

MESTRADO
CONTABILIDADE E CONTROLO DE GESTÃO

As Parcerias Público-Privadas no setor da Saúde: o caso do Hospital de Cascais

Gonçalo da Fonte Moraes

M

2025



AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SETOR DA SAÚDE: O
CASO DO HOSPITAL DE CASCAIS

Gonçalo da Fonte Moraes

Dissertação
Mestrado em Contabilidade e Controlo de Gestão

Orientado por
Professora Doutora Renata Blanc de Melo

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação só foi possível com a colaboração e o apoio de algumas pessoas, a quem eu gostaria de expressar o meu profundo agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço aos representantes do Hospital de Cascais pela oportunidade de realizar este trabalho nesta instituição. Um agradecimento especial à Dr.^a Sílvia Silva pela constante disponibilidade e ajuda, assim como a todos os colaboradores que gentilmente participaram nas entrevistas.

À minha orientadora, Professora Dr.^a Renata Blanc, manifesto o meu reconhecimento pela disponibilidade, apoio e partilha dos seus vastos conhecimentos, que foram essenciais para a concretização deste trabalho.

Por fim, agradeço de forma muito especial aos meus pais, irmão, cunhada e afilhado, bem como aos meus amigos, pela motivação e apoio incondicional ao longo deste último ano.

A todos, muito obrigado.

Resumo

Em Portugal, o aumento contínuo da despesa pública em saúde levou à exploração de modelos alternativos de gestão que fossem capazes de assegurar a eficiência operacional, sem comprometer a acessibilidade e a qualidade dos serviços. Neste contexto, as parcerias público-privadas (PPP) surgiram como uma resposta a estas necessidades, visando simultaneamente ganhos de eficiência e a modernização das infraestruturas hospitalares, a fim de garantir melhorias no acesso e na qualidade dos serviços. A adoção de ferramentas de controlo de gestão também se tem revelado fundamental para otimizar processos, monitorizar o desempenho e apoiar a tomada de decisão nas organizações do setor. A presente investigação tem como objetivo analisar a perceção existente acerca do impacto das PPP na gestão de uma unidade hospitalar, utilizando para o efeito um estudo de caso sobre o Hospital de Cascais, o primeiro hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a ser concessionado e construído em regime de PPP. Nesse sentido, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a quatro colaboradores, que ocupam cargos de direção em diferentes áreas estratégicas do hospital. A informação recolhida permitiu compreender a perceção destes profissionais relativamente à influência do modelo de gestão de PPP no sistema de controlo de gestão do hospital, bem como nos processos de tomada de decisão, na alocação de recursos, na definição de padrões de qualidade e na adoção de práticas inovadoras de gestão. Foram ainda abordadas questões sobre a responsabilização associada ao controlo de gestão e os principais desafios na sua implementação. Os resultados demonstram que existe, na entidade de saúde em análise, uma perceção de que o modelo de PPP favorece uma gestão mais orientada por dados e metas, promovendo maior eficiência e responsabilização, bem como uma forte articulação entre a gestão e operação, o que confere ao sistema de controlo de gestão um papel central no funcionamento deste hospital.

Palavras-chave: PPP, Saúde, Desempenho, Controlo de Gestão

Abstract

In Portugal, the continuous increase in public health expenditure has led to the exploration of alternative management models capable of ensuring operational efficiency without compromising service accessibility and quality. In this context, public-private partnerships (PPPs) emerged as a response to these needs, simultaneously aiming at efficiency gains and the modernization of hospital infrastructures, to ensure improvements in access and quality of services. The adoption of management control tools has also proven to be essential for optimizing processes, monitoring performance, and supporting decision-making within organizations in the sector. This study aims to analyze the existing perception regarding the impact of public-private partnerships on hospital management, using a case study of ‘Hospital de Cascais’, the first hospital within the Portuguese National Health Service to be built and operated under this model. To this end, semi-structured interviews were conducted with four staff members who hold managerial positions in different strategic areas of the hospital. The information collected made it possible to understand these professionals’ perception of the influence of the PPP management model on the hospital’s management control system, as well as on decision-making processes, resource allocation, the definition of quality standards, and the adoption of innovative management practices. Issues related to accountability in management control and the main challenges in its implementation were also addressed. The results show that, in the analyzed healthcare entity, there is a perception that the PPP model fosters a more data- and goal-oriented management approach, promoting greater efficiency and accountability, as well as a strong alignment between management and operations. This gives the management control system a central role in the functioning of this hospital.

Keywords: PPP, Healthcare, Performance, Management Control

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice de Figuras	vi
Índice de Tabelas	vii
Abreviaturas	viii
1. Introdução	1
2. Revisão de Literatura	3
2.1 Parcerias Público-Privadas	3
2.1.1 Conceito e Tipos de Contrato.....	3
2.1.2 Critérios de Avaliação	4
2.1.3 Parcerias Público-Privadas na Saúde.....	6
2.1.3.1 Vantagens e Desvantagens.....	9
2.1.3.2 Contratos de Gestão	10
2.2 Controlo de Gestão no contexto da Saúde.....	12
2.2.1 Orçamentos	13
2.2.2 <i>Key Performance Indicators</i>	14
2.2.3 <i>Benchmarking</i>	16
2.2.4 Sistemas de Incentivos	17
3. Metodologia	19
3.1 Análise Comparativa	19
3.1.1 Recolha de Dados	19
3.1.2 Análise de Dados	20
3.2 Estudo de Caso.....	21
3.2.1 Recolha de Dados.....	21
3.2.2 Caracterização da Amostra.....	22
3.2.3 Questões de Investigação	23
3.2.4 Análise de Dados	23
4. Análise Comparativa do Desempenho das PPP	25
4.1 Hospital de Braga (ULS Braga)	26
4.2 Hospital de Vila Franca de Xira (ULS Estuário do Tejo).....	28
4.3 Hospital de Loures (ULS Loures-Odivelas)	30
4.4 Hospital de Cascais.....	32

4.5 Considerações Finais sobre a Análise Comparativa	34
5. Estudo de Caso – Hospital de Cascais	35
5.1 Apresentação do Hospital.....	35
5.2 O Modelo de Gestão de PPP	36
5.3 Tomada de Decisão e Alocação de Recursos.....	39
5.4 Qualidade e Monitorização de Desempenho	40
5.5 Responsabilização e Cumprimento de Metas.....	43
5.6 Inovação e Práticas de Gestão.....	45
5.7 Desafios do Controlo de Gestão.....	48
5.8 Futuro das PPP.....	49
6. Conclusão	51
6.1 Limitações e Sugestões	52
Cronograma	53
Referências Bibliográficas	54
Anexos.....	59

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo contratual da primeira vaga de PPP celebradas em Portugal	8
Figura 2 – Indicadores de desempenho do Hospital de Braga (2016-2018).....	26
Figura 3 – Indicadores de desempenho do Hospital de Braga (2019-2021).....	27
Figura 4 – Indicadores de desempenho do Hospital de Braga (2022-2024).....	28
Figura 5 – Indicadores de desempenho do Hospital de Vila Franca de Xira (2016-2018)...	28
Figura 6 – Indicadores de desempenho do Hospital de Vila Franca de Xira (2019-2021)...	29
Figura 7 – Indicadores de desempenho do Hospital de Vila Franca de Xira (2022-2024)...	29
Figura 8 – Indicadores de desempenho do Hospital de Loures (2016-2018).....	30
Figura 9 – Indicadores de desempenho do Hospital de Loures (2019-2021).....	31
Figura 10 – Indicadores de desempenho do Hospital de Loures (2022-2024)	32
Figura 11 – Indicadores de desempenho do Hospital de Cascais (2016-2018).....	32
Figura 12 – Indicadores de desempenho do Hospital de Cascais (2019-2021).....	33
Figura 13 – Indicadores de desempenho do Hospital de Cascais (2022-2024).....	33

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Modelos de contrato de PPP no setor da saúde.....	7
Tabela 2 - Caracterização da amostra.	22
Tabela 3 - Entrevistas realizadas.....	23

Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

BI – *Business Intelligence*

BOT – *Build, Operate and Transfer*

CRI – Centros de Responsabilidade Integrados

CSP – Comparador do Setor Público

CVC – Cateter Venoso Central

DBFOM – *Design, Build, Finance, Operate and Maintain*

DBFOT – *Design, Build, Finance, Operate and Transfer*

EGED – Entidade Gestora do Edifício

EGEST – Entidade Gestora do Estabelecimento

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ETC – Equivalente em Tempo Completo

GCD – Grande Categoria de Diagnóstico

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

IGF – Inspeção-Geral de Finanças

KPI – *Key Performance Indicator*

KPIs – *Key Performance Indicators*

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamentos

NASEM – *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*

PDR – Parâmetro(s) de Desempenho de Resultado

PPP – Parceria(s) Público-Privada(s)/Public-Private Partnership(s)

ROT – *Rehabilitate, Operate and Transfer*

SICA – Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento

SIEF – Sistema de Incentivos à Eficiência da Despesa Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde/Unidades Locais de Saúde

UTAP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

VfM – *Value for Money*

1. Introdução

Embora o SNS seja relativamente recente, os hospitais portugueses enfrentam atualmente obstáculos a um melhor desempenho (Barros, 2023). Nesse contexto, a introdução de diferentes mecanismos de governação e de diferentes regras de gestão tem sido apontada como uma estratégia para aumentar a eficiência e melhorar os resultados organizacionais, sobretudo em países com um serviço nacional de saúde que possui um extenso parque hospitalar próprio (Barros, 2023). No Reino Unido, a transformação dos hospitais em fundações (*trusts*) demonstrou efeitos significativos na gestão e na performance institucional (Marini et al., 2008). Em Espanha, a adoção de PPP tem igualmente sido associada a ganhos de eficiência em comparação com hospitais de gestão pública (Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo, 2016).

Esta realidade também é evidente em Portugal, onde o aumento contínuo dos custos na prestação de cuidados de saúde, aliado às dívidas acumuladas pelos hospitais públicos, ilustram a necessidade de modelos de gestão mais eficientes e adaptados à realidade do setor (Nunes & Matos, 2017). A saúde tornou-se num dos setores que mais consome recursos, quer em termos globais, quer em termos de despesa pública e, à semelhança de outros países europeus, sucessivos governos procuraram conferir às unidades hospitalares maior eficiência, autonomia e responsabilidade, com o propósito não só de melhorar o desempenho dos hospitais públicos, mas também de assegurar uma melhor utilização dos fundos atribuídos ao setor, controlando o crescimento dos gastos públicos (Barros, 2023; Simões, 2004). Este contexto levou à exploração de modelos alternativos de gestão hospitalar, nomeadamente as PPP (Nunes & Matos, 2017).

As PPP surgiram como uma solução inovadora para enfrentar alguns dos principais desafios do SNS (Simões, 2004). Segundo Campos (2017), a opção por este modelo de gestão justificava-se pela necessidade de modernizar o parque hospitalar, numa altura em que os recursos financeiros escasseavam, e pela convicção de que os privados permitiriam uma gestão clínica mais eficiente. As PPP preveem uma adequada afetação de riscos entre o parceiro público e privado, para assegurarem uma gestão da forma mais económica (Simões, 2004). Do lado público, Simões (2004) salienta o contributo do capital humano corporizado nos profissionais de saúde e, no lado privado, destaca a mobilização da sua capacidade de gestão e financiamento, bem como de assumir riscos. Segundo o mesmo autor, as parcerias representam, pois, numa perspetiva de longo prazo, aquilo que há de melhor no setor público e no setor privado.

O controlo de gestão assume também, neste enquadramento, um papel determinante (Lewandoski, 2023). Segundo Lewandoski (2023), a utilização do controlo de gestão como uma solução para as ineficiências nos hospitais está alinhada com a crença de que esta é uma função essencial da gestão e possui um impacto decisivo no desempenho organizacional. No entanto, a sua implementação tem sido mais desafiante em organizações públicas e sem fins lucrativos (Koukou et al., 2024). A complexidade do setor, caracterizada pela burocracia, pela dependência de sistemas de financiamento externos, pela dificuldade de mensuração da produção e pela fragilidade dos sistemas de informação, constitui um entrave à implementação de um sistema de controlo de gestão legítimo, que se mantém distinto daquele aplicado em hospitais de gestão privada (Koukou et al., 2024).

A presente investigação tem como objetivo analisar a perceção existente acerca do impacto das PPP na gestão de uma unidade hospitalar, utilizando para o efeito um estudo de caso sobre o Hospital de Cascais, que opera em regime de PPP desde 2008. Nesse sentido, realiza-se uma revisão de literatura aprofundada sobre as PPP, com particular enfoque na sua aplicação no setor da saúde. Segue-se uma análise detalhada à aplicação do controlo de gestão no contexto da saúde, explorando algumas das ferramentas utilizadas na monitorização e avaliação de desempenho organizacional. Por fim, precedendo o estudo de caso, apresenta-se uma análise do enquadramento das PPP no setor hospitalar português, com especial atenção à evolução do desempenho dos hospitais geridos neste regime entre 2016 e 2024.

Deste modo, a dissertação está estruturada em seis capítulos. O primeiro capítulo, começa com esta breve introdução sobre o tema da dissertação. No segundo capítulo, apresenta-se a revisão de literatura, em que são abordados um conjunto de conceitos de suporte ao estudo. No terceiro capítulo é apresentada a metodologia. No quarto capítulo, procede-se a uma análise comparativa do desempenho dos hospitais geridos em regime de PPP, relativa ao período de 2016 a 2024. No quinto capítulo são apresentados e analisados os resultados relativos ao estudo de caso realizado. Por fim, no sexto capítulo são expostas as principais conclusões do trabalho de investigação, limitações e sugestões de futuras investigações.

2. Revisão de Literatura

2.1 Parcerias Público-Privadas

2.1.1 Conceito e Tipos de Contrato

As PPP consistem numa relação de partilha de riscos entre os setores público e privado, com o objetivo de alcançar um resultado desejado em termos de política pública (Barlow et al., 2013). A Inspeção-Geral de Finanças (IGF, 2006) acrescenta que as PPP permitem a realização de projetos públicos com grande envergadura, sem a necessidade de um investimento inicial por parte do Estado, tirando partido das sinergias do setor privado, que não só financia o projeto, mas também participa na sua conceção, construção e gestão, assumindo parte dos riscos associados.

No plano jurídico, o Dec. Lei n.º 111/2012 de 23 de maio estabelece que uma PPP corresponde a um:

Contrato ou a união de contratos por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar, mediante contrapartida, o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, em que a responsabilidade pelo investimento, financiamento, exploração, e riscos associados, incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado. (Diário da República, 2012, p. 2703)

Assim, as PPP podem assumir diferentes formatos consoante o tipo de ativo envolvido, o grau de envolvimento do setor privado e a forma de pagamento estabelecida (IGF, 2006; World Bank, 2017). No que respeita ao tipo de ativo, as parcerias podem ser aplicadas tanto a novos projetos (*greenfield*), como à reabilitação e gestão de infraestruturas já existentes (*brownfield*) (World Bank, 2017). Relativamente ao grau de envolvimento do setor privado, o World Bank (2017) define cinco típicas funções que o setor privado pode assumir:

- Conceção (*Design*): desenvolvimento do projeto desde os requisitos iniciais até às especificações de construção;
- Construção ou Reabilitação (*Build/Rehabilitate*): o parceiro privado é responsável pela construção de uma nova infraestrutura ou pela renovação de uma já existente;
- Financiamento (*Finance*): em muitos contratos, o parceiro privado deve assegurar total ou parcialmente o investimento necessário;

- Manutenção (*Maintain*): o parceiro privado assume a responsabilidade de manter a infraestrutura ao longo da vigência do contrato segundo padrões de qualidade previamente definidos;
- Operação (*Operate*): consoante o tipo de projeto, a operação pode incluir a prestação de serviços diretos aos utilizadores, a gestão técnica da infraestrutura ou o fornecimento de serviços de apoio.

Frequentemente, as PPP são descritas pelas funções transferidas para o parceiro privado (IGF, 2006; World Bank, 2017). Por exemplo, uma parceria do tipo *Design, Build, Finance, Operate and Maintain* (DBFOM) atribui todas estas funções à entidade privada, enquanto que em modelos como *Build, Operate and Transfer* (BOT) o parceiro privado detém os ativos do projeto até serem transferidos para o Estado no final do contrato. Da mesma forma, um contrato do tipo *Rehabilitate, Operate and Transfer* (ROT) aplica-se quando a entidade privada é responsável por reabilitar, modernizar ou expandir ativos existentes.

Por fim, o último fator diferenciador consiste no mecanismo de pagamento acordado entre as partes. De acordo com o World Bank (2017), existem modelos financiados pelo utilizador (*user-pays PPPs*), onde o parceiro privado gera receita diretamente dos utilizadores do serviço, podendo ser complementada por pagamentos governamentais. Alternativamente, existem PPP financiadas pelo governo (*government-pays PPPs*), ou seja, a entidade pública é a principal fonte de financiamento do parceiro privado, sendo os pagamentos efetuados com base na disponibilidade da infraestrutura ou na qualidade dos serviços prestados.

Estes fatores podem ser combinados de diversas formas para criar contratos adaptados às necessidades do setor público, distribuindo de forma diferenciada riscos e responsabilidades entre os parceiros público e privado (Barlow et al., 2013; World Bank, 2017).

2.1.2 Critérios de Avaliação

A decisão de optar por uma PPP em detrimento de outras formas tradicionais de contratação pública não é, como refere António (2014), uma opção discricionária, mas pelo contrário trata-se de uma decisão sujeita a uma avaliação prévia, fundamentada, que deve demonstrar que o modelo de PPP representa uma solução mais vantajosa e eficiente para o interesse público. Por sua vez, esta solução será mais vantajosa se induzir em *Value for Money* (VfM), que consiste na utilidade retirada de cada gasto público (Sarmiento, 2013).

O VfM representa, neste contexto, uma avaliação preliminar que revela, por meio de uma comparação, a estimativa dos custos que o parceiro público teria de suportar, no âmbito de uma PPP e no âmbito de uma modalidade contratual tradicional (António, 2014). No entanto, para a obtenção de VfM, não basta que a PPP seja a opção com menor custo de aquisição, mas também que esta conduza à máxima eficiência dos gastos públicos (Sarmento, 2013).

Tendo por base a definição de eficiência como a relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados para os obter, e considerando que o custo de financiamento privado é superior ao público, essa eficiência tem de estar refletida nos outros componentes do custo global: custo de conceção, construção e de manutenção e operação, assim como na gestão dos riscos (Sarmento, 2015). Segundo Cruz e Marques (2012), este incentivo a uma gestão mais eficiente e inovadora por parte do parceiro privado só é possível através da assunção de risco, uma vez que ao assumir riscos, o parceiro privado expõe-se a potenciais perdas e, por conseguinte, é motivado a maximizar a sua eficiência produtiva. Daqui decorre a importância de uma adequada alocação de riscos entre os setores público e privado, sendo esta uma condição basilar para o sucesso e equilíbrio de qualquer PPP (Cruz & Marques, 2012). Da mesma forma, Simões (2004), destaca uma adequada transferência de riscos e a importância de manter um elevado grau de concorrência, de forma a favorecer a obtenção de ganhos para o erário público.

“A análise do VfM é realizada normalmente por meio da utilização de um Comparador do Setor Público (CSP)” (Sarmento, 2015, p. 21). De acordo com Sarmento (2013), o CSP consiste em apurar, com base na contratação pública tradicional, qual seria, em valor atual líquido, o custo que o Estado teria de suportar para prestar aquele serviço ou construir aquele ativo, considerando o mesmo nível de qualidade (*output*). O CSP representa assim um custo hipotético ajustado pelo risco, que permite aferir se a proposta apresentada pelo setor privado constitui, ou não, uma alternativa mais vantajosa. (Sarmento, 2013). Assim, esta análise visa apurar se as PPP representam, face às formas tradicionais de contratação, a solução mais eficiente e sustentável para satisfazer o interesse público, tendo em conta os recursos disponíveis (António, 2014). “No fundo, trata-se de determinar qual seja a forma de contratação pública que conduzirá a um maior “VfM” da perspetiva do interesse público” (António, 2014, p. 14).

