **ponto 246** do Anexo ao Relato do Tribunal de Contas relativo aos encargos do Estado com PPP na Saúde, concretamente quanto às multas aplicadas, até à data, pela Entidade Pública Contratante (EPC) ao Hospital de Braga, cumpre ter presente, conforme referido no documento, que as multas aplicadas pela EPC durante o ano de 2011 foram já objecto do supra referido Acordo Conciliatório.

Este Acordo resultou de uma análise ponderada e exaustiva de todos os factores que contribuíram para a reavaliação das deliberações da Administração Regional de Saúde do Norte que levaram à aplicação das multas em apreço, como, por exemplo, as condicionantes existentes no antigo Hospital de São Marcos; as dificuldades decorrentes do período de transição (pós transferência para o Novo Edifício Hospitalar); a maior complexidade na gestão e na fiscalização; e o facto de o incumprimento de determinadas obrigações imputado à Entidade Gestora do Estabelecimento reportar ao referido período de transição. Acresce que no âmbito do processo de mediação a Entidade Gestora do Estabelecimento rejeitou a verificação de muitos dos factos invocados pela



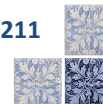
Hospital
Braga

EPC, bem como a qualificação atribuída ao abrigo da Cláusula 112.ª do Contrato de Gestão, e ainda as ponderações que levaram à medida concreta das multas. Face ao analisado, resultou que o incumprimento imputado à Entidade Gestora do Estabelecimento respeitou as obrigações contratuais que, dada a sua natureza, se reconheceu não haverem produzido impacto directo significativo na prestação assistencial aos utentes, isto é que as violações imputadas terão apenas implicado meras lesões do foro contratual e não terão impactado com as obrigações de garantir os direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos e interesses legítimos dos utentes. Mais, as partes verificaram que as referidas obrigações contratuais – no momento da mediação – estavam a ser cumpridas e que entretanto tinham sido reunidas as condições (materiais e objectivas e implementados os procedimentos) tendentes à garantia da continuação do seu atempado cumprimento no futuro.

Assim, resultou claro que, independentemente das violações contratuais imputadas pela EPC, o funcionamento normal e eficiente do Hospital de Braga e a prestação diligente dos serviços de saúde aos seus utentes sempre estiveram assegurados, sendo de rejeitar qualquer referência a um alegado incumprimento de obrigações de serviço público e consequente fundamentação de rescisão do Contrato de Gestão por incumprimento imputável à Entidade Gestora ao abrigo do número 1 da Cláusula 122.ª do Contrato de Gestão.

De referir finalmente a este respeito que do processo de mediação em causa resultou uma nova ponderação para as sanções em análise a qual se traduziu numa redução no valor global das multas aplicadas de cerca de 4,300M€ para 2,271M€, pelo que também será de rejeitar qualquer fundamentação de rescisão do Contrato de Gestão por incumprimento imputável à Entidade Gestora ao abrigo da alínea e) do número 2 da Cláusula 122.ª do Contrato de Gestão.

Acresce que, nos termos da alínea a) do nº 1 da cláusula 122.ª do Contrato de Gestão o incumprimento das obrigações de serviço público resulta do incumprimento de obrigações contratuais que ponham em causa os princípios da igualdade, da generalidade e da universalidade na realização das prestações de saúde aos Utentes. Ora, no Hospital de Braga nunca estiveram, nem estão, em causa estes princípios.





Hospital
Braga

+351253027888

Nesta medida, não existe, na presente data, fundamento de rescisão por incumprimento contratual, o que cumpre rectificar no Relato ora em apreço.

No **ponto 249**, é referido que o montante apurado de deduções de desempenho é de 6,481 milhões de euros. Ora, fruto da conclusão do processo de fecho de contas, o valor final apurado é de 150.166,26€ relativamente aos anos de 2009 e 2010 (0€ em 2009 e 150.166,26€ em 2010). Em 2011, o valor das deduções de desempenho foi de 5.681.968,99€. O total dos 3 anos foi de 5.832.135€. No **ponto 250**, conseqüentemente, o valor total referido de 8,751 milhões de euros deve ser revisto.

1.2.12 Reconciliações anuais

No **ponto 257**, é referido que as reconciliações anuais não se encontram concluídas. Neste momento, as mesmas já foram efectivamente realizadas para o período de 2009, 2010 e 2011 no que diz respeito à actividade e ao desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento.

1.2.14. Perspectiva das concessionárias

A informação apresentada nos **pontos 276 e seguintes** terá que sofrer ajustamentos decorrentes do processo de acerto de contas entretanto concluído entre o HB e a EPC pelo que sugerimos a explicitação de que a mesma é ainda "preliminar", à semelhança do que é referido em outros pontos do Relatório de V. Exas.

Por último, salientamos que a informação quantitativa constante do Relato de V. Exas. corresponde aos valores apurados em momento anterior ao do fecho de contas, podendo, nesta medida, não reflectir, no detalhe, as alterações decorrentes desse mesmo fecho.



Hospital
Braga

+351253027888

Pelo que se vem de dizer, deixamos à consideração de V. Exas., a apreciação dos factos supra referidos com vista à conformação do Relato Final que virá a ser proferido na Auditoria acima identificada.

Julgamos que o princípio da colaboração que deve nortear as relações entre as diversas instituições, públicas e privadas, nos impunha uma cuidada prestação de informações com vista à máxima transparência e adesão do Relato à realidade da Parceria que levamos a cabo.

Conscientes da complexidade do trabalho de Auditoria que V. Exas. desenvolveram, estamos, como habitualmente, à Vossa inteira disposição para esclarecer quaisquer questões que entendam relevantes.

Junta: 4 anexos

Braga, 16 de Janeiro de 2013

O Administrador Executivo

José Luís Carvalho





17. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE ESCALA VILA FRANCA – SOCIEDADE GESTORA DO EDIFÍCIO, S.A.





