

ACSS Administração Central
do Sistema de Saúde, IP

**MODELO PARA ANÁLISE E AVALIAÇÃO PRÉVIA DE
ACORDOS DE COOPERAÇÃO COM IPSS
NO ÂMBITO DO DL 138/2013**

Fevereiro de 2014

ÍNDICE

PREFÁCIO	6
1. INTRODUÇÃO	7
1.1. Objetivos do Documento	7
1.2. Âmbito de aplicação	7
1.3. Destinatários	8
1.4. <i>Guidance</i> internacional	8
1.5. Conteúdo do documento	9
2. PROCESSO DE ANÁLISE E AVALIAÇÃO	11
2.1. Nota introdutória	11
2.2. Esquema do processo de análise e avaliação prévias	11
3. ANÁLISE DAS NECESSIDADES E DA CAPACIDADE DISPONÍVEL	13
3.1. Nota Introdutória	13
3.2. Análise das necessidades a satisfazer	13
3.3. Aferição da existência de capacidade disponível no SNS e no setor privado/social com acordos com o SNS	14
4. AVALIAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DE OPÇÕES	20
4.1. Nota Introdutória	20
4.2. Fases da avaliação custo-benefício	20
4.3. Identificação de opções	21
4.4. Listagem dos custos e benefícios associados a cada opção	21
4.5. Estimativa do valor monetário do custo base associado a cada opção	22
4.6. Estimativa dos restantes custos e benefícios associados a cada opção	26
4.7. Apuramento do custo total associado a cada opção líquido de benefícios (se aplicável).....	34
4.8. Incorporação na análise dos custos e benefícios não monetizáveis	36
4.9. Realização de análises de sensibilidade	37
4.10. Seleção da opção preferida	37
5. ECONOMIA, EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DA OPÇÃO SELECIONADA	38
5.1. Abordagem conceptual	38

5.2. Avaliação da economia do acordo	38
5.2.1. Teste face a referenciais de mercado para serviços idênticos	40
5.2.2. Determinação do referencial de custo público e apuramento da economia	41
5.2.3. Elaboração de uma matriz de riscos do acordo	45
5.3. Avaliação da eficácia do acordo.....	45
5.4. Avaliação da eficiência do acordo	46
5.5. Avaliação da sustentabilidade financeira do acordo	47

ANEXOS

Anexo 1 – Listagem (não exaustiva) de acordos de cooperação em vigor	49
Anexo 2 – Bibliografia	53
Anexo 3 – Exemplos teóricos ilustrativos das análises a desenvolver	55
Anexo 4 – Índice indicativo do estudo prévio a desenvolver nos termos do n.º 6 do DL 138/2013	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Etapas do processo de análise e avaliação prévias dos acordos com IPSS	11
Figura 2: Árvore de decisão para avaliação da existência de capacidade disponível em unidades de saúde pertencentes ao SNS	15

ÍNDICE DE EXEMPLOS

Exemplo 1: Definição da área de influência a abranger no acordo de cooperação.....	55
Exemplo 2: Caracterização da procura e oferta históricas.....	55
Exemplo 3: Projeção da produção anual a contratar.....	56
Exemplo 4: Identificação das unidades do SNS com localização e perfil assistencial adequados	57
Exemplo 5: Capacidade infraestrutural em camas de internamento	57
Exemplo 6: Capacidade infraestrutural em bloco operatório.....	58
Exemplo 7: Capacidade infraestrutural em consulta externa.....	60
Exemplo 8: Capacidade de equipamentos essenciais.....	60
Exemplo 9: Disponibilidade de recursos humanos clínicos em termos globais	61
Exemplo 10: Disponibilidade de cirurgiões e anestesistas para realização de atividade cirúrgica	62
Exemplo 11: Custeio base da opção acordo de operação	64
Exemplo 12: Custeio base da opção utilização de capacidade disponível no SNS.....	65
Exemplo 13: Custeio base da opção investimento em nova capacidade.....	65
Exemplo 14: Custeio base da opção outra entidade privada ou IPSS.....	66
Exemplo 15: Tempo de espera para acesso dos utentes a cuidados de saúde.....	66

Exemplo 16: Apuramento do custo associado às deslocações dos utentes	68
Exemplo 17: Impacto na produtividade dos utentes	69
Exemplo 18: Qualidade das prestações de saúde	70
Exemplo 19: Contributo potencial para a reorganização da oferta pública da região	71
Exemplo 20: Apuramento do custo total	72
Exemplo 21: Apuramento do VAL	72
Exemplo 22: Análise multicritério	73
Exemplo 23: Teste à decisão mediante alteração dos pesos ponderatórios	74
Exemplo 24: Critérios (possíveis) para identificação de unidades de referência	75
Exemplo 25: Determinação da economia do acordo	76
Exemplo 26: Matriz de risco teórica simplificada	79

PREFÁCIO

O presente Modelo de Análise insere-se nos objetivos definidos pelo Ministério da Saúde de promover um desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pautado por uma utilização eficiente e eficaz dos dinheiros públicos que, num contexto de escassez de recursos, deve pressupor uma adequada e devidamente fundamentada avaliação dos custos e benefícios das alternativas viáveis para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde existentes e, desta forma, canalizar os fundos disponíveis para projetos e atividades que apresentem claros benefícios para a sociedade portuguesa.

Foi com este desiderato que o Governo Português promulgou o Decreto-Lei n.º 138/2013 de 9 de Outubro que estabelece as formas e regras de articulação do Ministério da Saúde com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e define a necessidade de elaboração de estudos prévios à contratualização pela Administração Central do Sistema de Saúde e pelas Administrações Regionais de Saúde. Uma adequada e robusta fundamentação da decisão de contratualização com IPSS é essencial tanto mais que, sendo o financiamento da vertente hospitalar definido numa lógica capitolacional, a decisão de contratualização de serviços clínicos ao setor social implica uma redução da contratualização da prestação de serviços clínicos no restante universo do SNS.

O presente documento denominado de “Modelo para análise e avaliação prévias de acordos com IPSS” foi elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde constituindo a *guidance* de suporte à elaboração dos estudos de fundamentação da decisão de celebração de acordos com IPSS previstos no artigo 6.º do referido Decreto-Lei. Trata-se de uma versão que se pretende venha a beneficiar das melhorias, dos ajustamentos e dos desenvolvimentos decorrentes dos trabalhos a desenvolver em casos concretos pelas diversas entidades participantes neste processo.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Objetivos do Documento

O presente documento tem como objetivo definir o modelo a adotar na análise e avaliação prévia de acordos com IPSS, considerando o disposto no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 138/2013 de 9 de outubro relativamente à necessidade de demonstração e garantia da economia, eficácia, eficiência e sustentabilidade financeira dos acordos e dando ainda cumprimento aos Despachos n.º 724/2013 de 14 de outubro e n.º 2296/2013 de 1 de fevereiro do Senhor Secretário de Estado da Saúde e às Recomendações do Tribunal de Contas, no sentido de que a celebração de acordos com IPSS seja precedida de um levantamento das necessidades do SNS, da fixação de objetivos assistenciais pretendidos pelo Estado e de uma análise custo-benefício que considere designadamente a capacidade instalada do sector público.

Trata-se de uma primeira versão que se pretende venha no futuro a beneficiar das melhorias, dos ajustamentos e dos desenvolvimentos que resultem da sua implementação a situações concretas pelas diversas entidades participantes no processo de análise e avaliação prévia de acordos com IPSS.

1.2. Âmbito de aplicação

A presente *guidance* aplica-se à celebração e revisão de acordos de cooperação pelo Ministério da Saúde e por entidades do SNS com IPSS, ou seja, conforme estabelecido no n.º 3 do artigo 2.º do DL 138/2013, aos acordos que visam a *integração de um estabelecimento de saúde pertencente às IPSS no SNS, o qual passa a assegurar as prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos do SNS*.

A título exemplificativo inclui-se no Anexo 1 ao presente documento uma listagem (não exaustiva) de acordos de cooperação com IPSS atualmente em vigor, tanto com carácter nacional (quando celebrados com o Ministério da Saúde), como regional (quando celebrados com as Administrações Regionais de Saúde).

Tendo por base os acordos de cooperação em vigor considerou-se, quando relevante, para efeitos da elaboração dos exemplos constantes do presente documento, a existência dos seguintes 3 tipos de acordos de cooperação principais:

1. Acordos monovalentes: inclui, nomeadamente, os acordos relativos à especialidades de transplantes, diabetes, reumatologia, insuficiência renal crónica e psiquiatria;
2. Acordos generalistas: inclui, nomeadamente, os acordos celebrados pelas ARS com as Santas Casas de Misericórdia celebrados ao abrigo do acordo nacional com a União das Misericórdias Portuguesas (acordos idênticos com variação apenas da carteira assistencial dentro do leque de especialidades previsto) e o acordo com a Fundação Aurélio Amaro Dinis;
3. Centros de Medicina Física e Reabilitação: inclui o acordo de cooperação relativo ao Alcoitão.

1.3. Destinatários

Os destinatários são as entidades que, nos termos no n.º 1 do artigo 6.º do DL 138/2013, têm a responsabilidade de elaboração dos estudos prévios à celebração de acordos de cooperação com IPSS.

1.4. *Guidance* internacional

O presente documento teve por base um levantamento e uma análise detalhados da *guidance* internacional (conforme bibliografia constante do Anexo 2 ao presente documento) adotada para a análise e avaliação de decisões de afetação de fundos públicos, destacando-se, nesta matéria, pela sua relevância, as publicações do *National Audit Office* e do *HM Treasury* no Reino Unido, *New South Wales Department of Health* da Austrália e, ao nível da União Europeia, o Banco Europeu de Investimento e a Direção Geral de Política Regional da Comissão Europeia.

Procedeu-se, naturalmente, a uma adaptação da *guidance* internacional à situação em concreto dos acordos de cooperação no âmbito do DL 138/2013, considerando as suas especificidades nomeadamente quanto ao menor volume financeiro associado (que implica necessariamente a simplificação e adaptação de procedimentos e metodologias), mas preservando, na medida do possível, a filosofia e os princípios da referida *guidance*.

Cumpra a este respeito referir que a prática internacional relevante consiste em proceder a uma clara identificação e fundamentação das necessidades a satisfazer e dos objetivos a atingir, seguindo-se a identificação e a avaliação comparativa das opções viáveis existentes para a satisfação dessas necessidades e a prossecução desses objetivos na ótica do interesse da sociedade. Só em fase subsequente, e caso a opção de celebração do acordo seja selecionada, se procede, conforme exigido pelo DL 138/2013, à avaliação da economia, da eficácia, da eficiência e da sustentabilidade financeira da opção selecionada.

1.5. Conteúdo do documento

O presente documento encontra-se estruturado da seguinte forma:

- No capítulo 3 fornecem-se orientações para efeitos da análise e identificação das necessidades de cuidados de saúde a satisfazer e da aferição da existência, ou não, de capacidade disponível para a prestação desses cuidados de saúde em estabelecimentos do SNS;
- No capítulo 4 desenvolve-se a metodologia e os procedimentos a adotar na análise custo-benefício de opções; e
- No capítulo 5 apresenta-se a metodologia e regras para efeitos da avaliação da economia, da eficiência, da eficácia e da sustentabilidade financeira do acordo.

Procurou-se nos capítulos seguintes ser o mais abrangente e exaustivo possível pelo que, para um determinado acordo em concreto, poderá haver análises e exemplos que não são aplicáveis, mas também situações em particular que não foram antecipadas. As entidades responsáveis pela elaboração do estudo prévio à contratualização deverão, desta forma, proceder às necessárias adaptações da presente *guidance*, assegurando, não obstante, que os testes principais são sempre realizados, incluindo o levantamento de *players* públicos, privados e sociais, a análise e fundamentação das necessidades de cuidados de saúde, a avaliação da existência de capacidade disponível no SNS, a identificação, comparação e seleção de opções viáveis no âmbito da análise custo-benefício e, nos casos em que a celebração do acordo seja a opção selecionada, a aferição da economia, eficácia, eficiência e sustentabilidade financeira do acordo de cooperação.

Salienta-se, por último, que os exemplos das análises a desenvolver apresentados no Anexo 3 ao presente documento são teóricos e meramente ilustrativos não traduzindo situações concretas e devendo as entidades responsáveis pela elaboração dos estudos proceder às adaptações necessárias considerando a situação em concreto em análise.

2. PROCESSO DE ANÁLISE E AVALIAÇÃO

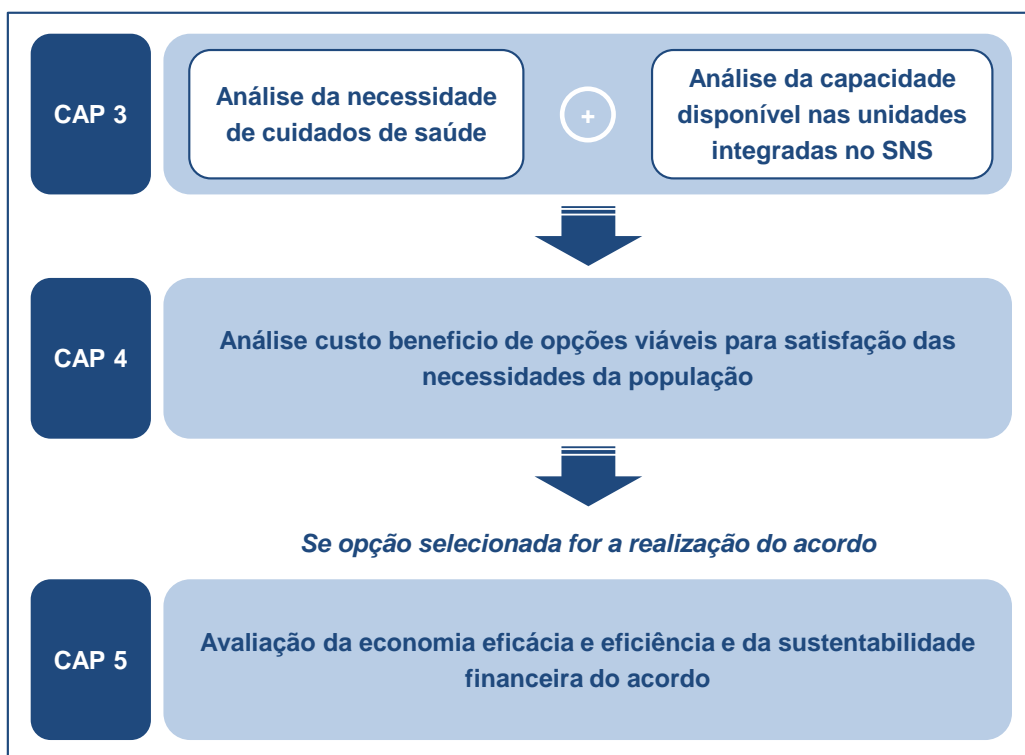
2.1. Nota introdutória

Este capítulo sintetiza as etapas chave do processo da análise e avaliação prévias à celebração de acordos de cooperação com IPSS no âmbito do procedimento prévio de contratualização previsto no artigo 6.º do DL 138/2013, fases que são apresentadas em maior detalhe nos capítulos subsequentes.

2.2. Esquema do processo de análise e avaliação prévias

O processo de análise e avaliação prévias dos acordos com IPSS ao abrigo do DL 138/2013 inclui as seguintes 3 etapas principais:

Figura 1: Etapas do processo de análise e avaliação prévias dos acordos com IPSS



Apresenta-se no Anexo 4 ao presente documento um índice indicativo para os estudos prévios à contratualização que constitui uma base de trabalho que deverá ser adaptada a cada situação em concreto.

3. ANÁLISE DAS NECESSIDADES E DA CAPACIDADE DISPONÍVEL

3.1. Nota Introdutória

A análise que se propõe seja desenvolvida no presente capítulo tem dois objetivos:

- i) Em primeiro lugar, verificar se os cuidados de saúde objeto do acordo são efetivamente necessários, tendo por base a carteira de serviços e a produção anual a contratar no âmbito do acordo de cooperação; e
- ii) Identificar, caso existam, as unidades do SNS e as unidades privadas / setor social com acordos celebrados com o SNS localizadas na área de influência com capacidade disponível para satisfazer essas necessidades de cuidados de saúde da população.

3.2. Análise das necessidades a satisfazer

Importa garantir, antes de mais, que existem necessidades efetivas de cuidados de saúde a satisfazer, assegurando a inexistência de meras renovações automáticas de acordos de cooperação pré-existentes cuja efetiva necessidade tenha deixado de existir. Para tal, propõe-se que a fase de análise de necessidades de cuidados de saúde a satisfazer envolva, essencialmente, as seguintes 4 etapas:

1. Identificação das áreas de prestação de cuidados de saúde e das valências a contratualizar: Considerando, se aplicável, o histórico de atividade contratualizada com a entidade contraparte no acordo, as competências e capacidades existentes ou a criar e as necessidades de cuidados de saúde (expressas ou não), definem-se neste ponto genericamente as áreas de prestação de cuidados e valências que vão ser analisadas nos pontos seguintes.
2. Definição da área de influência e população a abranger pelo acordo: A definição da área de influência e da população a abranger no acordo de cooperação deverá ter em consideração a tipologia de cuidados de saúde a contratar (ver Exemplo 1 constante do Anexo 3).

3. Caracterização da procura e oferta históricas: procede-se à caracterização da procura de cuidados de saúde gerada pela população da área de influência definida no ponto anterior e da forma como essa procura tem sido satisfeita (ver Exemplo 2 constante do Anexo 3).
4. Definição da carteira de serviços e da produção a contratualizar: Por último, deverá ser estabelecida a carteira de serviços a contratar e projetada a produção anual por linha de atividade/ especialidade que se estima vir a ser contratualizada ao longo do prazo do acordo de cooperação. Para simplificação da análise, a atividade a contratualizar poderá ser estimada apenas para 1 ano de exploração, exceto quando haja expectativa, ou seja desde logo antecipável, a existência de alterações nas quantidades a contratar anualmente, caso em que deverão ser desenvolvidas projeções de atividade para todo o período do acordo de cooperação (ver Exemplo 3 constante do Anexo 3).