Grimsey e Lewis (2005) alertam para o facto de que existem alternativas ao uso do CSP e que a sua construção envolve diversas complexidades e ambiguidades que devem ser

consideradas na escolha do modelo de contratação mais adequado. No entanto, segundo Sarmiento (2010), a elaboração do CSP constitui uma ferramenta essencial para os gestores públicos, pois permite uma compreensão mais profunda do projeto, dos riscos envolvidos e da melhor forma de os gerir contratualmente. De acordo com o mesmo autor, a análise de risco requerida pelo CSP deve ser encarada como parte integrante de um processo mais abrangente de identificação, alocação e gestão de riscos, o que reforça a importância de uma abordagem estruturada e rigorosa na avaliação da eficiência e sustentabilidade das PPP.

2.1.3 Parcerias Público-Privadas na Saúde

Impulsionados, em parte, por orçamentos nacionais limitados, os governos europeus têm estabelecido parcerias cada vez mais frequentes com o setor privado para assegurar os custos de construção e operação de hospitais públicos, bem como a prestação de serviços de saúde (Barlow et al., 2013). Através destas PPP, os governos procuram garantir ganhos em saúde para os utentes e assegurar ganhos de valor para o erário público, tirando partido da eficiência do setor privado (Simões, 2004). Por sua vez, os parceiros privados visam obter um retorno sobre o investimento realizado (Barlow et al., 2013).

A diversidade de modelos de PPP no setor da saúde reflete diferentes níveis de envolvimento do setor privado e repartição de responsabilidades. Barlow et al. (2013) apresenta os modelos mais comuns, descritos na Tabela 1:

Modelo	Descrição
<i>Accommodation-only</i>	Este modelo abrange apenas a construção do edifício e serviços relacionados, como a manutenção predial e, em alguns casos, serviços não clínicos, como a limpeza e a alimentação.
<i>Twin accommodation/ clinical services joint venture</i>	Neste modelo existem duas empresas, uma responsável pela gestão e desenvolvimento dos edifícios e outra pelos serviços clínicos.
<i>Franchising</i>	Uma empresa privada recebe uma licença (ou franquia) para operar um hospital já existente, mas sob controlo restrito do Ministério da Saúde ou outra autoridade pública. Os pagamentos pelos procedimentos médicos feitos nesse hospital são os mesmos que seriam pagos a hospitais públicos ou sem fins lucrativos.
<i>Full-service public-private Partnerships</i>	A parceria público-privada pode envolver a prestação total de serviços de saúde, onde uma empresa privada, por meio de franquia, fornece tanto os serviços hospitalares quanto cuidados primários para uma área geográfica definida.

Tabela 1 - Modelos de contrato de PPP no setor da saúde.

Fonte: Barlow et al., (2013).

Em Portugal, a cooperação entre os setores público e privado tornou-se necessária para que fosse assegurado o cumprimento das obrigações de cobertura geral e acesso universal a toda a população (Fernandes & Nunes, 2016). Em 1995, foi lançada uma experiência piloto de PPP na saúde no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (conhecido por Amadora-Sintra), mas só mais tarde a primeira vaga das novas PPP na saúde tomou forma (Santos & Rosa, 2019). “Entre 2008 e 2010 foram celebradas quatro PPP hospitalares, abrangendo a conceção, construção, financiamento e exploração dos novos hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures, os três primeiros em substituição de unidades já existentes.” (Tribunal de Contas, 2021, p. 6). Estas parcerias basearam-se em contratos do tipo *Design, Build, Finance, Operate and Transfer* (DBFOT), que atribuem ao parceiro privado a responsabilidade por todas as fases do projeto, incluindo a prestação de serviços clínicos, até à transferência da infraestrutura para o Estado no final do período de concessão (Simões, 2004; Tribunal de Contas, 2013).

Por sua vez, estas parcerias inserem-se no modelo *twin accommodation/clinical services joint venture*, ou seja, concretizam-se e desenvolvem-se através de duas entidades gestoras com responsabilidades diferentes e delimitadas, como demonstrado na Figura 1 (Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. [ACSS], n.d.-e; Simões, 2004). Uma das entidades é a Entidade Gestora do Estabelecimento (EGEST), responsável pela gestão global do hospital e pela prestação dos serviços clínicos, durante um período inicial de 10 anos, prorrogável mediante o cumprimento de um conjunto de condições objetivas (Simões, 2004). A segunda é a Entidade Gestora do Edifício (EGED), a quem compete a prestação dos serviços infraestruturais por um prazo contratual previsível de 30 anos, incluindo a conceção, construção, financiamento e manutenção do edifício e demais infraestruturas hospitalares, nas quais se incluem as atividades de *hard facilities management* (Simões, 2004). Já os serviços de *soft facilities management*, como por exemplo, limpeza, catering e esterilização, foram, maioritariamente, atribuídos à EGEST (ACSS, n.d.-e; Simões, 2004).

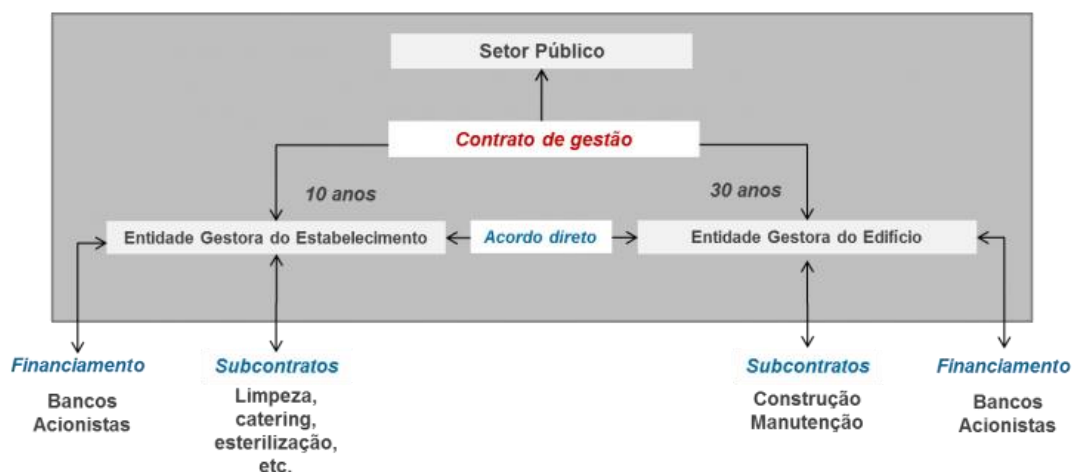


Figura 1 – Modelo contratual da primeira vaga de PPP celebradas em Portugal.
Fonte: Adaptado de ACSS, (n.d.-e).

Com o objetivo de assegurar uma adequada transferência de riscos, foi concebido um modelo de pagamento ajustado às particularidades de cada operação, de modo a estabelecer fluxos de pagamento distintos pelo Estado às duas entidades gestoras (Simões, 2004). No caso da EGED, o pagamento está assente na disponibilidade dos serviços acordados, sendo aplicadas penalizações e deduções sempre que se verifiquem falhas na prestação ou na qualidade desses serviços (Simões, 2004). Relativamente à EGEST, o pagamento é determinado com base na “produção clínica por grandes linhas de atividade clínica (urgência, internamento, ambatório), de acordo com uma tabela de preços específica, definida no âmbito do processo concursal, contemplando igualmente um sistema de penalizações e deduções ao pagamento por incumprimento” (Simões, 2004, p. 85).

O setor da saúde foi pioneiro no estabelecimento de PPP em Portugal, com vista a promover formas inovadoras de partilha do risco para a prestação de cuidados de saúde, como novas experiências de gestão, bem como a participação do setor privado na reabilitação e construção de infraestruturas, reequipamento tecnológico e exploração de unidades hospitalares do SNS (ACSS, n.d.-e; Barros, 2023). Além disso, contribuíram para corrigir as falhas existentes permitindo dar uma resposta mais adequada, atempada e de qualidade aos seus utentes (Fernandes & Nunes, 2016).

Apesar dos benefícios potenciais, as PPP continuam a gerar debates sobre a sua sustentabilidade a longo prazo. Estudos como o de Barlow et al. (2013) sugerem que, embora possam melhorar a eficiência no curto prazo, apresentam dificuldades na manutenção de objetivos financeiros ao longo do tempo. No contexto português, a questão da complementaridade e da concorrência, entre prestadores públicos e privados tem sido objeto

frequente de investigação, avaliação e análise (Fernandes & Nunes, 2016). Atualmente, apenas a PPP do Hospital de Cascais se mantém em funcionamento, no entanto, a decisão de terminar as restantes parcerias continua a ser alvo de críticas e debate constante (Lopes, 2023).

2.1.3.1 Vantagens e Desvantagens

“Existe tanto apoio, como críticas substanciais à utilização destas parcerias na área da saúde.” (Barlow et al., 2013, p. 148). Segundo Sarmiento e Silva (2020), “também não existe consenso na comunidade académica e científica em relação à maior ou menor eficiência deste modelo (PPP) comparativamente ao público” (p. 19). Neste contexto, revela-se essencial proceder a uma análise crítica das principais vantagens e desvantagens associadas às PPP no setor da saúde.

Entre as principais vantagens destacam-se:

1. Eficiência e *know-how*: O setor privado traz experiência, métodos ágeis e práticas de gestão mais eficientes, o que pode resultar numa melhor utilização dos recursos e numa redução de custos (António, 2014; Fernandes & Nunes, 2016; Simões, 2004).
2. Financiamento alternativo: As PPP permitem ultrapassar restrições orçamentais, recorrendo a financiamento privado, o que alivia a pressão sobre os orçamentos públicos e acelera a execução de projetos (Barlow et al., 2013; Fernandes & Nunes, 2016).
3. Inovação e tecnologia: A colaboração com o setor privado pode incentivar a adoção de novas tecnologias e práticas inovadoras, contribuindo para a modernização dos cuidados de saúde (António, 2014).
4. Melhor alocação e partilha de riscos: Os riscos são alocados eficientemente entre os setores público e privado, “atribuindo-os às partes mais competentes para assegurarem a sua gestão da forma mais económica” (Simões, 2004, p. 81).
5. Melhoria do acesso e redução de listas de espera: As PPP podem aumentar a capacidade instalada do sistema de saúde, “permitindo dar uma resposta mais adequada, atempada e de qualidade aos seus utentes” (Fernandes & Nunes, 2016, p. 218).

Por outro lado, existem desvantagens como:

1. Custos elevados: O financiamento privado revela-se geralmente “mais avultado e desproporcionalmente mais elevado do que comparado com o custo subjacente aos investimentos puramente públicos” (António, 2014, pp. 25-26).
2. Concorrência limitada: A complexidade e o volume financeiro dos projetos podem restringir a participação a um número reduzido de entidades com capacidade para competir e operar a longo prazo, limitando a concorrência (Barlow et al. 2013).
3. Risco de captura do Estado: O setor privado pode influenciar decisões públicas em seu benefício, priorizando o lucro em detrimento do interesse público e do direito universal à saúde (António, 2014).
4. Insustentabilidade económica: Alguns projetos revelam-se financeiramente insustentáveis a longo prazo, como demonstrado em experiências internacionais (Barlow et al., 2013; Silva, 2016).
5. Desvio de foco: A transferência de responsabilidades para o setor privado pode levar o Estado a negligenciar as suas funções de fiscalização, controlo e direção sobre o parceiro privado (António, 2014).

2.1.3.2 Contratos de Gestão

No âmbito das PPP, a transparência e a clareza na definição de métricas de sucesso são essenciais para assegurar que os objetivos partilhados entre os setores público e privado sejam alcançados (Barlow et al., 2013). Para tal, é necessária a implementação de mecanismos de monitorização e avaliação que não só garantam o alinhamento entre as expectativas do setor público e as responsabilidades das entidades privadas, como também promovam a transparência e a disponibilização de informação relevante para os utentes abrangidos por estes contratos (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2016).

Neste contexto, importa salientar que muitas das obrigações atribuídas às entidades gestoras estão formalmente previstas nos contratos de gestão das PPP hospitalares, publicados pela Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP), nos termos e para o efeito do disposto na alínea g) do artigo 33.º do Dec. Lei n.º 111/2012 de 23 de maio. No caso do Hospital de Cascais, o contrato de gestão disponível refere-se à parceria celebrada com o grupo Lusíadas Saúde, inicialmente para o período de 2008 a 2018, tendo sido

posteriormente aditado até 2022. O contrato atualmente em vigor, celebrado em 2023 com o grupo Ribera Salud, ainda não se encontra publicado.

Estes contratos incluem disposições claras relativas ao cálculo dos volumes de produção anuais previstos, remunerações das entidades privadas, bem como à periodicidade e natureza da informação a prestar ao Estado (HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., 2008b). Como parte dessas exigências contratuais, as entidades gestoras das PPP estão obrigadas a entregar anualmente ao Estado, até 15 de abril do ano seguinte, um conjunto de documentos essenciais para o acompanhamento da execução contratual, incluindo, entre outros, o relatório de gestão e contas, o parecer do órgão de fiscalização e a certificação legal de contas, o relatório de auditoria independente com descrição de litígios, o balanço social, os balancetes analíticos e o inventário atualizado (HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., 2008b).

No que concerne à medição de desempenho, os contratos estipulam detalhadamente que compete à EGEST implementar um sistema de gestão de qualidade, acompanhado por um processo de monitorização contínua de indicadores relativos a parâmetros de desempenho distribuídos por três áreas específicas: resultados, serviço e satisfação dos utentes (HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., 2008b). O incumprimento destes parâmetros determina a ocorrência de falhas de desempenho, que servem de base para o cálculo de deduções à remuneração da EGEST (HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., 2008b). O primeiro contrato de gestão celebrado no Hospital de Cascais previa um total de 60 parâmetros de desempenho de resultados, conforme discriminado no Anexo A, e 23 parâmetros de desempenho de serviços. Já o segundo contrato, atualmente em vigor, inclui 37 parâmetros de desempenho de resultados, também disponíveis no Anexo B, e 27 parâmetros de desempenho de serviços. Relativamente à satisfação dos utentes, a EGEST deve realizar com periodicidade no mínimo anual, inquéritos de satisfação nas grandes áreas de atividade (HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., 2008b).

De forma trimestral, semestral ou anual, são também exigidos à EGEST, relatórios de atividade que devem conter, entre outros elementos: dados sobre a atividade assistencial, o desempenho das entidades gestoras, relatórios dos órgãos de apoio técnico, relatórios de manutenção de equipamentos e sistemas médicos, informação financeira simplificada e resultados dos inquéritos de satisfação realizados aos utentes e profissionais de saúde (HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., 2008b). O Estado mantém ainda poderes reforçados para fiscalizar a execução do contrato, podendo realizar auditorias, recolher informações sobre o

atendimento aos utentes e monitorizar sistematicamente os indicadores contratuais através de sistemas de alerta (HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., 2008b).

Segundo o Tribunal de Contas (2021), vários destes mecanismos rigorosos de controlo da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais em regime de PPP, previstos nos respetivos contratos de gestão, não são exigidos aos hospitais de gestão pública do SNS. “Destacam-se, as matrizes contratuais de avaliação de parâmetros de desempenho de resultados e de serviço, que incluem um universo abrangente e extensivo de indicadores de todas as áreas da atividade hospitalar, e cujo apuramento é auditado trimestralmente, por entidades externas” (Tribunal de Contas, 2021, p. 15).

2.2 Controlo de Gestão no contexto da Saúde

O controlo de gestão assenta num conjunto de práticas e ferramentas destinadas a monitorizar, avaliar e garantir o cumprimento dos objetivos estratégicos de uma organização (Merchant & Van der Stede, 2017). Anthony e Govindarajan (2007) definem controlo de gestão como o processo pelo qual os gestores influenciam outros membros da organização para implementar a estratégia da organização. Não se trata, portanto, de um conceito estático, mas sim de um processo dinâmico que evolui para dar resposta às diferentes necessidades de cada organização, tendo em conta o contexto em que esta opera.

No setor da saúde, o controlo de gestão tem assumido uma importância crescente nas últimas décadas, face ao desafio de garantir a qualidade dos cuidados ao mesmo tempo que se otimizam os recursos disponíveis (Lewandowski, 2023). Esta questão torna-se ainda mais premente em contextos onde os sistemas de saúde enfrentam desafios, como o envelhecimento populacional, o desejo por tratamentos mais avançados e a escassez de profissionais de saúde qualificados (Gurd & Gao, 2007). O controlo de gestão no setor não é, portanto, um conceito recente, mas uma prática que se tem adaptado às novas realidades e pressões dos sistemas de saúde modernos (Koukou et al., 2024).

Historicamente, o controlo de gestão era mais focado em processos simples de supervisão e controlo de custos (Kaplan & Norton, 2001). No entanto, à medida que os sistemas de saúde se tornaram mais complexos e as expectativas dos utentes aumentaram, as ferramentas de controlo de gestão também evoluíram (Kaplan & Norton, 2001). Hoje, envolvem a gestão por objetivos, a monitorização de desempenho, a tomada de decisões e a alocação eficiente de recursos, bem como o uso de tecnologia e inovação para melhorar a

eficiência dos processos (Anthony & Govindarajan, 2007; Kaplan & Norton, 2001; Merchant & Van der Stede, 2017).

Contudo, implementar um controlo de gestão eficiente nos hospitais constitui uma tarefa desafiadora, devido à complexidade intrínseca destas instituições, que se distinguem tanto pelas operações que realizam como pelos objetivos que procuram alcançar (Koukou et al., 2024). Ainda assim, a falta de controlo adequado e adaptado às especificidades organizacionais dos hospitais modernos pode provocar consequências prejudiciais, como serviços com funcionamento deficiente, utentes e funcionários insatisfeitos, baixa flexibilidade e inovação e, conseqüentemente, um fraco desempenho organizacional (Lewandowski, 2023). Assim, no contexto da saúde é fundamental utilizar ferramentas de controlo de gestão adaptadas às especificidades do setor, de forma a melhorar o desempenho dos sistemas de saúde e, ao mesmo tempo, garantir a sustentabilidade financeira das organizações (Baker & Baker, 2011; Gurd & Gao, 2007).

2.2.1 Orçamentos

O orçamento é uma ferramenta fundamental para um planeamento e controlo eficaz numa organização (Anthony & Govindarajan, 2007). Segundo os mesmos autores, este pode ser definido como uma estimativa das receitas e despesas ao longo de um determinado período, normalmente um ano. Como ferramenta de planeamento e controlo, oferece à gestão uma visão geral da situação da empresa, além de facilitar a coordenação de todas as atividades a realizar. (Homauni et al., 2023)

De uma forma geral, no setor da saúde, o processo orçamental deve ser capaz de fornecer uma visão clara e quantitativa das políticas e planos de um hospital, estabelecer uma base para avaliação do desempenho financeiro, disponibilizar uma ferramenta útil para o controlo de custos e promover a consciencialização dos custos em toda a organização (Baker & Baker, 2011). O estudo de Houmani et al. (2023) identificou três principais tipos de orçamentos implementados no setor da saúde:

1. Orçamento global (*global budgeting*): abrange as receitas e despesas de curto prazo necessárias para o funcionamento do hospital. O período considerado é de normalmente um ano. Este modelo é simples, de fácil aplicação e visa principalmente controlar custos e incentivar a eficiência na gestão de recursos;
2. Orçamento de capital (*capital budgeting*): destina-se a investimentos em ativos fixos, como equipamentos e infraestrutura hospitalar. Ao contrário de outros

tipos de orçamentos, o orçamento de capital foca-se nos fluxos de caixa (*cash flows*), em vez dos lucros. Este tipo de orçamentos está ligado a uma visão mais futurística da empresa e pode cobrir períodos superiores a um ano (Baker & Baker, 2011).

