

PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SECTOR DA SAÚDE  
– AVALIAÇÃO DE PERFORMANCE NA ÁREA DE  
IMAGIOLOGIA

Ana **Rita** Silva Costa **Botelho**

Projecto de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor Jorge Almeida Simões, Prof. Associado Convidado, com Agregação,  
Universidade de Aveiro,  
Secção Autónoma de Ciências da Saúde

Abril 2010

## **Agradecimentos**

A elaboração do presente trabalho não teria sido possível sem a colaboração de algumas pessoas e entidades, cujo contributo foi muito importante na realização deste projecto.

Quero expressar os meus sinceros agradecimentos ao Professor Doutor Jorge Almeida Simões, por ter aceite ser o orientador da tese e porque tive o privilégio de contar com o seu apoio, disponibilidade e saber, que se traduziu em contributos valiosos na orientação do trabalho.

Não posso deixar de referir o incentivo, a motivação e os preciosos conselhos dados pelo Professor Doutor Paulo Costa, estando sempre presente nos momentos em que mais precisei.

Agradeço, também, às entidades consultadas, nomeadamente ao IMI – Imagens Médicas Integradas, SA e ao Hospital do Litoral Alentejano, EPE, a disponibilização da informação necessária, nomeadamente a constante do Capítulo 6.

Os meus agradecimentos são também extensivos a todos os meus amigos e colegas que directa ou indirectamente me apoiaram e me deram a força necessária para concluir este projecto.

Por fim, mas não por último, estou grata à minha família e em especial aos meus pais, Francisco e Esmeralda, que sempre investiram na minha formação, à minha irmã Joana, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos importantes da vida e ao meu marido Pedro, por me fazer sorrir todos os dias.

A responsabilidade do texto, nomeadamente os eventuais erros e omissões, são da minha exclusiva responsabilidade.

## **Resumo**

Portugal vive num contexto de consolidação orçamental que obriga a um esforço de contenção da despesa. Em paralelo, o País continua a carecer de fortes investimentos em infra-estruturas na área da saúde e mostra-se necessária a melhoria da qualidade na prestação dos serviços.

Em razão destes constrangimentos, tem vindo a recorrer-se, de forma crescente, a modelos de contratação pública que procuram assegurar a captação de investimento privado. As Parcerias Público-Privadas (PPP) são disso um exemplo, que para além da vantagem puramente orçamental, têm como principal objectivo a partilha de retornos e a maximização do *value for money*.

A adopção das PPP em Portugal é muito recente e os estudos de avaliação de performance dos projectos para além de escassos, não estão orientados para áreas específicas da saúde.

Com o objectivo de avaliar, no âmbito de uma PPP na área de Imagiologia, se o parceiro privado, tendo em consideração os seus objectivos de negócio, consegue simultaneamente garantir os compromissos assumidos com a entidade pública, considerou-se necessário criar um sistema de monitorização com base num painel de indicadores de performance. Tendo como referência o Modelo publicado de Jorge Almeida Simões (2004), identificaram-se 32 indicadores, agrupados em cinco secções (Economia, Eficácia, Eficiência, Equidade e Qualidade) de fácil aplicação e orientados para a gestão. Para testar a sua aplicabilidade recorreu-se ao Serviço de Imagiologia do Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E. (HLA).

Perante a existência de dúvidas quanto ao melhor modelo a adoptar, é pretendido que este trabalho, traduzindo-se num contributo metodológico para a avaliação de performance, traga valor acrescentado à discussão.

**Palavras-chave:** Avaliação de performance; Imagiologia; Indicadores; Parcerias Público-Privadas.

**Classificação JEL:** I12; M11.

## **Abstract**

Portugal's context is one of budget consolidation, demanding efforts in terms of budget restraints. At the same time, the country maintains a need for significant investment in health care infrastructures and improved quality in the services provided.

As a result of these constraints, models of public procurement which look to guarantee the capture of private investment have been increasingly resorted to. Examples of this are Public-Private Partnerships (PPP), which besides purely budgetary advantages have as their main objective the sharing of return and the maximization of value-for-money.

The adoption of PPP in Portugal is a recent practice and studies evaluating the projects' performance, besides being scarce, are not directed at specific areas within health care.

With the purpose of evaluating, within the scope of a Medical Imaging PPP, whether a private partner, whilst taking into account its business objectives, can simultaneously guarantee the commitments made to a public entity, it was considered necessary to create a monitoring system based on a series of indicators. Taking as a reference Jorge Almeida Simões' published Model (2004), 32 indicators were identified. These indicators, which were management oriented and easily applied, were grouped into five sections (Economy, Effectiveness, Efficiency, Equity and Quality). The Medical Imaging Service at the Hospital do Litoral Alentejano was selected to test the indicators' applicability.

Taking into account the existence of doubts regarding the best possible model to adopt, it is hoped that this study, taken as a methodological contribution to performance evaluation, might bring added-value to the discussion.

**Keywords:** Indicators; Performance evaluation; Public-Private Partnerships; Radiology.

**JEL Classification:** I12; M11.

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>i</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>ii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iii</b>
<b>Índice de Quadros</b> .....	<b>vi</b>
<b>Índice de Figuras</b> .....	<b>vii</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	<b>viii</b>
<b>Sumário Executivo</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Enquadramento Teórico</b> .....	<b>5</b>
2.1 Especificidades do Sector da Saúde .....	5
2.2 Sistema de Saúde Português .....	7
2.2.1 A Evolução .....	7
2.2.2 O Balanço .....	11
2.2.3 Avaliação de Percepções Sobre o Serviço Nacional de Saúde .....	12
2.2.4 O Futuro .....	14
2.3 Conceito: Parcerias Público-Privadas.....	15
2.4 Principais Vantagens e Desvantagens das Parcerias Público-Privadas .....	17
2.5 Génese do Quadro Legal das Parcerias Público-Privadas .....	24
2.6 Modelo Parcerias Público-Privadas da Saúde em Portugal.....	27
2.6.1 Procedimento.....	29
2.6.2 Projectos de Parcerias Público-Privadas .....	30
2.6.3 Avaliação do Processo de Criação de Parcerias Público-Privadas .....	33
2.7 Principais Experiências de Parcerias Público-Privadas na Área da Saúde.....	35
<b>3. Formulação da Hipótese</b> .....	<b>38</b>
<b>4. Estratégia Metodológica</b> .....	<b>39</b>
4.1 Introdução .....	39
4.2 Estado da Arte .....	39
4.3 Fundamentação do Modelo a Utilizar .....	46
4.4 Aplicabilidade do Modelo a um Serviço de Imagiologia .....	47
<b>5. Apresentação das Entidades Alvo de Estudo</b> .....	<b>48</b>
5.1 Apresentação do Hospital do Litoral Alentejano .....	48
5.2 Apresentação do IMI - Imagens Médicas Integradas .....	49
5.3 Caracterização do Serviço de Imagiologia do Hospital do Litoral Alentejano .....	51
5.3.1 Localização e Funcionamento .....	52
5.3.2 Recursos Humanos .....	53
5.3.3 Equipamentos .....	56
5.3.4 Tecnologia .....	57
5.3.5 Processos .....	60
<b>6. Resultados e Discussão</b> .....	<b>62</b>

<b>7. Conclusões.....</b>	<b>89</b>
<b>8. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>98</b>
<b>9. Anexos .....</b>	<b>104</b>
9.1 Autorizações de Colheita de Dados para Fins Académicos .....	104
9.2 Declaração de Interesses.....	108
9.3 Caracterização da Região: Alentejo Litoral.....	109
9.4 Certificado de Conformidade – NP EN ISO 9001:2008 .....	111
9.5 Planta do Serviço de Imagiologia do Hospital do Litoral Alentejano .....	112
9.6 Equipamentos do Serviço de Imagiologia do Hospital do Litoral Alentejano ....	113

## Índice de Quadros

Quadro 1: Decisões Políticas Tomadas entre 2000 e 2006, em Portugal, e o seu Impacto Esperado .....	10
Quadro 2: Síntese dos Projectos de Parcerias Público-Privadas Hospitalares em Portugal	33
Quadro 3: Indicadores da Área de Análise de Resultados .....	41
Quadro 4: Painel de Indicadores.....	63
Quadro 5: Indicador – Número de residentes face ao número de exames .....	80

## Índice de Figuras

Figura 1: Principais Modelos de Parcerias Público-Privadas .....	37
Figura 2: Visão Aérea do HLA .....	48
Figura 3: Espaços do HLA .....	48
Figura 4: Organograma do HLA .....	54
Figura 5: Organograma do Serviço de Imagiologia do HLA .....	55
Figura 6: Work-Flow Técnico de Integração .....	58
Figura 7: Fluxograma do Processo de Realização de um Exame.....	60
Figura 8: Indicador - Rendibilidade operacional das vendas .....	66
Figura 9: Indicador - Peso dos custos das matérias consumidas no volume de negócios ...	67
Figura 10: Indicador - Peso dos custos com pessoal no total de custos .....	68
Figura 11: Indicador - Peso dos honorários no volume de negócios.....	69
Figura 12: Indicador – Custo médio por função (Médico).....	70
Figura 13: Indicador – Custo médio por função (Técnico) .....	70
Figura 14: Indicador – Custo médio por função (Administrativo).....	71
Figura 15: Indicador – Cobertura dos encargos financeiros.....	71
Figura 16: Indicador – Taxa de repetição de exames, por técnica .....	72
Figura 17: Indicador – Taxa de cancelamento de exames.....	73
Figura 18: Indicador – Turnos de inactividade por motivo de avaria, por técnica.....	74
Figura 19: Indicador – Desvio entre a produção realizada e a programada .....	75
Figura 20: Indicador – Número de exames realizados por técnica.....	76
Figura 21: Indicador – Número de exames realizados por tipologia.....	77
Figura 22: Indicador – Demora média na realização do exame, por técnica.....	77
Figura 23: Indicador – Prazo médio de entrega de relatórios de exames de ambulatório ...	79
Figura 24: Indicador – Tempo médio de espera para marcação de exame de ambulatório	81
Figura 25: Indicador – Reclamações validadas em 2009 .....	83
Figura 26: Indicador – Número de horas de formação realizadas por função.....	87



## **Lista de Abreviaturas**

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CE - Comunidade Europeia

EPE - Entidade pública empresarial

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

HCQI - *Health Care Quality Indicators*

HIS - *Hospital Information System*

HLA - Hospital do Litoral Alentejano

IMI - Imagens Médicas Integradas

IMS - *Imaging Management System*

INA - Instituto Nacional de Administração

MCD - Módulo de Controlo e Distribuição

N.º - Número

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PACS - *Picture Archiving and Communication System*

PIB – Produto Interno Bruto

PPP - Parceria Público-Privada

RIS - *Radiology Information System*

RM - Ressonância Magnética

ROI - *Return on Investment*

ROE - *Return on Equity*

SA - Sociedade Anónima

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPA - Sector Público Administrativo

TAC - Tomografia Axial Computorizada

## Sumário Executivo

O sector da saúde evidencia-se por apresentar um conjunto de particularidades que o tornam único e pela sua importância na sociedade, estando o direito à protecção da saúde consagrado na Constituição.

Ao nível da dimensão económica, verifica-se na última década um cenário de crescimento das despesas com saúde, requerendo do Estado a adopção de medidas de contenção e a discussão de novos mecanismos que promovam a melhoria da eficiência económica do sector.

Uma das soluções encontradas consiste no recurso crescente a modelos de contratação pública que procuram assegurar a captação de investimento privado para a satisfação de necessidades públicas.

As PPP são disso um exemplo, que para além da vantagem puramente orçamental, têm como principal objectivo a partilha de retornos e a maximização do *value for money*, que deve consubstanciar-se na optimização do retorno dos impostos pagos pelos contribuintes face aos níveis de serviços públicos prestados.

As PPP constituem um modelo de contratação entre o Estado e o sector privado, mediante o qual o primeiro atribui ao segundo a responsabilidade pela realização e gestão de infra-estruturas e serviços com manifesto interesse público e que exigem elevados investimentos. Através deste modelo, o Estado procura obter o envolvimento do sector privado nas áreas financeira, técnica e de gestão, retirando benefícios da sua eficiência.

O primeiro regime legal de PPP em Portugal surgiu por via do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. Este regime especial veio disciplinar as relações jurídicas das PPP apenas no sector da saúde e implicou a revogação de algumas disposições do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente, no referente ao contrato de gestão.

A adopção das PPP é muito recente e teve por base um modelo de parceria inovador, por incluir até 2008, a prestação dos serviços clínicos (ao contrário do modelo internacionalmente mais adoptado, que os exclui). Por estarem a iniciar o seu percurso, não existem ainda fundamentos para avaliar objectivamente as opções tomadas e ainda menos os projectos em início de desenvolvimento no sector.

Constata-se que os modelos de avaliação são escassos e não estão orientados para áreas específicas da saúde, o que dificulta a avaliação da performance, cuja importância adquiriu um reforçado enfoque no final dos anos 80 no âmbito da Nova Gestão Pública (*New Public Management*).

Sendo a Imagiologia uma disciplina da área médica que ao realizar diagnósticos assume um papel fundamental para as decisões terapêuticas a instituir aos doentes, com a finalidade de os curar ou minimizar os efeitos das suas doenças, considerou-se uma área interessante de estudo.

Sentiu-se necessidade de avaliar se o parceiro privado, no âmbito de uma PPP na área de Imagiologia, tendo em consideração os seus objectivos de negócio, conseguia, simultaneamente, garantir os compromissos assumidos com a entidade pública.

Como resposta à problemática identificada, foi definido um sistema de monitorização baseado num painel de indicadores, tendo como referência o Modelo publicado por Jorge Almeida Simões (2004) no livro “Retrato Político da Saúde”. Ao nível da avaliação dos resultados, o Modelo apresenta cinco secções de estudo: Economia; Eficácia; Eficiência; Equidade e Qualidade. Estas dimensões abrangem as principais áreas de interesse para a gestão, o que permite que a abordagem seja sistémica/holística. Outra vantagem encontrada foi a adaptabilidade à área de Imagiologia.

A correcta identificação e selecção dos indicadores é fundamental para o sucesso na medição da performance, pois se forem utilizadas métricas incorrectas os comportamentos poderão ser desadequados e os resultados podem desviar-se da missão e objectivos da organização.

Tendo em consideração esta premissa, identificaram-se 32 indicadores, agrupados nas cinco secções referidas anteriormente. De forma a testá-los, procedeu-se à aplicação dos mesmos no Serviço de Imagiologia do HLA<sup>1</sup>, que desde 2008 foi alvo de uma “parceria público-privada parcial”<sup>2</sup> através da celebração de um contrato de prestação de serviços.

A forma simples como o painel de indicadores está construído, a facilidade de aplicação e de análise pela gestão, significa que existe transferibilidade, ou seja, o modelo é passível de ser aplicado a outros Serviços de Imagiologia em PPP.

O objectivo é promover o *benchmarking*, que ao posicionar uma organização no contexto dos seus concorrentes, comparando desempenhos, estimula em simultâneo a cooperação e a competição.

---

<sup>1</sup> Os pedidos de autorização de colheita de dados para fins académicos, encontram-se no Anexo 9.1 e a Declaração de interesses encontra-se no Anexo 9.2.

<sup>2</sup> Foi uma das primeiras “parcerias público-privada parciais” em Portugal, via a celebração de um contrato de prestação de serviços para a gestão integral do Serviço de Imagiologia do HLA. A parceria contemplava a integração dos profissionais do Serviço de Imagiologia do Hospital nos quadros do parceiro privado.

## 1. Introdução

O sector da saúde caracteriza-se por um conjunto de particularidades que tornam a sua análise específica e complexa, distinta da generalidade dos restantes sectores da economia. A sua importância e significado económicos têm uma tradução evidenciada pelo peso que a despesa pública em saúde vem assumindo no Produto Interno Bruto (PIB), principalmente na última década.

Perante um cenário de crescimento das despesas com saúde é requerido ao Estado a adopção de medidas de contenção e a discussão de novos mecanismos que promovam a melhoria da eficiência económica do sector, nomeadamente a nível hospitalar.

A conjugação das pressões de reforma, determinadas pelos crescentes estrangimentos orçamentais, associadas à exigência de maior qualidade e mais elevado nível de eficiência na prestação de serviços públicos, tem vindo a fazer apelo ao recurso a mecanismos de PPP.

Em Portugal, a adopção das PPP é muito recente e teve por base um modelo de parceria inovador, por incluir até 2008 a prestação dos serviços clínicos, ao contrário do modelo internacionalmente mais adoptado, que os exclui.

Os resultados da aplicação deste modelo ainda são escassos e os estudos de avaliação de performance dos projectos, para além de diminutos, focam-se apenas em alguns aspectos como a qualidade ou a satisfação dos utentes em relação aos serviços prestados. Excepção feita ao estudo de avaliação de desempenho do primeiro modelo PPP em Portugal, o Centro de Reabilitação do Sul em São Brás de Alportel (2009).

A importância da medição da performance e das melhorias que as organizações podem retirar deste processo, adquiriu um reforçado enfoque no final dos anos 80, integrando os projectos de mudança no âmbito da Nova Gestão Pública (*New Public Management*).

Osborne e Gaebler (1992:138) referem que a medição constitui a base fundamental para avaliar o nível de resultados atingidos e determinar se a organização teve ou não sucesso: “O que se mede executa-se. Se não for possível medir resultados, não podemos saber se tivemos sucesso ou se falhámos. Se não temos a certeza do sucesso, não o podemos premiar. Se não premiamos o sucesso, provavelmente acabamos por premiar as falhas. Se não temos sucesso, não podemos aprender com as boas práticas. Se, por outro lado, não reconhecemos as falhas, não as podemos corrigir. Mas, se conseguirmos demonstrar resultados, somos vencedores.”

Sem uma avaliação objectiva da performance, não é possível analisar tendências, nem proceder a *benchmarking*, a fim de encontrar as melhores práticas. Deste modo, a avaliação da performance dos projectos de PPP reveste-se da maior importância no processo de análise dos pontos fortes e fracos inerentes à implementação deste modelo.

Dada a actualidade do tema das PPP em Portugal<sup>3</sup>, considerou-se pertinente avaliar a performance de um Serviço de Imagiologia<sup>4</sup> no âmbito de uma PPP.

A Imagiologia, ao realizar diagnósticos, assume um papel fundamental para as decisões terapêuticas a instituir aos doentes, com a finalidade de os curar ou minimizar os efeitos das suas doenças. Ou seja, sem a presença de um diagnóstico, não poderiam muitas vezes ser adoptadas pelas outras especialidades da Medicina medidas eficazes para a obtenção de cura ou minimização dos efeitos dos agentes causadores de doença.

Como os estudos de performance existentes, para além de diminutos, não estão orientados para a área de Imagiologia, considerou-se necessário criar um sistema de monitorização com base num painel de indicadores, tendo como referência o Modelo publicado de Jorge Almeida Simões (2004).

---

<sup>3</sup> O contrato de gestão do Hospital Fernando da Fonseca constituiu a primeira aplicação dos artigos 28º e 29º do Estatuto do SNS e é um caso de PPP.

<sup>4</sup> Imagiologia médica compreende o conjunto de técnicas de diagnóstico e investigação e segundo a generalidade das definições, contempla: a radiologia convencional, a Ecografia, a Tomografia Axial Computorizada, a Ressonância Magnética e as técnicas ligadas à Medicina Nuclear, como a Tomografia de Emissão Positrónica (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

O objectivo consistiu em avaliar se o parceiro privado, no âmbito de uma PPP, tendo em consideração os seus objectivos de negócio, conseguia, simultaneamente, garantir os compromissos assumidos com a entidade pública. Deste modo, identificou-se um painel de indicadores, simples, de fácil aplicação e orientado para a gestão.

De forma a testar os indicadores, procedeu-se à aplicação dos mesmos no Serviço de Imagiologia do HLA, que se pode denominar de “parceria público-privada parcial”<sup>5</sup>. Foi celebrado em 2008 um contrato de prestação de serviços entre o IMI - Imagens Médicas Integradas, SA (IMI) e o HLA, tendo por objecto a realização de actos de diagnóstico através do Serviço de Imagiologia do Hospital. A análise dos dados refere-se ao seguinte período: de 01/01/2009 a 31/12/2009.

Perante a existência de dúvidas quanto aos melhores modelos a adoptar, na área da gestão hospitalar, é pretendido que este trabalho, traduzindo-se num contributo metodológico à avaliação de performance, traga valor acrescentado à discussão.

O presente documento encontra-se estruturado em dez capítulos. O primeiro capítulo introduz os restantes, apresentando uma visão geral dos temas abordados.

O segundo capítulo apresenta os fundamentos teóricos e estabelece o quadro conceptual das PPP. Evidencia a evolução do Modelo PPP em Portugal e procede a uma identificação dos projectos, avaliando o processo de criação destes. Por fim, faz uma referência às principais experiências internacionais.

No terceiro capítulo, é identificada a hipótese de estudo e no quarto, é apresentada a estratégia metodológica adoptada para dar resposta à problemática identificada.

O quinto capítulo procede à apresentação das entidades alvo de estudo, para no sexto se apresentar os resultados do estudo de caso e respectiva discussão.

---

<sup>5</sup> Foi uma das primeiras “parcerias público-privada parciais” em Portugal, via a celebração de um contrato de prestação de serviços para a gestão integral do Serviço de Imagiologia do HLA. A parceria contemplava a integração dos profissionais do Serviço de Imagiologia do Hospital nos quadros do parceiro privado.

As conclusões do estudo, assim como uma referência às limitações encontradas e sugestões de linhas de investigação futura, integram o capítulo sétimo, sendo que, nos dois capítulos seguintes constam as referências bibliográficas e os anexos ao presente documento.



## **2. Enquadramento Teórico**

Na evolução do Sistema de Saúde Português verificaram-se significativas alterações desde os anos 70 do séc. XX. As características que diferenciam o sector da saúde dos restantes sectores da economia e a evolução do sistema político concorreram em interacção para o desenvolvimento que conduziu ao actual modelo.

Para o enquadramento do Modelo de PPP, que permitiu o estabelecimento de uma perspectiva de análise, dada a complexidade e a diversidade do conceito e a relativa novidade do tema, procedeu-se à caracterização deste Modelo em Portugal, assim como na Europa. Teve-se por objectivo dar o suporte teórico necessário ao entendimento das análises efectuadas nos capítulos posteriores.

### **2.1 Especificidades do Sector da Saúde**

De entre os vários sectores da economia, o sector da saúde evidencia-se por um conjunto de particularidades que tornam a sua análise distinta e complexa, e que vai muito além da avaliação económico-financeira dos agentes e da sua interacção.

Segundo Barros (2009), os principais factores de distinção do sector da saúde são: a presença da incerteza, o papel das instituições sem fins lucrativos e a existência de juízos éticos.

A presença da incerteza atravessa domínios muito distintos com repercussões nas variáveis de análise. A título de exemplo, refira-se: a incerteza quanto ao momento em que se necessita de cuidados médicos, a incerteza quanto ao custo desses cuidados médicos, a incerteza quanto ao estado de saúde, a incerteza quanto ao tratamento adequado, entre outros.

A consequência da existência de incerteza é a possibilidade de assimetrias de informação entre agentes económicos que têm relações entre si (“relação de agência”<sup>6</sup>). Assimetria de informação significa que uma das partes numa qualquer relação tem mais informação relevante para o valor dessa relação que a outra, o que significa, no sector da saúde, que o próprio prestador se transforma em prescriptor, indicando ao consumidor o que este deve fazer.

Outra característica do sector da saúde, prende-se com a existência de muitas instituições que não têm como objectivo o lucro, o que não significa que não sejam agentes racionais com objectivos que procuram alcançar. A análise económica é perfeitamente compatível com a existência desses outros objectivos. Compreender os objectivos das instituições sem fins lucrativos e perceber em que medida a diferença desses objectivos conduz a uma afectação de recursos distinta, é um aspecto central do estudo deste tipo de instituições e do seu papel no sector da saúde.

Por fim, existe um juízo de valor no consumo de serviços médicos que não se encontra no consumo de outros bens. A tradução deste juízo ético é o princípio geralmente aceite de que ninguém deve ser privado de cuidados médicos, em caso de necessidade, independentemente das suas condições financeiras. Salienta-se o facto de que existe uma preocupação no que respeita ao sector da saúde que tem sido expressa em diversos documentos legais, como é exemplo o Artigo 64.º da Constituição Portuguesa. Os valores éticos têm recebido grande atenção na economia da saúde, com o desenvolvimento de noções como acessibilidade e equidade e das suas implicações em termos de política, bem como os problemas inerentes à sua quantificação.

Atendendo à finitude dos recursos, deverá prevalecer a justiça distributiva, que se traduz num tratamento igual para iguais e desigual para desiguais, a fim de assegurar que todos têm direito à saúde.

---

<sup>6</sup> A relação de agência é a situação em que o indivíduo delega as suas decisões sobre consumo ou produção numa outra pessoa que passa a actuar como seu “agente”. O fenómeno surge no sector da saúde como consequência da “ignorância” do consumidor com respeito às suas próprias necessidades e às características dos bens que as possam satisfazer, daí resultando uma delegação de poderes de aquisição de bens no prestador de cuidados (Pereira, 1992).

Uma decisão é considerada ética se conduz a uma distribuição equitativa dos bens e dos serviços, sendo necessário, para tal, que se disponha de um método justo de repartição dos mesmos.

Se algumas das características anteriormente anunciadas podem encontrar-se individualizadas noutros sectores da economia, o que distingue verdadeiramente o sector da saúde dos restantes é a dimensão humana dos problemas e a sua combinação num único sector.

Com os recursos afectos à saúde a registar um aumento muito significativo de ano para ano, a sua exaustão ou impossibilidade de crescimento ilimitado tende, actualmente, a impor profundas transformações. Por outro lado, verifica-se a exigência de mudanças induzidas, essencialmente, por quatro forças estruturais: o envelhecimento generalizado da população; as exigências crescentes dos utentes (passou de paciente a utente e de utente a cliente); a utilização de novas tecnologias e a maior preponderância da saúde preventiva (em detrimento da curativa). O equilíbrio entre estes dois vectores, exaustão de recursos e “exigência” de prestação de cuidados tecnologicamente mais dispendiosos e generalizados, exige uma organização e opções diferenciadas e neste enquadramento as PPP podem ser chamadas a contribuir.

## **2.2 Sistema de Saúde Português**

### **2.2.1 A Evolução**

O Sistema de Saúde Português, tal como tem sido construído desde o 25 de Abril de 1974, inspira-se nos princípios do Modelo Social Europeu. O direito à saúde está constitucionalmente protegido e o sistema de saúde português é universal e tendencialmente gratuito.

O SNS foi criado em 1979<sup>7</sup> e pretendia assegurar o acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde, sendo o seu financiamento assegurado pela via fiscal.

---

<sup>7</sup> Lei n.º 59/79, de 15 de Setembro.

Posteriormente, várias modificações foram efectuadas, destacando-se a criação da Lei de Bases da Saúde em 1990<sup>8</sup> e a criação do Estatuto do SNS em 1993<sup>9</sup>, bem como a revisão Constitucional que substituiu o termo “gratuito” por “... tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

Desde 2001, registaram-se alterações profundas no Sistema de Saúde Português que, apesar da transição de governos, deram continuidade ao modelo social desenhado na Constituição de 1976. De uma forma geral, na busca da contenção da despesa pública e, em concreto, no processo de empresarialização dos hospitais, na política do medicamento e nas PPP, ficou patente uma política de continuidade entre governos (Simões *et al*, 2007).

Em 2002, é iniciado o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) que teve por principal objectivo desenvolver, com os meios disponíveis, ganhos em saúde. Desenvolvido e sujeito a discussão pública (2003-2004), o PNS foi apresentado ao Parlamento em 2005, tendo acolhido o apoio das diferentes forças políticas. Foi no decurso do mês de Agosto de 2005 que o governo mandou o Alto Comissariado da Saúde, criado pelo Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto, para coordenar e articular as políticas públicas de preparação e execução do "PNS 2004-2010". Este aspecto reflecte uma inovação no contexto do quadro até então existente, que atribuía à Direcção Geral da Saúde a “coordenação e execução de planos verticais de saúde”, no âmbito da sua missão de “desenvolver uma visão estratégica da evolução do sistema de saúde centrado no cidadão”.