3.3. Aferição da existência de capacidade disponível no SNS e no setor privado/social com acordos com o SNS

De forma a delinear as opções existentes para satisfação das necessidades identificadas no ponto anterior, é essencial verificar se existe capacidade disponível em unidades do SNS e/ou em unidades privadas e do setor social com acordos de prestação de cuidados clínicos estabelecidos com o SNS. Trata-se de verificar se existem formas alternativas, com viabilidade de implementação, que permitam atingir os objetivos definidos de prestação de cuidados de saúde à população.

No que respeita especificamente à aferição da existência de capacidade instalada nas unidades pertencentes ao SNS localizadas na região, deverá ser desenvolvida uma análise que englobe, conforme detalhado nos pontos seguintes, a identificação das unidades do SNS com localização e perfil assistencial adequados e a avaliação, para essas unidades, da existência de capacidade disponível em termos infraestruturais, de equipamentos e de recursos humanos, após resolução das listas espera com tempos superiores aos máximos garantidos.

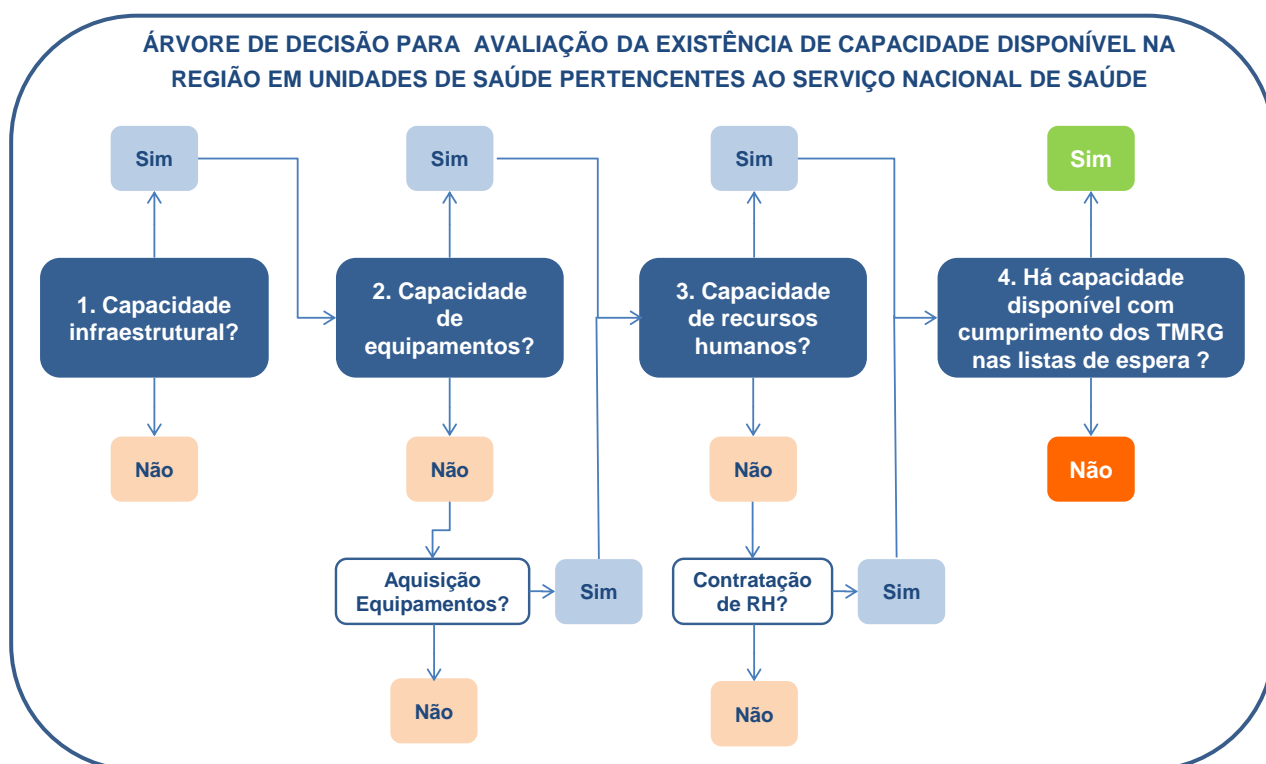
1. Identificação das unidades do SNS com localização e perfil assistencial adequados: Levantamento das unidades pertencentes ao SNS que possuam localização e perfil

assistencial adequados à prestação dos cuidados de saúde que se pretendem contratualizar no âmbito do acordo de cooperação (ver Exemplo 4 constante do Anexo 3).

2. Avaliação da existência de capacidade disponível nas unidades do SNS identificadas no ponto anterior: A avaliação da capacidade disponível não se pode esgotar na aferição da existência de infraestruturas disponíveis, devendo também considerar se há equipamentos e recursos humanos excedentários. Com efeito, a existência de capacidade infraestrutural é meramente teórica, não significando que uma determinada unidade pública constitui alternativa viável à celebração do acordo, uma vez que poderão existir constrangimentos a outros níveis, como sendo recursos humanos, equipamentos ou dimensão da lista de espera e/ ou tempos de resposta da unidade hospitalar.

A existência de capacidade infraestrutural excedentária, sendo condição necessária, não é suficiente, pelo que se apresenta seguidamente um exemplo de árvore de decisão a percorrer nesta análise:

Figura 2: Árvore de decisão para avaliação da existência de capacidade disponível em unidades de saúde pertencentes ao SNS



- i) Avaliação da capacidade da infraestrutura: Esta é efetuada mediante a comparação da atividade histórica realizada (preferencialmente para um período de 3 anos para expurgar eventuais situações *outliers*) com o potencial existente para realização de atos clínicos, considerando taxas de ocupação objetivo, horários de funcionamento, durações médias de atos clínicos incluindo intervalos, as instalações disponíveis para a prática do ato (ex. n.º de gabinetes, n.º camas de internamento, n.º de camas de UCI, n.º de camas de recobro, n.º de salas operatórias, n.º de postos de hemodiálise) e as interdependências que possam existir entre diferentes áreas (por exemplo, no que respeita ao recobro e aos cuidados intensivos relativamente às salas operatórias). As principais fontes de informação para a realização desta análise consistem na ACSS, SIGIC, CTH e unidades hospitalares em análise.

Destacam-se os seguintes aspetos que deverão ser tidos em consideração na aferição da capacidade infraestrutural:

- ✓ Capacidade global versus capacidade de áreas específicas: é preciso ter em consideração se, para a determinação da capacidade infraestrutural, deve concorrer a capacidade global da unidade ou apenas de áreas específicas (por exemplo, existem consultas externas passíveis de serem realizadas em qualquer gabinete de consulta/ sala, enquanto outras carecem de espaços com características específicas).
- ✓ Interdependências entre espaços: Por exemplo, a mera aferição de disponibilidade de sala operatória para realização de transplantes não é suficiente, uma vez que pode haver um estrangulamento noutra área do hospital, como sendo os cuidados intensivos ou as camas de internamento.
- ✓ Taxas de ocupação médias anuais: Deverá atender-se, naturalmente, ao facto de a uma taxa de ocupação média anual da ordem dos 75% a 85% não corresponder capacidade excedentária no remanescente, uma vez que ao longo do ano existem picos de atividade que exigem necessariamente a existência de folgas em termos médios anuais.

Apresentam-se no Anexo 3 exemplos teóricos ilustrativos da análise da utilização da capacidade infraestrutural no que respeita às camas de internamento (Exemplo 5), ao bloco operatório (Exemplo 6) e aos gabinetes de consulta externa (Exemplo 7).

- ii) Avaliação da capacidade dos equipamentos: Nos casos em que haja equipamentos essenciais à prestação dos cuidados de saúde em causa deverá ser aferida a respetiva capacidade de resposta por comparação entre os níveis de atividade historicamente realizados e o potencial de produção existente considerando horários de funcionamento, duração dos exames/tratamentos, intervalos entre exames/tratamentos (ex. ressonância magnética) e recursos humanos necessários para a respetiva operação. Apresenta-se no Anexo 3 um exemplo teórico ilustrativo da avaliação da existência de capacidade de equipamentos médicos de diagnóstico (Exemplo 8). Caso se conclua pela falta de capacidade de resposta adicional com o parque de equipamentos existente deverão, antes de se concluir que os equipamentos constituem um impedimento à utilização de capacidade instalada no SNS, ser avaliadas as possibilidades de aquisição de equipamentos e/ou de subcontratação de exames ao exterior.

- iii) Avaliação da capacidade dos recursos humanos: A efetuar mediante o apuramento, em termos globais para a unidade hospitalar do SNS, de indicadores de produtividade do pessoal clínico, como sendo os doentes padrão por médicos ETC e por enfermeiros ETC, os quais deverão ser confrontados com os valores de referência determinados com base nos últimos resultados anuais obtidos pelos hospitais do SNS incluídos no mesmo Cluster Hospitalar¹(de acordo com a metodologia ACSS de construção de clusters hospitalares) para aferir da existência, ou não, de capacidade de recursos humanos clínicos em termos globais para a unidade em análise. Apresenta-se no Anexo 3 um exemplo teórico ilustrativo da aferição da disponibilidade de recursos humanos clínicos em termos globais (Exemplo 9).

¹ Realça-se neste âmbito a publicação da ACSS, Relatório de *Benchmarking* de Hospitais EPE e PPP de 15 de maio de 2013 que contém dados para o ano de 2012 e ainda os dados constantes do *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» da ACSS.

Por outro lado, para cuidados de saúde específicos, a análise deverá ser efetuada mediante a comparação entre a atividade historicamente realizada (preferencialmente para um período de 3 anos expurgando eventuais situações anómalas) e o potencial existente para a realização de atos clínicos, considerando os recursos humanos imprescindíveis (a título exemplificativo apresenta-se no Anexo 3 ao presente documento o Exemplo 10 relativo à análise da disponibilidade de anestesistas e de cirurgiões para a realização de atividade cirúrgica).

- iv) Avaliação das listas de espera da unidade hospitalar e da região: A mera existência de capacidade instalada nas unidades da região não permite concluir pela existência de capacidade efetiva de prestação dos cuidados de saúde objeto do acordo de cooperação (após identificação das necessidades), uma vez que tal unidade poderá ter ela própria listas de espera ou haver na região listas de espera que mais do que esgotem essa capacidade. Neste contexto, caso se conclua pela existência de capacidade instalada excedentária, esta deverá ser primeiramente utilizada para fazer face à lista de espera da própria unidade e, seguidamente, da região. Para tal deverá ser tida em consideração a informação disponível no Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e Consulta a Tempo e Horas (CTH).

A título exemplificativo, caso se conclua existir capacidade infraestrutural, de equipamentos e de recursos humanos para realização da atividade adicional, dever-se-á nesta fase verificar se a capacidade de resposta existente para realização de atividade adicional é, ou não, esgotada pela realização da atividade de consulta externa e de cirurgia correspondente ao volume de utentes que historicamente apresentaram tempos de resposta superiores aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos.

Apenas após realização desta última verificação se poderá concluir definitivamente pela existência, ou não, de alternativas viáveis de satisfação das necessidades de cuidados de saúde nas unidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS.

- v) Por último, caso se conclua após a realização das 4 verificações anteriores (infraestrutura, equipamentos, recursos humanos e listas de espera) existir capacidade disponível no setor público deverá ser avaliado o tempo necessário para que a(s)

unidade(s) hospitalar(es) do SNS implemente(m) as mudanças de funcionamento e organizacionais necessárias para garantir a realização dessa atividade adicional. Esta estimativa de tempo de implementação será considerada no âmbito da análise custo-benefício no critério de avaliação comparativa de opções relativo ao tempo para implementação e satisfação das necessidades de cuidados de saúde (conforme detalhado no ponto 4.4 do presente documento).

3. Identificação das unidades do sector privado e social disponíveis na região (com contratualização já firmada com o Ministério da Saúde): Pressupõe a identificação, pela ACSS ou pelas ARS, das entidades privadas e IPSS prestadoras dos cuidados de saúde na região com acordos com o SNS e que possuam competências, recursos e capacidade disponíveis para a prestação dos cuidados de saúde a satisfazer. Nos casos em que não sejam identificadas entidades que reúnam essas condições, tal deverá ser explicitamente referido. Considera-se que a identificação, salvo exceções que venham a ser identificadas pela ACSS ou pelas ARS, deverá cingir-se a entidades com contratualização pré-existente com o Ministério, dado entender-se não fazer parte do âmbito da elaboração dos estudos prévios à contratualização, nem ser sequer viável, contactar todas as unidades prestadoras de saúde e questioná-las quanto ao interesse de celebrar um acordo deste tipo e em que condições o fariam.

4. AVALIAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DE OPÇÕES

4.1. Nota Introdutória

De acordo com a *guidance* internacional e com as recomendações constantes de Acórdãos do Tribunal de Contas, a tomada de decisões de afetação de recursos públicos deve obrigatoriamente ser precedida de uma avaliação custo-benefício das opções existentes para atingir os objetivos definidos, do ponto de vista da sociedade.

A análise custo benefício² consiste numa técnica de avaliação que quantifica em termos monetários o máximo de custos e benefícios associados a cada uma das opções viáveis para atingir os objetivos definidos. Esta técnica implica um trabalho de identificação de opções que deverá, numa fase inicial, ser o mais abrangente possível incluindo todas as opções (mesmo as extremas), ao que se segue a seleção de uma *short list* de opções com viabilidade de implementação, as quais são objeto de avaliação comparativa e hierarquização. Salienta-se que a definição das opções viáveis deve refletir os resultados da análise desenvolvida na fase anterior de avaliação das necessidades e capacidades, nomeadamente quanto à existência de capacidade nas unidades públicas da região ou em outras unidades do sector privado e social para a prestação dos cuidados de saúde a contratualizar no âmbito do acordo com a IPSS.

4.2. Fases da avaliação custo-benefício

Para efeitos da análise e avaliação prévia de acordos de cooperação com IPSS, considera-se que a avaliação custo-benefício deverá abranger as seguintes tarefas, as quais serão detalhadas nos pontos subsequentes do presente capítulo:

1. Identificação abrangente de opções e *short list* das opções viáveis;
2. Listagem dos custos e benefícios associados a cada opção;
3. Estimativa do valor monetário do custo base associado a cada opção
4. Estimativa do valor monetário dos restantes custos e benefícios associados a cada opção;
5. Apuramento do custo total associado a cada opção líquido de benefícios (se aplicável);
6. Incorporação na análise dos custos e benefícios não monetizáveis;

² HM Treasury, *The Green Book, Appraisal and Evaluation in Central Government*, julho de 2011.

7. Realização de análises de sensibilidade;
8. Seleção da opção preferida.

Adicionalmente, no Anexo 3 apresentam-se exemplos relativamente às diversas fases e tarefas da análise custo-benefício cuja consulta e análise se recomenda para uma melhor compreensão das tarefas a desenvolver neste âmbito.

4.3. Identificação de opções

Conforme anteriormente referido, e para além da gama de opções depender naturalmente da tipologia das necessidades de cuidados de saúde a satisfazer, deve primeiramente ser considerada uma gama vasta de opções antes de ser elaborada uma lista reduzida, esta última objeto de apreciação pormenorizada no âmbito da análise custo-benefício.

As opções deverão ser delineadas numa base casuística e tendo em consideração os resultados das análises desenvolvidas no capítulo 3. Não obstante, apresentam-se seguidamente exemplos de opções que poderão ser consideradas e que deverão ser adaptadas à situação em causa:

- i) Celebração do acordo de cooperação;
- ii) Utilização de capacidade disponível no SNS (podem ser construídas subopções considerando que toda a atividade é centralizada numa unidade ou dispersa por várias);
- iii) Investimento integral em nova capacidade (infraestrutural, equipamentos e pessoal) pelo sector público (podem ser desenvolvidas subopções considerando a construção de uma unidade autónoma ou a expansão de uma unidade hospitalar existente);
- iv) Contratação de outra entidade privada ou integrada no setor social.

4.4. Listagem dos custos e benefícios associados a cada opção

Relativamente a cada uma das opções constantes da *short-list* deverão ser identificados os custos e benefícios associados, os quais poderão incluir:

1. Custeio base, correspondente ao custo de prestação/contratualização dos cuidados em cada opção;
2. Tempo de espera para acesso dos utentes a cuidados de saúde (dimensão temporal do acesso);

3. Distância para acesso dos utentes a cuidados de saúde (dimensão espacial do acesso);
4. Impactos na produtividade dos utentes;
5. Qualidade das prestações de saúde;
6. Potencial contributo para a reorganização da oferta pública da região; e
7. Outros relevantes.

4.5. Estimativa do valor monetário do custo base associado a cada opção

A metodologia de estimativa do custo base depende naturalmente da opção que se estiver a analisar; contudo, deverá ser assegurado para garantia de comparabilidade entre opções que são sempre consideradas as mesmas quantidades, iguais àquelas que se pretendem contratar no âmbito do acordo de cooperação.

De forma a guiar a análise que venha em cada caso a ser efetuada apresentam-se no Anexo 3 ao presente documento alguns exemplos teóricos e meramente ilustrativos da estimativa de custos base relativamente às opções listadas no ponto 4.3.

É importante salientar que, sempre que possível, e para simplificação da análise, os custos e os benefícios monetizáveis deverão ser determinados apenas para um ano de exploração, exceto quando haja expectativa, ou seja desde logo antecipável, a existência de alterações nas quantidades contratadas e/ou nos preços/custos ao longo do prazo do acordo em qualquer uma das opções, caso em que deverão ser desenvolvidas projeções para todo o período do acordo. Neste contexto, os exemplos desenvolvidos no Anexo 3 consideraram apenas um ano por simplificação, tendo-se contudo desenvolvido um exemplo incorporando a atualização de *cash-flows* (Exemplo 21: Apuramento do VAL).

