

MARCELO PADOIN CANAZARO

**DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DE NOSOCÔMIOS BRASILEIROS:
UMA ANÁLISE COMPARATIVA DE HOSPITAIS COM E SEM FINS LUCRATIVOS**

Dissertação apresentada ao PMA - Programa de
Mestrado Acadêmico em Administração da
UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí como
requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Administração

Professora Dra. Anete Alberton - Orientadora

Biguaçu

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARCELO PADOIN CANAZARO

**DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DE NOSOCÔMIOS BRASILEIROS:
UMA ANÁLISE COMPARATIVA DE HOSPITAIS COM E SEM FINS LUCRATIVOS**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Administração e aprovada pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Universidade do Vale do Itajaí, Campus de Biguaçu.

Área de Concentração: Organizações e Sociedade

Biguaçu, 24 de Julho de 2007.

Prof. Dr. Carlos Ricardo Rossetto

Coordenador do Programa

Profa. Dra. Anete Alberton

Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI – CE Biguaçu

Orientadora

Prof. Dr. Miguel Angel Verdinelli

Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI – CE Biguaçu

Prof. Dr. José Alonso Borba

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação ao Grande Arquiteto
do Universo, pelo dom da vida e a minha
família, fortaleza que me transformou
no que hoje sou.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço a Deus pelos desafios oportunizados ao longo da minha existência;
- . . . a orientadora Prof.a Dra. Anete Alberton, pelos ensinamentos e principalmente pela paciência em me orientar;
- . . . a todos os doutores do PMA, pela sabedoria transmitida;
- . . . a CAPES pela bolsa de estudos concedida, sem a qual não teria conseguido desenvolver este mestrado;
- . . . a minha família, por tudo que ela representa para mim;
- . . . a Roberta, por tudo que representa para mim e pela inestimável contribuição para essa dissertação ter chego ao fim;
- . . . a todos que de uma forma ou outra contribuíram para essa dissertação, muito obrigado!

EPÍGRAFE

“Se queres bem empregar a vida,
pensa na morte.” (autor desconhecido)

RESUMO

Os hospitais brasileiros, especialmente os que atendem pelo Sistema Único de Saúde, sofrem com a insuficiência na qualidade dos serviços. Para atenuar esse quadro diversas pesquisas têm sido realizadas, sendo que uma das linhas de pesquisas tem sido verificar como as diferenças entre os hospitais com e sem fins lucrativos podem afetar o desempenho econômico-financeiro. O objetivo foi estruturado para verificar se existe diferença de performance econômica-financeira entre os hospitais com e sem fins lucrativos. Para tanto buscou-se na literatura as principais características organizacionais que diferenciam os hospitais, bem como os trabalhos empíricos desenvolvidos nessa linha de pesquisa, nacional e internacionalmente, abordando este tipo de organização. Frente ao objetivo da pesquisa, optou-se por uma abordagem quantitativa, de estrutura longitudinal dos dados coletados. Os indicadores financeiros de liquidez, endividamento e rentabilidade foram coletados na base de dados da Gazeta Mercantil e as características organizacionais dos hospitais foram coletadas na base de dados Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. No tratamento dos dados foi feita a análise e eliminação dos *outliers* e posteriormente a análise através de testes Mann-Whitney de comparação de média, em quinze diferentes características para cada um dos oito indicadores utilizados. Os resultados encontrados demonstram uma situação de baixa rentabilidade e liquidez tanto dos hospitais com como os sem fins lucrativos, e desvio padrão elevado dentro da amostra. Quanto aos testes de diferença de média, apontam-se resultados inconclusivos quanto à significância estatística, porém a liquidez e o endividamento tendem a ser maiores e a rentabilidade menor nos hospitais com fins lucrativos.

Palavras chave: desempenho econômico-financeiro, terceiro setor, hospitais.

ABSTRACT

Brazilian hospitals, especially those which offer healthcare services within the the Sistema Único de Saúde (Brazilian national healthcare system), are suffering from a lack of quality in the services. To attenuate this scenario, various studies have been carried out. One of the lines of research has been to verify how differences between for profit and not for profit hospitals can affect the economic-financial performance of the hospital. This objective was structured in such a way as to determine whether there is any difference in economic-financial performance between hospitals which operate on a for profit basis and not for profit basis. A literature review was carried out on the main organizational characteristics that differentiate the two types of hospital, as well as on empirical works in this area of research, both national and international, which address this type of organization. To achieve the objective of the research, a quantitative approach was used, with longitudinal analysis of the data collected. The financial indicators of liquidity, indebtedness and profitability were collected from the database of the Gazeta Mercantil and the organizational characteristics of the hospitals were collected from the CNES (National Registration of Health Establishments) database. In the data analysis, outliers were first analyzed and eliminated, followed by analysis using the Mann-Whitey tests for comparison of averages, focusing on fifteen different characteristics for each of the eight indicators used. The results demonstrate a situation of low profitability and liquidity, both for the for profit and the not for profit hospitals, and high standard deviation within the sample. Regarding the tests of differences in average, inconclusive results were obtained in terms of statistical significance. However liquidity and indebtedness tended to be higher, and profitability lower in the for profit hospitals.

Key words: financial performance, third sector, hospitals

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS - Ação Integrada da Saúde
ANAHP - Associação Nacional dos Hospitais Privados
BP - Balanço Patrimonial
CEME - Central de Medicamentos
CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DRE - Demonstração do Resultado do Exercício
EBTIDA - Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization
EVA - Valor Econômico Agregado
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FUNABEM - Fundação Nacional de Bem-estar do Menor
ICMS - Imposto sobre Circulação e Movimentação de Mercadorias
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LBA - Legião Brasileira de Assistência
PIB - Produto Interno Bruto
PIS - Programa de Integração Social
PROAHSA - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar
ROA - Taxa de retorno sobre o ativo total
ROE - Taxa de retorno sobre o patrimônio líquido
ROI - Retorno sobre investimentos
SADT - Serviços de Apoio ao Diagnóstico de Tratamento
SINHA - Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Liquidez Corrente - médias.....	71
Gráfico 2 - EXLPPL - médias	74
Gráfico 3 - Grau de Endividamento Total - médias	75
Gráfico 4 - ROA - médias	78
Gráfico 5 - ROE - médias	79
Gráfico 6 - Margem Bruta - médias	82
Gráfico 7 - Margem Operacional - médias	83
Gráfico 8 - Margem Líquida - médias	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos hospitais segundo a propriedade.....	27
Quadro 2 - Variáveis que interferem no desempenho do hospital.....	34
Quadro 3 - Gasto de capital por leito segundo o porte e o tipo de propriedade.	36
Quadro 4 - Endividamento dos hospitais segundo a FBH.....	56
Quadro 5 - Índices econômicos-financeiros utilizados em pesquisas empíricas	58
Quadro 6 - Segmentações conforme as características organizacionais.....	63
Quadro 7 - Indicadores Gazeta Mercantil.....	65
Quadro 8 - Distribuição geográfica dos hospitais no Brasil	66
Quadro 9 - Variáveis obtidas a partir do CNES	67
Quadro 10 - Fluxograma de pesquisa	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Hospitais por condição de autonomia do dirigente executivo do hospital segundo atividades – Amostra- Brasil, 2001	31
Tabela 2 - Hospitais segundo instrumentos e práticas gerenciais – Amostra- Brasil, 2001	32
Tabela 3 - Eficiência técnica dos hospitais brasileiros	35
Tabela 4 - Instrumentos de organização financeira dos hospitais.....	39
Tabela 5 - Coeficientes de endividamento nos hospitais	50
Tabela 6 - Margens líquidas por porte (Resultado Final/ Receita Bruta).....	53
Tabela 7 - Liquidez a curto prazo por porte - Amostra – Brasil	53
Tabela 8 - Relação entre características organizacionais e acesso ao capital.....	54
Tabela 9 - Margem líquida dos hospitais do SINHA.....	56
Tabela 10 - Liquidez Corrente - Mann-Whitney	72
Tabela 11 - Indicadores de Endividamento - Mann-Whitney	75
Tabela 12 - Indicadores de Rentabilidade - Mann-Whitney.....	79
Tabela 13 - Rentabilidade Sobre Vendas - Mann-Whitney	84
Tabela 14 - Análise dos resultados da pesquisa	89

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	<i>Contextualização</i>	14
1.2	<i>Justificativa e relevância</i>	16
1.3	<i>Objetivos</i>	18
1.3.1	Objetivo geral	18
1.3.2	Objetivos específicos	19
1.4	<i>Estrutura do trabalho</i>	19
2	DESENVOLVIMENTO E ESTRUTURAÇÃO DO SETOR SAÚDE	21
2.1	<i>Histórico das organizações hospitalares</i>	21
2.2	<i>O sistema de gestão de saúde no Brasil</i>	23
2.2.1	Sistema Único de Saúde (SUS)	24
2.2.2	O Sistema privado de saúde no Brasil	25
2.3	<i>Gestão administrativa das organizações de saúde</i>	26
2.3.1	Diferenças entre os tipos de propriedade	27
2.3.2	Competição e profissionalização no setor de saúde	29
2.3.3	Mensuração da performance organizacional	33
2.3.4	Investimento em imobilizados	36
2.3.5	Gestão financeira em nosocômios	38
3	ANÁLISE DA PERFORMANCE ECONÔMICA-FINANCEIRA DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	40
3.1	<i>Conceitos de Indicadores de performance econômica-financeira</i>	40
3.1.1	Análise da liquidez	41
3.1.2	Análise do endividamento	42
3.1.3	Análise da rentabilidade	45
3.1.4	Análise do EVA, EBTIDA e Fluxo de Caixa Descontado	46
3.2	<i>Estudos empíricos sobre performance econômica-financeira em estabelecimentos de saúde</i>	49
3.3	<i>Resumo dos índices</i>	57
4	METODOLOGIA	60
4.1	<i>Design de pesquisa</i>	60
4.2	<i>Hipóteses de pesquisa</i>	61
4.2.1	Hipóteses sobre a Liquidez	61

	13
4.2.2 Hipóteses sobre o endividamento	62
4.2.3 Hipóteses sobre a rentabilidade	62
4.2.4 Análise de acordo com as características organizacionais	62
4.3 <i>Amostra e coleta de dados</i>	63
4.3.1 <i>Gazeta Mercantil</i>	64
4.3.2 <i>Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)</i>	65
4.4 <i>Tratamento e análise dos dados</i>	67
4.5 <i>Algumas limitações da pesquisa</i>	69
5 RESULTADOS	71
5.1 <i>Análise da Liquidez</i>	71
5.2 <i>Análise do Endividamento</i>	74
5.3 <i>Análise da Rentabilidade</i>	78
5.3.1 <i>Rentabilidade</i>	78
5.3.2 <i>Demonstração da Composição Percentual do Resultado(Lucratividade)</i>	82
6 CONCLUSÕES	88
REFERÊNCIAS.....	91

1 INTRODUÇÃO

A Introdução desse trabalho está dividida em quatro etapas: Contextualização, Justificativa e Relevância, Objetivos e Estrutura do Trabalho. A contextualização delimita o campo de trabalho a ser abordado, a justificativa e a relevância argumentam a importância acadêmica dessa pesquisa, os objetivos apresentam e delimitam a abrangência e direcionamento da pesquisa e por fim a estrutura do trabalho estabelece a organização de cada capítulo.

1.1 Contextualização

As organizações de cuidados à saúde acompanham a humanidade desde os seus primórdios. De organizações de saúde destinadas inicialmente a serem somente um morredouro dos pacientes, hoje estes estabelecimentos possuem uma alta complexidade técnica e variedade de serviços, abrangendo desde a prevenção e o bem-estar à reabilitação plena ou minimização do sofrimento do paciente terminal.