Com a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, inicia-se uma nova fase na reforma dos serviços de saúde, nomeadamente com a criação da Unidade de Missão “Parcerias.Saúde”.

---

<sup>8</sup> Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

<sup>9</sup> Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

A Resolução do Conselho de Ministros nº 15/2003, no seu n.º 1, vem formalizar a criação da Unidade de Missão na dependência do Ministro da Saúde “para a condução do processo global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de empresarialização da gestão dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos designados hospitais, sociedade anónima”.

A transição de um sistema predominantemente público na saúde, para um sistema misto, com novos figurinos institucionais públicos e a utilização de mecanismos privados na gestão pública, constituíram razões para a criação em 2003, da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)<sup>10</sup>. Esta entidade tem importantes atribuições em matéria de concorrência entre prestadores, de acesso a cuidados de saúde por parte da população, de equidade de assistência prestada, de qualidade dos cuidados de saúde<sup>11</sup> prestados e da defesa dos direitos dos utentes.

Ao nível do financiamento, os subsistemas têm sofrido uma elevada pressão nos custos e estão dependentes de uma alta componente de financiamento do Estado e das empresas. Verifica-se que os subsistemas privados têm manifestado um desinteresse em constituir-se numa alternativa de cobertura integral ao SNS e que o mercado de seguros voluntário tem registado uma expansão baseada na complementaridade dos seus produtos em relação ao SNS (Simões *et al*, 2007).

O quadro 1 que a seguir se apresenta, evidencia de forma resumida, as decisões políticas tomadas entre 2000 e 2006 e o seu impacto esperado no sector da saúde português, nomeadamente ao nível dos cuidados hospitalares.

---

<sup>10</sup> Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

<sup>11</sup> Para Heather Palmer, citada por Pisco (2000), a Qualidade em Saúde pode ser definida como a produção de saúde e de satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes. Para Grol, a Qualidade em Saúde pode ser descrita como a relação entre os cuidados actuais e as expectativas dos vários intervenientes nos cuidados de saúde (Grol *et al*, 1993).

**Quadro 1: Decisões Políticas Tomadas entre 2000 e 2006, em Portugal, e o seu Impacto Esperado**

Decisões políticas (2000-2006)	Efeito esperado	Impacto financeiro estimado
<b>Promoção da saúde e prevenção da doença</b>		
Plano Nacional de Saúde	Melhoria do estado de saúde dos portugueses, em especial nos domínios eleitos como prioritários (doenças cardiovasculares, oncológicas e HIV/SIDA).	Não disponível.
<b>Prestação de cuidados hospitalares</b>		
Encerramento de blocos de partos	Melhoria da qualidade e segurança no acesso, racionalização da rede de prestação de cuidados.	Não disponível.
Criação de centros hospitalares	Melhoria da eficiência pela exploração de economias de escala e de complementaridades.	Não disponível.
Construção de novos hospitais em PPP	Melhoria da eficiência da gestão de hospitais; <i>value-for-money</i> no investimento público.	Poupanças dos pagamentos potenciais ao Estado de 6,2% (Centro de Atendimento) e 17,5% (CMFR SUL) (Fonte: Parceiras.Saúde)
Contratualização da actividade	Separação financiador-pagador; financiamento por resultados; controlo da despesa; responsabilização da gestão.	Não disponível.
Empresarialização de Hospitais	Separação financiador-pagador; automatização e responsabilização da gestão.	"Estudo de avaliação de Hospitais SA" detectou ritmos de crescimento de custos inferiores à média nacional, mas pouco significativos (Gouveia et al., 2006).

Fonte: Adaptado de Simões *et al* (2007).

Em suma, verifica-se que no início deste século o mercado surgiu com força crescente, remetendo-se o Estado para um papel mais regulador (Simões e Dias, 2010).

À semelhança de outros países, Portugal tem experimentado diferentes modelos de organização hospitalar. São disso exemplos, um hospital público com gestão concessionada a um consórcio privado (Hospital Fernando da Fonseca) e um hospital público integrado com os centros de saúde da região de atracção (a Unidade Local de Saúde associada com o Hospital de Matosinhos).

### 2.2.2 O Balanço

Em Portugal, durante os últimos decénios verificou-se a melhoria generalizada dos indicadores de saúde, que se deveu principalmente a dois factores: promoção de condições de vida saudáveis e aumento do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde. O primeiro factor resulta da descentralização de competências ao nível da gestão e administração dos municípios, após a mudança do regime político em 1974; e o segundo factor decorre de um sistema de saúde suportado fundamentalmente por um SNS (Santana, 2010).

Cabral e Silva (2009: 157) afirmam: “É nossa convicção que o êxito do sistema de saúde português, confirmado internacionalmente (Organização Mundial de Saúde, 2000) e por algumas das comparações internacionais feitas, se deve a uma “aliança virtuosa” entre a grande maioria dos utentes do SNS e a generalidade dos profissionais de saúde.”

Apesar do considerável impacto das melhorias conseguidas, a prestação ter-se-á revelado insuficiente, sendo frequentemente questionada a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos (a eficiência técnica). Segundo o Relatório de Primavera de 2008 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, as reformas previstas pelos executivos nos últimos dez anos tiveram um impacto muito diminuto.

Os problemas mais sentidos actualmente, e que são frequentemente divulgados pela imprensa, prendem-se com: as listas de espera; o excesso de urgências; a insatisfação de utentes e profissionais; o crescimento da despesa (que se tem revelado extremamente difícil de controlar) e o aparecimento de grupos com necessidades especiais (idosos em número crescente, toxicodependentes, doentes com o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, entre outros).

O financiamento sustentável do sistema também se tornou um tema central de discussão, pois segundo projecções citadas pelo Tribunal de Contas no seu Parecer sobre a Conta Geral do Estado de 2006, as despesas de saúde em Portugal devem aumentar o seu peso na riqueza produzida anualmente em dois pontos percentuais até 2050.

Segundo o Relatório da OCDE 2008, 10,2% do PIB português destina-se a pagar cuidados de saúde, o que coloca o país bem acima da média dos países desenvolvidos, (de 8,9%). Já no que respeita aos valores absolutos em gastos *per capita*, Portugal apresenta-se numa melhor posição do *ranking* da OCDE, sendo a média de 1.810,00€. Cada português despende em média 1.359,00€ em saúde, valor idêntico ao pago por espanhóis e gregos e que fica bem longe dos 4.304,00€ gastos por norte-americanos ou dos 509,00€ despendidos por mexicanos.

“O sistema de saúde português, tal como os seus congéneres europeus, tem-se defrontado com problemas de sustentabilidade financeira no médio prazo. Ou seja, com a possibilidade de, no futuro, não ser financeiramente suportável, a menos que medidas enérgicas sejam introduzidas no seu funcionamento e que conduzam, ou ao abrandamento do ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde, ou ao aumento da receita”, (Campos, 2007: 10).

### **2.2.3 Avaliação de Percepções Sobre o Serviço Nacional de Saúde**

À semelhança do que se passa na generalidade dos países que têm SNS, onde a norma é a ausência de estudos sobre a percepção que os cidadãos têm dos seus sistemas públicos de saúde, em Portugal também não há uma recolha sistemática avaliativa da forma como os portugueses percebem o SNS, ao longo dos 30 anos de existência (Lopes, 2010).

Cabral e Silva (2009) constataram uma evolução globalmente positiva do sistema de saúde com ganhos sustentados praticamente em todas as áreas, excepto na rapidez de processamento de doentes.



Estes ganhos nem sempre são reconhecidos pelos utentes, e sobretudo pelos não-utentes, mas de uma forma geral as avaliações são equilibradas e consistentes ao longo do tempo e das próprias Regiões. Entre 2001 e 2008, a utilização por via directa do SNS apresentou um acréscimo significativo, assistindo-se, em termos gerais, a uma diminuição da percentagem de utentes que acederam aos cuidados de saúde através dos subsistemas de saúde existentes. Em 2008, comparativamente a 2001, assistiu-se a uma subida moderada, mas generalizada, da satisfação com a qualidade do funcionamento dos diferentes tipos de serviços públicos de saúde (médico de família, centros de saúde, consultas hospitalares externas, internamentos hospitalares e serviços de urgência) por parte da população em geral, com ou sem experiência pessoal do SNS.

Outra perspectiva é apresentada pela *Health Consumer Powerhouse*, cuja informação indica que em 2008 a qualidade de resposta do sistema de saúde português, na perspectiva do que importa ao cidadão, estava ainda longe de alcançar um nível razoável de satisfação (Ribeiro, 2009).

Lopes (2010) indica que duas ideias sobressaem dos trabalhos realizados sobre a percepção do SNS português: os portugueses pouco sabem de concreto sobre a componente económica do SNS e têm uma percepção razoavelmente positiva do Sistema, não se vislumbrando sequer a possibilidade da sua substituição por um outro modelo. De salientar que a avaliação do SNS como um todo (avaliação conceptual) é menor do que a avaliação de cada uma das suas partes (avaliação técnica e relacional).

## 2.2.4 O Futuro

... “Os sinais crescentes de incapacidade do Estado na gestão dos serviços de saúde e, mais recentemente, as perdas na equidade de acesso, devidas à escassez da oferta face à crescente procura (Pereira *et al*, 1993), recomendam a adopção de instrumentos da Moderna Gestão Pública (Osborne e Gaebler, 1992) no sector da saúde, aumentando a responsabilidade na prestação de contas por parte do sector público e substituindo a hierarquia tradicional por contratos ou quase-contratos nas relações entre os serviços públicos (Araújo, 2000). Os exemplos mais comuns foram: a empresarialização dos hospitais públicos, quer sob a forma de instituições públicas autónomas (Hospitais SPA), quer como hospitais privados sob propriedade pública (Hospitais SA); o alargamento do regime de *outsourcing*; os contratos de gestão dos hospitais públicos com grupos privados e as PPP para a construção, financiamento e funcionamento dos hospitais públicos, entre outros (Campos, 2003)”, (Campos, 2004: 8).

Simões e Dias (2010) consideram que os serviços de saúde devem caminhar no sentido da criação da rede nacional e integrada de prestação de cuidados, na tripla vertente de cuidados primários, cuidados hospitalares básicos e especializados e cuidados continuados, de forma a permitir respostas mais adequadas aos problemas das pessoas, mas, também, melhores níveis de eficiência. Estes novos eixos de desenvolvimento do sistema de saúde exigem melhor governação no que respeita ao desempenho do sistema de saúde, à prestação de cuidados, à afectação dos recursos; exigem, também, uma sofisticada formação de profissionais, assim como a utilização de tecnologias de informação e comunicação, com particular destaque para a integração da informação dos utentes.

Em suma, o SNS requer mudanças estruturais, de forma a eliminar as deficiências a nível organizacional e as persistentes falhas de eficácia e eficiência. O objectivo, partilhado pelos diversos *stakeholders*, consiste em transformar o SNS num sistema de saúde moderno, mais justo e eficiente e, fundamentalmente, orientado para as necessidades dos utentes/clientes.

### **2.3 Conceito: Parcerias Público-Privadas**

As PPP nasceram no Reino Unido na década de 70 e representam uma forma inovadora de realização de projectos públicos de dimensão considerável, sem a exigência inicial de financiamento exclusivamente público, e partilhando o risco com o sector privado.

As PPP constituem um modelo de contratação entre o Estado e o sector privado, mediante o qual o primeiro atribui ao segundo a responsabilidade pela realização e gestão de infra-estruturas e serviços com manifesto interesse público e que exigem elevados investimentos. Através deste modelo, o Estado procura obter o envolvimento do sector privado nas áreas financeira, técnica e de gestão, retirando benefícios da sua eficiência e diminuindo o volume de investimentos iniciais. As PPP são um dos elementos da discussão da Moderna Gestão Pública (Barros e Martinez-Giralt, 2009).

O modelo britânico serve de base aos modelos posteriormente desenvolvidos, contudo, constata-se que não existe um modelo universal. Deste modo, existem diferentes definições de PPP, atendendo à natureza, profundidade e âmbito, como se pode verificar nos exemplos que a seguir se apresentam:

1. Segundo o Decreto-Lei n.º 86/2003, “Entende-se por parceria público-privada o contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma actividade tendente à satisfação de uma necessidade colectiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado”;
2. As PPP “podem definir-se como a colaboração, na autoria de projectos comuns, entre o Estado e as entidades públicas que o integram, por um lado, e empresas privadas por outro. As parcerias ganham particular relevo nas situações em que a colaboração com os privados permite ao Estado privatizar as suas funções e realizar projectos com um grau de eficiência elevado” (Lignières, 2000: 1);

3. Savas (2000: 107) refere que a expressão “parceria público-privada é utilizada numa tripla perspectiva: é utilizada genérica e impropriamente para referir qualquer situação em que os sectores público e privado participem conjuntamente para produzir ou prestar bens e serviços; é utilizada já com maior apropriação quando há projectos de infra-estruturas em que intervêm consórcios que envolvem privados e o sector público; é utilizada, e agora de modo tecnicamente mais correcto, quando há uma colaboração formalizada entre entidades do sector público e privado para a prossecução de actividades que tradicionalmente se situavam na área de intervenção do sector público”.

As PPP podem apresentar diversas tipologias, consoante a natureza das funções transferidas pelo Estado para o sector privado. De acordo com a terminologia mais comum, existem os seguintes tipos:

- DB – *Design and Built* (contempla, por parte do operador privado, o planeamento e a construção das infra-estruturas de acordo com as especificações definidas pela entidade estatal);
- BOO – *Built, Own and Operate* (contempla a construção das infra-estruturas, a propriedade e a gestão da operação durante um período de tempo pré-definido, de acordo com o estipulado pela entidade estatal);
- BOT – *Built, Operate and Transfer* (contempla a construção, a gestão da operação e a transferência da propriedade para o Estado ao fim de um período pré-definido);
- DBOT – *Design, Built, Operate and Transfer* (contempla o planeamento, a construção, a gestão da operação e a transferência da propriedade para o Estado ao fim de um período pré-definido);
- DBOFT - *Design, Built, Operate, Finance and Transfer* (este é o tipo de PPP mais completo e contempla o desenho, a construção, a gestão da operação, o financiamento e a transferência da propriedade para o Estado ao fim de um período pré-definido. Neste caso, o papel do Estado resume-se à supervisão e regulamentação);
- OT – *Operate and Transfer* (contempla a gestão da operação e a transferência da propriedade para o Estado ao fim de um período pré-definido. Situação em estudo no presente trabalho: trata-se da gestão integral por um operador privado, o IMI, do Serviço de Imagiologia do HLA, efectuada através do estabelecimento de um contrato de prestação de serviços).

Santos (2006) afirma que, de acordo com o modelo de Bennet e Iossa (2004), o modelo PPP revela-se mais adequado em situações em que a adopção de uma perspectiva de custos globais do projecto permite a ocorrência de poupança efectiva. Adicionalmente refere que Hart, Shleifer e Vishny (1997) explicam que é preferível a adopção deste tipo de modelo em sectores cuja definição de parâmetros e indicadores de qualidade do serviço seja relativamente fácil de contratualizar e monitorizar.

## **2.4 Principais Vantagens e Desvantagens das Parcerias Público-Privadas**

A ideia de desenvolvimento das PPP nasceu do reconhecimento de que, não obstante a necessidade de intervenção do Estado na prestação de serviços considerados de utilidade pública, estes podem ser eficazmente prestados por entidades privadas. As PPP permitiriam introduzir, assim, os benefícios da gestão privada em sectores que devido à sua natureza de bens ou serviços públicos lhe estariam tradicionalmente vedados, especialmente em cenários de restrições orçamentais como os que os Estados actualmente enfrentam no quadro do Pacto de Estabilidade da União Europeia.

Para além da vantagem puramente orçamental da opção PPP, outra grande vantagem poderá colocar-se em termos do *value for money*<sup>12</sup> inerente aos serviços prestados quando confrontado com a opção tradicional da prestação directa dos serviços pelo Estado. Um dos grandes objectivos do recurso às PPP deverá, assim, consubstanciar-se na optimização do retorno dos impostos pagos pelos contribuintes, ou seja, na melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços a prestar a estes.

---

<sup>12</sup> Processo de análise conducente à aferição do modo como foi obtido um determinado bem/serviço, tendo por base a utilização dos recursos que, para o efeito, foram disponibilizados, e se existiriam outras alternativas possíveis geradoras de potenciais economias ou benefícios (Moreno *et al*, 2002).

Conceito complexo que habitualmente é limitado ao mais baixo custo alternativo para o contribuinte, mas que deve abranger a consonância com as políticas públicas, passando também, para além de previsíveis ganhos financeiros, por ganhos em efectividade e eficiência em relação aos *standards* existentes (Institute for Public Policy Research, 2001).

Apresentam-se de seguida, as principais vantagens, assim como as principais desvantagens/riscos da adopção do modelo PPP, na óptica da entidade pública e do operador privado.

**Principais vantagens da adopção do modelo PPP:**

- **Alteração do papel da administração pública** – a transferência de responsabilidade para o sector privado, permite ao Estado focalizar-se no papel de regulador, planeador do serviço e de monitorização da execução do contrato;
- **Contratação de prestação de serviços de qualidade que proporcionem *value for money*** – o objectivo é a melhoria do retorno dos impostos pagos pelos contribuintes face à opção tradicional de financiamento directo por via do orçamento de Estado;
- **Aumento da *accountability*** – as PPP têm associada uma visão estratégica de longo-prazo, responsabilizando os decisores políticos pelas medidas tomadas. Este facto foi reforçado em Portugal, com a introdução do Decreto-Lei n.º 86/2003 que regula as matérias das PPP, obrigando a um maior envolvimento do Ministério das Finanças na aprovação dos projectos de PPP, para além do Ministério que tutela o sector objecto de PPP. Por outro lado, responder perante investidores privados e sector público exige uma maior visibilidade e uma maior responsabilização dos gestores da unidade prestadora;
- **Realização de obras e serviços públicos com vantagens financeiras** – verifica-se uma diminuição da despesa pública inscrita nas contas públicas, pois com o recurso às PPP, o pagamento é diferido no tempo, havendo um *matching* temporal entre pagamento e utilização do activo e um alisamento dos custos (o Estado apresenta-se na qualidade de comprador de serviços públicos com base em activos fornecidos pelo sector privado, o que lhe permite à partida substituir despesas de investimento por despesas correntes, como está patente no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto);
- **Aumento da equidade inter-geracional** – com as PPP, os pagamentos do Estado (e respectivo impacto em cada contribuinte) são diferidos à medida que se vai usufruindo do activo;

- **Aumento da rapidez na construção de infra-estruturas** – as PPP permitem que o sector público transforme um investimento pontual num fluxo de pagamentos contínuo, possibilitando que sejam realizadas infra-estruturas em condições económicas menos favoráveis e, desta forma, acelerando o processo de construção;
- **Redução do custo total ao longo da vida do activo** – ao responsabilizar a gestão privada pela construção, o Estado evita incorrer em acréscimos de custo gerados por imprevistos ou atrasos que conduzem, frequentemente, a derrapagens financeiras.  
Como a contratualização é normalmente de médio/longo prazo, esta vai contribuir para criar incentivos à adopção de uma abordagem ao longo de toda a vida do activo em detrimento de uma visão de tesouraria de curto prazo;
- **Verificação de maior controlo financeiro do projecto e menor prazo de realização** – segundo Mckee, Edwards e Atun, citados por Simões *et al* (2009), os projectos de parceria foram em 76% dos casos realizados no prazo previsto e em 79% dos casos dentro do orçamento aprovado. Estes valores contrastam, quando realizados pelo sector público, com 30% de projectos cumpridos dentro do prazo e 27% dentro do orçamento;
- **Obtenção de economias de escala** – devido à utilização mais intensa do investimento feito (Allan, 1999);
- **Melhoria da alocação do risco** – a alocação do risco é efectuada à parte mais capacitada para o gerir com menor custo. O objectivo principal é a optimização da transferência do risco, e não a sua maximização (Oudot, 2005). Este princípio encontra-se, também, presente no enunciado no Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de Agosto, que no seu artigo 3.º, c) determina que “a distribuição de riscos deve ser feita atribuindo-os às partes mais competentes para a sua gestão”. Segundo Barros (2010), as transferências de risco envolvidas nas PPP têm que ser forçosamente vistas como um instrumento e não como uma finalidade do projecto de parceria, pois não há vantagens de diversificação de risco de uma entidade privada face ao Estado;

- **Aumento da capacidade de gestão** por parte das empresas privadas, desenvolvida num ambiente competitivo, de utilização de técnicas mais flexíveis e eficientes, centradas no Cliente, e da maior capacidade de inovação (Allan, 1999). A natureza público-privada das PPP conduz, pelo menos no plano teórico, a um aumento de eficiência, pois incorpora por um lado, mecanismos intrínsecos do mercado concorrencial condutores de eficiência, como sejam: a propriedade temporária dos activos; a optimização da combinação de recursos; os mecanismos de incentivos aos gestores; a presença de risco e a maximização do lucro. Por outro lado, incorpora a presença do Estado, que tem por missão corrigir falhas de mercado e garantir o bem-estar social (Silva, 2009);
- **Mobilização da capacidade de financiamento e de gestão do sector privado**, assumindo o sistema de incentivos, associados ao desempenho, um papel relevante (um exemplo é a existência de penalidades financeiras quando os objectivos não são atingidos);
- **Experiência, para o operador privado, de gestão de projectos a médio/longo prazo em sectores chave da economia** – desenvolvimento de *know-how* especializado, o que constitui valor para os operadores privados;
- **Geração de receitas adicionais** – o sector privado poderá ser capaz de gerar receitas adicionais com terceiros pagadores.

#### **Principais desvantagens/riscos da adopção do modelo PPP:**

- **Existência potencial de fenómenos de “desorçamentação”** – se o controlo não for rigoroso, poderá existir “fuga ao controlo das contas públicas”, o que coloca limitações financeiras às gerações vindouras. As regras de enquadramento orçamental em Portugal subordinam-se às normas estabelecidas pela Comissão Europeia<sup>13</sup>;

---

<sup>13</sup> A Lei de Enquadramento Orçamental de 2001 (Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto, posteriormente alterada e republicada como anexo à Lei de Estabilidade Orçamental, Lei Orgânica n.º 2/2002, de 28 de Agosto) estabeleceu, pela primeira vez, os princípios a que devem obedecer as PPP.



- **Maiores custos na fase inicial, tanto para o Estado, como para os operadores privados** – as PPP exigem uma fase de preparação, estudo, avaliação e negociação de propostas mais demorada que nos sistemas tradicionais;
- **Eventual inexperiência ou falta de *know-how* do Estado que se pode reflectir nos processos de negociação** – Moreno (2010:4) considera que o “Estado mostrou-se um mau negociador nas PPP: não tinha nem os meios, nem os instrumentos para bem negociar com os privados em aspectos como a repartição dos riscos ou a negociação dos contratos de concessão e das suas cláusulas”;
- **Dificuldade na negociação dos “aspectos finais” do contrato** – por ser necessário definir antecipadamente as regras que vão reger a parceria no longo prazo;
- **Eventual limitação da capacidade do Estado em implementar PPP de acordo com o interesse público** - a complexidade do contrato estabelecido entre as duas entidades obriga à sua monitorização sistemática, o que exige *know-how* especializado da parte do Estado e recursos em número suficiente;
- **Dificuldade de monitorização do desempenho do operador privado** – a inexistência de contratos perfeitos pode conduzir à transferência de direitos para o sector privado. A fim de evitar esta situação, há que definir, com clareza, os direitos e deveres de cada parte (da entidade pública e do operador privado). A existência de penalidades/multas, exige, também, que os parâmetros pelos quais os operadores privados vão ser avaliados, sejam claros, objectivos, mensuráveis e realizáveis, sob pena de o negócio não ser interessante ao nível da rentabilidade e, assim, não se potenciar as vantagens da gestão privada;
- **Possibilidade de perda de qualidade do serviço prestado, uma vez que o sector privado orienta a sua actuação com base em objectivos economicistas/rentabilidade** – como após a concessão, não existe pressão da concorrência, se os serviços a prestar não estiverem claramente definidos, o operador privado poderá diminuir a sua quantidade e qualidade, a fim de reduzir custos. Deste modo, há que estabelecer uma regulamentação eficaz;

- **Eventual clima de desconfiança entre as partes** – para que projectos complexos e de longo-prazo funcionem, caso das PPP, é necessário que as partes envolvidas contribuam para a manutenção de um clima de diálogo e de entreajuda, tendo como premissa a melhoria contínua.

Para além de identificar as vantagens e as desvantagens/riscos da adopção do modelo PPP, importa também analisar os Factores Críticos de Sucesso, atendendo às diversas experiências de PPP no mundo.

**Segundo Reis (2004), os principais Factores Críticos de Sucesso de constituição de uma PPP, são os seguintes:**

- A robustez do parceiro público, dispondo de uma estratégia bem definida, com capacidade para manter o enfoque dos prestadores na satisfação das necessidades da população e na prossecução do interesse público;
- A disponibilidade e vontade de participar de parceiros privados experientes e com capacidade de assumpção de riscos;
- A existência de normas claras e rigorosas do ponto de vista técnico que regulem o processo de parceria;
- A existência de um quadro global de referência que regule as prestações públicas que são objecto de parceria, designadamente em matéria do seu financiamento e de avaliação do desempenho;
- A previsão de processos de acompanhamento e de monitorização das actividades desenvolvidas.

Atendendo à elevada complexidade e grau de exigência das PPP, um dos aspectos que vai condicionar o seu sucesso é a definição de um modelo de monitorização, incluindo a inclusão de indicadores quantitativos e qualitativos (Gomes, 2006).

Os factores críticos de sucesso apresentados anteriormente constituem algumas orientações. Contudo, o sucesso das PPP não está garantido à partida, exigindo um grande rigor nas fases de preparação e negociação e um modelo de acompanhamento bastante sólido, adaptado a cada situação concreta.

**Face aos desafios que se perspectivam, a avaliação das PPP não deverá estar cingida aos aspectos financeiros, devendo ser reforçada a monitorização de indicadores de qualidade e de satisfação dos utentes e dos profissionais.**

## 2.5 Gênese do Quadro Legal das Parcerias Público-Privadas

O primeiro regime legal de PPP em Portugal viria a surgir por via do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. Este regime especial, no entanto, veio disciplinar as relações jurídicas das PPP apenas no sector da saúde<sup>14</sup> e implicou a revogação de algumas disposições do Estatuto do SNS, nomeadamente, no referente ao contrato de gestão.

Segundo o Decreto-Lei n.º 185/2002: “... importa frisar que todos os tipos de prestações de saúde podem ser objecto de parcerias (primários, diferenciados e continuados), cabendo a cada um dos modelos em concreto estabelecer as formas adequadas de contratação para cada situação.” Salienta-se, de seguida, o estabelecido nos artigos 5.º e 35.º do mesmo artigo:

### **Artigo 5.º- Instrumentos contratuais**

1 - Constituem instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde com recurso a gestão e financiamento privados, entre outros, os seguintes:

- a) Contrato de gestão;
- b) Contrato de prestação de serviços (situação em estudo no presente trabalho: gestão por um operador privado, o IMI, do Serviço de Imagiologia do HLA, via o estabelecimento de um contrato de prestação de serviços no âmbito da realização de um concurso público internacional);
- c) Contrato de colaboração.

### **O Artigo 35.º caracteriza o contrato de prestação de serviços:**

1 - São contratos de prestação de serviços, no âmbito das parcerias em saúde, aqueles em que o co-contratante da Administração realiza uma actividade de apoio à realização de prestações de saúde no âmbito de um estabelecimento de saúde;

---

<sup>14</sup> O suporte legal das PPP em Saúde é essencialmente o seguinte: Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto; Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto; Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril; alterado pelo Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho; Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril e o Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho.

2 - Os contratos de prestação de serviços podem ter por objecto uma ou mais das actividades referidas no n.º 2 do artigo 2.º - “As parcerias em saúde envolvem uma ou mais das actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração dos estabelecimentos integrados ou a integrar no Serviço Nacional de Saúde, com transferência e partilha de riscos e recurso a financiamento de outras entidades”.

