

Desempenho Económico e Financeiro dos Hospitais Empresarializados – Uma Análise Regional no Período entre 2007 e 2011

Economic and Financial Performance of Corporatized Hospitals – a Regional Analysis Between 2007 and 2011

Vítor Batista

vitor.batista@netcabo.pt

Investigador, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEI-SUC) e Grupo de Investigação do Departamento de Gestão e Economia
(Universidade da Beira Interior)

Vítor Raposo

vraposo@fe.uc.pt

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC)
Investigador, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
(CEISUC)

Resumo/Abstract

Recorrendo a dados da Administração Central do Sistema de Saúde, este trabalho visou a análise do desempenho económico-financeiro dos hospitais empresarializados, utilizando rácios (liquidez, funcionamento, financiamento e rentabilidade) numa perspetiva regional (NUTS II), concluindo pelo relativo melhor desempenho do conjunto dos hospitais da Região Norte, embora de forma inconsistente ao longo do tempo. No geral, os resultados traduzem, nas diferentes regiões, tendenciais perdas de liquidez, de autonomia financeira e solvabilidade, ao mesmo tempo que refletem uma diminuição da atividade e dos resultados.

Palavras-chave: Desempenho económico-financeiro, hospitais empresarializados, análise regional, NUTS II

Código JEL: I10, I18, L25

Using data from the Health System Central Administration, this study aimed to analyze the economic and financial performance of corporatized hospitals, using ratios methodology (liquidity, operating, financing and profitability) in a regional perspective (NUTS II), concluding by the relative better performance of all hospitals in the North, though inconsistently over time. Overall, the results show, in different regions, trend loss of liquidity, financial autonomy and solvency, while reflecting a decrease in activity and results.

Keywords: Economic and financial performance, corporatized hospitals, regional analysis, NUTS II

JEL Codes: I10, I18, L25

1. INTRODUÇÃO

O processo de empresarialização dos hospitais em Portugal caracteriza-se, atualmente, pela atribuição do estatuto de Entidades Públicas Empresariais (EPE) à maioria dos hospitais generalistas, especializados, Centros Hospitalares (CH) ou Unidades Locais de Saúde (ULS).

Por outro lado, prossegue o alargamento do estatuto EPE, reafirmando-se como sendo o modelo que melhor se adequa à gestão dos hospitais por compartilhar a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental, assistindo-se a um reforço das experiências de criação de Centros Hospitalares, numa aparente aposta na melhoria da eficiência com base nas economias de escala, e das ULS, procurando estimular sinergias e conseguir ganhos de eficiência e efetividade, decorrentes da integração horizontal e vertical entre cuidados de saúde primários e hospitalares¹.

A atribuição do estatuto EPE aos hospitais ocorre em 2005², visando a melhoria da qualidade, do desempenho e da eficiência.

São vários os estudos sobre a bondade da adoção dos modelos de natureza empresarial, desde a sua criação³, bem como os estudos sobre a eficiência técnica do processo de empresarialização dos hospitais seguindo abordagens não paramétricas com recurso ao *Data Envelopment Analysis* (DEA). Por exemplo, alguns autores (Moreira, 2008, Rego, 2008, Harfouche, 2010, Rego et al., 2010) concluem pela melhoria da eficiência dos hospitais empresarializados, embora verificando também uma melhoria da eficiência dos hospitais que permaneceram no Setor Público Administrativo (SPA) (Rego, 2008).

Numa perspetiva diferente, autores como Silvestre e Araújo (2008), testando a influência da heterogeneidade e da densidade populacional sobre a eficiência dos hospitais EPE, concluem pela maior eficiência dos hospitais generalistas do que os especializados, ao mesmo tempo que são mais eficientes aqueles situados em áreas com mais população, confirmando que a heterogeneidade e a densidade populacional afetam, *ceteris paribus*, a eficiência

organizacional, salientando que os hospitais generalistas apresentam níveis de eficiência elevados em virtude das economias de gama, contrariando o pressuposto que as economias de escala resultam sempre em ganhos de eficiência.

Por seu turno Batista et al. (2015b, a) numa perspetiva de análise do desempenho económico e financeiro do setor dos hospitais empresa, no período compreendido entre 2002 e 2013, concluem pela degradação dos indicadores económicos e financeiros, evidenciando uma situação de insolvência técnica do setor.

Por outro lado, um estudo sobre o desempenho económico e financeiro dos CH (ERS, 2012) concluiu que o grupo de CH, entre 2008 e 2009, apresentou dificuldades em fazer face aos compromissos de curto e de longo prazo, bem como viu aumentado o prazo médio de pagamento e evidenciou uma diminuição da rendibilidade da atividade e dos capitais investidos, ressaltando que os resultados obtidos não evidenciam uma causalidade entre os mesmos e o modelo organizacional CH.

Estas análises, com diferentes tipos de dados, horizontes temporais e metodologias, não consideram a componente de desagregação regional nem que a empresarialização de entidades públicas, como os hospitais, deve observar a viabilidade económica e financeira das novas entidades, aliás como reconhecido pelo Eurostat⁴. Assim, o objetivo central deste trabalho é proceder à análise relativa ao desempenho económico e financeiro das diferentes entidades criadas e avaliar esse desempenho atendendo à sua distribuição regional no período compreendido entre 2007 e 2011.

2. BREVE ENQUADRAMENTO

2.1 As Entidades Hospitalares e sua Classificação

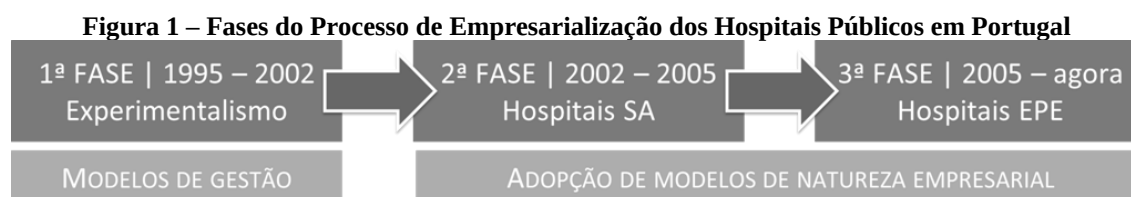
Desde meados dos anos de 1990 assiste-se a três fases do processo de empresarialização dos hospitais públicos em Portugal (Raposo, 2007, Raposo e Harfouche, 2011).

¹ A preocupação com os cuidados continuados e os cuidados domiciliários tem-se apresentado como uma preocupação mais recente no seio do Sistema de Saúde, e não tem sido diretamente incluída nas atuais experiências de integração de cuidados de saúde (ERS, 2012).

² Decreto-lei nº 93/2005, de 7 de junho.

³ Cfr. OPSS (2006).

⁴EUROPEAN COMMISSION 2008. EDP dialogue visit to Portugal - 11-12 February 2008 - Final Findings. Luxembourg: Eurostat.



Assim, na segunda metade da década de 1990 e até ao início do século XXI, assistiu-se ao experimentalismo no que se refere aos modelos alternativos de gestão⁵. A partir de 2002 assiste-se à alteração dos estatutos dos hospitais, com a adoção de modelos de natureza empresarial. Em 2002, 34 hospitais são transformados em 31 Sociedades Anónimas (SA)⁶, de capitais exclusivamente públicos e, a partir de 2005, assiste-se a uma nova orientação, com a transformação do estatuto SA para o estatuto EPE dos hospitais⁷. Este estatuto, ao longo do tempo, tem vindo a ser aplicado a outros hospitais do universo SPA, ao mesmo tempo que se assiste ao agrupamento destes hospitais em CH, colocando sob uma mesma equipa dirigente vários hospitais de uma mesma área, e de ULS, através de uma gestão integrada das várias unidades de saúde de uma região, visando a reorganização dos cuidados hospitalares a nível regional.

A evolução descrita está patente no *Quadro 1*, onde se destacam a criação crescente de CH (9 em 2005, para 21 em 2015) e de ULS (uma em 2005, para 8 em 2015) que foram integrando ao longo do tempo quer outros hospitais EPE (19 em 2005, para 10 em 2015) quer outros hospitais SPA (53 em 2005, para 5 em 2015). No final de 2015, existiam no Continente 39 unidades no universo EPE (10 hospitais, 21 CH e 8 ULS).

Por outro lado, ao longo do tempo, os hospitais têm sido classificados de acordo com o critério geográfico, atendendo às suas áreas de influência, e de acordo com as suas responsabilidades e valências exercidas, atendendo a critérios de base populacional.

Assim, no espírito da Lei de Bases da Saúde⁸, é promovida a articulação dos diferentes níveis de prestação de cuidados, em particular dos cuidados primários e secundários ou hospitalares, apesar da recente preocupação com os cuidados continuados e os cuidados domiciliários embora ainda não diretamente incluída nas atuais experiências de integração de cuidados de saúde. Com o Estatuto do SNS⁹ surge a preocupação com a integração de cuidados de saúde, quer a integração vertical, quer a integração horizontal.