No que concerne à fiscalidade, cumpre ainda referir que:

- Não devem ser considerados os impostos que incidam sobre cada opção (e.g. IRC em caso de contratação do setor privado), uma vez que a análise custo-benefício é feita na ótica da sociedade e este imposto configura, nesse âmbito, uma transferência de rendimento entre entidades, a entidade privada e o Estado.
- No que respeita especificamente ao IVA não existe necessidade de efetuar quaisquer ajustamentos ao custeio base dado o regime fiscal aplicável às atividades em saúde prever

a não dedutibilidade do imposto suportado e este não ser diferenciador das opções por estar incluído, tanto nas opções de prestação dos cuidados diretamente pelo Estado nos consumos (CEVC) e nos fornecimentos e serviços externos (FSE), como nas opções de contratualização com terceiras entidades que o incorporam no preço final auferido.

Por último realça-se que, de acordo com a *guidance* internacional relativa a análises custo benefício, o investimento a realizar na opção de investimento em nova capacidade pelo setor público deverá ser considerado na sua totalidade, independentemente da respetiva forma de financiamento (ex. subsídios). Tal resulta do facto de a análise ser efetuada na ótica da sociedade entendendo-se, assim, que os subsídios eventualmente disponíveis têm um custo de oportunidade dado não poderem ser canalizados para aplicações alternativas.

1. Celebração do acordo de cooperação:

i) Para efeitos de custeio base deverão ser usados os preços e as quantidades a contratar no âmbito do acordo de cooperação, apurando-se o encargo global anual estimado conforme efetuado no Exemplo 11 (Custeio base da opção acordo de cooperação).

2. Utilização de capacidade disponível no SNS (ver Exemplo 12: Custeio base da opção utilização de capacidade disponível no SNS):

i) Para efeitos de custeio base deverão ser consideradas quantidades a contratar e os custos unitários de prestação na(s) unidade(s) pública(s) com capacidade disponível para prestar os cuidados de saúde.

ii) Os custos unitários devem ser apurados, com base na contabilidade analítica da unidade em causa³, numa ótica do custo variável marginal de produção de uma unidade adicional. Não obstante, sempre que haja necessidade de incrementar os recursos humanos, deverão para efeitos de apuramento do custo unitário marginal ser incluídos, não só o CEVC e FSE variáveis, como também os encargos com pessoal.

³ Caso se venha a constatar que a unidade hospitalar em causa não dispõe de contabilidade analítica a informação deverá, em alternativa, ser obtida junto do Grupo de Trabalho constituído pela ACSS e várias instituições hospitalares no que respeita a custos da contabilidade analítica para as rubricas de GDH e das restantes linhas de produção hospitalar.

- iii) Com efeito, na quantificação da opção de utilização de capacidade já existente no setor público deverá ser adotada uma ótica de custo e não uma ótica de preços de financiamento à unidade, os quais podem não refletir os custos gerados pela prestação dos cuidados resultando na acumulação de tesouraria ou de dívidas a fornecedores.
- iv) Mais concretamente, tendo por base os elementos da contabilidade analítica (nas diversas vertentes de produção hospitalar relevantes, por exemplo, consulta, internamento ou cirurgia) identificam-se os custos variáveis marginais decorrentes da prestação dos cuidados de saúde em cada uma das unidades que poderá dar resposta às necessidades identificadas, os quais devem incluir:
- ✓ Custos diretos relativos a CEVC: apura-se o custo unitário médio histórico (ex. por doente tratado/ cirurgia/ consulta, etc.);
 - ✓ Custos diretos relativos a FSE: apura-se o custo unitário médio histórico (ex. por doente tratado/ cirurgia/ consulta, etc.);
 - ✓ Custos diretos relativos a Pessoal: apenas devem ser incluídos no custo unitário médio na medida em que a disponibilidade de recursos humanos (médicos, de enfermagem ou outros) tenha sido identificada como um constrangimento no âmbito da análise da capacidade disponível no sector público; pressupõe-se, por simplificação, que cada unidade adicional será produzida com uma incorporação idêntica à histórica em termos de remuneração base e de recurso a horas extraordinárias/ noites e suplementos;
 - ✓ Não devem ser considerados valores respeitantes a amortizações uma vez que se pressupõe existir capacidade disponível não sendo necessária a realização de novos investimentos, além de que as amortizações relativas a investimentos passados não consubstanciam uma saída efetiva de fundos;
 - ✓ Não devem ser considerados custos financeiros, uma vez que esta análise não tem em consideração a forma de financiamento de cada opção estando o custo dos fundos para a sociedade refletido na taxa de desconto;
 - ✓ Não devem ser incluídos custos extraordinários dado o seu carácter não recorrente;
 - ✓ No que concerne aos custos indiretos, deverá ser considerada a globalidade das secções de apoio clínico e, no caso de áreas como internamento e cirurgia, custos com as secções de apoio geral de lavandaria e alimentação.

- v) Os custos unitários apurados nas áreas codificáveis em GDH deverão ser devidamente corrigidos pelo índice de *case mix*.
 - vi) Estes custos serão posteriormente aplicados às quantidades que se pretendem contratualizar e já utilizadas no custeio descrito na opção celebração do acordo, de forma a obter o valor do encargo global estimado na opção de utilização de capacidade disponível no SNS.
3. Investimento em nova capacidade no sector público (infraestrutural, equipamentos e pessoal) (ver Exemplo 13: Custeio base da opção investimento em nova capacidade):
- i) Esta é uma opção que será, na maioria dos casos, imediatamente excluída, uma vez que para o tipo e quantidade de serviços a contratualizar poderá não fazer sentido a construção de uma nova infraestrutura, tanto na vertente de planeamento de recursos em saúde, como da racionalidade económico-financeira do investimento.
 - ii) Adicionalmente, o tempo necessário à execução do investimento contribui, juntamente com o custo de construção e de apetrechamento, para tornar, desde logo, esta opção inferior face às alternativas.
 - iii) Esta opção poderá tornar-se, assim, numa opção sem viabilidade, não devendo nesse caso ser incluída na *short-list* e, como tal, não devendo ser custeada.
 - iv) Caso, ainda assim, se venha a revelar que tal opção deva ser custeada, a forma de o efetuar incluirá, designadamente:
 - ✓ Uma estimativa dos custos do investimento inicial a efetuar.
 - ✓ Uma estimativa dos custos operacionais da nova infraestrutura que implicará, nomeadamente:
 - i) A identificação de um grupo de unidades públicas de referência, comparáveis, tendo por base, um conjunto de variáveis de carteira de serviços, atividade, dimensão e complexidade;
 - ii) A análise da performance económico-financeira histórica das unidades referidas na alínea anterior para seleção de um subgrupo de unidades comparativamente mais eficientes;

- iii) A recolha de informação de atividade e económico-financeira detalhada (demonstrações financeiras, balancetes analíticos e contabilidade analítica⁴) para as unidades identificadas em ii); e
 - iv) A análise da informação recolhida (para pelo menos três anos, caso disponível), determinando referenciais de custos unitários por ato a contratualizar no âmbito do acordo em análise, assim como, se necessário para projeção de custos para o prazo do acordo, as taxas médias de crescimento real dos custos.
4. Contratação de outra entidade privada ou integrada no setor social (ver Exemplo 14: Custeio base da opção outra entidade privada ou IPSS):
- i) Para efeitos de custeio base deverão ser usadas as quantidades que se pretende contratar no âmbito do acordo e os preços em vigor nos acordos/ convenções já em vigor, apurando-se o encargo global anual estimado.

4.6. Estimativa dos restantes custos e benefícios associados a cada opção

Identificaram-se, no ponto 4.5 anterior, os principais custos e benefícios que poderão estar associados a cada opção:

1. Tempo de espera para acesso dos utentes a cuidados de saúde (dimensão temporal do acesso);
2. Distância para acesso dos utentes a cuidados de saúde (dimensão espacial do acesso);
3. Impacto na produtividade dos utentes;
4. Qualidade das prestações de saúde; e
5. Potencial contributo para a reorganização da oferta pública da região.

Nos pontos seguintes apresentam-se algumas considerações sobre cada um dos custos/ benefícios anteriormente elencados, incluindo-se no Anexo 3 possíveis formas de medição dos mesmos com exemplos práticos teóricos e meramente ilustrativos, sempre que aplicável. Naturalmente que os critérios apenas devem ser analisados na medida em que sejam distintivos entre opções.

⁴ Caso se venha a constatar que a(s) unidade(s) hospitalar(es) em causa não dispõe(m) de contabilidade analítica a informação deverá, em alternativa, ser obtida junto do Grupo de Trabalho constituído pela ACSS e várias instituições hospitalares no que respeita a custos da contabilidade analítica para as rúbricas de GDH e das restantes linhas de produção hospitalar.

Propõe-se que a “valorização” de custos e benefícios que se venham a identificar como não “monetizáveis”, ou seja, não convertíveis em unidades monetárias seja efetuada com recurso ao sistema de *scoring* para hierarquização das opções em avaliação, o qual consiste no seguinte:

- Atribuição da pontuação 100 à opção na qual o critério de análise em questão apresente o melhor resultado;
- Atribuição da pontuação 0 à opção na qual o critério em questão apresente o pior resultado;
- e
- Determinação das pontuações intermédias com base na construção de uma reta do tipo $y=mx+b$, com “m” e “b” dados, respetivamente, pelas funções SLOPE e INTERCEPT do Microsoft Excel, tendo em consideração os pares ordenados conhecidos atribuídos à melhor e à pior opção, conforme explicitado nos pontos anteriores.

1. Tempo de espera para acesso dos utentes a cuidados de saúde (dimensão temporal do acesso)

A dimensão temporal do acesso das populações a cuidados de saúde pode ser medida através da análise de um conjunto de indicadores, tendo por base a legislação existente⁵, nomeadamente no que respeita à definição de tempos máximos de resposta garantidos:

**Tempos máximos de resposta garantidos no acesso a cuidados de saúde no SNS
Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro**

Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde (fonte CTH):

De realização «muito prioritária»	30 dias
De realização «prioritária»	60 dias
De realização com prioridade «normal»	150 dias
Em situação de doença oncológica suspeita ou	Variável em função do nível de prioridade

⁵ Designadamente, a Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, a Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho e a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro.

Tempos máximos de resposta garantidos no acesso a cuidados de saúde no SNS
Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro

confirmada.

Cirurgia programada (fonte SIGIC):

Prioridade «de nível 4»	72h após a indicação cirúrgica.
Prioridade «de nível 3»	15 dias seguidos após a indicação cirúrgica.
Prioridade «de nível 2»	60 dias seguidos após a indicação cirúrgica.
Prioridade «de nível 1»	270 dias seguidos após a indicação clínica.
Cirurgia programada na doença oncológica.	Variável em função do nível de prioridade
Entidades convencionadas (consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica)	O tempo de resposta que conste no contrato de convenção.

Neste contexto, sugere-se que as entidades responsáveis pela elaboração do estudo prévio à contratualização avaliem o tempo de espera para acesso dos utentes a cuidados de saúde com base nos seguintes indicadores, ou outros que venham a ser considerados adequados. Com efeito, os critérios aqui apresentados foram delineados para terem importância relativa similar e tendo por objetivo distinguir, de forma simples, as opções em análise, sem prejuízo de serem identificados e incluídos outros considerados relevantes:

- ✓ Indicadores relativos a consulta externa (fonte CTH):
 - i) Percentagem de primeiras consultas realizadas fora do TMRG face às primeiras consultas realizadas, por especialidade;
 - ii) Tempo médio desde o pedido de consulta até à data de realização da consulta por especialidade, em dias.
- ✓ Indicadores relativos a cirurgia⁶ (fonte SIGIC):
 - i) Percentagem de cirurgias realizadas fora do TMRG face às cirurgias realizadas, por especialidade;
 - ii) Tempo médio de espera para cirurgia, medido desde a data do pedido até à data de realização, por especialidade, em dias.

⁶ Deverão ser analisados os indicadores relativos a cirurgia programada convencional e/ou cirurgia programada ambulatorio, conforme os cuidados que se pretendem contratualizar.

Dadas as dificuldades em “monetizar” os indicadores de acesso anteriormente referidos, sugere-se que os resultados de cada indicador (para as diferentes opções) sejam tidos em consideração num exercício de *scoring*, sendo transformados num índice de 0 a 100, correspondendo 100 ao melhor resultado e 0 ao pior, situando-se as demais observações nesse intervalo com um valor de índice estabelecido tendo em consideração os diferentes valores observados.

Após se terem obtido os resultados de cada um dos indicadores numa escala de 0 a 100 deve-se obter um indicador único relativamente ao critério efetuando uma média dos vários índices obtidos, conforme ponto anterior. Caso a entidade responsável pela elaboração do estudo considere que os indicadores têm importância relativa idêntica poderá efetuar uma média simples; caso contrário, terá de ser desenvolvida, de forma justificada, uma média ponderada. Apresenta-se no Anexo 3 um exemplo teórico ilustrativo da análise a desenvolver (Exemplo 15: Tempo de espera para acesso dos utentes a cuidados de saúde).

2. Distância para acesso dos utentes a cuidados de saúde (dimensão espacial do acesso)

A Lei de Bases da Saúde estabelece na Base II que *É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços.*

Neste contexto, a vertente geográfica do acesso assume igualmente enorme importância. De acordo com a literatura relevante, a dimensão espacial do acesso deverá ter em consideração as vertentes de capacidade e proximidade, uma vez que o acesso dos utentes em termos espaciais não depende apenas da existência de estabelecimentos próximos das populações (*proximidade*), havendo igualmente que analisar se a capacidade de oferta desses estabelecimentos é suficiente para suprir as necessidades das populações (*capacidade*).

Contudo, e uma vez que para efeitos da definição de opções viáveis já foi tida em consideração a capacidade disponível (vide ponto 3.3), a presente análise esgota-se na aferição da vertente *proximidade*.

Neste contexto, sugere-se que seja observada a seguinte metodologia, que compreende duas vertentes:

- ✓ Verificação da existência de transportes públicos: aferição de forma binária, se existem ou não transportes públicos para acesso a cada uma das instituições. Dado constituir um indicador qualitativo deverá ser considerado num exercício de *scoring*, atribuindo-se a pontuação 100 aos casos em que existe essa alternativa e 0 nos casos em que a mesma é inexistente (caso todas as opções sejam iguais não existe necessidade de análise deste critério).
- ✓ Determinação dos custos de deslocação:
 - i) Identificação, para cada opção, da distância (em km) entre um ponto central da área de influência (a determinar pela entidade responsável pela elaboração do estudo) e a instituição onde se está a considerar que os cuidados de saúde são prestados, considerando o trajeto mais curto.
 - ii) Para efeitos da estimativa do número de deslocações, considerar o somatório do número de atos que se pretendem contratualizar com a IPSS dado que a cada ato estará associada uma deslocação.
 - iii) Cálculo do n.º de km de deslocação em cada opção multiplicando o número de deslocações pela distância (em km).
 - iv) Para cálculo do custo incorrido pelos utentes, em cada opção, consideração de um custo unitário por km, sugerindo-se que seja adotado como *proxy* o valor constante da alínea a) do n.º 4 da Portaria n.º 1553-D/2008, de 31 de Dezembro, valor este que foi reduzido pelo Decreto-Lei n.º 137/2010 de 28 de Outubro (que define as tabelas de ajudas de custo, subsídios de refeição e de viagem, bem como os suplementos remuneratórios, para os trabalhadores em funções públicas), para o subsídio de transporte em automóvel próprio, ascendente a 36 cêntimos de euro, multiplicando-o pelo n.º total de km determinado em iii).
- ✓ O custo determinado com base na metodologia anterior deverá ser adicionado ao custo base determinado em 4.5. Apresenta-se no Anexo 3 ao presente documento um

exemplo teórico ilustrativo da análise a desenvolver (Exemplo 16: Apuramento do custo associado às deslocações dos utentes)

3. Impacto na produtividade dos utentes

Para determinação do custo associado à perda de produtividade dos utentes decorrente de deslocações mais morosas para acesso aos cuidados de saúde, sugere-se a adoção da metodologia seguinte:

- ✓ Identificação, para cada opção, do tempo necessário (em minutos) à deslocação entre um ponto central da área de influência (a determinar pela entidade responsável pela elaboração do estudo) e a instituição onde se está a considerar que os cuidados de saúde são prestados, considerando, simplifadamente, a realização do percurso em automóvel próprio.
- ✓ Para efeitos da estimativa do número de deslocações, considerar o somatório do número de atos que se pretendem contratualizar com a IPSS dado que a cada ato estará associada uma deslocação.
- ✓ Multiplicação do número de deslocações por 1,5, assumindo que, em média, em 50% das deslocações existe acompanhamento por um familiar.
- ✓ Dado que a perda de produtividade apenas respeita a utentes empregados, correção do número de deslocações obtido no ponto anterior pelo peso da população empregada no total da população (considerando a unidade regional mais aproximada da área de influência em análise, de acordo com os indicadores que estiverem disponíveis nos Censos do INE⁷), considerando simplifadamente que o perfil dos utentes em causa em termos de emprego é semelhante ao da região.
- ✓ Cálculo do tempo total a ser despendido com deslocações adicionais multiplicando o número de deslocações (corrigido pelo número de acompanhantes e pelo peso da população empregada no total da população) pelo tempo médio de deslocação (em minutos).
- ✓ Transformação do tempo em minutos obtido no ponto anterior em dias, através da seguinte operação: tempo de deslocação / (60*24)

⁷ http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros

- ✓ Considerando o valor anual da produtividade aparente do trabalho⁸ (disponibilizado pelo INE ou pela PORDATA – último ano disponível 2010), calcular a redução da produtividade efetuando a seguinte operação matemática: número de dias perdido * valor da produtividade aparente anual / 365.

O custo determinado com base na metodologia anterior deverá ser adicionado ao custo base determinado em 4.5. Apresenta-se no Anexo 3 ao presente documento um exemplo teórico ilustrativo da análise a desenvolver (Exemplo 17: Impacto na produtividade dos utentes)

4. Qualidade das prestações de saúde

Sugere-se, para efeitos do desenvolvimento da presente análise custo-benefício, que a qualidade seja aferida com base em indicadores de resultado, ou seja, em indicadores que medem o efeito que os cuidados de saúde prestados têm no estado de saúde do utente e da população em geral. São exemplos deste tipo de indicadores a mortalidade, a morbilidade, o estado de saúde do utente, os reinternamentos ou a satisfação do utente.