Alguns Hospitais (como por exemplo, o HLA) optaram por constituir contratos de prestação de serviços, vulgo ”parcerias público-privadas parciais”, que contemplam a gestão integral por empresas do sector privado de um ou mais Serviços de um Hospital<sup>15</sup>. Esta opção, relativamente recente em Portugal, tem origem na identificação de problemas de difícil resolução, como baixos índices de eficácia e eficiência, assim como escassez de recursos.

O regime legal geral das PPP viria a surgir mais tarde com a publicação do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril<sup>16</sup>, passando a ser responsabilidade dos Ministros das Finanças e da tutela sectorial o acompanhamento permanente das parcerias, tendo por objectivo avaliar os seus custos e riscos e melhorar o processo constitutivo de futuras e novas PPP. Deste modo, submete as PPP explicitamente a um apertado controlo público interno, não esquecendo que, do lado do controlo público externo, a principal lei delimitadora dos poderes e competências do Tribunal de Contas – a Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto – confere a este órgão de soberania e auditor externo do Estado, amplos poderes de fiscalização, controlo e auditoria das PPP.

---

<sup>15</sup> Um Hospital é um estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

<sup>16</sup> Tendo por objecto disciplinar a intervenção do Estado quanto ao procedimento a adoptar em relação às parcerias público-privadas, desde a sua definição, o exame das motivações subjacentes à opção por um modelo de financiamento privado, até à fiscalização e acompanhamento global do próprio projecto. Este regime geral, admitindo a existência de regimes sectoriais, como é o do sector da saúde, veio alterar o já referido Decreto-Lei n.º 185/2002 (o Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho constitui a primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 86/2003).

Na medida em que as PPP na saúde se encontram dependentes do Ministro das Finanças e do Ministro da Saúde, a assessoria técnica, no âmbito do primeiro, veio a ser atribuída à PARPÚBLICA – Participações Públicas, S.A., sociedade de capitais exclusivamente públicos e cujo objectivo se resume a actividades de directa prossecução do interesse público.

De salientar, que um passo importante para o processo das PPP em saúde foi a criação da Estrutura de Missão “Parcerias.Saúde”, ocorrida em 2001 pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001. A unidade de Missão, na directa dependência do Ministro da Saúde, desenvolve a sua actividade de lançamento de novas parcerias com base em recursos humanos próprios e com recurso a consultoria especializada.

Neste momento, Portugal dispõe de um enquadramento legislativo bastante completo no que diz respeito às PPP, embora este não possa considerar-se definitivo nem universalmente aplicável nos mesmos termos. A definição deste quadro geral não exclui, porém, a necessidade de avaliação permanente, independente e objectiva dos resultados efectivos dos projectos PPP aprovados.

A nível Europeu, não existe nenhum quadro jurídico específico para as PPP. Existe sim, um livro verde (Comissão das Comunidades Europeias, 2004) que propõe apurar se o Tratado que institui a Comunidade Europeia e o seu direito derivado constituem instrumentos adequados e suficientes face aos desafios colocados pelas PPP. Assim, as PPP estão sujeitas aos princípios de transparência, da igualdade de tratamento, da proporcionalidade e do reconhecimento mútuo.

O Comité Económico e Social, em consulta do Conselho, pronunciou-se sobre as PPP no Parecer “O reforço do direito das concessões e dos contratos de parceria entre os sectores público e privado (PPP)<sup>17</sup>”, delineando uma série de propostas de melhoria e unificação do direito das concessões.

---

<sup>17</sup> Parecer (2001), 14/19 de 16 de Janeiro de 2001.

Pese embora a ausência de valor vinculativo do parecer, a verdade é que representa a base de muitos dos actos legislativos dos Estados-membros que têm regulamentado as PPP.

## **2.6 Modelo Parcerias Público-Privadas da Saúde em Portugal**

As parcerias em saúde, que surgiram no início dos anos 90 do séc. XX no Reino Unido (denominadas de *private finance initiatives*), tendo-se depois desenvolvido em outros países, têm o duplo objectivo de garantir ganhos de saúde para os utentes e de assegurar ganhos de valor para o erário público, no mútuo benefício da sociedade e dos contribuintes.

Em Portugal, o sector hospitalar público constitui a principal rede de prestação de cuidados de saúde, representando a fatia mais significativa da despesa pública em saúde. Desde o início dos anos 90, ao abrigo da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS, foram tomadas várias iniciativas reformistas com incidência no sector hospitalar.

Perante o reconhecido défice de implementação de medidas robustas de reforma, duas importantes iniciativas foram preconizadas: a “empresarialização” da gestão hospitalar (designadamente com a alteração das práticas públicas de gestão e financiamento, bem como com a mudança do estatuto administrativo dos hospitais) e a introdução da abordagem das PPP (promovendo a participação do sector privado na gestão e financiamento de unidades hospitalares do SNS). Estas duas iniciativas tiveram a sua génese no decorrer do mandato do XIV Governo Constitucional, sendo protagonizadas pelo Ministro da Saúde António Correia de Campos (Simões b, 2004).

A par das restrições financeiras sentidas pelo sector público, as novas teorias de gestão pública, que advogam um maior uso de mecanismos de incentivos e de mecanismos de mercado na organização do sector público para a produção de bens e serviços, deram um impulso à utilização das PPP.

A primeira experiência de gestão privada de um hospital público data de meados dos anos 90, altura em que foi entregue a um operador privado a gestão do novo hospital para os concelhos de Amadora e Sintra – Hospital Fernando da Fonseca, um hospital distrital com 670 camas e integrado no SNS. A retribuição teve por base o preço global anual resultante da proposta apresentada a concurso, sendo o preço actualizável de acordo com o clausulado do caderno de encargos e os normativos aplicáveis. O programa esperado de actividade foi traduzido em número de doentes/actos por ano, cobrindo as áreas de urgência, consulta externa/ambulatório e internamento. O contrato inicial foi objecto de profunda renegociação, em resultado de divergências entre a sociedade gestora e o Ministério da Saúde.

A característica mais marcante do modelo PPP português é que nele o sector privado deve também assegurar a vertente da gestão clínica. Ou seja, optou-se até 2008, no domínio clínico, pela utilização de regras de gestão empresarial a aplicar por um parceiro privado, que se esperava que conduzissem a uma maior economia, eficiência e eficácia.

Apesar da alteração da decisão política quanto ao modelo de PPP para a construção de novos hospitais, em que se passou a excluir a exploração da actividade clínica do âmbito da parceria, é razoável antecipar que este será o formato principal que permitirá a renovação/expansão do parque hospitalar nacional (Barros, 2010).



### 2.6.1 Procedimento

A concepção e implementação do programa de parcerias são conduzidas a nível central, tendo a supervisão da preparação dos projectos e coordenação dos respectivos processos concursais sido cometidas à Estrutura de Missão “Parcerias.Saúde”.

A implementação deste modelo de parcerias em saúde implica o lançamento de um procedimento de contratação pública, pautado através da figura de concurso público internacional, com vista à celebração de um contrato de gestão que poderá ser executado por intermédio de duas entidades gestoras com responsabilidades distintas e delimitadas, num quadro de articulação e complementaridade. Uma sociedade gestora assume a gestão geral do estabelecimento hospitalar e a prestação dos serviços clínicos; a outra sociedade gestora assume a prestação dos serviços infra-estruturais, sendo responsável pela concepção, construção e manutenção do edifício e infra-estruturas hospitalares, bem como pelas actividades de *hard facilities management*.

Em geral, o procedimento base de concurso comporta o faseamento de sete elementos: anúncio/apresentação de propostas; acto público; qualificação; selecção de propostas; negociação; adjudicação e formação do contrato<sup>18</sup>. O procedimento pode compreender, ainda, uma fase prévia de qualificação à apresentação de propostas e uma fase negocial subsequente à avaliação de propostas.

O contrato de uma PPP é o que se designa em termos económicos por um contrato incompleto, pois obriga a uma negociação sempre que ocorra uma circunstância em que não esteja prevista contratualmente a acção que é necessário tomar (Simões *et al*, 2009). De salientar que, no âmbito de cada concurso, o Estado reserva-se o direito de extinguir o procedimento concursal ou de não adjudicar o contrato de gestão, caso o valor global actual líquido dos pagamentos anuais a efectuar pelo Estado, nos termos da melhor proposta privada, seja superior ao valor do custo público comparável<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Atendendo ao valor que o contrato pode assumir, há que assegurar o visto do Tribunal de Contas.

<sup>19</sup> O Custo Público Comparável corresponde a uma estimativa do custo provável do contrato relativo ao projecto, caso este fosse desenvolvido pelo sector público, em moldes tradicionais, sendo determinado inicialmente durante a fase de preparação e avaliação prévia e sujeito a refinamento durante o próprio concurso.

### 2.6.2 Projectos de Parcerias Público-Privadas

A primeira vaga de novos projectos hospitalares PPP foi divulgada em Julho de 2001, na vigência do XIV Governo Constitucional e posteriormente confirmada, em Maio de 2002, pelo XV Governo Constitucional. Em Julho de 2002, o Governo anunciou o aprofundamento da abordagem das parcerias ao sector da saúde, apresentando uma segunda vaga de projectos hospitalares PPP a integrar no 1.º Programa de PPP para o período 2003-2006.

O Programa previa o lançamento de dois novos hospitais na 1.ª vaga (Sintra e Loures) e três projectos hospitalares de substituição também na 1.ª vaga (Cascais, Braga e Vila Franca de Xira) e de cinco na 2.ª vaga (Évora, Gaia, Póvoa/Vila do Conde, Algarve e Guarda). Os encargos globais relativos aos dez contratos de gestão com os operadores privados poderiam ascender acima dos dez milhões de euros, em termos de valores nominais.

De salientar, que o primeiro concurso efectivamente lançado ao abrigo do Programa PPP foi o de gestão do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul<sup>20</sup>, em São Brás de Alportel, ao qual se apresentou apenas um concorrente (Grupo Português de Saúde), tendo o respectivo contrato sido assinado em Junho de 2006, com início de actividade em Abril de 2007.

Constitui-se, assim, uma nova unidade no contexto do SNS, com o objectivo de promover a reabilitação multidisciplinar em situações que exijam intervenções prolongadas e complexas<sup>21</sup>, dos utentes dos distritos de Faro e de Beja, bem como do resto do País.

---

<sup>20</sup> Nasceu por decisão política do Ministério da Saúde em 1999, tendo sido objecto de um concurso público internacional em 25 de Setembro de 2001. Foi adjudicado por despacho, de 13 de Março de 2002, do Ministro da Saúde, António Correia de Campos.

<sup>21</sup> Destina-se a doentes com lesões medulares, traumatismos crânio-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais e outras patologias do foro neurológico, reumatológico, ortopédico, cardiovascular e pneumológico.

O primeiro concurso envolvendo o modelo PPP integral foi o concurso para o Hospital de Loures (650 camas), em Dezembro de 2003, o qual viria entretanto a ser extinto, em 2006, perante graves problemas de avaliação das propostas dos quatro concorrentes (consórcios liderados por Espírito Santo Saúde, Hospitais Privados de Portugal, José de Mello Saúde e Misericórdia do Porto).

Seguiu-se-lhe, em meados de 2004, o do Hospital de Cascais (265 camas), também com quatro concorrentes (consórcios liderados por Espírito Santo Saúde, Grupo Português de Saúde, Hospitais Privados de Portugal e José de Mello Saúde), o qual foi ganho pelo consórcio liderado pelos Hospitais Privados de Portugal, tendo o contrato sido assinado apenas em Fevereiro de 2008 e a abertura em Fevereiro de 2010.

O Concurso para o Hospital de Braga (700 camas) e ligação à Universidade do Minho foi lançado no final de 2004, teve seis concorrentes, tendo vindo a ser ganho pelo consórcio liderado pela José de Mello Saúde, a qual iniciou a gestão do actual Hospital em 1 de Setembro de 2009.

No final de 2005, foi lançado o concurso para o Hospital de Vila Franca de Xira (250 camas). O consórcio liderado pela José de Mello Saúde foi o vencedor do concurso para a parceria público-privada de concepção, construção e gestão do futuro Hospital Reynaldo dos Santos, em detrimento da proposta apresentada pelo Grupo Português de Saúde. As conversações finais sobre o negócio estão ainda a decorrer entre o Grupo Mello e o Governo.

Em Fevereiro de 2006, o relatório divulgado pela Unidade de Missão “Parcerias.Saúde” definiu a nova hierarquização dos projectos PPP. O relatório esteve em discussão pública entre Fevereiro e fins de Abril de 2006, resultando uma adenda ao texto original. Esta adenda foi apresentada como um contributo para apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos hospitais inseridos na 2.ª vaga do programa de Parcerias para o sector hospitalar.

No início de 2007, é lançado novo concurso para o Hospital de Loures, entretanto reformatado para 400 camas de lotação, com apenas duas propostas concorrentes (consórcios liderados por Espírito Santo Saúde e José de Mello Saúde). O consórcio liderado pela Espírito Santo Saúde foi o vencedor do concurso e o lançamento da primeira pedra ocorreu a 12 de Janeiro de 2010. A data de abertura do novo Hospital está prevista para 2012.

Recentemente, o Programa PPP da Saúde ficou limitado aos quatro hospitais com concursos já lançados, sendo as parcerias para os restantes hospitais projectados reduzidas no seu âmbito à concepção, construção, financiamento, conservação e exploração dos edifícios hospitalares, ficando excluída a gestão da componente clínica.

Fazem parte de uma segunda vaga do programa de PPP seis novos projectos de unidades hospitalares: Hospital de Todos-os-Santos, Hospital Central do Algarve, Hospital do Seixal, Hospital Fernando da Fonseca, Hospital de Vila Nova de Gaia e Hospital de Vila do Conde/Póvoa do Varzim.

A experiência nacional com o funcionamento efectivo das PPP na vertente hospitalar resumia-se, em Agosto de 2009, ao Centro de Reabilitação do Sul.

### 2.6.3 Avaliação do Processo de Criação de Parcerias Público-Privadas

Face ao seu início recente no nosso País, é apenas possível descrever e avaliar o processo de criação de PPP em saúde.

O Tribunal de Contas, no Relatório n.º 15/09 procede a uma avaliação muito crítica de todo o processo, também partilhada pelos consórcios concorrentes aos diversos concursos, evidenciando o imenso dispêndio de recursos humanos e financeiros (em média, a preparação de uma proposta tinha um custo, de acordo com afirmações de alguns dos consórcios, de cerca de dois a dois milhões e meio de Euros).

Também, em termos do tempo consumido pelo processo, se verificou um insuportável desperdício (Vaz, 2010). Esta realidade é comprovada através da análise do quadro seguinte (Quadro 2), o qual ilustra os tempos envolvidos no lançamento das PPP em saúde, desde a preparação até à entrada em actividade das mesmas.

**Quadro 2: Síntese dos Projectos de Parcerias Público-Privadas Hospitalares em Portugal**

Fases	H. Loures II (a)	H. Cascais	H. Braga	H.V.F.Xira
	12-Mai-06	13-Mai-04	13-Nov-04	20-Abr-05
Preparação e avaliação prévia	245 dias	76 dias	32 dias	139 dias
Aprovação e lançamento	66 dias	40 dias	30 dias	88 dias
Apresentação de propostas	159 dias	138 dias	226 dias	136 dias
Avaliação de propostas	404 dias (b)	509 dias	436 dias	690 dias
Negociação competitiva		171 dias	380 dias	132 dias (b)
Negociação final		315 dias	200 dias (b)	
Entrada em actividade		8 de Outubro de 2008		
<b>ROE 2007 (c) (milhões €)</b>	1.340.452 €	781.413 €	2.339.375 €	1.096.227 €

Fonte: Adaptado de Barros (2010) e Silva (2009)

Notas:

- (a) Corresponde ao segundo concurso para o Hospital de Loures, dado que o primeiro foi anulado;
- (b) À data de 16 de Outubro de 2008;
- (c) Os valores constantes do ROE 2007 foram calculados tendo por base os valores nominais referentes ao ano de 2005 (valores com IVA).

O Tribunal de Contas (2009), concluiu, também, que se verificava uma falta de preparação do Estado para actuar como parceiro público credível num projecto de PPP, considerando que ainda assim, ocorreu, desde 2002, uma clara aprendizagem dos mecanismos essenciais para a elaboração de um projecto desta natureza.

Segundo o Relatório de Primavera (2006), a dificuldade em adaptar os projectos das PPP às necessidades efectivas das populações parece ter resultado da forma como os concursos decorreram até meados de 2004, particularmente das imperfeições dos cadernos de encargos propostos, que obrigaram à revisão profunda e implicaram custos elevados para o Estado e concorrentes.

Barros (2010), elencou como principais aspectos dos projectos de PPP: a morosidade administrativa do processo de criação (resultado da complexidade do modelo adoptado e da impreparação técnica do sector público); a forte carga ideológica associada com a discussão sobre a utilização das PPP no sector da saúde; a grande exigência no acompanhamento técnico de um contrato de PPP e a necessidade de renegociações frequentes, face à possibilidade de ocorrência de situações não previstas no contrato. Salienta, também, os elevados custos da Unidade de Missão “Parcerias.Saúde”, incluindo os custos com os consultores contratados (de 2001 a 2008, a Unidade de Missão teve custos da ordem dos vinte e cinco milhões de Euros, sendo destes, quatro milhões, custos de financiamento, e os restantes vinte e um milhões, custos de consultoria técnica de diversas especialidades).

Ao nível da partilha do risco, os contratos de parcerias asseguram, de uma forma geral, uma distribuição do risco pelas partes que segue o recomendado pela literatura referente a PPP e pela análise das melhores práticas seguidas internacionalmente (Simões *et al*, 2009).

Dentro do âmbito hospitalar, apenas é possível analisar o desempenho do Centro de Reabilitação do Sul. Uma equipa de análise estratégica, criada pelo Despacho n.º 28684/2008, de 7 de Novembro, efectuou a comparação do desempenho deste Centro com outros hospitais de reabilitação (analisando as seguintes dimensões: custos de funcionamento, eficácia, eficiência, equidade e qualidade) e concluiu que não há relações de dominância sistemática entre as unidades avaliadas (Simões *et al*, 2009).

Em suma, em termos de resultados das PPP, constata-se que não há ainda experiência suficiente para se extrair qualquer ilação no que toca à construção de novos hospitais e gestão da sua actividade clínica (Barros, 2010).

## **2.7 Principais Experiências de Parcerias Público-Privadas na Área da Saúde**

**O caso Inglês** – É o modelo mais antigo. Foi iniciado em meados dos anos 90 e abrange um volume considerável de projectos. Assenta no princípio que o operador privado, apenas, é responsável pelos serviços de infra-estruturas associadas ao hospital, não estando ligado à prestação de cuidados de saúde e à gestão hospitalar e clínica. A duração típica deste tipo de contratos situa-se entre vinte e cinco a trinta anos, sendo os referidos activos reversíveis para o Serviço Público no respectivo termo. A abordagem PPP foi entretanto alargada aos cuidados continuados e aos cuidados primários.

**O caso Espanhol** – A experiência mais relevante foi iniciada em 1996 pela Comunidade de Valência com o hospital público de Alzira, La Ribera, o primeiro a ser construído e gerido por um operador privado. O contrato do tipo concessão administrativa teve como objecto a concepção, construção, financiamento de uma nova unidade hospitalar de média dimensão e a prestação de serviços clínicos por um período de dez anos (renovável até quinze anos). As principais novidades foram o alargado leque de competências entregue ao sector privado e o inovador sistema de pagamentos parcialmente baseado na componente capitativa. Os novos concursos já prevêem a integração com os cuidados primários e especializados (hospitalares e de ambulatório).

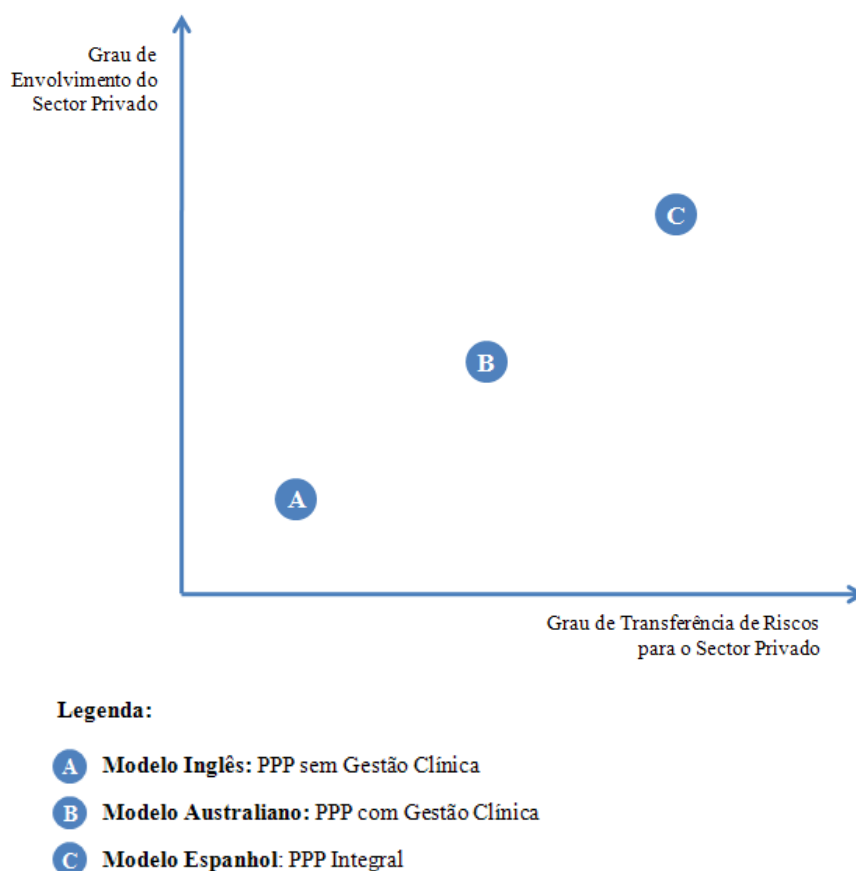
**O caso Italiano** – A organização do sector da saúde tem sido impulsionada por abordagens de carácter regional. De entre os modelos adoptados, o mais comum, atribui ao sector privado a vertente de operação dos hospitais.

Se, nos países de tradição jurídica anglo-saxónica, as PPP surgiram dentro da própria mecânica de funcionamento da ordem jurídico-económica do sector público, nos países de tradição romano-germânica o Pacto, ao impor limites ao défice público, tendo em vista o equilíbrio e estabilidade orçamental, diminuiu a capacidade de financiamento das Administrações, o que veio reforçar o desenvolvimento das PPP.

**Fora da Europa**, as parcerias em saúde foram adoptadas na Austrália, onde se verifica uma abordagem às PPP diferenciada, consoante a opção de cada estado federado; no Japão e no Canadá: nestes dois países, foram lançados, no início do séc. XXI, os primeiros projectos PPP no sector da saúde, adoptando um modelo semelhante ao do Reino Unido. A possibilidade de inclusão dos serviços clínicos tem sido equacionada pelas autoridades envolvidas, mas, em geral, é considerada ainda politicamente difícil.

A figura seguinte (Figura 1) evidencia os principais Modelos de Participação do Sector Privado no SNS (na vertente hospitalar):





**Figura 1: Principais Modelos de Parcerias Público-Privadas**

Fonte: Adaptado de Simões b2 (2004)

Ao efectuar uma comparação com o modelo Português, verifica-se que este não coincidiu com as principais experiências europeias. Desde logo, diversos países, incluindo o Reino Unido, optaram pela não inclusão da gestão dos serviços clínicos no objecto contratual. O modelo inglês alicerça-se na prestação, por parte do operador privado, de um conjunto de serviços que compreende os serviços infra-estruturais e os serviços de *hard e soft facilities management* (gestão de instalações, serviços de informática, hotelaria, etc.).

Por outro lado, podem ser encontradas algumas semelhanças com o modelo da Autonomia Regional de Valência (Espanha), que se baseava num contrato do tipo concessão administrativa, traduzindo-se num elevado grau de envolvimento e de transferência de riscos para o sector privado.

### **3. Formulação da Hipótese**

Segundo o Tribunal de Contas, no seu Relatório “Linhas de orientação (*Guide Lines*) e procedimentos para o desenvolvimento de auditorias externas a PPP” (reforçando o constante no Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril), o objectivo do Modelo PPP é o seguinte:

**“As PPP têm como finalidades nucleares o acréscimo de eficiência na afectação de recursos públicos e a melhoria qualitativa e quantitativa dos serviços, introduzindo, para o efeito, adequados mecanismos de controlo que permitam uma avaliação permanente, por parte do parceiro público e dos potenciais utentes do serviço.”**

Perante o conceito apresentado, considerou-se pertinente encontrar um mecanismo de controlo que permitisse, de uma forma simples e de fácil aplicabilidade, responder se uma PPP está ou não a cumprir a sua finalidade.

Deste modo, considerou-se a seguinte hipótese de estudo:

**Parece desejável e necessário avaliar se o parceiro privado, no âmbito de uma PPP, tendo em consideração os seus objectivos de negócio, consegue, simultaneamente, garantir os compromissos assumidos com a entidade pública.**

**Assim sendo, será possível encontrar um sistema de monitorização baseado num painel de indicadores simples e de fácil aplicação, no caso concreto da área de Imagiologia?**

## **4. Estratégia Metodológica**

### **4.1 Introdução**

Com o objectivo de responder à hipótese de estudo colocada no capítulo anterior, a metodologia adoptada consistiu na criação de um sistema de monitorização baseado num painel de indicadores, de forma a avaliar a performance, a diversos níveis, de um Serviço de Imagiologia em PPP. Deste modo, o estudo é predominantemente qualitativo, descritivo e exploratório.

Na área da saúde, atendendo às especificidades dos serviços prestados, deverão existir indicadores mais sofisticados, de modo a reflectirem a complexidade dos mesmos (Martin e Henderson, 2004). Donabedian (1980) defende que se deve utilizar indicadores a três níveis, medindo aspectos qualitativos e/ou quantitativos: Estrutura (o enquadramento físico e organizacional onde a prestação de cuidados tem lugar); Processos (os procedimentos e as práticas, implementadas pelos profissionais no planeamento, prestação e avaliação dos cuidados prestados) e Resultados (os efeitos dos cuidados prestados ao utente/cliente, acrescidos dos custos com a prestação desses mesmos cuidados), analisados isoladamente (sempre ajustados ao nível de risco) ou em *scores* conjuntos.

### **4.2 Estado da Arte**

Atendendo aos objectivos do trabalho em causa e à problemática identificada, considerou-se pertinente aplicar o Modelo publicado por Jorge Almeida Simões (2004), o qual reflecte os conceitos enunciados anteriormente.

As três áreas centrais de análise - o Contexto, os Processos e os Resultados, integram as seguintes componentes:

- **Contexto:** Ambiente sócio-económico; Morbilidade e Mortalidade; Mercado da Saúde.

O ambiente sócio-económico engloba a caracterização da envolvente externa relativa à população da área de influência do Hospital, utilizando-se para o efeito um conjunto de indicadores demográficos, sociais e económicos.

A análise da morbilidade e da mortalidade inclui os dados relativos à morbilidade e mortalidade nos concelhos abrangidos pela área de influência do Hospital, que contribuem para a caracterização epidemiológica das populações, para o conhecimento das principais causas geradoras da procura de cuidados e de satisfação das necessidades de saúde e, ainda, de avaliação do contexto económico e social das regiões.

O mercado da saúde compreende a caracterização da oferta, da procura e da utilização de serviços de saúde da área de influência do Hospital.

- **Processos:** Recursos Humanos; Instalações e Equipamentos; Programas para a Qualidade.

A análise de recursos humanos contempla a forma como o Hospital dá concretização ao potencial das pessoas que nele trabalham. Inclui, ainda, a afectação e distribuição dos profissionais de saúde.

Em relação às instalações e equipamentos, pretende-se conhecer o perfil do hospital quanto ao grau de modernização das instalações e dos equipamentos, à gestão do património e dos planos de manutenção, à gestão do risco e às acções desenvolvidas para adquirir a melhor qualidade ao menor custo.