3. Orçamento baseado em desempenho (*Performance-based budgeting*): concentra-se na relação entre o investimento realizado e os resultados alcançados, sendo flexível e orientado por metas específicas de desempenho. O orçamento atribuído a cada atividade é determinado com base na sua finalidade e nos seus resultados, em vez das despesas do ano anterior. Apesar de amplamente recomendado, este tipo de orçamento pode exigir alterações estruturais.

Todos os tipos de orçamentos apresentam as suas vantagens e desvantagens. Contudo, tendo em conta que o setor da saúde é um dos que mais consome recursos em qualquer país, o controlo de custos torna-se ainda mais crucial (Houmani et al., 2023). Ainda assim, a necessidade de equilíbrio entre eficiência financeira e qualidade dos cuidados prestados exige uma gestão rigorosa e transparente do processo orçamental (Baker & Baker, 2011).

2.2.2 Key Performance Indicators

Os *Key Performance Indicators* (KPIs) são “medidas quantificáveis usadas para avaliar, mensurar e monitorar o nível de sucesso de uma organização ou de uma atividade específica ao longo do tempo.” (Sutanto et al., 2021, p. 13). De acordo com Eckerson (2009), ao contrário das métricas, que se referem a qualquer medição da atividade organizacional, os KPIs estão intrinsecamente ligados à estratégia de uma organização. Nesse sentido, um *Key Performance Indicator* (KPI) incorpora um objetivo estratégico e permite medir o seu desempenho face a metas predefinidas (Eckerson, 2009).

Estes indicadores podem assumir diferentes naturezas – qualitativa ou quantitativa, financeira ou não financeira, de curto ou longo prazo – consoante a dimensão que se pretende avaliar e o propósito analítico subjacente aos mesmos (Eckerson, 2009; Koumparoulis, 2013). No entanto, existem fundamentalmente dois tipos de indicadores, os de resultados (*lagging indicators*) e os de indução (*leading indicators*) (Eckerson, 2009). Os indicadores de resultados, tal como o nome indica, permitem a medição do resultado da atividade passada, ao passo que os indicadores de indução assumem um carácter preditivo,

ao avaliar as atividades que induzem os resultados, fornecendo sinais antecipados sobre o desempenho futuro (Eckerson, 2009; Koumparoulis, 2013).

Muitas organizações de saúde têm vindo a desenvolver KPIs para monitorizar e avaliar o seu desempenho face a objetivos ou padrões de qualidade estabelecidos (Khalifa & Khalid, 2015). Além disso, estes indicadores contribuem para identificar tendências e explicar a evolução do desempenho destas organizações ao longo do tempo (Khalifa & Khalid, 2015).

O modelo desenvolvido por Donabedian tem sido amplamente aplicado à avaliação do desempenho ao nível dos sistemas de saúde (Rosis, 2023). Segundo o autor, a medição da qualidade dos cuidados de saúde deve ser realizada com base em três dimensões fundamentais: estrutura, processo e resultados (Donabedian, 2005). A estrutura refere-se ao contexto em que os cuidados de saúde são prestados, nomeadamente a adequabilidade das instalações e equipamentos, as qualificações dos profissionais de saúde e a sua organização, a estrutura administrativa, entre outros (Donabedian, 2005). Já o processo refere-se a todas as interações e atividades envolvidas na prestação dos cuidados de saúde (Donabedian, 2005). Através da análise dos processos, procura-se perceber se a medicina está a ser praticada de forma adequada, isto é, se os cuidados prestados são apropriados, eficientes, integrados e coordenados (Donabedian, 2005; Rosis, 2023). Por fim, os resultados dizem respeito à eficácia dos cuidados prestados, sendo avaliados com base no estado de saúde dos utentes (Khalifa & Khalid, 2015; Rosis, 2023). Os indicadores mais frequentemente utilizados nesta dimensão incluem as taxas de mortalidade a 30 dias ou as readmissões hospitalares (Rosis, 2023).

Segundo o autor, condições e recursos adequados, ou seja, uma boa estrutura, induzem em processos eficazes que, por sua vez, tendem a gerar melhores resultados clínicos. Assim, um sistema de medição eficaz deve integrar indicadores das três dimensões de forma articulada (Donabedian, 2005). Contudo, Donabedian (2005), reconhece que esta relação entre estrutura, processo e resultados nem sempre está claramente estabelecida, o que constitui uma limitação relevante desta abordagem.

Khalifa e Khalid (2015) demonstram que existem outras abordagens para a classificação de KPIs em categorias funcionais, todavia, segundo os autores, mais importante do que saber como medir, é compreender por que razão se mede (Khalifa & Khalid, 2015). A utilidade dos KPIs depende da sua capacidade de orientar a melhoria contínua e apoiar a tomada de decisão (Eckerson, 2009; Khalifa & Khalid, 2015). Por isso, os indicadores devem ser selecionados de forma estratégica, com base na sua relevância para os objetivos da

organização e para a qualidade dos cuidados prestados (Khalifa & Khalid, 2015; Koumparoulis, 2013).

2.2.3 *Benchmarking*

O *benchmarking* tem sido reconhecido como um método valioso para identificar as forças e fragilidades em todos os níveis do sistema de saúde (Willmington et al., 2022). Este conceito pode ser definido como o "processo contínuo de avaliação de produtos, serviços e práticas em comparação com os concorrentes mais fortes ou com aquelas organizações reconhecidas como líderes do setor" (Camp, 1989, p. 10).

Pantall (2001) identifica quatro tipos de *benchmarking*: interno, competitivo, funcional e genérico. O *benchmarking* interno ocorre dentro da própria organização e compara o desempenho entre departamentos ou unidades distintas. O *benchmarking* competitivo, por sua vez, envolve a comparação direta com concorrentes do mesmo setor e permite identificar oportunidades de melhoria em relação a organizações similares. O *benchmarking* funcional analisa processos específicos entre organizações que podem não ser concorrentes diretas, mas que partilham práticas ou desafios semelhantes. Já o *benchmarking* genérico foca-se na comparação de processos amplos e boas práticas, independentemente do setor, permitindo a adaptação de estratégias bem-sucedidas de outras indústrias a diferentes contextos organizacionais.

A aplicação do *benchmarking* no setor da saúde surgiu inicialmente com o objetivo de medir e comparar resultados clínicos entre diferentes organizações (Willmington et al., 2022). Com o tempo, expandiu-se para incluir a análise de processos e dos fatores de sucesso que levam a níveis mais elevados de desempenho, permitindo a identificação de boas práticas e a redução de disparidades nos cuidados de saúde entre diferentes regiões (Ettorchi-Tardy et al., 2012; Willmington et al., 2022). Segundo o estudo de Willmington et al. (2022), a aplicação do *benchmarking* tem levado a melhorias de qualidade nas organizações de saúde, especialmente quando associada a outras estratégias, como a análise comparativa dos melhores desempenhos, bem como a investigação qualitativa dos fatores que sustentam os resultados obtidos.

Desde 2013, a ACSS (n.d.-a) promove em Portugal um *benchmarking* do tipo competitivo, entre os hospitais do SNS, realizado com periodicidade mensal desde 2017. Os hospitais encontram-se distribuídos por cinco grupos homólogos, como se pode observar no Anexo C. Este processo assenta em seis dimensões – acesso, desempenho assistencial,

segurança, volume e utilização, produtividade e económico-financeira – e envolve um total de 35 indicadores, disponíveis no Anexo D (ACSS, n.d.-a). Parte destes indicadores coincide com os parâmetros de desempenho de resultados previstos no contrato de gestão do Hospital de Cascais.

De acordo com a ACSS (n.d.-a), “o processo de *benchmarking* tem como objetivo melhorar o desempenho económico-financeiro das instituições do SNS garantindo em simultâneo um melhor desempenho na prestação de cuidados aos utentes, nomeadamente ao nível da qualidade e do acesso”. Destaca-se ainda a importância da partilha de informação, que permite comparar resultados, identificar e explicar diferenças de desempenho, avaliar o potencial de melhoria de cada hospital nas principais áreas de atuação e reconhecer alavancas operacionais, boas práticas e programas transversais que permitam capturar o potencial de melhoria identificado (ACSS, n.d.-a).

2.2.4 Sistemas de Incentivos

Os sistemas de incentivos são mecanismos que associam recompensas (e/ou punições) ao desempenho dos colaboradores, com base em metas e responsabilidades previamente definidas (Merchant & Van der Stede, 2017). Os incentivos promovem o alinhamento entre os interesses individuais dos colaboradores e os objetivos estratégicos da organização, recompensando o desempenho desejado (Anthony & Govindarajan, 2007). Além disso, conduzem a três benefícios fundamentais de controlo de gestão: orientam os esforços dos colaboradores para áreas de desempenho prioritárias, motivam esforços adicionais e contribuem para a atração e retenção de talentos na organização (Merchant & Van der Stede, 2017). Assim, os sistemas de incentivos revelam-se particularmente relevantes, na medida em que reforçam a definição do desempenho desejado e encorajam os colaboradores a alcançar e exceder as metas estabelecidas (Merchant & Van der Stede, 2017).

No que diz respeito aos tipos de incentivos, estes podem distinguir-se, em primeiro lugar, entre incentivos financeiros e não financeiros. Os primeiros correspondem por exemplo, a aumentos salariais, bónus, benefícios e privilégios (automóveis, viagens de férias, entre outros) (Anthony & Govindarajan, 2007). Como referem Merchant e Van der Stede (2017), o dinheiro é uma recompensa frequentemente associada ao desempenho, e embora não seja a única forma de incentivo, nem necessariamente a mais eficaz, o seu uso continua a ser comum nas organizações, sobretudo em cargos de gestão. Por sua vez, os incentivos não financeiros assumem formas como o reconhecimento, possibilidades de promoção,

aumento de autonomia, designação para projetos ou até mesmo uma localização geográfica mais favorável (Anthony & Govindarajan, 2007). Estes mecanismos, apesar de não envolverem custos diretos significativos, podem ter um impacto profundo na motivação e no compromisso dos colaboradores, sendo particularmente úteis em contextos onde a motivação intrínseca desempenha um papel preponderante (Merchant & Van der Stede, 2017).

Outra distinção fundamental é entre incentivos individuais e incentivos coletivos. Os incentivos individuais recompensam diretamente o desempenho de colaboradores e exercem um forte efeito motivacional sobre aqueles que os recebem, contudo podem desencorajar o trabalho em equipa e estimular os colaboradores a concentrarem-se exclusivamente em objetivos de curto prazo (Câmara, 2016). Por outro lado, os incentivos coletivos, atribuídos a equipas ou grupos, podem ser eficazes na promoção da cooperação e no reforço da cultura organizacional, já que os membros da equipa tendem a monitorizar-se mutuamente e a corrigir comportamentos, contribuindo para uma melhoria global do desempenho (Merchant & Van der Stede, 2017). Contudo, estes incentivos apenas produzem efeitos significativos se os indivíduos considerarem que são capazes de influenciar de forma significativa o desempenho sobre o qual as recompensas se baseiam (Merchant & Van der Stede, 2017).

Em Portugal, a aplicação de sistemas de incentivos no setor da saúde tem conhecido desenvolvimentos relevantes nos últimos anos. Um exemplo particularmente significativo é o dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), estruturas de gestão intermédia, dependentes dos conselhos de administração dos hospitais Entidade Pública Empresarial (EPE) que integram a rede SNS (ACSS, n.d.-b). Estas estruturas, compostas por profissionais de saúde, são dotadas de autonomia funcional e técnica e, mediante o cumprimento de objetivos assistenciais e económico-financeiros poderão aceder a incentivos institucionais e financeiros diretamente relacionados com o desempenho alcançado (ACSS, n.d.-b). Estes incentivos visam premiar a eficiência, a qualidade e a acessibilidade dos cuidados prestados, promovendo uma gestão mais responsável dos recursos e uma maior responsabilização dos profissionais (ACSS, n.d.-b). Outro exemplo relevante é o Sistema de Incentivos à Eficiência da Despesa Pública (SIEF), aprovado pela Portaria n.º 172/2019 de 3 de junho, que procura estimular práticas de gestão mais eficientes e sustentáveis na administração pública, incluindo no setor da saúde. Este sistema recompensa as entidades que conseguem gerar poupanças efetivas, mantendo ou melhorando os níveis de qualidade dos serviços.

3. Metodologia

De acordo com Flick (2014), a metodologia representa o conjunto de procedimentos e estratégias adotadas para a realização de um estudo, permitindo a estruturação das atividades necessárias à obtenção de resultados rigorosos e fiáveis. Neste sentido, o autor define que existem dois métodos de investigação: o método quantitativo e o método qualitativo. Enquanto o método quantitativo se baseia na medição e análise estatística de variáveis, visando generalizar os resultados, o método qualitativo enfatiza a compreensão aprofundada de fenómenos no seu contexto natural, através da interpretação de dados descritivos, obtidos por meio de observações, entrevistas ou documentos (Flick, 2014). Dados os objetivos do presente estudo, optou-se por uma abordagem que combina duas estratégias complementares: uma análise comparativa e um estudo de caso, de natureza qualitativa.

3.1 Análise Comparativa

A primeira componente metodológica corresponde a uma análise comparativa do desempenho entre os quatro hospitais que constituíram a primeira vaga de PPP celebradas no setor da saúde em Portugal: o Hospital de Braga, o Hospital de Vila Franca de Xira, o Hospital de Loures e o Hospital de Cascais. Esta análise desenvolveu-se em duas dimensões. Por um lado, observou-se a evolução temporal dos indicadores, comparando o triénio 2016–2018 com os triénios subsequentes, 2019–2021 e 2022–2024. Por outro lado, foi analisado o desempenho relativo de cada hospital face à média do seu grupo de referência, recorrendo a um sistema de classificação cromático.

3.1.1 Recolha de Dados

A recolha de dados para a análise comparativa foi efetuada a partir de uma fonte secundária, a plataforma de *benchmarking* da ACSS, que disponibiliza, com periodicidade mensal, informação relativa a indicadores dos hospitais do SNS, nas dimensões acesso, desempenho assistencial, segurança, volume e utilização, produtividade e desempenho económico-financeiro. Estes indicadores têm por base os dados que cada instituição reporta ao Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA).

Entre o conjunto de indicadores disponibilizados pela ACSS, foram selecionados, em grande medida, aqueles que constavam no Relatório Síntese sobre as Parcerias Público-Privadas hospitalares no SNS do Tribunal de Contas, publicado em 2021. Todavia, é

importante salientar, alguns dos indicadores analisados no referido relatório já não se encontram disponíveis. Nesse sentido, para manter a coerência da análise, esses indicadores não foram selecionados em nenhum dos triénios.

Assim, a análise comparativa incide sobre os seguintes indicadores:

- Gastos Operacionais por Doente Padrão;
- % Cirurgias Ambulatório (Grupos de Diagnóstico Homogêneo [GDH]) para Procedimentos Ambulatorizáveis;
- % Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes);
- % de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias;
- % de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas;
- Doente Padrão por Médico Equivalente em Tempo Completo (ETC);
- Doente Padrão por Enfermeiro ETC;
- Taxa Anual de Ocupação em Internamento;
- Demora Média Antes da Cirurgia (dias);
- % de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado;
- % Inscritos em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG).

3.1.2 Análise de Dados

Os dados recolhidos foram exportados em formato Microsoft Excel e posteriormente tratados para cálculo das médias dos grupos de referência e aplicação do seguinte sistema de classificação cromático, que traduz o desempenho de cada hospital em comparação com a média do respetivo grupo:

- Verde: Desempenho > Média do grupo;
- Cinzento: Desempenho = Média do grupo;
- Vermelho: Desempenho < Média do grupo.

Note-se que um desempenho superior à média do grupo não significa necessariamente que o valor ou a percentagem seja maior. Para alguns indicadores, como a “% de Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)”, valores mais elevados representam um pior desempenho.

Este sistema de classificação aplica-se a todos os indicadores, com exceção do indicador Taxa Anual de Ocupação em Internamento, para o qual a ACSS define um

intervalo de referência considerado ótimo. Neste caso, o código de cores aplica-se da seguinte forma:

- Verde: $80\% \leq \text{Taxa de Ocupação} \leq 90\%$;
- Cinzento: $75\% \leq \text{Taxa de Ocupação} < 80\%$ e $90\% < \text{Taxa de Ocupação} \leq 95\%$;
- Vermelho: $\text{Taxa de Ocupação} < 75\%$ e $\text{Taxa de Ocupação} > 95\%$.

3.2 Estudo de Caso

A segunda componente metodológica do trabalho corresponde a um estudo de caso centrado no Hospital de Cascais, instituição que funciona desde a sua conceção, em 2008, em regime de PPP. Como destacado por Yin (1993), o estudo de caso investiga um fenómeno em profundidade dentro de um contexto real, beneficiando do desenvolvimento de uma proposta teórica, com muitas fontes de evidência, para conduzir o estudo. Esta abordagem justifica-se pela intenção de investigar de forma mais detalhada uma realidade concreta, permitindo uma análise mais próxima do sistema de controlo de gestão do Hospital de Cascais ao longo dos últimos anos. Assim, os dados recolhidos desempenham um papel crucial nesta abordagem, devendo ser detalhados e capazes de cobrir os diversos aspetos do campo de investigação (Cousin, 2005).

3.2.1 Recolha de Dados

No presente estudo de caso foram utilizadas técnicas de recolha de dados tanto indiretas, como diretas. A recolha indireta consistiu na análise de documentos oficiais relacionados com a estrutura e o sistema de controlo de gestão implementado no Hospital de Cascais. A recolha direta foi realizada através de entrevistas semiestruturadas a profissionais do hospital. A opção por entrevistas semiestruturadas permite ao entrevistador ajustar o diálogo a tópicos potencialmente importantes que surgem durante o decorrer da entrevista, combinando perguntas previamente definidas, com outras que possam surgir durante a entrevista (Myers, 2019).

Antes da realização destas entrevistas, foi conduzida uma entrevista exploratória a um ex-colaborador do Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão do Hospital de Braga. Esta entrevista exploratória teve um papel fundamental na formulação da problemática da investigação, permitindo identificar temas relevantes, refinar os objetivos do estudo, selecionar os entrevistados e ajustar o guião das entrevistas subsequentes.

No total, foram entrevistados quatro colaboradores do Hospital de Cascais, através da plataforma Microsoft Teams, sendo que cada entrevista teve uma duração aproximada de 36 minutos. Para cada entrevista foi elaborado um guião com questões pré-definidas, ajustado ao entrevistado em questão. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, a fim de garantir a confiabilidade dos dados e facilitar a análise. A única exceção foi a entrevista exploratória, que não seguiu um guião estruturado nem foi gravada, dado o seu objetivo inicial de apoiar e constituir a problemática de investigação.

3.2.2 Caracterização da Amostra

No que respeita às entrevistas realizadas, a amostra foi selecionada com base numa amostragem intencional (*purposive sampling*). A amostragem intencional descreve um procedimento de amostragem no qual as unidades amostrais são escolhidas devido a características ou atributos específicos (Ritchie & Lewis, 2003). Assim, os entrevistados foram escolhidos segundo essa amostragem devido às funções específicas que desempenhavam no hospital do estudo de caso, garantindo, assim, a obtenção de informações relevantes para a pesquisa. A Tabela 2 apresenta a caracterização da amostra dos quatro entrevistados. Por questões de confidencialidade, os nomes dos participantes foram substituídos pelos seguintes códigos: CSC1, CSC2, CSC3 e CSC4.