A integração vertical, de que o modelo ULS é exemplo, consiste na agregação da prestação e gestão de serviços numa única entidade, promovendo a coordenação em rede de todos os elementos que fazem parte dessa unidade (ERS, 2012). I.e., uma única entidade é responsável pela prestação integrada de cuidados de saúde através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados.

Já a integração horizontal ocorre quando duas ou mais instituições de prestação de cuidados de saúde similares ou substitutos próximos se juntam formando uma instituição única, com o desiderato de eliminar redundâncias, gerar economias de escala, otimizar os serviços prestados e reforçar a articulação e complementaridade, técnica ou assistencial (ERS, 2012)¹⁰.

Como salienta Vaz (2010), inicialmente CH correspondia a um conjunto complementar de hospitais de natureza diversa, como por exemplo o ex-CH de Coimbra¹¹ que integrava um hospital geral, um hospital pediátrico e uma maternidade, distinguindo-se do GH que correspondia a um conjunto de hospitais de natureza semelhante, como por exemplo, os Hospitais Cívicos de Lisboa.

⁵ Em 1995, no Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) é realizada a primeira experiência de concessão ao setor privado da gestão de um hospital público, construído e equipado pelo Estado; em 1996, no Hospital de S. Sebastião (Feira) tem lugar a primeira experiência de gestão pública com estatuto mais flexível; esta experiência é replicada, em 1999, no Hospital do Barlavento Algarvio; ainda em 1999 é realizada a primeira experiência de gestão integrada do hospital e centros de saúde e, também, com estatuto mais flexível de gestão, na Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

⁶ Decretos-lei nº 272/2002 (272 a 302) - 272 a 281, 282 a 292, 293 a 302, de 9/10/11 de dezembro de 2002.

⁷ Decreto-lei nº 93/2005, de 7 de junho.

⁸ Lei nº 48/90, de 24 de agosto.

⁹ Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro.

¹⁰ São exemplos os CH, cujo regime de enquadramento e funcionamento foi estabelecido pelo Decreto-Lei nº 284/99, de 26 de Julho, que preconiza também o modelo de Grupo Hospitalar (GH).

¹¹ Integrado no CHUC, EPE, através do Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 de março.

Quadro 1 – Evolução do processo de empresarialização

Estatuto		Antes 2002	2002- 2005	Meados 2005- 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Hospitais	92											
	Centros Hospitalares	4											
	Unidades Locais de Saúde	1											
SA	Hospitais		24										
	Centros Hospitalares		6										
	Unidades Locais de Saúde		1										
SPA	Hospitais		53	47	35	23	15	12	6	5	5	5	5
	Centros Hospitalares		5	6	3	4	4	4	3	3	3	3	3
EPE	Hospitais			19	14	17	17	18	13	11	10	10	10
	Centros Hospitalares			9	16	16	18	18	21	21	21	21	21
	Unidades Locais de Saúde			1	2	5	5	6	7	8	8	8	8
Total EPE's				29	32	38	40	42	41	40	39	39	39

SA – Sociedade Anónima; SPA – Sector Público Administrativo; EPE – Entidade Pública Empresarial

Fonte: Construção dos autores.

Atualmente, o CH é definido como uma entidade dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e o conjunto de órgãos legalmente estabelecidos para os hospitais públicos, que integra um ou vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica. Já o GH é definido como um modelo composto por vários estabelecimentos hospitalares, embora sujeitos a coordenação ou administração comum¹².

Resulta, assim, que a designação de CH engloba ambos os conceitos estabelecidos em lei, de forma indiscriminada, distinguindo-se pelo facto de no GH os estabelecimentos integrados manterem a sua autonomia administrativa, financeira e patrimonial (e.g., GH de Centro de Lisboa que integra o CH Lisboa Central, EPE, o Hospital Curry Cabral, EPE, e a Maternidade Alfredo da Costa (MAC))¹³.

Já os hospitais especializados nos cuidados a doentes oncológicos, os IPO's, surgem em Lisboa, por iniciativa do Prof. Doutor Francisco Gentil, em 29 de Dezembro de 1923, sob a designação de "Instituto Português para o Estudo do Cancro"¹⁴.

Visando dar resposta às necessidades sentidas no resto do país, relativas à assistência

oncológica, é criado em 1967, o Centro do IPO de Coimbra e, em 1974, o Centro do Porto do IPO Francisco Gentil, constituindo-se hoje como os polos de referência no tratamento de doenças oncológicas, no Norte, Centro e Sul do país.

Note-se que a todas estas entidades tem vindo a ser aplicada a legislação relativa aos estabelecimentos hospitalares do SNS, que, em cada momento, está em vigor. Aliás, como a legislação relativa ao CH expressamente consigna. Assim, quer os CH, quer as ULS, quer os IPO's são objeto das opções legislativas pela empresarialização dos hospitais, designando-se, por agora, como EPE e sendo classificados de acordo com as valências exercidas e com base em critérios de base populacional.

Se até à criação do SNS, mais concretamente até 1986, a organização e funcionamento dos serviços prestadores então existentes é estabelecida com base no critério geográfico, a partir de 1986, após a criação do SNS¹⁵, assiste-se a uma reorganização hospitalar com o Estatuto do SNS¹⁶ a preconizar a classificação de acordo com a natureza das suas responsabilidades e no quadro das valências efetivamente exerci-

¹² Decreto-Lei nº 284/99, de 26 de julho.¹³ Portaria 172/2011, de 27 de abril.¹⁴ Decreto 9333.¹⁵ Lei nº 56/79, de 15 de setembro¹⁶ Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro

Quadro 2 – A classificação dos Hospitais por grupos

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Área de Influência	Direta entre 75.000 e 500.000 habitantes	Direta e indireta	Direta e indireta	Direta e indireta
Valências	Medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia Clínica, imuno-hemoterapia e medicina física e de reabilitação	Médicas e cirúrgicas do Grupo I, acrescido das valências de oftalmologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia clínica, infecciologia, oncologia médica, neonatologia, imunoalergologia, ginecologia/obstetrícia, dermatovene-reologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, anatomia patológica, medicina nuclear e neurorradiologia	Todas as especialidades médicas e cirúrgicas, sendo que as áreas de maior diferenciação e subespecialização estão sujeitas a autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.	
Outras Valências	De acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referência e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas, designadamente oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia gastroenterologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, infecciologia, nefrologia, reumatologia e medicina nuclear	Definidas de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referência e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas	As áreas de maior diferenciação e subespecialização estão sujeitas a autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Administração Central do Sistema de Saúde, IP	Oncologia, Grupo IV- a Medicina Física e Reabilitação, Grupo IV –b Psiquiatria e Saúde Mental, Grupo IV –c
Valências excluídas	Genética médica, farmacologia Clínica, imunoalergologia, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, cirurgia cardiorádica, cirurgia maxilofacial, cirurgia pediátrica, e neuroradiologia	Farmacologia clínica, genética médica, cardiologia pediátrica, cirurgia cardiorádica e cirurgia pediátrica		

¹ A área de influência indireta considera a área de influência direta dos hospitais que referenciam utentes para o hospital em causa.
Fonte: Portaria 82/2014, de 10 de abril.

das, agora retomado, assente em critérios de base populacional¹⁷.

Assim, as entidades hospitalares são agrupadas em quatro grupos (Grupo I, Grupo II, Grupo III, Grupo IV) atendendo à complexidade da resposta oferecida e com base em critérios de base populacional (Quadro 2), podendo as entidades de cada grupo estabelecer relações com as entidades dos demais grupos para as áreas em que não tenham capacidade técnica ou recursos disponíveis e formas de coordenação e continuidade de prestação de cuidados de saúde com os prestadores de cuidados primários e cuidados continuados da sua área de influência direta. Por outro lado, mediante

autorização prévia da ACSS, sob proposta da ARS respetiva, é prevista a possibilidade de acordos entre as entidades menos diferenciadas com aquelas mais diferenciadas, visando garantir a complementaridade e a proximidade de cuidados.