A análise dos programas para a qualidade pretende conhecer os projectos e os resultados da organização no caminho da melhoria contínua da qualidade.

- **Resultados:** Economia<sup>22</sup>; Eficácia<sup>23</sup>; Eficiência<sup>24</sup>; Equidade<sup>25</sup>; Qualidade<sup>26</sup>.

Em relação aos resultados, foram identificados quarenta indicadores distribuídos por cinco categorias em estudo, como se pode constatar no quadro seguinte:

**Quadro 3: Indicadores da Área de Análise de Resultados**

<b>INDICADORES</b>	
<b>Economia</b>	
<b>1.</b>	<b>Despesas com pessoal no total das despesas</b>
<b>2.</b>	<b>Encargos unitários com salários, com médicos</b>
<b>3.</b>	<b>Encargos unitários com salários, com enfermeiros</b>
<b>4.</b>	<b>Encargos unitários com trabalho extraordinário, com médicos</b>
<b>Eficácia</b>	
<b>5.</b>	<b>Índice de <i>case-mix</i></b>
<b>6.</b>	<b>Primeiras consultas</b>
<b>7.</b>	<b>Resolutividade</b>
<b>8.</b>	<b>Transferência para outras unidades</b>
<b>9.</b>	<b>Desvio entre a produção realizada e a contratada no internamento</b>
<b>10.</b>	<b>Desvio entre a produção realizada e a contratada na consulta externa</b>
<b>11.</b>	<b>Desvio entre a produção realizada e a contratada na urgência</b>

<sup>22</sup> Utiliza-se o conceito de economia de Samuelson: “É o estudo de como os indivíduos e a sociedade acabam por escolher, com ou sem a utilização da moeda, a aplicação de recursos produtivos escassos que podem ter usos alternativos, para produzir variados bens e distribuir estes bens para consumo, actual ou futuro, entre as várias pessoas e grupos da sociedade” (Pereira, 1992).

<sup>23</sup> Utiliza-se o conceito de eficácia como os resultados ou consequências de um programa de saúde numa situação de utilização ideal (Pereira, 1992).

<sup>24</sup> Utiliza-se o conceito de eficiência como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada actividade (Pereira, 1992).

<sup>25</sup> Utiliza-se o conceito de equidade como distribuição justa de determinado atributo populacional e que envolve na prestação de saúde duas dimensões: a equidade horizontal – tratamento igual de indivíduos que se encontram numa situação de saúde igual – e a equidade vertical – tratamento apropriadamente desigual de indivíduos em situações de saúde distintas (Pereira, 1992).

<sup>26</sup> Utiliza-se o conceito de qualidade na saúde de Heater Palmer, citada por Pisco (2000), que pode ser definida como a produção de saúde e de satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes.

**INDICADORES (Continuação)**

**Eficiência**

- 12. Demora média**
- 13. Taxa de ocupação**
- 14. N.º de doentes saídos por cama**
- 15. N.º de doentes saídos por médico ETC**
- 16. N.º de doentes saídos por enfermeiro ETC**
- 17. N.º de consultas externas por médico ETC/ dia útil**
- 18. N.º de urgências por médico ETC/ dia útil**
- 19. Custo unitário do internamento**
- 20. Custo unitário da consulta externa**
- 21. Custo unitário da urgência**
- 22. Vantagem relativa no preço do material clínico**
- 23. Vantagem relativa no preço de produtos farmacêuticos**

<b>INDICADORES (Continuação)</b>
<b>Equidade</b>
24. N.º residentes/ N.º de doentes saídos do internamento
25. N.º residentes/ N.º de consultas externas
26. N.º residentes/ N.º de urgências
27. N.º de doentes em espera/ N.º de residentes
28. N.º de dias de espera para cirurgia geral
29. N.º de doentes em espera para consulta de cirurgia geral
<b>Qualidade</b>
30. Programação do internamento
31. Cumprimento dos critérios do programa de controlo de infeção hospitalar
32. Readmissões não programadas
33. Cesarianas
34. Avaliação do internamento pelos utilizadores em relação à qualidade
35. Doentes do internamento que claramente recomendariam o Hospital
36. Avaliação pelos utilizadores da observação médica cuidadosa na urgência
37. Doentes da urgência que recomendariam o serviço de urgência
38. Satisfação dos profissionais com o Hospital como local de trabalho
39. Satisfação dos profissionais com o Hospital na prestação de cuidados
40. Profissionais que escolheriam de novo o Hospital

Fonte: Simões a (2004)

Mas porque se optou pela utilização deste Modelo de avaliação e não de outro?

Em Portugal, até ao presente momento, a abordagem dos resultados para a avaliação do desempenho das organizações de saúde não tem sido privilegiada (Barros, 2001a; Barros, 2001b; Barros, 2001c). Por outro lado, a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, embora acentue aspectos como a informação ao público e a avaliação da eficiência e da efectividade dos cuidados prestados é omissa em relação ao plano de avaliação.

Dos estudos publicados, parece pertinente referir os seguintes:

- Em 2000, a Organização Mundial de Saúde publicou o *World Health Report – Health systems: Improving performance*, no qual realizou a primeira análise dos sistemas mundiais de saúde. Utilizando cinco indicadores de desempenho para medir os sistemas de saúde, em 191 Estados, concluiu que a França oferece os melhores cuidados de saúde global, seguido de países como a Itália, Espanha, Oman, Áustria e Japão.

Este é um estudo macro, que permite avaliar o desempenho dos sistemas de saúde de um país, e compará-lo com os restantes Estados contemplados no estudo.

- O Projecto *Health Care Quality Indicators* (HCQI) foi iniciado em 2001 e é conduzido por um grupo de peritos constituído por representantes dos países da OCDE. Actualmente, este grupo inclui representantes de 23 países, entre os quais Portugal. A longo prazo, o objectivo do Projecto HCQI é desenvolver um conjunto de indicadores que descrevam a qualidade dos cuidados de saúde e reportar dados fidedignos e consistentes, que possibilitem a comparação entre os diversos países que integram o projecto.

As principais dimensões utilizadas na avaliação da qualidade dos serviços de saúde são as seguintes: eficácia; eficiência; segurança; sistema centrado no cliente e acessibilidade.

Este é um estudo macro (Kelley e Hurst, 2006), que permite efectuar uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde de um país e compará-lo com os restantes países da OCDE.



- O Ministério da Saúde, com o apoio do Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa, publicou o seguinte estudo: “Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente dos Hospitais EPE (2003) ”.  
Este estudo foca-se, apenas, na vertente da Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente.
- A Escola Nacional de Saúde Pública publicou os seguintes estudos:
  - “Avaliação do desempenho dos Hospitais SA (2005)”. Este estudo aborda aspectos relacionados com a produção e com o desempenho hospitalar. A abordagem é limitada ao Internamento e ao estudo de algumas dimensões, mais concretamente, à medição da produção e ao perfil das admissões; e à efectividade e à eficiência no que se refere ao desempenho.
  - “Avaliação de Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental (2006) ”.  
O âmbito deste estudo é limitado, pois foca-se, apenas, na vertente de Internamento.
- A Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima (SA), presidida pelo Professor Miguel Gouveia, publicou o seguinte estudo: "Hospitais SA: uma avaliação da experiência (2006)".  
O estudo pretendeu avaliar o desempenho das 31 unidades do SNS transformadas em SA, em 2002, e que, mais tarde, viram o seu estatuto jurídico novamente alterado pelo Governo, para Entidades Públicas Empresariais (EPE). A evolução dos indicadores da actividade hospitalar foi avaliada pelo estudo em quatro dimensões: qualidade, acesso, custos e eficiência.  
Este estudo não é tão abrangente como o publicado por Jorge Almeida Simões (2004).
- A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação publicaram o seguinte estudo: “Sistema de Avaliação da Qualidade apercebida e da satisfação do utente nos Hospitais EPE e SPA (2008)”.

Este estudo teve como objectivo estabelecer um sistema independente de avaliação regular da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes, já iniciado em 2003 (projecto piloto) e aplicado em 2005. Este estudo foca-se, apenas, na vertente da satisfação dos utentes.

- A *Health Consumer Powerhouse* publicou o seguinte estudo: “A avaliação de sistemas de saúde na perspectiva do que importa ao cidadão (2008)”. Em 2005, apresentou o primeiro *Euro Health Consumer Index*, o qual incluiu todos os membros da União Europeia. Estes estudos têm por objectivo avaliar os sistemas de saúde apenas com base nas opiniões dos cidadãos.

### 4.3 Fundamentação do Modelo a Utilizar

As principais vantagens do Modelo de Jorge Simões (2004) são as seguintes: 1) ser uma abordagem sistémica/holística, pois considera três áreas centrais de análise (o contexto, os processos e os resultados); 2) permitir a análise de dados quantitativos, contemplando o cálculo de indicadores em cinco categorias (Economia; Eficácia; Eficiência; Equidade e Qualidade); 3) ser um Modelo já testado (e resultar do desenvolvimento e aperfeiçoamento do modelo utilizado no “Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde” – INA 2002<sup>27</sup>) (Simões a, 2004) e 4) tornar possível a adaptação à área da Imagiologia.

A principal justificação para a não adopção dos modelos contemplados nos estudos apresentados anteriormente, é o facto de estes serem excessivamente focalizados em determinadas vertentes, nomeadamente, na satisfação dos utentes, e/ou em áreas específicas, como o internamento, não apresentando uma visão abrangente/sistémica do desempenho hospitalar, que se traduz no objectivo do presente trabalho.

---

<sup>27</sup> Em 2001, o Ministério da Saúde solicitou ao Instituto Nacional de Administração (INA) a realização de um estudo de avaliação de 3 unidades de saúde integradas do SNS: a Unidade Local de Saúde de Matosinhos; o Hospital de S. Sebastião, em Santa Maria da Feira, e o Hospital Fernando da Fonseca, na Amadora. Este “Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde”, concluído em Abril de 2002, compreendeu diversos estudos que pretenderam, através da análise do modelo de gestão de cada instituição, identificar os constrangimentos e as potencialidades passíveis de poderem vir a ser replicadas noutros hospitais do SNS.

Os estudos da OCDE e da Organização Mundial de Saúde também não se adequam, pois traduzem realidades a nível nacional, não sendo apropriados para avaliação de uma unidade hospitalar.

#### **4.4 Aplicabilidade do Modelo a um Serviço de Imagiologia**

**De forma a testar o painel de indicadores, procedeu-se à aplicação do mesmo no Serviço de Imagiologia do HLA, analisado no Capítulo 6.**

Para efectuar o estudo, recolheram-se dados das seguintes fontes:

- **Dados Primários**
  - Realizaram-se reuniões com interlocutores-chave, nomeadamente, com a Administração e Direcção Clínica do IMI, com a Administração do HLA e com peritos da área da Saúde, nas vertentes médica, jurídica e de gestão, com o objectivo de caracterizar a área de Imagiologia, analisando as variáveis determinantes do desempenho das organizações nesta área;
  - Procedeu-se à observação directa, contemplando a anotação e registo de acontecimentos, comportamentos, assim como, do meio social e físico no qual o Serviço de Imagiologia do HLA se encontra inserido;
  - Procedeu-se, também, à análise do funcionamento do Serviço de Imagiologia do HLA;
  
- **Dados Secundários**
  - Procedeu-se à análise documental, nomeadamente do contrato de prestação de serviços estabelecido entre o IMI e o HLA; de documentos estratégicos; de relatórios e contas e documentos similares; de relatórios de produção; de estudos de clima e dos documentos de certificação de qualidade.

## 5. Apresentação das Entidades Alvo de Estudo

Este capítulo tem por objectivo apresentar as entidades alvo de estudo, o HLA, nomeadamente o Serviço de Imagiologia, bem como o IMI.

### 5.1 Apresentação do Hospital do Litoral Alentejano

Em actividade desde 7 de Junho de 2004<sup>28</sup>, o Hospital do Litoral Alentejano, localiza-se em Santiago do Cacém e serve os utentes da área de saúde que abrange os cinco concelhos que formam o Litoral Alentejano: Santiago do Cacém; Sines; Grândola; Odemira e Alcácer do Sal. A população da área de atracção é estimada em 100.000 habitantes<sup>29</sup>.



Figura 2: Visão Aérea do HLA

A partir do dia 3 de Março de 2008, após concretização de um Concurso Público Internacional, o IMI, passou a responsabilizar-se pelo funcionamento integral do Serviço de Imagiologia do HLA. Trata-se do apoio à urgência, ao internamento, ao bloco operatório, bem como à consulta externa dos utentes que estão abrangidos pelo Hospital.



Figura 3: Espaços do HLA

<sup>28</sup> O Decreto-lei que cria o Hospital do Litoral Alentejano (Decreto-Lei 172/2003, de 1 de Agosto), submetendo-o ao regime de instalação previsto no Decreto-lei n.º 215/97, de 18 de Agosto.

<sup>29</sup> A caracterização da região encontra-se no Anexo 9.3.

Em 2009, o Ministério da Saúde transformou o HLA em entidade pública empresarial e aprovou os respectivos estatutos, de acordo com o Decreto-lei n.º 303/2009, publicado no dia 22 de Outubro, em Diário da República.

O HLA tem como Visão: “Ser uma instituição sustentável que transmite credibilidade e fiabilidade na prestação de cuidados, promotora de saúde, e factor essencial ao desenvolvimento integrado do Litoral Alentejano.”

E apresenta a seguinte Missão: “Prestar cuidados de saúde diferenciados de máxima qualidade à população do Litoral Alentejano, em integração com a rede de cuidados de saúde, com respeito pelo utente, resolubilidade, equidade, acessibilidade, utilizando procedimentos eficazes, eficientes e seguros, e promovendo a satisfação dos utentes e dos profissionais.”

## **5.2 Apresentação do IMI - Imagens Médicas Integradas**

O IMI é uma sociedade fundada por médicos, com mais de 20 anos de existência, que iniciou a sua actividade de radiodiagnóstico em Lisboa, na Avenida António Augusto de Aguiar, disponibilizando as técnicas de Ecografia, TAC, Raios-X e Mamografia.

Na década de noventa, implantou mais uma unidade, desta vez com oferta integral de serviços em Cascais.

No ano de 2001, em parceria com o Hospital Particular de Almada, implantou mais uma unidade de diagnósticos por técnicas de imagem.

No ano de 2005, inaugurou-se mais uma clínica em Lisboa, na Avenida da República, com oferta integral de serviços, distribuídos numa área útil de cerca de 1.600 m<sup>2</sup>. Nesse ano, a empresa passou a integrar o universo do Grupo Português de Saúde.

O IMI é uma empresa certificada, desde 2005, pelo referencial da Norma NP EN ISO 9001:2008, no âmbito de serviços médicos de diagnóstico.

A expansão para a zona Centro teve lugar em 2006, com unidades nas Caldas da Rainha.

O IMI presta, também, serviços de Telerradiologia, ou seja, realiza diagnóstico remoto. Os clientes, nesta área de negócio, são Hospitais Públicos, Hospitais/Clínicas Privados, assim como Agrupamentos de Centros de Saúde, contemplando resposta a urgências médicas em período diurno e nocturno, assim como a exames programados, de Tomografia Axial Computorizada (TAC), Raios-x e Ressonância Magnética (RM).

Em 16 de Janeiro de 2008, foi celebrado o contrato de prestação de serviços para a exploração do Serviço de Imagiologia do HLA, em Santiago do Cacém. O contrato, renovável por períodos de um ano, até ao limite de três, assume a integração dos profissionais do Serviço de Imagiologia nos quadros do IMI, sendo esta última entidade responsável pela respectiva remuneração e todos os encargos associados e pelo pagamento de um *fee* mensal ao Hospital (pela cedência de instalações, equipamentos e sistemas Médicos e sistemas e tecnologias de informação, deduzido de um valor pré-definido, em virtude de ocorrência de falhas de desempenho).

A remuneração do IMI corresponde ao pagamento pelo HLA pela produção solicitada por qualquer das áreas do Hospital e Centros de Saúde da área envolvente. O IMI efectua a facturação directa dos exames aos utentes/clientes e entrega ao HLA o valor das taxas moderadoras.

O HLA procede ao acompanhamento da actividade da Entidade Prestadora de Serviços (IMI), com vista a verificar o cumprimento do contrato de prestação de serviços e assegurar a regularidade, continuidade e qualidade da realização de actos de diagnóstico, bem como a comodidade e segurança dos utentes.

Desde 15 de Maio de 2009, que este Serviço cumpre os requisitos da norma NP ISO 9001:2008, pelas actividades de Serviços Médicos de Diagnóstico<sup>30</sup>.

O IMI tem como Missão: “Prestar, à população em geral, serviços de diagnóstico de elevada qualidade e rigor médico e científico, apoiados numa organização disponível para servir, com simpatia e eficiência”, e os seus Valores, são os seguintes: Profissionalismo; Honestidade; Rigor; Qualidade; Simpatia; Eficiência; Inovação e Disponibilidade.

### **5.3 Caracterização do Serviço de Imagiologia do Hospital do Litoral Alentejano**

A Imagiologia médica compreende o conjunto de técnicas de diagnóstico e investigação e segundo a generalidade das definições, contempla: a radiologia convencional, a Ecografia, a TAC, a RM e as técnicas ligadas à Medicina Nuclear, como a Tomografia de Emissão Positrónica (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

A Imagiologia tem como objectivo a obtenção de um diagnóstico o mais completo e rigoroso possível de todas as patologias, que tenham tradução por qualquer dos meios complementares de diagnóstico por imagem.

Esta disciplina da área médica, ao realizar diagnósticos, assume um papel fundamental para as decisões terapêuticas a instituir aos doentes, com a finalidade de os curar ou minimizar os efeitos das suas doenças. Ou seja, sem a presença de um diagnóstico, não poderiam muitas vezes ser adoptadas pelas outras especialidades da Medicina medidas eficazes para a obtenção de cura ou minimização dos efeitos dos agentes causadores de doença.

---

<sup>30</sup> Veja-se no Anexo 9.4 o respectivo comprovativo.

Destaca-se contudo, que a Imagiologia moderna, não se esgota apenas na realização de um diagnóstico. Tem, também, um papel fundamental e decisivo na área terapêutica. Há inúmeras técnicas praticadas na área da Imagiologia com finalidade exclusivamente terapêutica, como a angiografia invasiva, as biopsias dirigidas por TAC ou Ecografia, ablação de tumores por radiofrequência ou quimioembolização. Algumas práticas terapêuticas, em Imagiologia, assumem-se hoje em dia como técnicas *gold standard*, para inúmeras patologias, com vantagens reconhecidas, quer ao nível médico, quer económico.

A celebração de um contrato de prestação de serviços, decorrente da realização de um concurso público internacional com um operador privado, o IMI, para a gestão integral do Serviço de Imagiologia do HLA, traduziu-se numa das primeiras “parcerias público-privada parciais” nesta área em Portugal.

O contrato de prestação de serviços apesar de ser renovável por períodos de um ano, até ao limite de três, traduziu-se por ser mais do que uma simples contratação externa de serviços, pois contemplava a integração dos profissionais do Serviço de Imagiologia do HLA nos quadros do operador privado e previa a Certificação do Serviço no âmbito da qualidade. Dado o âmbito temporal limitado da interacção, existem argumentos para que este tipo de contrato não seja considerado uma PPP na verdadeira acepção do termo. Contudo, no médio/longo prazo, estas relações podem, de facto, transformar-se em cooperação, tornando-se adequada a terminologia.

### **5.3.1 Localização e Funcionamento**

O Serviço de Imagiologia do HLA encontra-se no piso 1 do edifício do Hospital, ocupando uma área bruta de 841 m<sup>2</sup>. Este Serviço realiza os seguintes actos de diagnóstico: Raios-X; Ecografia; Mamografia; TAC; Osteodensitometria e apoio radioscópico ao bloco operatório.



O horário de funcionamento do Serviço, para doentes externos, processa-se de 2.ª a Sábado das 8:00 às 20:00 e, para os doentes internados, mantém a sua actividade sob a forma de urgência interna, que é assegurada 24 horas.

Ao nível conceptual, o Serviço está estruturado em forma de “H”, onde a área técnica ocupa a zona central, e todas as salas de exames se desenvolvem em redor desta. A área operacional é composta por oito salas de exames, sendo três de Raios-X, duas de Ecografia, uma de TAC, uma de Mamografia e uma de Osteodensitometria<sup>31</sup>. A distribuição das salas de exames está de acordo com o fluxo de utentes, sendo que as salas onde se realizam os exames mais requisitados estão mais próximas dos acessos ao exterior.

Como áreas de apoio à actividade, existe uma recepção, uma sala onde os médicos efectuem o relato de exames, uma sala para a dactilografia e expedição de exames, uma sala de “limpos” e uma sala de “sujos”, onde estão os artigos de lavandaria e rouparia, e zonas de arrumos para armazenagem e aprovisionamento de materiais.

### **5.3.2 Recursos Humanos**

O Serviço de Imagiologia pertence ao Grupo de Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica do HLA, como se pode constatar pela análise do organograma seguinte (Figura 4):

---

<sup>31</sup> Veja-se no Anexo 9.5 a planta do Serviço.

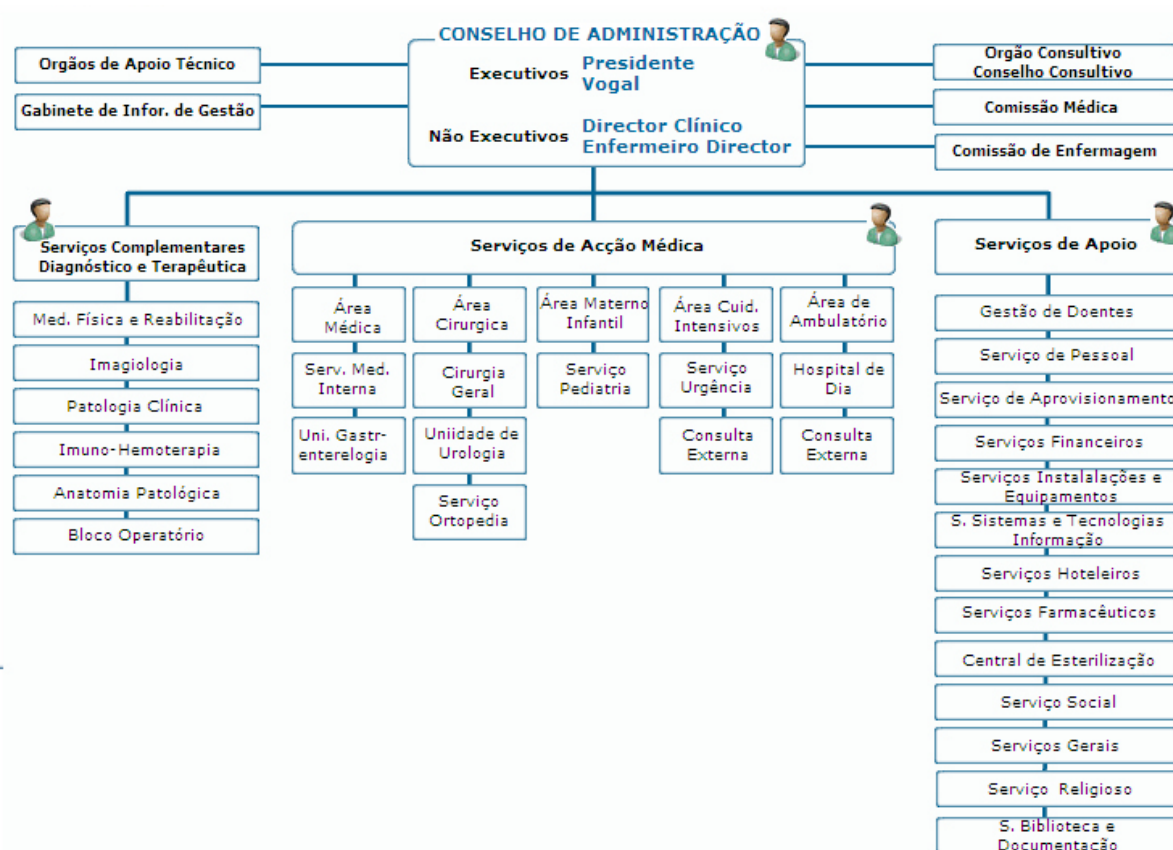


Figura 4: Organograma do HLA

Decorrente do Concurso Público Internacional, os elementos do Serviço de Imagiologia do HLA, na sua maioria Técnicos de Radiologia, passaram, através de um contrato de cedência especial, a integrar os quadros do IMI<sup>32</sup>.

<sup>32</sup> O pessoal com relação jurídica de emprego público que confira a qualidade de funcionário ou agente e que pertença aos quadros de pessoal dos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, pode exercer a sua actividade para a Entidade Prestadora de Serviços na situação de cedência especial de funcionários ou agentes, ao abrigo dos artigos 9.º e 10.º da Lei n.º 53/2006, de 7 de Dezembro.

O organograma funcional do Serviço de Imagiologia é o que se apresenta de seguida:



**Figura 5: Organograma do Serviço de Imagiologia do HLA**

Como se pode constatar, pela análise do organograma anterior (Figura 5), a equipa do Serviço de Imagiologia do HLA remete hierarquicamente ao Conselho de Administração do IMI. Ao nível dos grupos profissionais, os Médicos remetem, hierarquicamente, ao Director Clínico do IMI e os Técnicos de Radiologia, Auxiliares de Acção Médica/Assistentes e Administrativos (Recepcionistas e Dactilógrafas) remetem ao Gestor da Unidade/Coordenador Técnico.

A equipa é constituída (dados à data de Dezembro de 2009) por trinta e seis elementos, das seguintes categorias: dois Gestores da Unidade de Negócio, sendo que um deles acumula a coordenação da equipa Técnica; oito Médicos residentes; treze Técnicos (doze Técnicos e um coordenador); oito Auxiliares de Acção Médica/Assistentes; quatro Recepcionistas e duas Dactilógrafas.

Verifica-se a partilha do processo produtivo por parte de um conjunto de áreas de Imagiologia médica. Os Médicos e Técnicos de Radiologia têm uma formação de base que os habilita técnica e legalmente a prestar um conjunto de serviços de diagnóstico por imagem enquadráveis em diferentes tipos de técnicas. A realização do diagnóstico é da exclusiva responsabilidade dos Médicos.

Não se pode omitir a colaboração, de extrema importância, dos Assistentes, Recepcionistas e Dactilógrafas, que auxiliam os Médicos e os Técnicos em todo o processo.

Neste tipo de organização, o centro operacional, composto por Médicos (Radiologistas e Neurorradiologistas) e Técnicos de Radiologia, assume-se como a componente chave. E como os mecanismos de coordenação traduzem-se pela standardização das qualificações e pelo ajustamento mútuo, estamos, segundo Mintzberg (1983) perante uma “Burocracia Profissional”.

### **5.3.3 Equipamentos**

O Hospital teve a preocupação de dotar o Serviço de Imagiologia de tecnologia de ponta. O objectivo foi, não só, adquirir equipamentos modernos, mas também fazer do HLA uma referência em algumas áreas médicas como a Oncologia e Senologia, a par das especialidades cirúrgicas, bem como dar apoio a uma urgência do tipo médico-cirúrgica.

Em 2004, foram adquiridos os equipamentos, no sentido de descentralizar os serviços diferenciados, cobertos até então pelos Hospitais com área de influência dos centros urbanos mais próximos do Litoral Alentejano, nomeadamente os de Lisboa, Almada, Setúbal e Beja.

No entanto, após a aquisição, só alguns equipamentos foram instalados, como os de Raios-X, ficando os restantes armazenados à espera de serem instalados (exemplo do Mamógrafo, que só foi instalado em 2007). Desde a aquisição à instalação/pleno funcionamento passaram cerca de três anos, verificando-se um subaproveitamento de alguns equipamentos.

Quando em Março de 2008, o IMI passou a gerir o Serviço de Imagiologia, o mesmo estava apenas parcialmente digitalizado, tendo sido a referida organização que finalizou a digitalização integral de toda as técnicas existentes no HLA.

A partir dessa data, passou a existir um planeamento formal da gestão dos equipamentos, nomeadamente ao nível das manutenções, quer correctivas, quer preventivas, com evidência das intervenções efectuadas aos equipamentos.