Escala
Vila Franca
SOCIEDADE GESTORA DO EDIFÍCIO, SA

A Ave IX
1. Acesso e de acesso
2. Incluir os anexo
respecho.
U. 21.02.2013

Exmo. Senhor Doutor Juiz Conselheiro do
Tribunal de Contas
Professor Doutor José Manuel Monteiro da Silva
Avenida Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Ref: SE-FGD004-001712-2013 V/Refº Proc.: 15/11 – Audit Linhó, 19 de Fevereiro de 2013

Assunto: Relato da Auditoria aos Encargos do estado com PPP na Saúde

Exmo. Senhor Doutor Juiz,

Escala Vila Franca, Sociedade Gestora do Edifício, S.A.S., notificada do duto Relatório do Tribunal de Contas identificado em epígrafe, vem no exercício do contraditório, dizer que nada tem a opor ao teor do mesmo, apenas precisando, no que se refere à construção dos acessos ao Novo Edifício Hospitalar, que, caso a Entrada em Funcionamento não ocorra na data prevista, por atraso na construção dos acessos ao Novo Hospital e/ou das infra-estruturas de água e saneamento básico, se considera, pare efeitos de pagamento da remuneração pela Entidade Pública Contratante à Entidade Gestora do Edifício, verificada a Entrada em Funcionamento do Edifício Hospitalar.

Tal resulta dos nºs 3 e 4 da Cláusula 9ª do Contrato de Gestão.

Sem mais de momento subscrevemo-nos atenciosamente,

Francisco Silva

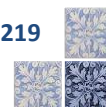
DGTC 21 02*13 03815

ESCALA Vila Franca - Sociedade Gestora do Edifício, S.A.
SintraCascais Escritórios Rua da Tapada da Quinta de Cima - Linhó 2714-555 Sintra - PORTUGAL
Capital Social de Euros: 50.000,00 pessoa colectiva nº 509 582 257, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Sintra





18. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE ESCALA BRAGA – SOCIEDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO, S.A.





A Área IX,
1. Acusar a recepção
2. Incluir os domínios
respectivos.
L, 24.1.2013 JF

Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas
Professor Doutor José Manuel Monteiro da Silva
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

N/ Ref: CE 24/13

Vila Franca de Xira, 16 de Janeiro de 2013

V/ Ref.: Proc. nº 15/11 - Audit

N/Saída: 59

Assunto: Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde
Exercício do contraditório

Exmº Senhor Professor Doutor José Manuel Monteiro da Silva,

Em resposta à V/ comunicação em referência, datada de 28.12.2012, e após análise ao Relato da Auditoria em apreço, gostaria esta Entidade Gestora do Estabelecimento do Hospital de Vila Franca de Xira, de transmitir o seguinte:

1. Em primeiro lugar cumpre enaltecer o excelente relato em que se consubstancia o relatório de auditoria subordinada ao tema dos encargos do Estado com as Parcerias Público Privadas na Saúde, o qual, ademais, traduz um exercício de transparência e partilha de informação absolutamente essencial num Estado caracterizado por uma administração aberta e, por outro lado, potenciadora (quer para o parceiro público quer para os parceiros privados) de uma avaliação global e estruturante, com possibilidade de algumas iniciais análises de *benchmarking* e dos principais riscos e implicações (em especial financeiras) de cada uma das concessões.

Respondido
em 25/01/2013
df. nº 1100
JF

DGTC 21 01'13 01386



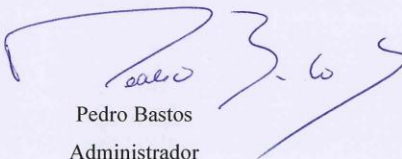


2. De um ponto de vista global, e no que ao Hospital de Vila Franca de Xira diz respeito, não tem esta Entidade Gestora do Estabelecimento particulares ressalvas ou comentários a efectuar ao Relato em apreço.

Não obstante, e numa lógica de absoluto rigor, gostaríamos de expressar as seguintes correcções (mínimas) a alguns dos pontos do Relato, como segue:

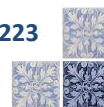
- a) Ponto 55: neste ponto é feita a alusão de que o Hospital de Vila Franca de Xira “ainda não iniciou a sua actividade clínica”, o que não corresponde à realidade. Com efeito, a actividade de gestão clínica do Hospital (nos edifícios correspondentes ao Hospital Reynaldo dos Santos) foi iniciada por esta Entidade Gestora do Estabelecimento em 01 de Junho de 2011 (data de produção de efeitos do respectivo Contrato de Gestão) não tendo ocorrido ainda (isso sim) a transferência para o Novo Edifício Hospitalar;
- b) Ponto 136: neste ponto, respeitante à área de influência das unidades de saúde em regime PPP, é incluída uma figura na qual se refere uma população de 215.000 habitantes na área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira. Ora, tanto quanto esta Entidade Gestora julga saber, tal número foi actualizado nos últimos Censos realizados (2011), situando-se actualmente em cerca de 245.000 habitantes;
- c) Ponto 232: neste ponto, claramente por lapso, é referida a “*vertente de serviços clínicos*” em vez de “*vertente infraestrutural*”;
- d) Ponto 386: neste ponto, claramente por lapso, é referido o ano de “3036” em vez de “2036”.

Sem mais de momento, subscrevemo-nos, com os melhores cumprimentos,


Pedro Bastos
Administrador



19. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE LOURES – SOCIEDADE GESTORA DO EDIFÍCIO, S.A.





HL
SOCIEDADE GESTORA
DO EDIFÍCIO

Registada com
Aviso de Recepção

*A Área IX,
1. Acesso e recepção
5. Inclusão no domínio
sistema.
Lx. 12.01.2012 dr*

Tribunal de Contas
Gabinete do Juiz Conselheiro
A/C Exmo. Senhor
Prof. Doutor José Manuel Monteiro da Silva
Av. Barbosa Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Linda-a-Velha, 15 de Janeiro de 2013

Assunto: Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde – Hospital de Loures

Exmos. Senhores,

No seguimento da carta de V. Exas., Proc.º 15/11-Audit, relativa ao relato da auditoria aos encargos do Estado com PPP na saúde, vimos pelo presente apresentar os seguintes comentários:

1. Em primeiro lugar, e como nota introdutória, gostaríamos de salientar que, até a presente data e relativamente a encargos para o Estado e a datas de entrada em funcionamento do edifício hospitalar, não ocorreram desvios face ao estabelecido contratualmente, ou seja, os prazos contratuais e as remunerações estão rigorosamente em linha com o planeado, isto mesmo pode ser atestado pelos comentários seguintes.
2. No quadro n.º 2 (Riscos e fatores mitigadores de risco mais relevantes) é apontado como risco da EGEST do Hospital de Loures a “Entrada em funcionamento do edifício hospitalar diferente do previsto”, quando também o estabelecimento hospitalar entrou em funcionamento e abriu os diversos serviços nas datas estabelecidas contratualmente.
3. No quadro n. 3 (Riscos e fatores mitigadores de risco mais relevantes no âmbito de desempenho financeiro das concessionárias) é apontado como fator mitigador de risco da EGED do Hospital de Loures as “Remunerações acima do caso base”, quando a remuneração base anual da EGED apenas sofreu uma atualização decorrente da variação do Índice de Preços no Consumidor (sem habitação), tendo por base a referência inicial de Janeiro de 2009, nos termos previstos contratualmente.

Rua Mário Dionísio, n.º 2 | 2799-557 Linda-a-Velha
Tlf. 214 158 410 | Fax: 214 158 409

1

DTTC 16 01 13 01116





4. Na nota de rodapé 87 do parágrafo 215 (página 40) é referido que a partilha de receitas comerciais de terceiros é de 25%, quando no caso da EGED do Hospital de Loures a percentagem de partilha de receitas é de 50% para cada uma das partes (EGED/Estado), conforme ponto 3 da Cláusula 98.ª do Contrato de Gestão.
5. Também no parágrafo 314 (página 56) é referido que a remuneração do edifício apresenta uma diferença de 3,80%, quando a variação da remuneração base anual da EGED apenas fez refletir a atualização do índice de preços no consumidor (sem habitação), de acordo com o estabelecido no ponto 2 do Anexo VII (Remuneração da Entidade Gestora do Edifício) ao Contrato de Gestão.
6. No parágrafo 441 (página 76) é referido que a EGED apresenta capitais próprios negativos de 4,4 M€ (quatro vírgula quatro milhões de euros), importa referir que o valor negativo é determinado pelo justo valor do swap de taxa de juro contratado, que tem por objetivo em si mesmo o controlo do risco da PPP do Hospital de Loures. Este comentário é extensível ao Quadro n.º 3 (página 21) e aos riscos de “Rentabilidade negativa” e “Insuficiência de capitais próprios” da EGED.
7. Novamente no parágrafo 367 (página 67) do Anexo ao Relato é referido que a remuneração da EGED apresenta-se acima do Caso Base em cerca de 3,8%, mais uma vez, essa diferença justifica-se apenas por alterações de pressupostos macroeconómicos, designadamente de inflação, aliás isso mesmo poderá aferir-se da leitura do parágrafo 370 seguinte do mesmo Anexo.
8. No parágrafo 379 (página 69) do Anexo ao Relato é referido que o investimento em obra em 31-12-2011 foi de € 76,550 milhões de euros, vimos aqui reiterar que relativamente a este valor não ocorreu qualquer desvio, ou seja, o investimento em obra foi integralmente cumprido (100%), em valor e prazo. Relativamente a outras transações com o ACE, esses outros valores dizem respeito a rubricas de projeto, também previstas no Caso Base.

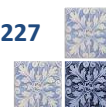
Sem outro assunto, subscrevemo-nos apresentando os melhores cumprimentos,

Atentamente,

(A Administração da HL-SGE)



20. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA SGHL – SOCIEDADE GESTORA DO HOSPITAL DE LOURES, S.A.





A Area IX
1. Acesso = recepção
2. Incluído no domínio
Aspectos.
Lx. 18-01-2012
J

Tribunal de Contas

Gabinete do Juiz Conselheiro

A/c. Exmo. Senhor Juiz responsável

Prof. Doutor José Manuel Monteiro da Silva

Av. Barbosa do Bocage, 61

1069 – 045 Lisboa

Lisboa, 14 de Janeiro de 2013

N/Ref. 0317/2013_AMVALC

Registado com Aviso de Recepção

Assunto: **Relato de Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde**
Exercício do contraditório

Exmo. Senhor Juiz responsável,

No seguimento do VI ofício Ref. Procº. 15/11 – AUDIT, e tal como solicitado, vem a SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. (“SGHL”), na qualidade de entidade gestora do Hospital Beatriz Ângelo (“HBA”), de acordo com o contrato de gestão celebrado entre o Estado Português em 31 de Dezembro de 2009 (o “Contrato de Gestão”), enviar os seus comentários ao documento referido em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

Pela SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.

Artur Vaz

Administrador Executivo

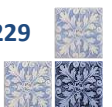
Anabela Lobo de Carvalho

Directora Executiva

SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA
Avenida Carlos Teixeira, 3 | 2674-514 Loures | Portugal
T +351 219 847 200 | F +351 219 847 209
geral@hbeatrizangelo.pt
Capital Social 1.274.710 Euros | Registo da C.R.C. de Lisboa e Contribuinte n.º 509 217 605

DETC 17 01 13 01187

www.hbeatrizangelo.pt



Anexo

Ponto 2 – pág. 13 e 14

Se é verdade que no cálculo dos encargos com a PPP estão a ser considerados apenas 10 anos na vertente dos serviços clínicos, não pode deixar de ser tido em consideração que já existiam custos suportados pelo estado com a prestação de serviços clínicos (no caso dos hospitais de substituição existiam os custos de prestação de serviços clínicos e custos de manutenção dos edifícios antigos e, no caso do Hospital de Loures, os custos de prestação de serviços clínicos estavam repartidos pelos hospitais que atendiam a área de influência que agora lhe pertence) e que com o regresso da prestação dos cuidados de saúde para a esfera pública, os custos não contabilizados nas PPP continuam no lado do estado. Interessante será fazer esta análise comparando este acréscimo de custos não contabilizados nas PPP com a estimativa de custos decorrentes da gestão na esfera pública e, aí sim, poder-se-á concluir se há ou não uma sobrestima de encargos para o estado.