2.2 Distribuição regional

Desde 2005, com a adoção do estatuto EPE, os processos de integração, quer horizontal quer vertical, alteraram o retrato regional dos cuidados de saúde hospitalares caracterizado pela proliferação de CH e de ULS. O *Quadro 2* recupera a evolução nacional, no período 2006

¹⁷ Portaria 82/2014, de 10 de Abril

Quadro 2 – Evolução do processo de empresarialização regional no período 2006-2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	12	12	13	15	15	15	15	15	15	15
Hospitais	8	3	3	4	4	3	3	3	3	3
Centros Hospitalares	3	8	8	9	9	9	9	9	9	9
Unidades Locais de Saúde	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3
Centro	7	6	10	9	10	9	9	9	9	9
Hospitais	6	4	7	6	6	2	2	2	2	2
Centros Hospitalares	1	2	2	2	2	5	5	5	5	5
Unidades Locais de Saúde			1	1	2	2	2	2	2	2
Lisboa e Vale do Tejo	8	10	10	11	12	12	11	11	11	11
Hospitais	5	6	5	5	6	6	4	4	4	4
Centros Hospitalares	3	4	5	6	6	6	6	6	6	6
Unidades Locais de Saúde							1	1	1	1
Alentejo	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Hospitais		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Centros Hospitalares	1	1								
Unidades Locais de Saúde		1	2	2	2	2	2	2	2	2
Algarve	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1
Hospitais			1	1	1	1	1			
Centros Hospitalares	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Unidades Locais de Saúde										
Nacional	29	32	38	40	42	41	40	39	39	39
Hospitais	19	14	17	17	18	13	11	10	10	10
Centros Hospitalares	9	16	16	18	18	21	21	21	21	21
Unidades Locais de Saúde	1	2	5	5	6	7	8	8	8	8

Fonte: Construção dos autores

a 2015, retratada no ponto anterior, desagregando-a por região apenas para o universo EPE.

A sua análise permite identificar, a nível regional, a mesma tendência encontrada no ponto anterior, verificando-se processos de integração horizontal e vertical em todas as regiões em consequência da criação de CH e de ULS que foram absorvendo diversos hospitais.

O mesmo quadro, mostra que o maior número de unidades hospitalares estão localizadas nas regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo seguindo-se o Centro. As regiões onde existem menos unidades são o Alentejo e o Algarve. Na região do Alentejo, o único CH existente foi transformado em ULS. Por seu turno na região do Algarve, o modelo ULS nunca foi adotado, tendo sido privilegiada a constituição de um grande CH. Estas alterações são notórias

quando se compara a estrutura da empresarialização existente em 2006 com a existente em 2015.

Assim, em 2006 temos uma estrutura onde predominam os H e os CH com uma única experiência ULS. A região Norte congrega o maior número de unidades de saúde – 8 H (42%), 3 CH (34%) – sendo a única região com uma ULS (100%); na região de Lisboa e Vale do Tejo existiam 3 CH (33%) e 5 H (26%); na região Centro existiam 6 H (32%) e 1 CH (11%); as regiões do Alentejo e do Algarve são as que apresentam o menor número de unidades, existindo um CH (11%) na região do Alentejo e um H (11%) na região do Algarve.

Por seu turno, em 2015 encontramos uma estrutura mais fragmentada no que diz respeito aos modelos adotados (H, CH e ULS). Continua a verificar-se a predominância de unidades

de saúde na região Norte – 9 CH (43%), 3 H (30%) e 3 ULS (37%); na região de Lisboa e Vale do Tejo existem 4 H (40%), 6 CH (28%) e uma ULS (13%); na região Centro existem 5 CH (24%), 2 H (20%) e 2 ULS (25%); as regiões do Alentejo e do Algarve são aquelas que continuam a apresentar o menor número de unidades, existindo um H (10%) e duas ULS (25%) na região do Alentejo e um CH (5%) na região do Algarve.

Para além da estrutura mais fragmentada no que diz respeito aos modelos adotados (H, CH e ULS), que traduzem os processos de integração horizontal e vertical mencionados no processo de empresarialização – tendência de empresarialização assente na concentração –, verificamos que no Algarve a estratégia de concentração assentou no modelo CH e no Alentejo a estratégia de concentração dominante adotada foi a ULS.

Quadro 3 – EPE Hospitalares: Distribuição Regional

	Norte	Centro	AM Lisboa	Alentejo	Algarve
Grupo I	CH do Alto Ave, EPE; CH do Médio Ave, EPE; CH Entre Douro e Vouga, EPE; CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE; CH Tâmega e Sousa, EPE; Hospital Santa Maria Maior, EPE; ULS de Matosinhos, EPE; ULS do Alto Minho, EPE; ULS do Nordeste, EPE	CH Cova da Beira, EPE; CH de Leiria, EPE; CH do Baixo Vouga, EPE; CH Médio Tejo, EPE; Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE; ULS da Guarda, EPE; ULS de Castelo Branco, EPE	CH Barreiro/Montijo, EPE; CH de Setúbal, EPE; Hospital Fernando da Fonseca, EPE	ULS Norte Alentejo, EPE; ULS do Baixo Alentejo, EPE; ULS do Litoral Alentejano, EPE	
Grupo II	CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE; CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE;	CH Tondela-Viseu, EPE	CH de Lisboa Ocidental, EPE; Hospital Garcia de Orta, EPE	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	CH do Algarve, EPE
Grupo III	CH de São João, EPE; CH Porto, EPE	CHU de Coimbra, EPE	CH de Lisboa Central, EPE; CH Lisboa Norte, EPE		
Grupo IV	IPO do Porto, Francisco Gentil, E.P.E. IV-a;	IPO de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E. IV-a;	IPO de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E. IV-a;		

Nota: Excluem-se os hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), Parcerias Público-Privadas (PPP) e especializados em medicina física e reabilitação e psiquiatria e saúde mental.

Fonte: Portaria 82/2014, de 10 de abril.

Considerando o sistema hierárquico de divisão do território em regiões de acordo com “Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos” (NUTS)¹⁸, designadamente

as NUTS II, é a seguinte a distribuição no território nacional (continente) das entidades hospitalares EPE classificadas nos respetivos grupos:

¹⁸ A nomenclatura subdivide-se em 3 níveis (NUTS I, NUTS II, NUTS III), definidos de acordo com critérios populacionais, administrativos e geográficos. Em 2015 entrou em vigor uma nova divisão regional em Portugal – NUTS 2013. Em relação à versão anterior – NUTS 2002 –, traduz-se por significativas alterações de número e de composição municipal das NUTS III, as quais passaram de 30 para 25 unidades territoriais, agora designadas de «unidades administrativas». Essas unidades administrativas correspondem às “Entidades Intermunicipais”, “Região Autónoma dos Açores” e “Região Autónoma da Madeira”. Quanto às NUTS I e II, esta nova versão de 2013 não implicou alterações, tendo apenas a designação da NUTS II “Lisboa” passado para “Área Metropolitana de Lisboa”. Assim, atualmente, os 308 municípios de Portugal agrupam-se em 25 NUTS III, 7 NUTS II e 3 NUTS I (INE, 2015).

res” e “Região Autónoma da Madeira”. Quanto às NUTS I e II, esta nova versão de 2013 não implicou alterações, tendo apenas a designação da NUTS II “Lisboa” passado para “Área Metropolitana de Lisboa”. Assim, atualmente, os 308 municípios de Portugal agrupam-se em 25 NUTS III, 7 NUTS II e 3 NUTS I (INE, 2015).

Quadro 4 - Hospitais EPE por NUTS II

NUTS II	Entidades	Grupos	Diploma
Norte	CH Tâmega e Sousa, EPE	I e C	Decreto-Lei n.º 326/2007 de 28 de setembro
	ULS de Matosinhos, EPE	I e C	Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho
	CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	II e D	Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro
	CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	II e D	Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro
	CH Porto, EPE	III e E	Decreto-Lei n.º 326/2007 de 28 de setembro
	IPO do Porto, EPE	IV-a e F	Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho
Centro	CH Cova da Beira, EPE	I e C	Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho
	CH Médio Tejo, EPE	I e C	Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho
	IPO de Coimbra, EPE	IV-a e F	Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho
Área Metropolitana de Lisboa	CH de Setúbal, EPE	I e C	Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro
	CH de Lisboa Ocidental, EPE	II e D	Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro
	CH de Lisboa Central, EPE	III e E	Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro
	IPO de Lisboa, EPE	IV-a e F	Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho
Alentejo	ULS Norte Alentejo, EPE	I e C	Decreto-Lei n.º 50-B/2007 de 28 de fevereiro
Algarve	CH do Algarve, EPE	II e C	Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho

Nota: Apesar de algumas entidades terem sido criadas como tais antes de 2005 (e.g., CH Cova da Beira, ULS de Matosinhos) apenas se considera o diploma de atribuição do estatuto EPE.

3. METODOLOGIA

A análise económica e financeira é uma técnica que permite a análise de projetos e/ou entidades, recorrendo a indicadores económicos, financeiros, económico-financeiros e técnicos. No trabalho realizado, foram considerados os rácios de liquidez, que permitem caracterizar a capacidade das entidades para honrarem compromissos de curto prazo, rácios de funcionamento ou atividade, mais dinâmicos e que permitem aquilatar a eficiência financeira do setor, rácios de financiamento que caracterizam a estrutura financeira, dando indicações da capacidade das entidades honrarem os compromissos de médio e longo prazo, e rácios de rentabilidade relativos à rentabilidade das entidades e dos capitais investidos, fazendo-se a apresentação gráfica dos mesmos, visando traçar a trajetória de evolução, no período considerado (Neves, 2012, Fernandes et al., 2014).