Devido à alta complexidade técnica e variedade de serviços, os estabelecimentos de saúde também apresentam uma alta complexidade organizativa, aliada a um crescimento tecnológico muito rápido (BAKER, 2001, ROTTA, 2004). Este crescimento tecnológico, em especial nas últimas cinco décadas, gerou um aumento de gastos públicos em saúde em todo o mundo (CALVO, 2002; ROTTA, 2004). No Brasil, especialmente no Sistema Único de Saúde, esse aumento de gastos, aliado à baixa remuneração paga aos hospitais pelos serviços prestados, tem contribuído para agravar a insuficiência de qualidade no atendimento.

Para atenuar esse atual quadro de insuficiência de qualidade no atendimento no Brasil e melhorar a gestão organizativa dos estabelecimentos de saúde, pesquisas acadêmicas têm sido desenvolvidas com o intuito de otimizar os recursos físicos, humanos e financeiros desses estabelecimentos. Como exemplos dessas pesquisas acadêmicas encontram-se diversos trabalhos nacionais e internacionais, como os desenvolvidos pela Haute Autorité de Santé (2005), Martinez-Alarcón (2002), Lima e Lima (1998), Phillips (1999), Baker (2001), Hernández (2001), Barona

(2000), Lima-Gonçalves e Aché (1999), Calvo (2002). A Haute Autorité de Santé (2005) aponta que o uso de ferramentas gerenciais, em especial as de avaliação de performance, são necessárias para a formulação de estratégias adequadas aos desafios do setor saúde. Tal pensamento é compartilhado por Martinez-Alarcón (2002) e Lima e Lima (1998), quando consideram que diante da constante escassez de recursos e dos custos crescentes na área da saúde, se fazem necessárias análises de custo e eficiência, visando introduzir elementos de eficiência econômica e produtividade. Phillips (1999) reforça os argumentos acima, afirmando que a identificação dos atributos que impactam a rentabilidade a longo prazo é o primeiro passo para viabilizar financeiramente hospitais sem fins lucrativos. Já Hernández (2001), Barona (2000), Lima-Gonçalves e Aché (1999) afirmam que uma das tendências em gestão em saúde é busca da eficiência através do controle financeiro e de gestão, devendo ser usadas práticas do setor privado. Ao corroborar com estes autores, Baker (2002) sugere o aprofundamento dos estudos nessa linha, ao considerar que uma das questões emergentes nesse século é como melhorar a performance diante do aumento da complexidade de administração dos hospitais.

Estes estudos não pressupõem, entretanto, uma prioridade dos objetivos mercantis sobre a saúde, pois as análises contidas nestas pesquisas buscam antes uma valorização monetária dos recursos, imprescindíveis para melhoria do atendimento e o bem-estar da população. Além disso, a aplicação de critérios econômicos na saúde não entra em conflito com a ética, ao contrário;

[...] o que não seria ético seria ignorar a restrição determinada pela limitação de recursos e não perseguir a eficiência das ações, pois isto equivale a conformar-se com níveis de saúde e bem estar inferiores aos que na realidade poder-se-ia conseguir com estratégias de aplicação dos recursos destinados à saúde (SAES, 2000 p. 17).

O argumento de Saes (2000) é corroborado por autores como Bradley *et al* (*apud* AGUIAR, 2004) e García e Caicedo (2002). “Enquanto a maior eficiência aumenta a cifra disponível para o investimento social, a elevação da eficácia aumenta o benefício social a cada dólar gasto” (BRADLEY *et al* *apud* AGUIAR, 2004, p. 117). Além disso, um serviço de saúde orientado para resultado econômico não significa a violação de um direito fundamental que é a saúde (GARCÍA E CAICEDO, 2002).

Para efeito de análise econômica e financeira, o hospital deve ser visto como uma empresa prestadora de serviços (ESPIGARES, 1999 *apud* CALVO, 2002),

sendo que a comparação entre organizações através de indicadores de desempenho é atualmente uma das metodologias mais utilizadas para se analisar uma empresa (RAMOS, 1999). Rotta (2004), Aguiar (2004) e Teisberg, Porter e Brown (1999) apontam que a utilização de indicadores de desempenho é um dos caminhos que devem ser utilizados pelos gestores da saúde como estratégia para melhorar o desempenho administrativo e seus resultados. Ritchie e Kolodinsky (2003) afirmam que é consenso que as organizações não lucrativas sejam avaliadas pelo seu desempenho financeiro. Santos e Watanabe (2004) apontam que a avaliação da performance econômica-financeira das empresas é um dos temas que mais tem suscitado análises e estudos em contabilidade, controladoria e finanças.

1.2 Justificativa e relevância

Diante da contextualização apresentada e face aos estudos sobre análise da performance econômica e financeira no setor saúde, Flood, Shortell e Scott (1997) destacam os estudos que avaliam os efeitos que o tipo de propriedade causa ao desempenho da firma. Calvo (2002) comenta que no Brasil os hospitais são muito diferentes entre si, porém a característica que mais difere um hospital do outro, do ponto de vista econômico, é a sua gestão e propriedade. Para Irvin (2000) diversos estudos apontam que há um *gap* entre hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos.

A New York Academy of Medicine (1999 *apud* CALVO, 2002) realizou nos EUA uma revisão e síntese da literatura sobre a comparação de hospitais com e sem fins lucrativos, sendo que os principais achados foram: hospitais sem fins lucrativos atendem mais pacientes sem planos de saúde do que os com hospitais lucrativos; hospitais sem fins lucrativos proporcionam maior gama de serviços para populações mais vulneráveis e realizam um maior número de procedimentos deficitários; hospitais sem fins lucrativos tendem a ter melhor qualidade que os com fins lucrativos, inclusive sobre suas taxas de mortalidade.

Rosenau (2003) ao pesquisar as publicações, desde 1980, que abordam as diferenças de performance entre os hospitais privados e hospitais não lucrativos nos Estados Unidos, concluiu que 60% das pesquisas reportam que hospitais sem fins lucrativos tem melhor desempenho, 30% não foram conclusivas, e 10% apontavam

os hospitais com fins lucrativos com melhor performance. Na mesma linha de argumentação, Barbeta, Turatti e Zago (*apud* CALVO, 2002) afirmam que não há consenso dos autores acerca da influência da propriedade sobre a produtividade dos hospitais. Tal afirmação é respaldada em diversas pesquisas sobre este tema, em especial as de Wilson e Jadow (1982), Sherman (1986), Wedig *et al* (1988), Valvona e Sloan (1988), Zuckerman, Hadley e Lezzoni (1994 *apud* CALVO, 2002), Puig-Junoy (1998 *apud* CALVO, 2002), Sloan (2000), Hernández, Rodríguez e Pérez (2000), Calvo (2002), Kessler e McClellan (2002), Gertler e Kuan (2002) e Rosenau e Linder (2003).

Wedig *et al* (1988) não encontrou diferenças significativas na estrutura de capital entre os hospitais com e sem fins lucrativos. Sloan (2000) não encontrou evidências empíricas quanto à existência de diferença de produtividade entre hospitais com e sem fins lucrativos. Kessler e McClellan (2002) afirmam que os hospitais são indistinguíveis sob o ponto de vista da gestão, pois, com finalidade lucrativa ou não, eles têm custos e qualidade similares. Valvona e Sloan (1988) diagnosticaram que os hospitais com fins lucrativos possuíam um coeficiente de endividamento superior aos hospitais sem fins lucrativos. Gertler e Kuan (2002) afirmam que os hospitais não lucrativos são tão eficientes como os lucrativos. Já o estudo de Wilson e Jadow (1982) apontou que os hospitais mais eficientes são aqueles com fins lucrativos, em detrimento dos hospitais sem fins lucrativos e hospitais públicos.

Diferindo dos autores acima, Zuckerman, Hadley e Lezzoni (1994 *apud* CALVO, 2002) e Puig-Junoy (1998 *apud* CALVO, 2002) encontraram maior eficiência em hospitais sem fins lucrativos do que em hospitais com fins lucrativos. Sherman (1986) concluiu que na maioria das vezes os nosocômios sem fins lucrativos apresentam Lucro Líquido percentualmente superior. Rosenau e Linder (2003) em sua pesquisa apontam que os serviços psiquiátricos sem fins lucrativos são superiores aos serviços psiquiátricos com fins lucrativos em várias características, dentre elas custo-eficiência, quando comparado com os serviços lucrativos.

No Brasil, Calvo (2002) comparou o desempenho entre hospitais públicos e privados no Estado do Mato Grosso, e os resultados permitiram concluir que o tipo de propriedade não afetou a eficiência produtiva dos hospitais analisados.

Como apontado nos estudos acima os achados abrangendo essa linha de pesquisa na área hospitalar não são conclusivos, o que resulta em uma preocupação e impulsiona a realização de estudos científicos comparativos entre os diversos tipos de propriedade (CHILINGERIAN E SHERMAN, 1987; CALVO, 2002; PROITE E SOUSA, 2004). Aguiar (2004) deixa como sugestão de pesquisa a comparação entre as entidades que atuam no setor público, privado e sem fins lucrativos, verificando se existem diferenças relativas ao desempenho dessas organizações. Proite e Souza (2004 p. 2) reforçam a sugestão de Aguiar (2004), argumentando que é importante “saber em que medida, a natureza da instituição que presta serviços hospitalares [...] influencia o desempenho efetivo desses estabelecimentos”. Rojas (2000) afirma que a literatura sugere um amplo campo de oportunidades de pesquisa para comparar organizações lucrativas com as organizações sem fins lucrativos.

Portanto, diante da relevância desse tema, confirmada por diversas pesquisas internacionais, e da escassez de pesquisas acadêmicas nacionais analisando o efeito da propriedade sobre variáveis financeiras, é que esta pesquisa visa responder a seguinte pergunta:

Existe diferença de performance econômica-financeira entre hospitais com e sem fins lucrativos no Brasil?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

- ✓ Comparar os indicadores econômico-financeiros dos nosocômios com e sem fins lucrativos no Brasil

1.3.2 *Objetivos específicos*

- ✓ Apresentar a estruturação e as formas de gestão do setor saúde, identificando as diferenças existentes entre hospitais com e sem fins lucrativos.
- ✓ Identificar as principais características que influenciam a performance econômica-financeira dos hospitais com e sem fins lucrativos.
- ✓ Verificar diferenças de desempenho da liquidez entre hospitais com e sem fins lucrativos.
- ✓ Verificar diferenças de desempenho do endividamento entre hospitais com e sem fins lucrativos.
- ✓ Verificar diferenças de desempenho da rentabilidade entre hospitais com e sem fins lucrativos.

1.4 Estrutura do trabalho

Este trabalho está organizado em seis capítulos, distribuídos da seguinte maneira:

No Capítulo 1 foi contextualizado o tema a ser abordado no trabalho, sendo apresentados a justificativa para a realização do estudo, e os objetivos gerais e específicos.

Os Capítulos 2 e 3 tratam da fundamentação teórica. O Capítulo 2 versa sobre a estruturação e desenvolvimento da setor da saúde. Para tanto, este capítulo foi dividido em três partes, a saber: histórico das organizações de saúde; gestão administrativa das organizações de saúde e o sistema de gestão de saúde no Brasil. Já o Capítulo 3 aborda as pesquisas sobre performance econômica-financeira no setor da saúde. Para tanto, esse capítulo foi dividido em duas seções: a primeira fazendo uma abordagem teórica dos estudos e indicadores de performance econômica-financeira e a segunda seção apresentando os trabalhos empíricos relacionados ao tema. Ao final desse capítulo encontra-se um quadro resumo dos indicadores econômicos-financeiros com o respectivo suporte teórico empírico.