Identificação Entrevistado	Serviço	Nº de anos de experiência no respetivo Serviço
CSC1	Direção de Gestão de Contrato, Planeamento e Controlo e Projetos	3 anos
CSC2	Direção de Planeamento e Controlo	3 anos
CSC3	Direção Clínica	1 ano
CSC4	Direção de Produção	2 anos

Tabela 2 - Caracterização da amostra.

Fonte: Elaboração própria.

Foram incluídos membros de diferentes serviços, cujas funções permitiram aceder a perspetivas complementares sobre os processos de gestão, planeamento e controlo no hospital analisado. Procurou-se recolher contributos que permitissem compreender, em simultâneo, a dimensão técnica e institucional das ferramentas de controlo de gestão

utilizadas, os desafios associados à articulação entre as necessidades clínicas e os objetivos de gestão, e a forma como essas ferramentas são percecionadas e incorporadas na prática quotidiana dos profissionais de saúde. Esta diversidade de perfis reforçou a riqueza e a profundidade da análise, permitindo uma compreensão mais abrangente e contextualizada do fenómeno em estudo. Os participantes, o seu cargo no Hospital, bem como as respetivas datas e durações das entrevistas, são apresentadas na seguinte Tabela 3:

Identificação Entrevistado	Cargo	Data (dd/mm/aaaa)	Duração (horas:minutos)
CSC1	Coordenadora de Direções	09/05/2025	01:24
CSC2	Responsável da Direção	09/05/2025	00:06
CSC3	Diretora Clínica do Hospital	09/05/2025	00:21
CSC4	Diretor de Produção	14/07/2025	00:31

Tabela 3 - Entrevistas realizadas.

Fonte: Elaboração própria.

A entrevista aos colaboradores CSC1, CSC2 e CSC3 foi conduzida em simultâneo e de forma não sequencial, pelo que a duração indicada corresponde a um valor aproximado do tempo efetivamente dedicado a cada entrevistado nessa reunião.

3.2.3 Questões de Investigação

No âmbito da presente dissertação, foi inicialmente formulada a seguinte questão de investigação: Qual a perceção existente acerca do impacto do modelo de gestão de PPP na gestão do Hospital de Cascais?

Considerando o enquadramento teórico desenvolvido e a amostra selecionada, foram igualmente estabelecidas questões complementares, integradas no guião das entrevistas realizadas aos quatro colaboradores, apresentado no Anexo E, com o propósito de aprofundar a análise e possibilitar uma compreensão mais abrangente do fenómeno em estudo.

3.2.4 Análise de Dados

Os dados recolhidos durante as entrevistas foram depois analisados com o auxílio do software de análise de dados qualitativos NVivo. Isso permitiu classificar o conteúdo das

entrevistas em tópicos (*codes*), facilitando a análise e apresentação dos diferentes testemunhos relativos a cada tópico. Esta análise foi complementada com a análise do conteúdo dos documentos oficiais recolhidos, que serviram para apoiar e validar aos dados obtidos nas entrevistas. Entre os documentos analisados incluem-se uma apresentação PowerPoint sobre o tema em estudo, *dashboards* utilizados no Hospital de Cascais e anexos do contrato de gestão atualmente em vigor.

A fim de manter a confidencialidade da instituição e dos participantes envolvidos, algumas informações obtidas através da recolha de dados direta e indireta tiveram de ser omitidas. Durante todo o processo de recolha de dados, a revisão da literatura foi continuamente consultada, a fim de apoiar a análise e interpretação dos resultados. A versão preliminar da dissertação foi revista pela instituição envolvida de forma a garantir a precisão dos resultados apresentados e evitar a publicação de informação considerada sensível ou confidencial.

4. Análise Comparativa do Desempenho das PPP

Em 2021, o Tribunal de Contas publicou o Relatório Síntese sobre as Parcerias Público-Privadas hospitalares no SNS, reunindo as principais conclusões de quatro auditorias realizadas entre 2014 e 2019 aos contratos de gestão dos hospitais de Braga, Vila Franca de Xira, Loures e Cascais. O relatório centrou-se na avaliação da execução contratual, desempenho dos hospitais, poupanças estimadas face à gestão pública e qualidade dos cuidados prestados. Esta avaliação foi complementada com informação de outras entidades, como a UTAP e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), focando-se sobretudo na vertente da gestão clínica dos estabelecimentos hospitalares. De acordo com o relatório, os indicadores relativos aos hospitais em regime de PPP revelaram, no triénio 2016-2018, um desempenho globalmente positivo (Tribunal de Contas, 2021).

Após o referido triénio, verificou-se uma mudança significativa no panorama da gestão hospitalar em Portugal. Dos quatro hospitais abrangidos pelo modelo de PPP, apenas o Hospital de Cascais mantém atualmente este regime contratual. O Hospital de Braga regressou à esfera pública em agosto de 2019, assumindo o estatuto de EPE. Seguiram-se os hospitais de Vila Franca de Xira, cuja PPP cessou em maio de 2021, e de Loures, cujo contrato terminou em janeiro de 2022. Esta transição representa uma oportunidade relevante para avaliar os impactos da mudança de modelo de gestão na performance hospitalar, através da comparação do desempenho dos respetivos hospitais no triénio 2016-2018 com os dois triénios subsequentes: 2019-2021 e 2022-2024.

Assim, a análise comparativa que se segue centra-se no desempenho dos hospitais geridos em PPP, tendo por referência o desempenho dos respetivos grupos de hospitais nos quais cada um se insere, segundo o sistema de *benchmarking* da ACSS. Importa salientar que, devido à reorganização do SNS em Unidades Locais de Saúde (ULS), a partir de 2024, os grupos utilizados no *benchmarking* foram reestruturados. A atual organização, como referido anteriormente, encontra-se apresentada no Anexo A, enquanto os grupos em vigor até ao final de 2023 estão disponíveis no Anexo F.

É ainda relevante destacar que, alguns dados não se encontram disponíveis, surgindo assinalados como “n.d.” (não disponível) nas tabelas de análise. Além disso, com a implementação das ULS a partir de 2024, que integram os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, os resultados dos indicadores Económico-Financeiros deixam de ser diretamente comparáveis com os anos anteriores. Adicionalmente, o indicador Gastos

Operacionais por Doente Padrão cessou, sendo substituído pelo novo indicador Gastos Operacionais por Inscritos.

4.1 Hospital de Braga (ULS Braga)

Durante o período de 2016 a 2018, o Hospital de Braga apresentou um desempenho globalmente superior ao da média do seu grupo de referência, destacando-se particularmente em 2018. Nesse ano, os custos operacionais por doente padrão foram os mais baixos entre as mais de 30 unidades analisadas, sendo 28% inferiores à média do grupo. Nos restantes indicadores registou igualmente desempenhos superiores à média do seu grupo, nomeadamente ao nível do desempenho assistencial e da produtividade dos recursos humanos, apenas com nota desfavorável para o indicador de acesso, “% de primeiras consultas realizadas em tempo adequado”, que ficou abaixo da média em 2016 e 2017.

Tipo indicador	Indicador	2016		2017		2018	
		H. Braga PPP	Média Grupo	H. Braga PPP	Média Grupo	H. Braga PPP	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão (€)	n.d.		n.d.		2 280	3 172
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	83%	82%	85%	82%	85%	84%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	7%	8%	7%	8%	7%	8%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	3%	4%	3%	4%	3%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	46%	41%	n.d.		38%	36%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	101	80	100	78	95	77
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	80	54	83	55	80	53
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	87%	87%	87%	87%	88%	88%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	0,4	0,9	1,4	1,1	0,6	1,0
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	55%	65%	60%	67%	77%	72%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	84%	83%	86%	81%	65%	65%

Figura 2 – Indicadores de desempenho do Hospital de Braga (2016-2018).

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

Entre 2019 e 2021, após o regresso à gestão pública, o Hospital de Braga manteve os custos operacionais por doente padrão mais baixos do seu grupo. A produtividade dos recursos humanos apesar de ter diminuído ligeiramente, continua a ser expressivamente superior à média do seu grupo. No entanto, houve uma deterioração nos indicadores de acesso, e verificou-se também uma aproximação à média do grupo nos indicadores “% reinternamentos em 30 dias (anos cíveis diferentes)” e “% de internamentos com demora superior a 30 dias”.

Tipo indicador	Indicador	2019		2020		2021	
		H. Braga	Média Grupo	H. Braga	Média Grupo	H. Braga	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão (€)	2 638	3 343	3 095	4 358	2 845	4 123
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	87%	85%	92%	86%	93%	87%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	1%	7%	7%	7%	7%	7%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	3%	4%	4%	4%	4%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	36%	36%	44%	41%	49%	41%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	93	76	74	58	89	65
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	79	53	62	40	77	45
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	89%	89%	81%	78%	87%	82%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	0,3	0,9	0,5	0,9	0,2	0,8
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	72%	70%	53%	57%	70%	72%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	57%	64%	50%	54%	67%	67%

Figura 3 – Indicadores de desempenho do Hospital de Braga (2019-2021).

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

Entre 2022 e 2024, a taxa anual de ocupação em internamento afastou-se do intervalo considerado ideal. Ao nível do desempenho assistencial, destaca-se positivamente o aumento significativo na % de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48 horas. Por outro lado, os indicadores “% reinternamentos em 30 dias (anos cíveis diferentes)” e “% de internamentos com demora superior a 30 dias” mantiveram-se alinhados com a média do grupo. No que respeita ao acesso, a % de inscritos em LIC dentro do TMRG voltou a situar-se acima da média do grupo. Contudo, manteve-se a tendência negativa no indicador “% de primeiras consultas realizadas em tempo adequado”, que desceu para apenas 50% em 2024, o valor mais baixo de todo o período em análise. Importa ainda salientar que, em 2024, pela primeira vez, os gastos operacionais por inscritos ultrapassaram a média do grupo.

Tipo indicador	Indicador	2022		2023		2024	
		H. Braga	Média Grupo	H. Braga	Média Grupo	ULS Braga	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão/Inscritos (€)	3 128	4 279	3 339	4 398	537	451
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	93%	88%	93%	89%	91%	89%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	8%	7%	7%	8%	7%	7%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	5%	5%	5%	5%	4%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	69%	41%	70%	39%	77%	43%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	84	68	83	71	80	69
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	74	46	76	49	71	47
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	93%	87%	96%	91%	93%	89%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	0,3	0,7	0,3	0,8	0,3	0,8
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	65%	69%	54%	59%	50%	51%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	69%	67%	74%	66%	78%	70%

Figura 4 – Indicadores de desempenho do Hospital de Braga (2022-2024).
 Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

4.2 Hospital de Vila Franca de Xira (ULS Estuário do Tejo)

Entre 2016 e 2018, o Hospital de Vila Franca de Xira apresentou, em geral, um desempenho positivo. Em 2018 os gastos operacionais por doente padrão foram 13% inferiores à média do seu grupo. Na generalidade dos restantes indicadores analisados, o desempenho desta PPP é melhor do que a média do seu grupo ou está marginalmente alinhado com ela. As exceções são ambos os indicadores de acesso e um indicador de desempenho assistencial. Para dois deles, “% de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48 horas” e “% de inscritos em LIC dentro do TMRG” os resultados deterioraram-se entre 2016 e 2018, alargando-se a distância face à média. A taxa anual de ocupação em internamento também se distanciou face ao intervalo considerado ótimo.

Tipo indicador	Indicador	2016		2017		2018	
		H. V. F. Xira PPP	Média Grupo	H. V. F. Xira PPP	Média Grupo	H. V. F. Xira PPP	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão (€)	n.d.		n.d.		2 858	3 300
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	81%	77%	83%	80%	85%	81%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	9%	8%	8%	8%	8%	8%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	2%	3%	3%	3%	3%	3%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	51%	56%	42%	55%	38%	50%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	78	75	74	72	74	64
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	54	42	53	39	56	40
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	92%	82%	92%	82%	100%	83%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	0,5	0,8	0,4	0,7	0,4	0,8
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	70%	82%	70%	80%	70%	76%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	92%	92%	83%	93%	67%	84%

Figura 5 – Indicadores de desempenho do Hospital de Vila Franca de Xira (2016-2018).
 Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

De 2019 e 2021, o desempenho do hospital manteve-se, em larga medida, semelhante ao triénio anterior. Os gastos operacionais por doente padrão continuaram abaixo da média do grupo. Persistiram, porém, resultados desfavoráveis nos dois indicadores de acesso, na % de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48 horas e na taxa anual de ocupação em internamento. Assinalaram-se, ainda assim, melhorias pontuais noutros indicadores, como por exemplo, “% cirurgias ambulatório (GDH) para procedimentos ambulatorizáveis” e “% reinternamentos em 30 dias (anos cíveis diferentes)”.

Tipo indicador	Indicador	2019		2020		2021	
		H. V. F. Xira PPP	Média Grupo	H. V. F. Xira PPP	Média Grupo	H. V. F. Xira PPP	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão (€)	2 888	3 482	4 254	4 790	3 899	4 530
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	82%	81%	87%	83%	90%	86%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	8%	8%	7%	7%	2%	7%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	2%	3%	3%	4%	4%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	56%	53%	52%	54%	42%	53%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	85	71	56	53	67	58
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	52	39	41	28	40	31
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	102%	83%	99%	74%	n.d.	
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	0,3	0,8	0,3	0,8	0,3	0,8
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	64%	74%	66%	65%	74%	81%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	71%	84%	63%	81%	65%	84%

Figura 6 – Indicadores de desempenho do Hospital de Vila Franca de Xira (2019-2021).
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

Entre 2021 e 2023, já sob gestão pública, o Hospital de Vila Franca de Xira registou uma deterioração na maioria dos indicadores analisados, face aos resultados alcançados em 2021. Essa deterioração verificou-se sobretudo na “% de internamentos com demora superior a 30 dias”, que se situou acima da média do grupo, bem como nos indicadores de acesso e na “% de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48 horas”, que ficaram abaixo da média de referência. Em 2024, com a transição para ULS, mais de metade dos indicadores apresentou desempenho inferior ao observado na média do grupo.

Tipo indicador	Indicador	2022		2023		2024	
		H. V. F. Xira	Média Grupo	H. V. F. Xira	Média Grupo	ULS Estuário do Tejo	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão/Inscritos (€)	3 957	4 665	4 688	4 808	310	408
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	87%	86%	89%	86%	92%	89%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	7%	8%	7%	9%	7%	7%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	5%	4%	5%	4%	6%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	33%	53%	35%	56%	47%	48%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	65	58	64	62	62	71
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	45	33	43	33	32	41
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	n.d.		n.d.		100%	91%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	0,3	0,7	0,5	0,7	0,5	0,6
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	60%	68%	34%	51%	51%	47%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	62%	84%	59%	83%	62%	75%

Figura 7 – Indicadores de desempenho do Hospital de Vila Franca de Xira (2022-2024).
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

4.3 Hospital de Loures (ULS Loures-Odivelas)

No período de 2016 a 2018, o Hospital de Loures obteve um desempenho positivo. Indicadores como a “% de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48 horas” e a “% de primeiras consultas realizadas em tempo adequado”, que em 2016 apresentavam resultados inferiores à média, viram esta tendência ser revertida nos anos seguintes, com ganhos de eficiência em termos operacionais, atingindo valores superiores à média do grupo. Em 2018, todos os indicadores analisados apresentaram um desempenho superior ou equivalente à média do grupo, apenas com a exceção da % de inscritos em LIC dentro do TMRG, que ficou abaixo da média. Nesse mesmo ano, registou o valor mais baixo do seu grupo em termos de gastos operacionais por doente padrão.

Tipo indicador	Indicador	2016		2017		2018	
		H. Loures PPP	Média Grupo	H. Loures PPP	Média Grupo	H. Loures PPP	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão (€)	n.d.		n.d.		2 815	3 457
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	84%	81%	84%	82%	85%	83%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cívicos Diferentes)	7%	8%	7%	8%	7%	8%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	4%	3%	3%	3%	4%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	49%	51%	64%	50%	63%	50%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	n.d.		n.d.		n.d.	
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	n.d.		n.d.		n.d.	
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	95%	89%	95%	89%	94%	86%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	0,2	0,8	0,3	0,8	0,2	0,7
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	55%	69%	65%	70%	76%	73%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	94%	87%	96%	89%	73%	77%

Figura 8 – Indicadores de desempenho do Hospital de Loures (2016-2018).

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

Entre 2019 e 2021, o Hospital de Loures manteve um desempenho favorável nos indicadores de produtividade e no indicador económico-financeiro, apresentando novamente, em 2019, o valor mais baixo do Grupo B em termos de gastos operacionais por doente padrão. No domínio do desempenho assistencial, apesar de melhorias em termos percentuais ao longo do triénio, o desempenho foi, em alguns momentos, inferior à média do grupo. Relativamente ao acesso, a % de inscritos em LIC dentro do TMRG manteve uma tendência decrescente, atingindo apenas 55% em 2021, o terceiro pior resultado do seu grupo.

Tipo indicador	Indicador	2019		2020		2021	
		H. Loures PPP	Média Grupo	H. Loures PPP	Média Grupo	H. Loures PPP	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão (€)	2 854	3 644	n.d.		n.d.	
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	85%	84%	86%	86%	86%	87%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	8%	8%	7%	7%	6%	8%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	3%	4%	5%	4%	4%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	45%	47%	33%	47%	52%	50%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	n.d.		n.d.		n.d.	
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	n.d.		n.d.		n.d.	
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	95%	87%	94%	79%	89%	82%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	0,4	0,7	0,4	0,8	0,3	0,6
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	71%	70%	67%	60%	78%	78%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	69%	78%	47%	74%	55%	79%

Figura 9 – Indicadores de desempenho do Hospital de Loures (2019-2021).

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

Entre 2022 e 2024, o Hospital de Loures, já sob gestão pública e, a partir de 2024, integrado na ULS Loures-Odivelas, apresentou resultados mistos. Genericamente, cerca de metade dos indicadores apresentam resultados que suplantam a média do grupo, enquanto os restantes se situaram marginalmente alinhados com a média ou abaixo dela. Em 2023, os gastos operacionais por doente padrão ultrapassaram ligeiramente a média, após um aumento de 21% face a 2022. No domínio assistencial, a “% de reinternamentos em 30 dias (anos cíveis diferentes)” manteve-se consistentemente abaixo da média do grupo, enquanto a “% de internamentos com demora superior a 30 dias” permaneceu dois pontos percentuais acima. Em termos de produtividade, o número de doentes padrão por médico permaneceu abaixo da média do grupo, tendo-se distanciado progressivamente ao longo do período, enquanto o número de doentes padrão por enfermeiro aumentou de forma significativa. No acesso, a “% de inscritos em LIC dentro do TMRG” manteve-se aquém da média do grupo, situando-se, em 2024, a 29 pontos percentuais da mesma.

Tipo indicador	Indicador	2022		2023		2024	
		H. Loures	Média Grupo	H. Loures	Média Grupo	ULS Loures-Odivelas	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão/inscritos (€)	3 982	4 661	4 836	4 823	344	408
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	89%	88%	89%	88%	87%	89%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	3%	8%	6%	8%	6%	7%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	6%	4%	6%	4%	6%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	46%	47%	49%	48%	57%	48%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	53	67	58	70	50	71
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	43	37	54	40	75	41
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	93%	87%	93%	90%	92%	91%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	0,4	0,6	0,6	0,7	0,3	0,6
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	58%	64%	48%	47%	47%	47%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	36%	77%	42%	75%	46%	75%

Figura 10 – Indicadores de desempenho do Hospital de Loures (2022-2024).