Para efeitos de análise, foi considerada uma amostra de entre as entidades hospitalares EPE, designadamente CH, ULS e IPOs, criadas até 2007, inclusive, e classificadas¹⁹ como pertencentes aos Grupos I, II, III e IV-a e que, ao mesmo tempo fizessem parte do *clustering* realizado pela ACSS no processo de

*benchmarking*²⁰.

Atendendo ao fenómeno de integração horizontal e de integração vertical, através dos CH e das ULS, discutido no ponto anterior, e consequentes limitações de análise inerentes²¹, foram seleccionados 4 CH e 2 ULS classifica-

²⁰ O processo de *benchmarking* entre as instituições hospitalares do SNS “tem como objetivo fundamental melhorar o acesso e a qualidade do serviço prestado aos utentes e, simultaneamente, identificar aspetos particularmente relevantes em termos de melhoria do desempenho económico-financeiro das instituições”. Os grupos de hospitais foram determinados com recurso a *clustering* hierárquico após standardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos e de Análise de Componentes Principais de entre as entidades hospitalares pertencentes ao setor empresarial do estado (exceto Hospitais Psiquiátricos) e PPP. A eficiência de cada instituição é determinada pela relação de custos com a medida “doente-padrão”. O cálculo do doente padrão baseia-se na transformação da atividade hospitalar por natureza heterogénea numa unidade de produção única de forma a possibilitar o exercício de comparação entre entidades. Importa esclarecer que o cálculo de doente padrão não incorpora especificidades particulares e toda a carteira de serviços das entidades hospitalares pelo que qualquer análise de dados deve considerar uma análise mais profunda de nível micro. Mais informação em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>.

²¹ O processo de integração foi reduzindo ao longo do tempo o número de unidades que podem ser comparadas, porque as suas contas deixam de existir enquanto unidade autónoma e, ao mesmo tempo, a nova realidade organizacional, quer como CH quer como ULS, define uma nova dimensão contabilística, económica e financeira. Por outro lado, algumas regiões possuem poucas unidades de saúde (por exemplo, a região do Algarve apenas dispõe de um CH). Estes dois fatores combinados reduzem o número de unidades passíveis de serem avaliadas (por exemplo, na região do Alentejo ficamos reduzidos a uma ULS e na região do Algarve a um CH).

¹⁹ De acordo com a Portaria 82/2014, de 10 de abril

das no Grupo I e Grupo C, respetivamente; 4 CH classificados no Grupo II, mas em que 1 é classificado, na metodologia da ACSS, como pertencendo ao Grupo C, 2 ao Grupo D e 1 ao Grupo E; 2 CH classificados no Grupo III e Grupo E, respetivamente; e 3 IPOs classificados no Grupo IV-a e Grupo F, respetivamente. Desta forma, analisam-se no total 10 CH, 2 ULS e os 3 IPO's.

Tendo em conta que os dados públicos – relatórios e contas das EPE hospitalares – disponibilizados pela ACSS²² no seu sítio apenas estão disponíveis até 2011 foi selecionado o período compreendido entre 2007 e 2011. Assim, tomando como unidade de análise as regiões definidas como NUTS II, procedeu-se à análise dos indicadores económico-financeiros das entidades hospitalares EPE selecionadas no período compreendido entre 2007 e 2011.

4. RESULTADOS

Após a análise aos dados relativos à informação proveniente do balanço e das demonstrações de resultados das entidades consideradas constroem-se e interpretam-se os rácios de liquidez, rácios de funcionamento ou atividade, rácios de financiamento e rácios de rentabilidade, visando avaliar o desempenho económico-financeiro, no período considerado, e nas diferentes regiões do país.

4.1 Portugal

Para o período de 2002 a 2013, Batista et al. (2015b, a), numa perspetiva de análise agregada do desempenho económico e financeiro do setor dos hospitais empresa, concluem pela degradação dos indicadores económicos e financeiros, evidenciando uma situação de insolvência técnica do setor.

Concretamente, no período compreendido entre 2007 e 2011 assiste-se a uma deterioração da tesouraria²³, bem como dos rácios de

autonomia financeira e solvabilidade dos hospitais EPE. Já quanto aos rácios de atividade há uma evolução negativa, quer do rácio dos resultados financeiros em relação às vendas e prestações de serviços, quer do rácio relativo aos custos de pessoal, o que traduz uma diminuição da produtividade apesar das medidas de redução salarial e de redução de efetivos, parecendo ficar a dever-se mais à diminuição do volume de negócios²⁴. Por outro lado, verifica-se um crescimento de cerca de 5 meses, no início do período, para cerca de 13 meses, no último ano, para fazer às dívidas a terceiros de curto prazo, maioritariamente dívidas a fornecedores. Por seu lado, os rácios de rentabilidade revelam a deterioração dos capitais próprios e a persistência de prejuízos.

4.2 Norte

Na região Norte, o conjunto de EPE analisado apresenta uma tendência decrescente dos rácios de liquidez, o que pode deixar antever futuras dificuldades de tesouraria. Por outro lado, apresentam também uma tendência de decréscimo dos rácios de autonomia financeira e solvabilidade, mostrando a potencial falta de capacidade para honrar os compromissos de médio e longo prazo com meios próprios.

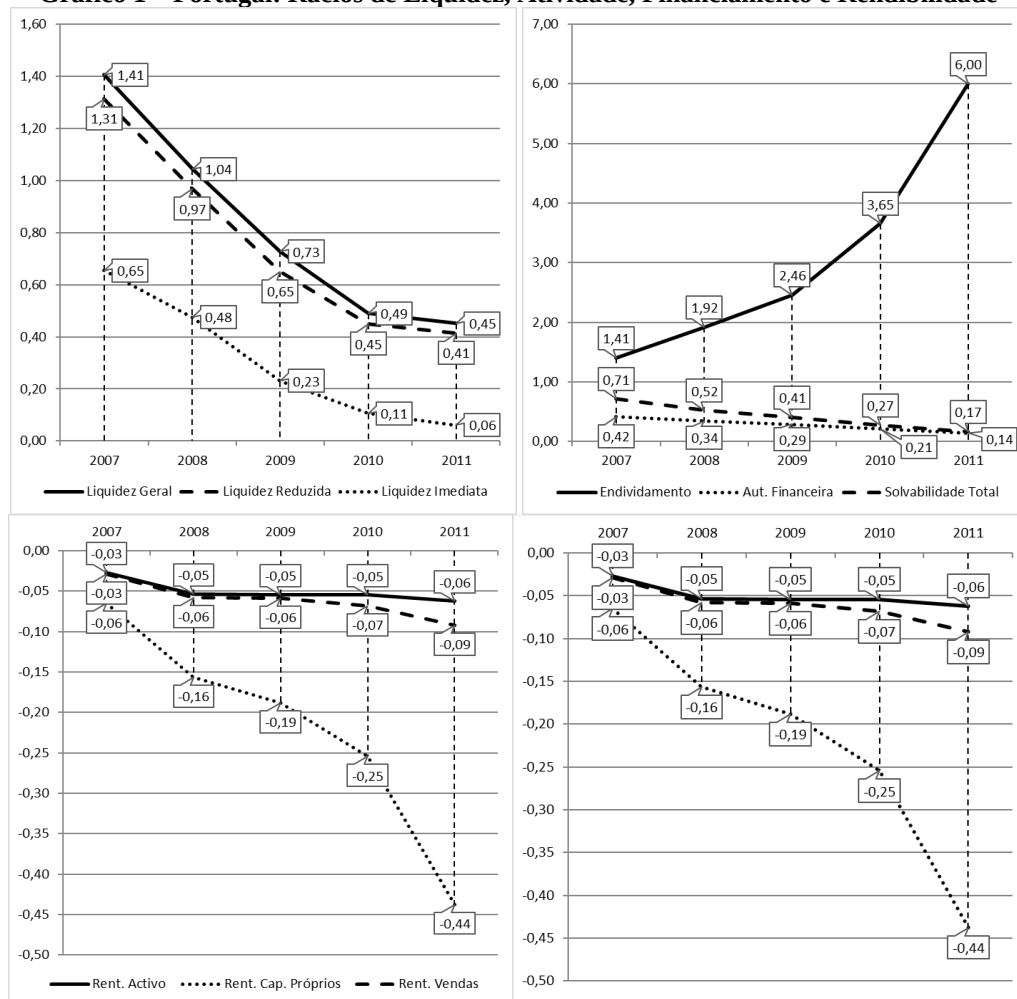
Já quanto aos indicadores de atividade, estes mostram, por um lado, a deterioração dos resultados financeiros, bem como uma diminuição do rácio custos de pessoal em proporção do volume de negócios, em particular no último ano do período considerado. Por outro lado, verifica-se um crescimento de cerca de 3 meses, no início do período, para cerca de 8 meses, no último ano, para fazer às dívidas a terceiros de curto prazo, maioritariamente dívi-

²² Cfr., por exemplo, o sítio da ACSS (mais informação em <http://is.gd/87hEo8>). Até à data, o sítio da ACSS não disponibilizava online os Relatórios de Contas dos Hospitais EPE a partir de 2011.