O Capítulo 4 descreve a metodologia a ser utilizada nessa dissertação, sendo abordados o delineamento da pesquisa, a população e amostra, a forma de coleta

de dados (bem como as fontes dos dados), a análise de dados e as limitações da pesquisa.

O Capítulo 5 apresenta os resultados empíricos do estudo, estando dividido nas seguintes secções: análise da liquidez; análise do endividamento; análise da rentabilidade. O Capítulo 6 apresenta as conclusões da pesquisa e sugestões para futuras pesquisas.

Por fim apresentam-se um capítulo contendo as Referências utilizadas nessa pesquisa e logo após os Apêndices com as tabelas contendo a estatística descritiva completa.

2 DESENVOLVIMENTO E ESTRUTURAÇÃO DO SETOR SAÚDE

A temática da gestão em saúde desperta, mundialmente, a atenção de pesquisadores. De um setor liderado, até um passado recente, quase que exclusivamente por organizações sem fins lucrativos, passou-se hoje para coexistência entre organizações governamentais e privadas, o que para Deily, McKay e Dorner (2000) já tornam o setor complexo por si próprio. Além disso, o setor de saúde apresenta uma série de diferenças estruturais em relação aos outros segmentos da economia, como as formas de remuneração pelos serviços, a competitividade e a governança.

Para melhor compreender o desenvolvimento e estruturação do setor saúde este capítulo é dividido em três partes: a primeira descreve como as organizações hospitalares nasceram e evoluíram; a segunda parte mostra como está estruturado o sistema de saúde público e privado no Brasil; e a terceira descreve como funciona a gestão organizacional nos hospitais.

2.1 Histórico das organizações hospitalares

As origens das instituições de saúde remontam aos primórdios das civilizações e não há um consenso entre os pesquisadores, ao longo da história, sobre o conceito de hospital. Conforme Hudson (2002) as instituições de saúde possuem uma longa tradição, podendo ser ilustrada com a criação, no ano de 1123, do St. Bartholomew's Hospital e, em 1215, do St. Thomas's Hospital, ambos na Inglaterra. Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, bem como de separação e exclusão. Nessa época, o hospital era um morredouro, constituído de religiosos ou leigos que estavam no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna (FOUCAULT, 1996; MARTÍNEZ-ALARCÓN, 2002). Para Foucault (1996) o hospital como instrumento terapêutico data do final do século XVIII.

A introdução do hospital como instrumento terapêutico começou pela reorganização dos hospitais marítimos e militares. A reorganização ocorreu

primeiramente no hospital marítimo pelo fato de ser então um lugar de desordem econômica, com tráfico de mercadorias, especiarias, etc, trazidos das colônias. Além disso, nos hospitais militares, devido ao aumento do custo em recrutar e treinar soldados percebeu-se a necessidade de curá-los, evitando que morressem de doença. Junto com esta reorganização dos hospitais marítimos e militares, aconteceu também a inversão das relações hierárquicas no hospital, com a tomada de poder pelo médico (FOUCAULT, 1996).

O aumento de profissionalização dos hospitais iniciou-se a partir do final da II Guerra Mundial (1945), com o estabelecimento da equipe médica e de enfermagem em substituição ao pessoal religioso. Com essa profissionalização houve também a melhoria das condições tecnológicas de trabalho, sendo os hospitais promovidos a centros multidisciplinares. Passando os hospitais a centros multidisciplinares e com o aumento da população, presenciou-se a construção dos grandes hospitais (MARTÍNEZ-ALARCÓN, 2002).

Sherman (1986) aponta que o segmento hospitalar nos Estados Unidos da América (EUA) foi constituído exclusivamente de organizações não lucrativas até 1970. Essas organizações, segundo Andreazzi (2003), pertenciam tradicionalmente a instituições religiosas. A partir dessa década houve o ingresso de organizações voltadas para o lucro, com o crescimento mais elevado, na década de 80, de organizações lucrativas do que as sem fins lucrativos (SHERMAN, 1986).

Atualmente, segundo a “International Classification of Non-profit Organizations” da John Hopkins Institute for Policy Studies os estabelecimentos de saúde e congêneres estão classificados no Grupo 3, de Saúde, que abrange: hospitais, reabilitação, asilos, saúde mental, saúde pública e educação sanitária (HUDSON, 2002)

No Brasil os seguintes fatos históricos são apontados por Sacramento (1996 *apud* PEREIRA, 2002) como relevantes para a compreensão do atual cenário dos hospitais:

- a) o primeiro hospital surge em 1543, na cidade de Santos;
- b) a primeira escola de medicina, “Escola Cirúrgica”, surge em fevereiro de 1808 na Bahia e em abril do mesmo ano no Rio de Janeiro;
- c) a preocupação com a gestão hospitalar acontece a partir de 1930;
- d) os cursos voltados à administração hospitalar despontam a partir da segunda metade do século XX na Universidade de São Paulo – USP, na Pontifícia

Universidade Católica – PUC do Rio de Janeiro, e em entidades religiosas como a Ordem dos Camilianos.

2.2 O sistema de gestão de saúde no Brasil

A manutenção dos sistemas de saúde dos países envolve dispêndios de capital elevados. Em 1990 a despesa pública e privada com organizações de saúde, em nível mundial, foi de aproximadamente US\$1,7 trilhão, equivalente a 8% do PIB mundial total. Na maioria dos países as despesas com cuidados de saúde crescem mais do que sua renda (LIMA E LIMA, 1998). No Brasil, Lima-Gonçalves (2002) estima que 7% do PIB (Produto Interno Bruto), o equivalente a cerca de 42 bilhões de dólares, são investidos na saúde pelo poder público e fontes particulares. Segundo dados do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), foram investidos de recursos públicos em 2002 o equivalente a US\$15,893 bilhões e em 2003 o equivalente a R\$53,624 bilhões, representando 3,45% do PIB brasileiro de 2003.

Do total dos recursos monetários investidos na saúde no Brasil, os hospitais brasileiros consomem quase a metade (ROTTA, 2004). Resultado similar é encontrado na França, em que 47,4% das despesas de saúde foram consumidas por hospitais públicos e privados (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2005).

Quanto à forma de distribuição de recursos, nem sempre os mesmos são feitos de forma adequada. Lima-Gonçalves (2002) indica que menos de 40% das verbas recebidas são aplicadas no destino-fim a que se destinam. Para Pereira (2000 p.88) o sistema de saúde brasileiro “se encontra no mais alto nível de degradação e abandono”, decorrência de “fraudes, desperdícios, modelo de gestão inadequado e vícios estruturais” (PEREIRA, 2002 p. 29). Além disso, há uma profunda desestabilização nos “valores com que o SUS remunera os atendimentos hospitalares, gerando uma situação de verdadeiro estelionato contábil” (LIMA-GONÇALVES, 2002 p. 5). Esses fatos repercutem nos hospitais, dificultando sua gestão e colocando em risco seu equilíbrio financeiro.

No Brasil, conforme o artigo 196 da Carta Magna, a saúde é direito de todos e dever do Estado (nos níveis federal, estadual e municipal). Deve-se garantir o acesso gratuito, universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços

e ações de promoção e recuperação da saúde (atendimento integral). Para tanto criou-se o Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado pela Lei 8080/90. Em complemento ao artigo 196, o artigo 199 da Constituição estabelece os seguintes pressupostos: a assistência à saúde é livre à iniciativa privada; instituições privadas podem complementar o SUS por meio de contrato de direito público ou convênio, tendo prioridade as entidades filantrópicas; é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições com fins lucrativos; é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (BRASIL, 1988).

Para compreender como está estruturado atualmente o sistema de saúde no Brasil esta seção será dividida em duas partes. Primeiramente será abordado o Sistema Único de Saúde e suas nuances, e posteriormente será abordado o sistema privado de saúde, conforme previsto no artigo 199 da Constituição e que recentemente passou por uma reformulação por parte do governo.

2.2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

A primeira aparição legal de um sistema de saúde na Constituição efetivou-se em 1934, no artigo 138 da Carta Magna. Logo após esse período surgiam as caixas de aposentadoria e pensões (IAPs). Em 1975, a União criou o Sistema Nacional de Saúde – SNS através da Lei 6.229, no qual as ações de saúde eram divididas entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e do Trabalho. Já em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, que englobava as seguintes organizações: Instituto Nacional de Previdência Social – INPS; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS; Legião Brasileira de Assistência – LBA; Fundação Nacional do Bem-estar do Menor – FUNABEM; Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV; Central de Medicamentos – CEME.

Em 1983, surgiu o programa de Ações Integradas da Saúde – AIS, que permaneceu até 1987, quando foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que vigorou até 1990 (MARRACINI, 2002).

Em 1990, com o advento da Lei 8.080, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado como um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições nas três esferas do poder executivo.

O Sistema Único de Saúde remunera a instituição hospitalar, tanto pública como privada, pelo tipo de procedimento realizado. É um valor fixo pago independente da quantidade de medicamentos, material médico-hospitalar, dias de internação e outros custos que a instituição teve com o paciente (PEREIRA, 2002). Tal forma de remuneração pode acarretar uma sobrecarga do serviço e um desestímulo à redução de custos.

Devido aos altos dispêndios gerados pelos governos para a manutenção do sistema público de saúde, este nem sempre acaba sendo o mais eficaz. Pereira (2002) expõe que diante das deficiências apresentadas no atendimento de saúde através do SUS, surge a opção pelo sistema privado de saúde.

2.2.2 O Sistema privado de saúde no Brasil

O Sistema privado de saúde é constituído de oito modalidades de operadoras: medicina de grupo, odontologia de grupo, seguradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, filantropia, sistemas de autogestão, administradora. Dentre elas destacam-se as:

a) Medicina de grupo – organizações (grupos médicos) com ou sem fins lucrativos que se dedicam à prestação de assistência médica e/ou hospitalar, mediante Planos de Saúde vinculados a contraprestação pecuniárias pré-estabelecidas (ABRAMGE, 2005).

b) Seguradoras – o seguro é uma operação coletiva para cada uma das partes interessadas (segurado e segurador), sendo que a reciprocidade dos direitos e deveres corresponde à contribuição paga pelo segurado (prêmio) e à indenização paga pela seguradora em caso de prejuízo (sinistro) (PEREIRA, 2002).

c) Cooperativas – assemelham-se as seguradoras, e visam o atendimento aos cooperados através de instituições credenciadas ou filiadas à cooperativa. Nas cooperativas os lucros são considerados sobras de caixa e aplicados para melhorar o atendimento aos pacientes (PEREIRA, 2002).

d) Sistemas de auto-gestão – é o atendimento médico-hospitalar oferecido por uma empresa, exclusivamente para seus funcionários, administrado diretamente (PEREIRA, 2002).

Para fiscalizar e regulamentar o mercado privado de saúde foi criada a Agência Nacional de Saúde (ANS) em 2000. Sua finalidade é de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar em saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive com os prestadores e clientes. Conforme o relatório da ANS de 2003 há mais de 37 milhões de clientes no sistema de saúde suplementar no Brasil, representando quase 20,66% da população do país (CAMPOS, 2004).

O sistema privado de saúde pode ser uma boa alternativa complementar ao serviço público de saúde no Brasil, que na maior parte das vezes é deficiente. Entretanto, o custo do serviço privado de saúde é inacessível para grande parte da população, haja vista que apenas um quinto da população pode ter acesso a este tipo de serviço (CAMPOS, 2004).