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

4.4 Hospital de Cascais

O Hospital de Cascais, durante o período de 2016 a 2018, destacou-se de forma consistente com melhores resultados em quase todos os indicadores em relação à média do seu grupo de referência, apenas com a exceção do indicador “% de primeiras consultas realizadas em tempo adequado”, que ficou abaixo da média nos três anos analisados, divergindo progressivamente daquela.

Tipo indicador	Indicador	2016		2017		2018	
		H. Cascais PPP	Média Grupo	H. Cascais PPP	Média Grupo	H. Cascais PPP	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão (€)	n.d.		n.d.		n.d.	
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	88%	81%	84%	82%	90%	83%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	6%	8%	6%	8%	5%	8%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	2%	3%	2%	3%	2%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	84%	51%	93%	50%	94%	50%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	n.d.		n.d.		n.d.	
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	n.d.		n.d.		n.d.	
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	88%	89%	88%	89%	89%	86%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	0,6	0,8	0,5	0,8	0,5	0,7
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	66%	69%	66%	70%	62%	73%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	94%	87%	93%	89%	89%	77%

Figura 11 – Indicadores de desempenho do Hospital de Cascais (2016-2018).

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

Nos anos seguintes, o Hospital de Cascais manteve um desempenho consistentemente superior à média do seu grupo de referência. Em 2020 e 2021, apresentou efetivamente resultados melhores do que a média em todos os indicadores disponíveis. Em

particular, a % de primeiras consultas realizadas em tempo adequado atingiu os 93% em 2021, representando o segundo melhor desempenho do seu grupo e um aumento de mais de 30 pontos percentuais face a 2018.

Tipo indicador	Indicador	2019		2020		2021	
		H. Cascais PPP	Média Grupo	H. Cascais PPP	Média Grupo	H. Cascais PPP	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão (€)	n.d.		n.d.		n.d.	
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	● 92%	84%	● 93%	86%	● 92%	87%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	● 5%	8%	● 4%	7%	● 5%	8%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	● 3%	4%	● 3%	4%	● 3%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	● 88%	47%	● 91%	47%	● 84%	50%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	n.d.		n.d.		n.d.	
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	n.d.		n.d.		n.d.	
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	● 92%	87%	● 81%	79%	● 83%	82%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	● 0,4	0,7	● 0,3	0,8	● 0,3	0,6
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	● 65%	70%	● 69%	60%	● 93%	78%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	● 80%	78%	● 85%	74%	● 91%	79%

Figura 12 – Indicadores de desempenho do Hospital de Cascais (2019-2021).

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

No período mais recente, o desempenho do Hospital de Cascais continuou superior à média do seu grupo, tendo inclusive registado algumas melhorias ao longo do período analisado. Em 2024, posicionou-se entre os três melhores resultados do grupo em todos os indicadores avaliados, apenas com a exceção da taxa anual de ocupação em internamento, na qual se situou dois pontos percentuais acima do intervalo ótimo.

Tipo indicador	Indicador	2022		2023		2024	
		H. Cascais PPP	Média Grupo	H. Cascais PPP	Média Grupo	H. Cascais PPP	Média Grupo
Económico-Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão/Inscritos (€)	n.d.		n.d.		n.d.	
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	● 92%	88%	● 92%	88%	● 95%	89%
	% Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes)	● 5%	8%	● 5%	8%	● 5%	7%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	● 3%	4%	● 3%	4%	● 2%	4%
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 horas	● 79%	47%	● 80%	48%	● 85%	48%
Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC	n.d.		n.d.		n.d.	
	Doente Padrão por Enfermeiro ETC	n.d.		n.d.		n.d.	
	Taxa Anual de Ocupação em Internamento	● 89%	87%	● 88%	90%	● 92%	91%
	Demora Média Antes da Cirurgia (dias)	● 0,3	0,6	● 0,3	0,7	● 0,2	0,6
Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado	● 84%	64%	● 68%	47%	● 62%	47%
	% Inscritos em LIC dentro do TMRG	● 89%	77%	● 81%	75%	● 91%	75%

Figura 13 – Indicadores de desempenho do Hospital de Cascais (2022-2024).

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponíveis em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>.

4.5 Considerações Finais sobre a Análise Comparativa

Através da análise do *benchmarking* disponibilizado pela ACSS, é possível observar uma tendência comum aos três hospitais que regressaram à gestão pública – mais acentuada nos hospitais de Vila Franca de Xira e Loures – caracterizada por uma degradação gradual em vários indicadores de desempenho após a transição para EPE, quando comparados com os resultados obtidos sob gestão em PPP. Esta deterioração manifesta-se, com maior ou menor intensidade, em domínios como o acesso aos cuidados, o desempenho assistencial e a eficiência operacional. Em contrapartida, o Hospital de Cascais, que permaneceu sob gestão em regime de PPP ao longo de todo o período analisado, registou melhorias em grande parte dos indicadores ao longo do período analisado e manteve consistentemente um desempenho superior à média do seu grupo de referência, destacando-se em 2024 por apresentar resultados entre os três melhores do seu grupo em todos os indicadores com dados disponíveis.

No entanto, importa sublinhar que, embora os dados de *benchmarking* revelem uma correlação entre o modelo de gestão e a evolução dos indicadores, esta evidência não permite, por si só, estabelecer uma relação de causalidade. Por sua vez, os bons resultados observados no período de gestão em PPP não podem ser automaticamente atribuídos a alterações estruturais ao nível do sistema de controlo de gestão. Da mesma forma, a manutenção de um contrato mais exigente e de um sistema de avaliação formalizado no Hospital de Cascais, apesar de contribuir para uma maior responsabilização das entidades gestoras, não é suficiente para afirmar que o modelo introduz alterações estruturais profundas no modo como o controlo de gestão é implementado. Assim, carece-se de uma investigação mais aprofundada e qualitativa sobre o funcionamento interno do Hospital de Cascais e o seu sistema de controlo de gestão, a fim de identificar a real influência do modelo de PPP neste contexto.

5. Estudo de Caso – Hospital de Cascais

5.1 Apresentação do Hospital

O Hospital de Cascais Dr. José de Almeida representa uma das primeiras experiências de PPP no setor da saúde em Portugal. A nova unidade hospitalar foi inaugurada em fevereiro de 2010, substituindo o antigo Hospital Condes de Castro Guimarães. Este projeto enquadrou-se num programa de PPP lançado pelo Estado, que previa a construção e operação de novas unidades hospitalares por operadores privados, sob supervisão pública.

A conceção, construção, financiamento, conservação e exploração do novo edifício ficaram a cargo de uma participada da Teixeira Duarte, com um contrato válido para o período de 30 anos, compreendido entre 2008 e 2038. No que respeita à prestação de cuidados de saúde, o contrato de parceria foi inicialmente celebrado com o Grupo Lusíadas Saúde, com uma vigência prevista de 2008 a 2018. Este contrato viria a ser prorrogado até 2022, na sequência da pandemia de Covid-19 e devido a mudanças governamentais. Em 2023, a gestão clínica do hospital foi assumida pelo Grupo Ribera Salud, operador com presença consolidada em Espanha no setor da saúde, nomeadamente em modelos de PPP, como menciona a Coordenadora de Direções de Gestão de Contrato, Planeamento e Controlo e Projetos:

“O primeiro [contrato] era gerido pelo Grupo Lusíadas Saúde e este passa a ser pelo Grupo Ribera Salud, que já funciona há mais de 20 anos, em Espanha, em modelos de PPP, com uma maturidade muito grande nesses modelos, embora com financiamentos diferentes.” (Entrevista CSC1)

O Hospital de Cascais apresenta uma capacidade instalada de 277 camas, um serviço de urgência com Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência Ginecológica e Obstétrica, 6 salas de bloco operatório e 10 salas de parto. Existem também 33 gabinetes de consulta e várias unidades de Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamentos (MCDT), de apoio às diferentes especialidades médicas e cirúrgicas. A equipa é composta por 1.466 colaboradores, entre profissionais de saúde, técnicos e pessoal de apoio. No que respeita aos serviços prestados, o Hospital de Cascais oferece uma vasta gama de especialidades e serviços clínicos. A unidade serve uma população estimada de 320.000 pessoas, abrangendo todo o concelho de Cascais e cinco freguesias e uniões de freguesia do concelho de Sintra, estas últimas no âmbito da área materno-infantil.

5.2 O Modelo de Gestão de PPP

O modelo de gestão de PPP aplicado ao setor da saúde surgiu, em Portugal, como resposta a um conjunto de desafios estruturais e financeiros sentidos pelo Estado. A necessidade de renovar a rede hospitalar, associada à escassez de recursos para investimento, motivou a procura de soluções alternativas para garantir a construção de novos hospitais.

“Todas as PPP que tivemos em Portugal iniciaram-se precisamente com uma necessidade pública de construir um hospital novo. [...] O Estado não queria disponibilizar, ou não teria valor para o investimento em novos hospitais, então fez uma parceria público-privada.” (Entrevista CSC1)

No caso das PPP celebradas em Portugal, a responsabilidade do setor privado não se limitou à construção do hospital. O modelo assenta na atuação de duas entidades distintas: uma primeira, responsável pela conceção, construção e manutenção do edifício hospitalar, e uma segunda, encarregue da prestação dos cuidados de saúde. Assim, todas as despesas decorrentes da prestação desses cuidados são também responsabilidade de um parceiro privado. A título de exemplo, a Coordenadora de Direções referiu:

“Uma parceria público-privada implica que todas as despesas e todos os investimentos daquele período sejam feitos pelo operador privado. Para comprarmos, por exemplo, uma ressonância magnética – o que fizemos no primeiro ano deste contrato –, ou era feito logo no primeiro ano, ou então já nem sequer havia possibilidade de retorno do investimento de um equipamento que é tão caro.” (Entrevista CSC1)

A responsável acrescenta que os contratos em regime de PPP assentam em quatro princípios fundamentais. Na perspetiva do Estado, esta solução deve garantir melhor acesso aos cuidados, maior qualidade dos serviços, menores custos e menos risco em comparação com a gestão pública. A garantia de acesso e qualidade é contratualmente definida com base em indicadores comparáveis com os dos hospitais públicos, assegurando que a entidade gestora atinja níveis de desempenho superiores, tanto face a outras unidades do SNS como relativamente aos seus próprios resultados de anos anteriores.

“Ao nível de melhor acesso, temos indicadores explícitos, sobretudo focados no tempo de resposta à lista de espera de consulta e lista de espera cirúrgica. Todos os indicadores basilares do funcionamento hospitalar devem poder ser comparados com os dos restantes hospitais públicos e isso verifica-se nos indicadores de acesso. [...] O contrato tem também indicadores de qualidade que são comparáveis com outros hospitais públicos, a maior parte associados a indicadores clínicos: taxas de infeção, taxas de quedas, taxas de úlceras. Os contratos estão sempre feitos numa ótica de melhoria contínua. O

objetivo é que sejamos sempre melhores, seja comparado com os outros, seja comparado connosco próprios.” (Entrevista CSC1)

Relativamente aos custos mais baixos, os contratos das PPP impõem limites claros à despesa pública. O parceiro privado é obrigado, por concurso, a apresentar uma proposta significativamente mais económica do que a média das unidades públicas. Já no que diz respeito ao risco, o contrato transfere praticamente todas as incertezas operacionais e financeiras para o parceiro privado.

“Os concursos públicos relacionados com PPP implicam sempre custos comparados abaixo daquilo que é o preço público – normalmente na ordem dos 25% a 30%. Quando há o concurso, é definido um custo médio comparativo com as unidades públicas, e o concurso tem de ser à volta de 25% abaixo, pelo menos, daquilo que é o preço comparado público. [...] Quanto a menores riscos, o contrato pressupõe passar todos os riscos para o operador privado. Se há risco de virem novas medicações, mais caras, para novas situações clínicas, [...] ter de aumentar recursos a um determinado nível, surgirem necessidades de investimento em equipamentos que agora são necessários e antes não o eram, o risco é do operador privado.” (Entrevista CSC1)

Esta transferência de risco confere ao Estado uma maior previsibilidade orçamental e uma menor exposição a flutuações operacionais. Segundo a Coordenadora, o contrato atualmente em vigor foi ajustado com base nas lições aprendidas em experiências anteriores de PPP, reforçando a atribuição clara de responsabilidades ao parceiro privado:

“A ideia é que qualquer risco que possa surgir nestes 8 anos [de contrato] seja passado para o operador privado. Isto faz com que, para o Estado, haja uma grande previsibilidade orçamental daquilo que vai ser o seu gasto com esta instituição. [...] O [novo] contrato incorporou aprendizagens de experiências anteriores de PPP. Situações dúbias ou mal definidas em contratos anteriores foram aqui mais bem esclarecidas. Riscos menores, antes partilhados, são agora claramente atribuídos ao operador privado, de forma a garantir que o Estado não é penalizado. Pelo contrário.” (Entrevista CSC1)

A Coordenadora acrescenta que os contratos de gestão são bastante extensos e detalhados, estabelecendo de forma explícita os limites da atuação da entidade gestora e prevendo, entre outros mecanismos, penalizações financeiras pelo incumprimento de metas e pressupostos previamente acordados:

“O contrato prevê o pagamento da produção contratada anualmente. O Estado contratualiza connosco um determinado número de consultas, cirurgias, episódios, etc. Recebemos esses valores, mas há um conjunto de penalidades bastante severas, por incumprimentos de indicadores ou pressupostos,

previstos em cláusulas contratuais. Assim, se cumprirmos tudo, o Estado paga o valor previamente contratualizado, caso contrário, esse valor é deduzido.” (Entrevista CSC1)

Este enquadramento contratual rigoroso tem um impacto direto na forma como são geridas as decisões operacionais. O Diretor de Produção, por exemplo, quando questionado sobre a possibilidade de o limite de remuneração – fixado nos 110% da produção contratada – constituir um constrangimento ao desempenho em função do objetivo de lucro, assegurou que o cumprimento dos parâmetros de desempenho prevalece sobre a lógica financeira:

“Temos outros parâmetros de desempenho que nos obrigam a dar resposta às listas de espera, que nos obrigam a responder num determinado intervalo de tempo, caso contrário pagamos uma penalidade. Entre fazer todas as consultas [...] e conseguir controlar para garantir uma resposta estável, eu prefiro fazer mais consultas, mesmo que eventualmente não sejam remuneradas, do que não as fazer e falhar nos parâmetros de desempenho [...]” (Entrevista CSC4)

Por outro lado, a Coordenadora destaca que a existência de penalizações com impacto financeiro significativo serve como um incentivo a agir prontamente, levando a entidade gestora a corrigir quaisquer desvios, mesmo que implique um esforço adicional em termos de investimento:

“A partir do momento em que eu tenho uma penalidade – e as nossas penalidades são todas muito avultadas – em que sei que não estou a ir por um bom caminho numa determinada área clínica e preciso de corrigir este indicador, prefiro investir na operação e garantir que duplico os recursos, se for preciso [...] para garantir que dão resposta ao objetivo.” (Entrevista CSC1)

Adicionalmente, a presença de um acionista privado é apontada pela Coordenadora como um fator determinante para uma lógica de responsabilização permanente. Esta estrutura garante um acompanhamento constante da execução orçamental e operacional, distinto da prática habitual em hospitais com gestão pública:

“Por outro lado, além de reportarmos à Entidade Pública Contratante, temos também de reportar ao acionista – um fator adicional na comparação entre uma PPP e um hospital público. O acionista tem requisitos próprios e necessidade de acompanhar determinados indicadores. Alguns coincidem com os que já monitorizamos, mas outros são distintos. [...] Temos reports constantes com o acionista, tal como em qualquer entidade privada.” (Entrevista CSC1)

Por fim, a Coordenadora destaca a relevância da flexibilidade associada a uma gestão por objetivos, dado que esta permite à entidade gestora ajustar rapidamente recursos e estratégias, maximizando a capacidade de resposta e o desempenho operacional. Na sua

perspetiva, é a conjugação deste fator com a exigência contratual e a disciplina da gestão privada que sustenta o sucesso do modelo:

“O que faz a diferença é esta flexibilidade de gerir por objetivos, que me permite ser muito mais ágil do que qualquer hospital público. [...] Se eu souber que comprar um equipamento agora me torna uma operação duas vezes mais rápida, eu compro e, no dia seguinte, ponho em prática. [...] É o conjunto destes fatores que, de facto, diferencia o modelo. [...] Consideramos que é um modelo de sucesso, pois consegue conciliar os objetivos de todas as partes: do acionista, do Estado e da operação.”
(Entrevista CSC1)

5.3 Tomada de Decisão e Alocação de Recursos

Um dos elementos frequentemente referidos pelos profissionais entrevistados é a flexibilidade contratual associada à gestão em regime de PPP. Esta flexibilidade permite tomar decisões com maior agilidade e ajustar a alocação de recursos de acordo com necessidades operacionais. A Coordenadora de Direções, destaca que esta flexibilidade é central no modelo, referindo que o contrato permite condições diferentes na contratação de profissionais, em função de objetivos definidos para cada área:

“Só consigo fazer isto porque tenho flexibilidade contratual. Algo basilar do nosso contrato face aos restantes hospitais é que posso ter condições diferentes para pessoas diferentes no hospital. Se quiser pôr um médico, um coordenador de uma especialidade cirúrgica, a ganhar à peça porque tenho um objetivo de dar resposta a um número de cirurgias dessa especialidade num determinado período, eu ponho dinheiro no assunto e o assunto resolve-se.” (Entrevista CSC1)

A Coordenadora aponta ainda a possibilidade de estabelecer incentivos financeiros e coletivos por meio de componentes de remuneração variável associadas ao cumprimento de objetivos:

“Temos várias formas diferentes de estabelecer esses incentivos. Normalmente, o que fazemos é sempre uma componente variável associada a objetivos, sobretudo em coordenações de equipas ou em coordenações de projetos específicos. Temos essa flexibilidade e fazemo-lo. Tudo aquilo que definimos como área estratégica no hospital tentamos sempre que estejam indexados prémios associados a objetivos.” (Entrevista CSC1)

O Diretor de Produção sublinha a agilidade na contratação de profissionais de saúde, por exemplo, com o objetivo de cumprimento de metas semestrais:

“Vamos imaginar que há uma especialidade que está ligeiramente abaixo nas consultas e queremos fechar o semestre bem. Podemos falar com o Diretor de Serviço e dizer que é necessário fazer mais

100 consultas nesse mês. Tenta-se arranjar um médico que queira vir fazer consultas, e essa consulta é paga depois a esse médico.” (Entrevista CSC4)

A Diretora Clínica também reconhece que o processo de recrutamento é mais facilitado neste modelo, quando comparado com o setor público, mas refere que a escassez de profissionais no sistema de saúde introduz constrangimentos adicionais:

“Isso é espetacular por comparação com outras áreas. Nós não nos podemos queixar. É muito fácil recrutar, tratar disso e de todo esse processo. O problema agora é que temos um SNS e um sistema de saúde e ainda com o privado também a concorrer, onde há escassez de recursos. [...] Nesse aspeto, o trabalho está dificultado. Não tanto pela facilidade e agilidade dos processos porque isso, de facto, é uma grande vantagem neste hospital por comparação com o sistema público [...]” (Entrevista CSC3)

A agilidade referida relativamente aos hospitais públicos estende-se também à aquisição de equipamentos, como destacado pela Coordenadora e pelo Diretor de Produção:

“Se eu quiser, de hoje para amanhã, comprar um equipamento, eu compro. Não tenho que pedir autorização a ninguém, a não ser ao acionista [...]. Um hospital público não pode fazer isso. [...] Sendo contratos privados, posso gerir com uma flexibilidade maior ao tomar decisões” (Entrevista CSC1)