Na estimativa dos custos com a prestação de serviços clínicos não orçamentados nas PPP deverá ser tido em conta que o prazo máximo dos contratos de gestão é de 30 anos e que, por isso, a existirem renovações na área clínica, deve ser descontado o período de construção (no caso do Hospital de Loures as renovações não podem exceder um total de 18 anos após os primeiros 10 anos).

Factores de divergência – pág 16

São apontados vários factores que justificam as divergências encontradas entre os casos base e os encargos verificados.

Em nosso entender deverá ser clarificada a expressão “existência de encargos não previstos no caso base”, uma vez que pode ser interpretada como custos a suportar pelas sociedades gestoras e, neste caso, não terá qualquer impacto nos encargos a suportar pelo estado. Admitimos que se trata de linhas de actividade (como são dados exemplos ao longo do relatório) não previstas nos casos base e que foram incluídas posteriormente.

Deverá ainda ser corrigida a referência relativa à “Matéria de natureza fiscal”, uma vez que é a remuneração das sociedades gestoras dos edifícios que é sujeita a IVA e não a das sociedades gestoras dos estabelecimentos.



Quadro nº 2 – pág. 19

É referido o risco de entrada em funcionamento do edifício do Hospital de Loures em data diferente do previsto. Considerando que o edifício entrou em funcionamento no dia 31 de Dezembro de 2011 (conforme previsto no Contrato de Gestão), este risco está ultrapassado.

Parágrafo 102 – pág. 25

A prorrogação do prazo do contrato para as sociedades gestoras do estabelecimento não pode exceder o prazo do contrato para as sociedades gestoras do edifício, devendo por isso ser descontados os prazos de construção, conforme definido no ponto 4. da Cláusula 38.ª do Contrato de Gestão:

Parágrafo 206 – pág. 39

Qual a fonte de informação da frase citada neste parágrafo?

Parágrafo 215 – pág. 40

No caso da EGE_d de Loures, a remuneração base tem apenas a componente fixa que é actualizada anualmente de acordo com o IPC (conforme ponto 2. da Secção I do Anexo VII ao Contrato de Gestão). Também para esta sociedade, a percentagem de partilha de receitas é de 50% e não de 25% como é referido na nota 87 (conforme ponto 3. da Cláusula 98.ª do Contrato de Gestão). O caderno de encargos obrigava à partilha de receitas mas não definia o montante da partilha pelo que o valor é diferente nas várias PPP.

Parágrafo 219 – pág. 41

A remuneração da entidade gestora do estabelecimento não prevê o pagamento dos medicamentos das farmácias comunitárias. Contudo, é previsto um ajustamento à sua remuneração, que pode ser positivo ou negativo, em função do custo *per capita* com a prescrição de medicamentos, por comparação com o mesmo custo calculado nos hospitais do grupo de referência (conforme Anexo VI ao Contrato de Gestão)

No caso da EGE_{st} do Hospital de Loures, a percentagem de partilha das receitas comerciais de terceiros existentes é de 60% para o estado (conforme ponto 3. da Cláusula 64.ª do Contrato de Gestão)



**Parágrafo 232 – pág. 43**

Por lapso, é referida a vertente de serviços clínicos como tendo apresentado valores acima do custo comparável quando é na vertente do edifício que tal se verifica.

Parágrafos 312, 314 e 315 – pág. 56

No parágrafo 312 do relatório na pág. 56 é referido que a remuneração das duas sociedades gestoras é 2,94% superior à prevista nos respectivos casos base, num total de 2 milhões de euros. Por outro lado, no parágrafo 314 da mesma página é referido que, no caso da EGED, a diferença é de 3,8% e, no caso da EGEst, é de 13,9%, valores que não se afiguram possíveis para um crescimento global de 2,94%. Finalmente, compreende-se, no quadro 52 da página 68 do Anexo ao relatório, que há uma transferência de remuneração que no caso base estava prevista em terceiros pagadores e que em 2012 passa para o SNS, sem que tal signifique um acréscimo significativo de remuneração, mas sim uma alteração de regras de financiamento dentro do próprio SNS.

No parágrafo 315 é referido que uma das causas para o aumento dos encargos relativamente ao caso base é a contratação de uma produção superior ao caso base. A nota de rodapé remete para o Anexo ao relatório onde pode ser analisada a variação da produção contratada relativamente ao caso base. A este respeito devemos referir que a produção do Hospital de Loures para o ano 2012 incluída no caso base foi ajustada tendo em consideração a data de entrada em funcionamento da sociedade gestora do estabelecimento (19 de Janeiro de 2012), não sendo por isso correcta a afirmação de que corresponde a um ano completo de actividade (conforme descrito no ponto 6. do manual de pressupostos anexo ao modelo económico-financeiro anexo ao Contrato de Gestão).

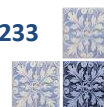
Assim, os encargos previstos no caso base foram calculados tendo em consideração a data de abertura do hospital (19 de Janeiro de 2012), pelo que a remuneração prevista não corresponde a 12 meses de actividade.

Parágrafos 410 e 411 – pág. 72

A SGHL recorreu a uma facilidade de leasing para financiar a compra dos equipamentos que são da sua responsabilidade pelo que a afirmação proferida relativamente ao financiamento exclusivo através de capitais próprios não é correcta.



21. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA TDHOSP – GESTÃO DE EDIFÍCIO HOSPITALAR, S.A.





TDHOSP

Gestão de Edifício Hospitalar, S.A.



Tribunal de Contas
Gabinete do Juiz Conselheiro
A/C: Exmo. Senhor Prof. Doutor José Manuel Monteiro da Silva
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Registada com AR

*A Área IX,
1. Acusa e recepção.
1. Índice do domínio
respectivo. Ex. 18-01-2012*

S/Referência	S/Comunicação	N/Referência	Data
Proc. nº15/2011 - Audit	28-12-2012	02/2013	Alcabideche, 10-01-2013

Assunto: Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde.
Exercício do Contraditório.

Exmo. Senhor,

Acusamos a receção do Relato da Auditoria aos Encargos das PPP na Saúde, no dia 02-01-2013, o qual mereceu a nossa melhor atenção.

Analisado o seu conteúdo, não temos qualquer comentário ou esclarecimento significativo a apresentar.

