



**CATÓLICA  
LISBON**  
BUSINESS & ECONOMICS

**Centro de Estudos Aplicados**

**Estudo de avaliação do *Value for Money* da  
Parceria Público Privada do Hospital de Braga**

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. PARTE I – ABORDAGEM UTILIZANDO OS DADOS DA ACSS .....	5
2.1. METODOLOGIA.....	5
2.2. DADOS .....	6
2.3. RESULTADOS.....	8
3. PARTE II – ABORDAGEM COM AJUSTAMENTOS INTRODUZIDOS PELA CATÓLICA-CEA....	10
3.1. PROBLEMAS GERAIS COM AS ESTIMATIVAS ANTERIORES .....	10
3.2. PRESSUPOSTOS QUE INFLACIONARAM A ESTIMATIVA DO VFM .....	10
3.3. A ESTIMATIVA DO VFM FEITA COM BASE EM DADOS PÚBLICOS DOS HOSPITAIS .....	12
4. PARTE III – GANHOS PARA O ESTADO E PARA O PAÍS COMO UM TODO .....	14
4.1. QUALIDADE DO SERVIÇO .....	14
4.2. <i>GOODWILL</i> OU TRESPASSE .....	15
4.3. DEPRECIACÕES ACELERADAS.....	16
4.4. O VFM DO ESTADO VS O VFM PARA O PAÍS .....	17
5. CONCLUSÕES.....	17
ANEXO 1 – PRINCIPAIS PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS .....	21

## ÍNDICE DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1. Doentes Padrão e Custos no Hospital de Braga.....	6
Quadro 2. Doentes Padrão e Custos nos Hospitais do Grupo D .....	7
Figura 1. Custo por doente padrão ajustado .....	7
Quadro 3. Value for Money em milhões € .....	8
Quadro 4. Vfm de Braga: % de custos hipotéticos para o Estado .....	9
Quadro 5. Síntese comparativa dos Resultados de Estudo ARS e da Base ACSS .....	12
Quadro 6. Resultados do Estudo Católica com dados dos Relatórios dos Hospitais .....	13

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa o *Value for Money* da Parceria Público-Privada do Hospital de Braga a pedido da José de Mello Saúde, S.A.

Para o efeito, o Centro de Estudos Aplicados (CEA) da *Católica Lisbon School of Business and Economics*, procurou por várias abordagens calcular o valor teórico que teria custado prestar o serviço no Hospital de Braga pela Escala Braga, se o mesmo tivesse sido prestado por um hospital estatal do SNS.

Naturalmente este é um exercício teórico que depende de uma premissa basilar, que é a de que um hospital estatal teria prestado exatamente o mesmo serviço que aquele que agora estamos a avaliar. Esta premissa não é verificável na prática, mas fica parcialmente validada pelas análises recorrentemente feitas de que o Hospital de Braga nestes últimos anos prestou um serviço de grande qualidade, quando comparado com os serviços prestados no restante SNS (ver estudo da ERS, 2016, onde não se consegue concluir o contrário; ver inquéritos de satisfação dos utentes e do staff). A validação parcial decorre ainda da quantidade de prémios e galardões obtidos pelo HB (veja-se a atribuição de classificação máxima a cinco áreas clínicas pelos SINAS entre outros), mas essa validação parcial não atesta que outra entidade conseguiria prestar exatamente o mesmo serviço. Ou seja, é muito possível que o Hospital de Braga não entregue a uma PPP tivesse ficado mais caro para o Estado e prestasse um pior serviço. A nossa premissa é que ignoraremos esta segunda dimensão da qualidade de serviço e assumiremos que a qualidade de serviço teria sido a mesma. Centraremos assim a nossa análise na primeira dimensão que é a analisar apenas os custos dos serviços prestados.<sup>1</sup>

A questão central a que se pretendeu responder com o estudo corresponde a uma avaliação retrospectiva: quanto teria custado ao Estado gerar os cuidados produzidos pela PPP do Hospital de Braga através de unidades de saúde do SNS convencionais? De outra forma, qual a diferença entre os custos para o Estado dos cuidados produzidos pela PPP do Hospital de Braga e os custos que o Estado teria com unidades convencionais? Há poupanças para o Estado e para a Sociedade Portuguesa como um todo com a PPP?

---

<sup>1</sup> Na secção 4.1 voltaremos a este pressuposto.

Para responder a estas questões, a presente nota concentra-se num exercício que exige dois pressupostos fundamentais: qual o serviço que foi prestado pelo Hospital de Braga nos últimos anos e a que custo este serviço teria sido prestado por hospitais do SNS comparáveis.

O trabalho está estruturado da seguinte forma:

- I. Após esta introdução, a próxima secção (2) analisa o Hospital de Braga usando como referência os dados disponíveis na ACSS.
- II. A secção seguinte (3) procura reformular esses cálculos, afinando alguns pressupostos, ajustados pela equipa do CEA.
- III. A secção seguinte (4) acrescenta algumas considerações sobre ganhos para o Estado e para a Sociedade que a metodologia anterior não consegue abranger.
- IV. A secção seguinte (5) tece considerações sobre como melhorar uma eventual reformulação do contrato e conclui o estudo.

