INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Beja

Curso de Mestrado em Contabilidade e Finanças

A manipulação dos resultados contabilísticos
Estudo de caso nas unidades hospitalares do SNS

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Contabilidade e Finanças

Orientando: Paulo Jorge de Araújo Pinto Marques

Orientador: Prof. Doutor José Filipe Pires dos Reis

Orientador: Prof. Mestre Luís Filipe Barbosa Proença Alves Domingues

Beja, junho 2018

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Beja

Curso de Mestrado em Contabilidade e Finanças

A manipulação de resultados contabilísticos
Estudo de caso nas unidades hospitalares do SNS

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Contabilidade e Finanças

Dissertação de mestrado apresentado na Escola Superior de Tecnologia do Instituto Politécnico de Beja

Orientando: Paulo Jorge de Araújo Pinto Marques

Orientador: Prof. Doutor José Filipe Pires dos Reis

Orientador: Prof. Mestre Luís Filipe Barbosa Proença Alves Domingues

Beja, junho 2018

Nota bibliográfica

Paulo Jorge de Araújo Pinto Marques nasceu no distrito de Viseu, em 1970.

Licenciou-se em Gestão e Desenvolvimento Social pela Universidade Católica, no ano de 1998. Frequentou a licenciatura de Gestão de Empresas na Escola Superior de Tecnologia, Instituto Politécnico de Viseu, faltando terminar algumas cadeiras para concluir o curso, por questões profissionais. Terminou o Bacharelato da Licenciatura Bietápica em Contabilidade e Administração no Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa (ISCAL). Licenciou-se em Direito pela Universidade Moderna. Terminou a Pós-Graduação em Contabilidade e Finanças no Instituto Politécnico de Beja.

Desenvolveu a atividade profissional, iniciando estágio profissional na empresa Vulcano Termo Domésticos Lda., em Cacia, Chefe de Contabilidade na empresa Manpower Portuguesa SA, tendo ainda exercido em outras empresas a função de Controller de Gestão e a Direção Financeira.

Exerceu ainda consultoria contabilística e fiscal em diversas empresas, em regime de atividade independente.

Exerce funções de Contabilista Certificado (Técnico Oficial de Contas) na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo EPE há 15 anos.

Agradecimentos

"Se o dinheiro for a sua esperança de independência, você jamais a terá. A única segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência" (Henry Ford)

"O mais competente não discute, domina a sua ciência e cala-se" (Voltaire)

"O conhecimento nos faz responsáveis" (Che Guevara)

"Yes, we can" (Barack Obama)

A dissertação de mestrado é o almejar de novas experiências, a descoberta de novas Índias. Um passo pequeno, mas enorme nos objetivos pessoais e na responsabilidade de aquisição de novos conhecimentos.

Primeiramente, queria agradecer ao meu orientador Professor Doutor José Filipe Pires dos Reis, pela partilha de conhecimentos, experiência e competência que transmitiu, fundamentais para a conclusão deste trabalho. Depois, pela persistência, no aperfeiçoamento do mesmo, pela enorme disponibilidade e prontidão na ajuda momentânea. Só foi possível concluir o presente trabalho graças à sua dedicação.

Também, um agradecimento especial ao orientador Mestre Luís Filipe Barbosa Proença Alves Domingues, pela ajuda específica e técnica em determinadas áreas do trabalho, e também de forma geral em todo o trabalho, sempre de enorme altruísmo e prontidão, em especial na área técnica de estatística, demonstrando enorme domínio das matérias.

O meu muito obrigado!

Resumo

A presente base de investigação teve como objetivo principal efetuar uma análise aos hospitais do sistema nacional de saúde (SNS) no que respeita à utilização de discricionariedade, ao nível do registo de perdas por imparidades em dívidas de clientes e utentes, no período 2009 a 2014. Pretendeu-se, assim, investigar o registo excessivo de imparidades de dívidas de clientes e utentes ou a sua não utilização, para manipular resultados contabilísticos, utilizando o modelo proposto sobre *accruals,* de Jones (1991).

O sector da saúde engloba uma diversidade de unidades hospitalares, com estruturas complexas e divergentes, onde existem Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde. Após a evolução histórica, constata-se que ao longo do tempo, houve alterações substanciais ao nível da gestão, desde um modelo específico do tipo público administrativo, para um modelo empresarial, de domínio público, mas gestão empresarial. Atualmente, quase todos os hospitais do sector empresarial do Estado passaram a empresas públicas reclassificadas.

Comparando a parte discricionária observada no registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes com a prevista pelo "*volume de negócios"* e pelo "*total de dívidas de clientes e utentes"*, utilizando um modelo de regressão linear múltipla (Neto, 2015) verificámos existirem indícios de manipulação prévia de resultados pelo não registo de imparidades ou registo em excesso.

Além disto, também concluímos:

O modelo por nós utilizado foi explicado em 25% pelas variáveis "*volume de negócios*" e "*total de dívidas de clientes e utentes*", havendo uma correlação estatística entre as mesmas e a variável dependente "*imparidades de dívidas de clientes e utentes* estimadas"; o modelo aplicado por Neto (2015) a um conjunto de empresas do setor da construção civil também se revelou válido para o estudo das unidades hospitalares do sistema nacional de saúde, no período de 2009 a 2014;

De acordo com as conclusões evidenciadas torna-se importante afirmar poderem existir indícios de manipulação de resultados contabilísticos no setor da saúde pelo registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes, no período analisado.

Abstract

The main goal of this research base is to analyze the hospitals of the national health system regarding the use of discretion at the level of impairment losses on clients and user's debts in the period 2009 a 2014. It is intended to investigate the excessive registration of impairment debts of clients and users or their non-use, to manipulate accounting results, using Jones `s accruals model (1991).

The health sector encompasses a diversity of hospitals units, with complex and divergent structures, where Hospitals, Hospitals Centers and Local Health Units exist. After the historical evolution, it has been verified that along the time, there have been substantial changes in the management level from a specific model of the public administrative type, to a business model, in the public domain, but in business management. Currently, almost all hospitals in the state`s business sector have gone to reclassified public enterprises.

Comparing the discretionary part observed in the register of clients and user's debts impairment with that forecast by "turnover" and "total clients and user's debts" using a multiple linear regression model (Neto, 2015), we verified there are indications of previous manipulation of results by not recording impairment or excessive registration.

In addition to this conclusion, the conclusions were also evident:

The model used by us was explained in 25% by the variables "turnover" and "total clients and user's debts", there being a strong statistical correlation between them and the dependent variable "impairments of clients and estimated user's debts"; the model applied by Neto (2015) to a group of companies in the construction industry was also valid for the study of the hospital units of the national health system, from 2009 to 2014;

According to evidenced conclusions, it is important to affirm that there may be evidence of manipulation of accounting results in the health sector by recording impairment of clients and user debts in the analyzed period.

Índice

Nota bibliográfica ii
Agradecimentos iii
Resumo iv
Abstract v
Índice vi
Índice de Tabelas viii
Índice de gráficos ix
Índice de quadros x
Índice de Figuras xi
Abreviaturas xii
Introdução 1
1.1. Enquadramento do tema 1
1.2. Objetivos e contributos do estudo 2
1.3. Metodologias adotadas 2
1.4. Estrutura do presente trabalho 3
2. Breve caracterização dos hospitais empresa 4
2.1. A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo 4
2.1.1. Caracterização da entidade ULSBA EPE 4
2.1.2. Área de influência da ULSBA EPE 5
2.1.3. Dados demográficos na área de influência da ULSBA EPE 6
2.2. A Unidade Local de Saúde do Alto Minho 8
2.2.1. Caracterização da Unidade Local de Saúde do Alto Minho 8
2.2.2. Área de influência da Unidade Local de Saúde do Alto Minho 9
2.2.3. Dados demográficos na área de influência da ULSAM EPE 10
2.3. O Centro Hospitalar Tondela Viseu 11
2.3.1. Caracterização do Centro Hospitalar Tondela Viseu 12
2.3.2. A área de influência do Centro Hospitalar Tondela Viseu 13
2.3.3. Dados demográficos da área de influência do CHTV EPE 14
3. Revisão da literatura 16
3.1. O conceito de accruals e de manipulação de resultados 16
3.2. O conceito de manipulação de resultados 18
3.3. Metodologias de análise de manipulação de resultados 20
3.3.1. Método dos rácios e tendências 22
3.3.2. Manipulação de resultados pelo registo de imparidades 23

3.3.3. Os incentivos de mercado na manipulação de resultados....23
3.3.4. Manipulação de resultados pela alteração de princípios contabilísticos 24
3.3.5. Manipulação de resultados pela análise dos resultados líquidos....24
3.3.6. Manipulação de resultados baseada em accruals 25
3.4. Evolução das metodologias de análise baseadas em accruals....26
3.4.1. O modelo de Healy....26
3.4.2. O modelo de Ângelo....28
3.4.3. O modelo de Jones....29
3.4.4. O modelo de Jones, proposto por Dechow....30
3.5. Equivalência dos conceitos de "provisão" e de "imparidade" em dívidas a receber 32
3.5.1. O conceito de "cobrança duvidosa" no POCMS....33
3.6. Conceito de Perdas por Imparidade em dívidas de clientes - SNC 37
3.7. Correspondência entre Provisões e Perdas por Imparidade em dívidas a receber....39
4. Análise de evidências de manipulação de resultados....41
4.1. Pertinência e relevância do estudo....41
4.2 Objetivos do estudo e questões de investigação....42
4.3. Metodologias adotadas no presente estudo 43
4.4. População em estudo....45
4.5. Análise e discussão dos resultados 47
4.5.1. O limite teórico estatístico....47
4.5.2. A identificação do modelo 48
4.5.3. Análise e discussão dos resultados 50
Conclusões 57
Referências Bibliográficas 59

Índice de Tabelas

Tabela 1:População em estudo 46

Tabela 2:Unidades hospitalares com *accruals* superiores a 10.000.000 € 51

Tabela 3:Análise de clusteres 53

Tabela 4:Valor divergente médio do *accrual* discricionário por unidade hospitalar 55

Índice de gráficos

Gráfico 1:Distribuição etária na área de influência da ULSBA 7

Gráfico 2:Distribuição etária na área de influência da ULSAM 11

Gráfico 3: Distribuição etária na área de influência do CHTV 14

Gráfico 4:Correlação linear de Pearson entre variáveis 48

Gráfico 5:Correlação linear de Pearson entre variáveis 49

Gráfico 6:Correlação linear de Pearson entre variáveis 49

Gráfico 7:Variação de todos os accruals discricionários.....51

Índice de quadros

Quadro 1:Equivalência do conceito de provisão de CD e imparidades em dívidas de clientes...40

Quadro 2:Número de registo estatístico 47

Quadro 3:Estatística das unidades hospitalares com accruals superiores a a discricionários 52

Índice de Figuras

Figura 1:Mapa de Portugal 6

Figura 2:Área de influência do Baixo Alentejo…….....6

Figura 3:Área de influência da Unidade Local Saúde Alto Minho.....10

Figura 4:Área de influência do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.....13

Abreviaturas

ACES – Agrupamentos Complementares de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central de Serviços de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

CAD - Centro Aconselhamento e Deteção

CD – Cobrança duvidosa

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIRC – Código Imposto sobre Rendimento de Pessoas Coletivas

CHBA – Centro Hospitalar Barlavento Algarvio

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

CHDV – Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CHLP – Centro Hospitalar Leiria Pombal

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

CHPVVC – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde

CHTMAD – Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro

CHSJ – Centro Hospitalar São João

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

CHUC – Centro Hospitalar Universidade de Coimbra

CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

CUF – Companhia União Fabril

DACESBA – Departamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo

EPE – Empresa Pública Empresarial

HDFF – Hospital Distrital da Figueira da Foz

HESE – Hospital Espirito Santo Évora

HGO – Hospital Garcia Orta

HJJF – Hospital José Joaquim Fernandes

HML – Hospital Magalhães Lemos

HSO – Hospital Senhora da Oliveira

IDC – Imparidade de Dívidas de Clientes

IFRS . Internacional Financial Reporting Standards

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPOC – Instituto Português Oncologia de Coimbra

IPOL – Instituto Português Oncologia de Lisboa

IRC – Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Colectivas

NCRF – Norma Contabilística de Relato Financeiro

NIC – Norma Internacional de Contabilidade

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

POC – Plano Oficial de Contabilidade

POCMS – Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde

POCP – Plano Oficial de Contabilidade Pública

R&C – Relatório e Contas

ROC – Revisor Oficial de Contas

SIREVE – Sistema de Recursos de Empresas por Via Extrajudicial

SNC – Sistema Normalização Contabilística

SNC-AP – Sistema de Normalização Contabilística da Administração Pública

SNS – Sistema Nacional de Saúde

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

ULSCB – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda

ULSLA – Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste Alentejano

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública UTE – Unidade de Tesouraria do Estado

UTE – Unidade Tesouraria do Estado

Introdução

A possibilidade de existir manipulação de resultados contabilísticos através do registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes na área da saúde nunca foi estudada. O presente estudo engloba a população total, com algumas exceções, dos hospitais com sistema empresarial ao longo de seis anos e tem como objetivo analisar a existência de *accruals* discricionários no registo em imparidades de dívidas de clientes e utentes.

1.1. Enquadramento do tema

O sistema nacional de saúde (SNS) tem sido alvo de enormes alterações no nosso país e um sistema de saúde eficiente é muito importante para uma população que almeja por longevidades elevadas, bem como qualidade de vida. Nesta perspetiva, Portugal tem cumprido com a sua população através de uma excelente rede de cuidados de saúde. Este estudo por nós realizado direcionado para o estudo da manipulação de resultados na área da saúde pelo registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes, pretende verificar se existiu discricionariedade introduzida pelos gestores nos resultados líquidos, através da manipulação dessas mesmas imparidades. Trata-se de um tema ainda não abordado nesta área e sendo o orçamento do Ministério da Saúde um dos que consome mais recursos financeiros ao Estado Português, o estudo sobre a temática proposta é importante por introduzir rigor no registo contabilístico.

Realce-se, a respeito, que após a empresarialização do setor da saúde os Revisores Oficiais de Contas passaram a fiscalizar as contas do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Contudo, ainda há muito a fazer, nomeadamente o uso de técnicas estatísticas, e outras, como as aqui abordadas, para que as demonstrações financeiras das unidades hospitalares apresentem mais consistência. Assim, o estudo deste tema pode contribuir para maior rigor no registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes. Através do presente estudo pretendemos analisar se os resultados contabilísticos estão influenciados pela existência de *accruals* no registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes. Para tal, foi utilizado o modelo de Jones (1991) que nos permitiu verificar se os resultados podem estar manipulados. Após a utilização de técnicas estatísticas, concluímos sobre a existência de indícios de manipulação de resultados contabilísticos.

1.2. Objetivos e contributos do estudo

No trabalho aqui desenvolvido definimos alguns objetivos de estudo sobre a temática da existência, ou não de *accruals* discricionários no registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes, que podem indiciar a existência de manipulação de resultados na área da saúde. Assim, definimos como principal objetivo, verificar se existiram, ou não, evidências da manipulação dos resultados nas entidades em estudo, através do registo de imparidades em dívidas em clientes e utentes, durante o período 2009-2014. Neste contexto analisamos todas as unidades hospitalares do sistema empresarial do Estado, obtendo dados para análise nas demonstrações financeiras publicadas na *internet* e para concluirmos se existiram indícios de manipulação de resultados através do registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes, utilizámos o modelo definido por Jones (1991), e as variáveis e o modelo de regressão linear utilizado por Neto (2015).

Assim, após a realização do presente estudo foi constatado que no setor da saúde e no período de 2009 a 2014, existiram evidências de manipulação de resultados líquidos, pelo registo indevido de imparidade em dívidas de clientes e utentes. Tal pressupõe existirem *accruals* discricionários que influenciaram os resultados das unidades hospitalares analisadas. Concluímos ainda que o modelo por nós utilizado foi explicado em 25% pelas variáveis "*volume de negócios*" e "*total de dívidas de clientes e utentes*", havendo uma correlação estatística entre as mesmas e a variável dependente "*imparidades de dívidas de clientes e utentes* estimadas; o modelo aplicado por Neto (2015) a um conjunto de empresas do setor da construção civil também se revelou válido para o estudo das unidades hospitalares do sistema nacional de saúde, no período de 2009 a 2014 e, que a análise *cluster* permitiu indicar quais as unidades hospitalares que poderão apresentar indícios de manipulação de resultados contabilísticos pelo registo indevido de imparidades em dívidas de clientes e utentes.

1.3. Metodologias adotadas

Em função dos objetivos definidos para o presente trabalho foram adotadas metodologias que, de forma sucinta, se indicam e caraterizam seguidamente. Assim, definimos os objetivos e hipótese do nosso estudo, os modelos e variáveis que nos permitem testar a hipótese e por fim é apresentada a discussão dos resultados. Pretendemos, assim, testar a existência de *accruals* discricionários resultantes da diferença entre o total de imparidades observadas e as imparidades estimadas através do modelo de *accruals* definido por Jones (1991) e usado por Neto (2015).

Desta forma, descrevemos as metodologias usadas por nós, tendo em conta o tema proposto, nomeadamente, as técnicas estatísticas descritas de seguida:

- O modelo de Jones (1991) que permitiu verificar quais os *accruals* discricionários que resultam da diferença entre os *accruals* observados (no nosso caso imparidades de dívidas de clientes e utentes registadas na contabilidade) e os *accruals* estimados por um modelo estatístico de regressão linear múltipla (no nosso caso usámos o mesmo modelo de Neto (2015));
- O modelo estatístico de regressão linear múltipla usado por Neto (2015) para verificação das imparidades estimadas e tendo por base as mesmas, a existência de *accruals* discricionários nas demonstrações financeiras das unidades hospitalares; e,
- Através de uma análise de clusters, verificaram-se quais as unidades hospitalares que possuíam maior índice de *accruals* discricionários no registo das imparidades em dívidas de clientes e utentes.

As aplicações das metodologias acima indicadas foram consideradas como as mais adequadas para o desenvolvimento do presente estudo, por nos permitirem concluir sobre a existência, ou não, de evidências de resultados manipulados na área da saúde, no período 2009 a 2014.

1.4. Estrutura do presente trabalho

No presente trabalho foi definida uma estrutura que envolveu cinco partes. Assim, a presente parte introdutória enquadra o tema proposto e faz uma referência ao objetivo do mesmo, abordando ainda as metodologias descritas. Na segunda parte selecionamos três unidades hospitalares e caracterizamos as mesmas, a sua área geográfica e demografia da área circundante, para verificar o seu impacto no estudo. Na terceira parte efetuamos a revisão da literatura, abordando vários autores que escreveram sobre a temática proposta, enquadrando a mesma nas metodologias adotadas. Neste ponto, descrevemos a evolução de alguns modelos de *accruals* entre os quais o de Jones (1991). Além de Jones (1991) abordamos outros autores, nomeadamente, Dechow et al. (1995), *Kasznik* (1999), *Bartov* (2000), *Peasnell* (2000), *Dechow et al.* (2003) entre outros, que abordaram a temática dos *accruals*. Na quarta parte analisámos e discutimos os resultados, tendo por base os modelos usados. Por fim, são apresentadas as conclusões sobre o estudo realizado, em especial as relativas aos resultados do uso dos dados mencionados no presente trabalho.

2. Breve caracterização dos hospitais empresa

Os hospitais empresa tiveram origem na reforma da área da saúde conforme orientações da união europeia, através da empresarialização dos hospitais para uma melhor eficiência na gestão dos recursos. Pretendemos descrever no presente trabalho, a organização de alguns hospitais pertencentes à população do estudo e também a análise demográfica, económica e social da população envolvente à área circundante dos mesmos.

2.1. A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Incluímos a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, no presente estudo, por ser a unidade hospitalar que presta serviços de saúde na área circundante ao local onde o estudo foi realizado. Depois, por ser uma estrutura complexa ao nível da área da saúde, englobando centros de saúde e hospitais. Além disso, o Alentejo interior tem características únicas ao nível demográfico e socioeconómico.

2.1.1. Caracterização da entidade ULSBA EPE

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (doravante designada ULSBA), é uma entidade pública empresarial, pertencente ao sistema nacional de saúde (SNS), criada pelo Decreto-Lei nº 183/2008, de 4 de setembro, resultante da união dos cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde hospitalares, para a região do Baixo Alentejo. Conforme decreto-lei referenciado, foi constituída inicialmente, pelo Hospital Distrital de Beja – Hospital José Joaquim Fernandes (HJJF) – o Hospital de São Paulo, em Serpa, e todos os Centros de Saúde do distrito de Beja, com exceção do Centro de Saúde de Odemira. Fazem parte da ULSBA, EPE os centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira. Atualmente, o Hospital de São Paulo, em Serpa, já não faz parte da ULSBA EPE, já que, este passou a integrar a rede dos hospitais pertencentes à Santa Casa da Misericórdia.

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, desenvolve a sua atividade em dois níveis de cuidados de saúde:

- Cuidados de Saúde Primários: Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Alentejo (DACESBA), que integra as Unidades Funcionais dos Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, bem como as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Unidade de Saúde Pública (USP), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), e o Centro de Aconselhamento e Deteção (CAD);
- Cuidados de Saúde Hospitalares: Hospital José Joaquim Fernandes (Beja).

Esta unidade hospitalar presta serviços de saúde a toda a região, do Baixo Alentejo, inserindo-se na ARS do Alentejo (ARSA) e obedecendo às diretrizes do Ministério da Saúde, através da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS). Conforme estatuído, é constituída por um Conselho de Administração, formado por um Presidente, cinco vogais executivos, sendo um Diretor Clínico e outro Enfermeiro Diretor.

Fazem parte dos Órgãos Sociais, o Conselho de Administração, um Conselho Consultivo, um Conselho Fiscal e também um Fiscal Único. Além dos Órgãos sociais, também possui um Auditor Interno.