Permanecendo ao dispor para qualquer esclarecimento adicional que entendam necessário, apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

TDHOSP – Gestão de Edifício Hospitalar, S.A.

Joaquim Sena
Administrador

*Respondeu em
18/1/2013
Teresa*

DCGC 18 01*13 01284

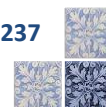
Mod. 008

Sede: Lagoas Park – Edifício 2 – 2740-265 PORTO SALVO – PORTUGAL
Escritórios: Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves - 2755-009 ALCABIDECHÉ – PORTUGAL - Telefone 21 004 00 30 . Fax 21 001 45 12
Capital Social de Euros 1.540.000 – Capital próprio negativo em Euros 9.524.304,64 segundo o último balanço aprovado
Número Único de Pessoa Coletiva e de Matricula na Conservatória do Registo Comercial de Cascais (Oeiras) 508 443 997





22. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DE HPP SAÚDE – PARCERIAS CASCAIS, S.A.





Acreditado pela Joint Commission International

Registado c/ aviso de Recepção

*À Área IX,
1. Acesso e Receção.
2. Incluir no domínio
respectivo.*

Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas
Prof. Dr. José Manuel Monteiro da Silva
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Lx. 18.01.2013 J.

Assunto: Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde – Exercício do contraditório

Data: 16/01/2013

NOf. 7ICA

Exmo. Senhor Juiz Conselheiro,

Recebemos o relato da "Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde", relativo ao processo nº 15/2011 – AUDIT, para efeitos de exercício do contraditório, o qual agradecemos e que nos mereceu cuidada e pormenorizada atenção.

Nesse sentido, enviamos documento de resposta ao referido relato, contendo um conjunto de esclarecimentos a questões relevantes apresentadas e que nos suscitaram observações, tentando, tanto quanto possível, seguir as indicações apresentadas por Vossa Exa na carta de acompanhamento.

Subscrevemo-nos com elevada estima e consideração,

O Presidente do Conselho de Administração,

Adalberto Campos Fernandes
(Dr. Adalberto Campos Fernandes)

*Acusei recepção
em 18/1/2013
Teresa*

Anexo:

CD – referido documento (em versão editável)

ACF/AC

HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Av. Brigadelro Victor Novais Gonçalves • 2755-009 Alcabideche
Tel.: 214 653 000 • Fax.: 214 653 199
www.hppcascais.pt

DGTC 18 01'13 01285

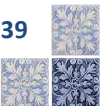


Certificação Ambiental ISO 14001:2004



Certificação Qualidade ISO 9001:2008
Farmácia, Anatomia Patológica, Imagiologia,
Imunohistoquímica, Esterilização

HPP Saúde - Parceiros Cascais, S.A. - Avenida da República, 35 - 8º 10SC Lisboa - Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa - Capital: € 1.269.926,00 - NIPC: 508.436.664





Tribunal de Contas
Auditoria aos Encargos com
PPP na saúde
Exercício do contraditório



Janeiro de 2013

W



Auditoria aos Encargos com PPP na saúde
Exercício do contraditório

Índice

A.	Nota Prévia	3
B.	Corpo do Relato	3
B.1	Contratos com maiores diferenças de encargos, face ao inicialmente estimado (pág. 15)	3
B.2	Factores de divergência (pág. 16)	4
B.3	Área de influência (pág. 30)	4
B.4	O VFM esperado da contratação (pág. 43)	4
B.5	Desempenho financeiro das concessionárias e riscos para o Estado (pág. 73)	5
C.	Anexo ao Relato	5
C.1	Adendas e acordos interpretativos (pág. 7)	5
C.2	Inflação e case mix (pág. 8)	5
C.2.a	Inflação	5
C.2.b	Case Mix	7
C.3	Encargos por período relevante (pág. 14)	8
C.4	Encargos não previstos no caso base (pág. 18)	8
C.5	Outras receitas e encargos (pág. 21)	8
C.6	Perspectivas das concessionárias (pág. 26)	9
D.	Conclusões	9





Auditoria aos Encargos com PPP na saúde Exercício do contraditório

A. Nota Prévia

O documento apresentado por V. Exas. espelha uma análise global e transversal da realidade das Parcerias Público-Privadas na área saúde, com elevado grau de exactidão e detalhe, permitindo evidenciar os principais aspectos críticos e os riscos inerentes a cada um dos intervenientes.

Considera-se, contudo, que este relato deveria ter em consideração, nos casos em que tal é aplicável, os custos suportados pelo Estado com os hospitais em actividade até à data de início de exploração das PPP, nomeadamente, em Cascais, Vila Franca de Xira e Braga.

Este factor seria, salvo melhor opinião, importante para aferir dos reais encargos do Estado com a constituição de PPP's na saúde, uma vez que já eram suportados custos com hospitais até então em actividade, como o Centro Hospitalar de Cascais, Hospital Reynaldo do Santos (Vila Franca de Xiras) e Hospital de São Marco (Braga), quer pela actividade clínica desenvolvida, ainda que nalguns casos não abrangesse todas as especialidades a que os novos hospitais vieram dar resposta, quer pelas rendas dos espaços ocupados. No caso de edifícios próprios seria de considerar o valor da sua venda/nova afectação.

Seguidamente apresenta-se um conjunto de sugestões/observações, como contributo para uma melhoria do documento em causa.

Referia-se que estas sugestões/observações centram-se maioritariamente em questões relacionadas com o Hospital de Cascais.

B. Corpo do Relato

B.1 Contratos com maiores diferenças de encargos, face ao inicialmente estimado (pág. 15)

"60. No que respeita à PPP do Hospital de Cascais a diferença rondou os 16 milhões de euros anuais em 2010 e 2011, devido à existência de encargos não contemplados no caso base. (...)"

Em complemento ao referido no parágrafo, considera-se relevante, para fundamentar o diferencial verificado:

(i) a transferência para o SNS da responsabilidade de pagamentos dos subsistemas de saúde do Estado, a partir de 1 de Janeiro de 2010. Com efeito, esta transferência justifica cerca de 25% do diferencial em causa, ou seja, aproximadamente 4 milhões de euros anuais;

Página 3



Auditoria aos Encargos com PPP na saúde Exercício do contraditório

(ii) Dos 12 milhões que constituem o remanescente do diferencial de “encargos não contemplados no caso base”, 99% são relativos à assistência a doentes infectados com VIH/Sida (Protocolo VIH/Sida).