## 2. PARTE I – ABORDAGEM UTILIZANDO OS DADOS DA ACSS

### 2.1. METODOLOGIA

A ideia de base do estudo é 1) obter um índice global agregando as várias linhas de produção de cuidados de saúde em cada unidade hospitalar, os doentes padrão, 2) estimar os custos operacionais totais de cada unidade e 3) obter para cada unidade hospitalar e por ano os custos médios por doente padrão. A diferença entre o custo unitário do Hospital de Braga e o custo unitário dos comparadores (multiplicado pela produção de doentes padrão do Hospital de Braga) permite estimar a poupança ou o excesso de encargos gerados pela atividade da PPP.

A metodologia usada consistiu na estimação do conjunto da produção hospitalar em "doentes padrão", um conceito que permite agregar as várias linhas de produção (internamentos médicos e cirúrgicos, ambulatório médico e cirúrgico com Grupos de Diagnóstico Homogéneo - GDH, ambulatório médico sem GDH, consultas externas, episódios de urgência, outras linhas de produção). Esta metodologia tem vindo a ser usada pela ACSS nas avaliações da performance das unidades hospitalares do SNS, com a utilização da codificação dos GDH para agregar a produção codificada de internamento e de ambulatório (mediante os índices de *case mix* de cada linha de produção) e a utilização dos preços relativos para determinar a "quantidade" de doentes padrão das outras linhas de produção. Por exemplo se o preço base de um internamento for €2285 e se o valor de base de uma urgência médico-cirúrgica for de € 85,90, o rácio é 3,76% ou seja um episódio de urgência corresponde a produzir 3,76% de um doente padrão.

A metodologia é utilizada para harmonizar ("padronizar") hospitais e centros hospitalares com características muito diversas. Esta padronização permite a comparação de hospitais, mesmo que as linhas de produção sejam muito diferentes e dispensa ajustamentos adicionais, que comprometeriam o realismo da comparação. Por exemplo, o doente padrão ajustado permite-nos comparar diretamente dois hospitais, mesmo que o perfil de especialidades de ambos seja bastante diferente. Uma alternativa menos realista, seria harmonizar o perfil de especialidades, cingindo-se a análise apenas às especialidades presentes em ambos os hospitais. Ao fazer isso em comparações com múltiplos hospitais, a comparação resultaria apenas na comparação de um conjunto de serviços e especialidades comuns entre todos (uma espécie de "máximo denominador comum"), mas que de forma

alguma representaria qualquer hospital em análise e muito menos o perfil assistencial do Hospital de Braga. Uma outra alternativa seria o de emular os serviços e especialidades em falta em todos os hospitais (uma espécie de “máximo múltiplo comum”), resultando numa instituição artificialmente abrangente, igualmente irrealista no que à comparação com o verdadeiro Hospital de Braga diz respeito. Para aumentar a comparabilidade, a ACSS recorre (e bem) a este expediente, que aplicaremos também no nosso estudo.

## 2.2. DADOS

O *site* de benchmarking da ACSS<sup>2</sup> contém a informação utilizada nesta parte no que diz respeito aos hospitais comparadores. A escolha dos anos (2012 a 2015) deve-se ao facto de estes serem os anos disponíveis. Estão também disponíveis dados para o primeiro semestre de 2016, mas atendendo a fatores de sazonalidade, bem como a ausência de alguns dados parcelares, optou-se por não utilizar 2016.

Oficialmente<sup>3</sup>, foi definido que o Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro (CHTMAD), o Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV) e o Hospital Garcia da Orta (HGO) formariam o grupo comparador do Hospital de Braga. Além dos resultados dessa comparação apresentaremos estimativas para os resultados de uma comparação com conjuntos de todos os hospitais do grupo D no qual o Hospital de Braga está inserido.

A base da análise foi constituída pelos dados disponíveis no *site* de benchmarking de hospitais da ACSS. Os resultados para o Hospital de Braga estão no Quadro 1.

**Quadro 1. Doentes Padrão e Custos no Hospital de Braga**

	2012	2013	2014	2015
<b>DOENTES PADRÃO</b>	<b>59 890</b>	<b>63 870</b>	<b>66 192</b>	<b>69 026</b>
<b>Encargos Globais para o Estado €</b>	132 377 €	139 109 €	145 027 €	148 958 €
<b>Custos por doente padrão €</b>	2 210 €	2 178 €	2 191 €	2 158 €

Os dados sobre os custos por doente padrão nos hospitais de Grupo D são apresentados no Quadro 2.