2.1.2. Área de influência da ULSBA EPE

A ULSBA EPE circunscreve-se a todo o Baixo Alentejo numa das áreas mais extensas do país, o que acarreta custos acrescidos em relação a outras unidades hospitalares mais concentradas. Podemos afirmar que a área é delimitada pelo distrito de Évora a norte, do lado nascente pela fronteira de Espanha, no lado poente pela costa marítima e a sul pelo distrito de Faro, numa área que abrange 8.542,7 Km, ou seja, cerca de 9,3 % do território nacional (Vide, figura 1 e 2). A área média destas freguesias é de 137,81 m^2, superior à média nacional de 29,8 km^2. Em termos administrativos abrange 13 concelhos: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, envolvendo 62 freguesias**.** (R&C ULSBA, 2014)**.**

Figura 1:Mapa de Portugal

Fonte: R&C ULSBA, 2014

Figura 2: Área de influência do Baixo Alentejo

Fonte: R&C ULSBA, 2014

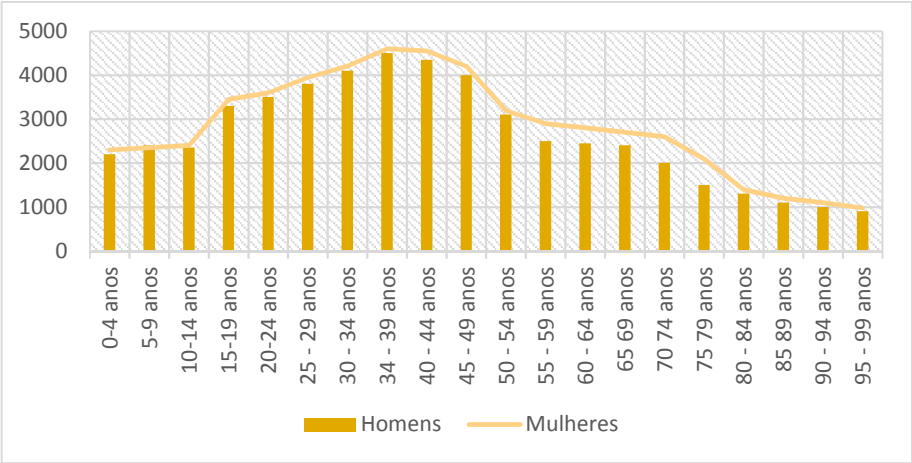
Conforme figura um e dois, podemos verificar a extensão do Baixo Alentejo, onde está inserida a Unidade de Saúde do Baixo Alentejo, distribuída por todos os concelhos. Assim, verificamos uma área de influência com enormes distâncias em relação à sede do hospital, muito embora cada concelho possua um centro de saúde que faz parte da Unidade Local. O concelho de Almodôvar e Barrancos ficam a mais de cem quilómetros de Beja, constituindo uma dificuldade de acesso para as populações locais. Esta enorme distância pode ter impacto na faturação da unidade hospitalar, assim como as condições socioeconómicas, pelo que, pode influenciar o estudo em causa. Ao mesmo tempo a própria demografia também tem influência, devido ao envelhecimento da população como veremos no ponto seguinte.

2.1.3. Dados demográficos na área de influência da ULSBA EPE

Segundo os últimos censos realizados (ano 2011) cujos resultados estão publicados no INE e mencionados no R&C da ULSBA de 2014, o Baixo Alentejo tinha uma população de 126.690 habitantes, tendo a população decrescido 6,2% face a 2011 e diminuído a densidade populacional de 15,8 habitantes por Km^2, para 14,8 habitantes por Km^2 (R&C, 2014, ULSBA)**.** A perda de população é transversal a todo o distrito, sendo que os concelhos do interior são os mais afetados. Conforme demonstrado no gráfico seguinte (Vide gráfico 1) a população do Baixo Alentejo, tem vindo a envelhecer ao longo dos anos. A população Alentejana apresenta índices de envelhecimento que se acentuam no interior, segundo os últimos censos ocorridos em Portugal. O gráfico um demonstra a distribuição da população desta área geográfica por faixa etária. A configuração do gráfico apresentado demonstra o envelhecimento da população, com as

faixas etárias a partir dos cinquenta anos demasiado elevadas, bem como as dos anos 70 a 80 (R&C ULSBA, 2014). Desta forma, uma população envelhecida implica maior consumo de serviços médicos e conjugando tal com variáveis socioeconómicas da população, pode o saldo das imparidades de dívidas de clientes e utentes aumentar. A população do Baixo Alentejo está concentrada em localidades de algum relevo, contudo existem muitos montes dispersos, dificultando acesso às unidades hospitalares.

Gráfico 1:Distribuição etária na área de influência da ULSBA



Fonte: R&C ULSBA, 2014 e Censos 2011, INE

Na constatação da pirâmide etária de 2011 e relativa a dados dos Censos do mesmo ano, podemos verificar o envelhecimento da população do Baixo Alentejo, pela existência de faixas etárias com índices elevados de idosos. Salientamos, por exemplo, a faixa etária dos (65-69 anos) com valores elevados comparativamente com as restantes classes etárias e para a idade em causa. Tal impacto demográfico tem forte relevância na evolução socioeconómica de uma população. No nosso estudo tem enorme relevância, porquanto poderá ser uma das variáveis que influenciará os cuidados de saúde. É intuitivo esperar que uma população envelhecida precise de mais cuidados de saúde e, por conseguinte, se tal for transposto para a área do nosso estudo, será presumível aumentarem as dívidas e imparidades de clientes e utentes, pela via do aumento dos cuidados de saúde e envelhecimento da população. Contudo, vamos agora analisar outras unidades hospitalares para verificar qual o comportamento destas variáveis socioeconómicas.

2.2. A Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho segue a mesma estrutura das Unidades Locais de Saúde criadas no país. Esta unidade hospitalar faz parte de uma área geográfica a norte de Portugal, mais concentrada no litoral com uma população mais numerosa. Será importante a caraterização da mesma, por se situar numa área geográfica diferente das anteriores.

2.2.1. Caracterização da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A Unidade Local de Saúde do Minho (ULSM EPE) foi criada em 2008, através do Decreto-Lei Nº 183/2008, de 4 de setembro. A unidade hospitalar tem como objetivo prestar cuidados de saúde primários, continuados e hospitalares a uma população do distrito beneficiária do sistema nacional de saúde, a utentes dos subsistemas de saúde.

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, tem como objetivos fundamentais:

- Atitude centrada no cidadão e dignidade humana;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Cultura da excelência técnica e do cuidar;
- Cultura interna de multidisciplinariedade e do bom relacionamento no trabalho;
- Obtenção de ganhos de saúde na área de influência pela progressiva integração, articulação de vários níveis de complementaridade;
- Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- Eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Melhoria dos cuidados de saúde prestados e dos serviços (R&C ULSM, 2014).

É constituída por uma unidade hospitalar, doze centros de saúde, uma unidade saúde pública e duas unidades de convalescença. A unidade hospitalar é constituída pelo Centro Hospitalar do Alto Minho, do qual fazem parte os hospitais de Santa Luzia, em Viana do Castelo e Hospital de

Bertiandos, Ponte de Lima. Ao nível dos cuidados primários, é constituída pelos Centros de Saúde: Arcos de Valdevez, Barroselas, Caminha, Darque, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Freixo, Valença e Viana do Castelo.

O modelo organizativo da ULSAM EPE segue a distribuição geral de todas as ULS, com um Conselho Diretivo, um Conselho Consultivo e um Fiscal Único. O primeiro é constituído por um Presidente e quatro vogais executivos. São órgãos de suporte ao Conselho de Administração, o Gabinete Jurídico, Gabinete de Planeamento e Informação para a Gestão, Gabinete de Gestão de Risco Clinico, Gabinete da Qualidade, Gabinete do Utente e Gabinete de Secretariado. Por sua vez, são Órgãos de apoio ao Conselho de Administração, a Comissão de Controlo de Infeção Nosocomial, a Comissão de Ética, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Comissão de Coordenação Oncológica, a Comissão de Normalização de Consumos, a Comissão de Interrupção Voluntária da Gravidez, a Comissão de Coordenação Clínica, a Comissão de Feridas, a Comissão de Nutrição Artificial, a Comissão de Controlo Alimentar, a Comissão de Humanização, Qualidade e Segurança do Utente, a Comissão Paritária, o Conselho Coordenador de Avaliação, a Direção do Internato Médico, a Equipa de Gestão de Altas e a Comissão de Abates ao Imobilizado (ULSAM, 2014).

2.2.2. Área de influência da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A área de influência da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, estende-se a uma região com cerca de 2.210 Km2, com mais de 25.0000 habitantes. Engloba todo o Alto Minho, com uma área de influência desde a Espanha a norte e leste, fazendo fronteira a sul com o distrito de Braga e a Oeste com o Oceano Atlântico. Trata-se de uma área muito povoada e que engloba os concelhos (Vide figura 3) de Arcos de Valdevez, Barroselas, Caminha, Darque, Monção, Melgaço, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira. Na figura três podemos ver todos os concelhos da área de influência da ULSAM EPE, com exceção do concelho de Darque e Barroselas, onde podemos constatar que os concelhos de maior extensão são os de Arcos de Valdevez, Ponte de Lima e Viana do Castelo. Sendo uma zona muito extensa, poderá ter influência nos resultados do nosso estudo, influenciando as variáveis do mesmo.

Figura 3:Área de influência da Unidade Local Saúde Alto Minho

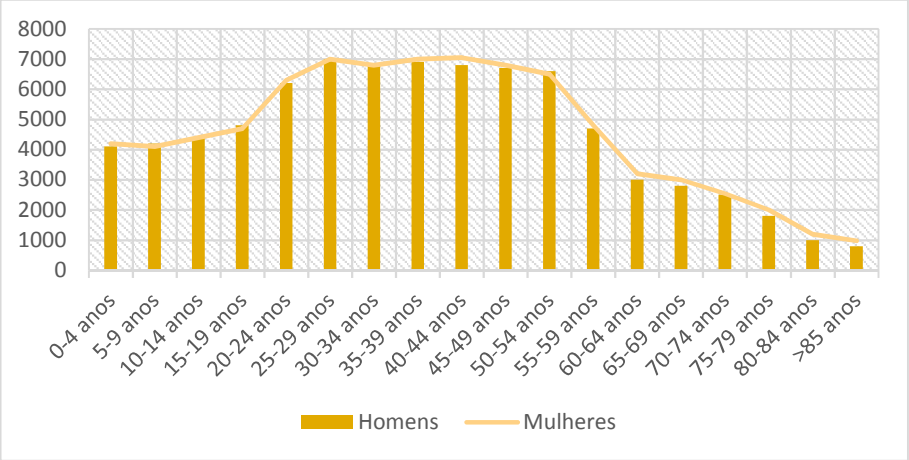
Fonte: https://www.google.pt/

A ULSAM EPE presta cuidados de saúde a uma população numerosa, sendo de esperar que esta configuração populacional, tenha efeitos nas variáveis do estudo, aumentando a produção de cuidados de saúde. Pela análise da figura três, os Concelhos de Arcos de Valdevez, Ponte de Lima e Viana do Castelo, são os de maior extensão territorial, ao invés os de Ponte da Barca, Caminha, Valença e Vila Nova de Cerveira, os de menor extensão. A área dos concelhos de Viana do Castelo e Ponte de Lima, por possuírem uma maior área populacional e maior extensão territorial, têm duas unidades de saúde, um hospital para os cuidados hospitalares e um centro de saúde para os cuidados primários.

2.2.3. Dados demográficos na área de influência da ULSAM EPE

A distribuição etária segue a normalidade de todas as ULS, ou seja, o crescente envelhecimento da população da área de influência da ULSAM EPE, que aliás é uma tendência crescente de toda a população portuguesa, com algumas exceções, em determinadas áreas metropolitanas. De qualquer forma, sabendo a influência que a demografia poderá ter nos gastos das ULS e no nosso caso concreto, na alteração das variáveis que pretendemos estudar nos últimos capítulos deste estudo, será interessante analisar o gráfico dois.

Gráfico 2:Distribuição etária na área de influência da ULSAM EPE



Fonte: R&C ULSAM, 2014 e Censos 2011, INE

As faixas etárias acima dos 65 anos apresentam valores muito elevados, o que nos faz concluir da necessidade de cuidados médicos nesta área populacional (R&C ULSAM, 2014). Os concelhos com maior índice de envelhecimento, segundo dados do INE de 2011, são os de Melgaço e Monção (R&C ULSAM, 2014). Ora, será de esperar com um elevado índice de envelhecimento a ULSAM EPE apresente valores elevados de dívidas de clientes e utentes, bem como elevado índice de imparidades, atendendo à relação diretamente proporcional entre uma e outra variável. No cômputo geral a contribuição de ULSAM EPE, para o conjunto das imparidades de todas as ULS em estudo, é elevado (Vide apêndice I), podendo pressupor uma relação direta entre o envelhecimento da população e o nível de imparidades, faltando saber se estas, também são influenciáveis com o nível socioeconómico da população. Por sua vez, o elevado valor de imparidades, poderá contribuir para a discricionariedade dos resultados.

2.3. O Centro Hospitalar Tondela Viseu

O Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV) é uma unidade hospitalar com estrutura diferente das ULS. Ao contrário destas, aquele, não trata os cuidados de saúde primários. Apenas realiza tratamentos de saúde nos hospitais, designados cuidados de saúde hospitalares. Além disso, é uma unidade hospitalar com mais do que um hospital, normalmente, de concelhos mais populosos num distrito. Será importante verificarmos a sua constituição e a sua integração na área de influência, para saber qual o impacto ao nível das variáveis do nosso estudo como faremos de seguida.

2.3.1. Caracterização do Centro Hospitalar Tondela Viseu

O Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV) com sede na cidade de Viseu, ao contrário das unidades hospitalares anteriores é constituído por dois hospitais e apenas realiza cuidados de saúde hospitalares. Ao contrário das ULS não realiza cuidados de saúde primários, por não integrar centros de saúde. Assim, o hospital de Viseu – hospital de São Teotónio – remonta ao século XVI, demorando quase quarenta anos a ser construído. Este hospital foi abandonado e o atual hospital foi edificado numa zona limítrofe de Viseu, numa construção moderna e com acessos devidamente estratificados, numa área extensa. A área de implementação ascende a 21.000 m2, com zonas arbóreas, jardins e passeio pedonal, com parque para cerca de 1160 viaturas estacionadas (R&C CHTV, 2014). Também faz parte deste centro hospitalar, o hospital Cândido Figueiredo, em Tondela. Em 1897 foi iniciada a construção da sociedade de beneficência de Tondela, tendo como objetivo prestar serviços de saúde a uma população da cidade de elevada carência económica, ficando concluída dezoito anos mais tarde, ou seja, em 1915. Em 1952 este edifício foi doado à Misericórdia, que por não ter capacidade para o volume de doentes no Concelho, que decidiu construir um novo edifício, ficando concluído em 1955, com o nome de Cândido Figueiredo. Este hospital foi então integrado, juntamente com o Hospital de São Teotónio, em Viseu, no Centro Hospitalar de Tondela – Viseu, conforme tipificado no Decreto-lei nº 30/2011 de 2 de março, vindo a funcionar o Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE.

O Centro Hospitalar Tondela Viseu, é constituído por três órgãos sociais. Um Conselho de Administração, um Conselho Consultivo e um Fiscal Único. O Conselho de Administração é constituído por um presidente e quatro vogais executivos, sendo um deles diretor clinico e um outro enfermeiro diretor. O Conselho Consultivo é constituído por um presidente e os restantes elementos conforme legislação vigente. O Fiscal Único é constituído por uma Sociedade de Revisores Oficiais de Contas efetiva e por uma outra suplente. São competências destes órgãos, o estatuído no Decreto-lei nº 30/2011, de 2 de março, onde cada função está bem vinculada.

O modelo de gestão configura o sistema de gestão tipificado no código das sociedades comerciais, ou seja, obedece a critérios de gestão privada apesar dos capitais serem públicos e os únicos acionistas serem o ministério da saúde e o ministério das finanças. Nesta perspetiva, a entidade tem uma missão previamente estabelecida, um plano estratégico e objetivos bem delineados, conforme o aplicado no modelo de gestão empresarial com as devidas adaptações do

decreto-lei nº 71/2007, de 27 de março, que disciplina o estatuto do gestor público e o pré-definido para estas instituições, nomeadamente, por exemplo, o princípio de Unidade de Tesouraria do Estado (UTE) (R&C CHTV, 2014).

2.3.2. A área de influência do Centro Hospitalar Tondela Viseu

A área de influência do Centro Hospitalar Tondela Viseu, engloba grande parte da área centro do país, concretamente, vinte e quatro concelhos do distrito de Viseu e um da Guarda, na região denominada Dão-Lafões, com exceção do Concelho de Mortágua, e ainda três concelhos da região Douro-Sul, concretamente, Moimenta da Beira, Penedono e Sernancelhe, para uma população residente de 280.575 habitantes. A área de Viseu, além do centro de saúde em causa, tem ainda outras unidades hospitalares concorrentes diretas do centro hospitalar, nomeadamente, a casa de saúde de São Mateus, e o hospital da CUF (R&C CHTV, 2014).

A área de influência (Vide figura 4) engloba os concelhos de Moimenta da Beira, Penedono, Sernancelhe, Aguiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Sátão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu e Vouzela. Dos concelhos abrangentes, os mais populosos são os de Viseu, Mangualde e Tondela. Os concelhos representados situam-se no distrito de Viseu e também na Guarda.

Figura 4: Área de influência do Centro Hospitalar Tondela Viseu

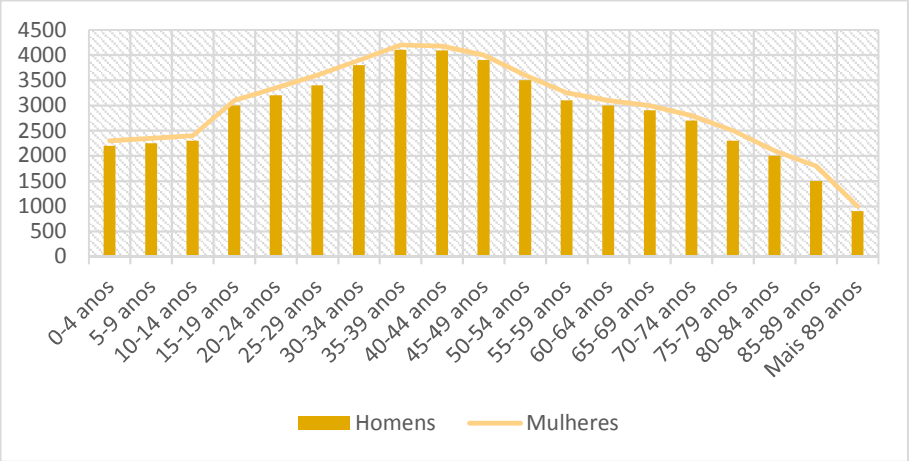
Fonte: https://www.google.pt

Na figura quatro verificamos os principais concelhos da área de influência do CHTV EPE, a sua dimensão geográfica e localização em relação à sede. A área de influência do CHTV EPE é de enorme extensão, abrangendo muitos concelhos em dois distritos. Assim, esta enorme extensão geográfica poderá ter influência no total de dívidas de clientes e utentes e, consequente, registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes, por ser uma área com muita população. A própria demografia, que veremos no próximo ponto, demonstra se a população está a envelhecer ou não, contribuindo para aumento dos gastos em saúde.

2.3.3. Dados demográficos da área de influência do CHTV EPE

A região de influência do Centro Hospitalar Tondela Viseu abrange uma área com cerca de 280.575 habitantes, segundo censos de 2011. A estrutura etária está representada no gráfico seguinte (Vide Gráfico 3) onde podemos analisar o aumento do envelhecimento da população.

Gráfico 3: Distribuição etária na área de influência do CHTV



Fonte: R&C CHTV 2014 e Censos, 2011

No gráfico três verificamos a evolução das faixas etárias da região centro do país, onde podemos constatar um envelhecimento da população, característica geral do resto do país. Apesar de ser uma zona populosa, há uma tendência geral na diminuição da população e envelhecimento da mesma. A população idosa é elevada o que poderá induzir a um aumento das dívidas no Sistema Nacional de Saúde, tendo tal situação, influência no estudo por nós apresentado. Quanto mais elevado são os gastos em saúde de uma região, maior o volume de faturação e tal poderá induzir ao aumento das imparidades em dívidas de clientes e utentes. Esta zona geográfica é uma zona que abrange a zona centro do país. Na análise de algumas das unidades de saúde pertencentes à

população do nosso estudo, descrevemos aqui três, uma do sul do país, outra da zona norte e uma da zona centro, procurando descrever o diferente tipo de unidades de saúde existentes no SNS a sua área de influência e evolução da sua população, porquanto entendemos que as variáveis sociogeográficas embora não façam parte deste estudo, podem influenciar os resultados contabilísticos das diferentes unidades hospitalares. Nesta parte do trabalho procuramos descrever de forma sucinta, a estrutura, zona envolvente e caracterização de algumas variáveis (de carácter socioeconómico e demográfico) da população envolvente a cada unidade de saúde. Para além de incluirmos uma unidade hospitalar de cada zona do país, nomeadamente, no norte, centro e sul, também procuramos que essas mesmas unidades hospitalares incluídas, pertencessem à zona litoral, zona central e zona próxima da fronteira do país vizinho, com características demográficas diferentes.

No próximo capítulo vamos efetuar uma revisão da literatura e enquadrá-la no presente tema de análise, em especial a temática dos *accruals* que será importante para as conclusões do nosso estudo. Assim, pretendemos enquadrar no mesmo, vários autores que escreveram sobre esta área, inserindo as suas opiniões na manipulação de resultados contabilísticos das unidades hospitalares pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) do país, no período 2009-2014. Abordaremos assim, os principais métodos de manipulação de resultados contabilísticos que consideramos importantes, procurando relacionar os autores que escreveram sobre os mesmos, bem como as suas opiniões criticas. Serve ainda, o próximo ponto, para abordar a forma como iremos utilizar o principal método de deteção de *accruals* discricionários (o método de Jones, 1991) por nós usado e sobre o qual versa o nosso estudo. Serve ainda para explicar alguns conceitos teóricos relativos a esta temática e as metodologias utilizadas, como é exemplo, o modelo de regressão linear múltiplo usado por Neto (2015) no setor da construção civil no período 2011-2013, em Portugal.

3. Revisão da literatura

O presente capítulo procura refletir a revisão da literatura do estudo aqui realizado, enquadrando o pensamento dos principais autores de relevo, relativamente ao tema em causa. Simultaneamente são introduzidos conceitos do ponto de vista técnico e científico, que iremos utilizar ao longo do trabalho. Neste sentido, começamos por apresentar algumas considerações gerais sobre este tema. Posteriormente abordaremos conceitos relacionados com os *accruals*, a evolução dos modelos, entre os quais o modelo de Jones (1991), por nós adotado.

3.1. O conceito de *accruals* e de manipulação de resultados

Na área da gestão é normal que os gestores introduzam algum nível de incerteza nos resultados considerando que os mesmos são manipulados para conseguirem atingir alguns objetivos de gestão. Esta temática ganhou relevo no contexto moderno de falências e fragilização do sistema financeiro, que originou a crise do *subprime*[1] Neto (2015). No contexto da temática do nosso estudo constatou-se existirem diversas dissertações de mestrado que analisaram a manipulação de resultados, através da discricionariedade de políticas contabilísticas, de que são exemplos o estudo de Neto (2015) incidindo sobre as dívidas de clientes no sector da construção civil para o período entre 2011 a 2013, ou o estudo de Pinto (2015), sobre as imparidades em inventários e a sua evolução nas empresas Portuguesas, tendo estes autores concluído existirem indícios de discricionariedade nos resultados das organizações.