2.3 Gestão administrativa das organizações de saúde

A gestão administrativa das organizações de saúde constitui um campo específico de gestão (SILVA, 2003), sendo que os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados (DRUCKER, 1987). Segundo Shortell e Kaluzny (*apud* CHERUBIN e SANTOS, 1997) são características dos serviços de saúde a dificuldade em definir e mensurar resultados, a imensa gama de operações variáveis e complexas, a natureza emergencial das suas atividades em um contexto de pouca aceitação à ambigüidades e erros.

Diante dessa complexidade inerente ao setor, as pesquisas evoluíram e hoje existe uma vasta literatura abordando as características da gestão das organizações de saúde. Este tópico será dividido em cinco partes, a saber: diferenças entre os tipos de propriedade, competição e profissionalização do setor de saúde, mensuração da performance organizacional, investimento em imobilizados, gestão financeira dos nosocômios.

2.3.1 Diferenças entre os tipos de propriedade

Um dos diferenciais da setor da saúde em relação aos outros segmentos econômicos é a coexistência de empresas lucrativas, não lucrativas e governamentais, o que torna a setor da saúde por si só complexa (DEILY, MCKAY, DORNER, 2000).

No Brasil a classificação dos hospitais segundo a propriedade não é consenso entre os autores. Entretanto, para este trabalho, será usada a classificação utilizada pelo CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Ministério da Fazenda para a classificação dos estabelecimentos de saúde (QUADRO 1).

Esfra Administrativa	Natureza	Tipo	Regime Tributário
Pública	Administração Direta Administração Indireta	Unidade Pública	Unidade Pública
Privada	Empresa privada com fins lucrativos	Com fins lucrativos	Optante pelo Simples Unidade com fins lucrativos
	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos Fundação Privada	Sem fins lucrativos	Unidade sem fins lucrativos Unidade filantrópica

Quadro 1 - Classificação dos hospitais segundo a propriedade

Fonte: Adaptado do CNES (2006)

Cherubin e Santos (1997) classificaram os hospitais em duas categorias: hospitais públicos e hospitais privados. Os hospitais públicos são aqueles que pertencem a órgãos oficiais da administração direta ou indireta, federal, estadual e municipal. Já os hospitais privados pertencem a uma pessoa jurídica de direito privado.

Os hospitais privados, conforme Cherubin e Santos (1997) são diferenciados através de duas finalidades, filantrópica e lucrativa. Hospitais filantrópicos são hospitais particulares que pertencem a uma entidade não lucrativa, reconhecida como de Utilidade Pública Federal e Estadual ou Municipal, com Certificado de Fins Filantrópicos. Já os hospitais com fins lucrativos são aqueles que pertencem a uma firma que tem como objetivo compensar o patrimônio investido e distribuir lucros e dividendos. No Brasil, cerca de um terço dos leitos existentes no País está sob responsabilidade dos hospitais filantrópicos, constituindo-se em importante prestador

de serviços para o SUS e para o setor da saúde suplementar (PORTELA *et al*, 2004).

Marracini (2002) afirma que os hospitais filantrópicos possuem uma gama de exigência para receber e manter essa titulação, dentre as quais destacam-se: aplicar anualmente 20% de sua receita bruta em atendimento gratuito, sendo que os recursos destinados à gratuidade não poderão ser inferiores ao valor total da isenção de pagamento de contribuições sociais; percentual de atendimento, através do SUS, igual ou superior a 60% do total da capacidade operacional instalada em estabelecimento hospitalar.

Diante dessas exigências, os hospitais filantrópicos também gozam de uma série de vantagens: isenção da cota patrimonial, ficando sob responsabilidade de recolhimento à entidade somente os descontos previdenciários ocorridos em folha de pagamento; isenção de impostos federais, estaduais e municipais, como imposto de renda, contribuição sobre o lucro líquido, PIS (Programa de Integração Social), ICMS (Imposto sobre Circulação e Movimentação de Mercadorias) e ISS (Imposto sobre Serviços); verbas destinadas a título de subvenções federais, estaduais e municipais, constantes em orçamentos públicos, que têm sido destinadas somente aos hospitais filantrópicos (MARRACINI, 2002).

Além das questões legais, os hospitais com e sem fins lucrativos diferem quanto a seu objetivo organizacional. Um hospital lucrativo toma suas decisões buscando maximizar o valor presente e o lucro econômico para o *shareholder*; já o hospital não lucrativo tende a buscar a maximização da sua missão, enfocando também objetivos não financeiros da organização (ELDENBURG *et al*, 2000; IRVIN, 2000; HEALTHCARE FINANCIAL MANAGEMENT ASSOCIATION, GE HEALTHCARE FINANCIAL SERVICES, KAUFMAN HALL, 2005). Deily, McKay e Dorner (2000) também afirmam que em virtude dos objetivos difusos por tipo de propriedade, hospitais sem fins lucrativos podem tolerar uma baixa taxa de retorno, ao contrário dos hospitais com fins lucrativos, que objetivam a maximização do capital.

A governança é outro aspecto que pode diferenciar hospitais com e sem fins lucrativos. Eldenburg *et al* (2000) esclarece que há diferentes níveis de interesse financeiros entre esses dois tipos de organização (*shareholders* e *stakeholders*), embora ambos os tipos apresentem normalmente um conselho de administração. Essas diferenças de governança podem resultar em uma menor eficácia dos

hospitais não lucrativos, devido a difusão de proprietários e objetivos (GERTLER E KUAN, 2002).

Os hospitais sem fins lucrativos podem ser considerados instituições de terceiro setor (HUDSON, 2002). Este setor consiste em organizações cujos objetivos principais são sociais, em vez de econômicos. E estas organizações são orientadas por valores: “são criadas e mantidas por pessoas que acreditam que mudanças são necessárias e que desejam elas mesmas, tomar providências nesse sentido” (HUDSON, 2002, p. XI).

2.3.2 Competição e profissionalização no setor de saúde

A competitividade não possui uma definição clara, dependendo de diversos fatores, tais como produtos em questão, intuito da análise, dentre outros. Uma definição que pode ser útil para a gestão dos hospitais pode ser encontrada na pesquisa de Degen (1989 p. 106-107 *apud* Coltro, 1996):

Competitividade é a base do sucesso ou do fracasso de um negócio onde há livre concorrência. Aqueles com boa competitividade prosperam e se destacam dos seus concorrentes, independente do seu potencial de lucro e crescimento [...]Competitividade é a correta adequação das atividades do negócio no seu micro-ambiente. (DEGEN, 1989 p. 106-107 *apud* Coltro, 1996)

Para Teisberg, Porter e Brown (1999) a competição na área médica apresenta problemas. Apesar do êxito na geração de inovações que aprimoram a qualidade, os autores afirmam que a competição falhou na dimensão crucial de custo. Isso se deve, por exemplo, aos preços que permanecem elevados mesmo quando há excesso de capacidade. Os hospitais e médicos se mantêm no negócio mesmo quando cobram preços mais altos para a mesma qualidade de serviços ou quando não prestam serviços de qualidade.

Outro fator que afeta a competição é a forma de pagamento pelos serviços realizados pelos prestadores de serviços. Conforme Hernández (2001) há quatro formas de pagamento pelos serviços realizados: capitação, tarifa por serviço, orçamento fixo e outros. A capitação estimula a prevenção de enfermidades e a promoção da saúde, diminui a demanda de atenção curativa e aumenta a cobertura. Já a tarifa por serviço ocasiona alto risco por sobrecarga de uso do serviço e o pagamento por orçamento fixo não estimula a eficiência, mas controlam o gasto. As

outras formas de pagamento podem ocorrer por meio de “vales”, co-pagamento, cotas moderadoras.

Atualmente a maioria das operadoras de saúde realiza o pagamento aos prestadores de serviço através de tarifas por serviço. Tal forma de pagamento segrega a decisão de compra, o pagamento e a recepção dos serviços. Em consequência, não há estímulo para redução dos custos, o que gera conflitos entre os três atores principais de um sistema de saúde: os pacientes que possuem pouco poder para negociar o custo do seguro, mas que querem o melhor serviço, independente do custo; os provedores, que estimulam o uso do serviço, a qualquer custo e recusam pacientes que podem ter contas glosadas; e os pagantes dos serviços, as operadoras, que buscam limitar a cobertura e glosam contas, prejudicando o provedor e o paciente (TEISBERG, PORTER E BROWN, 1999).

Além disso, as operadoras procuram reduzir o poder político do médico dentro da organização, assalariando-os e restringindo sua autonomia quanto à escolha de procedimentos médicos e padrão de relacionamento com os clientes de planos de saúde. Para isso, explica Vilarinho (2004), as operadoras se valem do descredenciamento de profissionais junto às redes de assistência e redução de honorários e glosas sistemáticas das faturas de pagamento dos serviços prestados. Teisberg, Porter e Brown (1999, p. 435) consideram essas atitudes das operadoras incorretas, afirmando que “as operadoras de saúde só deveriam ser capazes de lucrar através da efetiva melhoria da qualidade da assistência médica e da redução de custos, e não pela transferência da responsabilidade pelo pagamento para os pacientes e provedores”.

Os problemas de competição nos estabelecimentos de saúde geram um desestímulo à redução de custos, afetando a profissionalização desses estabelecimentos. Malik e Vecina (1990 apud ROTTA, 2004) argumentam que a falta de profissionalização e capacitação dos gestores são determinantes para o desempenho fraco das organizações hospitalares. Para os autores esbarra-se num histórico de improvisar dirigentes egressos da área médico-assistencial, sem formação adequada para a gestão. Para Lima e Lima (1998) as organizações de saúde possuem como principal problema a má alocação dos recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdade nas condições de acesso dos usuários, o que gera para Pereira (2000, p. 88) “um descaso generalizado com o atendimento”. Diambomba (1998) reforça o argumento de Lima e Lima (1998), ao constatar que a

maior parte dos hospitais canadenses apresentava ineficiência técnica e de alocação de recursos.

Alves (2004) investigou em 11 hospitais públicos o perfil e as ações de diretores hospitalares, concluindo que é primaz a profissionalização da gerência hospitalar nos diferentes níveis da organização. Constatou em seus estudos que 81,81% dos gerentes eram médicos, e que grande parte do tempo desses dirigentes é focada para a solução de problemas, os quais implicam a realização de ações operacionais.

Para Barbosa (1996, p. 28 *apud* ALVES, 2004):

O médico ao se tornar diretor hospitalar o faz como se fosse parte da própria carreira médica. Ele não se transforma profissionalmente ou mesmo se especializa. Essa atividade é em geral complementar, centrada no bom senso, na sua liderança inata, no seu poder pessoal de congregar e negociar. A atividade profissionalizada não se desenvolve.

Barbosa *et al* (2002), ao analisarem o perfil da direção superior dos hospitais, constataram que 91,3% dos casos é constituída de pessoal próprio. No estudo também foi apurada a autonomia dos dirigentes dos hospitais, cujos resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Hospitais por condição de autonomia do dirigente executivo do hospital segundo atividades – Amostra- Brasil, 2001

Atividade	Com autonomia*	
	N.º	%
Aquisição de material de consumo	57	82,6
Contratação de pessoal	55	79,7
Demissão de pessoal	53	76,8
Contratação de obras de manutenção	53	76,8
Contratação de serviços de terceiros	46	66,7
Aquisição de material permanente e equipamento	45	66,7
Ampliação de serviços	43	62,3
Realização de convênios com planos e seguros de saúde	43	62,3
Abertura de serviços	41	59,4
Fechamento de serviços	41	59,4
Definição de política salarial	40	58,0
Contratação SUS	39	56,5
Contratação de obras de investimento	32	46,4
Investimento financeiro	31	46,4
Obtenção de empréstimos de curto prazo	28	40,6
Aprovação de orçamento	28	40,6
Obtenção de empréstimos de longo prazo	22	31,9
Venda e oneração de bens	11	15,9

* Refere-se ao total de hospitais da amostra (69).