Neste contexto, sugere-se que as entidades responsáveis pela elaboração do Estudo avaliem a qualidade dos cuidados de saúde que têm sido prestados aos utentes que se pretendem ver abrangidos pelo acordo com a IPSS, com base nos indicadores que se afigurem apropriados à situação em causa, ou outros que venham a ser considerados adequados:

- ✓ Taxa de mortalidade ajustada à casuística (fonte: Base de Dados de GDH);
- ✓ Taxa de reinternamento até cinco dias após a alta hospitalar (fontes: Base de Dados de GDH e *microsite* de monitorização do SNS);
- ✓ Taxa de cirurgia de ambulatório (GDH) para procedimentos ambulatorizáveis (fontes: Base de Dados de GDH e *microsite* de monitorização do SNS);
- ✓ Taxa de cancelamento de cirurgias (fonte: SIGIC); e
- ✓ Taxa de cancelamento de consultas (fonte: SICA).

⁸ Indicador do contributo de cada trabalhador para o valor gerado na economia. É obtido pelo rácio entre valor acrescentado bruto e o número total de trabalhadores.

Dadas as dificuldades em “monetizar” os indicadores de qualidade anteriormente referidos, uma vez que ter-se-ia, por exemplo, que atribuir um valor à perda de uma vida humana, sugere-se que os resultados de cada indicador (para as diferentes opções) sejam tidos em consideração num exercício de *scoring*.

Após se terem obtido os resultados de cada um dos indicadores numa escala de 0 a 100 deve-se obter um indicador único relativamente ao critério qualidade efetuando uma média dos vários índices obtidos, conforme ponto anterior. Caso a entidade responsável pela elaboração do estudo considere que os indicadores têm importância relativa idêntica poderá efetuar uma média simples; caso contrário, terá de ser desenvolvida, de forma justificada, uma média ponderada. Apresenta-se no Anexo 3 ao presente documento um exemplo teórico ilustrativo (Exemplo 18: Qualidade das prestações de saúde).

5. Potencial contributo para a reorganização da oferta pública da região

Encontra-se em curso um programa de reforma hospitalar, o qual surge em paralelo ao objetivo de transferir, de forma gradual, cuidados prestados em ambiente hospitalar para estruturas de proximidade, ao nível da Rede de Cuidados Primários e da Rede de Cuidados Continuados Integrados, ou mediante acordos, convenções ou protocolos com outras entidades do sistema de saúde.

O Despacho n.º 9495/2013, de 09 de Julho, e o Despacho n.º 9567/2013, de 10 de Julho, respetivamente do Sr. Secretário de Estado da Saúde e do Sr. Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde vêm criar grupos de trabalho no seio do Ministério da Saúde, com o objetivo maior de reorganização da oferta pública de saúde.

Mais concretamente, o grupo técnico criado pelo Despacho n.º 9495/2013, de 09 de Julho, tem como atribuições:

- ✓ Analisar a adequação da oferta nacional, regional e local de cuidados hospitalares às necessidades em saúde das populações servidas;
- ✓ Assegurar a incorporação das medidas inseridas nos Planos Regionais de Reorganização da Rede Hospitalar;
- ✓ Apresentar para aprovação a carteira de serviços hospitalares por região de saúde;

- ✓ Identificar os ajustamentos e alterações operacionais necessários nos planos estratégicos de cada entidade, designadamente:
 - i) Rever e propor ajustamentos às áreas de influência diretas e indiretas de cada unidade hospitalar;
 - ii) Identificar os ajustamentos a introduzir face às metas nacionais definidas pela Equipa da Reforma Hospitalar para o período 2013 -2015.
- ✓ Definir o modelo de acompanhamento, monitorização e avaliação da aplicação e resultados dos planos estratégicos.

Por outro lado, o grupo de trabalho criado pelo Despacho n.º 9567/2013, de 10 de Julho, deve:

- ✓ Proceder à elaboração de relatório, definindo proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental.
- ✓ Os níveis de cuidados em causa, para efeitos do relatório solicitado serão os Primários, Hospitalares e os previstos na Rede de Cuidados Continuados Integrados.

Face ao exposto, considera-se que uma das vertentes que deve ser analisada na presente avaliação custo-benefício é o contributo potencial que cada opção apresenta para efeitos da reorganização da oferta pública da região onde se inscreve.

Uma vez mais, tal critério não se afigura “monetizável”, pelo que deverá ser efetuado um juízo, pela entidade responsável pelo desenvolvimento do estudo, do impacto que cada opção tem considerando a região em que estamos e os objetivos do Ministério da Saúde para a mesma, atribuindo um valor numa escala de 0 a 100, correspondendo 100 à melhor opção e 0 à pior. Apresenta-se no Anexo 3 ao presente documento um exemplo teórico ilustrativo (Exemplo 19: Contributo potencial para a reorganização da oferta pública da região)

4.7. Apuramento do custo total associado a cada opção líquido de benefícios (se aplicável)

Sempre que possível e para simplificação da análise, os custos e os benefícios monetizáveis deverão ser determinados para um ano de exploração, exceto quando haja expectativa, ou seja

desde logo antecipável, a existência de alterações nas quantidades contratadas e/ou nos preços/custos ao longo do prazo do acordo em qualquer uma das opções, caso em que deverão ser desenvolvidas projeções para todo o período do acordo.

Apresenta-se no Anexo 3 ao presente documento um exemplo de apuramento do custo total considerando os custos monetizáveis para um caso com apenas um ano de projeção (Exemplo 20: Apuramento do custo total) em que apenas se torna necessário adicionar os custos relativos a cada opção e, ao resultado assim obtido, deduzir os benefícios monetizáveis para efeitos de apuramento do custo líquido associado a cada opção.

Já nos casos em que seja necessário desenvolver projeções para o período do acordo (conforme Exemplo 21: Apuramento do VAL) terão de ser tidos em consideração os seguintes dois aspetos:

1. As projeções deverão ser efetuadas a preços constantes, dado não haver qualquer vantagem na inclusão de estimativas de uma variável exógena como a taxa de inflação; tal seria inclusivamente indiferente se a taxa de inflação a considerar na projeção dos preços/custos (consoante a opção) fosse igual à taxa usada para efeitos de apuramento dos fatores de atualização da taxa de desconto nominal.
2. Por forma a tornar comparáveis os *cash-flows* projetados relativos a diferentes anos, entrando em consideração com a preferência temporal, deverá ser efetuado o desconto dos mesmos para uma data de referência, utilizando para tal uma taxa de desconto real. O somatório dos *cash-flows* atualizados é designado de valor atualizado líquido.

Para efeitos do desconto, deverá ser considerado que os *cash-flows* têm ocorrência a meio do ano (30 de Junho). O fator de desconto é dado pela expressão:

$$1/(1 + taxa\ de\ desconto)^n$$

em que n corresponde ao número de períodos a atualizar desde a data de ocorrência até à data de referência.

No que concerne à taxa de desconto propriamente dita a utilizar na atualização, a *guidance* internacional defende que a mesma deverá refletir a preferência social no tempo, ou seja, o valor que a sociedade atribui ao consumo presente, por oposição ao consumo futuro. O *Green Book* recomenda a utilização de uma taxa de desconto (real) de 3,5%. Em Portugal, a única taxa de desconto, para efeitos de avaliação de projetos de parcerias, foi publicada no Despacho n.º 13208/2003, de 07 de Julho, da Sra. Ministra de Estado e das Finanças (4% real). Salvo indicação em contrário, sugere-se que seja utilizado o valor de 4%.

4.8. Incorporação na análise dos custos e benefícios não monetizáveis

Os custos e benefícios de cada uma das opções que não tenham sido monetizados devem igualmente ser tidos em consideração para efeitos da análise custo-benefício. De acordo com o *HM Treasury* a metodologia mais comumente utilizada para incorporar os custos e benefícios não valorizáveis na análise e avaliação comparativa de opções consiste no recurso à **análise multicritério** cuja técnica menos complexa, e que se sugere que seja a utilizada no âmbito do presente processo, envolve:

1. A atribuição de pesos ponderatórios aos diversos critérios de seleção adotados, como sendo, a título exemplificativo, o custo líquido em termos monetários apurado para cada opção, a qualidade dos cuidados de saúde prestados, o potencial contributo para a reorganização da oferta pública, a melhoria do acesso a cuidados de saúde, entre outros. A atribuição dos pesos ponderatórios deverá ser efetuada caso a caso, para cada acordo em avaliação, e devidamente justificada.
2. A realização de um exercício de *scoring* que traduza a performance relativa das opções em cada um dos critérios (ex. atribuição de índices numa escala de 0 a 100).
3. A hierarquização das opções com base no somatório ponderado dos índices obtidos em cada critério, ou seja, a opção preferida é aquela que obtiver o índice global ponderado mais elevado.

Apresenta-se no Anexo 3 um exemplo teórico de análise multicritério (Exemplo 22: Análise multicritério) elaborado com base nos restantes exemplos desenvolvidos, no qual se considerou a atribuição de pesos ponderatórios meramente ilustrativos. No âmbito da realização de uma análise multicritério para casos concretos sugere-se o recurso à opinião de um grupo de peritos para a definição dos pesos ponderatórios a utilizar.

4.9. Realização de análises de sensibilidade

A realização de análises de sensibilidade pode ser utilizada para se aferir da robustez da decisão de hierarquização e, conseqüentemente, da identificação da opção preferida. Neste contexto, deverão ser efetuadas análises de sensibilidade às variáveis principais da análise e testados quais os valores que fariam alterar a decisão (por exemplo, quanto é que o custo de realização pelo setor público teria de baixar face ao historicamente verificado para compensar a não realização do acordo ou quanto é que o preço de determinada convenção teria de descer para passar a ser benéfico face à opção acordo).

A robustez da decisão de seleção de uma determinada opção poderá ainda ser testada mediante a verificação dos resultados que seriam obtidos em diferentes cenários de atribuição de pesos ponderatórios aos vários critérios tidos em consideração. A situação ótima seria aquela em que os pesos ponderatórios definidos não alterassem a decisão. Apresenta-se no Anexo 3 um exemplo de análise de sensibilidade (Exemplo 23: Teste à decisão mediante alteração dos pesos ponderatórios).

4.10. Seleção da opção preferida

Tendo por base a análise desenvolvida nos pontos anteriores é selecionada a opção preferida mediante seleção da opção com o *scoring* final mais elevado; se esta corresponder à opção de celebração do acordo avança-se para a análise apresentada no capítulo seguinte.

5. ECONOMIA, EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DA OPÇÃO SELECIONADA

5.1. Abordagem conceptual

O Decreto-Lei n.º 138/2013 na alínea d) do n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 6.º estabelece a obrigatoriedade para celebração de acordos com as IPSS da *demonstração e garantia da economia, eficácia e eficiência dos acordos e bem assim a sua sustentabilidade financeira*.

No âmbito da elaboração dos estudos prévios à contratualização com IPSS, as regras de economia, eficácia, eficiência e sustentabilidade financeira devem ser entendidas e aplicadas na ótica do Estado, de acordo com as seguintes definições gerais:

1. A economia consiste em minimizar os encargos suportados pelo Estado;
2. A eficácia consiste em atingir os objetivos definidos;
3. A eficiência consiste em utilizar adequadamente os recursos humanos e materiais para obter eficácia, ou seja, para atingir os objetivos definidos; e
4. A sustentabilidade financeira do acordo consiste em garantir a comportabilidade para o Estado dos encargos previstos ao longo do prazo do acordo.

Não havendo, nos termos da legislação aplicável, procedimentos concorrenciais para a seleção das entidades intervenientes nos acordos do setor social com o Estado, a realização dos testes e demonstrações previstos no n.º 1 do artigo 6.º é uma pré-condição decisiva para a garantia da valia dos acordos para o Estado, apresentando-se em maior detalhe nos pontos seguintes a metodologia proposta para a demonstração de cada uma destas vertentes de avaliação no âmbito dos estudos prévios à contratualização.

5.2. Avaliação da economia do acordo

A demonstração da economia do acordo, ou seja, da obtenção de poupanças para o Estado por via da celebração do acordo com IPSS é feita por comparação com um determinado referencial que, sendo a análise feita na ótica do Estado, se convencion⁹ corresponder ao custo que seria

⁹ *Guidance* aplicável, nomeadamente HM Treasury e National Audit Office do Reino Unido.

suportado pelo Estado se prestasse diretamente, ou seja, com recursos humanos e materiais próprios, o serviço que está a contratar a terceiros, neste caso com IPSS.

A economia ou poupança para o erário público é, assim, apurada pela comparação entre os encargos suportados pelo Estado se celebrar o acordo e aqueles que suportaria pela via tradicional de prestação direta dos cuidados de saúde.

Salienta-se que a avaliação da economia do acordo para o Estado é efetuada numa ótica totalmente distinta da análise custo-benefício apresentada no capítulo 4 anterior. Enquanto a análise custo-benefício avalia comparativamente opções viáveis, ou seja, opções que podem efetivamente ser prosseguidas e implementadas para atingir os objetivos pretendidos, no caso da avaliação da economia estamos perante um exercício teórico que tem como objetivo determinar a poupança face a um referencial de custos públicos que, entenda-se, poderá em muitos casos não existir na realidade, bastando, para tal, que não haja capacidade disponível no setor público ou que não faça qualquer sentido do ponto de vista de planeamento de recursos em saúde e/ou do ponto de vista de racionalidade económico-financeira investir em nova capacidade pública para prestar aqueles cuidados.

Considera-se, no entanto, que, em todos os casos de acordos com IPSS, mesmo quando não exista uma opção viável para satisfazer com capacidades públicas as necessidades da população, deverá obrigatoriamente ser aferida a economia do acordo face a um referencial de custo público. Ainda no âmbito da aferição da economia do acordo deverá, nos casos em haja situações comparáveis, ser efetuado primeiramente um teste comparativo entre os preços previstos no acordo a celebrar com a IPSS e os referenciais de mercado disponíveis, incluindo os preços do acordo antigo nos casos de renegociação de acordos com IPSS e os preços cobrados por entidades do setor social e com entidades privadas para prestar cuidados de saúde idênticos.

A avaliação da economia do acordo deverá incluir as etapas que se analisam nos pontos seguintes:

5.2.1. Teste face a referenciais de mercado para serviços idênticos

Deverá, antes de mais, ser efetuado um levantamento dos preços em vigor no mercado nacional para a contratação de cuidados de saúde idênticos pelo Estado a entidades do sector social e privado, incluindo nomeadamente os preços praticados no âmbito (i) do SIGIC, (ii) das tabelas de convencionados, (iii) do acordo antigo quanto se trate de renegociações, e (iv) de outros acordos comparáveis com IPSS.

Trata-se de um teste face a referenciais de mercado que tem por objetivo garantir que as condições financeiras contratadas com uma determinada IPSS estão em linha com os preços praticados na contratação de serviços idênticos a outras entidades do setor privado e social. Os preços em causa sendo administrativos (fixados pelo Estado) são, ainda assim, preços de mercado no sentido em que traduzem uma vontade de contratar por parte das contrapartes do Estado, as quais estão dispostas a prestar os cuidados de saúde pretendidos a esse preço. Não obstante, é essencial garantir que os serviços em causa são idênticos para evitar distorções e a tomada de decisões de não celebração de acordos que seriam, na verdade, vantajosos para o Estado.

Uma vez identificados os referenciais de mercado aplicáveis, esses preços deverão ser aplicados às quantidades previstas contratar, e a remuneração assim obtida comparada com o pagamento pelo Estado que resultaria da celebração do acordo, considerando, para garantia de comparabilidade, exatamente as mesmas quantidades em ambos os casos.

Salienta-se que este não deverá ser um teste de *pass or fail*, uma vez que podem existir condicionantes específicas do acordo em causa que justifiquem desvios face aos referenciais de mercado, caso em que tal deverá ser devidamente justificado e fundamentado. A título exemplificativo e meramente teórico refiram-se situações como sendo a prestação de cuidados numa região do país em que haja dificuldade de contratação de pessoal com as competências necessárias ou o facto de o acordo prever a contratação de volumes de produção significativos que ocupam integralmente a unidade hospitalar impedindo outra utilização, e cujos preços podem não ser diretamente comparáveis com os preços unitários para produção marginal já após rentabilização dos custos fixos (o que poderá suceder face aos preços do SIGIC, situação em que estes não deverão ser usados como referencial de mercado).

A realização do teste face a referenciais de mercado é extremamente importante, uma vez que contribui para evitar disparidades de preços entre regiões e entre entidades, promovendo uma maior aproximação de preços e pagamentos semelhantes pelo Estado para serviços idênticos.

5.2.2. Determinação do referencial de custo público e apuramento da economia

Os acordos com IPSS incluídos no âmbito de aplicação do DL 138/2013 apresentam características distintivas que obrigam à introdução de adaptações e ajustamentos face às metodologias de avaliação da economia (*Value for Money* na terminologia anglo-saxónica) e de apuramento do Custo Público Comparável (*Public Sector Comparator* na terminologia anglo-saxónica) que são usualmente utilizadas na avaliação de projetos de investimento pelo Estado, nomeadamente no âmbito das parcerias público-privadas, área em que tem havido uma significativa aplicação destes conceitos, tanto em Portugal, como a nível internacional.

A principal característica distintiva está relacionada com o projeto em causa que não implica a necessidade de investimento inicial pelo parceiro social na construção de novas unidades e no respetivo apetrechamento. Na grande maioria dos casos, as unidades hospitalares onde serão prestados os cuidados já existem, estão construídas e aptas a operar imediatamente, pelo que os encargos a suportar pelo parceiro social com a infraestrutura e equipamentos corresponderão a investimentos de renovação e substituição periódicos e aos custos decorrentes da manutenção e conservação e da atualização tecnológica. Aliás, é exatamente por esse motivo que se torna possível celebrar acordos por prazos relativamente curtos (5 anos) e muito distantes do número de anos que corresponderia à vida útil das infraestruturas caso houvesse lugar à construção de uma nova infraestrutura hospitalar de raiz (ex. 30 anos no caso das Entidades Gestoras do Edifício nas parcerias público-privadas hospitalares de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira).