Conforme nos refere Cunha (2013) a temática da manipulação de resultados representa uma linha de investigação, que por sua vez se divide em *accruals* não discricionários, resultantes de estratégias, *performances* e desempenho de uma empresa, e *accruals* discricionários resultantes de opções de utilização de políticas contabilísticas para manipulação de resultados. Os mesmos *accruals* são analisados em modelos como, por exemplo, o modelo de Jones (1991), por nós utilizado. Sobre a temática proposta existem muitos estudos, como o de Healy (1985), baseado no incentivo financeiro de gestores para manipular resultados, ou De Ângelo (1986), que estudou os incentivos baseados em *management buyout*[2], e outros que realizaram estudos sobre a manipulação de resultados em organizações. O estudo dos *accruals* teve uma evolução nem sempre linear, onde diversos autores têm proposto um conjunto de metodologias para a sua

[1] Crise emergente no sistema financeiro, em julho de 2007, que arrastou bancos para a falência.

[2] Management Buyout – trata-se de um processo de compra de uma empresa cujos gestores já lá trabalham há muito tempo, tendo em vista reorientar o rumo da gestão que esta vinha tendo.

análise. Assim, o desenvolvimento de estudos sobre esta matéria iniciaram-se na década de oitenta com autores como Healy (1985), De Ângelo (1986,) McNichols & Wilson (1988), mas foram impulsionados por Jones (1991), o qual rompeu com a perspetiva anterior de que os *accruals* [3] seriam constantes ao longo do tempo [4] contribuindo de forma decisiva para o desenvolvimento de novos modelos de análise da gestão dos resultados.

O trabalho de *Jones* (1991) incentivou a realização de muitos outros, os quais acrescentaram ou redefiniram a forma como os *accruals* podiam ser previstos por outras variáveis. Fator decisivo neste tipo de análise são os trabalhos desenvolvidos por Dechow et al. (1995), *Kasznik* (1999), *Bartov* (2000), *Peasnell* (2000), *Dechow et al.* (2003). De uma forma geral, os modelos propostos na literatura são baseados em *accruals*, a partir dos quais se procura estimar o seu nível "normal", sendo de considerar que os desvios a esta "normalidade" representam a evidência de práticas de manipulação dos resultados contabilísticos.

Neste sentido os modelos propostos por autores diversos, como alguns dos mencionados, procuram desagregar os *accruals* em duas componentes, a parte não discricionária, ou seja, o valor esperado caso não existisse manipulação e a parte discricionária, resultante da diferença entre a estimativa efetuada e os *accruals* que a empresa realmente divulgou, podendo tal diferença ser considerada como a medida da manipulação efetuada. Refira-se que todos estes modelos não estão isentos de críticas, antes pelo contrário, considerando-se que os mesmos são muito suscetíveis a erros de análise por não conseguirem separar, convenientemente, os *accruals* discricionários dos não discricionários, já que os investigadores podem ser induzidos em erro face a alterações no desempenho económico das organizações (Beneish, 1999) e ao efeito de alterações em políticas de crédito, qualidade dos produtos ou ciclo de vida das mesmas (*Healy*, 1985).

Logo, os modelos podem ser mal especificados (Dechow et al, 1995) ou imprecisos (Guay et al., 1996), não controlando devidamente o processo de estimação (Young, 1999), para além de todos eles possuírem um fraco poder de previsão (Thomas & Zhang, 2000). É de salientar ainda que a aplicação destes modelos em contas consolidadas, cujo perímetro de consolidação se altera com

---

[3] *Accruals* – Sendo a base do nosso estudo, convém referir o que são *accrual*s. Assim, temos *accrual*s discricionários e não discricionários. Os *accruals* não discricionários constituem, por exemplo, a variação do fundo maneio e relacionam-se com os resultados operacionais. Definem-se na equação: RO=CFO+ACC, sendo o (RO) – resultado operacional, o (CFO) – cash flow operacional e o (ACC) – *accrual*. Nos *acruals* discricionários existe uma componente que foi registada para influenciar os resultados.

[4] Esta temática dos *accruals* constantes está explicada na parte deste trabalho que explica a evolução dos modelos de manipulação de resultados, nomeadamente, no modelo de Haley e De Angelo.

alguma regularidade, poderá acrescer, substancialmente o nível de erro destas análises. Assim, muitos modelos de análise de *accruals*, podiam ser seguidos como, por exemplo, a análise de rácios e tendências, os métodos baseados em *accruals* ou os métodos baseados em princípios contabilísticos desconformes, entre outros, como sejam os utilizados na observação dos resultados e na comparabilidade da informação financeira (Cunha, 2013).

Desta forma, segundo Healy (1985) estamos em presença de manipulação de resultados (*earning management*) quando os utilizadores da informação financeira usam o seu julgamento no relato financeiro com vista a ludibriarem alguns ou todos os *Stakeholderes* acerca da *performance* das organizações na utilização de alguns números financeiros. Nesta perspetiva, vamos abordar alguns conceitos muito utilizados na temática da manipulação de resultados para uma melhor compreensão dos mesmos e o seu enquadramento no âmbito do nosso trabalho.

3.2. O conceito de manipulação de resultados

Segundo Baralexis (2004) há conceitos que são sempre utilizados na temática da manipulação de resultados. Tais conceitos foram abordados no presente estudo e são designados com recurso a termos como "*earnings manipulation*" e "*creative accounting*[5]". Assim, segundo Davidson et al (1987) a manipulação de resultados é "*um processo em que, deliberadamente, mas de acordo com princípios contabilísticos, se fazem opções contabilísticas de modo a atingir um determinado nível de resultados*". Logo, a manipulação de resultados está presente nas demonstrações financeiras quando os gestores utilizam a responsabilidade contida nas normas para alterarem a leitura das mesmas (Neto, 2015) ou ainda, de acordo com Schipper (1989) podemos definir a manipulação de resultados como a escolha contabilística por parte dos gestores para obterem um ganho específico para si próprios, ou para as empresas usando discricionariedade de critérios contabilísticos.

Logo, pode deduzir-se que a manipulação de resultados induz a uma alteração da perceção dos *Stackholderes*[6] a respeito da *performance* da entidade ou influencia o cumprimento de objetivos e contratos de que dependem os números reportados (Healy & Wholen, 1999) e os utilizadores das informações financeiras são informados com números que não refletem os fundamentos financeiros de uma organização (Klein, 2002). Há, assim, uma introdução de práticas negativas

[5] Conjunto de técnicas de gestão para adulterar os resultados de uma organização.
[6] São todas as entidades que se relacionam com uma organização, como exemplo, Estado, clientes, fornecedores e outros.

nas demonstrações financeiras, adulterando princípios contabilísticos, tendo em vista a produção de um resultado não real (Mendes & Rodrigues, 2007) usualmente obtido através da leitura de relatórios financeiros divergentes (Hadani et al, 2011) e desta forma o gestor utiliza informação não verdadeira da organização para manipular resultados tendo em vista a produção de riqueza ou obter qualquer outro benefício próprio ou de terceiros (Schipper, 1989).

Note-se a respeito e conforme é referido por Scott (1997), que a escolha de quaisquer políticas de gestão é normal pois essa escolha é sempre efetuada com o objetivo de maximizar o valor da empresa. No entanto, já não é normal a escolha de políticas que levem à maximização do valor da empresa através de práticas de gestão manipuladas. A escolha de benefícios pessoais em detrimento de benefícios da empresa, implica quase sempre elevados custos aos acionistas e muitas das vezes consequências onerosas às organizações, que apenas são detetados muitos anos depois (Jensen & Meckling 1976).

Há, assim, tomadas de decisão sobre investimentos por parte dos acionistas, com a prática de manipulação de resultados que podem prejudicar os investidores Mckee (2005). Além disto há que ter em conta, como refere Baralexis (2004), que não existe um consenso sobre manipulação de resultados. Segundo este autor "*falar do conceito de manipulação de resultados é abordar um conceito vago, uma terminologia não entendida da mesma forma por todos*". Cada *Stakeholder* tem uma visão própria sobre manipulação dos resultados e há muita literatura onde cada autor se refere de forma própria sobre esta temática. Como nos refere Marques & Rodrigues (2009) existem os conceitos de "*earnings management*" de "*accounts manipulation*" de "*earnings manipulation*" de "*creative accounting*" de "*financial numbers game*[7]", entre outros. Desta forma os incentivos à manipulação de resultados podem ser de natureza contratual, de mercado, legal, política, e outros, como refere Neto (2015).

Na prática trata-se da introdução de *accruals* manipulativos ou discricionários, dotando a contabilidade de um fator subjetivo, cujo objetivo será a obtenção de um determinado resultado líquido, ou outro impacto nas demonstrações financeiras, com o intuito de produzir um ou outro efeito contabilístico/financeiro. Segundo Mendes & Rodrigues (2007), a introdução de *accruals* discricionários induz práticas com consequências negativas para a apresentação de resultados fidedignos. Na perspetiva destes autores a qualidade da informação financeira torna-se deficitária

[7] Conceito baseado no livro do matemático John Horton, publicado em 1976, onde se utilizam os números para manipular valores financeiros.

e sabemos que a mesma deve ser rigorosa e transparente, pois há muitas instituições que a utilizam para obter um indicador do qual depende o seu "*Core Business*[8]". Uma das consequências da manipulação de resultados de forma ilícita é a fraude que, segundo vários autores entre os quais Lourenço & Sarmento (2008) as organizações recorrem cada vez mais a *accruals* discricionários para manipular resultados induzindo a práticas ilícitas. Importa assim analisar os diversos métodos de manipulação de resultados e apesar de haver muita literatura sobre *accruals*, não foram realizados estudos que indiciem, ou não, o uso de discricionariedade nos resultados das unidades hospitalares. Como refere Mulford (2005) os investidores procuram ativos cujas empresas apresentam resultados atrativos. Assim, vamos verificar se existe discricionariedade em rubricas do balanço, nas quais se inserem as imparidades em dívidas de clientes e utentes, para manipulação de resultados na área da saúde, o que vamos investigar no ponto quatro deste trabalho.

3.3. Metodologias de análise de manipulação de resultados

Conforme referido anteriormente, são muitos os autores que defendem a perspetiva de que a utilização de *accruals* discricionários poderá ser uma prática nas organizações com o objetivo de manipular resultados. Assim, foram vários os métodos de análise identificados em diferentes autores os quais acabam por também caracterizar a forma como os gestores atuam perante esta temática. Como nos refere Cunha (2013), a manipulação de resultados (na terminologia anglo-Saxónica "*ernings management"*) pode ser definida de forma geral como uma estratégia de gestão de resultados contabilísticos resultantes da discricionariedade do Órgão de Gestão no que respeita a operações contabilísticas e fluxos de caixa operacionais. Há, inclusive, autores que definem "*ernings management"* como a manipulação ativa de resultados em direção a um alvo pré-definido, ou seja, existe uma previa intenção de manipulação de determinada política contabilística. Já Healy & Wahlen (1999) afirmam que se está na presença de "*earnings management"* quando os gestores utilizam o seu julgamento no relato financeiro ou conceção de transações, com vista a ludibriarem um ou todos os *Stackholderes*, acerca da *performance* da empresa, ou com vista a influenciarem desfechos contratuais contingentes a determinados números financeiros. Por outro lado, existem várias estratégias de manipulação dos dados, tendo em vista a adulteração dos mesmos. Para Milford & Comiskey (2005), há uma sistematização de

[8] Utiliza-se este conceito para designar o negócio principal de uma empresa.

manipulação dos resultados naquilo que designam por "*Finantial Shenanigans*[9]". Assim, para estes autores a manipulação dos resultados depende do sinal que se visa produzir, pelo que consideram existir várias formas para que se atinjam tais objetivos, dos quais apenas enumeramos algumas:

- Ocultar gastos e perdas;
- Adiar o reconhecimento de gastos e perdas para períodos futuros;
- Protelar o reconhecimento de réditos para períodos futuros;
- Antecipar gastos futuros para o período corrente;
- Reconhecer réditos prematuramente, entre outros;

Assim, numa perspetiva de manipulação de resultados e no caso, a ocultação de receitas e despesas, a utilização de *accruals* na ocultação de registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes ou o seu registo em excesso torna-se prática frequente nas organizações. No caso em estudo, nas unidades hospitalares, dependem da maior ou menor obtenção de receitas contratadas através dos contratos-programa. Significa isto que a manipulação de resultados poderá ocorrer com frequência nas diversas organizações bem como a utilização de diversas estratégias para manipulação dos mesmos dependem um pouco da criatividade humana, mediante o uso de artifícios um pouco ao critério pessoal e conforme as circunstâncias do momento (Milford & Comiskey, 2005).

Além das formas já enumeradas de manipulação de resultados, ainda foram identificadas outras, de que são exemplo as referenciadas por Cunha (2013):

- Reconhecer vendas antes do cliente aceitar o produto;
- Elaborar, na área da construção civil, autos de medição com valores acima do executado, para faturação em excesso;
- Reconhecer o rédito, quando o seu recebimento é extraordinariamente incerto.

Segundo este autor (Cunha, 2013) estas formas de reconhecimento de réditos antecipados adultera os normativos contabilísticos e mesmo, eventualmente, as regras fiscais para se produzirem os resultados pretendidos. Uma outra forma de manipulação indicada por Cunha

[9] São as designadas travessuras financeiras que podem influenciar a gestão de uma empresa através de ações contrárias aos bons princípios de gestão.

(2013) será o registo de réditos fictícios, onde são reconhecidos réditos inexistentes, os quais não são reconhecidos pela outra parte envolvida na relação jurídica negocial. Na continuação, vamos abordar o método dos rácios e tendências, por ser um método muito utilizado na deteção de práticas de manipulação de resultados e que, sendo bem utilizado permite de forma simples detetar fraudes ao nível dos registos contabilísticos.

3.3.1. Método dos rácios e tendências

Um dos métodos de verificação da existência de *accruals* discricionários nos resultados é a análise das tendências e rácios (Rodrigues, 2009). A análise das demonstrações financeiras implica a verificação de um conjunto de informação qualitativa como, por exemplo, a consistência e comparabilidade em mais de um ano. Entenda-se a comparabilidade da informação financeira como a comparação das demonstrações financeiras de uma entidade ao longo do tempo a fim de identificar as tendências na sua posição financeira e no seu desempenho e a consistência decorrente da isenção de erros e preconceitos (Rodrigues, 2009). Por exemplo, se na análise da comparabilidade da informação financeira existe uma variabilidade elevada no volume de negócios, entre dois anos consecutivos, pode haver algo errado no registo dos mesmos, embora conforme é defendido por autores como *Beneish*, (1999) ou *Healy*, (1985) tais variações podem ser devidas a muitos fatores a ter em linha de conta no momento da análise.

Caso exista uma interrupção nesse carácter de regularidade na tendência, ou seja, a tendência (por exemplo, as depreciações do ativo numa organização) ao longo do tempo não for linear, podemos pressupor, mas não afirmar, que tal realidade pode ser o resultado de uma potencial manipulação de resultados. Assim, Penman (2012) propõe diferentes testes de diagnóstico para a identificação de manipulação de resultados operacionais baseados na análise dos dados das vendas e prestações de serviços. O mesmo autor indica para a deteção da manipulação do volume de vendas, a utilização de rácios de evolução de vendas face a contas a receber, créditos de garantias, acréscimos de vendas e recebimentos. Já para a análise da manipulação de gastos, propõe a normalização do volume de negócios e resultado operacional e a comparação com os valores a normalizar. Além deste tipo de técnicas para manipulação de resultados, através de rácios e tendências, outras há, como o registo de imparidades de dívidas de clientes em excesso ou por defeito, como vamos analisar no ponto seguinte.

3.3.2. Manipulação de resultados pelo registo de imparidades

Segundo Moreira (2008) a discricionariedade manifestada na análise das empresas, através do registo de imparidades, poderá levar à manipulação de resultados, isto porque sendo um gasto aceite pelas normas contabilísticas e fiscais, poderá induzir a um registo em excesso ou defeito para manipular resultados. Todavia, também sabemos que no sector público administrativo e empresarial, como é o sector que nos propomos estudar, existem muitos créditos pertencentes ao Estado que apesar de puderem ser registados como imparidades, não são aceites fiscalmente (artº 28º-A, CIRC), e como tal, terão de ser acrescidos ao resultado contabilístico, nas declarações fiscais. No sector da saúde têm crescido, ano após ano, as dívidas de clientes e utentes não pertencentes ao Estado, quer das companhias de seguros, ou outras, considerando-se muito lógico que, no presente estudo se considerem os registos de perdas por imparidade em dívidas a receber como o foco da nossa análise.

Por outro lado, no sector da saúde o resultado líquido agregado de todas as unidades hospitalares são negativos. Apesar dos incentivos de natureza fiscal poderem influenciar o registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes, estes poderão não ser tão acentuados neste setor, por os resultados das unidades hospitalares na sua grande maioria serem negativos. Daí não aprofundarmos esta temática de manipulação de resultados. Iremos, contudo, analisar uma forma de manipulação de resultados muito usada nas organizações, que são os incentivos de mercado.

3.3.3. Os incentivos de mercado na manipulação de resultados

A utilização de incentivos de mercado também poderá induzir à manipulação de resultados, por os investidores procurarem as empresas com melhor desempenho ao nível dos mesmos. Como refere Francis (2004) os investidores preferem resultados com menor volubilidade e maior estabilidade, permitindo maior certeza na previsão da tendência dos resultados com reflexo positivo na cotação. Assim, e de acordo com Baralexis (2004) existem, " razões para a prática de alisamento de resultados, designados por *in come smoothing*[10] na terminologia anglo-saxónica, por se tratar de uma forma de manipulação de resultados que visa eliminar valores anormalmente altos, ou baixos, reduzindo-os e armazenando-os em anos melhores para serem utilizados em anos menos favoráveis, ou seja, a constituição de "reservas" , denominadas na terminologia anglo-saxónica *cookie jar reserves*. Um maior nível de resultados, preferencialmente estável,

[10] Diz-se assim, quando se tem tendência a suavizar o nivelamento por exemplo das receitas ao longo do tempo.

transmite também ao mercado uma imagem de qualidade de crédito e consequentemente traz normalmente um *rating* de crédito superior (Baralexis, 2004). No caso das unidades hospitalares, o capital está disperso por dois acionistas, o Ministério das Finanças e o Ministério da Saúde, e não estão cotadas em bolsa. No futuro não poderemos prever se tal irá ocorrer, contudo, é útil referir que esta prática de adulteração de resultados para beneficiar a imagem no mercado, poderá levar à manipulação dos mesmos.

3.3.4. Manipulação de resultados pela alteração de princípios contabilísticos

Há uma tendência crescente para quem trabalha na área de auditoria, analisar a aplicação dos normativos contabilísticos, sobretudo as normas contabilísticas de relato financeiro, as normas internacionais de contabilidade e IFRS, como um dos métodos de deteção de manipulação de resultados (Cunha, 2013). Segundo Cunha, existem vários estudos científicos sobre esta temática como, por exemplo, Beneish (1999) que direcionou o seu estudo para os Estados Unidos da América, ou Peasnell et al (2000), que incidiu sobre o Reino Unido. Estes autores procuram encontrar modelos e relações entre a violação dos normativos contabilísticos e a manipulação crescente dos resultados líquidos das empresas. Uma das vantagens destes estudos é a sua objetividade, que delimita os campos de atuação e explica, claramente como os resultados foram manipulados, atingindo-se outros, que não os esperados (Peasnell, 2000). Assim, por exemplo, se a entidade não cumpre o principio do acréscimo, regista mais ou menos gastos ou rendimentos e em função disso, verificando-se esta ocorrência no passado e de forma reiterada, podemos entender no futuro existir discricionariedade no registo contabilístico que leva à manipulação de resultados. Ou seja, através da derrogação de princípios contabilísticos, podemos manipular resultados contabilísticos, apesar de tal derrogação ser referida no anexo às demonstrações financeiras. Uma outra prática de manipulação de resultados contabilísticos permite alterar os mesmos, tendo em conta uma distribuição linear dos resultados líquidos ao longo do tempo para serem consistentes como é referido de seguida.

3.3.5. Manipulação de resultados pela análise dos resultados líquidos

Segundo Cunha (2013) é de esperar que as empresas utilizem resultados negativos nas práticas de *earnings management*, ou seja, uma adulteração dos mesmos, passando de negativos a positivos e também, a sua distribuição com valores idênticos ao longo do tempo. Esta prática é conhecida de "*trabalho para o mercado*", com vista a dar uma outra imagem da empresa que não

é condizente com a imagem real. Os métodos empíricos da manipulação de resultados, baseados na distribuição de resultados líquidos, como os apresentados por Dischev (1997) ou Degeorge et al (1999) baseiam-se na observação de resultados e a sua variabilidade ao longo do tempo. A análise da variabilidade dos resultados ao longo do tempo tem a vantagem de poder captar a manipulação direta de resultados nas rubricas das demonstrações financeiras. Contudo, os autores que defendem este método, de manter os resultados líquidos constantes ao longo do tempo, reiteram que a sua utilização torna difícil a identificação da prática de manipulação de resultados com o objetivo de atingir metas específicas números alvo ou *benchmarks*[11].

Esta prática de manipulação de resultados, ou seja, apresentar resultados líquidos constantes ao longo do tempo para dar uma imagem de consistência na empresa, designa-se na área de gestão de "engenharia financeira[12]", procurando apresentar ao mercado resultados líquidos que seguem uma distribuição uniforme e linear (não variando muito) ao longo do tempo, mas sempre com tendência crescente. Isto permite ao utilizador da informação financeira ter outra imagem da organização. Se uma determinada entidade apresenta resultados negativos e os gestores entendem ser prejudicial ao mercado (por exemplo, na sua cotação no mercado de valores mobiliários) manipulam os mesmos, apresentando resultados líquidos positivos.

3.3.6. Manipulação de resultados baseada em *accruals*

Os *accruals* devem ser entendidos como ajustamentos contabilísticos que correspondem à componente dos resultados não concretizada em pagamentos e recebimentos (Teoh, 1998). Segundo Healy (1985) os *accruals* são constituídos por uma parte não discricionária e outra discricionária. Assim, os *accruals* totais resultam sempre da soma dos *accruals* discricionários e não discricionários (Neto, 2015). Os *accruals* não discricionários resultam da atividade da empresa, e os *accruals* discricionários resultam da manipulação da atividade da empresa, e por isso, designados "discricionários". Desta forma, segundo Fernandes (2007) a deteção de *accruals* discricionários resulta da utilização de modelos que devem sempre refletir a componente "não discricionária" para, por diferença entre os *accruals* estimados por modelos e os *accruals* reais se poder obter a componente de *accruals* discricionários que afetam os resultados. Esta técnica de manipulação de resultados baseada em *accruals* é muito importante para o tema proposto.