“As PPP têm sem sombra dúvida ferramentas muito mais ágeis que um hospital de gestão pública. [...] Se amanhã quiser comprar uma torre de laparoscopia, entro em contacto com o fornecedor, [...] faço a transferência e [...] tenho a torre. Num hospital público não é bem assim. Se for de determinado valor, tem de ir a concurso; outro valor exige ida ao Tribunal de Contas. É preciso esperar, é mais complexo. Aqui existe uma agilidade muito maior no que diz respeito à aquisição de materiais.” (Entrevista CSS4)

5.4 Qualidade e Monitorização de Desempenho

A gestão hospitalar em regime de PPP incorpora um conjunto abrangente de mecanismos de controlo e avaliação de desempenho, sustentados por parâmetros exigidos contratualmente, certificações obrigatórias e um sistema de monitorização contínua da atividade hospitalar. Como aponta a Coordenadora de Direções, o contrato de gestão integra um número significativo de indicadores:

“O contrato tem estabelecido vários indicadores, tanto de resultado, como de serviço. São 37 indicadores de resultado e 27 indicadores de serviço. Os indicadores de serviço são, por exemplo: apresentarmos relatórios a tempo e horas, termos os sistemas de informação sempre ativos, fazermos

a codificação dos episódios sempre dentro do tempo. São questões mais processuais. Os indicadores de resultado [...] abrangem indicadores de acesso, clínicos e tempos de resposta a vários níveis operacionais.” (Entrevista CSC1)

Estes indicadores abrangem, portanto, tanto indicadores de resultado (*lagging*) como de indução (*leading*). Para garantir o seu cumprimento, foi desenvolvido um sistema de monitorização baseado num *dashboard* interativo que permite o acompanhamento contínuo da performance:

“Criamos, com [...] o nosso principal fornecedor da gestão clínica, que tem por trás toda a base de dados de funcionamento do hospital, um dashboard de todos os KPIs do contrato: os 37 parâmetros de desempenho de resultado, atualizável e com quadro de cores automático do sistema. Ao momento, conseguimos monitorizar a evolução destes indicadores. Isto tem por trás BI (Business Intelligence).” (Entrevista CSC1)

Além dos indicadores definidos contratualmente, o hospital é ainda obrigado a manter certificações de qualidade que exigem a implementação de sistemas próprios de monitorização. Estas certificações implicam o acompanhamento rigoroso de outros indicadores associados aos processos certificados, como refere a Coordenadora:

“Além disso, internamente, temos vários indicadores que monitorizamos, que vão para além de todos estes. [...] Por exemplo, somos contratualmente obrigados a ter certificações de qualidade no hospital e acreditações que cumprem muitos requisitos. [...] Estas certificações, por si, já nos obrigam a ter um sistema de monitorização de indicadores que vá ao encontro dos bons desempenhos dos serviços certificados. Se temos um serviço com um bloco operatório certificado por via de uma certificação de qualidade implica termos indicadores desde o início até ao final dos processos operacionais, que meçam o bom funcionamento da operação – com critérios específicos para a definição desses indicadores.” (Entrevista CSC1)

Entre as certificações obtidas pelo Hospital de Cascais, incluem-se: *JCI Accreditation*, *Quality Certification* (ISO 9001) em 8 serviços; *Environmental Certification* (ISO 14001); *Occupational Health and Safety Certification* (ISO 45001); *EMRAM Technology Maturity Certification Level 7* (HIMSS) e *Global Green and Healthy Hospitals Community*, sendo as quatro primeiras exigidas contratualmente. No entanto, conforme menciona a Coordenadora, esta exigência não se estende aos hospitais de gestão pública:

“Ao nível de qualidade, já estão a incentivar os hospitais a transversalizar a ISO 9001 na parte dos serviços base, mas não é uma obrigação. É uma recomendação. A mesma coisa com as

acreditações, porque nem todos os hospitais são acreditados. [...] São decisões mais de Conselho [de Administração] do que outra coisa.” (Entrevista CSC1)

Adicionalmente, é realizado um acompanhamento diário da produção, com análises comparativas face ao orçamento e a dados históricos de anos anteriores, conforme descrito pelo Responsável da Direção de Planeamento e Controlo:

“Temos um ficheiro de acompanhamento diário, onde, basicamente, é feito este check com as várias vertentes e níveis de atividade: internamento, atividade cirúrgica, laboratório convencional, consultas, hospital de dia. Fazemos uma monitorização diária dos números que temos, com um total de 2025, e sempre com a informação relativa aos anos de 2024 e 2023, relativamente a esse mês [...]. Mais importante de tudo, como estamos a nível do nosso orçamento.” (Entrevista CSC2)

Nesse sentido, também se realiza um *forecast* mensal, que permite antecipar desvios, ajustar estratégias e tomar decisões com base na análise prospetiva da atividade:

“Também fazemos, sensivelmente a meio do mês, um forecast mensal, [...] para dar uma visão à Produção [...] se estamos um pouco atrasados em relação ao orçamento, e para ter um plano de ação para atingir o objetivo do mês. Quando fecha o mês, faço este mesmo ficheiro, com a informação real, não a previsão do forecast. Este compara e mostra as variações em cada linha de atividade, por especialidade e [...] indica como ficámos face ao realizado e ao orçamento. [...] Tem também sempre um year to date do acumulado, importante para percebermos a percentagem de cumprimento do objetivo orçamental [...]” (Entrevista CSC2)

Este sistema de monitorização está articulado com um ciclo de reuniões regulares, nas quais os dados são discutidos com as diversas equipas e com o Conselho de Administração, assegurando que a informação é disponibilizada de forma clara e objetiva:

“Há uma reunião semanal onde se discutem temas relacionados com planeamento, controlo e produção. Participamos nessas reuniões e acompanhamos a produção. Além disso, uma vez por mês, fazemos o acompanhamento em Conselho de Administração, onde o CSC2 apresenta os dados e a Produção os justifica. Tentamos, ao máximo, que a informação transmitida à Produção e às equipas seja clara e objetiva. Temos uma reunião inicial para acompanhamento e entendimento do conteúdo, e depois só realizamos reuniões em áreas estratégicas, fundamentais ou quando há desvios significativos face aos objetivos. O tempo das equipas deve ser focado no cumprimento da sua atividade. Não promovemos reuniões apenas para mostrar dados – o objetivo é que tenham acesso imediato à informação essencial.” (Entrevista CSC1)

5.5 Responsabilização e Cumprimento de Metas

A monitorização frequente do desempenho nos hospitais geridos sob o modelo de PPP contribui para consolidar uma cultura organizacional marcada pela responsabilização e pela exigência no cumprimento de metas. Esta lógica de escrutínio permanente influencia não só os processos de gestão, mas também a forma como os profissionais se envolvem nos objetivos institucionais. Segundo a Diretora Clínica, a dinâmica de reflexão frequente sobre a atividade hospitalar, sustentada por dados objetivos, distingue claramente o modelo de gestão de PPP da realidade observada noutros contextos hospitalares:

“Este trabalho anual de fazer este tipo de relatórios e de reflexão que há neste hospital, por ser uma PPP e por comparação com os hospitais públicos onde trabalhei, [...] faz com que se viva neste ambiente de escrutínio, que, para mim, é muito positivo. [...] A falta de feedback e de dados que há noutros locais é incrível. Isto permite que os clínicos e as Direções de Serviço tenham ferramentas fabulosas de gestão, que noutros sítios não têm. Quem dera a muita gente poder tê-las.” (Entrevista CSC3)

Esta lógica concretiza-se através de uma gestão integrada com a operação, suportada por equipas que monitorizam continuamente os indicadores de desempenho e implementam medidas corretivas sempre que necessário, como descreve o Diretor de Produção:

“Durante todo o ano tenho uma equipa de 6 gestoras, que vão monitorizando diariamente, semanalmente e enviando relatórios a indicar, por exemplo: “Atenção que estamos abaixo neste indicador”, “Precisamos de fazer mais cirurgias”, ou “Temos lista de espera destas consultas”. Se não cumprirmos, o Parâmetro de Desempenho de Resultado vai ser afetado. Existe, portanto, sempre uma gestão ao dia muito dinâmica.” (Entrevista CSC4)

Ainda assim, o ambiente de exigência e acompanhamento regular é considerado fundamental pela Diretora Clínica, para que os serviços se possam organizar de forma alinhada com os objetivos contratualizados:

“É o que vai permitir aos Diretores de Serviço alinhar as suas expectativas com aquilo que também são as obrigações que têm, para que o serviço que dirigem cumpra aquilo que está contratado e o que, expectavelmente, acreditamos ser o que responde às necessidades da população. [...] Mas o facto de termos este tipo de escrutínio, de percebermos qual é a trajetória que estamos a seguir, e termos este feedback de dados é muito importante para os serviços se poderem organizar e gerir em função daquilo que é esperado.” (Entrevista CSC3)

A responsabilização promovida nas PPP não se limita ao cumprimento de metas, mas envolve também a participação ativa dos profissionais de saúde na sua definição. Como

explicam a Coordenadora de Direções e o Diretor de Produção, anualmente cada serviço elabora um Plano de Atividades, integrando os contributos das equipas clínicas e de gestão, permitindo refletir sobre os constrangimentos existentes e planear respostas adequadas. Este plano é o primeiro passo para a construção do orçamento anual, determinado com base na finalidade e resultados de cada serviço:

“A apresentação do plano de atividades serve para dois objetivos: dar um ponto de partida com base nos objetivos do Estado e do acionista, e ouvir a reflexão da equipa sobre custos, constrangimentos e novas propostas. É nessa reunião que apresentam a sua estratégia para alcançar os objetivos, ou sugerem iniciativas, como aumentar consultas em novas áreas.” (Entrevista CSC1)

“Esse Plano de Atividades, é feito por uma tríade entre a Enfermagem, a Gestão e a Direção do Serviço Clínico. [...] A responsabilização é tripartida.” (Entrevista CSC4)

Esta cultura de responsabilização é valorizada pela sua capacidade de induzir em ganhos de eficiência nos hospitais. O Diretor de Produção reconhece que, embora exigentes, os parâmetros de desempenho asseguram equidade no acesso e segurança clínica no hospital:

“Todos estes parâmetros de desempenho muitas vezes moldam a atividade. Isso não é obrigatoriamente mau, porque são parâmetros que se compreendem e são sinais de eficiência, [...] estão ligados à segurança clínica e à equidade no acesso. [...] Às vezes são exigentes, porque não é fácil cumpri-los, mas não considero que o contrato de gestão seja uma menos-valia. É uma mais-valia, porque nos obriga a ser eficientes, obriga-nos a resolver problemas que são comuns a todos os hospitais.” (Entrevista CSC4)

Em contrapartida, a ausência de responsabilização no setor público é apontada como um dos fatores que fragiliza o incentivo ao cumprimento de metas e a melhorias de desempenho, como aponta a Diretora Clínica:

“Não havendo regras, tudo é permitido. Não há um incentivo e não há uma responsabilização. É o que for, é o que é, e estamos todos felizes com o resultado ao fim do dia, porque é um pouco indiferente. Aqui é diferente. Neste hospital é diferente. Acho que isso é particularmente bom, porque quando nos movemos por objetivos e temos a gestão do nosso lado a ajudar-nos a concretizá-los, isso é fantástico.” (Entrevista CSC3)

No mesmo sentido, a Coordenadora de Direções reforça que a existência de metas e o seu acompanhamento rigoroso têm um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados:

“Qualquer pessoa que já trabalhou em hospitais públicos com e sem PPP percebe a diferença que existe neste nível de exigência. Muitas vezes, os próprios colaboradores queixam-se, porque estão

habituaados a trabalhar em hospitais onde nada do que controlamos aqui é controlado. Aqui têm que fazer. Têm que apresentar esses indicadores. Mas seria desejável que todos os hospitais fossem assim. Estaríamos num cenário completamente diferente em termos de rigor e de qualidade.”
(Entrevista CSC1)

5.6 Inovação e Práticas de Gestão

A cultura de monitorização contínua e o elevado grau de exigência vividos no Hospital de Cascais tem impulsionado a adoção de novas práticas de gestão e o desenvolvimento de soluções inovadoras. A estrutura do Departamento de Gestão do Contrato, Planeamento e Controlo e Projetos reflete esta lógica integrando três áreas que operam de forma articulada: a gestão contratual, o controlo de gestão e uma equipa dedicada exclusivamente ao desenvolvimento de projetos. Esta organização visa assegurar uma resposta rápida e eficaz sempre que são identificados desvios nos parâmetros de desempenho:

“Temos um Departamento de Planeamento e Controlo com três áreas distintas, mas interligadas [...]. Há a Gestão do Contrato, com uma equipa em que todos estão muito por dentro da monitorização e das obrigações contratuais, bem como dos reports. Depois, há uma parte da equipa dedicada ao Controlo de Gestão puro e duro e ao Planeamento e Controlo na sua estrutura base. Percebemos que, nesta equipa, era necessário incluir uma subequipa associada a Projetos. Quando percebemos que algo não está dentro dos parâmetros definidos e que é crítico, desenvolvemos projetos estratégicos para melhorar a operação e garantir o cumprimento dos indicadores. O departamento tem estas três vertentes para fechar o ciclo: sabemos as obrigações, monitorizamos, damos feedback constante e desenvolvemos projetos para garantir que os indicadores vão ao encontro dos objetivos.” (Entrevista CSC1)

Fruto da monitorização dos Parâmetros de Desempenho de Resultado (PDR), foram desenvolvidos, nos últimos anos, diversos projetos, dois dos quais foram destacados pela Coordenadora de Direções a título de exemplo. O primeiro incide sobre a percentagem de cirurgias de fratura do colo do fémur realizadas nas primeiras 48 horas, um indicador clínico particularmente relevante, dada a comprovada correlação entre a realização da cirurgia em 48 horas e a taxa de mortalidade desse episódio hospitalar. Diante de um desempenho abaixo do esperado, foi lançado um projeto que integrou os dados de monitorização com ações concretas junto das equipas clínicas, como alertas automáticos e uma sinalização evidente no processo do doente:

“Lançámos um projeto com as equipas clínicas para analisar esta situação e tomar as medidas necessárias. [...] O responsável da ortopedia passou a aceder ao ficheiro automaticamente e a consultar essa informação. Criámos mecanismos de mensagens automáticos para os chefes de equipa, ativados assim que um caso era sinalizado na triagem como potencial fratura do colo do fémur. Criámos esse alerta logo na triagem da urgência e, mais tarde, com um símbolo no processo do doente. Onde quer que passasse, o processo tinha um alerta visível, garantindo que todos sabiam que o tempo era precioso e que a cirurgia tinha de ocorrer antes das 48 horas.” (Entrevista CSC1)

O segundo projeto foca-se numa dimensão não clínica, nomeadamente a percentagem de primeiras consultas realizadas em tempo adequado. Perante uma taxa de cumprimento significativamente abaixo do objetivo contratual, foram implementadas medidas de reorganização e apoio à marcação, acompanhadas do desenvolvimento de um *dashboard* específico:

“No acesso às consultas e no tempo de resposta dentro do recomendado, estávamos, no ano passado, com uma taxa na ordem dos 45%. Ou seja, apenas 45% dos pedidos de consulta eram realizados em tempo adequado. O nosso objetivo do PDR é de 80%. É uma diferença muito significativa. Parece uma mudança simples, mas é operacionalmente difícil. [...] As listas de espera são extensas e muito segmentadas por subespecialidades, o que dificulta a monitorização. Criámos um dashboard detalhado de monitorização. Foi também criada uma equipa de centralização de marcações dedicada a este objetivo. Tudo isto porque monitorizamos os indicadores e partilhamos os resultados com a equipa.” (Entrevista CSC1)

A implementação deste tipo de iniciativas só é possível devido ao elevado grau de maturidade tecnológica alcançado pelo Hospital de Cascais, certificado com o nível 7 da *EMRAM Technology Maturity Certification* (HIMSS), o mais alto desta certificação internacional. Como refere a Coordenadora de Direções, esta maturidade permite uma total integração dos processos hospitalares no sistema de informação, tornando possível o acesso a dados em tempo real, bem como a automatização de alertas e de ações operacionais críticas:

“Somos um hospital sem papel. Monitorizamos tudo, em tempo real, no sistema. [...] Todos os registos, clínicos e administrativos, estão informatizados. Desde os armazéns até à administração terapêutica, tudo é monitorizado. Sabemos, em tempo real, por exemplo, a hora exata em que o enfermeiro administrou um medicamento. Esta maturidade tecnológica abre possibilidades enormes para a monitorização de custos e eficiência. Parte da nossa missão, em Planeamento e Controlo, é garantir que a informação chega a quem decide. Temos alertas automáticos para a equipa da urgência quando não estão a cumprir determinados indicadores ou tempos de resposta. Se não os veem no

sistema, recebem uma mensagem. Se não veem a mensagem, recebem e-mail. Temos várias camadas de monitorização e alerta para garantir o cumprimento.” (Entrevista CSC1)

Paralelamente, torna-se essencial que a informação disponibilizada seja relevante e adaptada às necessidades específicas de cada equipa ou serviço. Nesse sentido, foi criada no Hospital de Cascais, uma Comissão da Informatização Clínica, responsável por melhorar a estrutura da informação hospitalar, em articulação com as equipas. A Coordenadora destaca, como exemplo, o Serviço de Urgência, onde foram desenvolvidos dois *dashboards* distintos, disponíveis no Anexo G, com o objetivo de proporcionar uma visão integrada e operacionalmente útil do serviço:

“Há equipas que querem ver determinadas informações para tomar decisões, e nós fazemos a decomposição dos dados, a estruturação, a reflexão sobre os dados e a definição dos mais adequados em cada circunstância. [...] Por exemplo, temos dois dashboards da urgência. Um é da triagem, com informação específica sobre triagem. O outro é dentro da sala de observação. Não usamos o mesmo dashboard em locais diferentes, embora seja o mesmo serviço. Para nós, era importante que tivessem uma visão completa de todos os doentes na urgência, não só os internados na sala de observação, mas também os que estão à espera ou em observação, garantindo uma visão integrada da urgência.” (Entrevista CSC1)

Por fim, a Coordenadora garante que o objetivo tem sido ir além do formato tradicional de relatórios mensais, promovendo uma comunicação mais próxima de quem diretamente pode influenciar o desempenho do hospital:

“Quando estamos neste domínio tão transversal, com tantos dados e tanta informação, é muito importante termos a certeza de que: as pessoas certas têm acesso à informação certa, no tempo certo, no lugar certo e pelas razões certas. Isto é fundamental como princípio que nos guia no trabalho de gestão da informação e definição de projetos. [...] Este tem sido um grande trabalho nosso, estamos muito habituados a reports enviados por e-mail, reports mensais, esse formato típico de comunicação entre o Controlo de Gestão e a Operação. Temos tentado sempre ir além e estar muito próximos de quem influencia ou gere os dados que originam a informação. [...] Garantir que os key users têm acesso em tempo real a esta informação. Esta transparência, esta abertura, que tem de ser acompanhada com formação e reuniões de acompanhamento, é um princípio muito importante para nós.” (Entrevista CSC1)

5.7 Desafios do Controlo de Gestão

Apesar da complexidade envolvida na implementação e monitorização de um sistema de controlo de gestão, os entrevistados reconhecem que este é um elemento fundamental na gestão de hospital em regime de PPP. Essa perspetiva é particularmente evidente no testemunho do Diretor de Produção, que refere:

“Se eu tiver dúvidas em relação ao orçamento que foi dado, vou ao Controlo de Gestão [...]. Tem de existir um termo de confiança que não pode ser abalado de maneira nenhuma. Felizmente, tenho essa capacidade e essa sorte de trabalhar com o CSC2, que me dá essa segurança. O Controlo de Gestão é um ponto de verdade basilar na produção e na atividade de um hospital PPP. O meu trabalho é muito importante, porque se não houvesse Produção, cada um fazia o que queria. Mas a base de verdade, os alicerces, estão no Controlo de Gestão.” (Entrevista CSC4)

As principais dificuldades são apontadas pela Diretora Clínica, que admite a existência de um desfasamento entre a visão de gestão e a prática clínica, em parte pela ausência de formação dos médicos para este tipo de abordagem organizacional:

“Esta articulação nem sempre é fácil, porque há aqui uma visão muito clínica e muito afastada da gestão, com a visão da gestão pura, embora eu ache que, aqui no hospital, também há uma sensibilidade clínica muito grande, contudo esta tarefa não é fácil. [...] É difícil alinhar o pensamento clínico com o pensamento de quem tem que gerir. Muito por falta de conhecimentos dos médicos, e por não conseguirem perceber que, cada vez mais, a nossa visão não pode ser exclusivamente focada na prática clínica.” (Entrevista CSC3)

Por outro lado, a Diretora aponta que a comunicação por parte da gestão nem sempre é clara e homogénea entre os diferentes serviços, o que compromete a compreensão das equipas e a sua mobilização para uma ação mais coordenada:

“Não há uma homogeneidade entre os serviços. Tenho, às vezes, alguma dúvida de que esta mensagem da gestão seja transmitida às equipas de forma clara. Estou agora nesta função, mas estive no terreno até agora. Tenho noção de que há uma preocupação muito clínica, que é, sem dúvida, a nossa maior preocupação: tratar bem os doentes, de acordo com os guidelines. Mas ainda há pouco hábito, no modelo de governação de um serviço, de estes parâmetros serem escrutinados de forma mais transparente e regular. [...] Se calhar, nalguns serviços, este processo é mais transparente. Acho que é o que resulta melhor. Se alinharmos todas as pessoas em torno de um objetivo, é mais fácil conduzi-las para os objetivos e aquilo que pretendemos. [...] Quando não é claro para as equipas qual é o objetivo corporativo, qual é o objetivo do Hospital de Cascais, de que forma isto está alinhado com

os nossos valores e com a nossa definição – de forma a que se transforme num plano para o serviço – fica difícil compreenderem determinadas decisões.” (Entrevista CSC3).