---

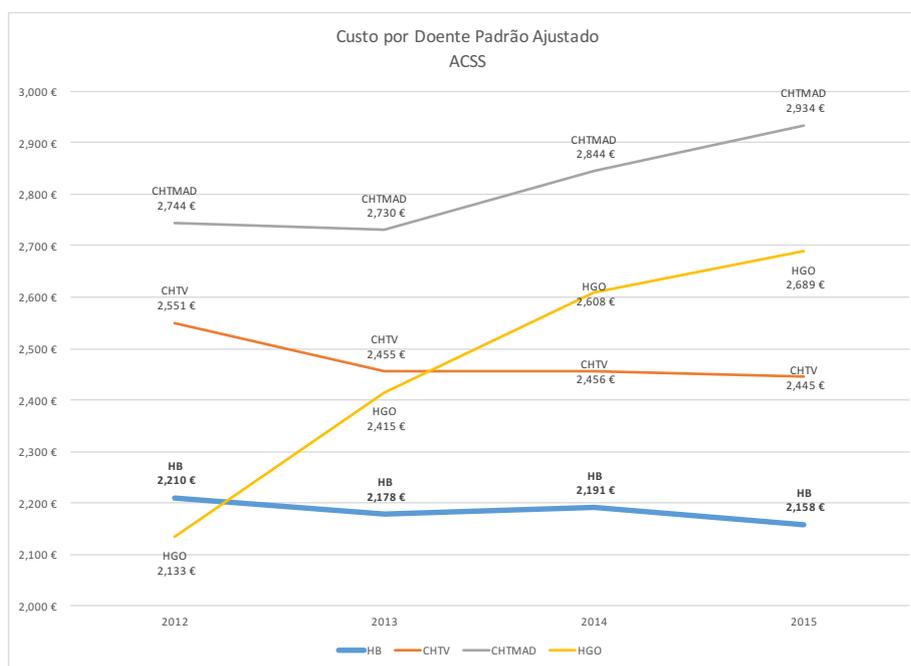
<sup>2</sup> A referência é <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>

<sup>3</sup> Cartas do Conselho Diretivo da ARS Norte.

**Quadro 2. Doentes Padrão e Custos nos Hospitais do Grupo D.**

	2012	2013	2014	2015
<b>CH Tondela Viseu (*)</b>	<b>2 551 €</b>	<b>2 455 €</b>	<b>2 456 €</b>	<b>2 445 €</b>
<b>CH Trás-os-Montes e Alto Douro (*)</b>	<b>2 744 €</b>	<b>2 730 €</b>	<b>2 844 €</b>	<b>2 934 €</b>
<b>Hospital Garcia de Orta (*)</b>	<b>2 133 €</b>	<b>2 415 €</b>	<b>2 608 €</b>	<b>2 689 €</b>
Hospital Fernando da Fonseca	2 537 €	2 552 €	2 673 €	2 716 €
CH Algarve	3 087 €	2 973 €	3 233 €	3 104 €
Hospital de Évora	3 101 €	2 937 €	2 870 €	2 901 €
CH Vila Nova de Gaia Espinho	2 590 €	2 485 €	2 695 €	2 834 €

(\*) hospitais de referência comparadores



**Figura 1. Custo por doente padrão ajustado**

(dados da ACSS, valores para o Hospital de Braga e para os 3 hospitais comparadores)

Nota-se uma grande variabilidade de valores nos custos por doente padrão entre todos os hospitais elencados para o Grupo D no microsite da ACSS. Em particular os 3 hospitais comparadores apresentam consistentemente valores acima dos do Hospital de Braga, sendo a exceção o Hospital Garcia de Orta em 2012.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Os valores apresentam alguns problemas de fiabilidade, porque falham em alguns meses que são compensados nos meses subsequentes. Isto é tanto mais evidente em 2012, que não é propriamente um ano de amostra na ACSS. A ACSS apresenta os dados a partir de 2013, sendo os dados de 2012 retirados da comparação retroativa para esse ano.

Ainda assim, acrescentando à comparação os restantes hospitais do grupo D, torna-se mais evidente a vantagem de custo que o Hospital de Braga representa por comparação. O VfM calculado resultará proporcional às diferenças de custo unitário aqui expostas. É assim claro, mesmo usando apenas os dados disponíveis no *microsite* da ACSS, que esse VfM foi consistentemente positivo para o Estado.

### 2.3. RESULTADOS

Para o cálculo do VfM total temos de simular a gestão do Hospital de Braga por uma entidade pública. A dúvida que se coloca é quem seria e como atuaria essa entidade pública, que determina o cenário hipotético alternativo à PPP existente. É lícito presumir que uma entidade pública gestora do Hospital de Braga atuaria de forma semelhante aos hospitais de idêntica dimensão e características (Grupo D e em particular o grupo de referência comparador). Consideraram-se assim os seguintes comparadores para Braga:

- O Grupo de Referência comparador: a média ponderada pelos respetivos doentes padrão do grupo composto por CHTMAD, CHTV e HGO;
- A média ponderada pelos respetivos doentes padrão de todos os sete hospitais públicos do Grupo D.

Cada uma destas duas médias de custos (Grupo de Referência e Grupo D) é então multiplicada pelo número de doentes padrão assistidos pelo Hospital de Braga em cada ano. O valor resultante destes produtos indica assim quanto estimamos que teria custado ao Estado o Hospital de Braga, se ele não tivesse sido uma PPP. O VfM representa então a diferença entre esse custo estimado e o valor efetivamente gasto pelo Estado com a PPP de Braga em cada ano.

Os resultados podem ser vistos no Quadro 3, que apresenta os valores em milhões de euros para as diferenças explicadas no parágrafo anterior, bem como o seu valor acumulado para os 4 anos em análise.