[11] Técnica de gestão que consiste em espionar as técnicas desenvolvidas por outras empresas.

[12] A engenharia financeira é um instrumento de gestão muito utilizado na área financeira e visa criar, por exemplo, instrumentos financeiros legais, como produtos bancários, reestruturação de um setor da empresa. Aqui falamos em engenharia financeira tendente a manipular resultados, ou seja, a engenharia financeira não permitida nas organizações.

Baseamos o nosso estudo nesta técnica, nomeadamente, no modelo usado por Jones (1991). Contudo, como nos refere Moreira (2008) a obtenção de estimativas de *accruals* discricionários não deve ser usada como indício de que ocorre manipulação de resultados. Esta é uma conclusão importante, os modelos estarem sempre sujeitos a críticas e poderem sempre ser ajustados ou mudados para outras conceções mais consistentes. Ainda assim, estas metodologias baseadas em *accruals* sofrem evoluções, como podemos verificar de seguida.

3.4. Evolução das metodologias de análise baseadas em a*ccruals*

Neste ponto vamos considerar a evolução das metodologias baseadas em *accruals*, desde Healy (1985) até Dechow, et al (1995). Embora existam muitos outros estudos após estas datas e também vários autores se referem a esta área, apenas abordamos de forma incidente o estudo de Healy (1985) até Dechow et al (1995) por utilizamos o modelo de Jones (1991) neste estudo. Ora, para compreendermos este modelo Jones (1991) temos de partir dos modelos anteriores, nomeadamente desde Healy (1985). O ponto de partida para estas áreas de estudo resultou dos trabalhos de Wilson & McNichols (1988) que procuraram desenvolver um modelo geral de tratamento dos *acrruals* dividido em discricionários e não discricionários.

3.4.1. O modelo de Healy

Healy, em 1986, analisou e estudou a manipulação de resultados em empresas, durante um determinado período de tempo. Concluiu que os *accruals* eram constantes ao longo do tempo apresentando o mesmo padrão, sem qualquer variação, propondo o seguinte modelo de *accruals* representado pela equação (1). Assim, Healy (1986) considera os *accruals* como totais médios, ponderados pelos ativos totais.

$$ANDt = \frac{\sum_{t=1}^{t} TAt/T}{At-1} \qquad (1)$$

Em que,

ANDt=*Accruals* não discricionários estimados no período t;

TAt= *Accruals* totais no período t;

t = 1, 2, …(t), são os períodos incluídos na estimação;

T = Ano de ocorrência de determinado evento;

A_{t-1} = Ativos totais da empresa no período t-1.

Assim, o modelo proposto por Healy (1985) aborda o conceito de *accrual,* na deteção de resultados manipulados. Contudo, foi alvo de críticas por considerar os *accruals* não discricionários constantes ao longo dos períodos analisados. Das diferentes criticas que foram apontadas por vários autores a este modelo, procuramos referir apenas as indicadas por Paulo (2007) já que nos parecerem resumir toda a realidade:

- O modelo de Healey (1985) não controla adequadamente a mudança de *accruals* discricionários que advêm das condições económicas;
- O modelo é baseado em médias de *accruals* discricionários, logo não considera mudanças nas atividades operacionais, como seja, por exemplo, crescimento de vendas, e outras;
- Em períodos de grande inflação gera *accruals* anormais;
- Assume os *accruals* não discricionários constantes nos períodos analisados, com média zero no período estimado;
- Não controla o tamanho da empresa.

Na nossa opinião, concordamos com as críticas de Paulo (2007) atendendo que há sempre imprevisibilidade na abordagem dos ativos de uma empresa, como sejam por exemplo, as vendas, pelo que consideramos lógica a perspetiva de que os *accruals* não devem ser considerados constantes ao longo do tempo. De Ângelo reformulou o modelo de Healy (1985), como poderemos verificar no ponto seguinte. Assim, tornou-se claro que o modelo de Healy (1985) apresentava alguns pontos fracos, estando sujeito às críticas mencionadas, anteriormente. Como resultado, De Ângelo (1986), Jones (1991) e, posteriormente, Dechow et al (1995), propuseram outros modelos que consideraram mais adequados aos objetivos, introduzindo diferenças, nomeadamente dos *accruals* não serem contantes ao longo do tempo. Vamos seguidamente analisar essa evolução percebendo como são contruídos esses mesmos modelos (De Ângelo, Jones e Dechow) para entendermos a evolução da perspetiva de *accruals* "constantes" para *accruals* "não constantes".

3.4.2. O modelo de Ângelo

O modelo proposto por De Ângelo (1986) difere do modelo de Healy (1985) por este considerar que os *accruals* discricionários seguem um processo aleatório. Note-se, a respeito, com Healy os modelos para *accruals* seguiam um processo constante e médio (Bartov, 2000). De Ângelo (1986) usa no seu modelo o total acumulado de *accruals* do último período de análise (TA_{t-1}), escalado por ativos totais remanescentes (AT_{t-2}) como medida de acréscimos não críticos (Bartov, 2000). Assim, o modelo mede os *accruals* não discricionários, pela divisão do total de *accruals* no período t-1, pelos ativos totais do período t-2 (Paulo, 2007).

Assim, De Ângelo (1986) sugere o seguinte modelo:

$$ANDt = \frac{TAt-1}{ATt-2} \qquad (2)$$

Em que,

AND_t = *Accruals* não discricionários no período t;

TA_{t-1} = Total de *accruals* acumulados no período t-1;

TA_{t-2-} = Ativos totais remanescentes no período t-2.

Apesar de De Ângelo (1986) ter melhorado alguns pontos críticos de Healy (1985) o seu modelo não está isento de críticas, como nos refere Paulo (2007), pois:

- O modelo não controla as mudanças de *accruals* discricionárias oriundas das condições económicas;
- Também, em *accruals* desfasados do modelo não considera mudanças na atividade operacional da empresa;
- Assumindo, igualmente, que os *accruals* não discricionários ao longo do tempo são constantes;
- Para além de não controlarem o tamanho da empresa.

Os autores, Healy e De Ângelo assumiram relevância por serem os primeiros a abordarem o tema dos *accruals*, que assumiriam importância futura na deteção de resultados manipulados.

3.4.3. O modelo de Jones

Jones (1991) propõe um modelo de *accruals* não discricionários, tendo por base o controlo dos efeitos das mudanças nos ciclos económicos das empresas, que alteram muito a forma de gerir as mesmas e os seus resultados. O modelo de Jones (1991) foi por nós usado, mudando as variáveis, como se descreve:

$$\Delta IDC\text{ti} = IDCti - ´IDCti \qquad (3)$$

Em que:

ΔIDC_{ti}-Variação discricionária das imparidades em dívidas de clientes no período t da empresa i;

IDC_{ti} – Imparidades em dívidas de clientes reconhecidas no período t e empresa i (*accruals* discricionários);

$´IDC_{\text{ti}}$– Imparidades que deveriam ser reconhecidas no período t e empresa i (*accruals* não discricionários).

Onde a variável $´IDC_{\text{ti}}$, é estimada por um modelo de regressão linear múltipla e utilizada para calcular os *accruals* não discricionários. No nosso caso utilizamos o seguinte modelo de regressão linear, com as variáveis (*VN e TDC*) por nós definidas:

$$´IDC_{\text{ti}}=\beta_0+\beta_{1*}(\Delta VND_{\text{ti}})+\beta_{2*}(TDC\text{ti}) \qquad (4)$$

Em que:

$´IDC\text{ti}$ – Imparidades em dívidas de clientes estimadas no período t e empresa i;

$\Delta VNDti$ - Variação das vendas totais no período t e empresa i;

$TDCti$ – Total de dívidas de clientes no período t e empresa i;

β_0 e β_1 – são coeficientes determinados pelo modelo de regressão linear.

Assim, Jones (1991) acaba por propor um modelo onde os *accruals* deixam de ser constantes pois, segundo este autor, no ambiente económico existem flutuações, como por exemplo nas vendas e ativos fixos totais Paulo (2007). Este modelo de Jones (1991) é muito utilizado na deteção de *accruals* discricionários e manipulação de resultados, por ser dinâmico, tendo em conta a variação existente nas variáveis que o compõem. Contudo, e apesar disso, também está sujeito a críticas. Segundo Subramanyan (1996) não existe uma adequada separação entre a parcela que origina *accruals* discricionários e não discricionários. Outras críticas existem ainda associadas ao modelo (Paulo, 2007) entre as quais salientamos as seguintes:

- O modelo de Jones (1991) continua a não controlar na totalidade as mudanças ocorridas nas condições económicas da empresa, apesar de haver alterações positivas e significativas em relação ao modelo de Healy (1985) e De Angelo (1986);
- As próprias variáveis utilizadas no modelo já podem estar influenciadas por valores manipulados;
- As variáveis do modelo não controlam o tamanho da empresa, pelo que podem influenciar os resultados;
- Considera também que as empresas com espectativas de crescimento de longo prazo, têm estratégias diferentes sobre investimento de capital circulante;
- Por fim, segundo o autor, o modelo de Jones (1991) não controla desempenhos de fluxos de caixa e de resultados.

Da análise do modelo de Jones (1991) conclui-se ter havido evolução desde Healy (1985) sobre a temática dos *accruals*, ou seja, passámos de uma abordagem constante para uma abordagem dinâmica e que varia conforme o contexto económico da empresa sem, contudo, ter em conta muitos fatores que ocorrem no mesmo. Surgem, desta forma autores, como Dechow et al (1995), que propõem uma análise do modelo de Jones (1991) modificada, a qual procuramos abordar no ponto seguinte.

3.4.4. O modelo de Jones, proposto por Dechow

O modelo inicial de Jones (1991) foi modificado por Dechow et al (1995) acrescentando que as variáveis do mesmo são analisadas numa perspetiva de alteração ao longo do ciclo económico. Daí resulta o seguinte modelo:

$$TAt_{ti} = (\Delta CA_{it} - \Delta cash_{it} - \Delta CL_{it} - \Delta STD_{it} - DEP_{it})/AT_{t-1} \quad (5)$$

Em que,

TA_{ti} – *Accruals* totais no período t e empresa i;

ΔCA_{it} – Variação no ativo circulante no período t e empresa i;

$\Delta cash_{it}$ – Variação na caixa e equivalentes no período t e empresa i;

ΔCL_{it} – Variação no passivo circulante no período t e empresa i;

ΔSTD_{it} – Variação financiamento de CP no passivo circulante no período t e empresa i;

DEP_{it} – Depreciações e amortizações no período t e empresa i;

AT_{t-1} –Ativo total do período anterior no período t e empresa i.

Através do modelo acima indicado os autores Dechow et al (1995) obtêm o seguinte modelo de *accruals*, no qual já temos em conta que algumas variáveis possam já estar pré manipuladas, como por exemplo, as variáveis vendas e prestação de serviços. Com base nestes pressupostos os referidos autores sugeriram o seguinte modelo:

$$TA_{it} = \alpha_1(1/AT_{t-1}) + \alpha_2(\Delta REV - \Delta REC) + \alpha_3(PPE) + \varepsilon_{it} \quad (6)$$

No qual,

TA_{it} – *Accruals* totais no período t e empresa i;

AT_{t-1} – Ativos totais no período anterior;

ΔREV –Variação da receita;

ΔREC – Variação nas contas correntes a receber;

PPE – Depreciação e amortização dos equipamentos;

α – Parâmetros estimados no modelo;

ε_{it} – Erro do modelo para o período t e empresa i.

O modelo de Jones (1991) modificado por Dechow et al (1995) permitiu considerar as variáveis sem a pré-manipulação que podem ocorrer em qualquer altura no ano económico. No presente estudo iremos utilizar o modelo inicial de Jones (1991) por não possuirmos dados para trabalhar as variáveis do modelo numa perspetiva de variação durante o exercício económico.

3.5. Equivalência dos conceitos de "provisão" e de "imparidade" em dívidas a receber

No âmbito dos objetivos do presente trabalho é importante estabelecer uma relação entre o conceito de "Provisão – cobrança duvidosa", segundo o mencionado no POCP e respetivos planos sectoriais e o conceito de "Perda por Imparidade em dívidas a receber" presente em normativos nacionais e internacionais, como as IFRS, o SNC, ou mesmo no novo SNC-AP utilizado com caracter de obrigatoriedade na Administração Pública a partir de 1 de janeiro de 2018. Neste contexto, pretende-se abordar o conceito de "Provisão – cobrança duvidosa", segundo o POCP, ou nas versões dos Planos Oficiais de Contabilidade (sectoriais) nomeadamente o POCMS, aplicado no caso concreto em quase todas as unidades hospitalares do Ministério da Saúde aqui estudadas. Também iremos abordar o conceito de "perda por imparidade em dívidas de clientes e utentes", de acordo com os normativos contabilísticos aplicáveis em Portugal, no caso concreto, o SNC adotado por três das unidades hospitalares aqui estudadas.

Na abordagem do conceito de "Provisão" o mesmo evoluiu de um sistema contabilístico baseado no antigo Plano Oficial de Contabilidade (POC/89) e nos Planos Oficiais de Contabilidade Sectoriais, no caso concreto o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), para o conceito de "imparidade em dívidas a receber", tipificado no Sistema de Normalização Contabilística (SNC). Assim, o conceito de "*provisão para clientes de cobrança duvidosa*" abordado neste estudo é o conceito do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS). Já o conceito de "*imparidades de dívidas de clientes*" segue o mencionado na NCRF 27 – Instrumentos financeiros constituindo uma nova abordagem, diferenciada do conceito de provisão para clientes de cobrança duvidosa, mas que na sua essência pretende, tal como nos normativos anteriores, fazer uma distinção no balanço entre as dívidas de clientes perfeitamente recuperáveis e as de difícil recuperação mensurando o ativo de forma adequada.

Por fim, pretendemos avaliar a relação entre os dois conceitos, com o objetivo de nos ser possível utilizar os dados financeiros compilados nos relatórios e contas das unidades

hospitalares aqui estudadas. Face ao exposto, procuramos seguidamente, abordar os dois conceitos com o objetivo de estabelecer uma relação entre eles, uma vez que utilizaremos, um único conceito de "imparidades em dívidas de clientes e utentes".

3.5.1. O conceito de "cobrança duvidosa" no POCMS

O Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS) publicado através do decreto-lei nº 459/82, de 26 de novembro, aborda o conceito de "clientes de cobrança duvidosa" na parte da explicação das notas de terceiros. Todavia, este conceito, segundo o mesmo normativo, também é utilizado para outro tipo de cobranças duvidosas, como judiciais, acidentes profissionais e outras. A diferença é que as provisões para clientes de cobrança duvidosa corrigem ativos e as outras são registadas no passivo. Assim, procuramos analisar o conceito de cobrança duvidosa, seguidamente, de acordo com o normativo POCMS. Logo, o conceito de "provisão" segundo o POCMS é muito genérico. Segundo o mesmo, uma entidade regista provisões para várias rubricas do balanço como sejam, clientes, processos judiciais em curso, acidentes de trabalho, doenças profissionais e outros, embora as primeiras (clientes de cobrança duvidosa) sejam entendidas como uma correção ao valor de ativos e as outras sejam considerados passivos potenciais, de ocorrência provável e mensuráveis com fiabilidade. No caso das dívidas de clientes, quando haja evidências da difícil recuperação do crédito e sejam cumpridos os requisitos para registo de um cliente de cobrança duvidosa, a entidade poderá constituir uma provisão para clientes de cobrança duvidosa.

Relativamente ao conceito de «Provisões para clientes de cobrança duvidosa» refere o conteúdo da nota explicativa à conta 291 do POCP (de onde deriva o POCMS) que "*esta conta destina-se a fazer face aos riscos da cobrança das dívidas de terceiros. A provisão será constituída ou reforçada através da correspondente conta de custos, sendo debitada quando se reduzam ou cessem os riscos que visa cobrir*" (Decreto-Lei nº 232/97). Face ao mencionado na nota técnica do POCP, o conceito de provisão para cobranças duvidosas deve ser entroncado com o princípio contabilístico da prudência, também tipificado no mencionado normativo e demais planos sectoriais, pretendendo-se com os saldos destas contas evidenciar direitos em resultado de operações praticadas pela entidade e que tem sobre terceiros, mas cuja cobrabilidade é incerta.

Logo, a provisão permitia por um lado, evidenciar o risco destes créditos não serem recuperáveis e, por outro, divulgar por diferença no ativo do balanço o montante dos créditos relativamente

aos quais não foram estabelecidas estimativas de risco de incobrabilidade. Tal como nos refere Cunha (2013) com o objetivo de obter uma imagem verdadeira e apropriada do ativo do passivo e dos resultados das operações da empresa, os registos devem basear-se em princípios contabilísticos geralmente aceites, designadamente, o do custo histórico, quer a euros nominais, quer a euros constantes. Um exemplo da aplicação dos princípios contabilísticos geralmente aceites é o fenómeno inflacionista e o crescimento económico que provocam e evidenciam, entre outros efeitos, a sub quantificação dos ativos monetários, levando muitas empresas a ajustar ocasionalmente algumas rubricas do balanço" (Cunha, 2013).

O registo no ativo das dívidas de clientes ajustadas com o valor provisionado para cobranças duvidosas, veio fundamentar a utilização dos princípios contabilísticos geralmente aceites. Daí deriva um outro corolário, descrito no POC/89 [13] item (3.2) aqui transcrito: *"Estas características, juntamente com conceitos, princípios e normas contabilísticas adequados, fazem surgir demonstrações financeiras geralmente descritas como apresentando uma imagem verdadeira e apropriada da posição financeira e do resultado das operações da empresa"* (Cunha, 2013). Logo, o verdadeiro objetivo do ajustamento do ativo, através do provisionado das dívidas de clientes com as características já mencionadas, será a elaboração das demonstrações financeiras com elevado grau de fidedignidade, transmitindo uma imagem verdadeira e apropriada da posição financeira e desempenho adequado de uma entidade. Nesta perspetiva, é útil relacionar o conceito de provisão de cobrança duvidosa com o princípio contabilístico da prudência.

Uma entidade deve registar as dívidas de clientes e utentes, segundo os critérios dos princípios contabilísticos geralmente aceites, nomeadamente, o princípio da prudência, considerando e ajustando todos os créditos de clientes conforme o já descrito. Assim, e segundo Cunha (2013) a estrutura conceptual da contabilidade, à luz do normativo POCP, traduz uma orientação contabilística geral, que conduz à adoção de um conjunto de regras e princípios, normalmente designados pela comunidade contabilística em geral, como princípios contabilísticos geralmente aceites. Por conseguinte, como nos refere Carrapiço (2010) associado ao conceito de provisão de cobrança duvidosa, definido nos planos contabilísticos sectoriais (POCMS), existia o conceito de valorimetria[14] para as dívidas de terceiros, nomeadamente, dívidas de clientes, extinguindo assim um ajustamento do ativo quando havia um risco de incobrabilidade da dívida. Logo, a provisão

[13] Já revogado.
[14] Conceito adicionado muito após a entrada em vigor do POC.

para clientes de cobrança duvidosa traduzia nesta linha de ideias, uma correção do ativo abordada nos anteriores normativos, quer no POC/89 ou POCP e mesmo no plano oficial de contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), onde através da conta 218 – Cobranças duvidosas de clientes se evidenciavam as dívidas de difícil cobrabilidade (inicialmente estas constavam da conta 211. Depois é que seriam transferidas para a 218). No caso tratava-se de um ajuste no ativo de curto prazo do balanço, segundo regras tipificadas nos normativos mencionados.

Assim, há que realçar a introdução, posterior, no POC/89 do conceito de ajustamento de dívidas a receber[15], através da conta 281 – Ajustamentos de dívidas a receber – dívidas de clientes, que vem reforçar o já mencionado sobre esta temática. Esta alteração ao POC/89 introduzida por causa da necessidade de ajustar o ativo do balanço, relativo a dívidas de clientes, passou a constituir um ajustamento das dívidas de clientes, através da sequência lógica: registo na conta 218 - cobrança duvidosa, passagem à conta 281 – Ajustamento de dívidas a receber e posterior reforço da conta 666 – Ajustamento de dívidas a receber ou reversão através da conta 772 – reversão de dívidas a receber. Contudo, a alteração ocorrida no POC/89, não veio a acontecer no POCMS, pelo que, neste normativo o conceito de provisão é muito amplo e com uma ambiguidade de aplicação a tudo o que fosse considerado provisão, incluindo as provisões para situações em que se observava riscos de cobrança duvidosa em dívidas de terceiros, o que na nossa opinião, peca por excesso. Ora, nesta abordagem do conceito provisão para clientes de cobrança duvidosa, segundo o POCP e o POCMS, consideramos o conceito como sendo um ajustamento do ativo relativo a dívidas de cobrança duvidosa de clientes e utentes.

Face ao exposto, na génese do conceito "provisão para clientes de cobrança duvidosa" está sempre o conceito de provisão, como sendo uma correção do ativo, enquanto nas restantes (judiciais, doenças profissionais e outras) são registadas como passivos. Como nos refere Rogério Fernandes Ferreira (2012) "*as provisões encaram-se como custos estimados (do exercício) mas relativos a processamentos futuros de despesas (ou de não receitas) despesas de incerta comprovação futura*". Ou seja, no conceito de provisão está sempre inerente uma dimensão temporal. Há um contrato presente, cujo influxo financeiro poderá não ocorrer. Daí a necessidade de constituir uma provisão.

[15] Conceito também introduzido após a entrada em vigor do POC.

No POCMS a abordagem do conceito provisão para clientes de cobrança duvidosa, envolve várias decisões, entre as quais de provisionar a dívida de cliente ou não provisionar. Ora, como nos refere Guimarães (1998), nos registos contabilísticos temos uma hierarquia de princípios contabilísticos geralmente aceites (PCGA):

- Os mencionados no POCMS;
- Os divulgados nas normas internacionais de contabilidade (NICs).