Actualmente, todos os equipamentos têm uma ficha individual, onde numa primeira parte constam as especificações técnicas do equipamento, como a marca, o modelo, o ano de fabrico, o ano de aquisição, o ano de instalação, o número de serie, o número de contrato de manutenção, assim como o número de contrato de controlo de qualidade. Fazem parte, também, da ficha individual de equipamento, a respectiva declaração da Comunidade Europeia de conformidade, o mapa de manutenções preventivas e de controlo de qualidade, bem como as folhas de obra, quer preventivas, quer correctivas.

Todos os equipamentos<sup>33</sup> estão licenciados pela Direcção Geral de Saúde e são alvo de auditoria, através do normativo NP EN ISO 9001:2008, encontrando-se todos em conformidade, quer legal, quer pelos requisitos da norma.

### 5.3.4 Tecnologia

Os Sistemas informáticos existentes no HLA, e que suportam a actividade do Serviço de Imagiologia, são os seguintes:

- SONHO – *Hospital Information System* do HLA;
- Alert – Sistema de Gestão do *Work-Flow* da Urgência;
- PACS Siemens – *Picture Archiving and Communication System* (PACS do HLA), sistema de arquivo de imagens dos exames no HLA;
- CareStream PACS – *Picture Archiving and Communication System* (PACS do IMI), sistema de arquivo de imagens dos exames do IMI;

---

<sup>33</sup> A listagem dos equipamentos em funcionamento à data de 31/12/2009 encontra-se no Anexo 9.6.

- IMS – *Radiology Information System* (RIS) do IMI, utilizado na gestão do *Work-Flow* de exames, facturação, estatísticas e integração com o *Enterprise Resource Planning* (por solicitação do HLA, o IMI procedeu, em Dezembro de 2009, à implementação do IMS como sistema global para a Imagiologia no HLA);
- MCD – Módulo de Controlo e Distribuição, utilizado na Telerradiologia<sup>34</sup>, para envio de exames para o PACS IMI e elaboração e envio de relatórios de exames para o sistema do HLA, permitindo uma automatização e flexibilidade dos processos operacionais no âmbito da Telerradiologia.

No sentido de tornar explícita a forma como os sistemas se encontram interligados, com o objectivo último de automatização dos processos, é apresentado o seguinte *Work-Flow* Técnico de Integração (Figura 6):

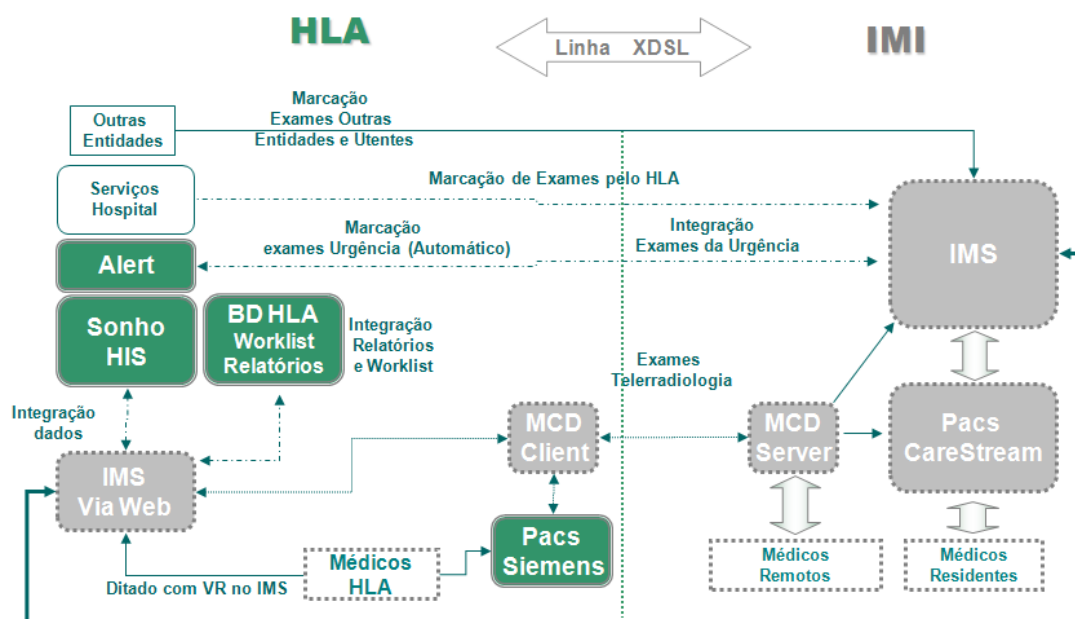


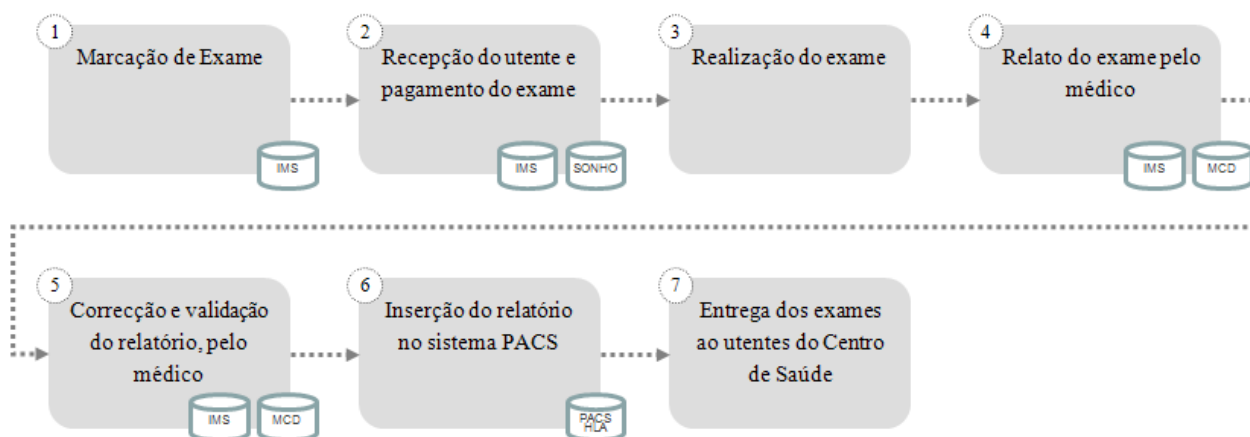
Figura 6: *Work-Flow* Técnico de Integração

<sup>34</sup> Telerradiologia é um conceito recente que surgiu em meados da década de noventa, e consiste na realização remota de diagnósticos, recorrendo à análise de imagens recolhidas em determinado local e enviadas digitalmente para outro local.

- São registados no IMS todas as marcações de exames, independentemente da sua origem (*Contact Center* IMI; diversos Serviços do HLA – Consulta, Unidade de Cuidados Intensivos, Internamento; com excepção dos exames da urgência, que são encaminhados pelo sistema *Alert*);
- O Serviço de Imagiologia do HLA utiliza exclusivamente o sistema RIS do IMI que integra a informação de facturação, com o SONHO (HIS); assim como com o sistema *Alert* (sistema da urgência), para o qual são enviados os relatórios médicos;
- As imagens dos exames e os respectivos relatórios são arquivados no sistema PACS do HLA;
- Os exames e relatórios de Telerradiologia são integrados pelo MCD no IMS (caso o exame seja proveniente da urgência, integra, também, com o *Alert* do HLA). A integração entre os sistemas permite que o diagnóstico remoto se processe de forma “transparente” (isto é, sem qualquer diferença) para os diferentes serviços (as imagens dos exames são arquivadas no sistema PACS do IMI);
- A gestão da Dactilografia e Expedição de Exames é processada no IMS.

### 5.3.5 Processos

De seguida, é apresentado um fluxograma (Figura 7) que descreve os principais processos, desde a marcação de um exame até à entrega do respectivo relatório médico ao cliente:



**Figura 7: Fluxograma do Processo de Realização de um Exame**

1. A marcação de exames programados é efectuada pelos serviços do Hospital e pelos utentes através do *Contact Center* ou presencialmente, na recepção do Serviço de Imagiologia do HLA, ficando registada no sistema IMS;  
A marcação de exames da urgência é efectuada automaticamente através do sistema *Alert*;  
Os exames de Radiologia convencional não carecem de marcação prévia, assegurando o Serviço de Imagiologia a realização destes, dentro do horário estipulado;
2. A admissão dos utentes é efectuada na recepção do Serviço de Imagiologia, procedendo-se à respectiva identificação no sistema IMS e no sistema SONHO; O pagamento do exame é efectuada nesta fase e processado no sistema SONHO;
3. O exame é realizado pelos profissionais, tendo em consideração os protocolos estabelecidos;
4. De seguida, o médico efectua o relato do exame, em som ou utilizando a tecnologia de reconhecimento de voz, integrada no IMS;



Para os utentes dos Centros de Saúde da área de referência do Hospital, procede-se à revelação do exame, para posterior entrega;

Também se poderá proceder à realização do relatório via Telerradiologia, recorrendo a médicos do IMI (Radiologistas e Neurorradiologistas), na sua maioria, localizados na área da Grande Lisboa. A aplicação informática utilizada no âmbito da Telerradiologia, denomina-se MCD e as comunicações são estabelecidas através de uma *Virtual Private Network*;

5. Caso o exame seja relatado em som, este é transcrito pela Dactilografia; e depois é corrigido e validado pelo médico, no sistema IMS ou na aplicação MCD (se o médico utilizar o reconhecimento de voz, procede às devidas correcções directamente no sistema, sem intervenção da Dactilografia);
6. Após a validação do relatório pelo médico, no MCD ou no sistema IMS, este é encaminhado para o sistema PACS do HLA, ficando, automaticamente, disponível na rede do Hospital;
7. No caso dos utentes dos Centros de Saúde, o último passo consiste na entrega física do relatório ao cliente.

## **6. Resultados e Discussão**

O presente capítulo tem como principal objectivo apresentar um painel de indicadores, de fácil aplicação e dirigido à gestão, que permita identificar potenciais ineficiências e antecipar falhas, que se pretende que responda à hipótese colocada no presente trabalho.

Na área da saúde, podemos definir indicador como uma variável ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado, que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar.

A correcta identificação e selecção dos indicadores é fundamental para o sucesso na medição da performance, pois se forem utilizadas métricas incorrectas, os comportamentos poderão ser desadequados e os resultados podem desviar-se da missão e objectivos da organização. Contudo, há que ter consciência que os indicadores não são medições infalíveis, mas sim sinais vitais do que está a acontecer e auxiliares eficientes em organizações complexas.

A criação de um sistema de monitorização baseado num painel de indicadores, vai permitir ao parceiro privado avaliar se os objectivos do negócio estão a ser cumpridos, não esquecendo os compromissos assumidos com a entidade pública.

Tendo como referência o Modelo publicado por Jorge Almeida Simões (2004), apresenta-se o seguinte painel de indicadores (Quadro 3), constituído por cinco secções (Economia, Eficiência, Eficácia, Equidade e Qualidade), que abrangem as principais áreas de interesse para a gestão de um Serviço de Imagiologia.

Os indicadores apresentados foram construídos especificamente para o estudo em causa, tendo por base os dados recolhidos no sistema informático do IMI.

**Quadro 4: Painel de Indicadores**

<b>INDICADORES - IMAGIOLOGIA</b>	
<b>Economia</b>	
<b>1. ROI (<i>Return on Investment</i>)</b>	
<b>2. Rendibilidade Operacional das Vendas</b>	
<b>3. Variabilidade dos Resultados Operacionais</b>	
<b>4. Peso dos Custos das Matérias Consumidas no Volume de Negócios</b>	
<b>5. Peso dos Custos com Pessoal no Total de Custos (*)</b>	
<b>6. Peso dos Honorários no Volume de Negócios</b>	
<b>7. Custo Médio por Função (*)</b>	
	Médicos
	Técnicos
	Administrativos
<b>8. Cobertura dos Encargos Financeiros</b>	
<b>Eficácia</b>	
<b>9. Taxa de Repetição de Exames, por Técnica (*)</b>	
	Raios-X
	Ecografia
	Tomografia Axial Computorizada
	Mamografia
	Osteodensitometria
	Ressonância Magnética
<b>10. Taxa de Cancelamento de Exames</b>	
<b>11. Turnos de Inatividade por Motivo de Avaria, por Técnica</b>	
	Raios-X
	Ecografia
	Tomografia Axial Computorizada
	Mamografia
	Osteodensitometria
	Ressonância Magnética
<b>12. Desvio entre a Produção Realizada e a Programada (*)</b>	

Nota: (\*) Indicador expresso no Modelo publicado por Jorge Almeida Simões (2004), adaptado à área de Imagiologia.

<b>INDICADORES - IMAGIOLOGIA (Continuação)</b>	
<b>Eficiência</b>	
<b>13. Canais Utilizados para Marcação de Exames</b>	
<b>14. Técnicas Disponíveis</b>	
<b>15. N.º de Exames Realizados por Técnica</b>	
	Raios-X
	Ecografia
	Tomografia Axial Computorizada
	Mamografia
	Osteodensitometria
	Ressonância Magnética
<b>16. N.º de Exames Realizados por Tipologia</b>	
	Urgentes
	"Não urgentes"/Ambulatório
<b>17. Demora Média na Realização do Exame, por Técnica (em minutos) (*)</b>	
	Raios-X
	Ecografia
	Tomografia Axial Computorizada
	Mamografia
	Osteodensitometria
	Ressonância Magnética
<b>18. N.º de Exames Realizados, em Média, por Médico (por dia) (*)</b>	
<b>19. N.º de Exames Realizados, em Média, por Técnico (por dia) (*)</b>	
<b>20. Prazo Médio de Entrega de Relatórios (em dias) (*)</b>	
	<b>Urgentes (urgência; internamento)</b>
	Raios-X
	Ecografia
	Tomografia Axial Computorizada
	Mamografia
	Osteodensitometria
	Ressonância Magnética
	<b>"Não urgente"/Ambulatório (consultas internas; consultas externas)</b>
	Raios-X
	Ecografia
	Tomografia Axial Computorizada
	Mamografia
	Osteodensitometria
	Ressonância Magnética

Nota: (\*) Indicador expresso no Modelo publicado por Jorge Almeida Simões (2004), adaptado à área de Imagiologia.

<b>INDICADORES - IMAGIOLOGIA (Continuação)</b>	
<b>Equidade</b>	
<b>21. N.º de Residentes Face ao N.º de Exames (*)</b>	
<b>22. N.º Médio de Doentes em Espera (Exame “não urgente”/Ambulatório) Face ao N.º de Residentes (*)</b>	
<b>23. Tempo Médio de Espera para Marcação de Exame Urgente, por Técnica (em dias) (*)</b>	
	Raios-X Ecografia Tomografia Axial Computorizada Mamografia Osteodensitometria Ressonância Magnética
<b>24. Tempo Médio de Espera para Marcação de Exame “Não urgente”/Ambulatório, por Técnica (em dias) (*)</b>	
	Raios-X Ecografia Tomografia Axial Computorizada Mamografia Osteodensitometria Ressonância Magnética
<b>Qualidade</b>	
<b>25. Projectos de Certificação e Acreditação Implementados e/ou em Curso</b>	
<b>26. Taxa de Cumprimento do Plano de Auditorias</b>	
<b>27. N.º de Reclamações Validadas</b>	
<b>28. Prazo Médio de Resposta a Reclamações (em dias)</b>	
<b>29. Resultados de Inquéritos de Satisfação aos Utentes (*)</b>	
	Avaliação do serviço pelos utilizadores em relação à qualidade; Doentes que claramente recomendariam o Serviço de Imagiologia do Hospital.
<b>30. Avaliação do Serviço pelos Utilizadores de Outros Serviços do Hospital (“clientes internos”) em Relação à Qualidade</b>	
<b>31. Resultados de Estudos de Clima (*)</b>	
	Satisfação dos profissionais com o Hospital como local de trabalho (ou resultados dos inquéritos de satisfação insuficientes); Satisfação dos profissionais com Hospital na prestação cuidados; Profissionais que escolheriam de novo o Hospital.
<b>32. N.º Horas de Formação Realizadas por Função</b>	
	Médicos Técnicos Administrativos

Nota: (\*) Indicador expresso no Modelo publicado por Jorge Almeida Simões (2004), adaptado à área de Imagiologia.

De forma a evidenciar a aplicabilidade do painel de indicadores apresentado, procedeu-se à aplicação do mesmo ao Serviço de Imagiologia do HLA. Os dados apresentados dizem respeito ao ano de 2009.

- **Economia**

1. **ROI** - *Return on Investment*, indicador obtido pelo rácio entre o resultado de *cash-flows* gerados e o valor investido (*cash-flows* gerados/valor investido) <sup>(1)</sup>.

O ROI significa a taxa de retorno de um determinado investimento (neste caso na óptica de *cash-flows*) e é geralmente expresso em percentagem.

Este indicador não se encontra disponível para o Serviço de Imagiologia do HLA.

2. **Rendibilidade Operacional das Vendas** - indicador obtido pelo rácio entre os resultados operacionais e o volume de negócios (resultados operacionais/volume de negócios) <sup>(2)</sup>.

A Rentabilidade Operacional das Vendas é um rácio utilizado para avaliar a eficiência operacional, permitindo aferir o valor acrescentado pela actividade das vendas antes da função financeira e extraordinária, e antes de impostos. Para analisar este indicador, é preferível comparar valores ao longo do tempo, de forma a analisar tendências, não esquecendo a comparação com outras empresas do sector.

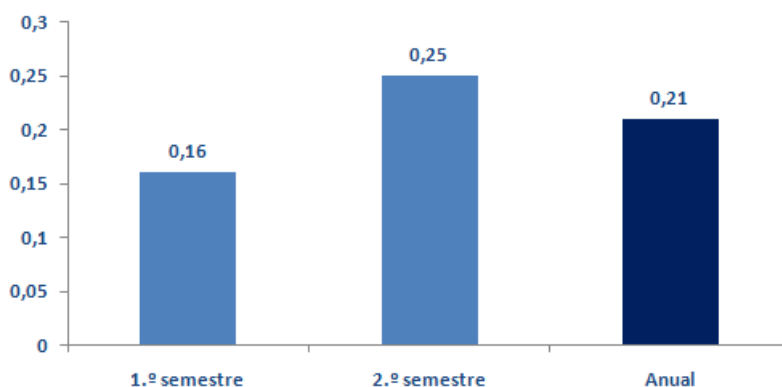


Figura 8: Indicador - Rendibilidade operacional das vendas

Como é visível, na figura apresentada anteriormente (Figura 8), verificou-se um acréscimo da rendibilidade operacional das vendas do 1.º (0,16) para o 2.º semestre de 2009 (0,25).

3. Variabilidade dos Resultados Operacionais - este indicador resulta da subtracção entre os resultados operacionais do ano  $t$  e os resultados operacionais do ano  $t-1$ , dividido pela média dos resultados operacionais [(resultados operacionais ano  $t$  - resultados operacionais do ano  $t-1$ )/média dos resultados operacionais] <sup>(3)</sup>.

A variabilidade dos resultados operacionais pretende comparar a variação dos resultados ao longo do tempo. Trata-se de um indicador de risco, no qual valores constantes significam estabilidade ao nível dos resultados.

Este indicador não é aplicável no presente estudo, visto tratar-se da análise de apenas um ano (2009), não sendo possível efectuar uma comparação entre diversos períodos.

4. Peso dos Custos das Matérias Consumidas no Volume de Negócios - indicador obtido pelo rácio entre os custos das matérias consumidas e o volume de negócios (custos das matérias consumidas/volume de negócios) <sup>(4)</sup>.

Este indicador expressa o peso relativo dos custos das matérias consumidas no volume de negócios e revela-se de extrema importância na área da Imagiologia, pois o custo das películas, papel de revelação, *compact discs* e contrastes, para além de indispensáveis à actividade, assumem-se como uma fatia relevante dos custos.

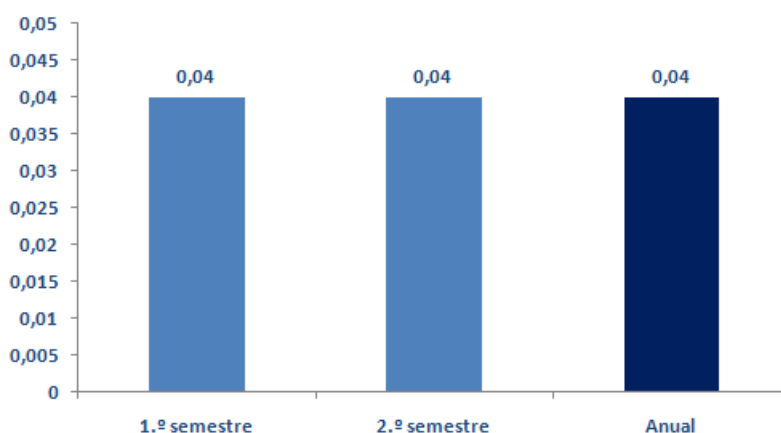


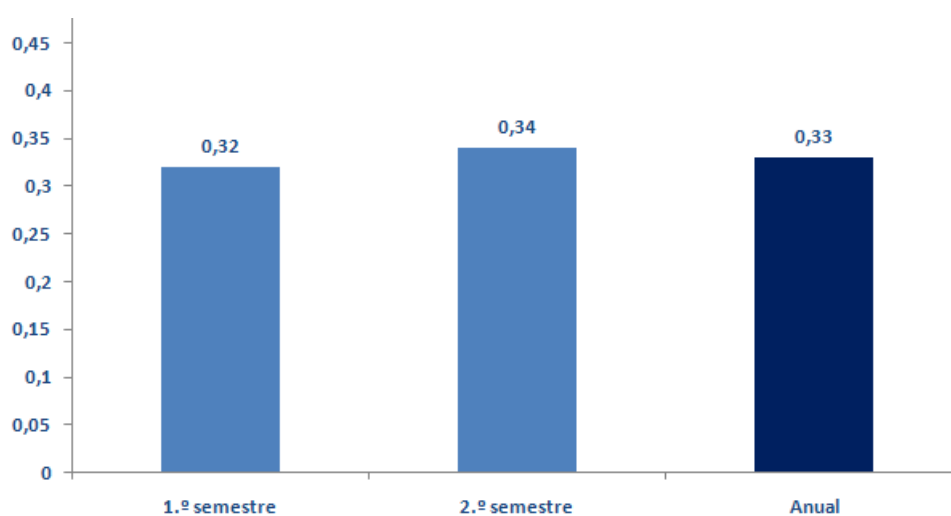
Figura 9: Indicador - Peso dos custos das matérias consumidas no volume de negócios

Como é possível verificar na figura 9, os custos das matérias consumidas apresentam um valor constante ao longo do ano de 2009, na ordem dos 0,04 face ao volume de negócios.

No âmbito do sistema da qualidade do IMI o objectivo estabelecido para este indicador foi de 0,05 e como se constata, foi atingido.

5. Peso dos Custos com Pessoal no Total de Custos - indicador obtido pelo rácio entre os custos com pessoal e o total de custos (custos com pessoal/total de custos) <sup>(5)</sup>.

Este indicador expressa o peso relativo dos custos com pessoal no total de custos, não contemplando os honorários médicos, visto o vínculo contratual assumido com estes ser de prestação de serviços. Este indicador tem por objectivo monitorizar se os custos com pessoal se mantêm constantes, e analisar as causas de potenciais variações.



**Figura 10: Indicador - Peso dos custos com pessoal no total de custos**

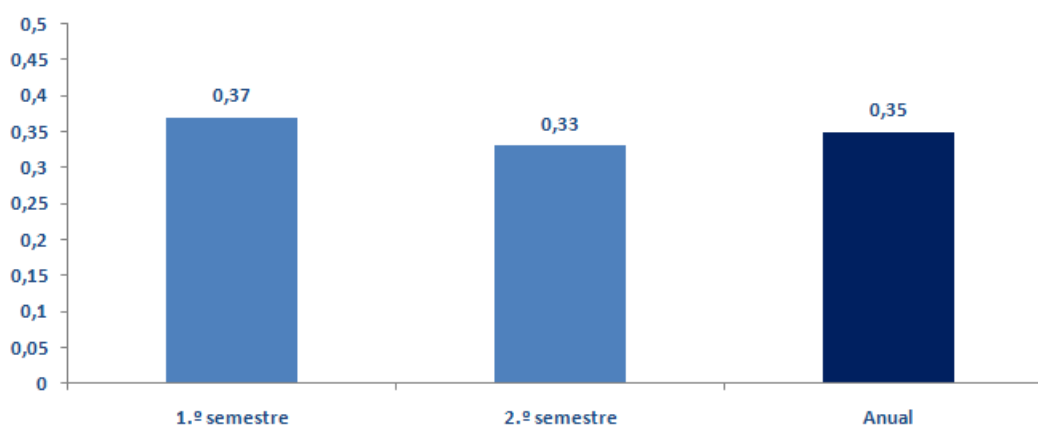
Através da análise da figura 10, constata-se que os custos com pessoal representavam, em 2009, cerca de 0,33 do total de custos do Serviço de Imagiologia do HLA.



6. Peso dos Honorários no Volume de Negócios - indicador obtido pelo rácio entre o valor de honorários e o volume de negócios (honorários/volume de negócios) <sup>(6)</sup>.

Este indicador expressa o peso relativo dos honorários no volume de negócios. Na área da Imagiologia, nomeadamente no sector privado, a maioria dos médicos estabelece com as empresas para as quais trabalham um contrato de prestação de serviços.

Deste modo, a remuneração desta classe profissional traduz-se no pagamento de honorários médicos indexado ao valor de cada exame realizado. Este rácio deverá ter uma variabilidade reduzida, pois representa uma percentagem dos proveitos.

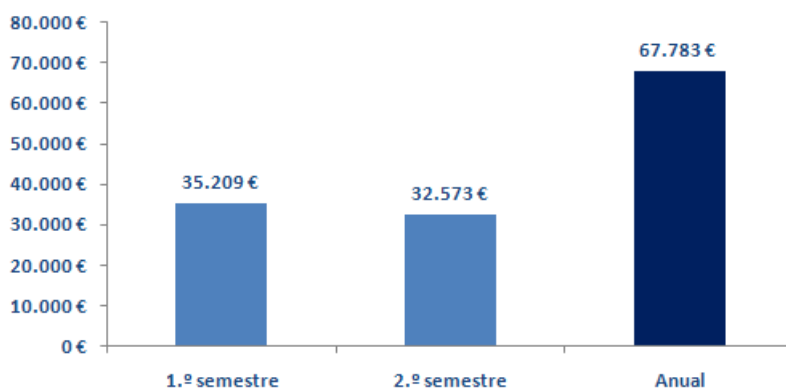


**Figura 11: Indicador - Peso dos honorários no volume de negócios**

Através da análise da figura apresentada anteriormente (Figura 11), constata-se que os honorários médicos representavam, em 2009, cerca de 0,35 do volume de negócios do Serviço de Imagiologia do HLA, tendo-se verificado um decréscimo do 1.º semestre (0,37) para o 2.º semestre (0,33).

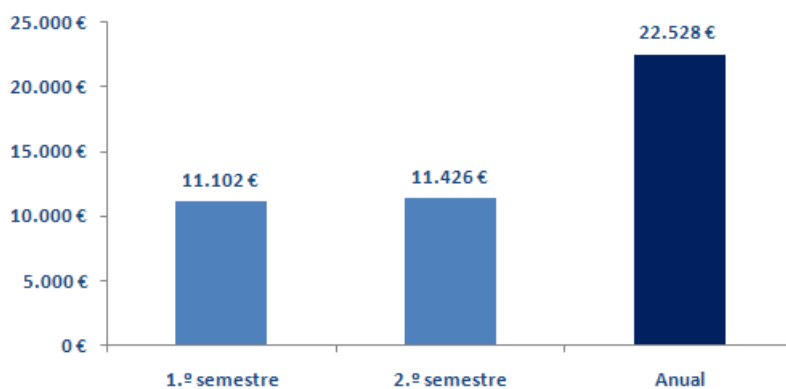
7. Custo Médio por Função - indicador obtido pelo rácio entre o total de custos com remunerações (contemplando honorários) e o número de colaboradores por função (custos com remunerações/número de colaboradores por função) <sup>(7)</sup>.