**Quadro 3. Value for Money em milhões €**

Comparador	2012	2013	2014	2015	Acumulado
Grupo de Referência	13,22 m€	22,51 m€	29,21 m€	36,27 m€	101,21 m€
Grupo D	25,66 m€	29,03 m€	38,40 m€	44,68 m€	137,77 m€

Ao longo dos quatro anos estudados, os custos poupados ao Estado pelo Hospital de Braga ultrapassam os 100 milhões de euros, sendo que o montante do *Value for Money* correspondente ao caso específico do comparador estatutariamente definido foi de € 101,2 milhões. Nota-se também, como aliás já era claro da análise na secção 2.2., que os 3 hospitais de referência estão entre os melhores hospitais públicos do Grupo D.

De salientar também que o VfM tem vindo a aumentar todos os anos, sendo VfM em 2015 o dobro do valor em 2012. Isto indicia que há manifestos ganhos de eficácia em Braga há medida que os anos do contrato têm passado. O Quadro 4. apresenta o mesmo VfM, mas calculado em percentagem do custo hipotético para o Estado.

**Quadro 4. VfM de Braga: % de custos hipotéticos para o Estado**

Comparador	2012	2013	2014	2015	Acumulado
Grupo de Referência	9%	14%	17%	20%	15%
Grupo D	16%	17%	21%	23%	20%

Este último quadro coloca em perspetiva a dimensão das estimativas do *Value for Money* do Hospital de Braga como uma percentagem dos custos totais que cada comparador público teria produzindo os mesmos cuidados de saúde. Considerando apenas a soma para os quatro anos em análise, podemos ver que a PPP de Braga poupou entre 15 e 20% dos custos que os comparadores públicos teriam.

**Assumindo que se mantêm estes ritmos de poupança indicados pelos dados da ACSS nos anos subsequentes, o Estado consegue poupar com esta PPP um ano completo de operação do Hospital de Braga em cada 5 ou 6 anos de contrato.**

### **3. PARTE II – ABORDAGEM COM AJUSTAMENTOS INTRODUZIDOS PELA CATÓLICA-CEA**

#### **3.1. PROBLEMAS GERAIS COM AS ESTIMATIVAS ANTERIORES**

As estimativas anteriores utilizam os valores disponíveis no *microsite* da ACSS. Esses valores apresentam alguns problemas de cálculo. Com alguma frequência e em alguns hospitais há falhas nos dados em alguns meses, falhas essas que são compensadas em meses subsequentes. Mas, tirando o valor de 2012 para o HGO, não há *outliers* evidentes que nos faça por em causa estes dados.

Apesar de insistentes pedidos à ACSS, ainda não se conseguiu, da parte dos seus serviços, obter dados que pudessem validar ou melhorar a análise. Assim sendo, toda a validação de dados teve de ser feita tendo por base estudos anteriores (ver estudo da ARS Norte sobre o VfM do Hospital de Braga) e os dados públicos disponibilizados em relatórios e contas dos hospitais do grupo de referência comparador e do Hospital de Braga.

#### **3.2. PRESSUPOSTOS QUE INFLACIONARAM A ESTIMATIVA DO VFM**

##### **3.2.1. Os valores da despesa do Estado com o Hospital de Braga**

Para efeitos do cálculo do VfM utilizámos, no capítulo anterior, a diferença de um custo teórico do HB, se gerido por entidade pública, e o encargo que o Estado teve com o mencionado hospital. Para valores dos encargos do Estado considerámos o valor efetivamente pago pelo Estado, que é menor que o valor reclamado pelo Hospital de Braga. Tivéssemos nós usado os valores reclamados e não os pagos e o VfM seria obviamente mais baixo.

O total dos valores reclamados pelo Hospital e não pagos pelo Estado ascendem a cerca de 2 milhões por ano referentes a questões várias – internos, elegibilidade de atos, etc.

Sem estes valores, ou seja, caso o Estado venha a reconhecer a razão do Hospital de Braga, então o VfM para com o Grupo de Referência passa de aproximadamente 100 para 94 milhões de euros com uma poupança estimada de 14% sobre o custo para o Estado; e de 138 para 132 milhões de euros, quando o VfM é medido por comparação com a média de todos os hospitais públicos do Grupo D, ou uma poupança de 18% sobre o custo para o Estado.

Este efeito será ainda mais acentuado quando calcularmos o valor para 2016, dada a suspensão dos pagamentos referentes aos programas de financiamento de HIV e de esclerose múltipla, os quais ascendem por si só a 8 milhões de euros de valores reclamados pelo HB e não pagos pelo Estado.

### 3.2.2. Os custos com os edifícios

O valor dos custos dos hospitais públicos considerados no nosso cálculo do VfM inclui custos com manutenção e depreciações dos edifícios hospitalares. Acontece que, pela natureza do contrato de PPP estabelecido para o Hospital de Braga, que separa a parte clínica de tudo o que se prende com o edifício, a PPP em análise neste estudo não comporta os mesmos custos. Nesse sentido, os mesmos devem ser retirados também dos hospitais comparadores.

Dos relatórios e contas dos hospitais de referencia concluímos que esses custos representam valores entre os 1.5% e os 3% do total dos custos operacionais, sendo que estas percentagens se têm vindo a reduzir com as quebras recentes no investimento público. Isto significa que se nos primeiros anos da análise, o valor pode chegar a 3%, nos anos mais recentes, com a quebra do investimento público e ainda mais neste último exercício com o aumento de gastos com o pessoal, essa percentagem fica muito aquém dos 2%.