Para nós, no registo das provisões de dívidas de clientes e utentes, há que ter em conta o principio da prudência. Como nos refere Guimarães (1998) torna-se importante introduzir um grau de prudência no registo contabilístico de provisões para situações em que se observa o risco de não cobrança em dívidas de clientes, sobretudo nos normativos POC/89, POCP ou ainda em todos os Planos Sectoriais da Contabilidade Pública. Este mesmo ponto de vista é identificado em Guimarães (1998) o qual reitera a importância do princípio da prudência, postulado no POC/89 e POCP. Assim, sobre o conceito refere o POC/89 que este "*Significa que é possível integrar nas contas um grau de precaução ao fazer estimativas exigidas em condições de incerteza sem, contudo, permitir a criação de reservas ocultas ou provisões excessivas ou a deliberada quantificação de ativos e proveitos por defeito ou de passivos e custos por excesso" (DL nº 410/89).*

Decorre desta definição sobre o princípio da prudência, que apenas devemos registar riscos de incobrabilidade e não estimativas de passivos certos. Sobre o risco inerente ao conceito de provisão para dívidas de clientes, refere Pinto (1991) "*As provisões são agora vistas como a concretização do princípio da prudência, intimamente ligadas a uma ideia de risco e não a uma ideia mais lata de incerteza (...) Ou seja, sendo certo que um risco sempre envolve incerteza, já uma incerteza não implica necessariamente a existência de um risco. Por outras palavras, há incertezas que envolvem riscos e há incertezas que não traduzem riscos nenhuns.* Conforme o descrito devemos considerar a existência de um risco associado ao carácter intrínseco da cobrança duvidosa que, no caso, terá de consistir num risco de não ser possível, devido a vários fatores cobrar a dívida do cliente. Nesta perspetiva está sempre inerente ao mencionado conceito um evento, incerto, de ocorrência improvável (no caso dificuldade na cobrança do crédito) e que deve ser registado sobre regras de princípios contabilísticos, nomeadamente, da prudência, para não existir manipulação de dados, que é o alvo do nosso estudo. A grande maioria das unidades

hospitalares estudadas utiliza o POCMS e este define o princípio da prudência como "*sendo possível integrar nas contas um grau de precaução ao fazer as estimativas exigidas em condições de incerteza sem, contudo, permitir a criação de reservas ocultas ou provisões excessivas ou a deliberada quantificação de ativos e proveitos por defeito ou de passivos e custos por excesso*".

3.6. Conceito de Perdas por Imparidade em dívidas de clientes - SNC

Na abordagem ao conceito de imparidades em dívidas de clientes e utentes, explicado no Sistema de Normalização Contabilística (SNC), convém referir que três das unidades hospitalares, por nós estudadas adotaram o SNC como referencial contabilístico. O conceito de imparidade vem explicado no SNC, na sua NCRF 27 – instrumentos financeiros. De acordo com a norma em causa, ativo financeiro é qualquer ativo que represente:

- Dinheiro;
- Um instrumento de capital próprio;
- Um direito contratual que resulta de receber dinheiro ou outro ativo financeiro de outra entidade ou trocar ativos financeiros ou passivos financeiros com outra entidade em condições que sejam potencialmente favoráveis para a entidade; ou
- Um contrato que seja ou possa ser liquidado em instrumentos de capital próprio da própria entidade (Franco, 2013)[16].

A NCRF 27 determina as circunstâncias em que um ativo financeiro, deve ser mensurado. Logo, e de acordo com a mesma (NCRF 27), as dívidas de clientes devem ser mensuradas pelo custo ou pelo custo amortizado; ou ao justo valor, com as alterações de justo valor a serem reconhecidas na demonstração de resultados (Rodrigues, 2009). São exemplos de um ativo financeiro mensurado ao justo valor:

- Investimentos em instrumentos de capital próprio com cotações divulgadas publicamente;
- Instrumentos de dívida perpétua ou obrigações convertíveis (Rodrigues, 2009).

[16] Atual Bastonária da Ordem dos Contabilistas Certificados.

Neste sentido e subjacente ao conceito de instrumento financeiro está o conceito de ativo financeiro. Importa assim descrever o alcance do conceito de ativo financeiro. Segundo Ribeirinho (2012) é o contrato que origina um ativo financeiro numa entidade e um instrumento de capital próprio noutra entidade. Por sua vez, as mensurações das dívidas de clientes são efetuadas ao custo ou ao custo amortizado menos perdas por imparidade, conforme parágrafo 13 da NCRF 27. A própria norma determina quais os ativos financeiros que são mensurados ao custo ou custo amortizado e ao justo valor.

Nas unidades hospitalares estudadas a mensuração das dívidas de clientes e utentes foi efetuada ao custo de aquisição deduzida de eventuais imparidades observadas nessas dívidas. Assim, iremos abordar no presente estudo, as dívidas de clientes e utentes de três unidades hospitalares que apresentaram as mesmas nos seus balanços, deduzidas de perdas por imparidades. Segundo a NCRF 27, nos parágrafos 23 a 29, uma entidade deve avaliar a imparidade de todos os ativos financeiros que não sejam mensurados ao justo valor através de resultados. A NCRF 27, refere que todos os ativos e passivos financeiros, nos quais estão as dívidas de clientes e utentes, são mensurados na data do relato "*Ao custo ou custo amortizado menos a perdas por imparidade*" (Rodrigues, 2009). O parágrafo 12 e 14 da mencionada norma (NCRF 27) referem que a entidade deve registar as dívidas de clientes e utentes ao custo ou custo amortizado, tal como clientes, fornecedores, contas a pagar e empréstimos bancários. O nosso estudo engloba as dívidas de clientes, dívidas de instituições do Ministério da Saúde e utentes, sendo as mesmas registadas ao custo ou custo amortizado. Também, no parágrafo 23 da NCRF 27, vem tipificado como e quando é que uma entidade deve registar ou constituir uma imparidade. As imparidades de dívidas de clientes e utentes, devem sempre ser constituídas quando exista evidência objetiva de que um ativo financeiro está em imparidade, quando:

- Exista significativa dificuldade financeira do emitente ou devedor;
- Haja quebra contratual, como não pagamento ou incumprimento no pagamento do juro ou amortização;
- Conhecimento que o credor possa entrar em falência ou restruturação financeira;
- Possa existir a quebra de um mercado ativo para o ativo financeiro devido a dificuldades financeiras;
- Situações que seja evidente a verificação da imparidade (Rodrigues, 2009).

O registo das dívidas de clientes e utentes a receber vem referenciada no parágrafo 27 da NCRF 27, indicando que estas "devem ser registadas, no caso de o instrumento financeiro ser mensurado ao custo amortizado, nos termos do parágrafo 12, pela diferença entre a quantidade escriturada e o valor presente (atual) dos fluxos de caixa estimados descontados à taxa de juro original efetiva do ativo financeiro (Rodrigues, 2009). Como nos refere Sousa (2014) ao adotarmos o SNC temos de ter em conta a sua estrutura conceptual e no caso do registo das imparidades, devemos ter em conta a prudência, uma das características qualitativas da informação financeira. Tendo por base a prudência devemos registar as perdas por imparidades de dívidas de clientes e utentes, não segundo os princípios fiscais, mas segundo a Norma Contabilística de Relato Financeiro 27 – Instrumentos financeiros. Assim, após a definição dos conceitos de "provisão para clientes de cobrança duvidosa" (POCMS) e "Imparidades de dívidas de clientes e utentes" (SNC) vamos, no ponto seguinte, estabelecer uma convergência entre os dois conceitos.

3.7. Correspondência entre Provisões e Perdas por Imparidade em dívidas a receber

Como já foi aqui apresentado o conceito de provisão tipificado no POCMS não separa os diversos tipos de provisão, como acabou por suceder depois na versão final do antigo Plano Oficial de Contabilidade (POC) já revogado. No entanto, o tipo de provisão que aqui nos interessa é, unicamente, o conceito de provisão para dívidas de cobrança duvidosa, pois estamos a estudar o impacto nos resultados da manipulação de imparidades resultantes de dívidas de clientes. Como verificamos no ponto anterior, o conceito de imparidade de dívidas de clientes e utentes (SNC) e o conceito de provisão para clientes cobrança duvidosa do POCMS têm semelhanças. Assim, demonstramos no quadro um a equivalência dos dois conceitos.

Quadro 1:Equivalência do conceito de provisão de CD e imparidades em dívidas de clientes

Critérios comparação	POCMS	SNC	Convergência
Mensuração	Ao custo	Ao custo amortizado	Alguma
Reconhecimento Ativo	Reconhece um activo, deduzido de provisão de cobrança duvidosa.	Reconhece ativo deduzido imparidade	Existe
Período de reconhecimento	Durante o exercício económico	No período de relato	Existe
Critérios reconhecimento	Quando existem situações que levem a tal, como cobrança dificil, falência, quebra contratual ou outra	Quando existem situações que levem a tal, como cobrança dificil, falência, quebra contratual ou outra	Existe
Existe reversão	Sim	Sim	Existe
Quando é reconhecida a reversão	Quando deixarem de existir os pressupostos de registo da cobrança duvidosa de clientes	Quando deixarem de existir os pressupostos do activo estar em imparidade	Existe
Rubrica balanço	Registo no ativo e em três colunas, uma para o activo bruto, outra para a provisão e uma terceira para o activo liquido	Registo no ativo, deduzida na rubrica clientes, numa única coluna.	Existe
Divulgação	Em nota própria do anexo	Em nota própria do anexo	Existe

Fonte: elaboração própria

Assim, e como apresentado no quadro um, consideramos existir uma equivalência entre os conceitos de "clientes para cobrança duvidosa" (POCMS) e "imparidades em dívidas de clientes" (SNC), pelo que, iremos considerar as provisões para dívidas de clientes em cobrança duvidosa previstas no POCMS como sendo equivalentes ao conceito de perdas por imparidade em dívidas a receber. Todas as provisões para dívidas de clientes de cobrança duvidosa do anterior POCMS serão tratadas como operações contabilísticas equivalentes a perdas por imparidade em dívidas de clientes e utentes segundo o SNC. É nesta base que vamos solidificar o nosso estudo e conclusões do mesmo, atendendo existir uma equivalência entre os conceitos de provisão para clientes de cobrança duvidosa, tipificada no POCMS e imparidade de dívidas de clientes e utentes descrita no SNC.

4. Análise de evidências de manipulação de resultados

Não existem trabalhos de manipulação de resultados na área da saúde, tanto quanto é do nosso conhecimento, logo será importante fazê-lo pois a contabilidade destas instituições sofreu uma evolução vertiginosa, nos últimos anos, tornando a informação financeira mais fidedigna. Assim, o presente capítulo descreve o estudo empírico desenvolvido com o objetivo de verificar se poderá ter existido manipulação dos resultados contabilísticos nas unidades hospitalares do SNS em Portugal, no período 2009 a 2014, pelo que, seguidamente, são abordadas e desenvolvidas as seguintes temáticas:

- Pertinência e relevância do estudo;
- Objetivos do estudo e questões de investigação;
- Metodologias adotadas no presente estudo;
- População em estudo; e
- Análise e discussão dos resultados.

4.1. Pertinência e relevância do estudo

Os gastos de saúde em Portugal representam uma componente importante do orçamento de Estado. Assim, entendemos que um estudo na área dos *accruals* permite sensibilizar os gestores da área da saúde, para a utilização de uma técnica capaz de introduzir rigor nos mesmos. A introdução de *accruals* discricionários no registo contabilístico, com influência nos resultados líquidos das unidades hospitalares, pode constituir uma verdadeira manipulação, para se atingirem determinados objetivos de gestão. Nesta perspetiva, procuramos seguir as ideias contidas em estudos similares, nomeadamente Neto (2015), que o elaborou na área da construção civil, num setor onde o controlo dos gastos também é relevante. Embora sejam setores diferentes, as bases onde assenta o mesmo modelo, são iguais. Assim, existe uma convergência dos dois estudos que nos permitiu seguir as bases dos mesmos.

Logo, entendemos que o modelo de Neto (2015) se pode adaptar à área da saúde, mudando-se as variáveis. Salientamos ainda que nos estudos mencionados, os autores estimaram as imparidades

de dívidas de clientes através do modelo de Jones (1991), para concluírem sobre a existência de *accruals* discricionários e consequente manipulação de resultados contabilísticos. Esse método foi também seguido por nós, permitindo obter conclusões sobre manipulação de resultados contabilísticos na área da saúde. Ainda sobre as variáveis explicativas, do modelo de regressão linear que estima as imparidades, seguimos as definidas por Neto (2015), ou seja, o "*volume de negócios*" e "*total de dívidas de clientes e utentes*" por entendermos que são as principais variáveis que poderão influenciar o registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes no SNS e adequadas ao nosso estudo.

4.2 Objetivos do estudo e questões de investigação

O objetivo principal do nosso estudo visa saber se existem indícios de manipulação de resultados, através do registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes. Com técnicas estatísticas poderemos saber qual o *accrual* discricionário existente no registo das imparidades, permitindo a utilização desta técnica no melhoramento do registo das mesmas. De forma sucinta pretendemos com o estudo desenvolvido materializar um objetivo principal: **verificar a possibilidade de ter existido, ou não, manipulação dos resultados nas entidades em estudo**.

Assim, pretendeu-se verificar quais as unidades hospitalares que apresentavam maiores indícios de *accruals* discricionários no registo de imparidades nas suas demonstrações financeiras. Para atingir o objetivo proposto, teremos de utilizar técnicas estatísticas de análise, nomeadamente, o modelo de Jones (1991) e o modelo de regressão linear múltiplo utilizado por Neto (2015), que nos vai permitir identificar as imparidades de dívidas de clientes e utentes previstas, comparar com as reais e, dessa diferença concluir se existem evidências de manipulação de resultados contabilísticos. Todavia, a prossecução do objetivo proposto também está condicionada a limitações que poderemos encontrar na aplicação da metodologia em análise, nomeadamente, de que forma o registo de imparidades depende ou não, das variáveis que iremos definir.

O próprio modelo de Jones (1991) indica a percentagem da variável dependente explicada pelas variáveis independentes. Assim, o objetivo a atingir estará sempre condicionado a limitações como a mencionada. A nossa linha de investigação centraliza-se à volta deste objetivo, sabendo que outros objetivos poderiam ser definidos. De forma concisa e prática, pretendemos direcionar o estudo para detetar índices de discricionariedade ao nível do registo das imparidades de dívidas de clientes e utentes sabendo, contudo, as limitações existentes como a definida e também a

utilização de normativos diferentes (POCMS e SNC) ao nível das unidades hospitalares presentes no nosso estudo. Além do objetivo principal acima proposto, pretendemos ainda atingir, com o estudo mencionado, outros objetivos, nomeadamente:

- Disponibilizar um modelo que permita aos gestores das unidades do sistema nacional de saúde avaliarem a forma como a sua contabilidade está a ser preparada e permitir avaliar o impacto de eventuais alterações segundo o mesmo;
- Verificar se o modelo utilizado por Neto (2015), na construção civil é ainda válido na área da saúde.

Relativamente ao último objetivo, acima expresso, vamos verificar se a adequacidade dos modelos utilizados por Neto (2015) da manipulação de resultados das dívidas de clientes no setor da construção civil no período de 2011 a 2013 e a sua evolução em outras empresas Portuguesas, seriam igualmente válidos e adequados à discricionariedade do registo de imparidades nas dívidas de clientes e utentes do sistema nacional de saúde. Isto porque dos estudos de Neto (2015) foi possível concluir sobre a existência de discricionariedade no resultado destas empresas. Em suma, no estudo pretende-se testar a nossa hipótese através da metodologia definida usando o modelo de Jones (1991), para verificação dos *accruals* discricionários que influenciam resultados no tratamento das $IDC_{it,}$ conforme NCRF 27, definido no nosso sistema de normalização contabilística.

4.3. Metodologias adotadas no presente estudo

Todos os hospitais analisados até ao ano de 2014 encerraram os seus exercícios tendo por base o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS). Assim, utilizamos o termo "imparidades", porque todas as unidades de saúde utilizaram o normativo POCMS, com exceção de três, e foi nossa intenção efetuar uma equivalência entre o conceito de "provisões de dívidas de clientes" e "imparidades em dívidas de clientes" como já foi explicado. A partir de 2014, nem todas as unidades de saúde estudadas tinham os relatórios e contas homologados pela tutela[17]. Como indicado, há três unidades de saúde que utilizaram o normativo Sistema de Normalização Contabilística (SNC): Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo EPE, Administração Central dos Sistemas de Saúde IP (ACSS) e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE.

[17] A tutela é representada pelo Ministério da Saúde.

Por outro lado, todos os hospitais têm as contas auditadas por um revisor oficial de contas ou sociedades de revisores oficiais de contas, conforme legislação vigente. Na verificação da certificação legal de contas, emitida pelo ROC e relativa às demonstrações financeiras das unidades hospitalares descritas, não existem reservas na área das imparidades de dívidas de clientes e utentes, o que, à partida, constitui um fator de credibilidade do presente estudo. Desta forma, o conceito de manipulação de resultados centra-se na discricionariedade no uso do sistema contabilístico Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), que deriva do POCP e também Sistema de Normalização Contabilística (SNC). De acordo com as regras fiscais, não são aceites imparidades de dívidas do Estado atendendo a que o legislador as considera sempre cobráveis. Contudo, apesar de não serem aceites e terem de ser corrigidas fiscalmente, na declaração periódica de rendimentos modelo 22 do IRC, tal não significa que não possam ser consideradas e constituídas imparidades pelo que, a análise dos resultados no presente capítulo, engloba também, as dívidas de instituições do Ministério da Saúde e outras do Estado.

Segundo o modelo proposto por Jones (1991) é calculado o *accrual* discricionário, que resulta da diferença entre as imparidades reais e observáveis, retiradas dos balanços das unidades hospitalares publicadas nos relatórios e contas, e das imparidades estimadas por modelo de regressão linear múltipla. O cálculo das imparidades estimadas está representado no capítulo quatro, bem como a análise das mesmas, permitindo concluir sobre a possibilidade de ter existido manipulação de resultados contabilísticos. Ao nível operacional e atendendo à complexidade destas instituições, bem como às suas subculturas existentes, salientamos que nestas instituições existem pelo menos duas subculturas, a empresarial e a administrativa, pois existem trabalhadores com contrato individual de trabalho e trabalhadores em funções públicas, tornando a gestão complexa.

Contudo, as demonstrações financeiras das unidades hospitalares analisadas não descrevem quaisquer reservas na certificação legal de contas relativas a imparidades em dívidas de clientes e utentes, o que nos faz concluir que as mesmas estão definidas sob critérios de razoabilidade e considerados válidos pelo ROC. Logo, utilizamos o método dos *accruals* acima descrito para verificar a existência, ou não, de evidências de manipulação dos resultados contabilísticos. Utilizamos um modelo de regressão linear múltiplo, para obter as imparidades estimadas, no período 2009-2014. Consideramos três variáveis: a variável dependente, "*imparidades*

estimadas" e duas independentes "*volume de negócios*" e "*total de dívidas de clientes e utentes*". Os dados foram agregados, por ano, e por unidade hospitalar. Da diferença entre as imparidades estimadas e as imparidades reais (retiradas dos R&C), obtemos o *accrual* discricionário, caso exista. Daí podemos concluir sobre a evidência de manipulação de resultados contabilísticos.

4.4. População em estudo

A população objeto de estudo engloba todas as unidades hospitalares com sistema empresarial (agora, reclassificados) existentes em Portugal e pertencentes à rede pública de cuidados de saúde, designado sistema nacional de saúde (SNS). Esta rede é composta por hospitais isolados, ou centros hospitalares, que são constituídos por mais do que um hospital ou ainda Unidades Locais de Saúde, que englobam Centros Hospitalares e todos ou quase todos os centros de saúde da sua área de influência – normalmente o distrito – e também as unidades de saúde familiares (USF), bem como outras instituições como o ACES (Agrupamento dos Centros de Saúde) e as Unidades de Saúde Pública (USP).

No presente estudo foi decidido utilizar a totalidade da população de unidades hospitalares, no período 2009 a 2014 (Vide Tabela 1) em virtude da sua informação financeira já se encontrar certificada pelo Revisor Oficial de Contas e homologada pela própria tutela[18], estando inserida nos relatórios & contas das mesmas instituições, nos capítulos respeitantes às demonstrações financeiras. A recolha de dados foi obtida dos relatórios & contas de todas as unidades hospitalares em causa e no período mencionado. Decidimos escolher toda a população em virtude do número de unidades hospitalares em Portugal e pertencentes ao sistema nacional de saúde ser de pequena dimensão. Assim, apesar de incluirmos todas as unidades hospitalares com sistema empresarial, nos períodos de 2009 a 2014, não foi possível analisar alguns dados de algumas como explicado de seguida.

Desta forma, fazem parte do estudo os seguintes hospitais (Vide tabela 1), que constituem todas as unidades hospitalares pertencentes ao sistema empresarial do Estado e também ao Serviço Nacional de Saúde. Salientamos ainda que, atualmente, todas estas entidades foram reclassificadas, passando a pertencerem ao perímetro orçamental da Direção Geral do Orçamento, estando sujeitas às regras da contabilidade pública, plasmadas no novo normativo SNC-AP que entrou em vigor em 1 de janeiro de 2018.

[18] Ministério da Saúde.

Tabela 1:População em estudo

Unidade hospitalar	Sede
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	Portimão
Centro Hospitalar da Cova da Beira	Covilhã
Hospital Senhora da Oliveira	Guimarães
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	Aveiro
Centro Hospitalar Barreiro Montijo	Barreiro
Centro Hospitalar Universidade Coimbra	Coimbra
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga	Santa Maria da Feira
Centro Hospitalar Leiria Pombal	Leiria
Centro Hospitalar Lisboa Central	Lisboa
Centro Hospitalar Lisboa Norte	Lisboa
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	Lisboa
Centro Hospitalar Médio Tejo	Tomar
Centro Hospitalar Póvoa Varzim e Vila do Conde	Póvoa Varzim
Centro Hospitalar São João	Porto
Centro Hospitalar Setúbal	Setúbal
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	Penafiel
Centro Hospitalar Tondela Viseu	Viseu
Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro	Vila Real
Centro Hospitalar vila Nova de Gaia e Espinho	vila Nova de Gaia
Hospital de Santa Maria Maior	Barcelos
Hospital Distrital da Figueira da Foz	Figueira da Foz
Hospital Espírito Santo	Évora
Hospital Fernando Fonseca	Amadora
Hospital Garcia da Orta	Almada
Hospital Magalhães Lemos	Porto
IPO Coimbra	Coimbra
IPO Lisboa	Lisboa
IPO Porto	Porto
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	Viana do Castelo
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	Beja
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	Castelo Branco
Unidade Local de Saude da Guarda	Guarda
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano	Santiago do Caçém
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	Matosinhos
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	Portalegre
Unidade Local de Saúde Nordeste Alentejano	Bragança

Fonte: elaboração própria

No entanto, não foi possível obter dados financeiros das seguintes entidades:

- Do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, apenas conseguimos dados dos anos 2012, 2013 e 2014;
- Do Centro Hospitalar Tondela Viseu, não obtivemos dados do ano 2009;
- Da ULSNE, não obtivemos o registo das imparidades do ano de 2009, 2010 e 2011;

- Da ULSLA, não obtivemos dados dos anos 2009, 2010 e 2011;
- Do HGO do ano de 2012, do CHMT de 2014;
- Do CHLN do ano de 2009.