²³ Traduzida por rácios de liquidez inferiores à unidade a partir de 2008, sendo que o rácio de liquidez reduzida apresenta idêntica tendência e magnitude o que faz prever a inexistência de “stocks mortos”, enquanto o rácio de liquidez imediata é sempre inferior a 1 o que reforça que o setor enfrenta dificuldades em honrar os compromissos de curto prazo, essencialmente fruto do substancial crescimento das dívidas de curto prazo, quer no país, quer em cada uma das regiões consideradas, o que é melhor captado pelos indicadores de atividade, mais dinâmicos.

²⁴ A evolução desfavorável da produtividade, calculada através do Valor Acrescentado Bruto a custo de factores (VABcf) *per capita*, em 2010 (VABcf *per capita* = 26), 2011 (VABcf *per capita* = 20,2), apesar da redução de efetivos, teve como principal causa a diminuição do volume de negócios (Direcção-Geral do Tesouro e Finanças, 2012, 2013, 2014). O VABcf representa o valor de produção deduzido das compras de bens e serviços (excluindo as mercadorias) mais ou menos, consoante a variação positiva ou negativa dos stocks de matérias primas subsidiárias e de consumo, e deduzidos de outros impostos sobre a produção ligados ao volume de negócios mas não dedutíveis. Representa a fração que fica para distribuição do VAB, após o pagamento de todos os impostos sobre a produção e o recebimento de todos os subsídios sobre a produção. VABcf é o valor acrescentado bruto ao custo de factores que pretende refletir o que os produtores pagam aos detentores dos factores produtivos utilizados na produção.

Gráfico 1 – Portugal: Rácios de Liquidez, Atividade, Financiamento e Rendibilidade

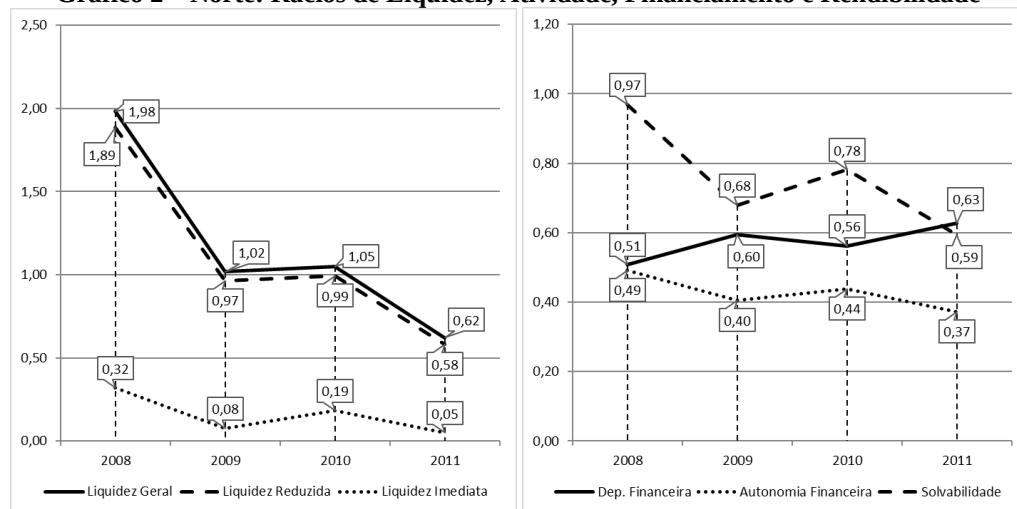


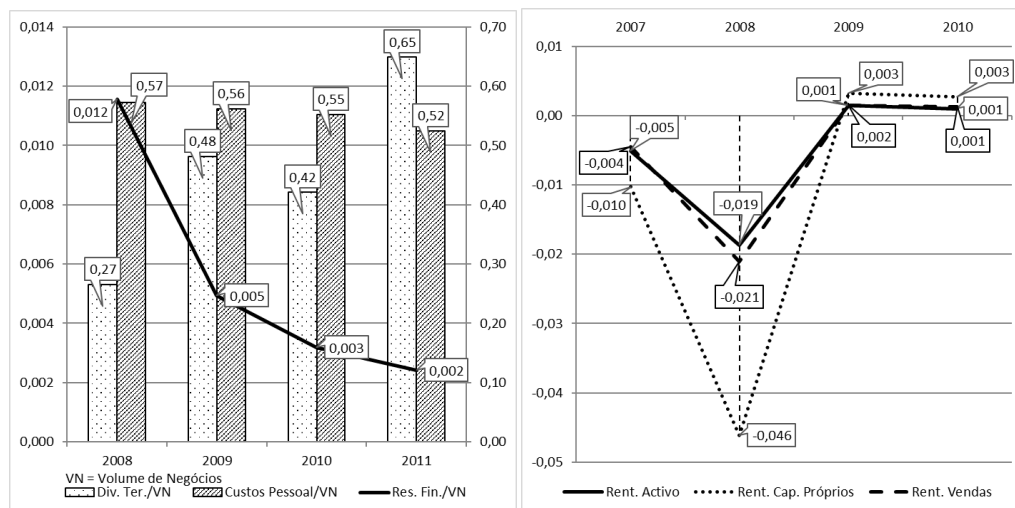
das a fornecedores.

Em termos de rendibilidade, o conjunto analisado apresenta uma trajetória de, primeiro perda de rendibilidade, seguida de uma recuperação e estabilização em valores próximos de

zero, denotando uma ténue e inconsistente, mas evidente recuperação do retorno dos investimentos, dos capitais próprios e de resultados.

Gráfico 2 – Norte: Rácios de Liquidez, Atividade, Financiamento e Rendibilidade





4.3 Centro

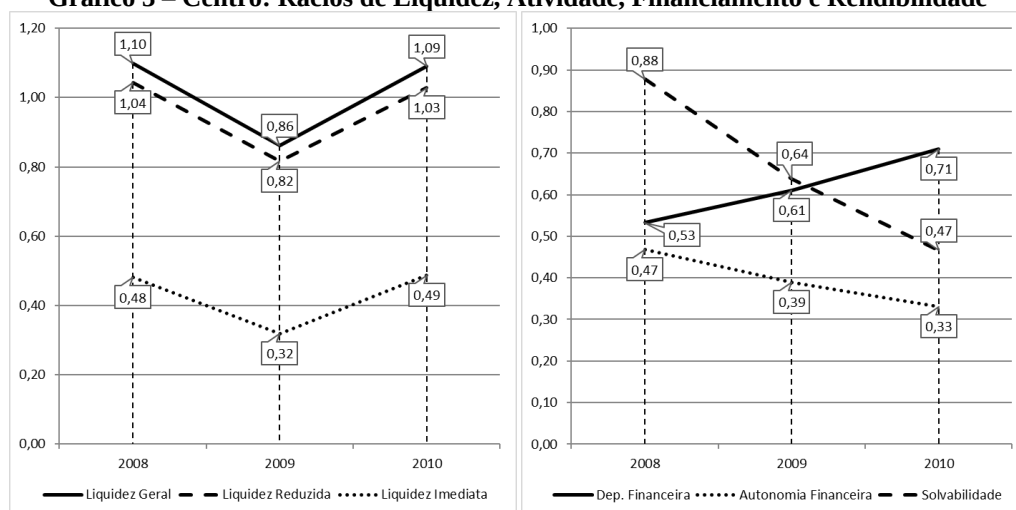
No conjunto das entidades da região Centro os rácios de liquidez, depois de uma diminuição, evidenciam uma recuperação, embora denotando a capacidade das entidades fazerem face às dívidas de curto prazo. No entanto, verifica-se uma deterioração dos rácios de autonomia financeira e solvabilidade, mostrando a falta de capacidade das entidades para satisfazer os compromissos que se vão vencendo.