Retirando 2% dos custos operacionais dos hospitais públicos (cerca de 15 milhões de euros) ao VfM calculado, chegamos a uma poupança para o Estado que se cifra em 13% (88 milhões de euros) a 18% (124 milhões de euros) dos custos operacionais.

**Resumindo, mesmo considerando os valores reclamados pelo Hospital de Braga e não os efetivamente pagos pelo Estado e mesmo corrigindo os valores pela distorção provocada pelos encargos com o edifício que não existem em Braga, é seguro estimar que, em 7 a 8 anos de contrato de PPP em Braga, ao ritmo de poupança calculado pelo nosso estudo, o Estado poupará no mínimo um ano de atividade do Hospital.**

### 3.3. A ESTIMATIVA DO VFM FEITA COM BASE EM DADOS PÚBLICOS DOS HOSPITAIS

Os valores utilizados na análise até aqui cingem-se aos anos disponíveis no *microsite* da ACSS, designadamente 2013 a 2015 e 2012, que aparece em comparação retroativa nos dados de 2013. Estão naturalmente a faltar os anos anteriores a 2012, designadamente os 3 anos de construção (2008 e 2009) e *ramp up* (2010) do novo edifício, bem como o primeiro ano de cruzeiro do Hospital de Braga (2011).

Ainda assim, um estudo de âmbito igual a este realizado a pedido da ARS Norte pelo BPI abarca um período de tempo de 3 anos entre 2011 e 2013 e permite acrescentar conclusões referentes a 2011. A metodologia utilizada é semelhante à que usámos aqui, usando apenas os hospitais de grupo de referência comparador. Os resultados do *VfM* da ARS-Norte são de uma ordem de grandeza superior aos calculados no presente estudo com base nos dados da ACSS e apresentados nos Quadro 3 e 4. O Quadro 5 sintetiza esta comparação:

**Quadro 5. Síntese comparativa dos Resultados de Estudo ARS e da Base ACSS**

Estudo	2011	2012	2013	2014	2015	Acumulado
<b>ARS-N (em m€)</b>	<b>27,84 m€</b>	<b>38,58 m€</b>	<b>31,83 m€</b>	n.d.	n.d.	<b>98,25 m€</b>
(em %)	21%	24 %	19%	n.d.	n.d.	22%
<b>Base ACSS (em m€)</b>	n.d.	<b>13,22 m€</b>	<b>22,51 m€</b>	<b>29,21 m€</b>	<b>36,27 m€</b>	<b>101,21 m€</b>
(em %)	n.d.	9%	14%	17%	20%	15%

Para efeitos dos cálculos, o estudo da ARS-Norte teve acesso aos dados diretamente dos vários hospitais de referência, podendo proceder a um conjunto de ajustamentos que aumentam a fiabilidade dos seus resultados em algumas dimensões.

A comparação dos dois estudos permite-nos ainda acrescentar a certeza de que os resultados do capítulo anterior são muito conservadores e representarão sempre patamares mínimos do VfM para o Estado.

Naturalmente, estão também em falta os anos remanescentes do contrato, para os quais não há dados, mas a tendência de descolagem do VfM nos anos mais recentes é evidente e acrescida em 2016 e, previsivelmente, em 2017 pelas opções orçamentais.

Optámos assim por refazer os cálculos usando dados públicos dos hospitais dos grupos comparadores. Isso implicou reproduzir as estimativas dos doentes padrão e cruzar

essa informação com os custos operacionais dos hospitais públicos (deduzidos da nossa estimativa dos custos relacionados com depreciação e manutenção dos edifícios).

Em anexo (Anexo I) apresentam-se os principais pressupostos e procedimentos metodológicos para os cálculos que efetuámos, mas as principais diferenças face aos cálculos feitos pelo BPI no estudo da ARS-Norte, prendem-se com a utilização, o mais estrita possível, das referências do SNS no cálculo do custo do comparador, bem como a média utilizada para o Grupo de hospitais de referência ter sido calculada de forma ponderada pelos doentes padrão de cada hospital.

O quadro seguinte apresenta e sintetiza os resultados obtidos do presente estudo:

**Quadro 6. Resultados do Estudo Católica com dados dos Relatórios dos Hospitais**

Estudo	2011	2012	2013	2014	2015	Acumulado
VfM (em m€)	30,07 m€	32,63 m€	24,22 m€	28,43 m€	44,07 m€	159,43 m€
VfM (em %)	23%	21%	15%	16%	23%	22%

Os resultados estão em linha com o obtido pelo estudo da ARS-Norte, sobretudo quando olhamos para o valor do VfM em percentagem. Obtivemos exatamente o mesmo resultado de 22% para o acumulado dos 5 anos em análise.

A vantagem destes dados face aos da ACSS é que permitem uma muito maior consistência de pressupostos e fiabilidade. A desvantagem é que obrigam a um conjunto maior de pressupostos, o que lhes pode retirar alguma objetividade.