A análise dos custos médios torna-se relevante para as funções *core* ao funcionamento do Serviço de Imagiologia, nomeadamente Médico, Técnico de Radiologia e Administrativo (este último inclui o Auxiliar de Acção Médica/Assistente).



**Figura 12: Indicador – Custo médio por função (Médico)**

De acordo com a figura 12, o custo médio da remuneração dos Médicos é de 67.783,00€ por ano, considerando que o Serviço de Imagiologia tem oito Médicos residentes.



**Figura 13: Indicador – Custo médio por função (Técnico)**

De acordo com a figura 13, o custo médio da remuneração dos Técnicos de Radiologia é de 22.528,00€ por ano, considerando que o Serviço de Imagiologia tem doze Técnicos.

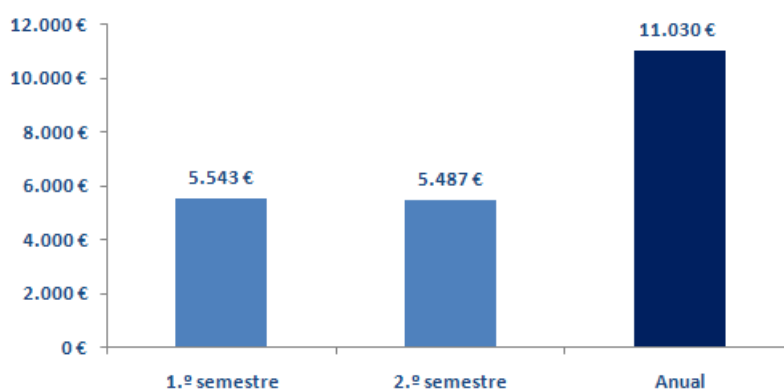


Figura 14: Indicador – Custo médio por função (Administrativo)

De acordo com a figura 14, o custo médio da remuneração dos Administrativos é de 11.030,00€ por ano, considerando que o Serviço de Imagiologia tem catorze Administrativos.

8. Cobertura dos Encargos Financeiros - indicador obtido pelo rácio entre os resultados operacionais e os encargos financeiros (resultados operacionais/ encargos financeiros) <sup>(8)</sup>.

Este indicador demonstra a capacidade da empresa em gerar meios para suportar os encargos financeiros necessários ao seu funcionamento. Se for superior a um, significa que são gerados resultados operacionais que cobrem os custos financeiros.

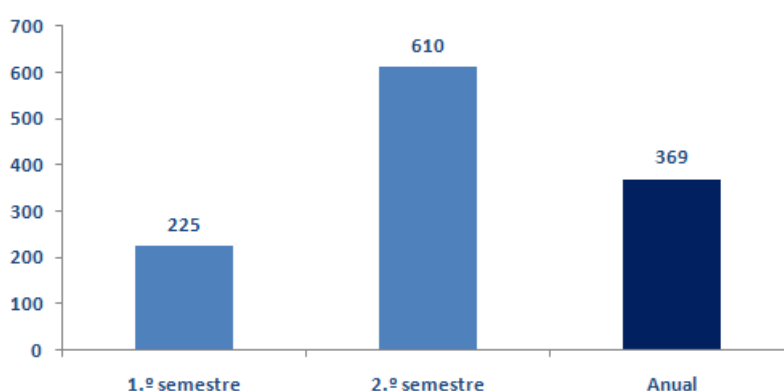


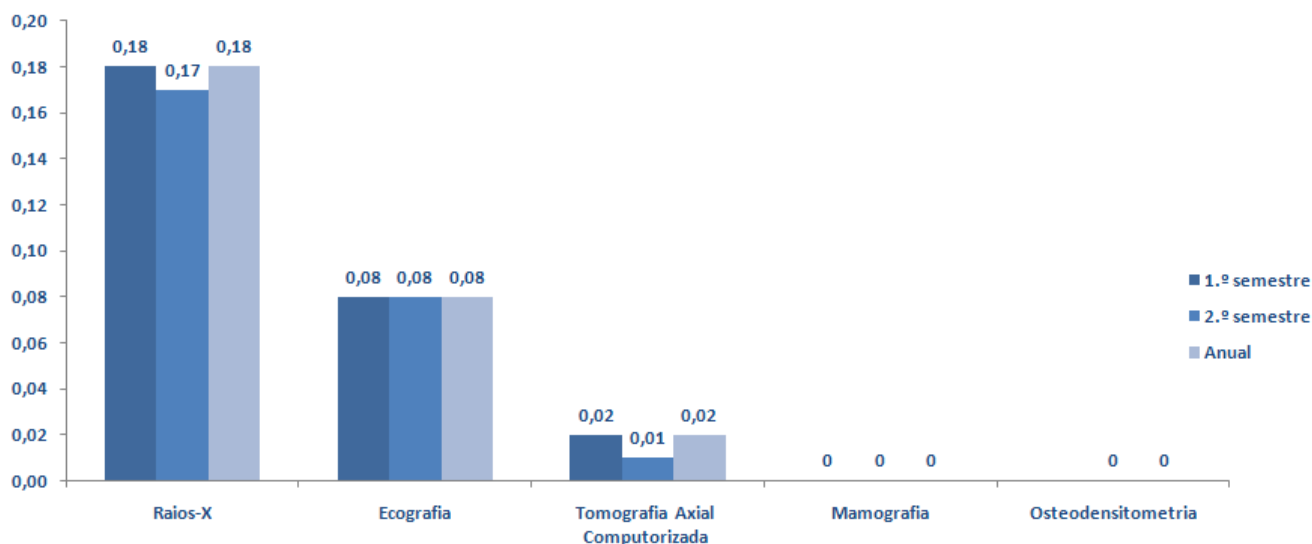
Figura 15: Indicador – Cobertura dos encargos financeiros

Como é visível na figura apresentada (Figura 15), a cobertura dos encargos financeiros, em 2009, foi de 369, o que significa que os resultados operacionais cobriram, largamente, os custos financeiros.

- **Eficácia**

9. Taxa de Repetição de Exames, por Técnica - indicador obtido pelo rácio entre o número de exames repetidos e o número total de exames (número de exames repetidos/total de exames) <sup>(9)</sup>.

A análise da taxa de repetição de exames, tem por objectivo monitorizar se alguma técnica apresenta taxas elevadas, de forma a estudar as respectivas causas. Como algumas técnicas expõem os utentes a radiação, a repetição desnecessária de exames, deverá ser evitada.



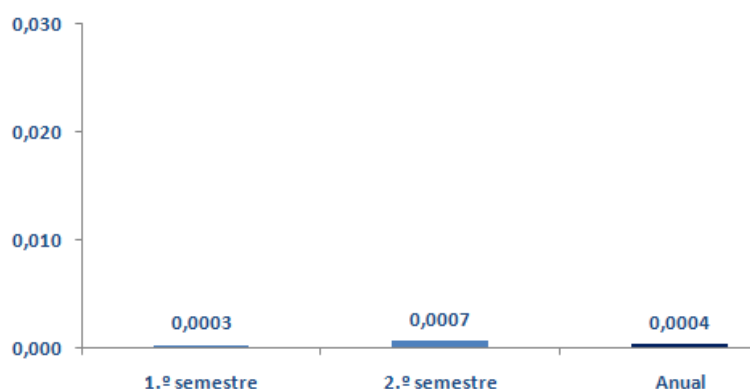
**Figura 16: Indicador – Taxa de repetição de exames, por técnica**

Pela análise da figura anterior (Figura 16), constata-se que a técnica que apresenta uma taxa de repetição mais elevada é o Raios-X, na ordem dos 0,18, contudo, podem tratar-se de repetições de películas, sem a necessidade do utente efectuar novo exame. No que respeita à repetição de Ecografias, não é possível averiguar se não estão também considerados, no valor apresentado, novos exames de controlo.

O contrato de prestação de serviços entre o IMI e o HLA prevê que a taxa de repetição deve ser menor ou igual a 0,03. Contudo, como não existe garantia que o conceito utilizado é o mesmo dos dados apresentados, não é possível retirar conclusões.

10. Taxa de Cancelamento de Exames - indicador obtido pelo rácio entre o número de exames cancelados, excluindo os cancelamentos por vontade do utente ou por razão médica, e o número total de exames programados (número de exames cancelados/total de exames programados) <sup>(10)</sup>.

A análise da taxa de cancelamento de exames, excluindo os cancelamentos por vontade do utente ou por razão médica, tem por objectivo avaliar se a organização se encontra disponível para satisfazer as necessidades dos clientes, cumprindo os compromissos assumidos ao nível de agendamento de exames.



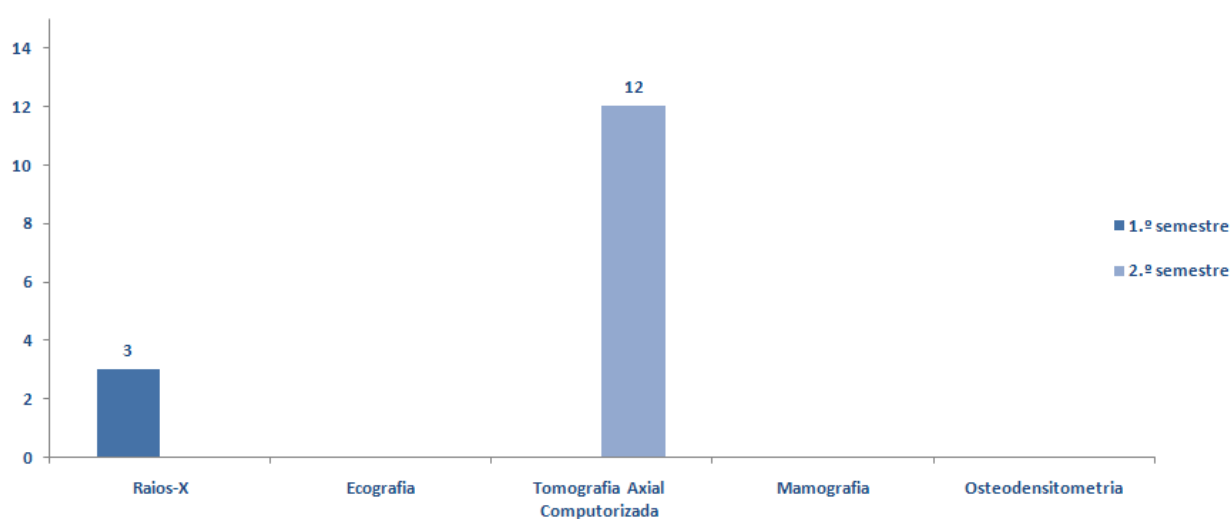
**Figura 17: Indicador – Taxa de cancelamento de exames**

Na figura apresentada anteriormente (Figura 17), é visível que a taxa de cancelamento de exames, excluindo os cancelamentos por vontade do utente ou por razão médica, foi em 2009 bastante diminuta, na ordem dos 0,0004.

Atendendo a que no contrato de prestação de serviços, a taxa de cancelamento deve ser menor ou igual a 0, pode concluir-se que este parâmetro se encontra dentro do previsto.

### 11. Turnos de Inatividade por Motivo de Avaria, por Técnica

Este indicador traduz o número de turnos de inatividade (sendo que um turno contempla seis horas), que se traduz na impossibilidade de realização de exames por motivo de avaria de equipamentos. Se o número de turnos de inatividade for elevado, há que estudar as respectivas causas, que podem estar relacionadas com a qualidade da manutenção dos equipamentos, com o tempo de funcionamento destes e/ou com os circuitos existentes.



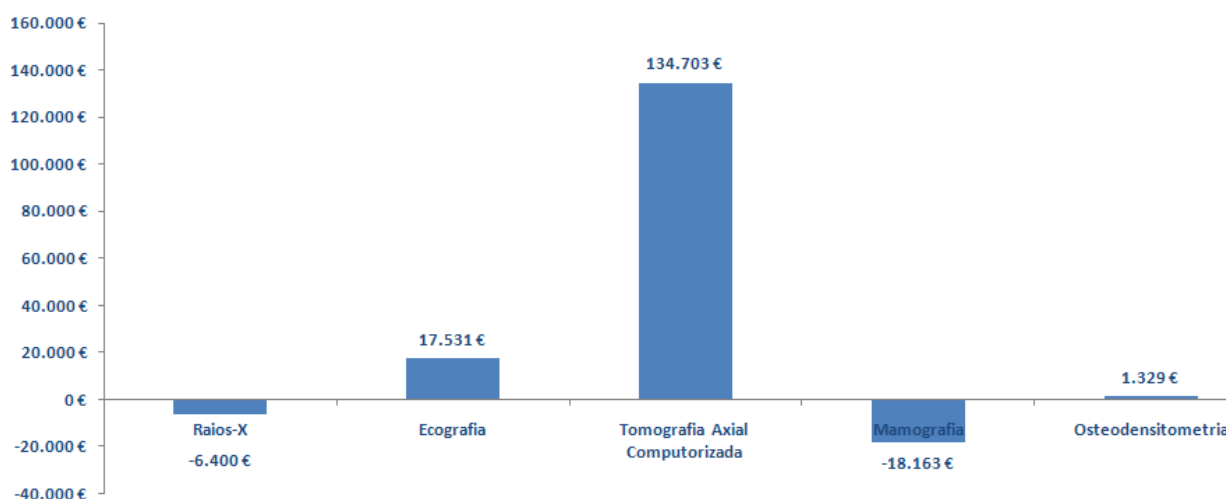
**Figura 18: Indicador – Turnos de inatividade por motivo de avaria, por técnica**

Através da análise da figura apresentada anteriormente (Figura 18), constata-se que no 1.º semestre de 2009 não se realizaram 3 turnos de Raios-X e no 2.º semestre 12 turnos de TAC por motivo de avaria, num total de 1.728 turnos anuais, não sendo assim significativo.

### 12. Desvio entre a Produção Realizada e a Programada – relativo à urgência, internamento, consultas internas, consultas externas.

Este indicador traduz o desvio entre a produção realizada e a orçamentada, avaliando nomeadamente, se ao nível do internamento e consultas a produção real é superior ou inferior à que foi orçamentada, atendendo às necessidades da população da área de atracção do HLA (produção realizada – produção orçamentada)<sup>(11)</sup>.

Apesar de os exames solicitados pela urgência não serem facilmente previsíveis, devem, também, ser monitorizados, pois desvios significativos poderão traduzir a utilização indevida dos serviços de urgência.



**Figura 19: Indicador – Desvio entre a produção realizada e a programada**

Este indicador só está disponível por técnica (e expresso em unidades monetárias), sendo de salientar o desvio positivo de 134.703,00€ relativo a exames de TAC e o desvio negativo de -18.163,00€, relativo a exames de Mamografia.

Ao nível geral, verifica-se um desvio positivo de 129.000,00€, podendo considerar-se que o Serviço de Imagiologia do HLA se encontra em equilíbrio orçamental.

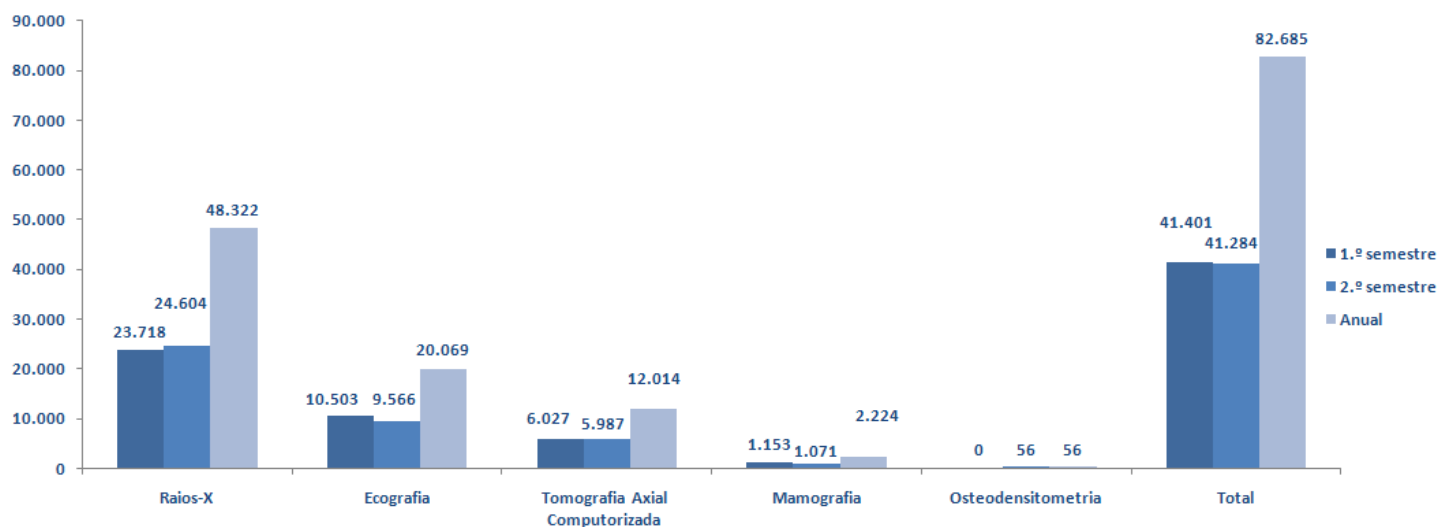
- **Eficiência**

13. Canais Utilizados para Marcação de Exames: A marcação de exames programados é efectuada pelos serviços do Hospital e pelos utentes, através do *Contact Center* ou presencialmente (na recepção do Serviço de Imagiologia do HLA), ficando registada no sistema IMS. A marcação de exames da urgência é efectuada automaticamente através do sistema *Alert*.

No que respeita aos exames de Radiologia convencional, estes não carecem de marcação prévia, assegurando o Serviço de Imagiologia do HLA a respectiva realização, dentro do horário estipulado.

14. Técnicas Disponíveis: O Serviço de Imagiologia do HLA realiza os seguintes exames: Raios-X; Ecografia; Mamografia; TAC; Osteodensitometria e apoio radioscópico ao bloco operatório.

15. Número de Exames Realizados por Técnica



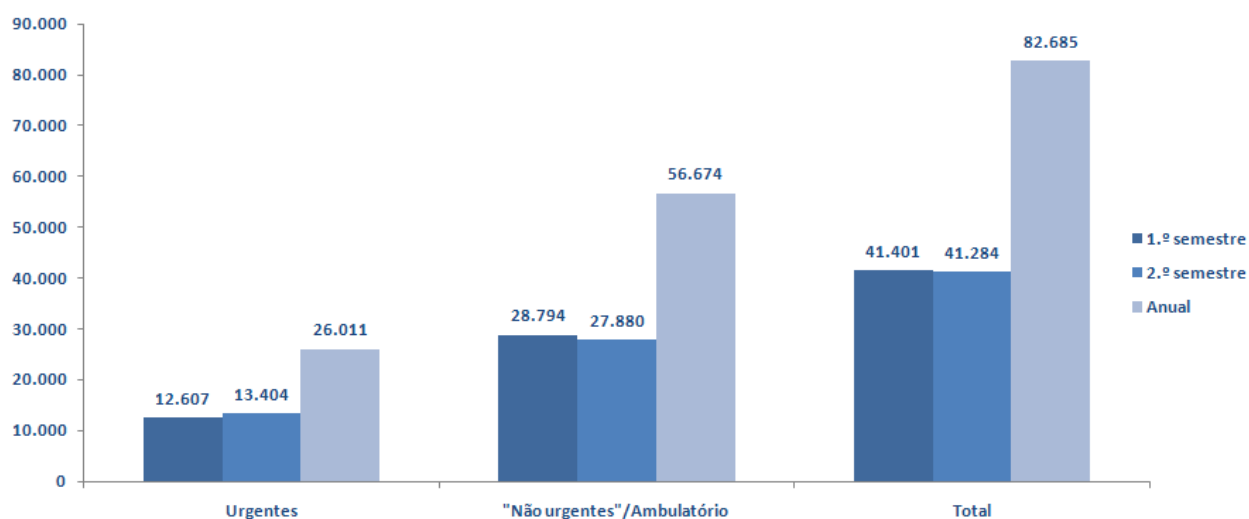
**Figura 20: Indicador – Número de exames realizados por técnica**

No ano de 2009, realizaram-se 82.685 exames, dos quais 48.322 Raios-X, 20.069 Ecografias, 12.014 TAC, 2.224 Mamografias e 56 Osteodensitometrias (de salientar que só se iniciou a realização deste tipo de exame no 2.º semestre de 2009).

Ao proceder-se a uma comparação com os exames realizados em 2007, verifica-se um aumento de cerca de 33%.

16. Número de Exames Realizados por Tipologia (urgentes vs “não urgentes”/ambulatório)

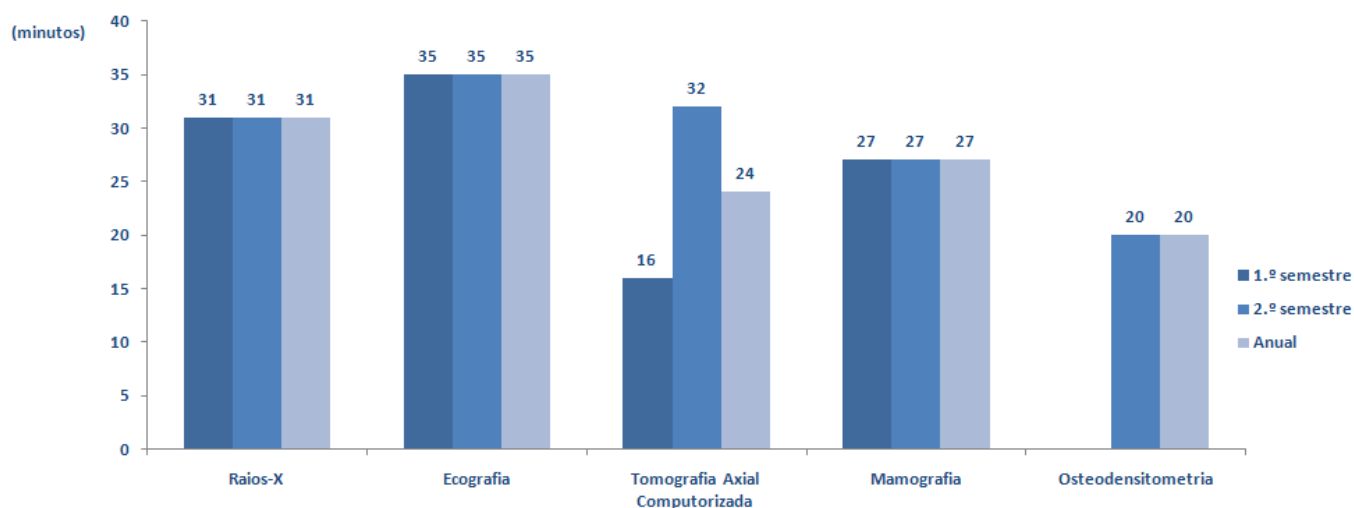




**Figura 21: Indicador – Número de exames realizados por tipologia**

Verifica-se que os exames “não urgentes”/ambulatório representaram, em 2009, cerca de 69% do número total de exames, o que permite programar a actividade, no sentido de garantir que os exames são realizados atempadamente, face ao dia da próxima consulta médica do utente.

### 17. Demora Média na Realização do Exame, por Técnica



**Figura 22: Indicador – Demora média na realização do exame, por técnica**

O tempo de realização dos exames está relacionado com a técnica em causa, com os equipamentos, bem como com a gestão dos fluxos de actividade (tempo de realização dos exames/número de exames, por técnica) <sup>(12)</sup>. Como se pode constatar, pela análise da figura apresentada anteriormente (Figura 22), a demora média situa-se entre os 16 e os 35 minutos.

18. Número de Exames Realizados, em Média, por Médico (por dia)

Este indicador, expresso pelo rácio entre o número de exames realizados e o número de médicos, pretende avaliar o desempenho dos profissionais ao nível da produtividade (número de exames realizados/número de médicos) <sup>(13)</sup>. Se considerarmos a presença de seis médicos a tempo inteiro por ano e atendendo ao número de exames realizados em 2009, obtém-se um valor de 44 exames realizados, em média, por dia e por médico.

A monitorização deste indicador está prevista no contrato de prestação de serviços, apenas sujeita a penalização caso o IMI não proceda à mesma.

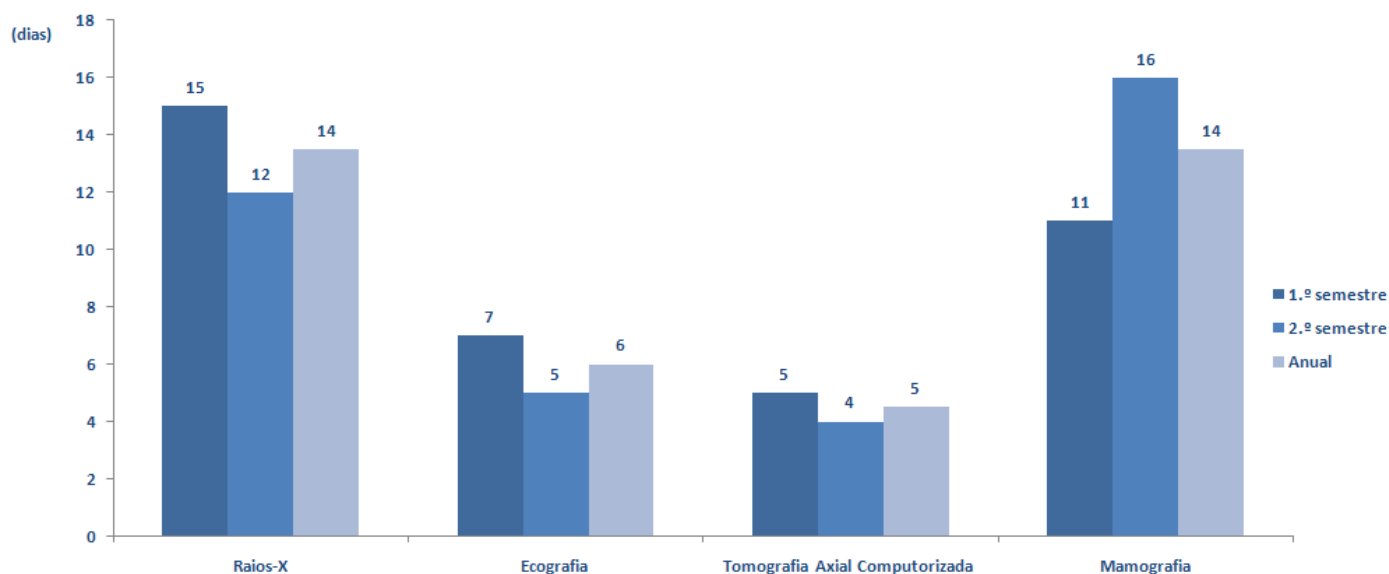
19. Número de Exames Realizados, em Média, por Técnico (por dia)

Este indicador, expresso pelo rácio entre o número de exames realizados e o número de técnicos, pretende avaliar o desempenho dos profissionais ao nível da produtividade (número de exames realizados/número de técnicos) <sup>(14)</sup>. Se considerarmos a presença de 10 técnicos a tempo inteiro por ano e atendendo ao número de exames realizados em 2009, obtém-se um valor de 27 exames realizados, em média, por dia e por técnico.

A monitorização deste indicador está prevista no contrato de prestação de serviços, apenas sujeita a penalização caso o IMI não proceda à mesma.

20. Prazo Médio de Entrega de Relatórios

Este indicador é de extrema relevância na análise da eficiência, pois representa o tempo que medeia desde a realização do exame até à entrega do respectivo relatório ao utente (tempo que medeia desde a realização dos exames até à entrega dos relatórios/número de relatórios, por técnica) <sup>(15)</sup>.



**Figura 23: Indicador – Prazo médio de entrega de relatórios de exames de ambulatório**

No que diz respeito aos exames "não urgentes"/ambulatório (consultas internas; consultas externas), o prazo médio de entrega de relatórios de Raios-X é de catorze dias, de Ecografia de seis dias, de TAC de cinco dias e de Mamografia de catorze dias. O prazo médio de entrega de relatórios de Osteodensitometria não se encontra disponível.