De notar, ainda, que todas estas unidades hospitalares foram reclassificadas desde 2015, passando a pertencer ao perímetro das entidades públicas com regras orçamentais tipificadas na lei de finanças públicas e estando sujeitas ao perímetro da Direção Geral do Orçamento (DGO) para efeitos de orçamento. O período analisado foi de seis anos, pois vai além de um único ciclo de gestão, cujos mandatos são de três anos.

4.5. Análise e discussão dos resultados

No estudo realizado seguimos a metodologia descrita de seguida e, tendo por base a mesma e os modelos aí descritos, vamos concluir sobre os dados recolhidos e analisados. Da discussão dos mesmos inferimos sobre a discricionariedade, ou não, nos resultados líquidos das diferentes instituições e também sobre os resultados agregados.

4.5.1. O limite teórico estatístico

No nosso caso e usando o modelo de Jones (1991) vamos estimar no período 2009 a 2014 as imparidades de dívidas em clientes e utentes através das variáveis "*volume de negócios*" e do "*total de dívidas de clientes e utentes*". Assim, partindo do modelo de Jones (1991) e usando um modelo de regressão linear múltipla (vide modelo 4), semelhante ao utilizado por Neto (2015), com as variáveis já descritas e referenciadas, verificámos que o número de registos anual obtido se encontra no limite mínimo estatístico à utilização deste tipo de modelos (30 registos) conforme pode ser observado no quadro dois.

Quadro 2: Número de registo estatístico

	Anos						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Registos	31	33	34	35	36	34	203

Fonte: elaboração própria

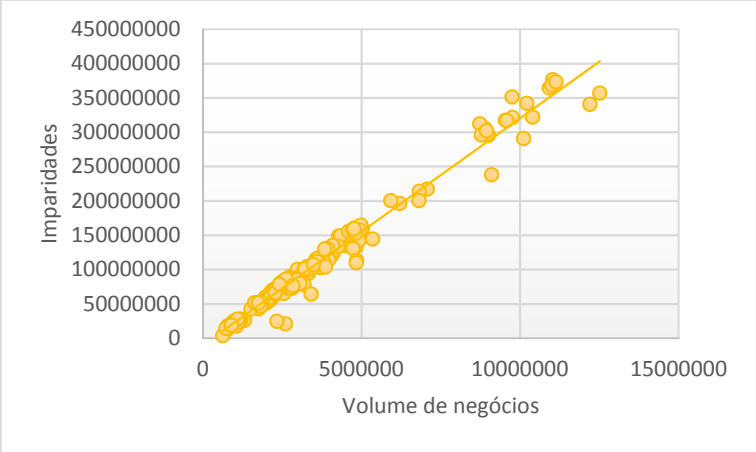
Da teoria estatística sabemos quando a amostra é suficientemente grande, o teorema do limite central prevê que a normalidade seja assegurada. Desta forma, e embora a contabilidade seja

efetuada anualmente, optou-se por um período de análise de seis anos, minimizando eventuais desvios a essa mesma normalidade.

4.5.2. A identificação do modelo

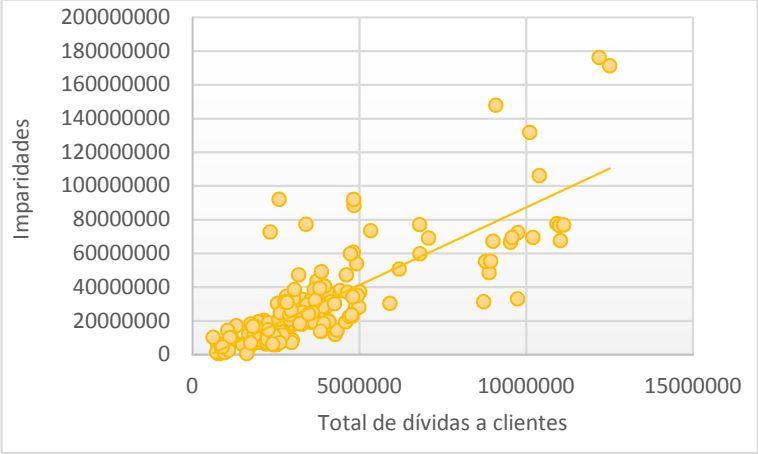
Na análise do modelo procurámos verificar a possibilidade de existir uma associação entre as variáveis apresentadas. Os coeficientes de correlação linear de Pearson entre cada uma das variáveis independentes - o volume de negócios acumulado (VN_{it}) e as dívidas de clientes e utentes (DC_{it}) - com a variável dependente - imparidades de dívidas de clientes acumulado - (IDC_{it}) são 0,510 (sig = 0,001) e 0,527 (sig = 0,002), respetivamente, e ambos significativos a 95%. Verificou-se, ainda, que o coeficiente de correlação linear de Pearson entre as variáveis independentes é de 0,895 (sig = 0,001) também estatisticamente significativo. As associações lineares referidas podem ainda ser observadas nos gráficos seguintes (gráficos 4, 5 e 6).

Gráfico 4:Correlação linear de Pearson entre variáveis



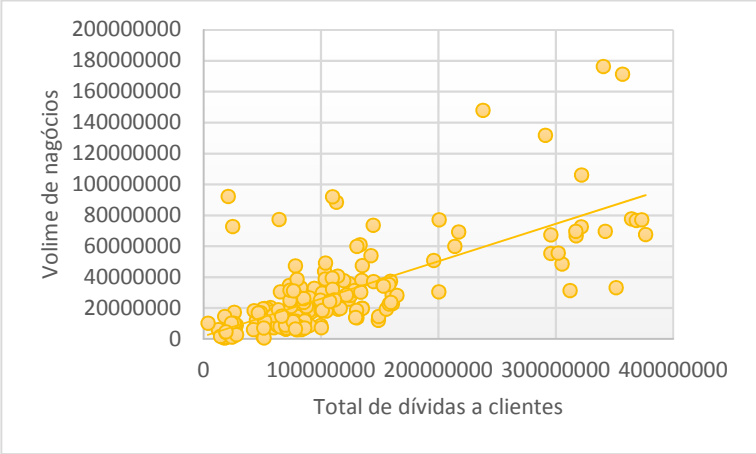
Fonte: elaboração própria com base apêndice I

Gráfico 5:Correlação linear de Pearson entre variáveis



Fonte: elaboração própria tendo por base o Apêndice I

Gráfico 6:Correlação linear de Pearson entre variáveis



Fonte: elaboração própria tendo por base o apêndice I

Realce-se a respeito dos gráficos anteriores, que o coeficiente de correlação linear de Pearson entre as variáveis explicativas é bastante elevado, o que poderia indiciar a existência de sobreposição entre as mesmas (existência de multicolinearidade). Logo, tal facto foi testado e observada uma tolerância de 0,641 que, ao se revelar superior a 0,1 indica que não existe multicolinearidade no modelo.

Assim, o modelo obtido foi o seguinte:

$$IDC_{it} = 334597{,}66 + 0{,}0252\, VN_{it} + 0{,}0191\, DC_{it} + \varepsilon_{it} \qquad (7)$$

Verificamos, assim, uma capacidade média explicativa de 23,5% ($R^2_{ajustado} = 0{,}235$) semelhante ao observado no estudo de Neto (2015) pelo menos no ano de 2011, cuja capacidade

explicativa era de 35,91% no ano de 2011, de 15,83 %, no ano de 2012 e de 50,6% no ano de 2013, perfazendo uma média dos três anos de cerca de 34%. Nestes termos verificámos que o nosso modelo, em seis períodos, apresenta um valor médio de 23,5%, ou seja, alguns pontos percentuais abaixo do modelo desenvolvido por Neto (2015). O correspondente valor da estatística F da ANOVA é de 31,854 (sig = 0,00) sendo estatisticamente significativa, e esta capacidade explicativa não se deve ao acaso. Obviamente, 76,5% da variação das *Imparidades em dívidas de clientes* não é explicada por estas variáveis e seriam necessárias outras não controladas ou identificadas neste estudo para aumentar a capacidade explicativa.

As estatísticas T associadas aos coeficientes das variáveis independentes são 5,188 (sig = 0,00) e 1,746 (sig = 0,082) e cada uma destas variáveis contribui, individualmente, de forma estatisticamente significativa na explicação da variabilidade das *imparidades*. O modelo é válido para uma confiança de 90%, mas não de 95% devido à significância do parâmetro do *total de dívidas a clientes* ser superior a 0,05, mas inferior a 0,10. Ambos os coeficientes associados às variáveis são positivos pelo que, como seria de esperar, a um aumento no *total de dívidas de clientes* e do *volume de negócios* conduz a um aumento do total de *imparidades previstas*. Estes coeficientes significam que a um aumento em uma unidade no *volume de negócios* conduz a um aumento previsto de 0,0252 nas *Imparidades estimadas*. Por outro lado, e a cada unidade do *total de dívidas de clientes* será espectável um aumento nas Imparidades estimadas de 0,0191.

4.5.3. Análise e discussão dos resultados

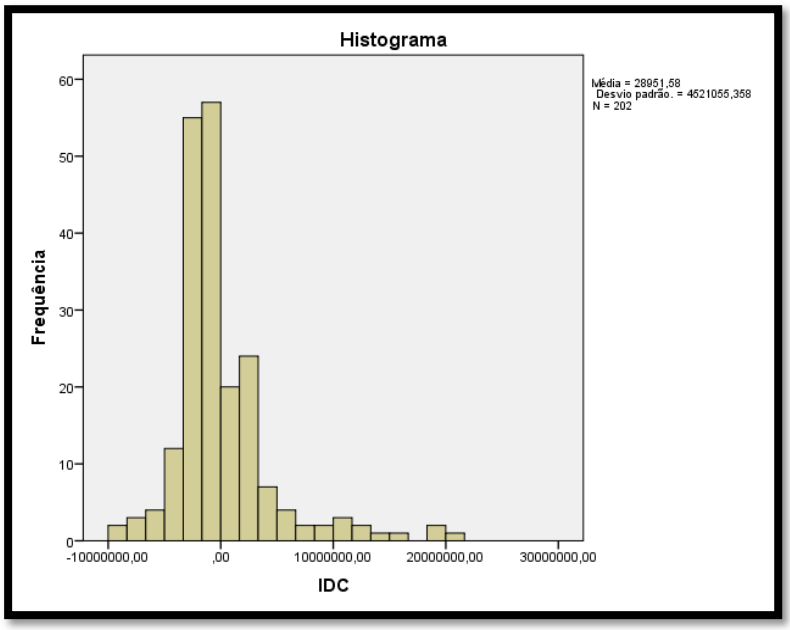
Com vista a uma análise mais detalhada dos *accruals* utilizados, optou-se por duas estratégias. Uma primeira que visou analisar aqueles cujos valores eram superiores a 10.000.000 € e numa segunda fase dividir os restantes registos em três *clusters*, utilizando o algoritmo *K-means*, correspondendo aos valores mais baixos, intermédios e aos valores mais altos dos *accruals* observados.

Accruals superiores a 10.000.000 €

O modelo por nós utilizado permite fazer uma análise agregada de todas as unidades hospitalares. Apesar disso, e apresentando resultados sempre numa base agregada, podemos analisar casos específicos de determinadas unidades hospitalares, mencionadas no apêndice I e que podem apresentar dados fora do valor médio. Assim, da diferença entre os valores reais

obtidos e os estimados pelo modelo, ao nível das imparidades de dívidas de clientes e utentes, analisámos os casos cujos valores estão acima dos 10.000.000 €, ou seja, quais os casos em que o desvio é superior a esse mesmo valor. Os valores obtidos segundo o critério anterior (*accruals* superiores a 10.000.000 €) encontram-se apresentados na tabela dois. Contudo, o gráfico sete, permite ter uma perceção de todos os *accruals* discricionários (´IDC-IDC) de todas as unidades hospitalares analisadas no período 2009-2014. Verificamos assim, segundo o gráfico, que existem *accruals* com valores muito elevados acima dos 10.000.000 €

Gráfico 7:Variação de todos os *accruals* discricionários



Fonte: Apêndice I

Comparando o valor das imparidades de dívidas de clientes e utentes reais e estimadas pelo modelo, apenas para valores divergentes superiores a 10.000.000 €, verificamos que os mesmos são apenas dez casos, conforme dados apresentados na tabela seguinte (tabela 2).

Tabela 2:Unidades hospitalares com *accruals* superiores a 10.000.000 €

		CHLN	CHUC	IPOL
Anos	2009	0	0	1
	2010	1	0	1
	2011	0	1	1
	2012	0	1	1
	2013	0	1	1
	2014	0	0	1

Fonte: elaboração própria com dados retirados do Apêndice I e aplicação SPSS

Onde,

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte;

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra;

IPOL – Instituto Português Oncologia de Lisboa.

Da análise conjunta do gráfico sete e da tabela dois, verificámos que todos os valores divergentes entre as imparidades registadas nas demonstrações financeiras e as imparidades estimadas pelo modelo, estão situados abaixo dos 10.000.000 €, com exceção dos dez registos da tabela dois. Assim, o IPOL apresenta registo em todos os anos do período analisado. O CHUC, apresenta divergências superiores a 10.000.000 € nos anos de 2011, 2012 e 2013. Por sua vez, o CHLN, apenas no ano de 2010. As restantes unidades hospitalares apresentam valores abaixo do indicado, nos diferentes anos do período analisado. Ora, de acordo com o modelo por nós analisado, Jones (1991) (Vide modelo 3), a diferença entre as ´IDC (estimadas) e as IDC (reais), constitui o nosso *accrual* discricionário. Assim, poderíamos admitir existir discricionariedade no registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes nestas unidades hospitalares e nos períodos analisados, contudo temos de reter que o modelo apenas apresenta uma capacidade de explicação de 23,5%, logo poderão existir outras variáveis que influenciam esta conclusão. O quadro três apresenta os resultados estatísticos de todos os *accruals* discricionários com valor superior a 10.000.000 €, para as dez unidades hospitalares analisadas.

Quadro 3:Estatística das unidades hospitalares com *accruals* discricionários

Estatísticas		
Δ´IDCti		
N	Válido	202
Média		28 951,58
Mediana		-985 360,05
Mínimo		-9 822 476,32
Máximo		21 250 189,06

Fonte: elaboração própria com dados retirados apêndice I e SPSS

Assim, podemos verificar que as (´IDC-IDC) (Variação Imparidades de dívidas de clientes e utentes estimadas e reais) para estas unidades hospitalares apresentam valores elevados, em algumas delas. Tal evidência vem contrariar a afirmação de Choi & Lee (2002) de que as empresas de menor dimensão e que apresentam resultados líquidos de menor valor têm tendência

a manipular resultados para evitar perdas. Estas unidades hospitalares, de toda a população por nós estudada, são as de maior dimensão, quer financeira, quer logística e operacional. Assim, de acordo com o modelo analisado, constatamos que unidades hospitalares de elevada dimensão, poderão apresentar resultados líquidos manipulados pelo não registo de imparidades.

Análise de *clusters* para as unidades hospitalares

Uma outra análise interessante será segmentar os *accruals* discricionários de todas as unidades hospitalares da nossa população. Assim, definimos três *clusteres*, pois a totalidade de unidades hospitalares pertencentes à população é de valor significativo. Através de uma classificação *K-means* agrupamos as unidades hospitalares com o objetivo de constituir três grupos distintos, como podemos observar na tabela três.

Tabela 3:Análise de *clusteres*

	Clusters		
	1	2	3
Unidades hospitalares	133	13	56
Média	-2 237 475,06	13 437 782,62	2 298 950,52
Desvio padrão	1 800 411,49	4 310 998,27	1 642 816,91
Mínimo	-9 822 476,32	7 922 366,53	69 604,52
Máximo	-14 368,10	21 250 189,06	6 905 354,97

Fonte: elaboração própria com dados do apêndice I e SPSS

Pela análise da tabela três (*cluster* 1) há 133 observações em que a média dos *accruals* discricionários é negativa. Significa que neste grupo e recordando o modelo definido (Vide modelo 3), quando as ´IDC estimadas pelo modelo são de valor inferior às IDC reais (observadas nos balanços), a variação dos *accruals* discricionária, apresenta valores negativos. Isto significa que as imparidades em dívidas de clientes e utentes estimadas pelo modelo são de valor superior às reais. Neste grupo podemos equacionar a possibilidade de existirem *accruals* discricionários. No caso, as imparidades em dívidas de clientes e utentes deveriam ser de valor superior ao valor registado nos balanços das unidades hospitalares. Assim, poderemos dizer que nos casos analisados estas unidades hospitalares não registaram imparidades para melhorar os resultados líquidos. Há, assim, indícios de discricionariedade ou possível manipulação de resultados líquidos pelo efeito de não registo de imparidades de dívidas de clientes.

Já o cluster dois demonstrado na tabela três agrupa treze registos, onde podemos verificar uma média do *accrual* discricionário de 13.437.782,62 €. Sendo estas unidades hospitalares de maior dimensão, será de esperar que apresentem um valor elevado de "*volume de negócios*" e "*total de dívidas de clientes e utentes*". Por sua vez, havendo *accruals* discricionários estes variam no sentido positivo e diretamente proporcional ao valor destas duas variáveis. Assim, pode haver uma possível discricionariedade no registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes, que poderão estar a influenciar os resultados líquidos, diminuindo-os. Os valores do cluster dois são positivos, ao contrário do cluster um que são negativos. Assim, ao contrário daquele, este poderá indiciar a existência de *accruals* discricionários influenciados pelo registo em excesso de imparidades de dívidas de clientes e utentes que poderão fazer diminuir os resultados líquidos.

Quanto ao cluster três, este engloba cinquenta e seis registos, nas unidades hospitalares analisadas no período 2009-2014, com uma média de 2.298.950,52 € de acordo com a tabela três. Este cluster apresenta os valores entre o cluster um e dois. Apresenta valores positivos com desvio padrão de menor valor em relação aos anteriores, significando que as unidades hospitalares que o compõem, poderão apresentar valores mais consistentes de registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes. Apesar desta análise, através da tabela seguinte (tabela 4) procuramos verificar quais as unidades hospitalares (nos seis anos) que apresentavam o *accrual* inferior ou superior a essa mesma média e, desta forma, concluirmos sobre a hipótese levantada no presente trabalho.

Tabela 4:Valor divergente médio do *acrrual discricionário* por unidade hospitalar

		(TDC-IDC)	
Hospital		Negativo	Positivo
	Centro Hospitalar Barlavento algarvio	3	3
	Centro Hospitalar Barreiro Montijo	6	0
	Centro Hospitalar Baixo Vouga	6	0
	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga	6	0
	Centro Hospitalar Lisboa Central	1	5
	Centro Hospitalar Lisboa Norte	4	1
	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	3	3
	Centro Hospitalar Leiria Pombal	6	0
	Centro Hospitalar Médio Tejo	1	4
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim e Vila do Conde	6	0
	Centro Hospitalar Setúbal	0	6
	Centro Hospitalar São João	6	0
	Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro	6	0
	Centro Hospitalar Tâmega sousa	6	0
	Centro Hospitalar Tondela Viseu	0	6
	Centro Hospitalar Universidade Coimbra	0	3
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia e Espinho	0	6
	Hospital Ditrital Figueira Foz	0	6
	Hospital Espirito Santo Evora	6	0
	Hospital Doutor Fernando Fonseca	6	0
	Hospital Garcia Horta	1	4
	Hospital Magalhães Lemos	5	0
	Hospital Santa Maria Maior	0	6
	Hospital Senhora da Oliveira	6	0
	Instituto Português de Oncologia Coimbra	6	0
	Instituto Português Oncologia Lisboa	0	6
	Instituto Português Oncologia Porto	5	1
	Unidade Local de Saúde Alto Minho	6	0
	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	4	2
	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	6	0
	Unidade Local de Saúde da Guarda	6	0
	Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano	3	0
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos	4	2
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano	5	1
	Unidade Local de Saúde do Nordeste	3	0

Fonte: elaboração própria com dados do apêndice I e SPSS

Sabendo que analisamos o período de 2009 a 2014, portanto seis anos, a tabela quatro permite observar o número de anos que são positivos ou negativos por unidade hospitalar. Sabemos, também, que os valores positivos indicam que poderão ter sido registadas imparidades por defeito relativas a dívidas de clientes e utentes, com o objetivo de provocar um aumento nos resultados líquidos dessas organizações. Por outro lado, os valores negativos indicam um registo por excesso de perdas por imparidade relativas a dívidas de clientes e utentes, provocando uma diminuição nos resultados líquidos. Ora, de acordo com a tabela cinco as unidades hospitalares que apresentam um valor de seis observações de *accruals*, estão em maior quantidade no parâmetro "negativo" do que no "positivo". Daí podermos concluir que poderá haver mais

unidades hospitalares a influenciar os seus resultados líquidos pelo registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes em excesso, provocando-lhes uma diminuição. Ora, esta análise da mencionada tabela cinco permite concluir sobre a hipótese por nós levantada neste trabalho. Somos levados a concluir existirem indícios de *accruals* discricionários no registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes, que influenciam os resultados líquidos dessas mesmas unidades hospitalares.

Todavia, esta nossa conclusão deve ser analisada de forma ponderada, porquanto, como vimos neste trabalho, o nosso modelo apenas é explicado em 23,5% pelas variáveis do nosso estudo. Os restantes 76,5%, são explicados por outras variáveis não pertencentes ao modelo por nós utilizado (Vide modelo 3 e 4). Assim, consideramos que os dados por nós obtidos permitem concluir pela possível existência de *accruals* discricionários no registo de imparidade de dívidas de clientes nas unidades hospitalares pertencentes ao SNS, no período temporal de 2009 a 2014.

Desta forma das conclusões obtidas no estudo e inscritas no ponto seguinte podemos, na área de contabilidade, utilizar estas metodologias para verificação de *accruals* discricionários noutras rubricas das demonstrações financeiras. Assim, a utilização do modelo aqui descrito e outras técnicas estatísticas, auxilia os gestores na verificação da consistência das peças financeiras a publicar em cada ano da prestação de contas nas unidades hospitalares. O ponto seguinte refere isso mesmo, quais as conclusões do estudo realizado, bem como a possibilidade destas metodologias serem utilizadas em outros trabalhos.

Conclusões

No presente estudo, direcionado para o período 2009-2014, foram analisados os relatórios e contas do conjunto de unidades hospitalares do sistema nacional de saúde do sector empresarial do Estado (com algumas exclusões, devidamente fundamentadas), no intuito de se verificar se poderão ter existido indícios de manipulação dos resultados contabilísticos nas unidades hospitalares do SNS, em Portugal. Para tal, procurámos verificar se os gestores da área da saúde poderão ter apresentado essa evidência de manipulação através do registo indevido de imparidades em dívidas de clientes e utentes. Assim, para esta análise recorremos a um modelo de análise proposto por Jones (1991) e, ainda, a um modelo de regressão linear múltipla aplicado por Neto (2015). Neste modelo de regressão linear, utilizamos duas variáveis independentes *"volume de negócios" e "total de dívidas de clientes e utentes"* para estimarmos o valor da variável independente, "*total de imparidades de dívidas de clientes estimadas"*. Por conseguinte, o valor dos *accruals* discricionários resultou da diferença do valor desta variável e o valor das *imparidades em dívidas de clientes e utentes observadas* nas demonstrações financeiras dos relatórios & contas das unidades hospitalares analisadas no período de 2009-2014.