B.2 Factores de divergência (pág. 16)

“Matéria de natureza fiscal – uma vez que sobre as remunerações das entidades gestoras dos estabelecimentos incide imposto sobre o valor acrescentado”

Considera-se que onde se lê “entidades gestoras dos estabelecimentos” deveria ler-se “entidades gestoras dos edifícios”, na medida em que sobre as remunerações relativas a serviços clínicos não incide IVA.

B.3 Área de influência (pág. 30)

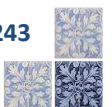
O quadro nº 7 – Área de influência das unidades de saúde em regime PPP, refere que a população abrangida pelo Hospital de Cascais atinge 170.000 pessoas.

Salienta-se que, segundo informação do Censos 2011, o concelho de Cascais tem uma população de aproximadamente 210 mil habitantes. Acresce ainda o facto do actual Hospital de Cascais servir a população de 8 freguesias do concelho de Sintra (Algueirão Mem-Martins; Pêro Pinheiro; Colares; S. João das Lampas; Santa Maria e São Miguel, São Martinho, S. Pedro de Penaferrim e Terrugem) para a área materno-infantil. Estas freguesias abrangem uma população na ordem dos 285 mil habitantes.

B.4 O VFM esperado da contratação (pág. 43)

“232. Por outro lado (...) embora as BAFO tenham apresentado abaixo do custo público comparável, o certo é que a respectiva vertente de serviços clínicos situou-se (...) acima do mesmo referencial (...) 33%, no caso do Hospital de Cascais (...)”

Analisando o quadro nº 10 – Comparação entre custo público comparável e o valor das propostas finais vencedoras verifica-se que a vertente de serviços clínicos situou-se 18% abaixo do referencial, no caso do Hospital de Cascais. Ao invés, a vertente de construção apresentou efectivamente um diferencial de 33% acima do referencial.





Auditoria aos Encargos com PPP na saúde Exercício do contraditório

B.5 Desempenho financeiro das concessionárias e riscos para o Estado (pág. 73)

"416. Relativamente à EGEST do Hospital de Cascais verificaram-se resultados líquidos negativos em 2010¹⁵⁰ e 2011¹⁵¹"

A nota de rodapé relativa ao ano 2011 (151) faz referência a um resultado líquido verificado de -8,1 milhões de euros.

Efectivamente, à data de disponibilização da informação ao Tribunal de Contas, este era o cenário correcto. Contudo, após apreciação/revisão das contas consolidadas pelos auditores e por indicação do accionista, foram efectuados ajustamentos às contas da HPP Cascais. Assim o resultado líquido de 2011 foi de -2,23 milhões de euros, em consequência da reversão parcial da imparidade do *goodwill* registada em 2010 e da qual se faz referência no ponto 124 do anexo ao relato (pág.27).

C. Anexo ao Relato

C.1 Adendas e acordos interpretativos (pág. 7)

"2. (...) verifica-se que com efeitos desde 2008 tem sido negociado numa base anual (...) o designado Protocolo VIH/Sida (...)"

"6. (...) O primeiro Protocolo VIH/Sida, relativo a 2008, foi assinado em Outubro de 2008 (...)"

Salienta-se que o primeiro protocolo VIH/Sida assinado em Fevereiro de 2008 produziu efeitos a 1 Janeiro de 2009, data da transferência do estabelecimento hospitalar, após o visto do Tribunal de Contas.

C.2 Inflação e case mix (pág. 8)

C.2.a Inflação

"12. (...) pressupostos de inflação do Hospital de Cascais, verificaram-se os seguintes diferenciais entre caso base e contratação anual "

QUADRO Nº 1 – H. CASCAIS – ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS

Página 5

Auditoria aos Encargos com PPP na saúde
Exercício do contraditório

	2009	2010	2011	2012
EGEST	0,82%	-0,01%	0,21%	1,30%

"15. Já a a remuneração da EGEST, (...), em 2010 e 2011, praticamente não foi afetada, mas em 2009 e 2012, ocorreu um efeito positivo face ao caso base rondando 1% (...)"

Não tendo sido possível identificar a origem dos resultados acima apresentados, o quadro seguinte revela as taxas inflação consideradas nos diferentes momentos da PPP.

>> Comparativo entre taxas de inflação (caso base, estimada, real)

EGEST	2009	2010	2011	2012
Caso Base	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Estimada (em sede de contratação anual)	2,5%	1,2%	2,2%	3,0%
Real (em sede de reconciliação)	0,13%	0,05%	3,68%	3,57%

Considerando a informação do quadro anterior, os diferenciais apurados pela HPP Cascais são:

>> Diferencias de taxas de inflação face ao caso base

EGEST	2009	2010	2011	2012
Estimada (em sede de contratação anual)	0,5%	-0,8%	0,2%	1,0%
Real (em sede de reconciliação)	-1,87%	-1,95%	1,68%	1,57%

Decorre da análise do mapa que a taxa de inflação estimada para efeitos de contratualização anual, quando comparada com a taxa de inflação prevista no caso base, apresenta um efeito positivo desde o início da exploração, com excepção de 2010.

Referida-se, para este efeito, que as reconciliações de 2009 e 2010 (iniciadas em 2010 e 2011, respectivamente), não contemplavam o ajustamento da taxa de inflação prevista em sede de contratualização anual para a taxa de inflação real.

Contudo, já em 2012, a EPC apresentou à EGEST novas reconciliações para 2009 e 2010 (bem como a primeira proposta de reconciliação para 2011) considerando o referido ajustamento da taxa de inflação. Assim, verifica-se nos dois primeiros anos de exploração, um efeito negativo de aproximadamente 2% ao ano que apenas foi parcialmente coberto nos dois anos seguintes.

C.2.b Case Mix

"16. Relativamente ao índice de case mix subjacente à contratação da produção (EGEST), verifica-se o constante no quadro seguinte."