No âmbito do sistema da qualidade do IMI o objectivo é definido pela origem do pedido de exame. Para os exames oriundos do internamento, o tempo máximo para entrega do respectivo relatório é de vinte e quatro horas. Para os exames solicitados pela consulta, o tempo máximo para entrega do respectivo relatório é de três ou cinco dias, consoante a técnica em causa. Como a análise efectuada no âmbito do sistema de qualidade não é coincidente com a apresentada, não é possível retirar conclusões.

Relativamente aos exames urgentes, a entrega deverá ser imediata, contudo, este indicador não se encontra disponível.

- **Equidade**

21. Número de Residentes Face ao Número de Exames - indicador obtido pelo rácio entre o número de residentes e o número de exames por técnica (número de residentes/número de exames por técnica) <sup>(16)</sup>.

Considerando que a população de atracção do HLA é de cerca de 100.000 habitantes, e atendendo ao número de exames realizados em 2009, obtém-se os seguintes rácios:

**Quadro 5: Indicador – Número de residentes face ao número de exames**

N.º de residentes/N.º total de Raios-X	2,1
N.º de residentes/N.º total de Ecografias	5,0
N.º de residentes/N.º total de TAC	8,3
N.º de residentes/N.º total de Mamografias	45,0

Como só se realizaram Osteodensitometrias no 2.º semestre de 2009, não foram consideradas na análise.

22. Número Médio de Doentes em Espera (Exame “Não urgente”/Ambulatório) Face ao Número de Residentes

(número médio de doentes em espera/número de residentes) <sup>(17)</sup>.

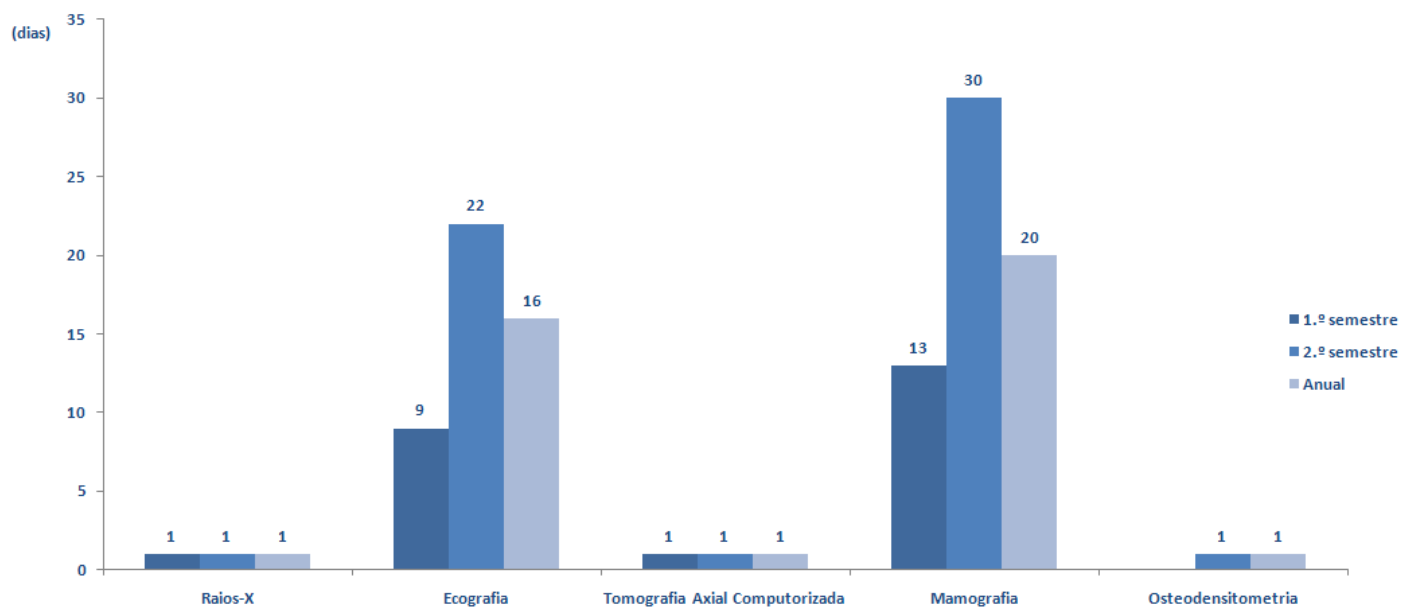
Este indicador não se encontra disponível para o Serviço de Imagiologia do HLA.

23. Tempo Médio de Espera para Marcação de Exame Urgente, por Técnica

No Serviço de Imagiologia do HLA, os exames urgentes são realizados de imediato.

Este indicador não se encontra disponível para o Serviço de Imagiologia do HLA.

24. Tempo Médio de Espera para Marcação de Exame "Não urgente"/Ambulatório, por Técnica



**Figura 24: Indicador – Tempo médio de espera para marcação de exame de ambulatório**

Como se pode constatar pela análise da figura anterior (Figura 24), o tempo médio de espera para marcação de exame “não urgente”/ambulatório é de um dia para exames de Raios-X, TAC e Osteodensitometria. Para marcação de exames de Mamografia e Ecografia o tempo de espera para marcação é maior, tendo relevância o facto de estes exames necessitarem de presença médica, não sendo possível recorrer à telerradiologia.

Atendendo a que, no contrato de prestação de serviços, o tempo médio de espera para marcação de exame de ambulatório deve ser menor ou igual a 15 dias, verifica-se que se cumpre o definido para as seguintes técnicas: Raios-X, TAC e Osteodensitometria, com tempos muito inferiores ao previsto.

- **Qualidade**

25. Projectos de Certificação e Acreditação Implementados e/ou em Curso: O serviço de Imagiologia do HLA cumpre os requisitos da norma NP ISO 9001:2008, pelas actividades de Serviços Médicos de Diagnóstico, desde 15 de Maio de 2009.

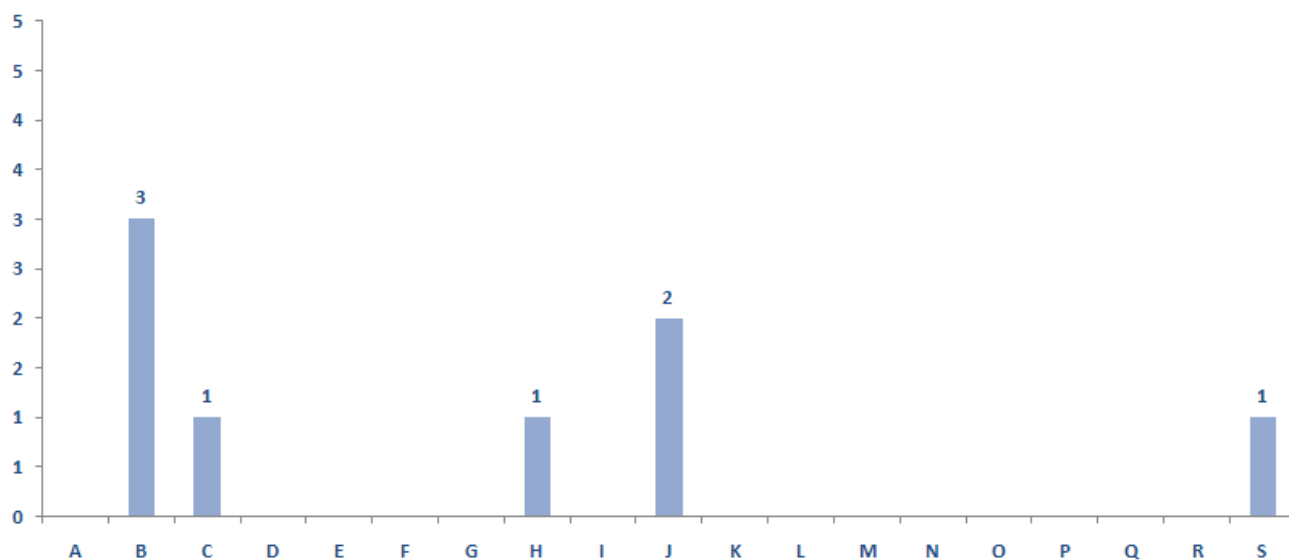
26. Taxa de Cumprimento do Plano de Auditorias - indicador obtido pelo rácio entre o número de auditorias realizadas e o número de auditorias previstas (número de auditorias realizadas/número de auditorias previstas) <sup>(18)</sup>.

A taxa de cumprimento do plano de auditorias de 2009 foi de 100% (pois existia uma auditoria planeada e foi realizada no ano em causa). Este indicador refere-se a auditorias internas realizadas em formulário próprio.

No âmbito do sistema da qualidade do IMI o objectivo estabelecido para 2009 para este indicador foi 100%, e como se constata foi cumprido.

27. Número de Reclamações Validadas

É considerada uma reclamação validada, sempre que se constate falha nos processos internos do IMI/HLA. A análise é efectuada pelas Direcções envolvidas na ocorrência reportada, em articulação com a Direcção de Qualidade (exemplo: sempre que o tempo de espera para realização de um exame é superior a trinta minutos e o utente apresenta uma reclamação, esta é considerada validada).



Legenda:

- A - Espera no atendimento - *contact center*
- B - Espera no atendimento - recepção
- C - Espera no atendimento - realização do exame
- D - Simpatia - *contact center*
- E - Simpatia - recepção
- F - Simpatia - realização do exame
- G - Deficiência de informação - *contact center*
- H - Deficiência de informação - recepção
- I - Deficiência de informação - realização do exame
- J - Atraso na recepção do Exame para entrega
- K - Acordos não disponíveis
- L - Problema técnico - Telecom
- M - Problema técnico - informática
- N - Problema técnico - equipa médica
- O - Desmarcação/Remarcação do exame (*gap* marcação vs realização do exame)
- P - Troca de exames
- Q - Infra-estruturas
- R - Normas institucionais
- S - Outros

**Figura 25: Indicador – Reclamações validadas em 2009**

Como se pode constatar, pela análise da figura anterior (Figura 25), em 2009, foram registadas oito reclamações validadas relativas ao Serviço de Imagiologia do HLA, três delas relativas à espera no atendimento presencial (recepção).

No âmbito do sistema da qualidade do IMI o objectivo estabelecido para 2009 seria, no máximo, de dez reclamações validadas. Deste modo, o objectivo foi atingido.

28. Prazo Médio de Resposta a Reclamações (em dias)

Em 2009, o prazo médio de resposta a reclamações foi de 2,6 dias.

No âmbito do sistema da qualidade do IMI o objectivo é que o tempo máximo de resposta a uma reclamação seja três dias. Deste modo, o objectivo foi atingido.

29. Resultados de Inquéritos de Satisfação aos Utentes

Este indicador não se encontra disponível para o Serviço de Imagiologia do HLA.

A Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar (Simões *et al*, 2009), recomenda que os inquéritos de satisfação dos utentes sejam realizados por uma entidade independente, ou sendo realizados directamente pelo parceiro privado, sejam auditados por uma entidade independente.

Um dos instrumentos utilizados para avaliar a satisfação dos utentes é o Servqual (Parasuraman *et al*, 1988), o qual permite aferir a “Qualidade Total nos Serviços”, efectuando uma análise das expectativas e das percepções. O objectivo da aplicação do questionário consiste na avaliação da discrepância entre o serviço esperado e o serviço percebido pelo utente. Permite, também, identificar os factores que influenciam as expectativas dos clientes e os dez critérios gerais que os clientes utilizam para avaliar a qualidade do serviço.



30. Avaliação do Serviço pelos Utilizadores de Outros Serviços ("Clientes Internos") em Relação à Qualidade

O objectivo da aplicação do questionário consiste na avaliação da qualidade do serviço de Imagiologia pelos seus “Clientes Internos”, dado que são estes que contactam frequentemente e dele dependem para a realização das suas actividades. O seu *feedback* é essencial no processo de identificação de pontos fracos e áreas a melhorar.

Este indicador não se encontra disponível para o Serviço de Imagiologia do HLA.

31. Resultados de Estudos de Clima

A seguinte informação resulta do tratamento dos dados recolhidos através do Inquérito de Satisfação distribuído, em 2009, aos colaboradores do IMI que desempenham as seguintes funções no HLA: Técnico de Radiologia, Assistente/Auxiliar de Acção Médica e Recepcionista/Dactilógrafa.

O estudo de clima teve por objectivo analisar as condições que caracterizam o estado de satisfação e/ou insatisfação dos colaboradores na empresa e dar cumprimento à cláusula nº 45, do contrato celebrado entre o IMI e o HLA.

Para o desenvolvimento deste estudo, utilizou-se um inquérito de satisfação, desenvolvido pelo IMI e aprovado pelo Conselho de Administração do HLA. O inquérito é constituído por 31 questões, agrupadas em 9 grupos, e os colaboradores avaliaram cada uma das questões considerando uma escala de “um” (discordo absolutamente) a “seis” (concordo absolutamente). Foram distribuídos 25 inquéritos, dos quais 22 foram realizados e devidamente tratados.

De forma a avaliar a “Satisfação dos profissionais com o Hospital como local de trabalho”, consideraram-se as respostas aos seguintes grupos: 1. Condições de Trabalho; 2. Higiene e segurança no trabalho; 3. Qualidade da comunicação; 4. Qualidade das relações de trabalho; 5. Reconhecimento Pessoal; 6. Percepção da Função; 8. Realização e Responsabilidade e 9. Estatuto (à excepção da questão 9.2). Em média, a maioria dos colaboradores do IMI apresenta um nível de satisfação entre o “Bom” e o “Muito Bom” (valor = 5). A categoria menos bem avaliada foi a “Qualidade da Comunicação”, tendo atingido um nível de satisfação/motivação “Bom” (valor = 4).

De forma a avaliar a “Satisfação dos profissionais com o Hospital na prestação de cuidados”, consideraram-se as respostas à questão 9.2 “O IMI presta um serviço de qualidade ao cliente”. Constata-se que a população está simetricamente distribuída em relação à mediana, o que significa que todos os indivíduos avaliaram esta afirmação entre os níveis “Bom” e “Muito Bom”.

De forma a avaliar se “Os Profissionais escolheriam de novo o Hospital”, consideraram-se as respostas ao grupo 7 (7.1 “Sinto que a empresa tem futuro” e 7.2 “Penso continuar a trabalhar no IMI nos próximos dois anos”). Constata-se que face à primeira questão (7.1), 75% da população apresenta um nível “Muito Bom” e os restantes 25% “Bom”. No que respeita à segunda questão (7.2), a população está simetricamente distribuída em relação à mediana, o que significa que 75% dos indivíduos avaliaram esta afirmação com o nível “Bom”.

Em suma, os resultados do estudo de clima evidenciaram que os colaboradores do IMI, que desempenham funções no HLA, encontram-se satisfeitos com o local de trabalho, com o Hospital enquanto prestador de cuidados de saúde e pretendem manter-se a trabalhar no IMI nos próximos anos.

Como principal limitação ao estudo efectuado, salienta-se a não realização do inquérito à classe profissional dos médicos, que representam uma função chave na organização. A aplicação de um inquérito não testado, e que pretende responder a um requisito contratual, também poderá constituir um ponto fraco.

De forma a estudar mais detalhadamente o estado psicológico que caracteriza a relação do trabalhador com a organização e que tem implicações na decisão de permanecer ou não membro da mesma, poder-se-ia efectuar, também, uma análise ao nível do *Commitment* de Meyer e Allen (1991).

A realização deste tipo de estudos encontra-se prevista no contrato de prestação de serviços celebrado entre o IMI e o HLA.

### 32. Número de Horas de Formação Realizadas por Função

Em 2009, realizaram-se 238 horas de formação, excluindo a formação básica inicial.

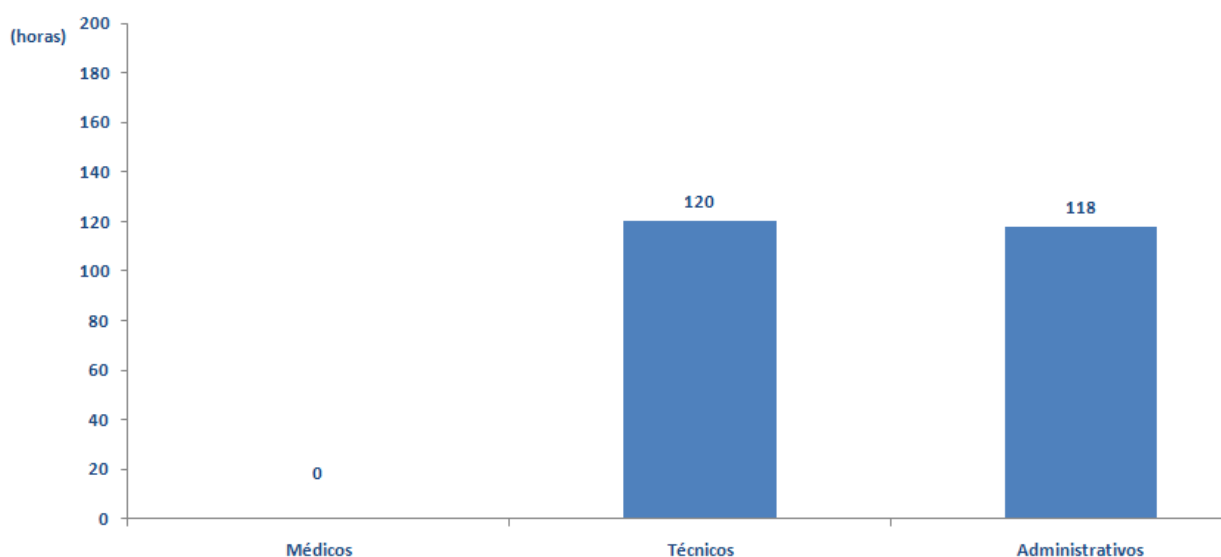


Figura 26: Indicador – Número de horas de formação realizadas por função

Como se pode constatar pela análise da figura anterior (Figura 26), em 2009, realizaram-se 120 horas de formação aos Técnicos de Radiologia e 118 horas aos Administrativos. Não existem registos de formação prestada aos Médicos.

## 7. Conclusões

Portugal vive num contexto de consolidação orçamental que obriga a um esforço de contenção da despesa. Em paralelo, o País continua a carecer de fortes investimentos em infra-estruturas na área da saúde e mostra-se necessária a melhoria da qualidade na prestação dos serviços.

Em razão destes constrangimentos, tem vindo a recorrer-se, de forma crescente, a modelos de contratação pública que procuram assegurar a captação de investimento privado para a satisfação de necessidades públicas. As PPP são disso um exemplo que, para além da vantagem puramente orçamental, têm como principal objectivo a partilha de retornos e a maximização do *value for money*, que deve consubstanciar-se na optimização do retorno dos impostos pagos pelos contribuintes, ou seja, na melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços a prestar a estes.

Existem diversas definições de PPP em termos de natureza, profundidade e âmbito, mas todas evidenciam a busca de eficiência, decorrente de uma maior ênfase no Cliente e de uma abordagem de longo prazo autónoma de ciclos políticos, permitindo, assim, quando correctamente definidas, melhorar a satisfação dos utentes e, simultaneamente, reduzir, ou pelos menos conter, as despesas.

As PPP não devem ser consideradas como um dogma na medida em que poderão não ser a solução ideal para todas as operações. No entanto, a experiência recente comprova que as PPP podem, efectivamente, criar valor para a sociedade e possuem um forte potencial que nos compete explorar.

Em Portugal, na área da saúde e nomeadamente na vertente hospitalar, as PPP estão ainda a iniciar o seu percurso, não havendo fundamentos para avaliar objectivamente as opções tomadas e ainda menos os projectos em início de desenvolvimento no sector.

Constata-se, também, que até ao presente momento, a abordagem dos resultados para a avaliação do desempenho das organizações de saúde não tem sido privilegiada (Barros, 2001a; Barros, 2001b; Barros, 2001c). Por outro lado, a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, embora acentue aspectos como a informação ao público e a avaliação da eficiência e da efectividade dos cuidados prestados é omissa em relação ao plano de avaliação.

Sendo a Imagiologia uma disciplina da área médica que, ao realizar diagnósticos, assume um papel fundamental para as decisões terapêuticas a instituir aos doentes, com a finalidade de os curar ou minimizar os efeitos das suas doenças, considerou-se uma área interessante de estudo. Ao constatar-se que os estudos específicos sobre o tema de avaliação de performance nesta área são escassos, o presente trabalho teve como principal objectivo encontrar um painel de indicadores simples, de fácil aplicação e orientado para a gestão, de forma a avaliar a performance de um Serviço de Imagiologia no âmbito de uma PPP.

Parece, assim, desejável e necessário avaliar se o parceiro privado, no âmbito de uma PPP, tendo em consideração os seus objectivos de negócio, consegue, simultaneamente, garantir os compromissos assumidos com a entidade pública.

Atendendo à problemática identificada, definiu-se um painel de indicadores, tendo por base o Modelo publicado por Jorge Almeida Simões (2004). Ao nível dos resultados, é constituído por cinco secções de estudo: Economia; Eficácia; Eficiência; Equidade e Qualidade, que abrangem as principais áreas de interesse para a gestão, o que permite que a abordagem seja sistémica/holística. Outra vantagem encontrada foi a adaptabilidade à área de Imagiologia.

A relevância de efectuar análises periódicas, com base em indicadores, que permitam avaliar a performance de um Serviço de Imagiologia consubstancia-se no seguinte: se o projecto não for rentável (a rentabilidade é essencialmente monitorizada através da análise dos indicadores da secção “Economia”) para o parceiro privado, a tendência é investir poucos recursos, qualitativa e quantitativamente, o que pode ter impacto noutras vertentes, como a qualidade do serviço prestado. Simultaneamente, se o parceiro privado não cumprir os requisitos contratuais assumidos com a entidade pública, este pode sofrer penalidades e multas, sendo necessário monitorizar indicadores de “Eficiência”, “Eficácia”, “Equidade” e “Qualidade” (não se pretende efectuar uma tradução dos requisitos do contrato, pois, para além de extensos e complexos, apresentam um conjunto muito alargado de variáveis alvo de monitorização, que, em muitos casos, não estão orientadas para a gestão do negócio). O objectivo consiste em identificar ineficiências, antecipar potenciais falhas, de forma a implementar, atempadamente, medidas correctivas.

Como resposta à problemática identificada, definiram-se 32 indicadores agrupados nas cinco dimensões propostas por Jorge Almeida Simões (2004).

Ao nível da secção “Economia”, e tendo como objectivo a análise económico-financeira do projecto, considerou-se pertinente o cálculo dos seguintes indicadores:

- ROI: de forma a calcular a taxa de retorno do investimento realizado;
- Rendibilidade Operacional das Vendas: para avaliar a eficiência operacional, assim como a Variabilidade dos Resultados Operacionais, que efectua uma comparação da variação dos resultados ao longo do tempo, tratando-se, por isso, de um indicador de risco;
- Peso dos Custos das Matérias Consumidas no Volume de Negócios (dado que na área de Imagiologia é necessário adquirir determinados produtos para a realização dos exames médicos, como os contrastes, assim como para a respectiva revelação, tais como, películas, papel de revelação e *compact discs*): para monitorizar o peso destes custos no Volume de Negócios, pois assumem uma fatia relevante e estão dependentes da eficiência da função de compras e distribuição;

- **Peso dos Custos com Pessoal no Total de Custos e o Peso dos Honorários no Volume de Negócios:** para monitorizar o peso relativo destes custos, pois na área da saúde assumem um peso relevante com impacto directo na margem do negócio. O apuramento do Custo Médio por Função complementa a análise dos custos com recursos humanos;
- **Cobertura dos Encargos Financeiros:** a fim de avaliar a capacidade da empresa/projecto em gerar meios para suportar os encargos financeiros necessários ao funcionamento da actividade.

A “Eficácia” é uma das dimensões do desempenho de uma organização/projecto que mede a relação entre os resultados obtidos e os objectivos pretendidos, num determinado período de tempo. Um Serviço de Imagiologia tem como principal objectivo prestar serviços de diagnóstico de elevada qualidade e rigor médico e científico, apoiados numa organização disponível para servir. Assim, considerou-se pertinente a análise dos seguintes indicadores:

- **Taxa de Repetição de Exames:** de forma a avaliar as eventuais causas que justifiquem os valores encontrados, pois a repetição de exames pode expor os utentes a radiação desnecessária e alertar para potenciais ineficiências ao nível processual, devendo por isso ser evitada;
- **Taxa de Cancelamento de Exames, excluindo os cancelamentos por vontade do utente ou por razão médica:** com o objectivo de avaliar se a organização cumpre os compromissos assumidos com os clientes ao nível do agendamento de exames. O cálculo dos Turnos de Inactividade por Motivo de Avaria completa esta análise;
- **Desvio entre a Produção Realizada e a Programada (ao nível da urgência, internamento e consultas):** pretende avaliar se a organização está a cumprir o planeado ao nível da produção, nomeadamente o inscrito no Orçamento anual. Em caso de o desvio ser significativo, há que analisar as potenciais causas, pois poderá haver necessidade de efectuar ajustamentos.



A “Eficiência” refere-se à relação existente entre os resultados obtidos e os recursos, efectivamente, utilizados. Se por um lado, a organização/projecto necessita de ser eficiente, para gerar margem, também, na óptica do cliente, esta dimensão é relevante, nomeadamente, ao nível da demora na realização do exame e do prazo de entrega dos relatórios médicos. Desta forma, considerou-se relevante o cálculo dos seguintes indicadores:

- Número de Exames Realizados por Técnica: de forma a avaliar se a capacidade instalada está a ser eficientemente utilizada e se a relação de produção entre as diversas técnicas está adequada. O Número de Exames Realizados por Tipologia (exames urgentes e “não urgentes”/ambulatório) completa esta análise;
- Demora Média na Realização do Exame (é um indicador que deve ser calculado por técnica): permite identificar potenciais falhas ao nível da operacionalização dos processos, que deverão ser corrigidas;
- Número de Exames Realizados, em Média, por Médico e o Número de Exames Realizados, em Média, por Técnico (são indicadores de produtividade): pretendem comparar desempenhos e têm influência no nível de produção;
- Prazo Médio de Entrega de Relatórios: de forma a avaliar se o prazo de entrega dos relatórios médicos está a ser efectuado de forma atempada, atendendo à data das consultas agendadas e/ou das intervenções cirúrgicas. É um dos factores mais valorizados pelo Cliente, pois se a entrega não for atempada, poderá ter impactos negativos no seu processo de tratamento ou cura.

A “Equidade” assume-se como uma dimensão-chave no sector da saúde, onde os critérios como a justiça e a igualdade deverão estar sempre presentes nas escolhas a efectuar, atendendo à finitude dos recursos. Para analisar esta dimensão, considerou-se pertinente proceder ao cálculo dos seguintes indicadores:

- Número de Exames, em Média, por Residente: de forma a avaliar se a população da área de atracção do Hospital beneficia da disponibilização dos exames necessários;
- Número Médio de Doentes em Espera: pretende avaliar se o Serviço de Imagiologia tem capacidade para dar resposta às solicitações da área de atracção do Hospital, de forma atempada.

O objectivo é a não existência de listas de espera, de forma a contribuir para a promoção da saúde. A análise do Tempo Médio para Marcação de Exame, ao efectuar uma análise por técnica, permite identificar eventuais situações a melhorar, que poderão estar relacionadas com a necessidade de optimização de processos, aumento da produtividade ou aumento da capacidade instalada.

A “Qualidade” é uma das dimensões do desempenho cada vez mais valorizada pelas organizações, que se traduz formalmente nos projectos de Certificação e Acreditação, mas que deve estar presente em todas as tarefas do dia-a-dia.