Fonte: Barbosa *et al* (2002)

Os dados da Tabela 1 apontam para uma autonomia ascendente com a simplificação da tarefa, isto é, possui uma autonomia maior para a maior parte das tarefas operacionais e uma autonomia mais limitada para ações que impactam a organização em longo prazo. A autonomia mais limitada pode ser verificada nas tarefas financeiras que são: contratação de obras de investimento, investimento financeiro, obtenção de empréstimo de curto prazo, aprovação de orçamento e obtenção de empréstimos a longo prazo. Nessas tarefas, a maior parte dos dirigentes executivos não possui autonomia para executá-la, dependendo de autorização superior, geralmente um conselho de administração ou uma provedoria.

Barbosa *et al* (2002) também analisam com mais profundidade a gestão hospitalar, ao verificar os instrumentos e práticas gerenciais mais comumente usadas (Tabela 2).

Tabela 2 - Hospitais segundo instrumentos e práticas gerenciais – Amostra- Brasil, 2001

Instrumentos e práticas gerenciais	Número de hospitais			
	Presente		Não sabe / não resposta / não presente	
	n.º	%*	n.º	%*
Marketing (canais de comunicação com o cliente)	30	43,5	39	56,5
Organograma formal	30	43,5	39	56,5
Consultoria em qualidade	29	42,0	40	58,0
Orçamento anual	25	36,2	44	63,8
Avaliação formal por serviço ou global	21	30,4	48	69,6
Ferramentas de gestão da qualidade	20	29,0	49	71,0
Avaliação de desvio orçamentário	20	29,0	49	71,0
Marketing (propaganda)	19	27,5	50	72,5
Plano Formal	18	26,1	51	73,9
Marketing (análise de mercado)	18	26,1	51	73,9
Sistemas de avaliação	18	26,1	51	73,9
Gratificação de cargos de chefias	18	26,1	51	73,9
Ferramentas de tomada de decisão	16	23,2	53	76,8

* Refere-se ao total de hospitais da amostra (69).

Fonte: Barbosa *et al.* (2002)

Os dados apresentados na Tabela 2 apontam que o gestor hospitalar faz pouco uso de ferramentas oriundas da administração na gestão dos nosocômios. O orçamento anual, uma das ferramentas mais importantes da gestão financeira, é desconhecido por 63,8% dos gestores. Tal fato pode decorrer da falta de profissionalização da gestão do setor, conforme apontado por diversos autores.

Para melhorar a gestão dos hospitais Lima-Gonçalves e Aché (1999) e Lima-Gonçalves (2002) expõem que é fundamental para uma organização hospitalar ser organizada como uma empresa. Para que isso ocorra, Lima-Gonçalves e Aché

(1999) pontuam que é preciso que a estrutura do nosocômio atenda a um mínimo de exigências organizacionais, como estruturação do aspecto mercadológico e financeiro. Em sua obra, os autores discorrem como elaborar um planejamento mercadológico de um nosocômio, tendo em vista a viabilidade financeira da firma e o atendimento das expectativas da comunidade beneficiada e dos proprietários/acionistas.

Elbaz (1996) analisou a reestruturação de processos em nosocômios, destacando os serviços que podem trazer uma receita extra à organização: serviço de telecomunicações, serviço de dietética, serviço de lavanderia, envio de mensagens e correspondências, farmácia externa e serviços de laboratório. A autora também constatou que através da reestruturação de processos foi possível obter uma redução média de 15,5% no tempo de internação.

Por fim, as pesquisas descritas nessa seção indicam problemas no gerenciamento dos nosocômios. Teisberg, Porter e Brown (1999) evidenciam que a competição nos hospitais falhou no ponto crucial de custos. Tal afirmativa parece explicada no estudo de Barbosa *et al* (2002), demonstrando que apesar do gestor hospitalar contar com uma autonomia decisória razoável, este não a faz de maneira a usar os instrumentos e práticas de gestão mais comumente usadas. Esse comportamento do gestor hospital levou pesquisadores como Malik e Vecina (1990 *apud* ROTTA, 2004), Diambomba (1998), Lima e Lima (1998), Lima-Gonçalves e Aché (1999) e Lima-Gonçalves (2002), Alves (2004) a afirmarem que é primaz a profissionalização do gestor hospitalar. E o estudo de Elbaz (1996) mostra como a reestruturação do nosocômio pode trazer uma receita extra para o hospital.

2.3.3 Mensuração da performance organizacional

A mensuração da performance organizacional é uma necessidade das organizações, ainda mais com o acirramento da competição em alguns segmentos. Nos estabelecimentos de saúde não é diferente, destacando-se as pesquisas de McCue (1995), Flood, Shortell e Scott (1997), Diambomba (1998), Irvin (2000), Barbosa *et al.* (2002), Proite e Sousa (2004), Healthcare Financial Management Association (2004), Rotta (2004), Portela *et al* (2004).

Flood, Shortell e Scott (1997) estudaram a performance organizacional dos hospitais americanos. Como conclusão do estudo de Flood, Shortell e Scott (1997) o Quadro 2 apresenta da esquerda para direita as principais variáveis que afetam a performance de um hospital em relação a sua possibilidade de controle:

relativamente incontrolável		relativamente controlável		
Desastres naturais Relações internacionais Políticas econômicas (ex. inflação) Demografia populacional Mercado de ações Problemas sociais	Sistema de saúde Regulação externa e acreditação Desenvolvimento de novas tecnologias Competição Desenvolvimento de novas leis	Tamanho da organização Tipo de propriedade Vínculo com escolas de saúde Corpo clínico e suas características Condições da demanda	Missão organizacional e cultura Desenvolvimento de recursos humanos Desenvolvimento de novos produtos ou mercados Vertical ou horizontal integração Design organizacional (coordenação, centralização, tomada de decisão)	Administração de salários e benefícios Estratégia de investimento de capital Metas financeiras Planos de marketing Políticas e práticas de cuidado Práticas e políticas de qualidade

Quadro 2 - Variáveis que interferem no desempenho do hospital

Fonte: adaptado de Flood, Shortell e Scott (1997, p. 409)

Analisando o Quadro 2 pode-se identificar as variáveis financeiras dentre aquelas com maior controle relativo. Sob a ótica do resultado da organização, Shortell e Scott (1997) propuseram os seguintes indicadores: retorno sobre ativos; margem operacional e tamanho (ou crescimento) das concessões financeiras para ensino e pesquisa.

Já Diambomba (1998) analisou a performance organizacional em termos de eficiência dos hospitais canadenses. A autora constatou que apesar do governo gastar em média 8% do PIB em saúde, este valor não se reflete em uma excelência de qualidade hospitalar, sendo que a maior parte dos hospitais pesquisados apresentava ineficiência técnica e de alocação de recursos.

Com o enfoque de qualidade hospitalar de Diambomba (1998), Irvin (2000) realizou uma meta-análise de 16 estudos sobre diferenças de qualidade em hospitais com e sem fins lucrativos. O autor verificou que 11 estudos apontaram que os hospitais sem fins lucrativos apresentam níveis de qualidade superiores aos hospitais com fins lucrativos, 4 estudos não apontaram diferenças e 1 estudo

apontou os hospitais lucrativos com níveis de qualidade superiores aos hospitais sem fins lucrativos.

No Brasil, Proite e Sousa (2004) estudaram a eficiência técnica dos hospitais conjuntamente com o efeito escala (medido através do total de atendimentos realizados), de modo a criar um indicador de eficiência. Os resultados encontrados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Eficiência técnica dos hospitais brasileiros

Características	Nº de casos	Eficientes		Ineficientes				Eficiência Média (todos os casos)
		Total	%	Total	%	Média	Desvio Padrão	
<i>Natureza Administrativa</i>								
Sindicato	25	5	20,00	20	80,00	0,356	0,251	0,484
Cooperativa	30	7	23,33	23	76,67	0,252	0,076	0,426
Beneficiante	460	17	3,70	443	96,30	0,283	0,165	0,312
Administração Direta	262	21	8,02	241	91,98	0,357	0,223	0,409
<i>Tipo de Unidade</i>								
Policlínica	22	4	18,18	18	81,81	0,285	0,276	0,415
Pronto-Socorro	24	2	8,33	22	91,66	0,346	0,216	0,401
Postos de Saúde	20	0	0	20	100	0,262	0,120	0,262
Hospital Especializado	93	7	7,53	86	92,47	0,358	0,228	0,406
Hospital Geral	993	51	5,14	942	94,86	0,306	0,188	0,342
<i>Esfera Administrativa</i>								
Pública	319	22	3,89	297	93,10	0,354	0,218	0,399
Privada	852	49	5,75	803	94,25	0,300	0,183	0,340

Fonte: adaptado de Proite e Sousa (2004)

Os altos índices de ineficiência, qualquer que seja a natureza, apontados na Tabela 3 são explicados pela não utilização de uma escala mínima exigida e, portanto, não utilização dos recursos disponíveis da maneira ótima, o que leva a ineficiência. Esta ineficiência ocorre independente da natureza da administração, tipo de unidade ou da esfera administrativa, porém destacam-se os efeitos negativos nas instituições não lucrativas (beneficentes e cooperativas). Proite e Sousa (2004) afirmam que retornos crescentes de escala predominam largamente no setor de saúde, para todos os tamanhos de hospital, independente da natureza, tipo de unidade e esfera administrativa. O resultado da pesquisa de Proite e Sousa (2004) é similar ao resultado da pesquisa de Portela *et al* (2004), em que os hospitais menores e de menor complexidade, localizados predominantemente no interior, apresentam maior risco de sobrevivência, demandando a incorporação e uso eficiente de instrumentos de gestão.

Diferindo dos resultados de Proite e Sousa (2004) e Portela *et al* (2004), a Healthcare Financial Management Association (2004) pesquisou os gastos por leito hospitalar e mostrou que os hospitais de maior porte e sem fins lucrativos são os que apresentam maior gasto de capital por leito (Quadro 3).

Gasto de capital por leito segundo o porte e o tipo de propriedade			
<i>Por número de leitos</i>		<i>Por tipo de propriedade</i>	
0-99	\$173,7	Governamental	\$230,9
100-249	\$223,1	Com fins lucrativos	\$143,7
250-400	\$231,6	Sem fins lucrativos	\$243,1
400 +	\$282,7	Sem fins lucrativos religioso	\$222,0

Quadro 3 - Gasto de capital por leito segundo o porte e o tipo de propriedade.

Fonte: Adaptado de Healthcare Financial Management Association (2004, p. 5)

Apesar do gasto de capital por leito ser mais elevado nos hospitais de grande porte (Quadro 3), em outro estudo McCue (1995) concluiu que os hospitais que possuem maior número de leitos apresentam um maior fluxo de caixa positivo.

Os achados da Healthcare Financial Management Association (2004) corroboram parcialmente com os resultados da pesquisa de Rotta (2004), em que os hospitais privados com fins lucrativos apresentam maior produtividade dos leitos em relação ao hospital público, com menor média de permanência, maior rotatividade e maior taxa de cirurgias por leito. Essa maior produtividade por leito poderia resultar em um menor gasto de capital por leito. Rotta (2004) também concluiu que os índices de funcionários por leito são mais elevados nos hospitais públicos e privados com fins lucrativos do que nos hospitais privados sem fins lucrativos.