Estas análises funcionam como um teste de robustez da análise anterior, verificando que os dados da ACSS funcionam como a estimativa mais conservadora do VfM, uma vez que todas as outras análises apontam para valores mais elevados.

Pelas nossas contas e usando um conjunto de pressupostos semelhantes aos do estudo da ARS-Norte, confirmamos que o valor poupado pelo Estado com a PPP de Braga ascende a um valor que é de 22% dos custos operacionais com os hospitais públicos.

De notar ainda que esse valor tem vindo a crescer, mas o valor elevado da poupança começa a apresentar sinais preocupantes para a viabilidade da parceria. É certo que este aumento se explica em parte por ganhos de eficiência do HB e isso é bom em qualquer contexto. Mas a outra explicação para o aumento prende-se também com o aumento de atividade do hospital. Se este aumento de atividade não for acompanhado pela devida compensação, então o HB deixa de ser sustentável.

#### **4. PARTE III – GANHOS PARA O ESTADO E PARA O PAÍS COMO UM TODO**

Existem um conjunto de elementos da PPP de Braga que acrescentaram valor para o Estado, mas que não são quantificáveis neste estudo com base nos dados disponíveis. Nesta parte do estudo, apresentamos considerações gerais sobre estes elementos.

##### **4.1. QUALIDADE DO SERVIÇO**

Na introdução do estudo explicámos que assumíamos que a qualidade de serviço prestado pelo HB era, pelo menos, não inferior à qualidade do serviço prestado pelos comparadores do SNS. O objetivo deste pressuposto era deixar claro que qualquer eventual poupança para o Estado que viéssemos a calcular depois não teria sido alcançada por compromisso da perda de qualidade.

No entanto, vale a pena levar este ponto um pouco mais além e considerar a possibilidade de a qualidade de serviço ser de facto melhor no HB com a PPP que o que seria se o hospital fosse gerido pelo Estado. O reconhecimento do HB pela sua superior qualidade existe através de numerosos prémios e certificações, o que de facto ajuda a validar este pressuposto. Por exemplo, o HB tem cinco das suas áreas clínicas com a classificação máxima do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, recebe o primeiro prémio Top 5 IASIST nos hospitais do Grupo D para a promoção da qualidade e eficiência dos hospitais, é o primeiro hospital com Sistema Integrado de Qualidade (ISO 9001), Ambiente (ISO 14001) e Segurança (OHSAS 18001). É ainda sujeita a um escrutínio e uma acreditação periódica anual, o que é insólito a nível mundial, sendo sistematicamente reacreditado pelo Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS) com louvor do painel de acreditação. Acresce ainda o escrutínio contínuo por inquéritos aos utentes, staff e outros *stakeholders*, donde o HB aparece sempre muito bem avaliado. A comparação nestes inquéritos com os hospitais públicos não é possível, porque não são sujeitos ao mesmo escrutínio. Resumindo, não sendo o padrão de credenciais de qualidade do HB o mesmo que observamos nos hospitais do SNS, nem sequer entre os melhores, podemos afirmar que o pressuposto de que a qualidade no HB seria igual se fosse gerido por uma entidade público é muito conservador.

No caso então da qualidade ser maior em Braga, não só registamos a vantagem financeira das poupanças que apresentamos nas secções anteriores, como teríamos de acrescentar a essas poupanças o ganho do Estado contar com um hospital que presta um serviço de superior qualidade, acima eventualmente do padrão usual do SNS. Essa

possibilidade não está de todo quantificada neste estudo, mas seria muito importante que a análise à qualidade do serviço prestada pelos hospitais feita pelo Estado não ficasse apenas pelo pressuposto de que HB não é pior que os outros que aqui apresentamos. Idealmente, eventuais diferenças de qualidade de serviço deveriam ser quantificadas, na medida do possível traduzidas em métricas financeiras e adicionadas ao VfM no caso de serem positivas.

#### **4.2. GOODWILL OU TRESPASSE**

Decorrem do contrato e da forma como a concessão foi ganha alguns elementos que merecem também considerações quanto a valores a acrescentar ao VfM.

Desde logo, houve um pagamento original por parte da empresa privada no valor de cerca de 15 milhões de euros para obtenção da concessão. Deste pagamento, parte (cerca de 4 milhões) refere-se à avaliação feita do imobilizado existente e outra parte (2 milhões) referem-se a inventários existentes no HB no momento do início do contrato. Os restantes 9 milhões são simplesmente um valor pago pelo direito de concessão. Este valor, tendo revertido para o Estado, terá obrigatoriamente de ser adicionado ao VfM. A outra alternativa é este valor ser visto como um pagamento necessário para ficar com as operações e clientela de um hospital do SNS, como o HB. Esta seria uma lógica muito semelhante ao do pagamento de um trespasse.

O tratamento destes 9 milhões até ao momento tem seguido, por parte da empresa, um procedimento semelhante à da amortização de um *goodwill*. Há que perceber em que medida esse tratamento se adequa ao entendimento que existe sobre este valor por parte do Estado. Se ele for visto como um mero *entry fee* no negócio, então decididamente devem adicionar-se ao VfM os 9 milhões pagos. Mesmo que este valor deva ser visto de forma anualizada, estamos a falar de um valor próximo do milhão de euros ao ano, para um valor acumulado nos 5 anos analisados de cerca de 4,5 milhões de euros.