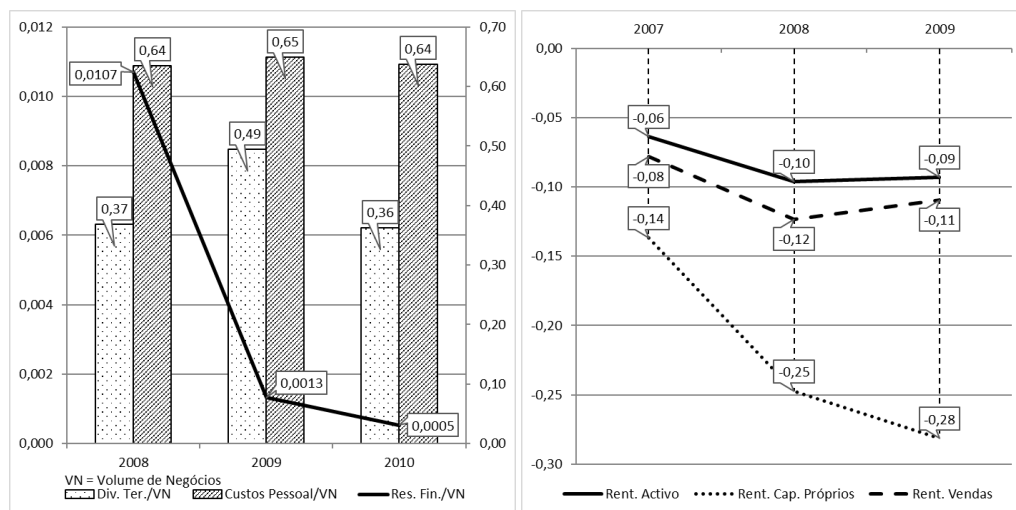
No que se refere à atividade, verifica-se a mesma tendência dos rácios relativos aos cus-

tos de pessoal e resultados financeiros que na região anterior, enquanto mostra uma situação de um nível médio de dívidas em relação às vendas e prestações de serviços significando uma média próxima dos 5 meses de atividade necessários para fazer face às dívidas de curto prazo.

Já quanto aos rácios de rendibilidade, estes evidenciam a falta de rendibilidade dos investimentos e dos capitais próprios, bem como evidenciam os prejuízos acumulados ao longo do período.

Gráfico 3 – Centro: Rátios de Liquidez, Atividade, Financiamento e Rendibilidade





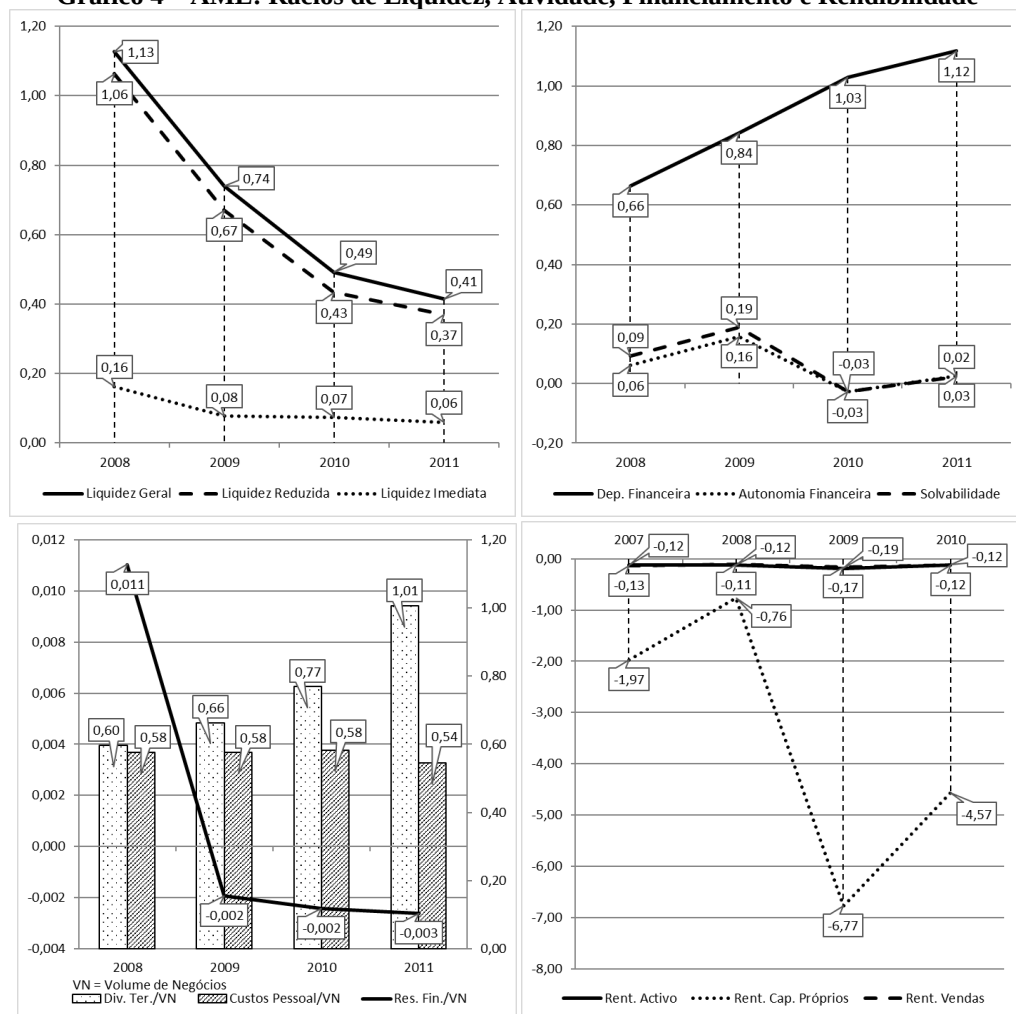
Nota: Por não ter sido possível obter dados relativos a uma entidade no último ano do período considerado, só se apresentam os resultados até 2010 do conjunto das entidades, por forma a não deturpar os resultados e a análise

4.4 Área Metropolitana de Lisboa

Na região AML, o conjunto das entidades analisadas mostram uma tendência decrescente dos rácios de liquidez para valores que deixam

antever dificuldades de tesouraria, ao mesmo tempo que apresentam baixo grau de autonomia financeira e de solvabilidade, mostrando a dificuldade em honrar os compromissos com meios próprios.

Gráfico 4 – AML: Rácios de Liquidez, Atividade, Financiamento e Rendibilidade



Quanto aos rácios de atividade mostram todos eles uma deterioração, com o nível médio de dívidas de curto prazo a apresentar um crescimento dos meses de atividade necessários para fazer face às dívidas de curto prazo de cerca de 7 meses em 2008 para cerca de 12 meses em 2011.

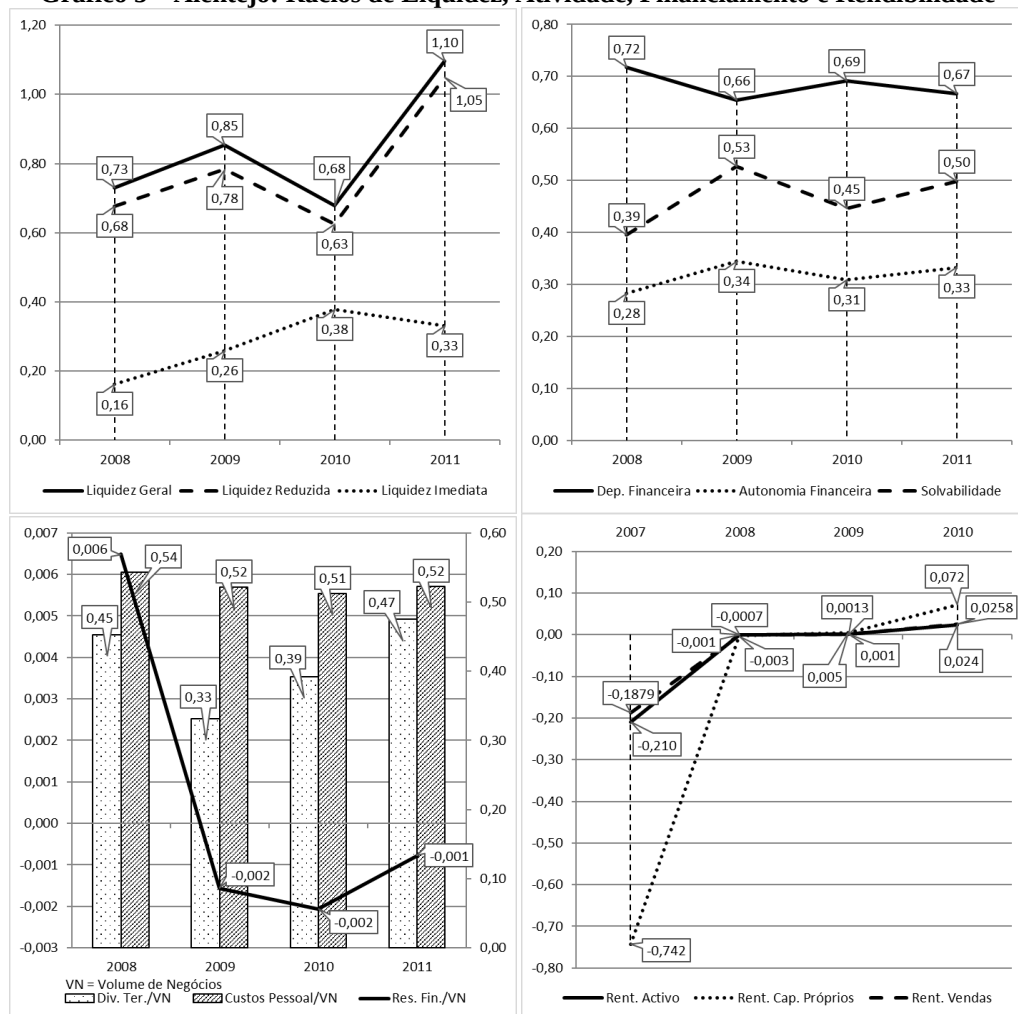
Por seu lado, os rácios de rendibilidade evidenciam a falta de rendibilidade dos investimentos, do capital próprio e a persistência de prejuízos acumulados.