2.3.4 Investimento em imobilizados

As decisões de investimento em imobilizados estão estritamente relacionadas com a estrutura financeira e seu custo de capital. Para Altuve (2004) e Gitman (1997) os investimentos na empresa podem ser classificados da seguinte forma:

- a) investimentos de substituição de equipamento;
- b) investimento de expansão;
- c) investimento de modernização;
- d) investimentos estratégicos, para reduzir os riscos que resultam do progresso tecnológico, por exemplo.

A World Health Organization (1994) identificou que o desenvolvimento de tecnologia em cuidados de saúde é uma importante variável que impacta na evolução dos cuidados do hospital, independente de outros determinantes sociais, como mecanismos de financiamento e políticas institucionais. Esta tecnologia não é somente máquinas; mas também medicamentos, dispositivos, procedimentos médicos e cirúrgicos. O objetivo para a gestão dos hospitais é a maximização do retorno sobre o capital investido. Há necessidade de planejamento adequado de investimentos diante de capital limitado, de modo a encontrar a proposta que melhor se adequar ao orçamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

A Healthcare Financial Management Association (2004) demonstrou que, na média, os dispêndios em ativos fixos estão divididos da seguinte forma: 47% em construções e instalações e 53% em equipamentos. Marinho *et al* (2003) pesquisou os custos de investimento fixo no segmento hospitalar. O custo total de construção (incluindo mobiliário e equipamentos) pode variar entre US\$114 mil por leito (hospital de 35 leitos) e US\$500 mil por leito (hospital de 500 leitos), sendo crescente com o número de leitos dos hospitais. Assim, a construção de um hospital de 500 leitos, totalmente equipado, pode custar US\$250 milhões. Os equipamentos podem chegar a 75% desses custos. Os autores apresentam valores de equipamentos, sendo que por exemplo, um aparelho de ultrassom custa, em média, entre US\$ 80 mil e US\$ 250 mil; um aparelho de mamografia simples custa entre US\$ 100 mil e US\$ 180 mil; um aparelho de ressonância magnética custa US\$ 2 milhões. O custo de manutenção desses equipamentos, proporcional ao custo de aquisição, pode ser estimado em torno de 10% do valor do equipamento por ano. Lima-Gonçalves e Aché (1999) apontam que os custos dos equipamentos variam entre R\$65 mil e R\$90 mil por leito, dependendo da complexidade tecnológica. Já os custos dos projetos organizacionais e de informatização foram estimados em R\$10 mil por leito. Waldron (2005) comenta que é preciso ter cuidado com o ciclo de vida tecnológico dos equipamentos hospitalares, pois pode afetar o planejamento financeiro.

Apesar dos elevados investimentos descritos por Marinho *et al* (2003) e Lima-Gonçalves e Aché (1999), Calvo (2002) afirmam que os hospitais são os prestadores de serviços de saúde que oferecem mais oportunidades de maximização do lucro. Além da ótica financeira, Prieto (2003) concluiu que hospitais com atividade mais diversificada e que possuem equipamentos tecnológicos superiores são mais eficientes tecnicamente. Sob outro aspecto Mendes (1994 *apud* SILVA, 2003)

estudou a importância da tecnologia para a performance econômica-financeira dos hospitais brasileiros. Mendes (1994 *apud* SILVA, 2003) apontou que a incorporação de tecnologia não substitui necessariamente pessoal, o que gera a necessidade de mais profissionais especializados, onerando os custos da inovação, além de incrementar o nível de especialização e profissionalização dessas organizações.

2.3.5 *Gestão financeira em nosocômios*

Diante da carência de recursos para a gestão da saúde e dos gastos crescentes para o atendimento das necessidades de saúde da população, a gestão financeira nos hospitais vem ganhando destaque e importância nas pesquisas acadêmicas, como nas pesquisas da World Health Organization (1994) e Barbosa *et al* (2002). A World Health Organization (1994) elaborou uma revisão dos determinantes da performance dos hospitais. Constatou que, em virtude dos recursos finitos e demanda infinita, o financiamento e custos são os maiores determinantes da performance de um hospital. Para que esses determinantes sejam administrados de modo eficaz é preciso possuir profissionais qualificados em finanças. Outro ponto destacado é que diante de recursos limitados é recomendável a transparência na gestão financeira, de preferência com auditoria independente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

Como pontos de destaque no estudo da World Health Organization (1994), concluiu-se que: há muita experimentação no financiamento da saúde e dos serviços hospitalares, sem, contudo apresentar benefícios concretos nos resultados de saúde; a prática de alocação de recursos financeiros é extensamente variada e boas práticas de alocação de recursos podem beneficiar a saúde e o cuidado do hospital; o desempenho em termos de gerência eficaz dos recursos está variando extensamente, bem como há um *déficit* nas habilidades contábeis; as práticas de remuneração do *staff* são frequentemente centralizadas e rigidamente burocráticas, podendo prejudicar o desempenho da equipe de funcionários do hospital de maneiras diferentes; há um interesse difundido para melhorar o gerenciamento contábil e o controle financeiro.

Já no Brasil, o estudo de Barbosa *et al.* (2002) verificou quais instrumentos e práticas gerenciais são mais comumente utilizadas pelos hospitais, chegando aos resultados apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Instrumentos de organização financeira dos hospitais

Instrumentos	Com instrumentos (número)	Com instrumentos (%)	Não sabe/não resposta	Sem instrumentos %
Balanço 2000	33	50,0	33	50,0
Balancete até 30 dias	24	36,4	42	63,6
Auditoria independente	20	30,3	46	69,7
Auditoria interna	14	21,2	52	78,8
Balancete periódico	34	51,5	32	48,5
Demonstrativo de custo e resultado	12	18,2	54	81,8
Gestão de caixa centralizada	41	62,1	25	37,9
Controle financeiro de estoque	30	45,5	36	54,5
Inventário ao menos anual	20	30,3	46	69,7
Depreciação de patrimônio	20	30,3	46	69,7
Projeção de fluxo de caixa	21	31,8	45	68,2
Avaliação de risco de crédito	5	7,6	61	92,4
Investimento	20	30,3	46	69,7
Reavaliação de ativos pós-94	15	22,7	51	77,3
Plano próprio de contas	42	63,6	24	36,4
Controle de contas (pagar e receb)	55	83,3	11	16,7
Sistemas de custos da entidade	8	12,1	58	87,9
Sistemas de custos do hospital	24	36,4	42	63,6

* Total da amostra: 66 hospitais

Fonte: adaptado de Barbosa *et. al* (2002)

Percebe-se, nos dados apresentados na Tabela 4, pouco uso por parte dos gestores de ferramentas tradicionais de gestão financeira. Os resultados encontrados por Barbosa *et al.* (2002) corroboram com o apontado por Raimundini (2004, p. 1), quando afirma que “os hospitais são, em geral, reconhecidos como sendo defasados em termos de gestão financeira”. Ao comparar os hospitais públicos e os com e sem fins lucrativos, Rotta (2004) verificou que os hospitais sem fins lucrativos e públicos apresentam-se mais organizados na questão do planejamento financeiro quando comparados aos hospitais com fins lucrativos.

3 ANÁLISE DA PERFORMANCE ECONÔMICA-FINANCEIRA DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A análise de desempenho financeiro das organizações através das demonstrações financeiras, principalmente o Balanço Patrimonial (BP) e a Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), constituem um dos estudos mais relevantes da Administração Financeira, por ser uma importante fonte de informações para a tomada de decisões. Dentre as diversas técnicas indicadas pela literatura para a análise do desempenho destaca-se a Análise de Indicadores Econômicos-Financeiros, definida como uma técnica que considera os diversos demonstrativos contábeis como fonte de dados e informações, que são compilados em índices e indicadores, cuja análise histórica possibilita identificar a evolução do desempenho econômico-financeiro da empresa, bem como projeções de possíveis resultados futuros (CAMARGOS e BARBOSA, 2005).

Este capítulo foi dividido em três partes. A primeira apresenta os conceitos acerca dos principais indicadores econômicos-financeiros das organizações. A segunda parte apresenta os estudos empíricos realizados em estabelecimentos de saúde usando indicadores econômicos-financeiros. E por fim a terceira parte apresenta um resumo dos indicadores e as respectivas pesquisas empíricas que dão suporte à utilização destes indicadores em estabelecimentos de saúde.

3.1 Conceitos de Indicadores de performance econômica-financeira

A Governors State University (2004) pontua que os indicadores de performance financeira e econômica são métricas que expressam a relação entre variáveis, sendo usadas na organização para análise e tomada de decisão. Entretanto, a análise e decisão por um só indicador são deficientes, devendo ser usados um grupo de índices adequado ao setor que está sendo estudado (GOVERNORS STATE UNIVERSITY, 2004). Já Marion (2002) destaca que o conhecimento da situação econômico-financeira de uma empresa só é possível por meio da análise de três pontos fundamentais: liquidez e endividamento (situação financeira) e rentabilidade (situação econômica).

Para Simak (1997) os indicadores financeiros para avaliação da performance são utilizados desde a década de 1930, existindo hoje na maior parte dos livros de finanças uma seção descrevendo a fórmula de cálculo e a interpretação desses indicadores. Os indicadores financeiros podem ser classificados em dois grupos: normativos e positivos. O normativo compara a taxa da firma com um valor padrão, e o positivo pode prever características da firma. Entretanto, existem alguns problemas associados com o uso desses indicadores: a escolha das firmas para comparação; a escolha dos indicadores; dentre outros. Mas independente dos problemas acima citados, para a validação das métricas utilizadas, é essencial que as formas e métodos de cálculo sejam iguais em toda a amostra (GOVERNORS STATE UNIVERSITY, 2004).

Esta seção possui por objetivo apresentar os conceitos relativos aos principais indicadores econômicos-financeiros de gestão das organizações. Para tanto esta aborda quatro tópicos: Análise da liquidez; Análise do endividamento; Análise da rentabilidade; Análise do EVA, EBTIDA e Fluxo de Caixa Descontado.

3.1.1 Análise da liquidez

A análise da liquidez é um dos tópicos mais destacados na literatura de finanças para se verificar o equilíbrio financeiro de uma organização. A liquidez pode ser conceituada como a capacidade que uma empresa tem de saldar seus compromissos na medida em que forem vencendo (DALBELLO, 1999). Para Famá e Gravá (2000b) a liquidez é um dos temas mais antigos em finanças, mas nem por isso possui estudos conclusivos. Famá e Gravá (2000b) ressaltam que a questão sobre quantos recursos manter sob a forma de ativos líquidos tem reflexos diretos na estrutura de capital. Para os autores, somente com o estudo integrado da liquidez, estrutura de capital e política de dividendos é que se poderá chegar a pesquisas mais conclusivas.

De acordo com Sá (1998 *apud* DALBELLO, 1999) a capacidade de pagar é evidenciada pela competência do patrimônio em gerar recursos para saldar a todas as necessidades. Para Zdanowicz (2004) as empresas financeiramente equilibradas apresentam as seguintes características:

- a) há permanente equilíbrio entre os ingressos desembolsos de caixa;

b) tende a aumentar a participação de capital próprio em relação ao capital de terceiros;

c) é satisfatória a rentabilidade do capital empregado;

d) nota-se uma menor necessidade de capital de giro;

e) há uma tendência para aumentar o índice de rotação de estoques;

f) verifica-se que os prazos médios de recebimento e de pagamento tendem a estabilizar-se;

g) não há imobilizações excessivas de capital, nem elas são insuficientes para o volume necessário de produção e comercialização;

h) não há falta de produtos acabados ou mercadorias para o atendimento das vendas.