Os 2 milhões dos inventários terão já sido introduzidos como custos de operações e antecipa-se que qualquer valor de inventários existentes no HB no final do contrato seja reembolsado à entidade concessionária atual.

Quanto aos 4 milhões de imobilizado o tratamento não é igual, uma vez que ele deve ser depreciado na duração do contrato. Havendo valor residual, esse valor não será objeto

de reembolso para o privado, por mais novo que o equipamento seja ou esteja. Isto cria a obrigação de depreciar muito depressa e de não investir a partir de certa altura do contrato. É esse o objeto de análise na próxima secção.

### 4.3. DEPRECIAÇÕES ACELERADAS

Um outro aspeto pertinente prende-se com a curta duração do contrato de concessão da PPP clínica. 10 anos, sobretudo tendo em conta que essa década é ainda mais “curta” pelo facto dos primeiros 2 anos terem sido de utilização do espaço antigo do Hospital de São Marcos, é tempo insuficiente para depreciar totalmente o pesado investimento em equipamento médico vários. Por “depreciar” entenda-se a definição adequada de depreciação, ou seja o conceito que equipara estes custos a proveitos correspondentes (o famoso *matching principle* da contabilidade). Assim sendo, numeroso equipamento do HB chegará ao final do contrato com vida útil remanescente, mas já totalmente depreciado, numa violação do dito princípio contabilístico. Em termos de VfM, qualquer valor residual em excesso do valor aceleradamente depreciado deveria ser somado ao VfM. Para o efeito há que verificar que montante de imobilizado corpóreo está a ser indevidamente depreciado e calcular o seu valor residual em excesso.

De notar que esta regra de obrigar a depreciar o equipamento por períodos artificialmente curtos tem uma consequência evidente e nada benéfica para o HB: nenhum privado procederá a um investimento contínuo em equipamento, preferindo antes investir no início da concessão e deixar depreciar o equipamento até ao final. Este efeito será mais nocivo em eventuais concessões do contrato a terceiras entidades, uma vez que estas ficarão com um equipamento utilizável por alguns anos e já inteiramente depreciado (eventualmente pagarão um trespasse por esse motivo). Se adiarem demasiado a aquisição de equipamento, então correm o risco de não ter tempo remanescente para rentabilizar o equipamento adquirido; se anteciparem demasiado a aquisição do equipamento, correm o risco de desfazer-se de equipamento em perfeitas condições, promovendo um desperdício de recursos para o SNS.

#### 4.4. O VFM DO ESTADO VS O VFM PARA O PAÍS

Todos os cálculos feitos até aqui têm uma perspetiva estrita de aferir o Vfm para o Estado, sem qualquer preocupação com a situação financeira do HB. Sucede, no entanto, que o HB tem registado perdas financeiras significativas, tendo desgastado o Capital Social original e acumulado resultados transitados negativos ao longo destes anos.

Se não é de todo objetivo das PPPs servirem de mecanismo de transferência de rendas excessivas do Estado para os privados, também não podem ser aproveitadas as PPPs para o inverso, ou seja, transferência dos privados para o Estado.

As PPPs existem porque há, como é o caso neste hospital, um ganho de eficiência que o privado traz, tornando mais barato o serviço para o Estado. Esse ganho deve ser alcançado sem prejuízos para o privado. Qualquer prejuízo que o privado tenha com uma PPP representa uma perda para a sociedade e uma transferência para o Estado que reduz o Vfm para o País.

É assim nosso entendimento que, pelo menos, o capital próprio enquanto for negativo (em finais de 2015 ascendia a 23,5 milhões de euros negativos) deve ser subtraído ao Vfm do Estado para cálculo de um Vfm para o País.

Esta questão dos prejuízos sucessivos da entidade privada deve também ser um fator de preocupação para o Estado, uma vez que coloca em causa a sustentabilidade do contrato. Ainda que os resultados financeiros do HB tenham estado a melhorar, a verdade é que de nada serve ao Estado que a parte privada resolva o contrato por insolvência.

#### 5. CONCLUSÕES

É nosso entender que o benefício da PPP do HB para o Estado é evidente e ascende a mais de 150 milhões de euros acumulados para o período entre 2011 e 2015. Qualquer cenário alternativo à nossa análise, por mais conservador que seja, aponta sempre para níveis de poupança muito elevados para o Estado, sempre acima de 100 milhões de euros para metade do período de concessão.

Esse Vfm foi de facto conseguido por via de um real ganho de eficiência obtido pelo privado, como prescrevem as boas práticas e a boa utilização de uma PPP. No entanto, uma parte do Vfm é alcançado por via de prejuízos para o privado, como atestam os capitais

próprios negativos da sociedade. É nosso entender que essa porção do VfM não representa um verdadeiro ganho para o País, uma vez que ela corresponde simplesmente a uma transferência de uma empresa privado para o Estado, o que reforça a noção de que o contrato está desequilibrado.

A forma como o contrato foi desenhado, com enorme rigidez, com uma dispendiosa carga impositiva em obrigações e deveres entre público e privado, limita grandemente a capacidade de ambas as partes de aproveitar ao máximo o contrato. Até ao momento, estas limitações não se refletiram em perdas de qualidade ou de serviço para os utentes, mas isso tem sido feito em sacrifício da rentabilidade do privado no HB.