Ora, a *guidance* disponível para a construção do Custo Público Comparável foi desenvolvida com o intuito de ser aplicada na avaliação de parcerias público-privadas, as quais, por sua vez, são definidas como contratos duradouros entre o setor privado e público para prestação de serviços públicos cujo prazo deverá ser adequado à vida útil dos ativos subjacentes.

Caso se adotasse cegamente a metodologia de construção do CPC ao caso em análise de acordos com IPSS teríamos que incorporar no custeio público, sempre que não houvesse

capacidade disponível no setor público, os custos de investimento inicial na criação (construção e apetrechamento) de capacidade pública, o que tornaria a alternativa de prestação pública do serviço muito pouco exigente e poderia permitir a fixação de preços conducentes à acumulação de “rendas” excessivas pelas IPSS no âmbito dos acordos.

Por esse motivo, adotou-se a denominação “referencial de custo público” e não de “custo público comparável” para clarificar que se tratam de indicadores distintos com metodologias diferentes de apuramento, em particular no que respeita:

- Ao prazo das projeções para efeitos da aferição da economia do acordo que poderá ser de apenas 1 ano, caso não sejam esperadas ou não seja possível antecipar a existência de alterações nas quantidades a contratar anualmente ao longo do prazo do acordo. Caso contrário, as projeções deverão ser desenvolvidas para todo o prazo do acordo (5 anos).
- À inclusão das amortizações na determinação do referencial de custeio público, por forma a garantir a incorporação dos encargos associados à infraestrutura numa ótica de renda distribuída uniformemente ao longo do prazo de vida útil dos ativos. Salienta-se que o montante de amortizações deverá ser aferido criticamente e corrigido na medida do necessário (considerando o nível de amortizações que resultaria da aplicação das taxas de amortização legais e os pesos de imputação previstos na contabilidade analítica) para evitar situações em que o nível de amortizações resulte subdimensionado pelo facto de se tratar de unidades antigas.

Neste contexto, apresentam-se seguidamente os principais aspetos da metodologia proposta para determinação do referencial de custo público:

1. Período de projeções: 1 ano ou prazo total do acordo, consoante aplicável ao acordo em concreto;
2. Metodologia dos *cash flows* descontados: Consiste em atualizar os custos anualmente projetados para a data de referência, com base numa determinada taxa de desconto, por forma a possibilitar o apuramento do valor atualizado líquido do custo global estimado para o projeto; esta metodologia apenas é aplicável nos casos em que as projeções sejam desenvolvidas para um período superior a 1 ano.
3. Taxa de desconto e inflação: Apenas é relevante nos casos em que sejam elaboradas projeções para um período superior a 1 ano, propondo-se a utilização de uma taxa de

desconto real de 4,0% e de uma taxa de inflação de 2,0% (no caso de projeções desenvolvidas a preços correntes), idênticas às adotadas na avaliação de parcerias público privadas nos termos Despacho n.º 13208/2003 (2.a série) de 07.07.2003.

4. Fiscalidade: Não devem ser efetuadas correções pelo IVA, uma vez que na alternativa de implementação direta pelo Estado este imposto está incluído nos encargos com CEVC e FSE e na alternativa de celebração do acordo está refletido nos preços praticados.
5. Cash flows projetados: Para efeitos de identificação dos pressupostos de custo público a adotar deverá ser utilizada a melhor informação histórica disponível com recurso à técnica de *benchmarking*, mediante a seleção de um grupo de referência de unidades do SNS comparáveis e mais eficientes. Torna-se, assim, necessário desenvolver as seguintes tarefas principais:
 - i) Identificar, de entre as unidades públicas de prestação de cuidados de saúde, um grupo de unidades públicas de referência, comparáveis com base em critérios, como sendo o perfil assistencial, a dimensão, a atividade clínica historicamente desenvolvida e a respetiva complexidade (ver Exemplo 24: Critérios (possíveis) para identificação de unidades de referência).
 - ii) A análise da performance económico-financeira histórica das unidades referidas na alínea anterior para seleção de um subgrupo de unidades comparativamente mais eficientes, tendo em atenção os custos unitários médios históricos, preferencialmente para um período de 3 anos (2010, 2011 e 2012).
 - iii) A recolha de informação estatística e contabilística detalhada (demonstrações financeiras, balancetes analíticos e contabilidade analítica¹⁰) para as unidades incluídas no subgrupo dos hospitais comparáveis mais eficientes.

¹⁰ Caso se venha a constatar que a(s) unidade(s) hospitalar(es) em causa não dispõe(m) de contabilidade analítica a informação deverá, em alternativa, ser obtida junto do Grupo de Trabalho constituído pela ACSS e várias instituições hospitalares no que respeita a custos da contabilidade analítica para as rúbricas de GDH e das restantes linhas de produção hospitalar.

- iv) A análise da informação económico-financeira e de atividade incluindo, preferencialmente, um período de três anos de exploração, determinando-se, para cada unidade hospitalar, os custos unitários médios totais de referência por unidade de produção (ex. consulta externa, doente equivalente para ICM igual a 1, sessão de hospital de dia por tipo) que resultam da contabilidade analítica das unidades hospitalares e incluem a totalidade das rubricas de custos (operacionais e amortizações), bem como as respetivas taxas médias de crescimento reais históricas a utilizar para efeitos do desenvolvimento das projeções.
- v) Seguidamente, deverá proceder-se a uma análise crítica dos custos unitários médios globais por unidade de produção apurados para cada uma das unidades selecionadas para grupo de referência apurando valores médios e expurgando *outliers*.
6. Apuramento do referencial de custo público: Resulta da aplicação para cada ano de projeções dos custos unitários médios globais à atividade prevista nas diversas linhas de produção. É dado, nos casos em que as projeções sejam desenvolvidas para apenas 1 ano, pelo encargo líquido (após dedução das taxas moderadoras estimadas) associado a esse ano e, nos casos em que sejam desenvolvidas projeções para mais anos, pelo valor atualizado líquido dos *cash flows* futuros (obtido conforme Exemplo 21: Apuramento do VAL). Note-se que o referencial de custo público deverá considerar os encargos associados à utilização de capacidade disponível no setor público sempre que, no âmbito da análise custo-benefício, esta tenha sido identificada como opção viável ainda que mais dispendiosa do que a opção de celebração do acordo (caso contrário a opção de celebração do acordo teria sido, desde logo, eliminada e não se chegaria sequer à fase de avaliação da economia).
7. Determinação da economia do acordo que consiste na diferença, se positiva, entre os encargos para o erário público associados ao referencial de custo público e os encargos resultantes da celebração do acordo (estes indicadores são determinados em valor atualizado líquido sempre que sejam desenvolvidas projeções para prazos superiores a 1 ano). Apresenta-se no Anexo 3 ao presente documento um exemplo teórico ilustrativo do apuramento da economia do acordo (Exemplo 25: Determinação da economia do acordo)

5.2.3. Elaboração de uma matriz de riscos do acordo

A avaliação da economia da parceria implica a elaboração de uma matriz de riscos que, tendo por base o clausulado do acordo a celebrar com a IPSS, sistematize os principais riscos do projeto, apresente o esquema de alocação dos riscos entre as partes, e explicita técnicas a adotar para a mitigação de riscos. Para tal, deverá ser elaborada uma matriz de risco tipo com os principais riscos associados aos acordos e com a alocação preferencial entre o Estado e a IPSS que resulta do clausulado dos acordos. Apresenta-se em anexo um exemplo síntese de uma matriz de risco para um acordo de cooperação (Exemplo 26: Matriz de risco teórica simplificada).

5.3. Avaliação da eficácia do acordo

Em termos conceptuais, a eficácia consiste na obtenção dos resultados desejados, o que pressupõe a incorporação no clausulado dos acordos com IPSS de mecanismos de controlo e monitorização eficazes que permitam uma permanente avaliação de resultados por parte, tanto dos utentes, como do sector público.

Muito embora a eficácia só possa ser comprovada na fase de execução do acordo, a melhor forma de avaliar a eficácia consiste em definir antes do início da execução do mesmo, de forma objetiva e que permita fiscalização posterior, os resultados a atingir, nomeadamente em termos da quantidade e *mix* dos cuidados de saúde a prestar à população e dos respetivos requisitos de qualidade a cumprir. Adicionalmente, o acordo deve conter disposições que permitam a monitorização e a fiscalização dos resultados pela Entidade Pública Contratante na fase de execução.

No caso em concreto dos acordos abrangidos pelo DL 138/2013, deverá ser comprovado pela entidade redatora do estudo prévio à contratualização que o acordo, não só define de forma objetiva os resultados a atingir, como também incorpora os mecanismos de fiscalização, controlo e avaliação de resultados necessários à avaliação futura da eficácia do acordo celebrado.

Identificam-se seguidamente, a título exemplificativo, disposições contratuais adotadas para fundamentar a eficácia dos acordos, as quais devem, naturalmente, ser desenvolvidas, selecionadas e adaptadas em função do clausulado específico de cada acordo:

- i) Clara definição da tipologia de serviços a prestar no âmbito do acordo incluindo carteira assistencial, área de influência, regras de referenciação e objetivos de produção a contratar;
- ii) Definição inequívoca dos requisitos de qualidade a cumprir, por exemplo, mediante a inclusão em anexo ao acordo de “bilhetes de identidade” dos parâmetros de qualidade a cumprir;
- iii) Inclusão da obrigatoriedade de realização periódica de inquéritos de satisfação de utentes e profissionais por entidade independente com envio do relatório com os resultados obtidos diretamente à Entidade Pública Contratante;
- iv) Previsão da possibilidade de realização pela Entidade Pública Contratante, sempre que entender adequado, de auditorias e fiscalizações;
- v) Realização de avaliações do desempenho periódicas;
- vi) Garantia do acesso pelas Entidade Pública Contratante a toda a informação que se venha a demonstrar necessária para a avaliação do cumprimento dos objetivos; e
- vii) Possibilidade de rescisão do acordo pelo Estado em caso de incumprimento dos objetivos definidos.

5.4. Avaliação da eficiência do acordo

A eficiência consiste numa gestão de recursos caracterizada pela utilização eficiente dos meios humanos e materiais necessários ao cumprimento dos objetivos e resultados pretendidos (eficácia). É uma avaliação efetuada na ótica da quantidade de *inputs* que são incorporados no processo produtivo, como sendo, por exemplo, a produtividade dos recursos humanos, a dosagem e *mix* de medicamentos e o número de exames efetuados para diagnóstico.

Assim sendo, a responsabilidade pela eficiência na gestão de recursos no decurso da execução do acordo é transferida para a esfera do parceiro social, a par da transferência do risco de gestão e operação. Acresce que nos acordos com IPSS não está prevista, ao contrário do que sucede nas PPP hospitalares, a entrega de Casos Base ou Modelos Financeiros contendo as projeções económico-financeiras do projeto na ótica do promotor (nem tal faria sentido considerando o menor volume financeiro, o menor prazo e a não previsão de reversão dos ativos

para Estado no fim do prazo do Contrato), o que impede a análise da quantidade de *inputs* que está prevista ser afeta ao projeto.

Neste contexto, considera-se que deverá ser comprovado pela entidade redatora do estudo prévio à contratualização que o acordo a celebrar incorpora os mecanismos necessários para garantir que a gestão de recursos pela IPSS será eficiente, nomeadamente a título exemplificativo:

- i) Flexibilidade na quantidade e *mix* de recursos humanos e equipamentos a afetar pela IPSS ao cumprimento do acordo sendo, a este respeito, impostos os condicionalismos mínimos indispensáveis para assegurar o cumprimento da legislação aplicável, das orientações do Ministério da Saúde e dos níveis de eficácia pretendidos em termos do tipo, volume, complexidade e qualidade dos serviços clínicos contratados;
- ii) Flexibilidade e liberdade para adaptação dos recursos infraestruturais, equipamentos e de recursos humanos e técnicos às quantidades de cuidados a contratar em cada ano do acordo; e
- iii) Inexistência de previsões de apropriação pelo Estado dos meios libertos líquidos/ resultados obtidos pela IPSS com o projeto.

Faz-se notar que o potencial para que a IPSS atinja níveis de eficiência superiores aos da alternativa pública traduzem-se em poupanças para o Estado no critério da economia. Torna-se, assim, necessário garantir que o acordo comporta mecanismos de incentivo à eficiência na fase de execução do acordo.

5.5. Avaliação da sustentabilidade financeira do acordo

A avaliação da sustentabilidade financeira do acordo pode ser efetuada, tanto na ótica do Estado, como na ótica da IPSS.

A avaliação da sustentabilidade financeira do acordo na ótica do Estado consiste na aferição da capacidade existente para o Estado fazer face aos encargos previsivelmente gerados pelo acordo de cooperação a celebrar ao longo do respetivo prazo. Trata-se de um conceito semelhante ao teste de *affordability* na terminologia anglo-saxónica também denominado de suportabilidade orçamental que implica a resposta às seguintes questões: O Estado vai

conseguir fazer face aos encargos e compromissos financeiros que estará a assumir com a celebração do acordo? Está garantida a necessária previsão orçamental dos encargos?

No âmbito desta demonstração torna-se, assim, necessário considerar os encargos estimados para o Estado ao longo de todo o prazo do acordo de cooperação a celebrar (quantidades a multiplicar por preços com dedução das taxas moderadoras estimadas), pelo que, nos casos em que não sendo possível antecipar a evolução das quantidades a contratar e dos preços toda a análise tenha sido efetuada para apenas 1 ano, os encargos anuais deverão ser mantidos inalterados ao longo de todo o prazo do acordo de cooperação.

Por outro lado, a avaliação da sustentabilidade financeira do acordo na ótica da IPSS consiste na aferição da capacidade económico-financeira evidenciada pela IPSS para vir a fornecer o necessário suporte financeiro ao projeto mediante a aportação dos fundos necessários ao financiamento das atividades a desenvolver no âmbito do acordo de a celebrar. Para tal, propõe-se o apuramento e análise de um conjunto de indicadores relativos à capacidade financeira e económica históricas, tendo por base as demonstrações financeiras da IPSS relativas aos 3 últimos anos, como sendo:

- i) Margem de *EBITDA*¹¹ (%): corresponde ao peso do resultado antes de depreciações, gastos de financiamentos e impostos, nos réditos operacionais.
- ii) Margem de *Cash Flow*¹² (%): é dada pelo peso dos meios libertos líquidos (resultado líquido do exercício acrescido dos valores respeitantes a depreciações, amortizações e provisões) nos réditos operacionais;
- iii) Nível de Endividamento: corresponde ao peso da dívida líquida (financiamentos bancários deduzidos dos valores de depósitos bancários e tesouraria) na dívida líquida adicionada dos capitais próprios; e
- iv) Autonomia financeira: corresponde ao peso dos capitais próprios no ativo líquido.

¹¹ *Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization* (EBITDA).

¹² *Cash Flow* corresponde, no indicador em análise, aos meios libertos líquidos que são dados pelo resultado líquido do exercício acrescido dos valores respeitantes a depreciações, amortizações e provisões.

Anexo 1 – Listagem (não exaustiva) de acordos de cooperação em vigor

A) Acordos nacionais

Designação Entidade	Sede	Sede localidade	Estatuto jurídico	Enquadramento legal acordo	Data	Objeto	Âmbito
Cruz Vermelha Portuguesa	R. 9 de Abril 1, 1249-083 Lisboa	Lisboa	Pessoa coletiva de direito privado, de carácter associativo	Despacho Diretor-Geral CSP de 21.07.1988	Mai-88	Prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS relacionados com IRC, Hemodiálise, Transplante Renal	Insuficiência Renal Crónica
União das Misericórdias Portuguesas					Mar-10	Regula o acesso dos utentes do SNS aos serviços das Misericórdias	Exclui a prestação de CCI. Remete para acordos entre as ARS e cada uma das Misericórdias
Instituto S. João de Deus			IPSS	DL 41759/1958 de 25.07	Jan-83		Psiquiatria
Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	R Prof. Luís Cunha Gonçalves 3-1 Esq, Lisboa	Lisboa		DL 41759/1958 de 25.07	Jun-83		Psiquiatria
Instituto Português de Reumatologia	R. D. Estefânia 187, Apartado 13051	Lisboa	IPSS	Despacho Ministerial 10.11.1983	Jun-05	Internamento utentes do SNS	Reumatologia

B) Acordos ARS Norte

Designação	Sede	Sede localidade	Estatuto jurídico	Enquadramento legal acordo	Data	Objeto	Âmbito
Santa Casa da Misericórdia de Esposende	Avenida Doutor Henrique Barros Lima 4740-209	Esposende	IPSS	Acordo entre MS e UMP de 27.03.2010	Abr-11	Prestação cuidados de saúde utentes do SNS e subsistemas públicos	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT
Santa Casa da Misericórdia de Fão	Av ^a Visconde S. Januário, 4740-325	Fão	IPSS	Acordo entre MS e UMP de 27.03.2010	Abr-11	Prestação cuidados de saúde utentes do SNS e subsistemas públicos	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT
Santa Casa da Misericórdia de Felgueiras	Avenida Dr. Magalhães Lemos, 4610-106	Felgueiras	IPSS	Acordo entre MS e UMP de 27.03.2010	Abr-11	Prestação cuidados de saúde utentes do SNS e subsistemas públicos	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT
Santa Casa da Misericórdia de Lousada	Av. Major Arrochela Lobo, 157 4620-000	Lousada	IPSS	Acordo entre MS e UMP de 27.03.2010	Abr-11	Prestação cuidados de saúde utentes do SNS e subsistemas públicos	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT
Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses	Largo Hospital, 4630-200	Marco de Canaveses	IPSS	Acordo entre MS e UMP de 27.03.2010	Abr-11	Prestação cuidados de saúde utentes do SNS e subsistemas públicos	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT
Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso	Rua da Misericórdia, 141 Apartado 143, 4830-503	Póvoa de Lanhoso	IPSS	Acordo entre MS e UMP de 27.03.2010	Abr-11	Prestação cuidados de saúde utentes do SNS e subsistemas públicos	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT
Santa Casa da Misericórdia de Riba d'Ave	Apartado 16, 4765-901	Vila Nova de Famalicão	IPSS	Acordo entre MS e UMP de 27.03.2010	Abr-11	Prestação cuidados de saúde utentes do SNS e subsistemas públicos	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT
Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde	Rua Rainha Dona Leonor, 123 4480-247	Vila do Conde	IPSS	Acordo entre MS e UMP de 27.03.2010	Abr-11	Prestação cuidados de saúde utentes do SNS e subsistemas públicos	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT
Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde		Vila Verde	IPSS	Acordo entre MS e UMP de 27.03.2010	Abr-11	Prestação cuidados de saúde utentes do SNS e subsistemas públicos	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT

C) Acordos ARS Centro

Designação	Sede	Sede localidade	Estatuto jurídico	Enquadramento legal acordo	Data	Objeto	Âmbito
Santa Casa da Misericórdia da Mealhada	R da Misericórdia da Mealhada, 3050-378	Mealhada	IPSS	Acordo entre MS e UMP de 27.03.2019	Mai-11	Prestação cuidados de saúde utentes do SNS e subsistemas públicos	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT
Fundação Aurélio Amado Diniz	Rua António Mendes Monteiro - Quinta da Comenda 3400 - 083	Oliveira do Hospital	Fundação	Lei 48/90; DL 11/93 - Estatuto SNS	Abr-02	Assegurar com qualidade e de forma concertada a complementaridade entre o SNS e a FAAD, preferencialmente para doentes do concelho de Oliveira de Hospital, Tábua e Arganil e sempre que se justifique de outros concelhos abrangidos pela ARSCentro	Consultas, internamento, cirurgia int e amb. e MCDT

D) Acordos ARS Lisboa e Vale do Tejo

Designação	Sede morada	Sede localidade	Estatuto jurídico	Data	Objeto	Âmbito
Cruz Vermelha Portuguesa	R. 9 de Abril 1, 1249-083 Lisboa	Lisboa	Pessoa coletiva de direito privado, de caráter associativo	Mar-12	Prestação de cuidados de saúde das especialidades de Ortopedia, Cir Vascular, Cir Cardiorácica, Oftalmologia e Urologia, aos utentes do SNS, da área da ARSLVT.	Ortopedia, Cir Vascular, Cir Cardiorácica, Oftalmologia e Urologia, Rastreo Retinopatia Diabética, Rastreo Cancro da Mama.
Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal	R. do Salitre 118, 1250-203 Lisboa	Lisboa	IPSS	Mai-11	Prestação de cuidados e serviços de saúde às pessoas com Diabetes a utentes do SNS da ARSLVT	Diabetes
Instituto Português de Reumatologia	R. D. Estefânia 187, Apartado 13051	Lisboa	IPSS	Fev-11	Prestação de cuidados de saúde no âmbito da Reumatologia, utentes do SNS, da ARSLVT	Reumatologia
Santa Casa da Misericórdia do Entrocamento		Entrocamento	IPSS	Jun-11	Prestação de cuidados e serviços a utentes do SNS, da área da ARSLVT, ACES Lezíria	Exclui oncologia. Para o próprio só pode referenciar para MFR
Santa Casa da Misericórdia de Benavente		Benavente	IPSS	Jul-11	Prestação de cuidados e serviços a utentes do SNS, da área da ARSLVT, ACES Lezíria	Exclui oncologia. Para o próprio só pode referenciar para MFR
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão	Lg. Trindade Coelho, Lisboa	Lisboa	Pessoa coletiva direito privado e utilidade pública administrativa	Jul-10	Prestação de cuidados e serviços a utentes do SNS, da área da ARSLVT, no âmbito da MFR	MFR, fase pós aguda MFRD - Pediatria MCD específicos do CMRA
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa Hospital Sant'Ana	Lg. Trindade Coelho, Lisboa	Lisboa	Pessoa coletiva direito privado e utilidade pública administrativa	Jul-09	Prestação de cuidados e serviços a utentes do SNS, da área da ARSLVT	Ortopedia infantil

Anexo 2 – Bibliografia

- ACSS (2013), *Relatório de Benchmarking de Hospitais EPE e PPP*
- ACSS, Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (2013), *Relatório de atividade em cirurgia programada no ano de 2012*
- Audit Commission for local authorities and the National Health Service in England and Wales (2003), *Operating Theatres Review of National Findings*
- Audit Office of New South Wales (2013), *Performance Audit – Managing operating theatre efficiency for elective surgery*
- Comissão Europeia (2006), *Orientações sobre a metodologia para a realização de análises custo-benefício*
- Comissão Europeia (2008), *Guide to cost-benefit analysis of investment projects: structural funds, cohesion fund and instrument for pre-accession*
- Despacho n.º 727/2007, de 18 de dezembro de 2006, do Sr. Ministro da Saúde
- Despacho n.º 9495/2013, de 09 de julho de 2013, do Sr. Secretário de Estado da Saúde
- Despacho n.º 9567/2013, de 10 de julho de 2013, do Sr. Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
- Despacho n.º 724/2013 de 14 de outubro, do Sr. Secretário de Estado da Saúde
- Direção Geral de Política Regional da Comissão Europeia (2003), *Manual de análise de custos e benefícios dos projetos de investimento*
- Entidade Reguladora da Saúde (2010), *Caracterização do acesso dos utentes a consultas de medicina geral e familiar*
- Entidade Reguladora da Saúde (2012), *Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares*
- Entidade Reguladora da Saúde (2012), *Estudo para a Carta Hospitalar Especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infeciologia*
- GE Healthcare (2012), *Capacity Strategy: The science of improving future performance*
- HM Treasury (2011), *The Green Book - Appraisal and Evaluation in Central Government*
- Keegan, Andrew D. (2010), *Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed* - The Medical Journal of Australia
- Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto
- Ministério da Saúde (2012), *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*
- Ministério da Saúde (2013), *Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS 2012*
- Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro

- Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro
- Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho
- Redes de Referência
- World Health Organization (2006), *Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems*
- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, Cirurgia de Ambulatório: um modelo centrado no utente, 5 de outubro de 2008.

Anexo 3 – Exemplos teóricos ilustrativos das análises a desenvolver

Apresenta-se seguidamente um conjunto de exemplos teóricos e meramente ilustrativos das análises a desenvolver, os quais devem ser adaptados às situações em concreto sob análise.

Exemplo 1: Definição da área de influência a abranger no acordo de cooperação

- i) **Transplantação renal:** De acordo com a Rede de Referenciação de Transplantação, as necessidades a satisfazer de transplantes de rim são definidas em termos regionais para cada uma das 4 regiões de saúde (Norte, Centro, LVT e Alto Alentejo e Algarve e Baixo Alentejo).
- ii) **Centros de medicina física e reabilitação:** De acordo com a Rede de Referenciação de Medicina Física e de Reabilitação, o país deverá dispor de 4 centros de reabilitação que deverão, em articulação com os serviços de medicina física e reabilitação dos hospitais da região, servir a população de 4 regiões de saúde, a região Norte, a região Centro, a região de LVT e Alto Alentejo e a região do Algarve e Baixo Alentejo.
- iii) **Cuidados de saúde hospitalares generalistas** (ex. cardiologia, medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, pneumologia, cirurgia geral, ginecologia, oftalmologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica e imunohemoterapia): Trata-se, neste caso, da prestação de cuidados de saúde de maior proximidade às populações pelo que a área de influência a abranger nos acordos de cooperação é usualmente definida com base nas unidades de divisão territorial (ex. concelhos e freguesias) que podem referenciar para uma determinada unidade hospitalar.

Exemplo 2: Caracterização da procura e oferta históricas

Neste âmbito dever-se-á responder às seguintes questões (na medida em que sejam aplicáveis ao caso em concreto):

- i) **Quanto?** Quantidade histórica de cuidados de saúde prestados à população da área de influência nos últimos 3 anos, por tipo (ex. n.º de consultas e de cirurgias por especialidade, n.º de transplantes, n.º de tratamentos de medicina física e reabilitação) e, sempre que possível, identificação através de métricas populacionais (ex. taxas de incidência e de prevalência) de procura potencial que não esteja expressa nos dados

históricos.

- ii) **Onde?** Identificação e quantificação das unidades prestadoras de cuidados de saúde que têm vindo a satisfazer a procura histórica incluindo unidades públicas e privadas e/ou IPSS com acordos/convenções em vigor (ex. hospitais públicos da área de influência e/ou Santas Casas da Misericórdia com unidades hospitalares a operar na região).
- iii) **Como?** Caracterização da evolução de listas de espera (para a região e para os hospitais nela localizados) incluindo número de utentes, tempos médios de resposta, peso dos atos realizados fora dos TMRG (cirurgias e consultas por especialidade) e apresentação de indicadores de qualidade (ex. taxas de infeção, demora média, % ambulatorização, taxas de mortalidade, reinternamentos, % primeiras consultas).

Note-se que para efeitos desta análise as principais fontes de informação a utilizar consistirão (i) quanto aos níveis de atividade historicamente gerados pela área de influência e realizados nas diversas unidades nas Bases de Dados de GDH e na informação recolhida junto das unidades de saúde para as restantes linhas de atividade (ex. consultas, urgências e hospital de dia), (ii) nas redes de referência hospitalar e em bibliografia de referência no que respeita a procura potencial não expressa, e (iii) no SIGIC e CTH para as listas de espera.

Exemplo 3: Projeção da produção anual a contratar

A título exemplificativo, a projeção da atividade clínica a contratar anualmente por linha de atividade/especialidade deverá considerar, nomeadamente:

- i) Os níveis de atividade históricos e a respetiva tendência de evolução;
- ii) As necessidades de cuidados de saúde não expressas;
- iii) A evolução das listas de inscritos para cirúrgias e consulta externa por procedimentos/especialidade na região;
- iv) As capacidades públicas existentes na região;
- v) A evolução demográfica e o respetivo impacto na procura de cuidados de saúde; e
- vi) A manutenção de uma relação de equilíbrio entre as diversas linhas de atividade contratadas (ex. primeiras consultas vs. subsequentes, consultas vs. internamentos e cirurgias).

Exemplo 4: Identificação das unidades do SNS com localização e perfil assistencial adequados

- i) **Transplantação renal:** Deverão ser primeiramente selecionadas as unidades hospitalares localizadas na região em causa (ex. Norte, Centro, LVT e Alto Alentejo e Algarve e Baixo Alentejo), sem prejuízo de se proceder à avaliação da capacidade de transplantação existente noutras regiões e/ou em termos globais nacionais (ex: no caso do Algarve e Baixo Alentejo não existe um centro de transplantação próprio da região).

- ii) **Centros de medicina física e reabilitação:** Dada a tipologia de cuidados de saúde em causa deverão nestes casos ser apresentados argumentos para a necessidade de o país dispor de 4 centros no país distribuídos pelas regiões Norte, Centro, LVT e Alto Alentejo e Algarve e Baixo Alentejo, não existindo, nessa medida, verdadeiras alternativas. Argumentos possíveis que podem ser utilizados incluem: elevados tempos e longas listas de espera nos centros atualmente existentes, prevalência de utentes com reduzida mobilidade, duração longa dos processos de recuperação da doença, efetividade dos cuidados na reabilitação física e mental dos doentes, importância do apoio familiar para prosseguimento dos tratamentos em regime de ambulatório, entre outros.

- iii) **Cuidados de saúde generalistas:** A identificação das unidades hospitalares do SNS localizadas na região que podem constituir uma alternativa ao acordo deverá ser efetuada tendo por base as regras e redes de referência hospitalar em vigor, podendo ainda ser tida consideração o princípio base de maximização da garantia de acesso a cuidados de saúde hospitalares com um período de deslocação máximo até 90 minutos (tempo considerado adequado pela Entidade Reguladora da Saúde para a proximidade dos utentes a cuidados hospitalares¹³).

Exemplo 5: Capacidade infraestrutural em camas de internamento

¹³ Fonte: Entidade Reguladora da Saúde, Estudo para a Carta Hospitalar Especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infeciologia, de 18 de Abril de 2012.

Exemplo de avaliação da existência de capacidade infraestrutural em internamento

Dados históricos relativos à unidade de saúde em análise:

N.º de camas de internamento	300
N.º de doentes saídos de internamento médico e cirúrgico /ano	12.500
Demora média em internamento (dias)	7,0
N.º de dias de internamento/ano	87.500
Taxa de ocupação efetiva das camas de internamento	79,9%

Dados relativos à atividade a contratar no âmbito do acordo de cooperação

Demora média para a atividade a contratar (dias)	6,0
N.º de episódios a contratar (doentes saídos)	2.000

Pressuposto para apuramento da capacidade disponível

Taxa de ocupação objetivo das camas de internamento	85,0%
-----------------------------------------------------	-------

Capacidade disponível:

N.º dias de internamento médico e cirúrgico /ano	5.575
N.º doentes saídos de internamento /ano (para DM acordo)	929
% das necessidades coberta pela capacidade disponível	46%

$$\text{Fórmula: Tx ocupação} = \frac{[\text{N.º doentes saídos} \times \text{Demora Média}]}{[\text{N.º camas} \times 365]}$$

No exemplo teórico apresentado considerou-se, conforme resulta de várias referências bibliográficas¹⁴, uma taxa de ocupação objetivo para as camas de internamento de 85%, podendo, no entanto, em unidades hospitalares sem serviço de urgência, serem atingidas taxas de ocupação das camas de internamento superiores.

Exemplo 6: Capacidade infraestrutural em bloco operatório

¹⁴ ACSS, Relatório de *Benchmarking* Hospitais EPE e PPP, de 15 de Maio de 2013; *The Medical Journal of Australia*, Andrew D. Keegan, *Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed*, 2010; GE Healthcare, *Capacity Strategy: The science of improving future performance*, 2012.

Exemplo de avaliação da existência de capacidade infraestrutural em bloco operatório

Dados históricos relativos à unidade de saúde em análise:

N.º salas operatórias para cirurgia programada	5
N.º de cirurgias programadas convencionais/ano	1.800
N.º de cirurgias ambulatório/ano	2.400
N.º dias por ano de funcionamento das salas operatórias	250
N.º horas por dia de funcionamento (nota: mínimo de 7 horas)	8
Pressuposto de duração média das intervenções (minutos)	
Cirurgia programada convencional	140
Cirurgia de ambulatório	60
Taxa de ocupação efetiva das salas operatórias	66,0%

Dados relativos à atividade a contratar no âmbito do acordo de cooperação

N.º de cirurgias programadas convencionais a contratar	500
N.º de cirurgias ambulatório a contratar	1.000

Pressuposto para apuramento da capacidade disponível

Taxa de ocupação objetivo das salas operatórias	80,0%
-------------------------------------------------	-------

Capacidade disponível:

Disponibilidade para a realização de intervenções (em minutos)	84.000
<i>% das necessidades assegurada pela capacidade disponível</i>	<i>65%</i>
N.º cirurgias programadas convencionais	500
<i>% das necessidades de cirurgias convencionais</i>	<i>100%</i>
N.º de cirurgias de ambulatório	233
<i>% das necessidades de cirurgias de ambulatório</i>	<i>23%</i>

$$\text{Fórmula: Tx ocupação} = \frac{[\text{N.º cirurgia} \times \text{Duração Média por cirurgia}]}{[\text{N.º salas} \times \text{horas/dia} \times \text{dias/ano} \times 60]}$$

O pressuposto de 80% considerado no exemplo teórico apresentado para a taxa de ocupação objetivo de salas operatórias dedicadas a cirurgia programada tem por base bibliografia disponível¹⁵ e as durações médias das intervenções cirúrgicas são indicativas (devendo ser ajustadas sempre que necessário) tendo sido definidas considerando várias fontes, nomeadamente, os pressupostos utilizados pelo Ministério da Saúde para efeitos de dimensionamento do número de salas operatórias dos hospitais em regime PPP e o Relatório Final da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório.

¹⁵ Audit Office of New South Wales, "Performance Audit – Managing operating theatre efficiency for elective surgery", July 2013 e Audit Commission for local authorities and the National Health Service in England and Wales, "Operating Theatres Review of National Findings", 2003.

Exemplo 7: Capacidade infraestrutural em consulta externa

Exemplo de avaliação da existência de capacidade infraestrutural em consulta externa	
Dados históricos relativos à unidade de saúde em análise:	
N.º gabinetes de consulta externa	20
N.º de primeiras consultas externas/ano	30.000
N.º de consultas externas subsequentes/ano	60.000
N.º dias por ano de funcionamento dos gabinetes	250
N.º horas por dia de funcionamento (nota: mínimo de 7 horas)	8
Pressuposto de duração média das consultas externas (minutos)	
Primeiras consultas externas	30
Consultas externas subsequentes	15
Taxa de ocupação efetiva dos gabinetes	75%
Dados relativos à atividade a contratar no âmbito do acordo de cooperação	
N.º de primeiras consultas externas a contratar	4.000
N.º de consultas externas subsequentes a contratar	8.000
Pressuposto para apuramento da capacidade disponível	
Taxa de ocupação objetivo dos gabinetes de consulta externa	80,0%
Capacidade disponível:	
Disponibilidade para a realização de consultas (em minutos)	120.000
<i>% das necessidades assegurada pela capacidade disponível correspondente a:</i>	50%
Primeiras consultas externas (1/3 do total)	2.000
Consultas externas subsequentes (2/3 do total)	4.000
Fórmula: $Tx\ ocupação = [N.º\ consultas \times Duração\ média\ por\ consulta] / [N.º\ gabinetes \times horas/dia \times dias/ano \times 60]$	

Os pressupostos considerados no exemplo teórico anterior para a taxa de ocupação objetivo dos gabinetes de consulta externa e para as durações médias das primeiras consultas e das consultas subsequentes têm por base, nomeadamente, os pressupostos utilizados pelo Ministério da Saúde para efeitos de dimensionamento do número de gabinetes de consulta externa dos hospitais em regime PPP. Faz-se notar que os tempos de duração das consultas externas podem variar de acordo com as especialidades médicas ou patologias em análise.