Do desenvolvimento do presente estudo e da análise dos resultados obtidos foi possível concluir que:

- O modelo por nós utilizado explica em 25% que as variáveis "*volume de negócios*" e "*total de dívidas de clientes e utentes*", apresentam uma correlação estatística razoável com a variável dependente "*imparidades de dívidas de clientes e utentes* estimadas";
- Os dados obtidos nos modelos de análise por nós aplicados apontam no sentido de se poder confirmar a hipótese expressa por nós de que, no período 2009 - 2014, as unidades hospitalares estudadas e pertencentes ao setor da saúde poderão ter sido sujeitas a manipulação dos seus resultados líquidos pelo efeito do registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes;
- Os resultados obtidos sugerem que a manipulação dos resultados pode ter ocorrido pelo registo em excesso ou defeito de perdas por imparidades em dívidas de clientes e utentes, já que estes registos têm impactos na posição financeira das entidades e nos seus resultados do período;

- O modelo aplicado por Neto (2015) a um conjunto de empresas do setor da construção civil também se revelou válido para o estudo das unidades hospitalares do sistema nacional de saúde, no período de 2009 a 2014.

O estudo realizado permitiu ainda sugerir um modelo estatístico que poderá ser utilizado na deteção de *accruals* discricionários ao nível do registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes, por forma a que os gestores da saúde possam verificar se as demonstrações financeiras não apresentam resultados manipulados pela via do registo de imparidades. O modelo em causa apresenta os coeficientes Beta positivos significando que a estimação das imparidades "reais" (variável dependente) varia de forma diretamente proporcional ao valor das variáveis independentes (*volume de negócios* e *total de dívidas de clientes*).

Para além do referido e após sujeição dos dados obtidos a uma análise de clusters também foi possível enquadrar as unidades hospitalares em três grupos distintos, a partir dos quais se pôde verificar existirem 133 observações que apresentam *accruals* negativos, indiciando que nestes casos os resultados líquidos podem apresentar indícios de manipulação por não se terem registado imparidades em dívidas de clientes e utentes. No caso, os mesmos poderão ter sido aumentados pelo não registo de imparidades; por conseguinte, existem 13 observações, de *accruals* cuja média é de 13.437.782,62 €. Embora sejam positivos, os valores são elevados denotando que estas unidades hospitalares poderão ter os resultados contabilísticos manipulados pelo elevado valor de registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes. E por fim, no cluster três, há 56 observações de valores de *accruals* que apresentam uma média de 2.298.950,52 €, significando que o registo de imparidades em dívidas de clientes e utentes indicará um baixo índice de manipulação de resultados contabilísticos resultante do registo de imparidades de dívidas de clientes e utentes.

Face ao aqui exposto, concluímos que pode ter existido manipulação de resultados contabilísticos no período analisado (2009-2014) para as unidades hospitalares do setor empresarial do Estado (agora empresas reclassificadas). Por fim, tendo em linha de conta os objetivos propostos para o presente trabalho, a sua eventual importância no contexto das administrações públicas e as observações aqui obtidas entendemos que poderá ser relevante continuar a desenvolver novos estudos sobre esta realidade, para períodos mais recentes, no intuito de se observar e avaliar a sua evolução no tempo.

Referências Bibliográficas

Baralexis, S. (2004), "Creative Accounting in small advancing countries." Managerial Auditing Journal". 19 (3).

Bartov, E. (2000), The rewards to meeting or beating earnings expectations. Journal of Accounting and Economics 33. Los Angeles. USA.

Beneish, M. (1999), Detection of Earnings Manipulation – Beneish (1999) Model. Acedido em Fevereiro de 2017, https://e8research.wordpress.com/2012/04/02/detection-of-earnings-manipulation-beneish-1999-model/.

Choi, B., B. Lee, (2002), Company size, auditor type and earning management. Journal of forensic Accounting, vol. 3.

Código do Imposto sobre as Pessoas Coletivas. Autoridade tributária e Aduaneira. Acedido em 10 de maio de 2017, em:
http://info.portaldasfinancas.gov.pt/pt/informacao_fiscal/codigos_tributarios/CIRC_2R/

Cunha, M. (2013), Métodos empíricos para detetar práticas de manipulação de resultados, revista de Revisores e auditores: Lisboa.

Davidson, S., C. Stickney, R. Weil, (1987), Accounting: The Language of Business. Thomas Horton and Daughters, Sun Lakes, Arizona.

De Angelo, L. (1986), Accounting numbers as market valuation substitutes: A study of management buyouts of public stockholders. The Accounting Review, vol.61, no. 3.

Dechow, P., D. Skinner (2003), Discretionary Accruals and Earnings Management: An Analysis of Pseudo Earnings Targets. University of Georgia, 2003.

Dechow, P. (1995), Manual accounting earnings and cash flows performance: the role of accounting accruals. Journal of accounting Economics. New York, vol. 18.

Dechow, P., G. Sloan, P. Sweeney (1995) Detecting Earning Management. Accounting Review, vol. 70, nº 2.

Decreto-Lei nº 459/82, de 26 de novembro, diário da República nº 274/1982, série I. Ministério das Finanças e do Plano. Lisboa.

Decreto-Lei nº 410/89, de 21 de novembro, diário da república nº 268, série I. Ministério das Finanças. Lisboa.

Decreto-Lei nº 71/2007, de 27 de março, diário da República nº 61, série I. Ministério das Finanças. Lisboa.

Decreto-Lei nº 232/97, de 3 de setembro, diário da República nº 4594, série I. Ministério das Finanças. Lisboa.

Decreto-Lei nº 183/08, de 4 de setembro, diário da república nº 171/2008, série I. Ministério da saúde. Lisboa.

Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 de março, diário da república nº 43, série I. Ministério da Saúde. Lisboa.

Degeorge, F., J. Patel, e R. Zeckha, (1999). "Earnings management to exceed thresholds." Jornal of Business 72.

Dichev I., B. Rgstahler, (1997). "Earnings management to avoid earnings decreases and losses". Journal of Accounting and Economics 24.

Fernandes, M. (2007); «The Relevance of the Accounting System to Municipal Decision-Making in Portugal: an Empirical Analysis of the Internal Use of Information»; 4th International Conference on Accounting, Auditing an Management in Public Sector Reforms, EIASM, Siena, setembro.

Francis, J. (2004). "Costs of Equity and Earnings Attributes". Accounting Review 79. New York.

Franco, P. (2013), “Inventários e imparidades”. Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas. Lisboa.

Guay, W., S. Kothari e R. Watts (1996), “A market-based evaluation of discretionary accrual models”, *Journal of Accounting Research*, Vol. 34.

Guimarães, J. (1998), O princípio da prudência e o caso das provisões do POC e no POCP, Boletim da APECA, nº 79, fevereiro de 1998.

Hadani, M., M. Goranova, R. Khan (2011), Institutional investors shareholder activism and earnings management. Journal of Business Reaserch.

Healy, P. (1985). “The effect of bonus schemes on accounting decisions” Journal of Accounting and Economics 1.

Healy, P. e J. Whalen, (1999), "A Review of Earnings Management Literature and its Implications for Standard Setting", Account in Horizons, 13.

Kasznik, R., (1999), “On the Association between Voluntary Disclosure and Earnings Management”, *Journal of Accounting Research* 37.

Klein, A. (2002), ‘‘Audit commitee, board of director characteristics, and earnings management’’,Journal of Accounting and Economics, Vol. 33 No. 3.

Young S. (1999), Detecting Earnings Management Using Cross-Sectional Abnormal Accruals Models. Lancaster University.

Jensen M., W. Meckling (1976), Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs, and ownership structure: Springer.

Jones, J. (1991), "Earnings management during import relief investigations", Journal of Accounting Research, 29 (Autumn). Wiley. University of Chicago.

Carrapiço, J. (2010), POC versus SNC – clientes de cobrança duvidosa, Revista OTOC.

Lourenço, M. M. Sarmento (2008), A fraude contabilística e o ambiente empresarial. Contabilidade e Gestão, Revista Cientifica da Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas, outubro.

Marques, M., L. Rodrigues, R. Craig (2009). Earnings management induced by tax planning: The case of Portuguese private firms. Journal of International Accounting, Auditing and Taxation, 20.

McKee, T. (2005). *Earnings management: An executive prospective*. Mason, Ohio: Thomson.

McNichols, M., P. Wilson (1988), Evidence of Earnings Management from the Provision for Bad Debts. Journal of Account in Research.

Mendes, C., L. Rodrigues (2007), Determinantes da Manipulação Contabilística. Revista de Estudos Politécnicos, Volume IV.

Moreira, J. (2008), A Manipulação dos Resultados nas Empresas: um contributo para o estado do caso Português. Jornal de Contabilidade da APOTEC.

Mulford, C., E. Comiskey (2005), Financial Numbers Game: Detecting Creative.

Neto, L. (2015), Manipulação de resultados via imparidades em dívidas de clientes: uma análise para o setor da construção no período 2011-2013. Universidade do Porto.

Paulo, E. (2007), Manipulação das informações contábeis: uma análise teórica e empírica sobre os modelos operacionais de deteção de gerenciamento de resultados, São Paulo.

Peasnell, K. (2000), Board Monitoring and Earnings Management: Do Outside Directors Influence Abnormal Accruals? Lancaster University - Department of Accounting and Finance.

Peasnell, K.., P. Pope, S. Young, S.(2001). "The characteristics of firms subject to adverse rulings by the financial reporting review panel", Accounting and Business Research 31.

Rodrigues, J. (2009), Sistema de Normalização Contabilística Explicado. Porto Editora. Lisboa.

Penman, S. (2012). Financial Statement Analysis and Security Valuation. Irwin Professional.

Pinto P. (1991), As Provisões no Novo Plano Oficial de Contabilidade, in Jornal do Técnico de Contas e da Empresa, n.º 305, de fevereiro/91

Pinto, A. (2015), Imparidades em inventários: a evolução do seu reconhecimento nas empresas Portuguesas. Tese de mestrado em Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, ISCAP. Porto.

Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde Explicado (1982), ACSS.

Ribeirinho, A. (2012), NCRF 27 – Instrumentos Financeiros, OTOC.

Rogério Fernandes F., (2012), Provisões – doutrina jurídico contabilística seguida da atual regulamentação anotada. Lisboa. Livraria Petrony.

Schipper, K. (1989): Commentary on earnings management. *Accounting Horizons* 3.

Scott B. (1997), The effect of venture capitalists on accruals, accounting methods, and the informativeness of earnings of newly public companies.. *ETD collection for University of Nebraska - Lincoln*. AAI9734619.

Sousa, C. (2014), Auditoria aos critérios fiscais aplicados no âmbito dos créditos de cobrança duvidosa e dos créditos incobráveis, Revista OROC.

Subramanyam, K. (1996), The princing of discretionary accruals. Journal of accounting and Economics. New York: V. 22, n. 1-3, aug-dec.

Teoh, S. (1998). Earnings Management and the Long-term Underperformance of Initial Public Stock Offerings." Journal of Finance 53, 1935–1974.

Thomas, J.; J. Zhang, (2000), Identifying unexpected accruals: a comparison of current approaches. Journal of accounting and Public Policy. New York.

APENDICE I

Hospital	Ano	VN	Clientes C/C	Utentes	MS	CD	Total DC	Imparidades	RL
CHBA	2009	65 503 922,00	3 248 780,00	0,00	2 906 379,00	3 326 224,00	9 481 383,00	2 125 512,00	-12 069 444,00
CHBA	2010	68 494 621,00	4 677 408,00	0,00	2 623 943,00	3 133 118,00	10 434 469,00	2 230 850,00	-10 488 612,00
CHBA	2011	61 105 913,00	1 869 741,00	0,00	4 971 334,00	2 911 771,00	9 752 846,00	2 362 871,00	-17 048 244,00
CHBA	2012	65 014 580,00	1 790 405,00	0,00	2 944 347,00	3 138 704,00	7 873 456,00	2 483 444,00	-6 231 916,00
CHBA	2013	87 328 090,62	1 792 081,61	504 701,45	13 775 643,50	4 852 062,30	20 924 488,86	4 613 794,65	-3 109 823,30
CHBA	2014	173 729 311,85	2 029 795,17	652 783,49	197 880 759,63	5 372 551,15	205 935 889,44	5 597 620,92	-3 397 658,23
CHCB	2009	59 184 412,52	2 511 278,41	558,14	5 107 969,67	1 435 321,23	9 055 127,45	1 219 847,98	-1 836 593,67
CHCB	2010	59 774 953,93	2 667 970,20	5 530,59	5 491 064,18	1 060 282,74	9 224 847,71	1 060 282,74	-579 188,48
CHCB	2011	45 451 083,26	1 134 755,75	5 843,39	7 511 355,88	3 107 522,35	11 759 477,37	3 080 681,56	-15 372 594,10
CHCB	2012	44 875 394,60	1 097 343,26	10 243,06	7 708 057,11	3 079 111,95	11 894 755,38	3 053 965,55	-9 752 060,58
CHCB	2013	42 424 319,77	69 606,54	3 185,79	2 728 999,25	3 101 767,23	5 903 558,81	3 061 119,62	-12 712 333,78
CHCB	2014	51 011 014,47	49 024,80	2 661,13	3 701 277,79	3 192 729,11	6 945 692,83	3 070 472,71	-2 606 269,62
HSO	2009	76 530 378,00	2 420 935,00	7 395,00	4 130 816,00	1 756 645,00	8 315 791,00	1 502 800,00	-11 726 876,00
HSO	2010	75 087 397,00	3 300 870,00	6 708,00	4 901 013,00	2 191 848,00	10 400 439,00	1 697 867,00	-10 469 211,00
HSO	2011	69 467 788,00	973 534,00	6 720,00	7 996 485,00	1 735 564,00	10 712 303,00	1 582 471,00	-10 869 377,00
HSO	2012	66 809 995,59	1 499 244,00	6 708,00	4 101 551,00	1 733 153,00	7 340 656,00	1 535 318,00	-4 330 942,69
HSO	2013	72 081 762,00	1 511 479,00	6 708,00	3 831 148,00	1 817 966,00	7 167 301,00	1 619 543,00	-5 055 319,00
HSO	2014	80 260 805,00	2 173 149,00	6 728,00	4 321 456,00	1 746 631,00	8 247 964,00	1 687 698,00	147 380,00
CHBV	2009	51 876 543,23	1 908 765,89	14 065,47	17 090 890,32	540 689,78	19 554 411,46	45 670,67	-2 057 687,50
CHBV	2010	56 890 765,45	1 890 434,70	12 356,65	17 887 689,22	566 908,60	20 357 389,17	67 890,47	-2 760 123,45
CHBV	2011	53 780 657,20	1 903 810,90	19 500,40	16 965 498,54	583 890,65	19 472 700,49	484 987,60	-13 454 745,50
CHBV	2012	50 579 839,99	1 963 609,86	18 473,52	16 840 793,74	582 899,75	19 405 776,87	473 999,10	-12 364 659,21
CHBV	2013	63 672 968,05	1 001 304,71	12 904,04	16 995 922,73	794 129,84	18 804 261,32	466 691,86	-2 762 415,77
CHBV	2014	64 156 242,26	1 008 690,28	12 904,04	75 448 939,62	753 261,90	77 223 795,84	500 243,89	-7 302 031,53
CHBM	2009	12 306 445,22	3 753 952,31	75 364,45	1 917 425,91	319 871,06	6 066 613,73	319 871,06	-4 448 369,55
CHBM	2010	69 837 825,36	3 849 593,38	44 316,02	2 060 270,65	325 243,62	6 279 423,67	325 243,62	-20 493 103,63
CHBM	2011	59 761 291,81	3 874 813,12	34 187,72	2 922 508,27	345 701,77	7 177 210,88	345 701,77	-24 574 249,73
CHBM	2012	62 929 818,54	3 987 410,08	62 677,46	4 313 335,05	322 233,75	8 685 656,34	322 233,75	-18 290 708,91
CHBM	2013	70 352 031,48	2 690 819,97	69 825,62	3 863 180,56	326 928,89	6 950 755,04	326 828,89	-3 932 553,98
CHBM	2014	65 331 801,25	3 631 432,90	23 405,30	23 476 021,80	3 247 889,10	30 378 749,10	560 541,65	-101 924,03
IPOP	2009	134 417 901,13	18 844 752,19	0,00	16 282 256,46	2 824 309,59	37 951 318,24	77 858,12	12 994 835,76
IPOP	2010	144 670 241,76	20 668 775,57	0,00	14 370 534,46	1 944 376,60	36 983 686,63	1 646 191,66	11 098 007,49
IPOP	2011	128 284 957,37	13 242 806,92	0,00	15 738 180,15	2 334 495,07	31 315 482,14	2 298 723,11	9 283 652,15
IPOP	2012	113 025 397,05	14 235 093,88	0,00	69 974 745,94	4 239 066,04	88 448 905,86	4 130 225,37	1 956 237,56
IPOP	2013	109 816 656,18	13 841 504,52	0,00	74 174 560,85	4 005 646,35	92 021 711,72	3 869 975,01	3 633 262,15
IPOP	2014	111 365 310,84	14 009 630,88	3 299,15	7 389 130,92	3 755 129,54	25 157 190,49	3 673 614,71	5 540 594,54
CHUC	2011	20 728 652,31	24 069 484,64	922 988,75	41 458 378,71	25 603 920,34	92 054 772,44	23 852 043,70	-11 320 867,78
CHUC	2012	364 356 195,61	27 360 836,83	351 648,77	25 184 281,78	24 793 999,79	77 690 767,17	24 204 723,69	-32 909 129,47
CHUC	2013	368 435 710,30	22 318 241,07	142 906,05	29 229 726,65	24 900 111,41	76 590 985,18	23 715 910,99	-29 846 171,34
CHDV	2009	82 501 919,88	331 937,39	331 937,39	6 733 454,26	981 187,54	8 378 516,58	981 187,54	-1 585 160,25
CHDV	2010	89 965 065,13	3 546 680,04	340 412,71	3 774 707,30	935 291,87	8 597 091,92	935 291,87	343 001,48
CHDV	2011	82 777 839,14	3 341 145,00	235 833,52	6 019 973,53	1 048 464,38	10 645 416,43	1 048 464,38	103 023,49
CHDV	2012	76 498 891,95	3 050 767,77	237 217,52	14 080 582,02	1 067 160,04	18 435 727,35	1 067 160,04	-1 935 028,13
CHDV	2013	74 178 090,91	2 760 581,61	204 748,61	16 987 533,74	962 013,55	20 914 877,51	962 013,55	-2 269 436,92
CHDV	2014	73 308 533,10	2 740 803,85	185 642,65	20 999 674,45	842 366,25	24 768 487,20	842 366,25	-3 501 401,02
CHLP	2009	74 575 651,29	3 188 001,27	0,00	10 256 738,46	633 664,35	14 078 404,08	629 576,63	3 594 369,11
CHLP	2010	77 173 715,77	2 864 968,03	0,00	5 482 541,07	497 317,16	8 844 826,26	458 444,50	3 891 270,42
CHLP	2011	58 117 677,16	1 630 927,19	0,00	15 299 177,26	479 507,55	17 409 612,00	403 827,66	609 858,10
CHLP	2012	76 547 674,60	1 678 381,59	0,00	27 447 220,89	355 914,22	29 481 516,70	318 655,59	-1 728 198,87
CHLP	2013	77 546 765,07	1 525 505,42	0,00	27 008 527,17	306 571,04	28 840 603,63	288 033,86	798 832,05
CHLP	2014	85 031 706,79	1 462 789,21	0,00	21 965 572,25	194 662,68	23 623 024,14	185 198,33	481 322,29
CHLC	2009	321 676 629,00	20 927 493,96	14 860,91	40 133 510,43	11 347 091,51	72 422 956,81	12 971 932,33	-33 266 966,99
CHLC	2010	316 828 581,93	24 486 673,38	14 786,54	35 006 473,22	9 966 431,42	69 474 364,56	14 098 683,88	-37 075 742,97
CHLC	2011	295 612 688,61	14 659 554,33	15 109,34	43 513 126,49	9 038 054,01	67 225 844,17	15 068 321,29	-26 516 563,55
CHLC	2012	341 965 303,43	17 117 623,41	22 116,82	42 117 820,90	10 239 380,15	69 496 941,28	16 586 922,54	-40 861 151,97
CHLC	2013	376 430 316,38	8 517 973,44	2 138,26	50 291 820,91	8 742 366,42	67 554 299,03	8 565 343,02	-15 456 332,41
CHLC	2014	373 033 859,94	7 354 842,94	31 551,90	61 432 192,01	8 147 530,29	76 966 117,14	12 400 566,66	-12 356 088,86
CHLN	2010	356 758 459,20	33 906 144,44	81 015,24	113 055 018,65	24 266 830,14	171 309 008,47	23 994 462,33	739 405,29
CHLN	2011	340 394 353,51	22 499 872,35	55 799,37	143 960 293,30	9 710 773,78	176 226 738,80	9 438 405,97	-66 673 271,16
CHLN	2012	305 266 011,96	23 202 750,29	0,00	21 570 065,97	3 763 223,21	48 536 039,47	3 490 855,40	-89 842 853,00
CHLN	2013	311 981 147,00	1 585 192,69	0,00	26 022 579,23	3 640 733,16	31 248 505,08	3 367 827,85	-70 564 519,07
CHLN	2014	351 245 494,64	1 595 741,28	80,35	27 777 538,20	3 726 014,33	33 099 374,16	3 456 458,10	-2 258 241,59
CHLO	2009	216 999 047,72	16 577 762,54	434 298,46	38 204 558,76	13 979 658,10	69 196 277,86	13 979 658,10	-30 186 510,87
CHLO	2010	213 877 682,05	16 845 264,16	150 017,00	24 078 236,32	18 708 537,34	59 782 054,82	16 113 609,11	-42 101 678,71
CHLO	2011	200 416 768,95	9 884 175,58	329 675,48	60 142 888,72	6 698 310,78	77 055 050,56	6 060 651,89	-9 502 571,74
CHLO	2012	195 959 038,02	9 517 427,16	568 933,60	34 700 613,03	5 977 136,73	50 764 110,52	6 060 651,89	-9 746 812,89
CHLO	2013	200 288 066,91	518 663,66	690 198,89	22 988 486,23	6 134 758,38	30 332 107,16	6 134 758,38	1 079 305,23
CHLO	2014	195 092 721,25	970 467,74	699 427,21	305 745 423,72	5 901 804,04	313 317 122,71	5 901 804,04	-5 344 567,47
CHMT	2009	77 834 323,18	5 844 509,13	13 423,70	10 226 174,11	384 875,13	16 468 982,07	956 459,85	-24 107 063,49
CHMT	2010	77 119 131,43	4 684 354,04	20 814,18	8 593 638,77	322 668,35	13 621 475,34	2 590 988,50	-23 218 964,59
CHMT	2011	69 547 714,29	830 982,75	29 869,45	13 790 389,89	168 854,52	14 820 096,61	5 644 829,38	-30 438 888,76
CHMT	2012	59 230 051,18	727 203,36	44 628,65	14 138 724,76	131 318,79	15 041 875,56	5 630 917,22	-17 543 855,46
CHMT	2013	69 547 714,29	391 235,29	51 992,40	8 338 718,05	126 273,71	8 908 219,45	5 242 093,70	-4 147 568,06
CHPVV(	2009	26 006 636,67	1 126 112,45	0,00	15 794 386,41	247 914,67	17 168 413,53	247 914,67	-3 131 940,21
CHPVV(	2010	25 963 201,46	515 466,37	0,00	1 909 894,72	404 447,25	2 829 808,34	327 196,09	-4 159 040,88
CHPVV(	2011	24 541 628,81	227 295,65	0,00	858 077,47	379 864,40	1 465 237,52	330 238,36	-2 889 137,37
CHPVV(	2012	23 703 374,15	271 507,39	0,00	1 058 247,21	337 626,28	1 667 380,88	337 626,28	-2 254 718,76
CHPVV(	2013	19 866 724,45	185 225,03	0,00	723 869,28	386 098,76	1 295 193,07	386 098,76	-6 056 704,97
CHPVV(	2014	23 820 872,45	83 500,71	0,00	608 746,30	487 438,66	1 179 685,67	463 731,49	-1 005 683,42
CHSJ	2009	317 096 243,24	20 005 032,86	778,80	44 971 189,81	1 697 140,19	66 674 141,66	1 258 067,63	356 534,71
CHSJ	2010	321 750 472,32	20 911 871,19	1 366,80	83 923 192,54	1 209 503,97	106 045 934,50	820 282,10	374 030,30
CHSJ	2011	237 969 947,04	15 932 403,84	7 535,02	131 235 108,56	722 857,03	147 897 904,45	1 021 805,64	166 728,14
CHSJ	2012	290 928 211,82	16 643 778,30	2 133,41	114 239 554,05	873 508,29	131 758 974,05	288 747,14	1 005 774,93
CHSJ	2013	295 730 700,43	6 421 422,82	11 000,27	48 281 531,96	625 229,56	55 339 184,61	932 944,73	129 855,54
CHSJ	2014	302 015 377,65	5 487 301,12	18 765,55	49 571 279,65	436 821,65	55 514 167,97	4 843 569,83	4 526 371,58
CHS	2009	91 784 844,35	6 616 987,82	573 727,85	10 079 962,42	0,00	17 270 678,09	5 346 354,00	-22 539 762,85
CHS	2010	85 869 787,19	3 661 837,56	686 649,48	11 421 162,64	5 392 269,64	21 161 919,32	5 392 269,64	-30 526 724,88
CHS	2011	82 849 671,35	2 193 673,98	1 955 301,70	10 334 068,20	5 396 933,14	19 879 977,02	5 396 933,14	-25 200 221,37
CHS	2012	78 923 357,16	1 659 155,91	1 394 601,34	5 325 516,70	6 376 822,42	14 756 096,37	5 592 001,40	-17 574 655,58
CHS	2013	86 025 364,44	2 292 574,36	1 900 384,83	2 300 446,97	5 162 881,73	11 656 287,89	5 162 881,72	-4 229 850,08
CHS	2014	76 389 012,40	6 431 098,50	16 893,50	8 749 345,70	15 807 652,40	31 004 990,10	5 647 807,20	-20 546 789,50
CHTS	2009	81 844 491,57	2 185 939,68	15 750,89	9 933 508,84	1 303 735,86	13 438 935,27	902 304,11	141 588,42
CHTS	2010	83 940 566,92	3 445 388,57	17 599,87	11 727 074,78	1 300 935,34	16 490 998,56	934 899,17	1 866 172,15
CHTS	2011	75 859 778,39	1 853 715,35	20 844,40	25 981 491,96	1 340 166,31	29 196 218,02	908 986,39	853 863,14
CHTS	2012	72 934 009,52	1 735 240,10	20 866,93	31 551 355,63	1 337 857,01	34 645 319,67	962 303,62	-5 517 512,23
CHTS	2013	73 230 980,62	1 257 089,89	12 776,77	26 930 439,10	1 429 405,51	29 629 711,27	1 253 151,18	-6 117 006,38
CHTS	2014	73 401 946,93	1 416 792,22	23 426,34	28 935 500,34	1 027 844,70	31 403 563,60	866 415,65	-3 526 046,66
Sub Total 1		**12 508 488 831,99**	**628 201 973,30**	**14 534 231,35**	**2 778 546 816,65**	**374 915 375,19**	**3 796 198 396,49**	**390 796 281,99**	**-1 016 065 162,75**