A insolvência possui uma ligação muito forte com a liquidez de uma firma, tendo no inadimplemento seu primeiro efeito, se não sintoma. Uma das formas de prever uma situação de insolvência (mas não evitá-la) é através da análise dos indicadores financeiros (FAMÁ E GRAVÁ, 2000b). Ramos (1999) pontua que as medidas básicas de liquidez são: (1) o capital circulante líquido; (2) o índice de liquidez corrente; (3) o índice de liquidez seca.

Dentre as medidas apresentadas por Ramos (1999), a Governors State University (2004) e Kane (2000) pontuam que o índice de liquidez corrente é a mais importante para a gestão dos nosocômios. Downes e Goodman (1993), no Dicionário de Termos Financeiros, esclarecem que a liquidez corrente reflete a capacidade de uma empresa de pagar sua dívida de curto prazo utilizando o ativo circulante. A Governors State University (2004) afirma que uma relação de 1,0 ou acima disso indica que a organização teria condições de, no curto prazo, sanar suas dívidas, sendo que na setor da saúde norte-americana a média de liquidez é 2,0.

3.1.2 Análise do endividamento

A análise do endividamento faz referência à forma pela qual a empresa obtém os financiamentos que necessita, para sustentar os investimentos em longo prazo (COSER, 2002). Para Brito, Corrar e Batistella (2007) a estrutura de capital é uma das áreas mais complexas da tomada de decisões financeiras, sendo que decisões inadequadas nessa área podem resultar em um alto custo de capital. Gapenski

(1993) afirma que o cálculo do custo de capital é importante para a tomada de decisão. Brailsford, Oliver e Pua (2002) indicam que na estrutura de capital também impacta a decisão de financiamento.

Nas organizações de saúde uma estrutura de capital adequada minimiza o custo médio de capital e maximiza o retorno sobre os ativos. Além disso, facilita o acesso a financiamentos para investimentos (HEALTHCARE FINANCIAL MANAGEMENT ASSOCIATION, GE HEALTHCARE FINANCIAL SERVICES, KAUFMAN HALL, 2005).

As origens das discussões acerca do histórico da estrutura de capital estão apresentadas no estudo de Famá e Grava (2000), que dividem-se em três fases. Na primeira fase, que vai até a década de 1950, a noção de risco não dispunha de métodos adequados de cálculo, sendo que o instrumental utilizado era basicamente determinístico. A segunda fase é marcada pelo trabalho pioneiro de Markowitz (1952), considerado um marco na teoria de finanças. Desse estudo originou-se os trabalhos de Modigliani e Miller (conhecidos também por M & M), que desenvolveram uma formulação explícita da estrutura de capital por meio de uma política de endividamento, em que destacavam a irrelevância da política de dividendos e a consideração de um risco para uma determinada capacidade de geração de receita. Modigliani e Miller (1963) avançando nos seus estudos sobre estrutura de capitais reconheceram que a alavancagem financeira trazia um ganho adicional à empresa. E a terceira fase, denominada comportamental, desenvolve-se paralelo com a segunda e preocupa-se com a teoria da agência, onde a estrutura ótima de capital seria aquela que minimizaria o custo de agência total.

Muitos estudos sucederam aos pioneiros M & M, testando qual seria a melhor estrutura de capital da firma, entretanto não há uma teoria conclusiva de qual seria a estrutura de capital ótima (ROSS, WESTERFIELD E JORDAN, 1995; EID JÚNIOR, 1996; FAMÁ E GRAVA, 2000; FAMÁ, BARROS, SILVEIRA, 2001; JUNIOR *et al*, 2003; BRITO, CORRAR E BATISTELLA, 2007). Para Coser (2002) a estrutura ótima de capital é aquela que equilibra os fatores de retorno e risco dentro de um contexto que maximiza o valor de mercado (a riqueza do proprietário).

Em sua pesquisa, Booth (2001) verificou que os determinantes de capital usados em países desenvolvidos são também válidos para países em desenvolvimento. No entanto, Vélez-Pareja (2002) afirma que os modelos usados

em países desenvolvidos não são apropriados para países em desenvolvimento, dado as características peculiares de cada país.

Cassar e Holmes (2000) apontam que a estrutura do ativo, rentabilidade e crescimento são determinantes importantes na estrutura de capital. Já Junior *et al* (2003) apontam que, na média, as empresas brasileiras utilizam mais capital de terceiros que recursos próprios, o que pode ser justificado pela sua baixa rentabilidade e pelos incentivos fiscais.

Eid Júnior (1996) verificou em empresas brasileiras de diversos setores, incluindo o setor saúde, que a estrutura de capital como uma relação estática (conforme proposto pela teoria tradicional de finanças) é descartada. As empresas indicaram que, em termos de estrutura de capital, são oportunistas em sua maioria. Captam o recurso que no momento for mais proveitoso, sem se preocupar com a estrutura de capital.

No setor hospitalar a análise do endividamento possui algumas características peculiares. A primeira é que a maior parte dos estabelecimentos de saúde é constituída por organizações sem fins lucrativos. Para essas organizações não se aplica Imposto de Renda (IR) e a mensuração do risco de falência é diferenciado, além de outras diferenças fiscais. Já para as organizações com fins lucrativos do setor saúde aplicam-se as regras usadas em empresas com fins lucrativos de outros setores.

A segunda característica peculiar é a forma de reembolso das organizações de saúde, abordadas no item 2.3 desse trabalho. As formas diferenciadas de reembolso podem afetar os valores de endividamento e patrimônio (WEDIG *et al*, 1988). Estudo similar ao de Wedig *et al* (1988) foi desenvolvido por Bancel e Mittoo (2004), que verificaram que um dos determinantes da estrutura de capital é o sistema fiscal em que a empresa está inserida. Para mensurar a estrutura de capital o indicador mais comumente encontrado na literatura é o de endividamento. O indicador de endividamento evidencia a parcela de capital de terceiros no total do capital investido da empresa.

3.1.3 *Análise da rentabilidade*

A análise da rentabilidade relaciona o retorno da empresa com suas vendas, ativos, ou patrimônio líquido. As medidas de análise utilizadas avaliam o lucro da empresa com relação a um dado nível de vendas, um certo nível de ativos, ou o investimento dos proprietários (GITMAN, 1997).

Ramos (1999, p. 18) expõe que “alguns dos índices mais comumente encontrados na literatura são”: (1) margem bruta; (2) margem operacional; (3) margem líquida; (4) taxa de retorno sobre o ativo total (ROA); (5) taxa de retorno sobre o patrimônio líquido (ROE); (6) lucro por ação; (7) índice preço/lucro (P/L).

Para melhor compreensão da análise da rentabilidade, este tópico será dividido em duas seções: demonstração da composição percentual do resultado e medidas de rentabilidade.

3.1.3.1 Demonstração da composição percentual do resultado (Lucratividade)

Na demonstração da composição percentual do resultado cada item é expresso como uma porcentagem das vendas, salientando a relação entre as vendas e os custos específicos (GITMAN, 1997). Três índices de rentabilidade freqüentemente citados na literatura podem ser obtidos diretamente da demonstração da composição percentual do resultado são: 1) margem bruta; 2) margem operacional; 3) margem líquida (GITMAN, 1997; RAMOS, 1999).

A margem bruta ou total mensura a capacidade da organização de cobrir com suas receitas todas as despesas da organização (KANE, 2000). Já as margens operacional e líquida medem a eficiência da organização em produzir lucro por meio de suas vendas (ASSAF NETO, 2003). A Governos State University (2004) destaca que a margem operacional é um indicadores mais importantes para a gestão de um hospital. Seus valores podem ser mais elevados nos hospitais com fins lucrativos, devido à pressão dos proprietários para o aumento da eficiência e do controle mais apurado dos gastos. Kane (2000) complementa afirmando que esse indicador mensura a capacidade do hospital em pagar as despesas operacionais com a sua receita.

3.1.3.2 Medidas de rentabilidade

As medidas de rentabilidade avaliam a empresa sob a ótica dos ativos, patrimônio líquido ou investimento. Para Assaf Neto (2003) as medidas de rentabilidade mais comumente usadas são a Taxa de Retorno sobre o Ativo Total (ROA) e a Taxa de Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE). O ROA mensura a eficiência global da empresa em gerar lucros com seus ativos disponíveis, enquanto o ROE mensura o retorno sobre o investimento dos proprietários na empresa.

Assaf Neto (2003) pondera que o retorno sobre o ativo (ROA) é um dos mais importantes indicadores de rentabilidade de uma empresa. Além de revelar o retorno produzido pelo total de aplicações realizadas por uma empresa em seus ativos, o ROA também pode ser usado como critério de decisão para investimento. Para tanto, interpreta-se o ROA como o custo financeiro máximo que a organização poderia incorrer nas captações de fundos.

Hecking (2002) afirma que o ROE pode ser usado para mensurar o custo de oportunidade para o *shareholder*. Conrad (1984) complementa afirmando que esta medida representa o pagamento pelo uso do capital. Entretanto, um dos problemas que possui essa métrica é que sendo os dados de origem contábil, normalmente não levam em consideração os efeitos inflacionários (HECKING, 2002).

Uma das formas de medir o desempenho dos investimentos é através do ROI (Retorno sobre investimentos), que é o indicador mais utilizado pelas empresas americanas cobertas pela Revista Fortune. O ROI pode ser definido como “uma medida que quantifica o retorno produzido pelas decisões de investimento e avalia a atratividade econômica do empreendimento” (SCHAICOSKI, 2002). Hecking (2002) expõe que o principal problema dessa métrica é a não consideração do custo de capital e dos riscos operacionais, podendo fazer o gestor tomar decisões que vão contra os interesses dos *shareholders*.

3.1.4 Análise do EVA, EBTIDA e Fluxo de Caixa Descontado

A análise do Valor Econômico Agregado (EVA) e do EBTIDA como instrumento de comparação entre empresas no meio acadêmico é relativamente recente. Entretanto, são métricas que despertam o interesse acadêmico, o que pode

ser conferido pelo aumento das publicações acerca do EVA e do EBTIDA (SANTOS E WATANABE, 2004).

Como marca registrada EVA®, de propriedade da empresa americana de consultoria Stern Stewart & Co (www.eva.com), foi divulgada no início da década de 90, pelos seus sócios Joel Stern e G. Bennet Stewart III. Kassai e Riccio (2004) apontam o uso dessa ferramenta ou outros métodos muito similares desde 1660, quando os navegadores que partiam com suas caravelas para o comércio das Índias diziam considerar como lucro somente o excedente dos fluxos de caixa, mas deduzidos de um custo de oportunidade de viagem.

O EVA é definido por Santos e Watanabe (2004, p. 3) como “uma medida quantitativa que reflete o montante de valor que foi criado ou destruído, num determinado período, pela administração da companhia”. O EVA crescerá se o lucro operacional puder ser aumentado sem haver novo aporte de capital, bem como quando novos capitais são investidos em projetos que rendam mais que o custo total de capital.

De acordo com o conceito do EVA, a empresa só estará criando valor para os acionistas se gerar um resultado superior ao custo de capital investido na empresa (SANTOS E WATANABE, 2004). Essa cobrança pelo volume de capital é denominada custo de oportunidade. Beuren (1993, p. 1) afirma que o custo de oportunidade é “a renda líquida gerada pelo fator em seu melhor uso alternativo”. Essa definição pressupõe a existência de uma ou mais alternativas viáveis e de risco igual.