Nesse sentido, conclui que é essencial reforçar o trabalho de proximidade entre as áreas clínica e de gestão, promovendo uma dinâmica de cooperação e parceria:

“Há aqui um trabalho grande a fazer, sobretudo de proximidade. Somos parceiros na prestação de cuidados de saúde. Não podemos andar de costas voltadas. Temos que andar de mãos dadas – é mesmo assim – porque é a única forma de cumprirmos a nossa missão e os nossos objetivos.” (Entrevista CSC3)

5.8 Futuro das PPP

Por fim, foi abordado com os entrevistados o futuro das PPP em Portugal e as perspetivas sobre a evolução do sistema de saúde. A Coordenadora de Direções destaca os benefícios da adoção de modelos alternativos de contratualização, nomeadamente o modelo *per capita*, já implementado noutros países, como o caso de Espanha:

“Os contratos em Portugal são feitos no modelo de produção, modelo de pagamento por atividade, enquanto que em Espanha o modelo em vigor é, na maior parte das vezes, per capita. Vai ao encontro daquilo que é também o financiamento das ULS e do que se fala para futuras PPP em Portugal. [...] É atribuída uma área de influência à unidade local de saúde. A unidade, que pode ou não estar em PPP, recebe um valor por cada pessoa incluída nessa população, independentemente de atender ou não essa pessoa. Recebe um valor para gerir a saúde da pessoa em todos os seus contextos e dimensões, durante o ano. O valor per capita já permite pensar numa outra dimensão de gestão de saúde, ligada à prevenção da doença e aos rastreios. Há, portanto, uma promoção muito maior da saúde, e não propriamente um pagamento à doença, como acontece neste modelo de pagamento por atividade.” (Entrevista CSC1)

Já a Diretora Clínica expressa preocupações quanto à sustentabilidade do atual modelo de funcionamento do SNS, destacando a instabilidade associada à crescente dependência de prestação de serviços:

“Vivemos numa fase em que foi permitido que os hospitais recorressem muito à prestação de serviços, que normalmente é até melhor paga do que o trabalho por tempo indeterminado. As pessoas, hoje em dia, têm decidido escolher o que querem fazer e onde, nas horas que lhes dá mais jeito. Este é o problema que temos agora, e que é real. Em algumas áreas, é muito assustador, porque há uma escassez de recursos. [...] Enquanto não houver aqui uma mudança clara das regras do jogo, do próprio sistema de saúde, dificilmente as coisas se vão tornar mais estáveis. [...] Isso é algo que nos

tem penalizado bastante, sobretudo porque o SNS, neste momento, tem um modelo de gestão que, quanto a mim, às vezes é um bocadinho questionável. Quem presta é quem paga. No fundo, pagamos todos quando há dificuldades.” (Entrevista CSC3)

6. Conclusão

Num contexto em que os sistemas de saúde enfrentam crescentes desafios em termos de sustentabilidade financeira, eficiência e qualidade dos cuidados prestados, torna-se essencial compreender de que forma, diferentes modelos de gestão, como as PPP, contribuem para enfrentar tais desafios. Por sua vez, o controlo de gestão tem vindo a assumir um papel cada vez mais central nas organizações hospitalares, reforçando a sua relevância enquanto mecanismo essencial para enfrentar os desafios de sustentabilidade, eficiência e qualidade no setor da saúde.

O objetivo da presente dissertação foi apurar a perceção existente acerca do impacto das PPP na gestão de uma unidade hospitalar, com base num estudo de caso sobre o Hospital de Cascais. A metodologia adotada combinou análise documental, entrevistas semiestruturadas aos colaboradores do hospital e a utilização do software NVivo para o tratamento e análise dos dados qualitativos. Após uma breve caracterização da unidade hospitalar, o estudo aprofundou o funcionamento do sistema de controlo de gestão do hospital, a sua articulação com o contrato de gestão e o impacto sentido ao nível das práticas organizacionais.

Os resultados evidenciam que o modelo de PPP aplicado no Hospital de Cascais estabelece uma lógica de gestão fortemente orientada por dados, metas e indicadores. A estrutura contratual, embora exigente, é percecionada como bem concebida, proporcionando rigor, responsabilização, mas também flexibilidade de gestão. A existência de um sistema de monitorização contínua, múltiplos parâmetros de desempenho e certificações obrigatórias, influencia diretamente a forma como são tomadas decisões e alocados os recursos, fomentando uma cultura de eficiência.

Entre os aspetos valorizados, destaca-se também a articulação entre o controlo de gestão e a operação, bem como a clareza dos objetivos contratualizados, fatores que têm permitido a implementação de projetos estratégicos com impacto direto no desempenho do hospital. A reorganização do percurso clínico de doentes com fratura do colo do fémur e a criação de equipas e ferramentas para melhorar o acesso em tempo adequado a consultas são exemplos disso. Contudo, os dados recolhidos evidenciaram que essa articulação entre as áreas clínica e de gestão não se verifica de forma uniforme entre os diferentes serviços, o que demonstra algum trabalho a percorrer neste sentido.

A concretização de uma gestão orientada por desempenho é, em grande parte, viabilizada pelo elevado nível de maturidade tecnológica do hospital. A digitalização dos

processos clínicos e administrativos, a monitorização em tempo real de indicadores através de *dashboards* personalizados e a automatização de alertas, suportadas por uma abordagem orientada para a disponibilização de informação útil, oportuna e ajustada aos decisores, constituem pilares essenciais do sistema de controlo de gestão do hospital, o qual se revela essencial para a condução da atividade hospitalar neste regime.

Tendo em conta estes fatores, conclui-se que o modelo de gestão de PPP exerce uma influência significativa e, de modo geral, positiva sobre a gestão do Hospital de Cascais.

6.1 Limitações e Sugestões

O presente trabalho contempla, no entanto, algumas limitações. Uma das limitações decorre da indisponibilidade de alguns dados nos relatórios de *benchmarking* da ACSS, o que restringiu a possibilidade de comparação de certos indicadores ao longo do período analisado e entre os respetivos hospitais.

Adicionalmente, importa referir que os restantes hospitais que operaram em regime de PPP, nomeadamente o Hospital de Braga, o Hospital de Vila Franca de Xira e o Hospital de Loures, não aceitaram o convite para participar na presente investigação. Como consequência, o estudo ficou circunscrito à análise do sistema de controlo de gestão do Hospital de Cascais, não sendo possível uma abordagem comparativa com os demais hospitais. Esta ausência de contraste entre diferentes realidades de PPP constitui, assim, uma limitação no que respeita à generalização dos resultados obtidos.

Nesse sentido, sugere-se que futuras investigações possam alargar o objeto de estudo aos restantes hospitais anteriormente geridos em regime de PPP. Uma linha de investigação particularmente relevante consistiria em analisar a evolução dos sistemas de controlo de gestão nesses hospitais, comparando o período de gestão privada com o período anterior e subsequente de gestão pública.

Cronograma

	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	
Formulação do problema e definição da metodologia.												
Caracterização do contexto e enquadramento teórico.												
Elaboração das entrevistas. Recolha de informação.												
Análise de conteúdo das entrevistas e dados facultados.												
Tratamento e interpretação dos dados recolhidos.												
Elaboração do trabalho de projeto.												

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS). (n.d.-a). *Benchmarking Hospitais*.
Acedido a 23 de abril de 2025 em: <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS). (n.d.-b). *Centros de Responsabilidade Integrados*. Acedido a 25 de abril de 2025 em: <https://www.acss.min-saude.pt/2020/07/28/centros-de-responsabilidade-integrados/>
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS). (n.d.-c). *Dimensões de Benchmarking e indicadores*. Acedido a 23 de abril de 2025 em: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/DimensaoBenchIndicadores
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS). (n.d.-d). *Grupos e Instituições*.
Acedido a 23 de abril de 2025 em: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/GrupoInstituicoes
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS). (n.d.-e). *Parcerias Público-Privadas*.
Acedido a 29 de janeiro de 2025 em: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/12/parcerias-publico-privadas/>
- Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2007). *Management Control Systems* (12th ed.). Tata McGraw-Hill.
- António, I. (2014) Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: Análise e reflexão sobre alguns Aspectos Económico-Financeiros. *Revista Eletrónica Direito*, 4(2), 1-35.
https://cij.up.pt/client/files/0000000001/1_698.pdf
- Baker, J. J., & Baker, R. W. (2011). *Health Care Finance: Basic Tools for Nonfinancial Managers* (3rd ed.). Jones and Bartlett Publishers.
- Barlow, J., Roehrich, J., & Wright, S. (2013). Europe Sees Mixed Results from Public-Private Partnerships for Building and Managing Health Care Facilities and Services. *Health Affairs*, 32(1), 146–154. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1223>
- Barros, P. (2023). *Economia da saúde – Conceitos e comportamentos* (4^a ed.). Almedina.
- Caballer-Tarazona, M., & Vivas-Consuelo, D. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Economics Review*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5>
- Câmara, P. (2016). *Os Sistemas de Recompensas e a Gestão Estratégica de Recursos Humanos* (4^a ed.). Dom Quixote.
- Camp, R. C. (1989). *Benchmarking: The search for industry best practices that lead to superior performance*. ASQ Quality Press.

- Campos, A. (2017). *PPP nos hospitais arrancaram em 2001 no Governo de António Guterres*. Público. Acedido a 19 de janeiro de 2025 em: <https://www.publico.pt/2017/01/03/sociedade/noticia/ppp-na-saude-arrancaram-em-2001-no-governo-de-antonio-guterres-1756869>
- Cousin, G. (2005). Case Study Research. *Journal of Geography in Higher Education*, 29(3), 421-427. <https://doi.org/10.1080/03098260500290967>
- Cruz, C. & Marques, R. (2012). *O Estado e as parcerias público privadas*. Sílabo.
- Decreto-Lei n.º 111/2012. Diário da República, 1.ª série, n.º 100. Ministério das Finanças. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2012/05/10000/0270202713.pdf>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Eckerson, W. W. (2009). Performance management strategies: How to Create and Deploy Effective Metrics. *TDWI Best Practices Report*, 4(1), 1-32. https://www.spendit.de/wp-content/uploads/2021/10/TDWI_Performance-Management-Strategies.pdf
- Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2012). Benchmarking: A Method for Continuous Quality Improvement in Health. *Healthcare Policy*, 7(4), E101-E119. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2012.22872>
- Fernandes, A., & Nunes, A. (2016). Hospitals and the Public-Private Combination in the Portuguese Health System. *Acta Médica Portuguesa*, 29(3), 217-223. <https://doi.org/10.20344/amp.6712>
- Flick, U. (2014). *An Introduction to Qualitative Research* (5th ed.). Sage Publications, Limited.
- Grimsey, D., & Lewis, M. K. (2005). Are Public Private Partnerships value for money? *Accounting Forum*, 29(4), 345–378. <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2005.01.001>
- Gurd, B., & Gao, T. (2007). Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 57(1), 6-21. <https://doi.org/10.1108/17410400810841209>
- Homauni, A., Markazi-Moghaddam, N., Mosadeghkhah, A., Noori, M., Abbasiyan, K., & Balaye Jame, S. Z. (2023). Budgeting in Healthcare Systems and Organizations: A Systematic Review. *Iranian Journal of Public Health*, 52(9), 1889-1901. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i9.13571>
- HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A. (2008a). *Anexo V – Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento*.

- <https://www.utap.gov.pt/Hcascais/V%20a%20VIII/18%20AnexoV,VI,VII,VIII-201250%C3%A0201348v.PDF>
- HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A.. (2008b). *Hospital de Cascais em regime de Parceria público-privada – Contrato de Gestão*. <https://www.utap.gov.pt/Contratos/saude/HCascais.pdf>
- Inspeção-Geral de Finanças (IGF). (2006). *O controlo em ambientes e dimensões da nova gestão pública*. Inspeção-Geral de Finanças. https://igf.gov.pt/inftecnica/75_anos_IGF/danielcosta/danielcosta2_tema.htm
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*. Harvard Business School Press.
- Khalifa, M., & Khalid, P. (2015). Developing Strategic Health Care Key Performance Indicators: A Case Study on a Tertiary Care Hospital. *Procedia Computer Science*, 63, 459–466. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.08.368>
- Koukou, L., Belakouiri, A., & Sahraoui, D. (2024). Management Control Supporting the Resilience of Public Hospital: A literature review. *International Journal of Professional Business Review*, 9(12), 1-18. <https://doi.org/10.26668/businessreview/2024.v9i12.5000>
- Koumparoulis, D. N. (2013). Key Performance Indicators (KPI): A Commentary. *International Journal of Management Sciences*, 1(1), 30-30. https://www.academia.edu/5080617/Key_Performance_Indicators_KPI_A_Commmentary
- Lewandowski, R. A. (2023). *Management Control in Hospitals: A Breakthrough Approach to Improving Performance and Efficiency*. NewRoutledge. <https://doi.org/10.4324/9781003366553>
- Lopes, M. (2023). *Direita insiste nas PPP na saúde; esquerda critica maus serviços aos doentes*. Público. Acedido a 29 de janeiro de 2025 em: <https://www.publico.pt/2023/04/05/politica/noticia/direita-insiste-ppp-saude-esquerda-critica-maus-servicos-doentes-2045165>
- Marini, G., Miraldo, M., Jacobs, R., & Goddard, M. (2008). Giving greater financial independence to hospitals—does it make a difference? The case of English NHS Trusts. *Health Economics*, 17(6), 751–775. <https://doi.org/10.1002/hecc.1292>
- Merchant, K. A., & Van der Stede, W. A. (2017). *Management Control Systems Performance Measurement, Evaluation and Incentives* (4th ed.). Pearson Education Limited.
- Myers, M. D. (2019). *Qualitative Research in Business & Management*. (3rd ed.). Sage Publications.

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). (2016). *The role of public-private partnerships in health systems strengthening: Workshop summary*. The National Academies Press.
- Nunes, A., & Matos, A. (2017). Análise do desempenho dos hospitais em parceria público-privada no Serviço Nacional de Saúde português. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 9(3), 304-309. <https://doi.org/10.21115/jbes.v9.n3.p304-9>
- Pantall, J. (2001). Benchmarking in healthcare. *NT Research*, 6(2), 568–580. <https://doi.org/10.1177/136140960100600203>
- Portaria n.º 172/2019. Diário da República, 1.ª série, n.º 106. Presidência e da Modernização Administrativa e Finanças. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/06/10600/0286802870.pdf>
- Ritchie, J. & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. Sage Publications.
- Rosis, S. (2023). Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: Opening the black box adapting the framework of Donabedian. *The International Journal of Health Planning and Management*, 39(4), 1172-1182. <https://doi.org/10.1002/hpm.3732>
- Santos, A. S., & Rosa, S. M. (2019). *Conheça a história das PPP na saúde: 24 anos de derrapagens, contradições, recuos e avanços*. Expresso. Acedido a 31 de julho de 2025 em: <https://expresso.pt/economia/2019-04-30-conheca-a-historia-das-ppp-na-saude-24-anos-de-derrapagens-contradicoes-recuos-e-avancos-72e7a6d3>
- Sarmiento, J. M. & Silva, D. N. (2020). A eficiência dos hospitais em regime de PPP em Portugal. *Revista de Concorrência e Regulação*, 11(42-43), 15-48. https://www.concorrencia.pt/sites/default/files/imported-magazines/Revista_CR_42-43.pdf
- Sarmiento, J. M. (2010). Do Public-Private Partnerships Create Value for Money for the Public Sector? The Portuguese Experience. *OECD Journal on Budgeting*, 10(1), 93–119. <https://doi.org/10.1787/budget-10-5km8xx3fgws5>
- Sarmiento, J. M. (2013). *Parcerias Público Privadas*. Fundação Manuel dos Santos.
- Sarmiento, J. M. (2015). Auditoria nas parcerias público-privadas: o caso do Tribunal de Contas de Portugal. *Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais*, 33(1), 20-30. <https://doi.org/10.18763/revistatcemg.2015.vol.33.n.1.p.20-30>
- Silva, J. (2016). *Parcerias público-privadas*. Almedina.

- Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/99743/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202004%20-%20vol%20tematico4a08%20-%20p79-90.pdf>
- Sutanto, S., Christy, A. Y., & Sandi, D. K. (2021). Creative University: A Definition and Activities Management Based on the Completion of Key Performance Indicator (KPI). *Journal of Technology Management & Innovation*, 16(3), 13–20.
<https://doi.org/10.4067/s0718-27242021000300013>
- Tribunal de Contas. (2013). *Encargos do Estado com PPP na Saúde - Volume I* (Relatório n.º18/2013, 2.ª secção). <https://www.tcontas.pt/pt-ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2013/rel018-2013-2s.pdf>
- Tribunal de Contas. (2021). *Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas hospitalares no SNS* (Relatório n.º5/2021 – OAC, 2.ª secção). <https://www.tcontas.pt/pt-ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2021/relatorio-oac005-2021.pdf>
- Willmington, C., Belardi, P., Murante, A. M., & Vainieri, M. (2022). The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07467-8>
- World Bank. (2017). *Public-Private Partnerships Reference Guide* (Version 3). <https://ppp.worldbank.org/sites/default/files/2024-08/PPP%20Reference%20Guide%20Version%203.pdf>
- Yin, R. (1993). *Applications of case study research*. Sage Publishing.