4.5 Alentejo

Na região do Alentejo a entidade analisada parece não apresentar dificuldades de tesouraria para fazer face a dívidas de curto prazo, embora com baixo grau de autonomia financeira e evidenciando dificuldades para fazer face a compromissos de médio e longo prazo com meios próprios.

Quanto à atividade verifica-se uma deterioração dos rácios, com os meses de atividade

Gráfico 5 – Alentejo: Rácios de Liquidez, Atividade, Financiamento e Rendibilidade

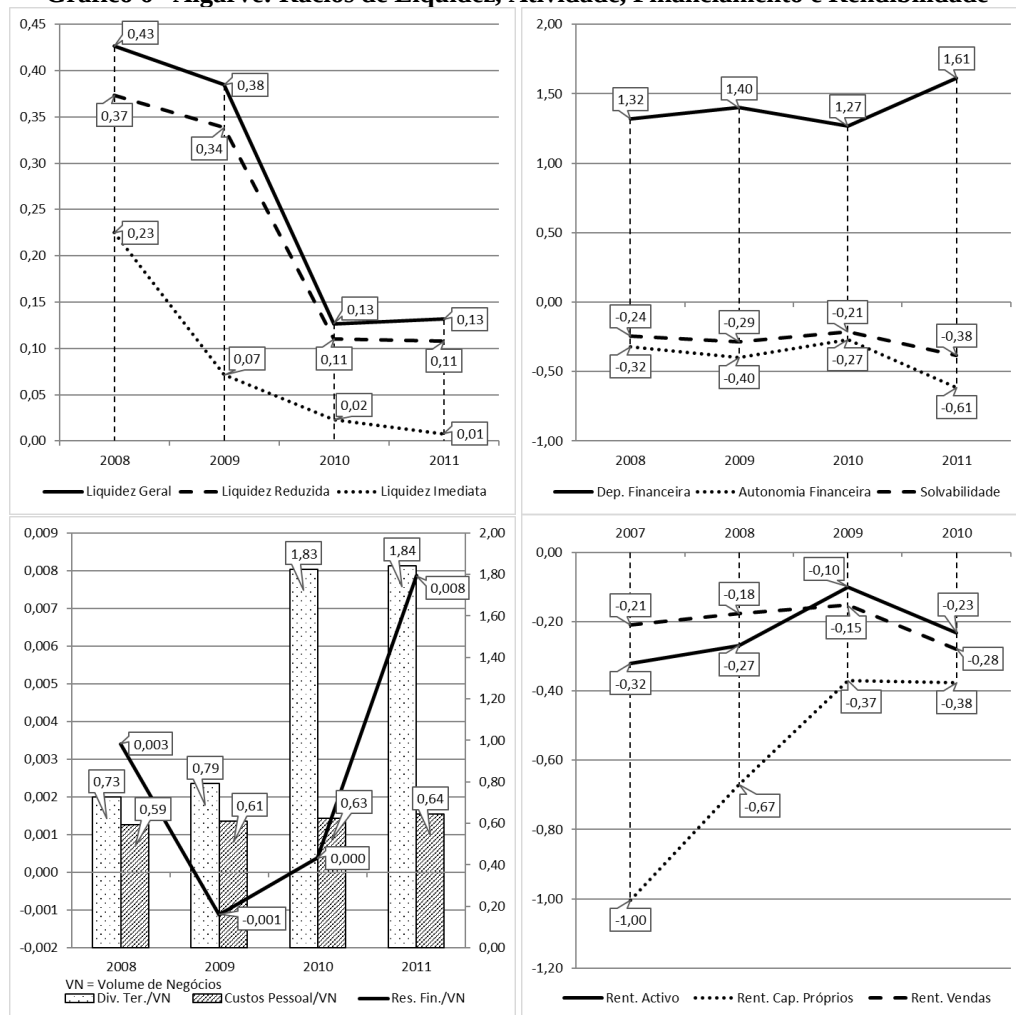


para fazer face às dívidas de curto prazo a crescer ligeiramente de uma média de 5 para 5,5 meses.

Contudo, a tendência dos rácios de rendibilidade é de crescimento para se tornarem positivos, embora próximo de zero, em 2011, evidenciando a recuperação ténue e pouco consistente, em particular dos resultados.

4.6 Algarve

Na região do Algarve, a única entidade existente e analisada apresenta uma tendência de degradação dos rácios de liquidez, deixando antever dificuldades de tesouraria, apresentando também dificuldades em honrar compromissos de médio e longo prazo evidenciado por rácios negativos e tendencialmente decrescentes de autonomia financeira e solvabilidade.

Gráfico 6– Algarve: Rácios de Liquidez, Atividade, Financiamento e Rendibilidade

Ao contrário das restantes entidades das diferentes regiões, aqui assiste-se a uma recuperação do rácio de resultados financeiros, mantendo contudo similaridades com as restantes no que respeita ao rácio de custos de pessoal em relação às vendas e prestações de serviços, denotando um decréscimo menor dos custos pessoal, em termos proporcionais, ao do volume de negócios. Já o número médio de meses de atividade necessários para fazer face às dívidas de curto prazo cresce de cerca de 9 meses para 22 meses.

Por outro lado, é notória a falta de rentabilidade, devido quer aos prejuízos acumulados, quer à deterioração do capital próprio.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não sendo possível fazer uma análise mais atualizada face à inexistência de dados, este trabalho torna-se relevante, na medida em que visa, por um lado, uma abordagem do desempenho económico e financeiro dos hospitais

empresa e, por outro, uma análise com base no critério regional ainda não realizadas. Por outro lado, constitui-se como uma base para trabalhos futuros e análises comparativas de diferentes períodos, logo que a disponibilidade de dados o permita, ao mesmo tempo que permite tirar algumas conclusões.

Assim, a análise realizada permite constatar que o conjunto das entidades da região Norte apresentam, em geral, indicadores de liquidez e financiamento que se traduzem pela sua capacidade para satisfazer todos os compromissos com terceiros, embora com uma tendência decrescente, quer dos rácios de liquidez, quer de financiamento.

Já o conjunto das entidades da região Centro, região AML e a entidade analisada do Algarve apresentam indicadores de liquidez (à exceção da região Centro) e de financiamento que revelam dificuldades de tesouraria, bem como a incapacidade para solver compromissos de médio e longo com meios próprios, ao mesmo tempo que apresentam falta de rentabi-

lidade, essencialmente devido à persistência de resultados negativos.

Já a entidade analisada na região do Alentejo parece apresentar, ao longo do período considerado, uma recuperação da capacidade de tesouraria, dos resultados, bem como dos indicadores de financiamento que, no entanto, não evidenciam ainda a capacidade da entidade para solver os compromissos que se vão vencendo.

Por outro lado, quanto aos indicadores de atividade, todas as regiões apresentam uma evolução do rácio de resultados financeiros em relação às vendas e prestações de serviços que não se coadunam com a atividade das entidades. Já a evolução do rácio de custos de pessoal, apesar das políticas de redução salarial (designadamente, cortes salariais, redução dos suplementos e aumento do horário de trabalho de 35h/semana para 40h/semana) e de redução de efetivos, reflete a diminuição do volume de negócios. De facto, como referido e assumido pelas autoridades nacionais, verifica-se uma diminuição da produtividade, quando calculada através do VABfc *per capita*, que tem como principal causa a diminuição do volume de negócios (Direcção-Geral do Tesouro e Finanças, 2012, 2013, 2014).