QUADRO Nº 2 – H. CASCAIS – INCIDEN DE CASE MIX

Projecto PPP	2009		2010		2011		2012	
	Caso Base	Produção Contratada	Caso Base	Produção Contratada	Caso Base	Produção Contratada	Caso Base	Produção Contratada
Cascais - PT	0,9017	0,9360	0,9017	0,9360	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Cascais - NEH	n.a.	n.a.	0,7784	0,7780	0,7784	0,9100	0,7842	0,7800

A análise do quadro anterior permitiu detectar uma incorrecção do ICM considerado na produção contratada de 2011. Efectivamente, o ICM considerado na Determinação Unilateral da Produção de 2011, definida pela EPC, foi de 0,789. O ICM indicado no quadro (0,91) corresponde à proposta efectuada pela EGEST, a qual não foi aceite pela EPC.

Salienta-se, conforme também é referido no ponto 21 do anexo ao relato, que este indicador é ajustado com base na produção efectiva, em sede de reconciliação anual.

"19. Em 2011, a diferença, quanto ao índice de case mix utilizado, entre caso base e contratação anual foi de 17% "

Resulta da referida correcção que em 2011, a diferença entre o índice de case mix utilizado no caso base e a contratação anual foi de aproximadamente 1%.

"20. Ou seja, na generalidade existe uma diferença positiva (4% a 17%) entre os índices de case mix do caso base e os utilizados para efeitos de contratação anual(...)"



Auditoria aos Encargos com PPP na saúde
Exercício do contraditório

A diferença entre os índices de case mix do caso base e os utilizados para efeitos de contratação anual varia entre -1% e 4%, este ainda no período de transição.

"21. (...) o utilizado para efeitos de reconciliação em 2010, (...), no novo edifício hospitalar, apresentará uma diferença positiva face ao caso base de 11% (índice 0,862) "

A proposta de reconciliação da EPC para 2010 contempla um ICM de 0,859, o que corresponde a uma diferença de 10% face ao caso base.

C.3 Encargos por período relevante (pág. 14)

"52. Estas remunerações adicionais da EGEST ascendem já a um valor acumulado de 45,431 milhões de euros "

Salienta-se que as referidas remunerações adicionais decorrem em 99% do Protocolo VIH/Sida, acordado anualmente entre a EPC e a EGEST. Deste modo, será expectável, caso se mantenha a renovação anual deste protocolo, que estas remunerações adicionais sejam continuamente crescentes (em termos acumulados) ao longo de toda a duração do contrato PPP.

C.4 Encargos não previstos no caso base (pág. 18)

"81. (...) a partir de 2010, primeiro ano completo de funcionamento no novo edifício "

O ano 2010 constituiu o ano de transição das antigas instalações para o novo edifício hospitalar. Esta transição foi concluída a 15 de Março de 2010. Assim, o primeiro ano completo de funcionamento no novo edifício foi o ano 2011.

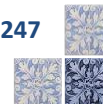
Salienta-se que existem outras referências, ao longo de todo o documento, ao ano 2010 como sendo o primeiro ano completo de funcionamento no novo edifício hospitalar.

C.5 Outras receitas e encargos (pág. 21)

"94. Para além dos casos referidos existem ainda encargos adicionais com doentes referenciados para a rede nacional de cuidados continuados, cujos valores acumulados a preços correntes totalizam 1,243 milhões de euros (...)"

Os encargos adicionais com doentes da RNCCI, decorrentes do Anexo III da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro e conforme previsto no n.º 11 da cláusula 44ª do Contrato de Gestão ascendem em termos acumulados a preços correntes, a 104,6 mil euros. Com efeito, o valor referido no parágrafo

Página 8





Auditoria aos Encargos com PPP na saúde Exercício do contraditório

transcrito, resulta da facturação de dias de internamento destes utentes, inserida na produção anual contratada (ou determinada unilateralmente) com a EPC.

C.6 Perspectivas das concessionárias (pág. 26)

"115. Efectivamente, uma vez que (...), ARSLVT e EGED não chegaram a acordo a respeito dos níveis de produção, (...)"

Verificou-se um lapso pela referência, no parágrafo transcrito, à EGED ao invés de EGEST.

"126. Conforme se referiu, (...) porém a EGEST"

A frase do parágrafo não foi concluída.

"128. (...) recebidos da EPC²⁵"

A nota (25) em rodapé não foi concluída.

D. Conclusões

O presente documento evidencia referências aos elementos passíveis de serem validados a partir do relato em análise, com base na informação disponível pela EGEST.

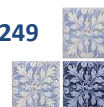
Outros elementos houve, nomeadamente elementos cuja fonte foi a ARSLVT, que não foram possíveis de validar, quer por estarem inerentes a pressupostos assumidos pela própria ARSLVT, quer por se poderem tratar de elementos para os quais existiram, no decorrer de 2012, actualizações.

Salienta-se, por fim, uma preocupação da EGEST face a determinadas análises comparativas entre o caso base e a realidade verificada, dado, em muitos dos casos, ao carácter lacónico das mesmas.

Com efeito, este tipo de análises quando não sucintamente fundamentadas no seu seguimento (a fundamentação é repartida por assuntos e apresenta em pontos/capítulos subsequentes), pode dar origem a uma descontextualização e inerentemente a interpretações erróneas do exposto, apesar de na sua base, a informação estar correcta.



23. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA GP SAÚDE – SOCIEDADE GESTORA DO CMFRS, S.A.





A mes IX
1. Acrescer a recepção
2. Incluir no domínio respectivo.
 Registada *Lx. 18.01.2012*
 Registada com a.r. *J*

Exmo. Senhor Professor Doutor
José Manuel Monteiro da Silva
Juiz Conselheiro
Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

São Brás de Alportel, 11 de Janeiro de 2013

Ref.: 26/AD/2013

Assunto: Relatório da auditoria aos encargos do Estado com PPP na Saúde – Exercício do contraditório

Analisámos o relatório de auditoria que nos foi enviado e, para efeitos do exercício do contraditório, vimos por este meio pronunciar-nos sobre o seu conteúdo.