Em síntese, pelo exposto se depreende que:

- 1- O VfM da PPP do Hospital de Braga para o Estado é amplamente positivo e representa uma poupança entre 15% a 22% do custo que teria gerir o hospital por uma entidade pública.**
- 2- Há um conjunto de fatores que nos levam a acreditar que esta estimativa peca por conservadora, porque o Estado ficou a ganhar mais com a gestão privada do Hospital de Braga que o VfM que aqui calculamos.**
- 3- É impraticável manter o contrato com prazos tão apertados para depois se colocar ainda a instabilidade dele não ser continuado no tempo.**

**Como conclusão final, parece evidente que a experiência da PPP do HB é positiva para o Estado e precisa de alguns ajustamentos para ser positiva para um concessionário privado também. O sucesso deste contrato carece ainda dois outros ingredientes indispensáveis para o sucesso total do contrato: a continuação de uma rigorosa monitorização do contrato e um grande bom senso de parte a parte. Na base destes dois ingredientes está a competência, que felizmente existe hoje em dia nos organismos do Estado para a gestão de PPPs.**

## ANEXO 1 – PRINCIPAIS PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

- Ponto de partida metodológico é a utilização do sistema de classificação e definição de preços dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH). No entanto há produção hospitalar fora do âmbito dos GDH.
- O sistema de GDH permite definir índices de *case mix* que permitem tornar comparável vetores de produção diferentes, em particular produções de cuidados de saúde com maior ou menor complexidade.
- Seguindo as convenções do SNS, classifica-se a produção hospitalar em 5 linhas de produção:
  - Episódios de internamento (médicos e cirúrgicos), com GDH
  - Episódios de cirurgia em ambulatório, com GDH
  - Episódios de Ambulatório Médico com GDH e Hospital de Dia, sem GDH
  - Consultas externas, sem GDH
  - Urgências, sem GDH
- A análise consiste na comparação dos custos do HB com os custos de um conjunto de unidades hospitalares consideradas como comparadores relevantes: Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, Centro Hospitalar Tondela Viseu e Hospital Garcia de Orta.
- Os dados sobre a produção e os índices de *case mix* do HB nas 5 linhas referidas foram recolhidos a partir da documentação recebida da JMS.
- Os dados sobre a produção e os índices de *case mix* dos comparadores foram recolhidos dos relatórios anuais das várias unidades hospitalares. Infelizmente tais relatórios são por vezes omissos quanto a informação relevante.
- Até ao momento não foi possível contar com os dados pedidos à ACSS que permitiriam ultrapassar alguns dos problemas com informação omissa. Foi necessário fazer pressupostos
- A informação para produção de cada unidade hospitalar e para cada ano é sintetizada num indicador: o número de doentes padrão, uma soma ponderada da

produção nas 5 linhas definidas. Os ponderadores são dados pelos pesos no sistema GDH de cada episódio.

- O peso 1 corresponde ao caso padrão. Para cada ano há um preço correspondente ao caso padrão.
- Para as linhas de produção sem GDH (consultas, urgências e hospital de dia), o peso é dado pelo preço de cada episódio a dividir pelo preço padrão.
- Consideram-se os doentes equivalentes (internamentos ajustados para transferências e durações breves).

**Quadro A1 - Preços Bases da Produção com GDH**

Anos	Portaria	Valores (€)
<b>2011 e 2012</b>	n.º 839_A/2009 de 31 Julho	2396.25
<b>2013</b>	n.º 163/2013 de 24 de Abril	2141.70
<b>2014</b>	n.º 20/2014 de 29 de Janeiro	2120.28
<b>2015</b>	n.º 234/2015 de 7 de agosto	2285.00

**Quadro A2 - Preços Bases de Consultas Externas SNS**

Anos	Portaria	Valores (€)	Contratos Programa 1 <sup>as</sup>	Contratos Programa Subseq.
<b>2011</b>	n.º 839_A/2009 de 31 Julho	31	116.69(TMAD)	106.08(TMAD)
<b>2012</b>	n.º 839_A/2009 de 31 Julho	31	83.79(TMAD)	76.17(TMAD)
<b>2013</b>	n.º 163/2013 de 24 de Abril	31	76.73 (TMAD)	69.75(TMAD)
<b>2014</b>	n.º 20/2014 de 29 de Janeiro	31	75.87 (HGO)	66.96 (HGO)
<b>2015</b>	n.º 234/2015 de 7 de agosto	31	75.87 (HGO)	66.96 (HGO)

**Quadro A3 – Preço das Urgências**

Anos	Portaria	Valores Polivalente, Médico-Cirúrgica e Básica (€)
<b>2011 e 2012</b>	n.º 839_A/2009 de 31 Julho	147,00 108,00 51,00
<b>2013</b>	n.º 163/2013 de 24 de Abril	112,07 56,16 31,58
<b>2014</b>	n.º 20/2014 de 29 de Janeiro	112,07 85,91 51,00
<b>2015</b>	n.º 234/2015 de 7 de agosto	112,07 85,91 51,00