Anexos

Anexo A – Parâmetros de Desempenho de Resultado do Hospital de Cascais (Contrato de Gestão 2008 - 2022)

A) Parâmetros Aplicáveis Durante o Período de Transição e Após a Transferência do Estabelecimento para o Novo Edifício Hospitalar

1. Número de Episódios de Internamento da Produção Efetiva por Grande Categoria de Diagnóstico (GCD);
2. Episódios de Internamento da Produção Efetiva relativos a atividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde;
3. Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efetiva relativas a atividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde;
4. Consultas Externas da Produção Efetiva relativas a atividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde;
5. Sessões de Hospital de Dia Médico da Produção Efetiva relativa a atividade fora do âmbito do Serviço Público de Saúde;
6. Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efetiva;
7. Taxa de Cancelamento de Consultas Externas;
8. Taxa de Cancelamento de Intervenções Cirúrgicas;
9. Taxa de Mortalidade Neonatal;
10. Taxa de Mortalidade Pós-Operatória Ajustada;
11. Taxa de Mortalidade Durante o Ato Operatório Ajustada;
12. Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada;
13. Mortalidade Materna;
14. Mortalidade Perinatal;
15. Tempo médio de estadias pré-cirúrgicas;
16. Taxa de Realização de Cesarianas;
17. Taxa de Internamentos Urgentes da mesma CGD;
18. Taxa de Reinternamento;
19. Taxa de Altas Voluntárias de Internamento.

B) Parâmetros Aplicáveis Apenas Após a Transferência do Estabelecimento para o Novo Edifício Hospitalar

1. Taxa de Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em Utentes submetidos a Cateter Venoso Central (CVC);
2. Taxa de Infecção Urinária em Doentes Internados Algaliados;
- 3a. Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 0;
- 3b. Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 1;
- 3c. Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 2;
- 3d. Taxa de Infecção de Ferida Cirúrgica em Procedimentos Cirúrgicos Programados em Utentes de Risco 3;
4. Taxa de Infecção Respiratória Associada a Ventilação Mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI);
5. Tempo médio de espera para a realização de Primeiras Consultas;
6. Tempo Médio de Espera no dia da Consulta Externa;
7. Tempo Médio de Espera no dia da Sessão de Hospital de Dia Médico;
8. Taxa de Cancelamento de Sessões de Hospital de Dia;
9. Tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado;
10. Tempo médio de espera para a Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada;
11. Taxa de admissões não programadas posteriores a procedimentos ambulatoriais;
12. Taxa de execução de relatórios operatórios sobre o total de Intervenções Cirúrgicas;
13. Taxa de Partos com Anestesia Epidural;
14. Taxa de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados;
15. Taxa de Regressos a Unidade de Cuidados Intensivos;
16. Taxa de Regressos não Programados ao Bloco Operatório;
17. Taxa de Ocorrência de Complicações Anestésicas;
18. Taxa de Ocorrência de Apendicectomias com Diagnóstico Anatomopatológico Compatível com a Normalidade,
19. Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão;
20. Taxa de ocorrência de reações imediatas a transfusões;
21. Taxa de Notificações de Reações Adversas à Medicação;
22. Taxa de erros na administração de derivados de sangue, por segmento;
23. Taxa de altas com nota de alta hospitalar;

24. Taxa de execução de técnicas com Consentimento Informado;
25. Taxa de Doentes Ventilados na UCI Submetidos a Sedação e Analgesia;
26. Taxa de Doentes Submetidos a Sedação e Analgesia em procedimentos de Endoscopia e de Imagiologia;
27. Taxa de Doentes Submetidos a Sedação e Analgesia na Urgência;
28. Tempo Médio de Espera para triagem no Serviço de Urgência;
29. Tempo Médio de Espera Ajustado para Atendimento Após Triagem na Urgência;
30. Taxa de Doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 3 horas;
31. Taxa de Doentes que permanecem na Urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 6 horas;
32. Taxa de Readmissão na Urgência no Período até 24 horas;
33. Taxa de Readmissão na Urgência no Período até 72 horas com Internamento;
34. Taxa de Utentes que abandonam o Serviço de Urgência após a Triagem sem serem atendidos;
35. Taxa de Ocorrência de Quedas de Utentes Após Triagem na Urgência;
36. Número de Episódios de Internamento da Produção Efetiva por GCD;
37. Número de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efetiva por GCD;
38. Taxa de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório da Produção Efetiva.

Fonte: HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., (2008a)

Anexo B – Parâmetros de Desempenho de Resultado do Hospital de Cascais (Contrato de Gestão 2023 - 2030)

1. Número de Episódios de Internamento Cirúrgico da Produção Efetiva por GCD;
2. Número de Episódios de Internamento Médico da Produção Efetiva por GCD;
3. Número de Episódios de Cirurgia de Ambulatório da Produção Efetiva por GCD;
4. Número de Episódios de Ambulatório Médico da Produção Efetiva por GCD;
5. Número de Consultas Externas da Produção Efetiva por Especialidade;
6. Taxa de Primeiras Consultas da Produção Efetiva;
7. Percentagem de cirurgias de ambulatório para procedimentos ambulatorizáveis;
8. Taxa de Cancelamento de Consultas Externas;
9. Taxa de Cancelamento de Sessões de Hospital de Dia;
10. Taxa de Cancelamento de Intervenções Cirúrgicas;
11. Índice de Mortalidade Ajustada no Internamento;
12. Mortalidade Materna;
13. Taxa de Mortalidade Perinatal;
14. Percentagem de Partos por Cesariana;
15. Percentagem de Partos Vaginais Instrumentados com Laceração de 3º e 4º Grau por cada 100 Partos Vaginais;
16. Percentagem de Partos Vaginais não Instrumentados com Laceração de 3º e 4º Grau por cada 100 Partos Vaginais;
17. Percentagem de Partos Vaginais realizados com Analgesia Epidural;
18. Taxa de reinternamentos na mesma GCD em 30 dias;
19. Taxa de reinternamentos em 30 dias (anos civis diferentes);
20. Taxa de Altas Voluntárias de Internamento;
21. Índice de Demora Média Ajustada;
22. Taxa de infeções da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central (adultos e neonatal);
23. Percentagem de Primeiras Consultas realizadas em tempo adequado;
24. Percentagem de Primeiras Consultas realizadas referenciadas pelos cuidados de saúde primários;
25. Tempo Médio de Espera no dia da Consulta Externa;

26. Percentagem de inscritos em Lista de Inscritos para Cirurgia dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos;
27. Percentagem de Utentes prioritários ou de nível de criticidade superior cujos procedimentos cirúrgicos foram realizados dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos;
28. Taxa de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados;
29. Taxa de Regressos à Unidade de Cuidados Intensivos;
30. Embolia Pulmonar ou Trombose das Veias Profundas Pós-Operatória por cada 100 000 Episódios;
31. Sépsis Pós-Operatória por cada 100 000 Episódios;
32. Percentagem de fraturas da anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48 horas;
33. Taxa de úlceras de pressão;
34. Tempo Médio de Espera para triagem no Serviço de Urgência;
35. Taxa de Readmissão no Serviço de Urgência no Período até 24 horas;
36. Taxa de Readmissão no Serviço de Urgência no Período até 72 horas com Internamento;
37. Taxa de Utentes que abandonam o Serviço de Urgência após a Triagem;

Fonte: Reproduzido com permissão do Hospital de Cascais (comunicação pessoal, 26 de maio de 2025).

Anexo C – Grupos do *Benchmarking* (ACSS) a partir de 2024

Grupo B ULS Baixo Mondego ULS Barcelos/Esposende ULS Castelo Branco ULS Guarda ULS Litoral Alentejano ULS Médio Ave ULS Nordeste ULS Oeste ULS Póvoa Varzim/Vila Conde	Grupo C ULS Alto Alentejo ULS Alto Ave ULS Alto Minho ULS Arco Ribeirinho ULS Arrábida ULS Aveiro ULS Baixo Alentejo ULS Cova Beira ULS Entre Douro e Vouga ULS Estuário Tejo ULS Leiria ULS Lezíria ULS Loures-Odivelas ULS Matosinhos ULS Médio Tejo ULS Tâmega e Sousa Hospital de Cascais, PPP	Grupo D ULS Alentejo Central ULS Algarve ULS Almada-Seixal ULS Amadora/Sintra ULS Braga ULS Dão-Lafões ULS Trás-os-Montes Alto Douro ULS Vila Nova Gaia/Espinho
Grupo E ULS Coimbra ULS Lisboa Ocidental ULS Santa Maria (Lisboa Norte) ULS Santo António ULS São João ULS São José		Grupo F IPO Coimbra IPO Lisboa IPO Porto

Fonte: ACSS, (n.d.-d).

Anexo D – Dimensões de *Benchmarking* e Indicadores (ACSS)

Dimensão Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado % de Inscritos em LIC dentro do TMRG
Dimensão Desempenho Assistencial	% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis % Reinternamentos em 30 Dias (Anos Cíveis Diferentes) % de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias % de Partos por Cesariana % de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas % de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo % de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo % de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo
Dimensão Segurança	Taxa de Úlceras de Pressão Taxa de Infecções da Corrente Sanguínea Relacionada com Cateter Venoso Central Embolia Pulmonar ou Trombose das Veias Profundas Pós-Operatória p/100.000 Sépsis Pós-Operatória p/100.000 % de Partos Vaginais Instrumentados com Lacerações de 3º e 4º Grau % de Partos Vaginais Não Instrumentados com Lacerações de 3º e 4º Grau
Dimensão Volume e Utilização	Volume de Reparações de Aneurismas da Aorta Abdominal Volume de Recessões do Esófago Volume de Recessões do Pâncreas Volume de Endartrectomias da Carótida Volume de Cirurgia de By – Pass de Artérias Coronárias (CABG) Volume de Angioplastia Percutânea Transluminal de Artérias Coronárias (PTCA)
Dimensão Produtividade	Doente Padrão por Médico ETC Doente Padrão por Enfermeiro ETC Taxa Anual de Ocupação em Internamento Demora Média Antes da Cirurgia
Dimensão Económico - Financeira	Gastos Operacionais por Doente Padrão Gastos com Pessoal Ajustado por Doente Padrão Gastos com Pessoal por Doente Padrão Gastos com Produtos Farmacêuticos por Doente Padrão Gastos com Medicamentos por Doente Padrão Gastos com Material Consumo Clínico por Doente Padrão Gastos com Fornecimentos de Serviços Externos por Doente Padrão % de Gastos com TE e Suplementos no Total de Gastos com Pessoal % de Gastos com Prestações de Serviços no Total de Gastos com Pessoal

Fonte: ACSS, (n.d.-c).

Anexo E – Guião das Entrevistas

CSC1 e CSC2 – Direção de Gestão de Contrato, Planeamento e Controlo e Projetos e Direção de Planeamento e Controlo

- Q1: Como é realizado o controlo de gestão no hospital? Existem processos ou ferramentas específicas que diferenciam a gestão PPP da gestão pública?
- Q2: Quais são os principais indicadores de desempenho utilizados para monitorizar o hospital?
- Q3: Considera que os hospitais geridos em PPP possuem padrões de qualidade diferentes do que os aplicados nos hospitais de gestão pública do SNS? Se sim, de que forma?
- Q4: De que forma o modelo PPP afeta a alocação de recursos e a tomada de decisão, em comparação com os hospitais públicos? Pode dar exemplos concretos?
- Q5: Existem restrições contratuais que limitam essa flexibilidade? Como são geridas?
- Q6: De que forma o modelo de gestão PPP influencia a eficiência operacional do hospital?
- Q7: Considera que o modelo PPP influencia o cumprimento de metas e objetivos estratégicos, refletindo-se, por sua vez, na gestão financeira e na otimização de custos hospital?
- Q8: Quais os principais desafios na implementação e monitorização de um sistema de controlo de gestão sob um modelo PPP?
- Q9: Considera que boas práticas da gestão PPP poderiam ser aplicadas nos hospitais de gestão pública? Quais seriam as maiores dificuldades para essa implementação?
- Q10: Com base na sua experiência, quais são os principais pontos positivos e negativos da gestão hospitalar sob o modelo PPP?

CSC3 – Direção Clínica

- Q1: Como é que a direção clínica se articula com os processos de controlo de gestão no hospital? Há reuniões regulares ou mecanismos formais de partilha de informação?
- Q2: Em que medida os indicadores de desempenho influenciam a prática clínica e a tomada de decisões?
- Q3: O modelo PPP traz alguma mudança na forma como são definidos objetivos clínicos e como é feita a monitorização do desempenho das equipas clínicas?
- Q4: Existe uma maior ou menor pressão (interna ou externa) para cumprir metas e objetivos?

Q5: Como é feita a comunicação entre a direção clínica e a administração em situações de necessidade de recursos (humanos, materiais, equipamentos)? Nota alguma diferença em relação à gestão pública?

Q6: Considera que o modelo PPP tem impacto na qualidade dos cuidados prestados? Há evidência concreta (clínica ou percebida) de melhorias ou constrangimentos?

CSC4 – Direção de Produção

Q1: Qual é o seu papel na articulação entre os serviços clínicos e o controle de gestão? Como é feita essa mediação?

Q2: Existem ferramentas específicas (*dashboards*, relatórios, reuniões de produtividade) que facilitam essa articulação? Pode dar exemplos?

Q3: Na sua experiência, o modelo PPP permitiu mudanças concretas na forma como se organiza e planeia a atividade assistencial – como cirurgias, consultas ou gestão de listas de espera?

Q4: Como é feita a adaptação de recursos ou processos operacionais quando se identificam desvios nos indicadores? Pode dar exemplos concretos?

Q5: Qual é o grau de envolvimento da direção clínica e dos diretores de serviço na definição de objetivos de produção? Existe responsabilização?

Q6: Que exigências específicas coloca o modelo PPP à gestão da produção hospitalar? Existem mecanismos contratuais que condicionam ou moldam a forma como é organizada a produção clínica?

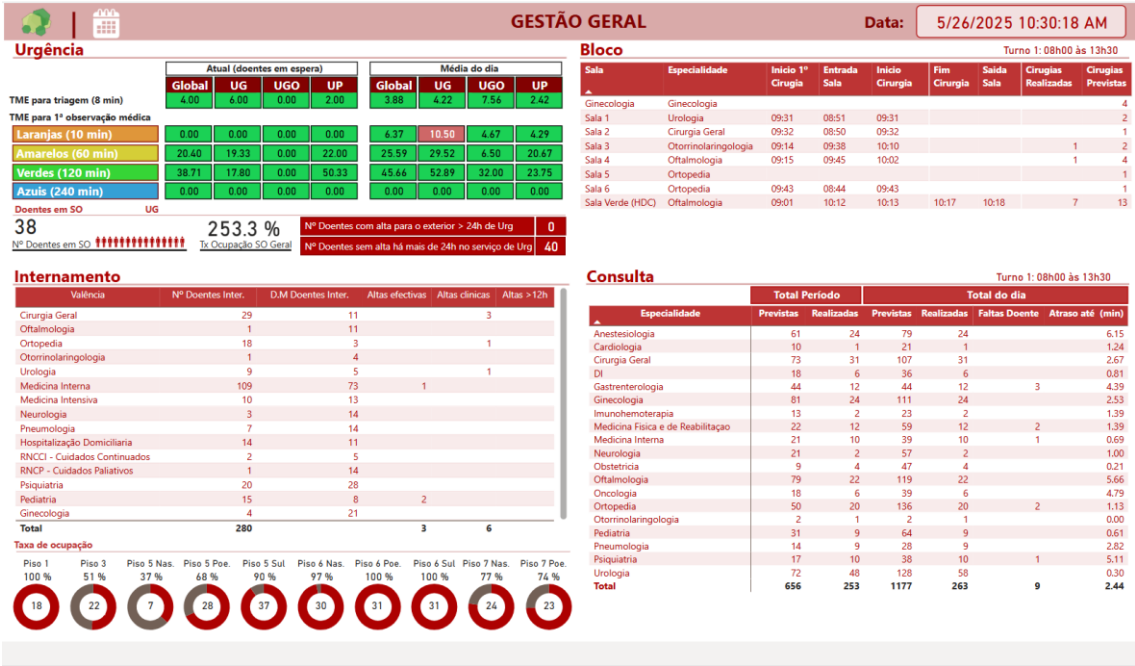
Fonte: Elaboração própria.

Anexo F – Grupos do *Benchmarking* (ACSS) até ao final de 2023

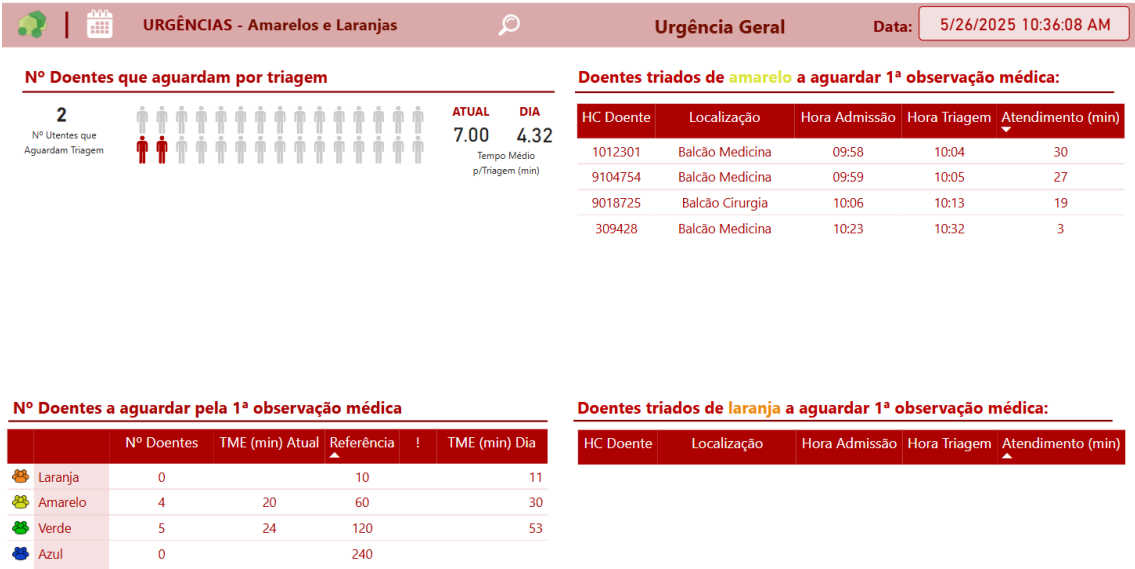
Grupo B CH Médio Ave CH Póvoa do Varzim/V.C. HD Figueira da Foz H Santa Maria Maior H Vila Franca de Xira PPP ULS Nordeste ULS Castelo Branco ULS Guarda ULS Litoral Alentejano	Grupo C CH Barreiro/Montijo CH Cova da Beira CH Leiria CH Setúbal H S. Oliveira, Guimarães CH Baixo Vouga CH Entre Douro e Vouga CH Médio Tejo HD Santarém CH Tâmega e Sousa CH de Cascais PPP H de Loures PPP ULS Alto Minho ULS Matosinhos ULS Baixo Alentejo ULS Norte Alentejo	Grupo D CH VN Gaia / Espinho CH TM Alto Douro CH Tondela – Viseu CH Algarve H Garcia da Orta H Fernando da Fonseca H Espírito Santo Évora Hospital de Braga, PPP
Grupo E CH do Porto CH de São João CHU de Coimbra CH Lisboa Central CH Lisboa Ocidental CH Lisboa Norte		Grupo F IPO Porto IPO Lisboa IPO Coimbra

Fonte: ACSS, (n.d.-d).

Anexo G – Dashboards do Serviço de Urgência do Hospital de Cascais



Fonte: Reproduzido com permissão do Hospital de Cascais (comunicação pessoal, 26 de maio de 2025).



Fonte: Reproduzido com permissão do Hospital de Cascais (comunicação pessoal, 26 de maio de 2025).

FACULDADE DE ECONOMIA