Os indicadores que se consideraram relevantes para avaliar esta dimensão foram os seguintes:

- Taxa de Cumprimento do Plano de Auditorias: de forma a avaliar se as tarefas previstas ao nível dos projectos de Certificação e Acreditação, foram efectivamente realizadas no prazo estabelecido;
- Número de Reclamações Validadas e o Prazo Médio de Resposta a Reclamações: para que a voz do Cliente se faça ouvir. Estes indicadores devem ser monitorizados periodicamente e se necessário, deve proceder-se a ajustamentos na organização, em função do *feedback* recebido. A satisfação do Cliente, que pode ser avaliada através da realização de Inquéritos de Satisfação, deve ser um dos objectivos de todos os elementos da organização, independentemente da função desempenhada;
- Avaliação do Serviço de Imagiologia pelos Utilizadores de Outros Serviços em relação à Qualidade: para que se conheça o grau de satisfação dos “Clientes Internos”, de forma a identificar eventuais pontos fracos e áreas a melhorar, pois o desempenho de uns condiciona o desempenho dos outros;
- Resultado de Estudos de Clima (este indicador deve ser analisado periodicamente, nomeadamente, de dois em dois anos): de forma a avaliar a satisfação dos colaboradores. Se os profissionais não estiverem satisfeitos e motivados, o resultado poderá não ser o desejado, tendo impacto em todas as outras dimensões do desempenho;

- Número de Horas de Formação: para aferir se a organização aposta no processo de aprendizagem. A formação é uma das formas de investir nos recursos humanos, potenciando continuamente a melhoria.

De forma a aferir a aplicabilidade do painel de indicadores, o mesmo foi testado no Serviço de Imagiologia do HLA, considerando o ano de 2009. Procedeu-se a uma comparação dos dados entre o primeiro e o segundo semestre do período considerado.

A grande maioria dos indicadores estava disponível, contudo, para encontrar resultados relativos à performance do Serviço de Imagiologia do HLA, seria necessário avaliar um período temporal mais longo e encontrar padrões.

Como esta análise está fora do âmbito do presente trabalho, apresentam-se apenas algumas conclusões que são possíveis de extrair face ao tratamento de dados efectuado, nomeadamente:

- A cobertura dos encargos financeiros foi de 369, o que significa que os resultados operacionais cobriram, largamente, os custos financeiros;
- A taxa de cancelamento de exames, excluindo os cancelamentos por vontade do utente ou por razão médica, foi bastante diminuta, na ordem dos 0,0004, estando de acordo com o previsto no contrato de prestação de serviços celebrado entre o IMI e o HLA;
- Os turnos de inactividade por motivo de avaria foram insignificantes. Constatou-se que, no 1.º semestre de 2009, não se realizaram 3 turnos de Raios-X e no 2.º semestre, 12 turnos de TAC por motivo de avaria, num total de 1.728 turnos anuais;
- Ao nível orçamental, pode considerar-se que o Serviço de Imagiologia do HLA se encontra em equilíbrio;
- O tempo médio de espera para marcação de exame de ambatório, atendendo a que, no contrato de prestação de serviços deve ser menor ou igual a 15 dias, verifica-se que cumpre o definido para as seguintes técnicas: Raios-X, TAC e Osteodensitometria, com tempos muito inferiores ao previsto;

- Os seguintes indicadores atingiram os objectivos definidos no âmbito do Sistema da Qualidade do IMI, referente ao ano de 2009: número de reclamações validadas (foram registadas oito reclamações e o objectivo eram, no máximo, dez); prazo médio de resposta a reclamações (o prazo médio de resposta a reclamações foi de 2,6 dias face a um objectivo de 3 dias, no máximo); peso dos custos das matérias consumidas no volume de negócios (o valor encontrado foi de 0,04 face a um objectivo de 0,05) e taxa de cumprimento do plano de auditorias (a taxa foi de 100%, coincidente com o objectivo definido para 2009).

A forma simples como o painel de indicadores está construído, a facilidade de aplicação e de análise pela gestão, significa que existe transferibilidade, ou seja, o modelo é passível de ser aplicado a outros Serviços de Imagiologia em PPP.

As dificuldades encontradas, como a escassa literatura relativa a avaliação de performance e a inexistência de modelos específicos para a área de Imagiologia, apesar de constituírem uma limitação, acabaram por contribuir para o carácter desafiante que assumiu o presente trabalho. O facto de não estarem disponíveis todos os indicadores do painel para o Serviço de Imagiologia do HLA constituiu uma limitação ao teste do mesmo.

O valor acrescentado traduz-se na criação de um painel de indicadores para avaliação da performance, a diversos níveis, de um Serviço de Imagiologia em regime de PPP. O estudo efectuado traduz-se, também, numa ferramenta adicional de gestão para a entidade alvo de estudo (IMI).

Como perspectiva futura, seria interessante aplicar o painel de indicadores criado a outros Serviços de Imagiologia em regime de PPP, de forma a encontrar padrões e identificar as melhores práticas. Para facilitar a análise comparativa, seria relevante determinar a importância relativa dos factores que constituem o painel, efectuando uma ponderação dos indicadores. Uma das hipóteses consiste na aplicação de um modelo multi-atributivo, recorrendo a um painel de peritos.

O objectivo é promover o *benchmarking*, que ao posicionar uma organização no contexto dos seus concorrentes, comparando desempenhos, estimula em simultâneo a cooperação e a competição.

É importante salientar, que os modelos estão sempre inacabados, mas estudos independentes e rigorosos que inovem na abordagem das temáticas, são necessários e até essenciais, para o avanço do conhecimento. O presente trabalho pretende deixar o seu contributo.

Só avaliando as experiências passadas e em curso, é possível preparar um futuro melhor para todos e, especialmente, para as gerações vindouras, tendo por objectivo ir ao encontro das suas expectativas legítimas.

## 8. Referências Bibliográficas

Allan, J. (1999), *Public-private partnership: a review of literature and practice*. Toronto: Saskatchewan Institute of Public Policy.

Barros P. (2001a), Um Exemplo Simples da Metodologia de Categorização de Hospitais segundo “Grade of Membership” in Instituto de Gestão Informática e Financeira, Orçamento do SNS para 2002 – Financiamento dos Hospitais.

Barros P. (2001b), Utilização dos Graus de Pertença Para Cálculo de Orçamentos dos Hospitais in Instituto de Gestão Informática e Financeira, Orçamento do SNS para 2002 – Financiamento dos Hospitais.

Barros P. (2001c), Exploração Preliminar da Aplicação da Metodologia de Graus de Pertença in Instituto de Gestão Informática e Financeira, Orçamento do SNS para 2002 – Financiamento dos Hospitais.

Barros, P. (2009), *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra, 2.<sup>a</sup> Edição: Almedina.

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

Barros, P. e X. Martinez-Giralt (2009), Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model, *European Journal of Health Economics* 10, 437-453.

Cabral, M. e P. Silva (2009), *O Estado da Saúde em Portugal, Acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde: evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa, 1.<sup>a</sup> Edição: ICS.

Campos, A. (2004), Decentralization and privatization in Portuguese health reforms, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 7-20.

Campos, A. (2007), Por um Sistema de Saúde mais Eficiente, *Cadernos de Economia* 80, 10, 9-15.

Comissão das Comunidades Europeias (2004), Livro Verde sobre as parcerias público-privadas e o Direito Comunitário em matéria de contratos públicos e concessões. COM 327. Bruxelas: Comissão Europeia, disponível em [http://europa.eu/legislation\\_summaries/internal\\_market/businesses/public\\_procurement/l22012\\_pt.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/businesses/public_procurement/l22012_pt.htm).

Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima (2006), Estudo sobre os Hospitais SA: uma avaliação da experiência, disponível em [http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Hospitais\\_EPE/Estudos\\_Avaliacao\\_Externa/avaliacao\\_experiencia.htm](http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Estudos_Avaliacao_Externa/avaliacao_experiencia.htm).

Constituição da República Portuguesa (1997). Lisboa: Associação Académica da Faculdade Direito de Lisboa.

Donabedian, A. (1980), *The definition of quality assurance in healthcare*. Oxford: University Press.

Entidade Reguladora da Saúde (2009), Estudo Sobre a Concorrência no Sector da Imagiologia, disponível em <http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Concorrencia%20Imagiologia-Estudo.pdf>.

Escola Nacional de Saúde Pública, Estudo sobre a avaliação de desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental de 2006, disponível em [http://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolvinov/projectos/adhp\\_metodologia\\_2007\\_final8nov07.pdf](http://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolvinov/projectos/adhp_metodologia_2007_final8nov07.pdf).

Escola Nacional de Saúde Pública, Estudo sobre a avaliação do desempenho dos Hospitais SA de 2005, disponível em [http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/5623DD8D-58EB-4A1F-8164-035EA1D81747/3720/Estudo\\_Aval\\_Hosp\\_ENSP.pdf](http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/5623DD8D-58EB-4A1F-8164-035EA1D81747/3720/Estudo_Aval_Hosp_ENSP.pdf).

Gomes, F. (2006), Apresentação das parcerias público privadas. O caso português no sector da saúde in *O Controlo em ambientes e dimensões da nova gestão pública*. Lisboa: Inspeção-Geral de Finanças.

Grol R., M. Wensing, A. Jacobs e R. Baker (1993), *Quality Assurance in General Practice: The State of the Art in Europe*. Utrecht: NHG.

Health Consumer Powerhouse (2008), Estudo sobre a avaliação de sistemas de saúde na perspectiva do que importa ao cidadão, disponível em [http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport\\_EHCI\\_2007.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf).

Institute for Public Policy Research (2001), *Building better partnerships: the final report of the Commission on Public Private Partnerships*. London: Institute for Public Policy Research.

Instituto Nacional de Estatística (2010), Estatísticas territoriais, disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3).

Kelley, E. e J. Hurst (2006), Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper, *OECD Health Working Paper N.º 23*.

Lignières, P. (2000), *Partenariats Publics Privé*. Paris: Litec.

Lopes, H. (2010), *Percepções públicas do SNS in 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, Um percurso Comentado*. Coimbra: Almedina.

Martin, V. e Henderson, E. traduzido por José Ferreira Dias (2004), *Gestão de unidades de saúde e de serviços sociais*. Lisboa: Monitor.

Meyer, J. e N. Allen (1991), A three-component conceptualization of organizational commitment, *Human Resource Management Review* 1, 61-89.

Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Estudo sobre o sistema de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação do utente nos hospitais EPE e SA de 2008, disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/REL\\_EXECUTIVO\\_HOSPITAIS.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/REL_EXECUTIVO_HOSPITAIS.pdf).

Ministério da Saúde, com o apoio do Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa, Estudo sobre o Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente dos Hospitais EPE de 2003, disponível [http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Hospitais\\_EPE/Estudos\\_Avaliacao\\_Externa/Satisf\\_Utente\\_Hosp\\_EPE.htm](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Estudos_Avaliacao_Externa/Satisf_Utente_Hosp_EPE.htm).

Mintzberg, H. (1983), *Structure in fives: designing effective organizations*. Prentice Hall International.

Moreno, C. (2002), Auditoria e auditores públicos em Portugal in *Subsídios para Modernizar a Auditoria Pública em Portugal*. Lisboa: Universidade Autónoma.

Moreno, C. (2010), O Estado não tem força suficiente para se defender dos bancos”, *Jornal de Negócios*, 22 de Janeiro.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006), *Relatório de Primavera 2006 - Um ano de governação em saúde: sentidos e significados*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008), *Relatório de Primavera 2008 - Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Organização Mundial de Saúde, World Health Report - Health systems: Improving performance, de 20, disponível em [http://www.who.int/whr/2000/media\\_centre/press\\_release/en/index.html](http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/en/index.html).

Organização para a Cooperação Económica e Desenvolvimento (2008). Health Data Program.

Osborne D. e T. Gaebler (1992), *Reinventing Government: how the entrepreneurial spirit is transforming the Public Sector*. New York: Addison-Wesley Publishers.



Oudot, J. (2005), *Risk-Allocation: Theoretical and Empirical Evidences: Application to the Public-Private Partnerships in the defense sector*. Centre ATOM, University of Paris I Panthéon.

Parasuraman, A., V. Zeithaml e L. Berry (1988), Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing* 64 (1), 12-40.

Pereira, J. (1992), *Glossário de Termos e Conceitos*. Lisboa: APES.

Pisco L. (2000), *A qualidade na Saúde*. Directório da Qualidade.

Reis, V. (2004), A intervenção privada na prestação pública: da expansão do Estado às parcerias público-privadas, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 121-136.

Ribeiro, J. (2009), *Saúde, A Liberdade de Escolher*. Lisboa, 1.<sup>a</sup> Edição: Gradiva.

Santos, T. (2006), *A Transferência de Risco em PPP*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Estratégia Industrial, ISEG.

Savas, E. (2000), *Privatization and public-private partnerships*. New York: Chatam House Publishers.

Silva, P. (2009), *Fundamentos e Modelos nas Parcerias Público-Privadas na Saúde: O Estudo dos Serviços Clínicos*. Coimbra: Almedina.

Simões a, J. (2004), *Retrato Político da Saúde, Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

Simões b1, J. (2004), As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 79-90.

Simões b2, J. (2004), As parcerias público-privadas no sector da saúde in *Manual Prático de Parcerias Público-Privadas*. Sintra: Departamento de Publicações da NPF.

Simões, J. e A. Dias (2010), Políticas e governação em saúde in *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, Um percurso Comentado*. Coimbra: Almedina.

Simões, J., M. Teixeira, P. Barros, J. Pereira, P. Moreira, A. Ferreira, M. Menchero, M. Oliveira, A. Hespanhol, P. Ferreira e S. Silva (2007), Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Relatório Final.

Simões, J., P. Barros, S. Silva e S. Valente (2009), Relatório final da Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar.

Vaz, A. (2010), Hospitais públicos portugueses in *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, Um percurso Comentado*. Coimbra: Almedina.

Tribunal de Contas (2006), Parecer sobre a Conta Geral do Estado.

Tribunal de Contas (2008), Linhas de Orientação (Guide Lines) e Procedimentos para o desenvolvimento de Auditorias Externas a PPP.

Tribunal de Contas (2009), Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde – Primeira vaga de Hospitais. Relatório n.º 15/2009 AUDIT.

### *Legislação*

Lei n.º 59/79, de 15 de Setembro - Serviço Nacional de Saúde.

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde.

Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto - Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas.

Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto - Lei de Enquadramento Orçamental.

Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro – Aprovação do novo regime jurídico da gestão hospitalar.

Lei n.º 53/2006, de 7 de Dezembro – Regime comum de mobilidade entre serviços dos funcionários e agentes da Administração Pública.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-Lei n.º 215/97, de 18 de Agosto – Regime de instalação na Administração Pública.

Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto – Regime jurídico das parcerias em saúde.

Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril – Enquadramento geral das Parcerias Público-Privadas.

Decreto-Lei 172/2003, de 1 de Agosto – Criação do Hospital do Litoral Alentejano.

Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro – Criação da ERS.

Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho – Primeira alteração do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril.

Decreto-Lei n.º 303/2009, de 22 de Outubro – Criação do Hospital do Litoral Alentejano EPE e respectivos estatutos.

Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril – Programa de Procedimento para a Contratação PPP.

Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho – Aprovação do caderno de encargos tipo dos contratos de gestão no âmbito das parcerias em saúde.

Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto – Cria o Alto Comissariado da Saúde.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de Novembro – Criação da Estrutura de Missão denominada “Parcerias.Saúde”.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de Fevereiro – Criação da unidade de Missão designada “Hospitais SA”.

Despacho n.º 28684/2008, de 7 de Novembro – Criação de uma equipa de análise estratégica para o acompanhamento externo de modelos de gestão hospitalar.

Parecer (2001), 14/19, de 16 de Janeiro de 2001 – O reforço do direito das concessões e dos contratos de parceria entre os sectores público e privado (PPP).

## 9. Anexos

### 9.1 Autorizações de Colheita de Dados para Fins Académicos



*Autorizado em CA*  
O Conselho de Administração do H.L.A.  
*Júlio Pedro*  
Adelaide Belo  
President  
Conceição Vilão  
Directora Clínica  
Júlio Pedro  
Vogal Executivo  
Inácio Neves  
Enfermeiro Director  
*3/3/2010*

Exmo Sr. Dr. Júlio Pedro  
Hospital do Litoral Alentejano  
Monte do Gilbardinho  
7540-230 Santiago do Cacém

**Assunto: Pedido de autorização para observação do Serviço de Imagiologia do HLA e colheita e utilização de dados para fins académicos.**

No âmbito do Curso de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde (ISCTE), Rita Botelho, pretende desenvolver o Trabalho de Projecto sob o tema: “Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde – Um Modelo de avaliação na área de Imagiologia”, cuja orientação está a cargo do Professor Doutor Jorge Almeida Simões.

Com o Trabalho de Projecto pretendemos:

- Conhecer a realidade/funcionamento de Serviços de Imagiologia;
- Conhecer os modelos de Parcerias-Público Privadas a nível nacional;
- Criar um modelo de indicadores que permita, de uma forma sistemática, efectuar uma avaliação do desempenho, do parceiro privado, a diversos níveis.

A questão fundamental e de investigação, é a seguinte:

- Como avaliar que o parceiro privado no âmbito de uma PPP (na área da Imagiologia), tendo em consideração os seus objectivos de negócio, consegue, simultaneamente, garantir os níveis de eficácia, equidade e qualidade, de forma sistemática, de acordo com a missão a que se propôs perante a entidade pública?

Para que esta avaliação, ao nível da performance, seja realizada, é necessária a observação do Serviço de Imagiologia do HLA, a realização de algumas entrevistas, assim como informações relativas ao seu planeamento e funcionamento e o levantamento de alguns dados (no período de 1/1/2009 a 31/12/2009) referentes à eficiência, eficácia e qualidade do Serviço em questão.

Como capítulo individualizado do Trabalho, será apresentada a Organização, assim como uma breve caracterização do Serviço de Imagiologia, ao nível dos processos, recursos humanos, equipamentos e tecnologia disponível.

Vimos por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que seja autorizada a observação do funcionamento Serviço de Imagiologia para colheita de dados e entrevista aos responsáveis e posterior utilização dos dados colhidos.

Agradecendo antecipadamente a colaboração da organização que V. Ex.<sup>a</sup> dirige para a realização deste estudo, estamos disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos que entendam necessários.

Rita Botelho – 916355240

Email – [ritasilvacosta@hotmail.com](mailto:ritasilvacosta@hotmail.com)

Com os melhores cumprimentos,

Rita Botelho

(Rita Botelho)



Exmo Sr. Dr. Jorge Pires

IMI – Imagens Médicas Integradas, S.A.

Av. Conde Valbom, n.º 30, 2.º andar

1050-068 Lisboa

**Assunto: Pedido de autorização para observação do Serviço de Imagiologia do HLA e colheita e utilização de dados para fins académicos.**

No âmbito do Curso de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde (ISCTE), Rita Botelho, pretende desenvolver o Trabalho de Projecto sob o tema: "Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde – Um Modelo de avaliação na área de Imagiologia", cuja orientação está a cargo do Professor Doutor Jorge Almeida Simões.

Com o Trabalho de Projecto pretendemos:

- Conhecer a realidade/funcionamento de Serviços de Imagiologia;
- Conhecer os modelos de Parcerias-Público Privadas a nível nacional;
- Criar um modelo de indicadores que permita, de uma forma sistemática, efectuar uma avaliação do desempenho, do parceiro privado, a diversos níveis.

A questão fundamental e de investigação, é a seguinte:

- Como avaliar que o parceiro privado no âmbito de uma PPP (na área da Imagiologia), tendo em consideração os seus objectivos de negócio, consegue, simultaneamente, garantir os níveis de eficácia, equidade e qualidade, de forma sistemática, de acordo com a missão a que se propôs perante a entidade pública?

Para que esta avaliação, ao nível da performance, seja realizada, é necessária a observação do Serviço de Imagiologia do HLA, a realização de algumas entrevistas, assim como informações relativas ao seu planeamento e funcionamento e o levantamento de alguns dados (no período de 1/1/2009 a 31/12/2009) referentes à eficiência, eficácia e qualidade do Serviço em questão.

Como capítulo individualizado do Trabalho, será apresentada a Organização, assim como uma breve caracterização do Serviço de Imagiologia, ao nível dos processos, recursos humanos, equipamentos e tecnologia disponível.

Vimos por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que seja autorizada a observação do funcionamento Serviço de Imagiologia para colheita de dados e entrevista aos responsáveis e posterior utilização dos dados colhidos.

Agradecendo antecipadamente a colaboração da organização que V. Ex.<sup>a</sup> dirige para a realização deste estudo, estamos disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos que entendam necessários.

Rita Botelho – 916355240

Email – [ritasilvacosta@hotmail.com](mailto:ritasilvacosta@hotmail.com)

Com os melhores cumprimentos,

Rita Botelho

(Rita Botelho)

AUTORIZAÇÃO:

*Autorizada*  
*[assinatura]*  
25.02.2010

## **9.2 Declaração de Interesses**

As exigências de transparência na elaboração de estudos, principalmente de natureza qualitativa, impõem que os investigadores assumam uma posição neutral no que respeita às matérias em análise e aos dados apresentados.

Na elaboração do presente trabalho, dado que a autora assume funções de gestão na organização alvo de estudo (IMI – Imagens Médicas Integradas, S.A.) existiu uma preocupação redobrada no sentido de se efectuar um tratamento imparcial dos dados, não tendo sido identificados constrangimentos que condicionassem a análise.



### **9.3 Caracterização da Região: Alentejo Litoral**

#### População e Estrutura Demográfica:

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2010) a população residente no Alentejo Litoral, em 2008, era de 95.524 habitantes.

Verifica-se, que o número de habitantes nesta região tem vindo a diminuir e a população está envelhecida, apresentando um índice de envelhecimento de 191.

Apresenta, também, uma perda da capacidade de se auto-regenerar demograficamente, com uma taxa de crescimento natural de -0,5, associada a uma quebra de fecundidade (39,5%).

Comparando com os dados a nível nacional (taxa de natalidade de 9,8%; taxa de mortalidade de 9,8%), constata-se que esta região possui uma estrutura demográfica particular, onde se destacam as altas taxas de mortalidade (13,5%) e as baixas taxas de natalidade (8,5%).

#### Emprego:

No Alentejo, a população activa, em 2009, era de 366,10 milhares de habitantes e a inactiva de 388,30 milhares.

A taxa de desemprego era de 10,40%, semelhante à taxa de desemprego a nível nacional (10,10%), e as mulheres representavam 53% do total de desempregados.

De salientar, que a proporção de trabalhadores não qualificados da população empregada era de 15,9%, superior à média nacional (11,7%), e que a taxa média de desemprego da população activa, sem escolaridade obrigatória, era de 12,6%, também superior à média nacional (9,6%), o que dificulta uma potencial reinserção no mercado de trabalho.

O ganho médio mensal (dados de 2007) era de 862,9€, inferior ao valor a nível nacional (963,3€).

Estes indicadores traduzem uma realidade difícil ao nível do mercado de trabalho, onde escasseiam os grandes empregadores e as elevadas taxas de desemprego são uma constante ao longo do tempo.

Saúde:

A região Alentejo Litoral dispunha, em 2008, de 1,2 médicos/1000 habitantes, valor significativamente inferior à média nacional, que apresentava 3,7 médicos/1000 habitantes. Dos 111 médicos existentes, 66 eram especialistas.

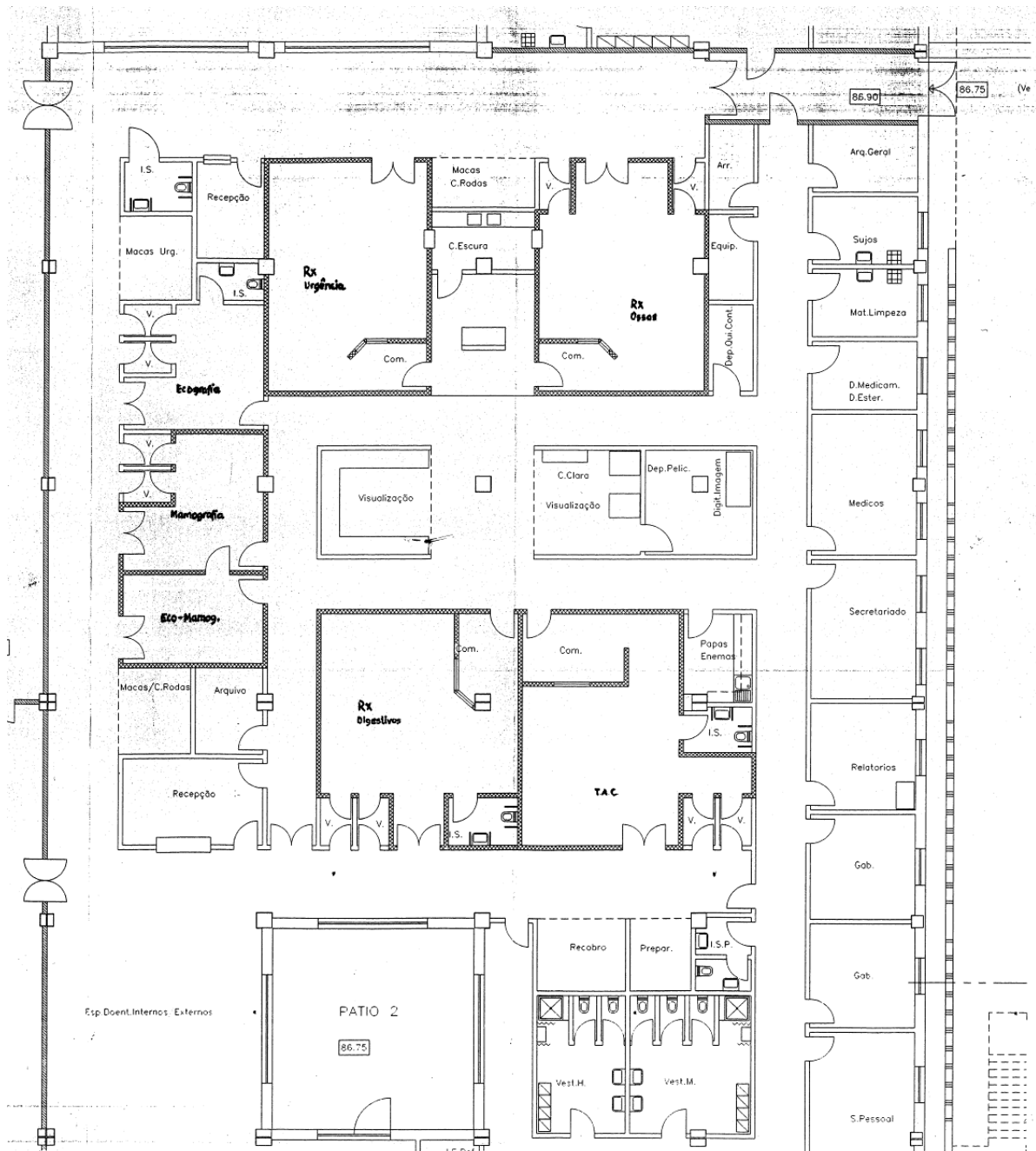
O número de enfermeiros/1000 habitantes também registava um valor inferior à média nacional (2,80 para 5,30 respectivamente).

Esta região conta com um Hospital, o Hospital do Litoral Alentejano (em estudo no presente trabalho), verificando-se que o número de camas (lotação praticada) por 1000 habitantes, em 2008, era de 1,10, enquanto que a nível nacional era de 3,40.

De um modo geral, na região do Alentejo, têm-se verificado melhorias na saúde nos últimos anos, a demonstrá-lo está o facto de a esperança de vida à nascença, entre 2006 e 2008, ser de 78,11, semelhante à média do país (78,70) e a taxa de mortalidade infantil, entre 2004 e 2008, ser de 3,5%, também semelhante à média do país.



### 9.5 Planta do Serviço de Imagiologia do Hospital do Litoral Alentejano



### **9.6 Equipamentos do Serviço de Imagiologia do Hospital do Litoral Alentejano**

Os equipamentos existentes no Serviço de Imagiologia do HLA são os seguintes:

- Tomografia Computorizada Somaton Emotion Duo S/N: 36601;
- Ecografo Sonoline Antares S/N: 11 1587;
- Ecografo Sonoline Antares S/N: 11 1551;
- Mamógrafo Instrumentarium Diamond S/N: 20095 PPR-97700;
- Radiologia Convencional Bucky Diagnost Trauma S/N: 1578;
- Radiologia Convencional Bucky Diagnost TH S/N: 1577;
- Radiologia Convencional Bucky Omnidiagnost S/N: 1599;
- Impressora Dryview 6800 S/N: 43191663;
- Digitalizador CR 975 S/N: 45472012;
- Osteodensitometria Lunar DPX MD S/N: 7342.