Exemplo 8: Capacidade de equipamentos essenciais

Exemplo de avaliação da existência de capacidade de equipamentos médicos de diagnóstico (Ecografia e dopler)

Dados históricos relativos à unidade de saúde em análise:

N.º de Exames efetuados por ano	5.000
N.º de equipamentos	1
N.º dias funcionamento ano	250
N.º horas funcionamento/ dia	10
Pressuposto de duração média do exame:	
Demora média por exame (minutos)	30
Taxa de utilização efetiva dos equipamentos	100%

Pressuposto para apuramento da capacidade disponível

Taxa de utilização objetivo dos equipamentos	85%
----------------------------------------------	-----

Capacidade disponível:

Capacidade disponível em n.º de exames	-750
----------------------------------------	------

$$\text{Fórmula: Tx ocupação} = \frac{[N.º \text{ Exames} \times \text{Duração Média por exame}]}{[N.º \text{ equipamentos} \times \text{horas/dia} \times \text{dias/ano} \times 60]}$$

No exemplo teórico anterior conclui-se não existir capacidade disponível relativamente a ecógrafos, pelo que, dependendo do número de exames que se estime ser necessário efetuar para realização da atividade clínica a contratualizar no âmbito do acordo de cooperação (ex. com base em pressupostos de n.º médio de exames a requisitar por cada 100 consultas externas) deverão ser equacionadas as alternativas de aquisição de novos equipamentos ou de subcontratação de atividade ao exterior.

Exemplo 9: Disponibilidade de recursos humanos clínicos em termos globais

Exemplo para avaliação da disponibilidade global de recursos humanos clínicos

Dados históricos relativos a unidade hospitalar do Grupo B:

N.º de Doentes padrão /ano	9.000
N.º médicos ETC	120
N.º de enfermeiros ETC	210
Doentes padrão por médico ETC / ano	75
Doentes padrão por enfermeiro ETC / ano	43

Níveis de produtividade de referência (mediana das observações do Grupo B):

Doentes padrão por médico ETC / ano	82
Doentes padrão por enfermeiro ETC / ano	47

Resultados de aferição da capacidade:

(A) Capacidade disponível de médicos (N.º de doentes padrão/ano)	839
(B) Capacidade disponível de enfermeiros (N.º de doentes padrão/ano)	771
(C) Capacidade disponível considerando fator limitante (C = mínimo (A;B))	771

Conforme efetuado no exemplo teórico anterior, os níveis de produtividade de referência devem ser estabelecidos com base na mediana das observações anuais relativas às unidades hospitalares incluídas no mesmo Cluster Hospitalar (de acordo com os grupos homogêneos de unidades hospitalares definidos pela ACSS). No exemplo apresentado, os valores de referência foram definidos com base nos elementos informativos relativos ao ano de 2012 constantes do Relatório de *Benchmarking* de Hospitais EPE e PPP de 15 de maio de 2013 da ACSS, considerando a mediana dos resultados obtidos pelos hospitais do Grupo B. Conclui-se, neste exemplo, existir capacidade disponível medida em doentes padrão, a qual deverá ser comparada com a atividade a contratualizar (após identificação das necessidades) no âmbito do acordo de cooperação após a respetiva transformação em doentes padrão. Salieta-se no entanto que, dado o intervalo de variação que estes indicadores apresentam historicamente no conjunto dos hospitais públicos, deverão ser utilizados primeiramente para identificar situações extremas de escassez ou excesso de recursos humanos clínicos numa determinada unidade hospitalar.

Exemplo 10: Disponibilidade de cirurgiões e anestesistas para realização de atividade cirúrgica

Exemplo para avaliação da disponibilidade de cirurgiões e de anestesistas

Dados históricos relativos a unidade hospitalar do Grupo B:

N.º de cirurgias	4.200
ICM das cirurgias	0,99
N.º de cirurgias padrão	4.242
N.º de cirurgiões padrão	45
N.º de anestesistas padrão	13
N.º de cirurgias padrão por cirurgião padrão	94
N.º de cirurgias padrão por anestesista padrão	326

Dados relativos à atividade a contratar no âmbito do acordo de cooperação

N.º de cirurgias a contratar	1.500
ICM das cirurgias a contratar	0,982
N.º de cirurgias padrão a contratar	1.527

Níveis de produtividade de referência (mediana das observações dos hospitais do Grupo B)

N.º de cirurgias padrão por cirurgião padrão	122
N.º de cirurgias padrão por anestesista padrão	560

Resultados de aferição da capacidade:

(A) Capacidade disponível de cirurgiões em n.º de cirurgias padrão/ano	1.252
(B) Capacidade disponível de anestesistas em n.º de cirurgias padrão/ano (B)	3.042
(C) Capacidade disponível considerando fator limitante (C = mínimo (A;B))	1.252
<i>% das necessidades assegurada pela capacidade disponível</i>	<i>82%</i>

No exemplo teórico anterior, a aferição da capacidade disponível de cirurgiões e anestesistas para realizar atividade clínica adicional tem por base a metodologia utilizada pela ACSS, Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, que pressupõe, antes de mais, a padronização da capacidade instalada de recursos humanos de acordo com a seguinte metodologia (nota: para maior detalhe recomenda-se a consulta do relatório¹⁶):

- i) $N.º \text{ de cirurgias padrão} = N.º \text{ de cirurgias} \times \text{ICM}$
- ii) $N.º \text{ de cirurgiões padrão} = [\sum \text{horas de trabalho semanais dos cirurgiões} + \sum \text{horas de trabalho semanais dos cirurgiões internos}/2]/35 \text{ horas}$ (incluindo as horas realizadas em modalidade remuneratória alternativa, MRA)
- iii) $N.º \text{ de anestesistas padrão} = (\sum \text{horas de trabalho semanais dos anestesistas})/35 \text{ horas}$ (incluindo as horas realizadas em modalidade remuneratória alternativa, MRA)
- iv) A definição dos níveis de produtividade de referência deve ser efetuada considerando a

¹⁶ ACSS, Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, Relatório de atividade em cirurgia programada no ano de 2012, publicação de 25 de Junho de 2013.

mediana dos dados anuais relativos às unidades hospitalares do SNS incluídas no mesmo Grupo Hospitalar de acordo com a metodologia estabelecida pela ACSS, conforme efetuado no exemplo apresentado relativamente aos hospitais inseridos no Grupo Hospitalar B.

- v) Salienta-se, por último, que a relação ótima entre cirurgiões padrão e anestesistas padrão é de 3,33 (para 1 anestesista padrão existirem 3,33 cirurgiões padrão) o que justifica que, nos casos em que tal não sucede (seja relativamente à unidade hospitalar em análise ou à definição dos valores de produtividade de referência) um dos recursos (cirurgiões ou anestesistas) se torne no fator limitante.

Exemplo 11: Custeio base da opção acordo de operação

- Número de atos:
 - ✓ Consultas Externas: 1.^{as} consultas – 5.000; Consultas subsequentes – 8.000
 - ✓ Cirurgias: 1.500
- Preços:
 - ✓ Consultas Externas: 1.^{as} consultas – 63,63 euros; Consultas subsequentes – 57,84 euros
 - ✓ Cirurgias: conforme preços SIGIC

	quantidade	preço (euros)	valor (euros)
Primeiras Consultas	5.000	63,63	318.150
Consultas subsequentes	8.000	57,84	462.720
Cirurgias ¹	1.500	-	1.983.229
Total			2.764.099

Nota 1: No caso das cirurgias a remuneração é dada pelo somatório do preço associado ao GDH de cada cirurgia, conforme Portaria n.º 271/2012, de 04 de Setembro (colunas F ou I da tabela constante do Anexo II à Portaria).

Exemplo 12: Custeio base da opção utilização de capacidade disponível no SNS

- Número de atos:
 - ✓ Consultas Externas: 13.000
 - ✓ Cirurgias: 1.500 com ICM de 0,982
- Custos (exemplo teórico e meramente ilustrativo):
 - ✓ Consultas Externas: CEVC/ consulta = 8,5 euros; FSE/ consulta = 3 euros; Pessoal/ consulta = 20 euros (assumindo que não havia capacidade de RH disponível conforme explicitado no ponto 3.3 do presente documento) e Secções de Apoio Clínico/ consulta = 15 euros
 - ✓ Cirurgias: CEVC/ cirurgia = 150 euros (ICM = 1); FSE/ cirurgia= 15 euros (ICM = 1); Pessoal/ cirurgia = 750 euros (ICM = 1, assumindo que não havia capacidade de RH disponível conforme explicitado no ponto 3.3 do presente documento), Secções de Apoio Clínico/ cirurgia = 500 euros, Custos Lavandaria e Alimentação/ cirurgia = 75 euros; ICM = 0,982

	Quant.	ICM	CEVC/ ato	FSE/ ato	Pessoal/ ato	Apoio Clínico/ ato	(Lav. e Alim.)/ ato	valor (euros)
Consultas Externas	13.000	n.a.	8,50	3,00	20,00	15,00	0,00	604.500
Cirurgias	1.500	0,982	150,00	15,00	750,00	500,00	150,00	2.305.245
Total								2.909.745

Exemplo 13: Custeio base da opção investimento em nova capacidade

- Número de atos:
 - ✓ Consultas Externas: 13.000
 - ✓ Cirurgias: 1.500 com ICM de 0,982
- Investimento: 5 milhões de euros (custo integral, assumindo-se que o mesmo é integralmente suportado pelo Estado, sem considerar a possível obtenção de subsídios)
- Custos:
 - ✓ Consultas Externas: 75 euros/ consulta
 - ✓ Cirurgias: 1.530 (ICM = 1); ICM = 0,982

Investimento (euros)				5.000.000
Custo de prestação de cuidados (euros)				
	Quant.	ICM	Custo/ato	valor (euros)
Consultas Externas	13.000	n.a.	75	975.000
Cirurgias	1.500	0,982	1.530	2.253.690
Total do custo de prestação de cuidados				3.228.690
Total (euros)				8.228.690

Exemplo 14: Custeio base da opção outra entidade privada ou IPSS

- Número de atos:
 - ✓ Consultas Externas: 1.^{as} consultas – 5.000; Consultas subsequentes – 8.000
 - ✓ Cirurgias: 1.500
- Preços:
 - ✓ Consultas Externas: 1.^{as} consultas – 63,63 euros; Consultas subsequentes – 57,84 euros
 - ✓ Cirurgias: conforme preços SIGIC

	quantidade	preço (euros)	valor (euros)
Primeiras Consultas	5.000	63,63	318.150
Consultas subsequentes	8.000	57,84	462.720
Cirurgias ¹	1.500	-	1.983.229
Total			2.764.099

Nota 1: No caso das cirurgias a remuneração é dada pelo somatório do preço associado ao GDH de cada cirurgia, conforme Portaria n.º 271/2012, de 04 de Setembro (colunas F ou I da tabela constante do Anexo II à Portaria)

Exemplo 15: Tempo de espera para acesso dos utentes a cuidados de saúde

Exercício de *Scoring*:

OPÇÃO	% de primeiras consultas realizadas fora do TMRG face às primeiras consultas realizadas - Cirurgia Geral -		% de primeiras consultas realizadas fora do TMRG face às primeiras consultas realizadas - Urologia -	
	Valor	Scoring	Valor	Scoring
	1. Celebração do acordo em causa	15%	83,33	35%
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	40%	0	20%	60
3. Investimento em nova capacidade no SNS	10%	100	20%	60
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	12%	93,33	10%	100
y=mx+b				
slope (m)	-333,33		-400,00	
intercept (b)	133,33		140,00	

OPÇÃO	Tempo médio desde o pedido de consulta até à data de realização da consulta (dias) - Cirurgia Geral -		Tempo médio desde o pedido de consulta até à data de realização da consulta (dias) - Urologia -	
	Valor	Scoring	Valor	Scoring
	1. Celebração do acordo em causa	60	75	35
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	78	30	42	80
3. Investimento em nova capacidade no SNS	90	0	45	71,43
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	50	100	70	0
y=mx+b				
slope (m)	-2,50		-2,86	
intercept (b)	225,00		200,00	

OPÇÃO	% de cirurgias realizadas fora do TMRG face às cirurgias realizadas - Cirurgia Geral -		% de cirurgias realizadas fora do TMRG face às cirurgias realizadas - Urologia -	
	Valor	Scoring	Valor	Scoring
	1. Celebração do acordo em causa	5%	100	8%
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	15%	44,44	7,5%	50
3. Investimento em nova capacidade no SNS	12%	61,11	10%	0
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	23%	0	5%	100
y=mx+b				
slope (m)	-555,56		-2.000,00	
intercept (b)	127,78		200,00	

OPÇÃO	Tempo médio desde o pedido de cirurgia até à data de realização da cirurgia (dias) - Cirurgia Geral -		Tempo médio desde o pedido de cirurgia até à data de realização da cirurgia (dias) - Urologia -		Scoring Global
	Valor	Scoring	Valor	Scoring	
1. Celebração do acordo em causa	40	100	160	48	68,29
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	200	0	95	100	45,56
3. Investimento em nova capacidade no SNS	180	12,5	220	0	38,13
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	80	75	100	96	70,54
y=mx+b					
slope (m)	-0,63		-0,80		
intercept (b)	125,00		176,00		

Para efeitos de desenvolvimento do presente exemplo, e para cada indicador:

- Considerou-se a contratualização de duas especialidades em consulta e cirurgia: cirurgia geral e urologia;
- Assumiram-se valores fictícios para cada indicador e para cada opção;
- Os valores deverão resultar dos dados históricos das instituições que, em cada opção, estão identificadas como podendo dar resposta aos cuidados de saúde que se pretende contratualizar com a IPSS;
- Na opção de celebração do acordo de cooperação em análise deverão ser considerados, sempre que disponíveis, os tempos máximos de resposta estabelecidos no próprio acordo de cooperação;
- No caso da opção 3, de investimento em nova capacidade, e uma vez que não estão disponíveis dados históricos, sugere-se que seja utilizada a média dos indicadores das instituições que constituem o grupo de referência para efeitos de custeio base.

Exemplo 16: Apuramento do custo associado às deslocações dos utentes

Pressupostos:

- ✓ Distância (em km) entre um ponto central da área de influência e a instituição onde se está a considerar que os cuidados de saúde são prestados¹⁷.
 - Celebração do acordo em causa: 2 km
 - Utilização de capacidade excedentária no sector público: 30 km

¹⁷ Esta informação poderá ser obtida, por exemplo, em <https://maps.google.pt/>

- Investimento integral em nova capacidade: 8 km
- Contratação de outra entidade privada ou integrada no setor social: 10 km
- ✓ Número de deslocações: 14.500
- ✓ Subsídio de transporte em automóvel próprio (euros/ km): 0,36

OPÇÃO	km de deslocação	Distância total percorrida (km)	Custo total (euros)
1. Celebração do acordo em causa	2	29.000	10.440
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	30	435.000	156.600
3. Investimento em nova capacidade no SNS	8	116.000	41.760
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	10	145.000	52.200
número de deslocações			
	atos	14.500	
subsídio de transporte em automóvel próprio (euros/ km)			
		0,36	

Exemplo 17: Impacto na produtividade dos utentes

Pressupostos:

- ✓ Tempo necessário (em minutos) à deslocação entre um ponto central da área de influência e a instituição onde se está a considerar que os cuidados de saúde são prestados, considerando, simplifcadamente, a realização do percurso em automóvel próprio¹⁸.
 - Celebração do acordo em causa: 8 minutos
 - Utilização de capacidade excedentária no sector público: 40 minutos
 - Investimento integral em nova capacidade: 20 minutos
 - Contratação de outra entidade privada ou integrada no setor social: 23 minutos
- ✓ Número de deslocações: 14.500
- ✓ População empregada/ população residente = 38,6%

¹⁸ Esta informação poderá ser obtida, por exemplo, em <https://maps.google.pt/>

OPÇÃO	Tempo por deslocação (min)	Tempo total das deslocações (min)	Tempo total das deslocações (dias)	Perda de produtividade - valor de 2010 (em euros)
1. Celebração do acordo em causa	8	67.164	47	4.037
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	40	335.820	233	20.187
3. Investimento em nova capacidade no SNS	20	167.910	117	10.093
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	23	193.097	134	11.607
número de deslocações				
	atos	14.500		
	atos incluindo acompanhantes	21.750		
	atos relativos a população empregada	8.396		
valor anual da produtividade aparente do trabalho (2010) - em euros, por trabalhador				
31.594,90				

Exemplo 18: Qualidade das prestações de saúde

Exercício de *Scoring*:

OPÇÃO	Taxa de mortalidade (ajustada à casuística)		Taxa de reinternamento até cinco dias após a alta hospitalar		Taxa de cirurgia de ambulatório (GDH) para procedimentos ambulatorizáveis	
	Valor	Scoring	Valor	Scoring	Valor	Scoring
1. Celebração do acordo em causa	2,25%	100	1,50%	61,54	44%	90,00
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	3,25%	42,86	1,80%	15,38	35%	0
3. Investimento em nova capacidade no SNS	2,50%	85,71	1,25%	100	40%	50,00
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	4,00%	0	1,90%	0	45%	100
y=mx+b						
slope (m)	-5.714,29		-15.384,62		1.000,00	
intercept (b)	228,57		292,31		-350,00	

OPÇÃO	Taxa de cancelamento de cirurgias		Taxa de cancelamento de consultas		Scoring Global
	Valor	Scoring	Valor	Scoring	
1. Celebração do acordo em causa	2%	100	5,30%	0	70,31
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	4,73%	9,00	2,40%	100	33,45
3. Investimento em nova capacidade no SNS	5%	0	3,50%	62,07	59,56
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	2,50%	83,33	4,90%	13,79	39,43
y=mx+b					
slope (m)		-3.333,33		-3.448,28	
intercept (b)		166,67		182,76	

Na construção do presente exemplo, e para cada indicador:

- Assumiram-se valores fictícios para cada indicador e para cada opção;
- Os valores deverão resultar dos dados históricos das instituições que, em cada opção, estarão identificadas como indo dar resposta aos cuidados de saúde que se pretende contratualizar com a IPSS;
- Na opção de celebração do acordo de cooperação deverão, sempre que disponíveis, ser considerados os níveis de serviço definidos no próprio acordo;
- No caso da opção 3, investimento em nova capacidade, e uma vez que naturalmente não existe histórico da instituição, sugere-se que seja utilizada a média ponderada dos indicadores de qualidade das instituições que constituem o grupo de referência para efeitos de custeio.