Congratulamo-nos com o reconhecimento da redução global de encargos para o Estado que esta Parceria proporciona, face à estimativa inicial, atingida sem prejuízo do cumprimento dos indicadores de qualidade constantes do Contrato de Gestão. Consideramos que esta redução de encargos deveria ser melhor caracterizada, apresentando, complementarmente, a comparação, entre o caso base e o verificado, do custo médio (suportado pelo Estado) por episódio de internamento, por forma a evidenciar que a redução de encargos está intimamente relacionada com os ganhos em eficiência atingidos por esta Entidade Gestora, revertendo a favor do Estado e dos Cidadãos.

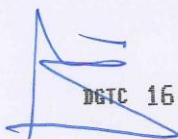
Quanto ao corpo do relato, temos a referir o seguinte:

129. Quadro nº 6 – Características físicas das unidades de Saúde em regime de PPP

Julgamos que a anotação “b)” em rodapé do quadro se referirá a este CMFRS, mas no quadro não consta a anotação “b)”.

136. Quadro nº 7 – Área de influência das unidades de Saúde em regime de PPP

Conforme o nº 2 do Artigo 7º do Contrato de Gestão, a área de influência directa do CMFRS corresponde aos distritos de Beja e Faro, cuja população era, no Censos 2011, de 603.764 habitantes, bastante superior aos 550.000 habitantes referidos no quadro



Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

GPSaúde - Sociedade Gestora do CMFRS, SA
Sítio das Almagens | 8150-022 S. Brás de Alportel
Tel: +351 289 840 700 | Fax: +351 289 840 790
Sede Social: R. Tomás da Fonseca, Torre E 10º, sala A | 1600-209 Lisboa
N.º de Registo: 501611082 | Cap. Social: 50.000€ | C.R.C. de Lisboa Mat.: 507 671 082
www.cmrsul.pt



259. Benchmarking

O exercício de *benchmarking* envolve este CMFRS, o Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão e o Institut Guttman de Barcelona, considerado, à data de abertura do CMFRS, a referência ibérica em Medicina de Reabilitação em Internamento e não o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Centro.

Quanto ao anexo ao Relatório, temos a referir o seguinte:

453. Responsabilidade pela divulgação do CMFRS junto das entidades referenciadoras

Conforme resulta do nº 8 da Cláusula 7ª do Contrato de Gestão, a referenciação para o CMFRS é da responsabilidade da Entidade Pública Contratante no que se refere à realização de todas as diligências conducentes à sua boa efectivação junto dos hospitais pertencentes à área de influência direta.

No nº 7 da mesma Cláusula pode ler-se que é da responsabilidade da EG a “perfeita articulação com os serviços de MFR”, o que tem sido cumprido.

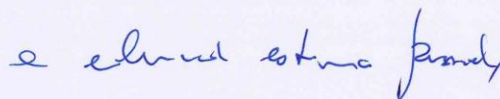
468. e 472. Montantes por regularizar em 31-12-2011

Informamos que os serviços prestados a beneficiários dos SAMS entre 2007 e 2008, no valor de 0,156 milhões de euros, que se encontravam por regularizar em 31-12-2011, já se encontravam integralmente regularizados em 31-12-2012.

469. e 476. Montantes por regularizar em 31-12-2011

Não foi recebida a tranche prevista para 2012, no valor de 0,133 milhões de euros, relativa à amortização da dívida respeitante aos serviços prestados aos beneficiários dos subsistemas públicos em 2009, mantendo-se, portanto, a dívida em 0,226 milhões de euros.

Com os melhores cumprimentos,

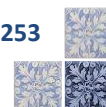


Pedro de Albuquerque Mateus

Presidente do Conselho de Administração



24. RESPOSTA REMETIDA, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO, PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA Lcs – LINHA DE CUIDADOS DE SAÚDE, S.A.





A Ass. T.C.
1. Acusar - recepções
2. Incluir no dossier
respectivo.
Lx. 13.01.2013
J.

Tribunal de Contas
Avenida Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

A/C Exmo. Professor Doutor
José Manuel Monteiro da Silva

Lisboa, 15 de Janeiro de 2013

ASSUNTO: Relato da Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde. Exercício do contraditório.

Exmo. Professor Doutor,

Recebemos a carta de V. Exa. relativa ao assunto em epígrafe, que agradecemos.

Na sequência da análise cuidada do relato e no que concerne ao CASNS, cumpre-nos informar que concordamos globalmente com o seu conteúdo. Não obstante, existem alguns detalhes incorrectos, nomeadamente:

Parágrafo 108 – o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde tem como objectivo a prestação dos serviços de triagem, aconselhamento e encaminhamento, de assistência em saúde pública e de informação geral de saúde (conforme nºs 1 e 2 do artigo 5º do CPS);

Quadro nº22 – Encargos com o CASNS e o CMFRS - o valor de 60,662 M Euros é referente ao período de 2007 a 2012, e não de 2009 a 2012;

Anexo, Parágrafo 394 – o horário de atendimento da Linha de Saúde 24 é de 24 horas por dia desde o início da sua actividade. O reforço de capacidade de atendimento para 24 horas durante o período da pandemia de Gripe A refere-se apenas à Linha de Saúde Pública. Pelo exposto, sugerimos que o texto

LCS - Linha de Cuidados de Saúde, S.A.
Avenida das Forças Armadas, 125 - 1ºB
1600 079 LISBOA

Tel. + 351 210 129 172
Fax. + 351 210 129 188

J. Monteiro da Silva

NGTC 16 04143-04117 • NIPC 507 679 350 • C.R.C. de Lisboa nº 16 107





"(...) e o reforço da capacidade desta Linha de Saúde Pública (...)" seja alterado para (...) e o reforço da capacidade da Linha de Saúde Pública (...);

Anexo, nota de rodapé nº 88 – o Acordo de Mediação entre a DGS e a LCS data de 4 de Novembro de 2010.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

José Nunes Coelho

(Presidente do Conselho de Administração)

Artur Luís Matins

(Administrador)

LCS – Linha de Cuidados de Saúde, S.A.
Avenida das Forças Armadas, 125 – 1ºB
1600 079 LISBOA
Tel. + 351 210 129 172
Fax. + 351 210 129 188



Capital Social € 1.615.132,00 • NIPC 507 679 350 • C.R.C. de Lisboa nº 16 107

FIM