Finalmente, o rácio de dívidas de curto prazo mostra que são necessários no Norte, Centro e Alentejo cerca de 5 meses de atividade para fazer face às dívidas de curto prazo, que na sua maior parte dizem respeito a dívidas a fornecedores, enquanto no Algarve são necessários cerca de 16 meses.

Esta análise por regiões vem corroborar os resultados de Batista et al. (2015b, a), em relação à análise do processo de evolução da empresarialização dos hospitais a nível nacional e por um período mais alargado (entre 2002 e 2013), e da ERS (2012) relativamente aos grupo de CH (entre 2008 e 2009). Regionalmente verifica-se também a tendência decrescente dos rácios de liquidez, a perda de autonomia financeira e solvabilidade, traduzindo as tendencias dificuldades em honrar os compromissos, quer de curto prazo, como de médio e longo prazo, uma diminuição da rendibilidade da atividade e dos capitais investidos, e défices operacionais crescentes o que aumenta as necessidades de endividamento, revelando uma trajetória de insustentabilidade.

A persistência de défices e o nível de endividamento poderá conduzir a uma necessidade de financiamento líquido deste subsector do SNS, colocando o Estado perante as condicionantes decorrentes dos critérios do Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais (SEC)²⁵, e, em particular, perante o novo quadro conceptual, SEC 2010²⁶, cuja delimitação setorial leva à inclusão dos hospitais empresa no perímetro das AP, o que conduzirá a um agravamento do défice das Administrações Públicas, na perspetiva das contas nacionais, bem como da dívida pública.

²⁵ SEC ou Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais é uma metodologia para a produção de contas nacionais na União Europeia, cujo objectivo é o estabelecimento de normas, definições, nomenclaturas e regras contabilísticas comuns a todos os Estados membros da União Europeia, visando a elaboração de contas e quadros em bases comparáveis.

²⁶ O SEC 2010, publicado no Jornal Oficial em 26 de Junho de 2013 (Regulamento nº 549/2013, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 21 de maio de 2014) e com aplicação a partir de Setembro de 2014, sucede ao SEC 95 que entrou em vigor com a publicação do Regulamento do Conselho (EC) nº 2223/96, de 25 de Junho de 1996. Com a introdução do SEC 2010, o ano de 2011 passa a ser a referência para os dados estatísticos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, V., Manso, J. R. P. e Raposo, V. Corporatization of Public Hospitals in Portugal – do we have better economic financial results? XXXV Jornadas de Economia da la Salud, 17-19/Junho, 2015a Granada.
- Batista, V., Manso, J. R. P. e Raposo, V. Empresarialização dos hospitais públicos - Como evoluíram a sua situação económica e os resultados económico-financeiros? 14ª Conferência Nacional de Economia da Saúde, 15-16/Outubro, 2015b Lisboa.
- Direcção-Geral do Tesouro e Finanças (2012) Sector Empresarial do Estado - Relatório de 2012. Lisboa: Ministério das Finanças.
- Direcção-Geral do Tesouro e Finanças (2013) Sector Empresarial do Estado - Relatório de 2013. Lisboa: Ministério das Finanças e da Administração Pública.
- Direcção-Geral do Tesouro e Finanças (2014) Sector Empresarial do Estado - Relatório 2014. Lisboa: Ministério das Finanças e Administração Pública.
- ERS (2012) Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde.
- Fernandes, C., Peguinho, C., Vieira, E. e Neiva, J. (2014) *Análise Financeira*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Harfouche, A. 2010. *Opções Políticas em Saúde Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar*. PhD, Universidade Nova de Lisboa.
- INE (2015) NUTS 2013: As Novas Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Lisboa: INE.
- Moreira, S. (2008) "Efficiency Analysis Of Public Hospitals Transformed Into Public Corporations: An Application Of Data Envelopment Analysis". *Banco de Portugal - Economic Bulletin*, pp 119-141.
- Neves, J. C. d. (2012) *Análise e Relato Financeiro*, Lisboa, Texto Editores.
- OPSS (2006) Relatório de Primavera 2006 - Um ano de governação em Saúde: Sentidos e Significados. In: Observatório Português Dos Sistemas De Saúde (ed.) *Observatório da Saúde*. Coimbra: Mar da Palavra - Edições, Lda.
- Raposo, V. 2007. *Governança hospitalar - uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra.
- Raposo, V. e Harfouche, A. (2011) Governing Public Hospitals - Portugal. In: Saltman, R. B., Durán, A. and Dubois, H. F. W. (eds.) *Governing Public Hospitals - Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, pp 217-240.
- Rego, G. (2008) *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos: Uma Aplicação ao Sector da Saúde*, Porto, Vida Económica.
- Rego, G., Nunes, R. e Costa, J. (2010) "The challenge of corporatisation: the experience of Portuguese public hospitals". *European Journal of Health Economics*, 11, pp 367-381.
- Silvestre, H. M. C. e Araújo, J. F. A Gestão por Resultados no Sector Público: O Caso dos Hospitais EPE. 6º Congresso Nacional da Administração Pública, 2008 Centro de Congressos de Lisboa.
- Vaz, A. M. (2010) Hospitais Públicos Portugueses. In: Simões, J. (ed.) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado*. Coimbra: Almedina, pp 297-353.

ANEXO 1 - RÁCIOS ECONÓMICO-FINANCEIROS

		Rátios de Liquidez			Rátios de Funcionamento			Rátios de Financiamento			Rátios de Rendibilidade		
NUTS II	2008 - 2011	Liquidez Geral	Liquidez Reduzida	Liquidez Imediata	DT/VN	CP/VN	RF/VN	Dep. Financeira	Autonomia Financeira	Solvabilidade	R. activo	R. Cap. Próprios	R. das vendas
Norte	08	1,983	1,885	0,320	0,265	0,573	0,012	0,508	0,492	0,970	-0,005	-0,010	-0,004
	09	1,018	0,965	0,077	0,481	0,561	0,005	0,595	0,405	0,680	-0,019	-0,046	-0,021
	10	1,051	0,992	0,185	0,421	0,552	0,003	0,561	0,439	0,781	0,001	0,003	0,002
	11	0,622	0,580	0,049	0,649	0,524	0,002	0,627	0,372	0,594	0,001	0,003	0,001
Centro	08	1,099	1,042	0,480	0,368	0,635	0,011	0,533	0,467	0,877	-0,064	-0,137	-0,078
	09	0,862	0,817	0,319	0,494	0,649	0,001	0,611	0,389	0,637	-0,096	-0,247	-0,123
	10	1,089	1,029	0,487	0,362	0,638	0,001	0,710	0,331	0,467	-0,093	-0,281	-0,109
	11												
AML	08	1,126	1,062	0,163	0,596	0,576	0,011	0,664	0,061	0,092	-0,120	-1,972	-0,134
	09	0,741	0,670	0,077	0,663	0,575	-0,002	0,842	0,158	0,188	-0,121	-0,764	-0,114
	10	0,492	0,433	0,073	0,769	0,583	-0,002	1,028	-0,028	-0,027	-0,191	-6,772	-0,168
	11	0,415	0,369	0,060	1,006	0,545	-0,003	1,117	0,026	0,023	-0,119	-4,571	-0,118
Alentejo	08	0,730	0,677	0,161	0,453	0,543	0,006	0,717	0,283	0,395	-0,210	-0,742	-0,188
	09	0,854	0,783	0,258	0,332	0,522	-0,002	0,655	0,345	0,527	-0,001	-0,003	-0,001
	10	0,680	0,625	0,378	0,392	0,512	-0,002	0,691	0,309	0,447	0,001	0,005	0,001
	11	1,096	1,049	0,331	0,475	0,522	-0,001	0,667	0,333	0,499	0,024	0,072	0,026
Algarve	08	0,426	0,373	0,225	0,727	0,592	0,003	1,321	-0,321	-0,243	-0,322	-1,003	-0,210
	09	0,385	0,339	0,071	0,791	0,612	-0,001	1,400	-0,400	-0,286	-0,268	-0,671	-0,176
	10	0,127	0,110	0,023	1,826	0,625	0,000	1,269	-0,269	-0,212	-0,100	-0,371	-0,153
	11	0,132	0,108	0,008	1,843	0,645	0,008	1,614	-0,614	-0,380	-0,232	-0,377	-0,279
Nacional	08	1,045	0,967	0,475	0,407	0,585	0,008	1,9198	0,3423	0,5209	-	-	-
	09	0,727	0,650	0,231	0,598	0,583	0,001	2,4600	0,2890	0,4065	0,0543	0,1881	0,0588
	10	0,490	0,448	0,106	0,817	0,579	0,000	3,6548	0,2148	0,2736	0,0547	0,2545	0,0681
	11	0,451	0,415	0,061	1,087	0,558	0,000	5,9989	0,1429	0,1667	0,0625	0,4373	0,0923