Exemplo 19: Contributo potencial para a reorganização da oferta pública da região

- Celebração do acordo em causa: 50, dado permitir utilizar capacidade disponível, mas que não pertence ao setor público
- Utilização de capacidade disponível no sector público (quando possível): 100, dado permitir rentabilizar capacidade disponível
- Investimento integral em nova capacidade (infraestrutural, equipamentos e pessoal) pelo sector público (quando possível): 0, dado gerar oferta adicional, não aproveitando capacidades disponíveis
- Contratação de outra entidade privada ou integrada no setor social (quando possível): 50, dado permitir utilizar capacidade disponível, mas que não pertence ao setor público

Exercício de *Scoring*:

OPÇÃO	Potencial contributo para a reorganização da oferta da região <i>Scoring</i>
1. Celebração do acordo em causa	50,00
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	100,00
3. Investimento em nova capacidade no SNS	0,00
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	50,00

Exemplo 20: Apuramento do custo total

OPÇÃO	custo base (euros)	custos de deslocação (euros)	perda de produtividade (euros)	custo total (euros)
1. Celebração do acordo em causa	2.764.099	10.440	4.037	2.778.576
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	2.909.745	156.600	20.187	3.086.532
3. Investimento em nova capacidade no SNS	8.228.690	41.760	10.093	8.280.543
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	2.764.099	52.200	11.607	2.827.906

Exemplo 21: Apuramento do VAL

OPÇÃO	custo total (euros, a preços constantes do ano 1)				
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	
1. Celebração do acordo em causa	2.778.576	2.806.362	2.834.425	2.919.458	
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	3.086.532	3.209.993	3.306.293	3.372.419	
3. Investimento em nova capacidade no SNS	8.280.543	3.378.960	3.446.539	3.584.400	
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	2.827.906	2.884.464	2.999.843	3.029.841	
Taxa de desconto anual (real)	4,00%				
Taxa de desconto semestral (real)	1,98%				
N.º de semestres a descontar	1	3	5	7	
Fator de desconto	0,9806	0,9429	0,9066	0,8717	
OPÇÃO	custo total (euros, em valor atualizado para o ano 1)				VAL
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	
1. Celebração do acordo em causa	2.724.618	2.646.023	2.569.696	2.544.987	10.485.323
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	3.026.593	3.026.593	2.997.492	2.939.848	11.990.526
3. Investimento em nova capacidade no SNS	8.119.741	3.185.906	3.124.639	3.124.639	17.554.925
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	2.772.990	2.719.663	2.719.663	2.641.211	10.853.528

Notas:

- No caso da opção 3, o montante do investimento é considerado proporcionalmente nos anos em que ocorra;
- Assumiram-se taxas de crescimento fictícias diferentes para os custos de cada uma das opções;
- Uma vez que se considera que os fluxos têm ocorrência a meio do ano, é necessário transformar a taxa de desconto anual em uma taxa de desconto semestral mediante utilização da fórmula: $taxa\ de\ desconto\ semestral = (1 + taxa\ de\ desconto\ anual)^{0,5} - 1$ e efetuar o desconto em semestres;
- Fator de desconto: $1/(1 + taxa\ de\ desconto\ semestral)^n$, em que $n = n.^o$ de semestres a descontar.

Exemplo 22: Análise multicritério

1.º passo: transformar o custo total obtido em 4.7 em *scoring*

OPÇÃO	custo total (euros)	custo total (scoring)
1. Celebração do acordo em causa	2.778.576	100
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	3.086.532	94,4
3. Investimento em nova capacidade no SNS	8.280.543	0
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	2.827.906	99,1
y=mx+b		
slope (m)	0,000	
intercept (b)	151	

2.º passo: atribuir pesos ponderatórios a cada critério e calcular o *scoring* final

OPÇÃO	custo total (scoring)	tempo de espera para acesso (scoring)	existência de transportes públicos
1. Celebração do acordo em causa	100	68,29	100
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	94	45,56	0
3. Investimento em nova capacidade no SNS	0	38,13	100
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	99	70,54	100
peso atribuído ao critério	70%	8%	6%

OPÇÃO	qualidade (<i>scoring</i>)	potencial contributo para a reorganização da oferta da região (<i>scoring</i>)	<i>scoring</i> final
1. Celebração do acordo em causa	70,31	50	92,10
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	33,45	100	77,07
3. Investimento em nova capacidade no SNS	59,56	0	16,79
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	39,43	50	87,64
peso atribuído ao critério	13%	3%	

Exemplo 23: Teste à decisão mediante alteração dos pesos ponderatórios

Teste 1

OPÇÃO	custo total (<i>scoring</i>)	tempo de espera para acesso (<i>scoring</i>)	existência de transportes públicos
1. Celebração do acordo em causa	100	68,29	100
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	94,4	45,56	0
3. Investimento em nova capacidade no SNS	0	38,13	100
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	99,1	70,54	100
peso atribuído ao critério	49%	16%	8%

OPÇÃO	qualidade (<i>scoring</i>)	contributo para a reorganização da oferta da região (<i>scoring</i>)	<i>scoring</i> final
1. Celebração do acordo em causa	70,31	50	85,89
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	33,45	100	65,90
3. Investimento em nova capacidade no SNS	59,56	0	27,20
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	39,43	50	79,02
peso atribuído ao critério	22%	5%	

Teste 2

OPÇÃO	custo total (scoring)	tempo de espera para acesso (scoring)	existência de transportes públicos
1. Celebração do acordo em causa	100	68,29	100
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	94,4	45,56	0
3. Investimento em nova capacidade no SNS	0	38,13	100
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	99,1	70,54	100
peso atribuído ao critério	28%	39%	6%

OPÇÃO	qualidade (scoring)	contributo para a reorganização da oferta da região (scoring)	scoring final
1. Celebração do acordo em causa	70,31	50	78,60
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	33,45	100	56,56
3. Investimento em nova capacidade no SNS	59,56	0	33,97
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	39,43	50	72,43
peso atribuído ao critério	22%	5%	

Exemplo 24: Critérios (possíveis) para identificação de unidades de referência

- i) **Transplantação renal:** Deverão ser identificadas as unidades hospitalares nacionais nas quais é efetuada transplantação renal.

- ii) **Centros de medicina física e reabilitação:** Deverão ser identificados os centros especializados de medicina física e reabilitação e os hospitais com serviços de MFR diferenciada (e.g. Hospital Curry Cabral). Cumpre salientar, contudo, que os serviços de MFR integrados em unidades hospitalares terão custos indiretos imputados ao referido serviço referentes a uma estrutura hospitalar pelo que poderão não ser comparáveis.

- iii) **Cuidados de saúde generalistas:** neste caso, a identificação das unidades hospitalares do SNS que podem servir como referencial deve ter em consideração um conjunto de variáveis, tais como tipo de serviços (internamento, cirurgia, consulta externa, cuidados continuados, etc.), as especialidades disponibilizadas, a complexidade dos serviços prestados, os volumes de atividade, a dimensão da unidade (e.g. n.º de camas) e a população da área de influência. Deve ainda ser tido em consideração se tal unidade é autónoma ou se encontra integrada em ULS ou Centro Hospitalar, situações em que apenas perante a existência de estatística e contabilidade autónomas será possível utilizar

as referidas unidades para efeitos de *benchmarking*. A título meramente ilustrativo podem-se identificar as unidades hospitalares de Anadia, Ovar e Cantanhede como sendo unidades hospitalares autónomas integradas no SNS com perfis assistenciais menos diferenciados.

Exemplo 25: Determinação da economia do acordo

De acordo com o Exemplo 22, concluiu-se que a opção acordo era a que se traduzia num *scoring* mais elevado, pelo que a mesma foi selecionada para opção preferida, tendo-se avançado, assim, para a análise prevista no presente Capítulo 5.

Com base nos custos estimados para cada opção, e recorrendo-se ao mesmo exemplo, verifica-se, independentemente do *scoring* mais elevado obtido pela opção *celebração do acordo*, que a mesma é a mais económica para o Estado, quando comparada com as opções de prestação direta por este:

OPÇÃO	custo base (euros)	diferença face a opção 2 (euros)	diferença face a opção 3 (euros)
1. Celebração do acordo em causa	2.764.099	-145.646	-5.464.591
2. Utilização de capacidade disponível no SNS	2.909.745	0	-5.318.945
3. Investimento em nova capacidade no SNS	8.228.690	5.318.945	0
4. Contratação de outra entidade privada ou IPSS	2.764.099	-145.646	-5.464.591

Contudo, conforme referido anteriormente, e pelo facto de apenas se terem custeado opções viáveis, poder-se-á estar, ainda assim, a pagar um valor demasiado elevado pela prestação dos cuidados, sendo o teste da economia essencial à verificação da ocorrência (ou não) desta situação.

Para efeitos do presente exemplo teórico, assumiram-se os seguintes pressupostos:

- Não se consideraram, por motivos de simplicidade do exemplo apresentado, as taxas moderadoras, as quais devem, no entanto, sempre que o acordo de cooperação preveja a respetiva reversão para o Estado (por dedução à remuneração a auferir pela IPSS), ser deduzidas em montante idêntico aos pagamentos efetuados nas opções de

contratualização com terceiras entidades ou aos custos suportados nas opções de realização da atividade clínica com recursos próprios do Estado.

- Identificação de três unidades comparáveis, duas das quais mais eficientes do ponto de vista económico, tendo, por isso, sido selecionadas para Grupo de Referência.
- Em média, as referidas unidades apresentam, voltando ao exemplo desenvolvido no presente documento, os seguintes custos por consulta e por cirurgia (incluindo todas as rubricas de custo), o que conduz ao custo total apresentado no quadro ascendente a 2.694.900 euros (no ano 1):

	Quant.	ICM	Custo/ ato	valor (euros)
Consultas Externas	13.000	n.a.	60	780.000
Cirurgias	1.500	0,982	1.300	1.914.900
Total (euros)				2.694.900

Conforme se verifica, a celebração do acordo, ainda que vantajosa do ponto de vista regional e de entre as opções viáveis, é mais onerosa em cerca de 69.199 euros face ao que de mais eficiente o setor público consegue efetuar.

Assumindo que não é suficiente a análise só de um ano pelo facto de ocorrerem evoluções distintas nos dois cenários, vejamos o mesmo exemplo considerando um período de quatro anos:

OPÇÃO	custo total (euros, a preços constantes do ano 1)				VAL
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	
Celebração do acordo em causa	2.764.099	2.791.740	2.819.657	2.904.247	
Valores do Grupo de Referência	2.694.900	2.748.798	2.803.774	2.859.849	
Taxa de desconto anual (real)					4,00%
Taxa de desconto semestral (real)					1,98%
N.º de semestres a descontar	1	3	5	7	
Fator de desconto	0,9806	0,9429	0,9066	0,8717	
OPÇÃO	custo total (euros, em valor atualizado para o ano 1)				VAL
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	
Celebração do acordo em causa	2.710.422	2.632.236	2.556.307	2.531.727	10.430.691
Valores do Grupo de Referência	2.642.567	2.591.748	2.541.907	2.493.024	10.269.246

Notas:

- Assumiram-se, à semelhança do Exemplo 21, as seguintes taxas de crescimento anual real na opção “celebração do acordo”: 1%, 1% e 3%
- Assumiu-se uma taxa média de crescimento anual real dos custos unitários do Grupo de Referência de 2%
- Uma vez que se considera que os fluxos têm ocorrência a meio do ano, é necessário transformar a taxa de desconto anual em uma taxa de desconto semestral mediante utilização da fórmula $taxa\ de\ desconto\ semestral = (1 + taxa\ de\ desconto\ anual)^{0,5} - 1$ e efetuar o desconto em semestres;
- Fator de desconto: $1/(1 + taxa\ de\ desconto\ semestral)^n$, em que $n = n.^o$ de semestres a descontar.

De acordo com o exemplo anterior, a celebração do acordo continuaria a ser mais onerosa em cerca de 161.445 euros face ao que de mais eficiente o setor público consegue efetuar. Neste contexto, os preços acordados com a IPSS teriam que ser renegociados por forma a garantir a existência de economia pela via da celebração do acordo, ou seja, a assegurar que o encargo associado à opção de celebração do acordo é menor que o custo suportado na alternativa de prestação pública. Apresenta-se na tabela seguinte um exemplo teórico em que se conclui existir economia pela via da celebração do acordo:

OPÇÃO	custo total (euros, em valor atualizado para o ano 1)				VAL (euros)	
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4		
Celebração do acordo em causa	2.451.452	2.380.737	2.312.062	2.289.830	9.434.080	(A)
Valores do Grupo de Referência	2.642.567	2.591.748	2.541.907	2.493.024	10.269.246	(B)
Economia do Acordo (em euros) = (B) - (A)					835.166	

No exemplo anterior a economia do acordo ascende a 835.166 euros (diferença entre o VAL dos encargos na alternativa pública e o VAL dos encargos no acordo), ou seja, a uma poupança de 8,1%.

Exemplo 26: Matriz de risco teórica simplificada

Categorias de Risco	Alocação dos Riscos		
	Estado	Privado	Partilhado
Procura		√	
Exploração / Manutenção		√	
Financeiro		√	
Legislativo e regulamentar		√	
Revisão de preços		√	
Responsabilidade relativamente a terceiros		√	
Fiscal		√	
Político	√		

Tendo por base, a título meramente exemplificativo, um acordo de cooperação celebrado ao abrigo do Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas de 27 de março de 2010 apresenta-se, seguidamente, de forma muito sumária,

um exemplo de alocação de riscos entre o Estado e uma IPSS:

- ✓ Risco de Procura: alocado à IPSS, uma vez que os preços são unitários sendo pagos em função da atividade clínica efetivamente realizada, e não havendo, desta forma, montantes mínimos de remuneração anualmente assegurados;
- ✓ Risco Operacional (exploração/ manutenção): mantem-se integralmente na esfera da entidade do setor social uma vez que a IPSS tem que assegurar os meios necessários à prestação dos serviços contratualizados e suporta integralmente os benefícios ou prejuízos resultantes do acordo.
- ✓ Risco Financeiro: integralmente suportado pela IPSS que fica responsável pela obtenção dos fundos (próprios e/ou alheios) necessários ao financiamento da atividade a prestar no âmbito do acordo.
- ✓ Risco Legislativo e Regulamentar: por exemplo, a IPSS assume a obrigatoriedade de cumprir as regras constantes do manual de gestão dos utentes para cirurgia (SIGIC), implementar as versões de codificação e de agrupamento em vigor em cada momento no SNS, implementar o SIGIC nos termos da regulamentação aplicável e do disposto no acordo e de cumprir as regras de qualidade e segurança clínicas emanadas pela Direção Geral de Saúde, além de que não está prevista a reposição do equilíbrio financeiro do acordo em caso de alterações à legislação específica como sucede, por exemplo, nas parcerias público-privadas.
- ✓ Revisão de Preços: transferida para a IPSS uma vez que os preços previstos no acordo podem sofrer revisões anuais em termos a fixar pelo Ministério da Saúde.
- ✓ Responsabilidade relativamente a terceiros: a IPSS é responsável por quaisquer prejuízos causados a terceiros no exercício das prestações contratadas, tendo o Estado direito de regresso no caso de alguma responsabilidade lhe vir a ser atribuída.
- ✓ Fiscal: alterações à fiscalidade são assumidas pela IPSS (ex. IVA)
- ✓ Político: tratando-se da prestação de um serviço público por uma IPSS, caso a qualidade dos cuidados seja deficiente, poderão existir reflexos na imagem do SNS.

Anexo 4 – Índice indicativo do estudo prévio a desenvolver nos termos do n.º 6 do DL 138/2013

1. Sumário Executivo

- *Súmula das principais análises e conclusões do estudo*

2. Introdução

- *Objetivos, conteúdo e fontes de informação do estudo*

3. Análise de mercado

3.1. Análise das necessidades de cuidados de saúde a satisfazer

- *Identificação das áreas de prestação de cuidados de saúde e das valências a contratualizar*
- *Definição da área de influência e da população a abranger pelo acordo*
- *Caracterização da procura e da oferta históricas*
- *Definição da carteira de serviços e da produção a contratualizar*

3.2. Avaliação da existência de capacidade disponível no SNS

- *Identificação das unidades do SNS com localização e perfil assistencial adequados*
- *Avaliação da existência de capacidade disponível nas unidades do SNS identificadas no ponto anterior:*
 - ✓ *Avaliação da capacidade da infraestrutura*
 - ✓ *Avaliação da capacidade dos equipamentos*
 - ✓ *Avaliação da capacidade dos recursos humanos*
 - ✓ *Avaliação das listas de espera da unidade hospitalar e da região*

3.3. Aferição da existência de capacidade no setor privado/social com acordos com o SNS

4. Avaliação custo-benefício de opções

4.1. Identificação abrangente de opções e *short list* das opções viáveis

4.2. Listagem dos custos e benefícios associados a cada opção

- 4.3. Estimativa do valor monetário do custo base associado a cada opção
- 4.4. Estimativa do valor monetário dos restantes custos e benefícios associados a cada opção
- 4.5. Apuramento do custo total associado a cada opção líquido de benefícios (se aplicável)
- 4.6. Incorporação na análise dos custos e benefícios não monetizáveis
- 4.7. Realização de análises de sensibilidade
- 4.8. Seleção da opção preferida

5. Economia, eficiência, eficácia e sustentabilidade financeira da opção selecionada

- 5.1. Avaliação da economia do acordo
 - *Teste face a referenciais de mercado para serviços idênticos*
 - *Determinação do referencial de custo público e apuramento da economia*
 - *Elaboração de uma matriz de riscos do acordo*
- 5.2. Avaliação da eficácia do acordo
- 5.3. Avaliação da eficiência do acordo
- 5.4. Avaliação da sustentabilidade financeira do acordo

6. Conclusão