Hospital	Ano	VN	Clientes C/C	Utentes	MS	CD	Total DC	Imparidades	RL
CHTV	2010	102.774.240,09	8.581.223,68	386.014,56	22.596.678,54	12.098.345,13	43.662.261,91	11.655.903,17	1.966.840,15
CHTV	2011	77.954.426,00	3.831.064,63	267.460,22	30.526.970,32	12.592.029,81	47.217.524,98	11.914.124,33	123.299,15
CHTV	2012	103.384.864,00	3.733.651,64	340.765,25	27.378.079,92	7.332.909,46	38.785.406,27	7.103.753,74	1.399.147,55
CHTV	2013	99.457.796,80	3.460.747,34	335.205,75	13.566.054,06	7.762.289,84	25.124.296,99	7.466.519,30	-4.210.328,79
CHTV	2014	103.777.831,28	3.243.440,45	476.358,07	37.676.920,26	7.767.223,24	49.163.942,02	7.533.618,36	-269.958,20
CHTMAI	2009	123.304.716,58	10.895.996,64	165.860,80	13.710.082,48	979.191,86	25.751.131,78	819.968,70	1.254.983,69
CHTMAI	2010	124.893.621,51	11.168.188,93	218.452,10	15.783.158,63	996.533,81	28.166.333,47	780.409,90	575.674,03
CHTMAI	2011	121.550.344,26	8.293.863,32	1.911.275,32	17.144.576,69	1.064.817,86	28.414.533,19	871.205,94	2.680.861,17
CHTMAI	2012	116.337.805,32	10.306.960,71	2.049.659,39	6.127.707,39	1.101.919,89	19.586.247,38	861.258,68	3.117.365,89
CHTMAI	2013	99.988.077,51	11.737.087,39	2.178.279,46	3.475.049,68	1.101.387,85	18.491.804,38	834.827,92	-18.504.266,15
CHTMAI	2014	109.415.388,40	13.845.032,23	2.367.079,10	22.153.422,08	886.606,23	39.252.139,64	726.092,28	-5.912.884,54
CHVNG/I	2009	158.987.530,67	7.518.457,26	0,00	22.271.203,21	7.517.150,67	37.306.811,14	7.488.783,36	595.012,49
CHVNG/I	2010	164.541.269,57	6.246.153,70	0,00	14.278.376,78	7.528.432,98	28.052.963,46	7.445.072,56	353.418,02
CHVNG/I	2011	157.637.937,84	6.554.535,54	0,00	21.181.870,66	7.439.771,31	35.176.177,51	7.422.171,14	348.779,89
CHVNG/I	2012	155.463.310,64	1.967.413,11	0,00	9.842.967,24	7.483.429,59	19.293.809,94	7.433.195,50	-3.883.020,94
CHVNG/I	2013	157.929.948,46	2.238.796,69	0,00	12.986.677,27	7.306.857,91	22.532.331,87	7.306.857,91	-1.899.211,94
CHVNG/I	2014	159.268.906,39	1.515.091,01	0,00	14.697.506,72	7.273.758,64	23.486.356,37	7.273.758,64	-1.858.672,50
HSMM	2009	23.089.095,97	817.061,55	0,00	882.326,14	2.671.119,87	4.370.507,56	2.671.119,87	-3.794.401,41
HSMM	2010	24.254.099,40	920.247,98	0,00	2.089.089,13	2.732.635,30	5.741.972,41	2.732.635,30	-1.217.363,16
HSMM	2011	22.644.372,99	373.482,04	0,00	5.227.434,20	2.762.948,31	8.363.864,55	2.762.948,31	380.716,29
HSMM	2012	19.875.034,53	342.217,73	0,00	1.333.914,23	2.781.021,13	4.457.153,09	2.781.021,13	-525.628,06
HSMM	2013	18.819.383,66	280.610,55	0,00	1.024.401,47	2.851.081,74	4.156.093,76	2.851.081,74	-1.431.488,31
HSMM	2014	18.988.813,54	349.269,19	0,00	1.402.854,78	2.834.180,76	4.586.304,73	2.834.180,76	-471.255,72
HDFF	2009	27.703.279,35	3.157.810,23	798.719,27	3.013.851,11	1.971.826,47	8.942.207,08	1.827.638,12	-5.238.808,70
HDFF	2010	26.987.802,17	1.267.988,22	883.640,99	3.687.363,79	1.945.291,80	7.784.284,80	1.874.669,54	-3.672.481,05
HDFF	2011	26.606.312,04	217.675,34	904.392,64	5.564.901,62	2.019.576,67	8.706.546,27	1.941.735,16	-3.884.424,38
HDFF	2012	25.636.658,43	135.673,75	1.096.413,08	6.883.446,59	2.005.496,79	10.121.030,21	1.923.311,78	-1.873.428,06
HDFF	2013	23.643.017,32	153.387,45	145.843,26	6.930.315,81	2.907.069,91	10.136.616,43	2.874.800,23	2.745.602,70
HDFF	2014	24.567.610,10	145.365,00	146.700,00	69.412.346,50	3.015.497,14	72.719.908,64	2.914.852,54	3.640.587,00
HESE	2009	79.322.125,87	19.319.135,18	0,00	0,00	746.481,85	20.065.617,03	513.118,31	-2.869.131,88
HESE	2010	81.719.605,89	27.213.440,74	0,00	0,00	802.116,88	28.015.557,62	443.927,83	-1.831.977,85
HESE	2011	80.052.966,91	33.337.305,32	0,00	0,00	323.351,06	33.660.656,38	450.356,80	-643.473,41
HESE	2012	85.679.841,21	12.056.897,54	0,00	0,00	654.123,59	12.711.021,13	480.456,80	-3.564.987,10
HESE	2013	77.988.578,38	10.986.859,05	0,00	0,00	545.328,32	11.532.187,37	419.550,67	-5.338.687,51
HESE	2014	76.147.236,57	10.671.884,27	0,00	0,00	401.971,26	11.073.855,53	336.328,74	-4.391.833,74
HFF	2009	160.370.311,00	8.291.032,00	0,00	20.347.239,00	0,00	28.638.271,00	0,00	1.826.158,00
HFF	2010	160.820.671,00	4.830.209,00	676,00	17.327.937,00	548.416,00	22.707.238,00	219.591,00	961.449,00
HFF	2011	152.908.963,00	2.700.011,00	1.648,00	31.506.961,00	729.186,00	34.937.806,00	386.949,00	3.581.268,00
HFF	2012	144.297.502,00	2.784.279,00	244,00	70.104.371,00	652.201,00	73.541.095,00	472.948,00	64.676,00
HFF	2013	133.758.658,00	2.633.248,00	1.214,00	26.905.550,00	741.541,00	30.281.553,00	542.054,00	-7.852.437,00
HFF	2014	152.929.610,00	2.075.401,00	120,00	31.412.748,00	725.400,00	34.213.669,00	628.953,00	-297.982,00
HGO	2009	135.094.404,30	13.647.711,67	434,07	31.180.425,26	2.502.976,39	47.331.547,39	0,00	-22.413.684,84
HGO	2010	133.154.573,82	14.690.787,33	522,15	43.535.101,95	2.601.703,27	60.828.114,70	8.449.243,77	-25.336.080,39
HGO	2011	130.481.131,00	9.686.328,58	10.682,39	47.357.597,76	2.747.966,76	59.802.575,49	9.316.686,82	-17.567.733,87
HGO	2013	130.552.015,87	8.017.215,11	147.677,53	2.752.024,54	2.676.857,03	13.593.774,21	8.982.701,61	-3.685.036,75
HGO	2014	129.372.348,25	3.559.815,85	87.800,09	2.318.043,29	7.818.509,61	13.784.168,84	9.009.399,45	-2.830.475,84
HML	2009	16.636.932,68	468.400,97	0,00	345.229,45		813.630,42	47.305,30	-1.791.362,26
HML	2010	18.130.207,58	656.322,00	0,00		0,00	656.322,00		-1.391.950,24
HML	2011	18.513.776,32	193.654,10	0,00	743.410,33	79.334,78	1.016.399,21	47.652,30	1.358.613,95
HML	2012	17.757.605,71	191.357,37	0,00	14.262.378,63	77.873,98	14.531.609,98	42.369,87	1.690.698,58
HML	2013	14.296.842,86	187.475,97	0,00	1.351.245,67	77.873,98	1.616.595,62	45.009,92	378.342,91
HML	2014	28.010.750,01	186.865,23	0,00	2.391.061,02	77.873,98	2.655.800,23	45.009,92	487.438,19
IPOC	2009	50.648.919,00	0,00	0,00	769.198,00	504.430,00	1.273.628,00	266.677,00	2.793.963,00
IPOC	2010	52.290.006,00	2.717.687,00	15.717,00	1.905.428,00	663.556,00	5.302.388,00	477.301,00	3.211.914,00
IPOC	2011	49.779.171,00	1.549.671,00	17.727,00	2.480.645,00	829.496,00	4.877.539,00	655.625,00	1.694.672,00
IPOC	2012	48.332.493,00	1.414.862,00	16.517,00	14.564.015,00	950.366,00	16.945.760,00	908.251,00	1.741.811,00
IPOC	2013	42.970.080,00	1.354.093,00	67.425,00	15.778.089,00	950.888,00	18.150.495,00	940.744,00	-1.067.597,00
IPOC	2014	46.530.871,00	1.358.612,00	233.677,00	14.104.464,00	950.888,00	16.647.641,00	940.744,00	1.602.794,00
IPOL	2009	114.395.614,00	1.803.513,74	0,00	3.582.555,87	13.890.873,01	19.276.942,62	13.880.873,01	221.741,00
IPOL	2010	114.393.424,07	2.836.469,07	0,00	4.184.616,85	14.758.870,49	21.779.956,41	14.758.870,49	-12.986.203,18
IPOL	2011	108.422.500,48	3.851.581,24	14.844,72	7.095.767,49	17.668.715,24	28.630.908,69	17.668.715,24	-19.822.444,89
IPOL	2012	104.389.005,87	3.961.142,82	58.522,42	8.680.090,04	19.883.228,95	32.582.984,23	19.883.228,95	-9.303.463,88
IPOL	2013	101.030.280,67	3.795.976,33	79.617,10	3.829.098,12	21.817.314,08	29.522.005,63	21.817.314,08	-8.378.022,73
IPOL	2014	109.644.540,64	4.248.170,87	33.624,26	4.329.041,22	23.427.865,59	32.038.701,94	23.420.821,39	-4.015.760,05
ULSAM	2009	148.622.884,42	7.500.185,40	18.165,03	4.183.477,86	342.635,36	12.044.463,65	839.021,60	1.491.540,08
ULSAM	2010	149.101.433,20	5.744.486,90	6.750,94	8.326.541,66	357.840,81	14.435.620,31	840.566,64	1.047.561,37
ULSAM	2011	142.545.910,26	2.947.829,17	11.002,93	50.559.422,98	372.073,44	53.890.328,52	869.516,65	4.471.372,62
ULSMA	2012	134.707.965,40	2.220.868,86	222.741,40	17.110.657,65	394.119,06	19.948.386,97	1.013.141,80	2.864.285,02
ULSAM	2013	135.008.595,15	2.220.868,85	22.741,40	17.110.657,65	394.119,05	19.748.386,95	1.013.141,80	1.366.522,54
ULSAM	2014	130.043.771,44	2.189.407,36	411.187,15	15.316.738,30	449.614,64	18.366.947,45	1.001.918,67	735.782,84
ULSBA	2009	90.166.077,63	8.535.795,49	0,00	7.287.061,41	1.931.082,16	17.753.939,06	1.825.456,18	-13.936.209,78
ULSBA	2010	89.926.122,82	6.333.080,48	0,00	9.403.139,18	2.387.698,06	18.123.917,72	1.899.401,10	-14.034.925,14
ULSBA	2011	82.600.010,72	2.418.811,73	0,00	10.388.953,49	2.570.133,80	15.377.899,02	2.004.104,45	-12.084.569,96
ULSBA	2012	79.937.797,40	2.305.287,20	0,00	949.557,99	2.650.104,05	5.904.949,24	2.100.073,54	-7.706.249,85
ULSBA	2013	79.010.719,09	1.678.789,09	0,00	1.294.240,75	2.915.766,75	5.888.796,59	2.596.337,73	-7.843.721,93
ULSBA	2014	78.038.371,63	1.741.682,96	0,00	1.711.152,16	2.915.766,75	6.368.601,87	2.596.337,73	-5.136.904,16
ULSCB	2009	78.078.987,48	4.789.235,00	370.103,21	13.567.908,31	978.465,24	19.705.711,76	930.458,87	-6.785.098,34
ULSCB	2010	75.848.267,95	4.645.949,05	369.245,52	12.717.955,35	951.215,54	18.684.365,46	931.068,30	-4.465.286,41
ULSCB	2011	71.102.543,59	1.691.590,19	302.713,96	12.094.705,32	855.963,94	14.944.973,41	831.554,58	-1.649.691,74
ULSCB	2012	65.829.004,90	1.561.951,08	553.425,67	11.790.982,50	877.531,65	14.783.890,90	831.288,50	981.556,28
ULSCB	2013	67.116.726,43	1.517.066,99	549.530,87	11.334.360,03	971.830,79	14.372.788,68	931.781,80	1.498.017,95
ULSCB	2014	66.312.214,15	1.453.287,24	451.758,93	11.750.009,05	1.101.664,33	14.756.719,55	1.061.615,34	2.047.148,80
ULSG	2009	92.205.231,86	7.210.628,87	15.444,67	15.735.967,95	113.139,48	23.075.180,97	105.615,15	-4.298.911,70
ULSG	2010	94.251.292,63	7.793.880,06	15.603,67	24.710.693,50	112.073,47	32.632.250,70	105.615,15	44.892,25
ULSG	2011	86.996.683,66	2.177.665,48	15.495,67	24.496.392,70	104.856,26	26.794.410,11	105.615,15	-4.669.305,69
ULSG	2012	82.563.405,24	2.246.959,03	15.495,67	30.841.268,09	104.777,55	33.208.500,34	105.615,15	-300.891,69
ULSG	2013	80.492.645,14	1.737.677,17	10.024,45	23.090.564,78	568.288,54	25.406.554,94	368.288,54	41.064,63
ULSG	2014	85.137.339,25	1.630.547,51	243.621,05	23.587.407,93	670.374,70	26.131.951,19	670.374,70	-5.290.653,25
ULSLA	2012	3.615.740,86	569.653,61	0,00	9.498.235,65	138.980,67	10.206.869,93	61.018,80	-3.342.557,41
ULSLA	2013	51.939.227,29	394.720,14	13.510,83	10.966.313,37	95.207,82	11.469.752,16	17.245,95	21.431.795,02
ULSLA	2014	51.435.755,89	424.783,09	47.546,56	0,00	150.901,95	623.231,60	86.211,48	3.256.110,03
ULSMA	2009	123.550.833,00	31.877.624,00	0,00	0,00	3.840.793,00	35.718.417,00	3.840.793,00	570.208,00
ULSMA	2010	119.299.426,00	34.147.032,00	0,00	0,00	3.478.421,00	37.625.453,00	3.478.421,00	4.066.924,00
ULSMA	2011	114.199.750,00	37.202.624,00	0,00	0,00	3.437.839,00	40.640.463,00	2.277.291,00	1.458.992,00
ULSMA	2012	104.227.094,00	9.415.415,00	0,00	0,00	8.584.602,00	18.000.017,00	5.210.311,00	-4.432.471,00
ULSMA	2013	100.930.303,00	13.263.608,00	0,00	0,00	5.224.099,00	18.487.707,00	4.614.195,00	-10.065.225,00
ULSMA	2014	107.271.443,00	19.580.556,00	0,00	0,00	4.630.678,00	24.211.234,00	4.334.376,00	-4.307.594,00
ULSNA	2009	99.574.104,74	5.938.953,46	197.088,63	360.837,73	2.175.028,56	8.671.908,38	2.175.028,56	-72.396,82
ULSNA	2010	100.094.500,79	3.457.985,54	135.326,26	60.499,88	3.566.284,36	7.220.096,04	3.566.284,36	126.474,76
ULSNA	2011	90.207.638,85	140.850,32	81.629,76	19.204.672,28	7.143.795,61	26.570.947,97	1.334.399,84	2.325.236,26
ULSNA	2012	80.381.893,32	112.790,01	62.007,53	19.575.599,85	7.152.731,79	26.903.129,18	1.459.138,01	888.897,51
ULSNA	2013	76.603.945,72	55.605,65	52.289,24	20.767.539,64	5.920.810,03	26.796.244,56	1.589.784,03	592.77[illegible]
ULSNA	2014	79.480.746,65	16.093,04	125.371,49	32.587.148,70	5.768.596,09	38.497.209,32	1.099.842,77	427.948,99
ULSNE	2012	82.805.685,03	7.741.323,42			903.605,22	8.644.928,64	761.881,72	-10.288.693,18
ULSNE	2013	83.282.750,94	5.033.100,98			932.202,90	5.965.303,88	783.399,14	-9.168.719,57
ULSNE	2014	86.010.529,34	6.073.444,21			1.017.685,76	7.091.129,97	858.026,40	-3.520.367,33
Sub Total 2		**9.360.862.428,64**	**600.315.602,28**	**19.780.631,48**	**1.310.374.543,48**	**359.811.378,25**	**2.290.282.155,49**	**344.551.851,36**	**-256.895.463,42**
Total		**21.869.351.260,63**	**1.228.517.575,58**	**34.314.862,83**	**4.088.921.360,13**	**734.726.753,44**	**6.086.480.551,98**	**735.348.133,35**	**-1.272.960.626,17**