Dutra Junior (2001) apontou em seu estudo alguns benefícios da utilização do EVA:

- a) os objetivos da organização aparecem de modo mais claro, mensurável e transparente;
- b) a análise de seu desempenho interno, concatenado com a gestão de seus negócios;
- c) a análise referente a lançamentos de novos produtos ou novos investimentos (fusões, aquisições, incorporações, cisões, etc.);
- d) políticas de remuneração ou pagamento de bônus das organizações (ora sendo muito utilizado nos Estados Unidos da América);

e) os gestores passam a perseguir, focar um único objetivo, comum a todos, trabalhando em uma mesma base conceitual e de um mesmo raciocínio financeiro, através de uma otimização dos recursos;

f) quando utilizado, também, como base para efetuar uma remuneração de seus acionistas, trará um estímulo ao fluxo futuro de dividendos, estimulando os gestores a pensar e agir visualizando, em suas tomadas de decisões, o impacto que estas poderiam causar, pois seriam como se fossem, agora, acionistas.

A formulação do EVA segue o especificado na fórmula 1 (ASSAF NETO, 2003)

$$\text{EVA} = \text{NOPAT} - \text{C\%} \times \text{TC} \quad [1]$$

Onde:

NOPAT: *Net Operating Profit After Taxes* ou Lucro Operacional Líquido depois dos Impostos

C%: percentual do Custo de Capital investido

TC: *Total Capital* ou Capital Total Investido

Cavalcante (1999 *apud* DUTRA JUNIOR, 2001) complementa com alguns cuidados á determinação do EVA: ajustar a estrutura patrimonial pelos ativos não operacionais, ativos estes não usuais como determinantes de gerenciamento, por parte de seus gestores com a finalidade de obter retorno aos acionistas; calcular o lucro operacional depois dos impostos, excluindo os eventos não recorrentes. Ressalta-se que devem ser incluídas as despesas e as receitas financeiras, de acordo com a Lei 6.404/76; Calcular o custo médio ponderado do capital, obtido através dos capitais próprios e de terceiros.

O EBITDA é uma medida pelo qual se procura avaliar o desempenho da área operacional da empresa, posto que ignora os efeitos dos juros, dos impostos, e das despesas não desembolsadas pela empresa. Além disso, o fato do EBITDA ignorar o efeito dos juros torna possível a comparação de empresas com diferentes estruturas de capital. Borini (2004, p. 9) utilizou dois índices para sua análise financeira: EBITDA/Ativo Total e EBITDA/Receita Líquida. O indicador EBITDA/ Ativo Total nos permite quantificar a eficiência com que são utilizados os ativos da empresa, ou seja, informa o quanto a empresa gera de resultado operacional relativamente ao montante de investimento feito em ativos, sendo, portanto, uma medida da qualidade da gestão empresarial. Já o indicador EBITDA/ Receita Líquida reflete a capacidade da empresa em fornecer um produto ou prestar um serviço a

baixo custo ou a preço elevado. Esse indicador informa a margem operacional da empresa, ou seja, representa a eficiência das despesas operacionais em relação às vendas, pois quanto menores as despesas operacionais, maior a margem.

Outra forma de avaliação da efetiva capacidade de geração de riqueza de uma firma são os métodos de fluxo de caixa descontado (ou fluxo de caixa livre), sendo que “a fundamentação conceitual deste método baseia-se na teoria de que o valor de um negócio é função dos benefícios futuros que ele irá produzir, ou seja, sua capacidade de geração de riqueza” (PEREZ E FAMA, 2003 p. 52). Os autores também afirmam que no fluxo de caixa livre operacional da empresa (*free operating cash flow*) reside o melhor indicador de geração de riqueza, com clara evidência da eficiência de determinado negócio. Hecking (2002) corrobora com Perez e Famá (2003) defendendo que esta métrica é a melhor para mostrar a geração de liquidez e avaliar um empreendimento, embora possua algumas desvantagens.

3.2 Estudos empíricos sobre performance econômica-financeira em estabelecimentos de saúde

O estado da arte acerca das pesquisas empíricas sobre análise de indicadores de desempenho econômico-financeiro em estabelecimentos de saúde engloba os estudos de Sherman (1986), Wedig *et al* (1988), Valvona e Sloan (1988), Mattison (1990), Fatheazam (1992), Mendes (1994), Phillips (1999), Kane (2000), Barona (2000), France (2001), Barbosa *et al* (2002), Gertler e Kuan (2002), Kim *et al* (2002), Indicadores PROAHASA (2002), Healthcare Financial Management Association (2003), Bertucci e Meister (2003), Raimundini (2004), Harrison e Sexton (2004), Magnus, Wheeler e Smith (2004), Oliveira e Martin (2005), FBH (2005), Younis e Forgione (2005) e SINHA (2006).

Um dos trabalhos pioneiros na análise de indicadores econômico-financeiros em hospitais foi o de Sherman (1986), que comparou o desempenho de organizações hospitalares sem fins lucrativos com as de fins lucrativos através da margem líquida. O estudo concluiu que na maioria das vezes os nosocômios sem fins lucrativos apresentam Lucro Líquido percentualmente superior. O estudo de Sherman (1986) também apontou as principais diferenças entre os hospitais lucrativos e não lucrativos:

a) Hospitais com fins lucrativos têm acesso a capital próprio (*equity capital*) que não está disponível para os hospitais sem fins lucrativos. Além disso, os hospitais com fins lucrativos freqüentemente empregam remuneração variável. Esta remuneração propicia captar profissionais mais treinados e experientes, o que torna os hospitais com fins lucrativos mais rentáveis e eficientes.

b) Hospitais com fins lucrativos são corporações com *shareholders* que anseiam do Conselho de Administração uma gestão voltada para o crescimento da renda e rentabilidade do fluxo de caixa.

c) Hospitais sem fins lucrativos podem receber donativos que podem ser descontados dos impostos devidos do doador, sendo este um recurso não disponível para hospitais com fins lucrativos. Além disso, estas doações não implicam em um retorno ao doador.

Wedig *et al* (1988) e Valvona e Sloan (1988) analisaram o endividamento de organizações hospitalares. Wedig *et al* (1988) utilizou o índice de endividamento geral para verificar se havia diferenças na estrutura de capital de hospitais com e sem fins lucrativos. Os autores constataram que, apesar das diferenças motivadoras do endividamento nos dois tipos de organização, a estrutura do capital não apresentava diferenças significativas entre os tipos de propriedade dos hospitais.

Valvona e Sloan (1988) em seu estudo encontraram diferentes coeficientes de endividamento nos hospitais, conforme indica a Tabela 5.

Tabela 5 - Coeficientes de endividamento nos hospitais

Tipo de hospital	Coeficiente de endividamento (%)
Todos hospitais	0,79
Governamental, independente	0,50
Governamental, em grupo	0,66
Sem fins lucrativos, independente	0,79
Sem fins lucrativos, em grupo	0,94
Com fins lucrativos, independente	2,24
Com fins lucrativos, em grupo	1,25

Fonte: adaptado de Valvona e Sloan (1988).

Como demonstrado na Tabela 5, há uma diferença significativa entre os tipos de propriedade, sendo que os hospitais com fins lucrativos apresentam um coeficiente de endividamento maior do que os hospitais sem fins lucrativos. Para Valvona e Sloan (1988) tais diferenças decorrem das características peculiares de cada tipo de propriedade, como o sistema fiscal e de reembolso dos serviços prestados.

No Brasil um dos estudos pioneiros na análise econômica-financeira dos hospitais foi o de Fatheazam (1992), que estudou um grupo de hospitais brasileiros usando os seguintes indicadores econômicos-financeiros: rentabilidade sobre o investimento (ROA), rentabilidade sobre o patrimônio (ROE), liquidez corrente, endividamento geral e perfil de endividamento. Na análise do retorno do investimento, Fatheazam (1992 p. 40) aponta “que o porte do hospital parece ter uma relação forte com o grau de retorno sobre o total dos investimentos”, sendo que nos hospitais com menor número de leitos houve rentabilidade negativa. Na análise do retorno sobre o patrimônio (ROE) foi verificado o mesmo comportamento com os hospitais maiores apresentando melhores resultados, o que foi atribuído a maior capacidade de alavancagem financeira.

Quanto ao índice de liquidez corrente, que mede a capacidade da empresa em saldar as suas dívidas a curto prazo, Fatheazam (1992) constatou que os hospitais de grande porte (150-300 leitos) exibiam uma capacidade maior de liquidez. Fatheazam (1992) também apontou que a maior parte dos hospitais com menos de 150 leitos foram incapazes de liquidar suas obrigações a curto prazo. Essa situação implica um estado de insolvência para financiar as dívidas de curto prazo, dependendo estes hospitais, portanto, de lucros futuros, de renovação das dívidas e de vendas do ativo fixo para manter-se solvente.

Quanto à análise do índice de endividamento geral e do índice de perfil de endividamento, os resultados do estudo de Fatheazam (1992) apontaram que o nível de endividamento se mostrou menor e mais estável para os hospitais de menor porte (até 150 leitos) do que para os hospitais de maior porte. Quanto ao indicador de perfil do endividamento, concluiu-se que os hospitais de maior porte exibiram uma proporcionalidade de endividamento favorável a dívidas restituíveis a médio e longo prazo e que é baixa a atuação do mercado financeiro no setor hospitalar.

Em outra linha pesquisa sobre a performance financeira dos hospitais, Phillips (1999) estudou o impacto na rentabilidade a longo prazo quando hospitais não lucrativos são adquiridos por hospitais lucrativos. A rentabilidade a longo prazo foi mensurada como o fluxo de caixa livre de cada hospital três anos antes da aquisição com a base do projeto futuro de fluxo de caixa. O autor escolheu este indicador por refletir de maneira mais acurada do que o lucro líquido a performance dos hospitais sem fins lucrativos, devido a natureza de capital intensivo do setor hospitalar. Os

resultados apontam uma relação significativa entre a taxa de ocupação dos leitos e a rentabilidade, independente do tipo da organização.

Nos Estados Unidos o estudo de Kane (2000) seguiu o mesmo formato da pesquisa de Fatheazam (1992), não separando os hospitais conforme o tipo de propriedade e usando os seguintes indicadores econômicos-financeiros: margem total, margem operacional, liquidez corrente. Kane (2000) verificou que a margem total dos hospitais do estado de New Hampshire foi de 3,6% em 1993, tendo alcançado 5,4% em 1997 e depois, no último ano do estudo, em 1999, recuado para 4,1%. Já a margem operacional atingiu o máximo de pouco mais de 2% no ano de 1998 em relação aos demais anos da pesquisa (1993 a 1999), sendo que em 1999 este indicador ficou abaixo de 1%. Já a liquidez corrente variou entre 2,0 e 2,5 no período compreendido entre 1993 e 1999. Conforme Kane (2000) nenhum hospital apresentou liquidez corrente inferior a 1,0, sendo que no quartil inferior (25%) somente em 1998 ficou abaixo de 1,50.

Já Barona (2000) estudou a rentabilidade de organizações sociais de saúde da Colômbia (denominadas de ESS) através da rentabilidade do ativo total (ROA) e da rentabilidade do patrimônio (ROE). A mediana do índice de rentabilidade sobre o ativo total foi de 4% e a mediana da rentabilidade sobre o patrimônio foi de 8%. Apesar dos resultados medianos serem positivos, um percentual considerável de 20% das ESS informaram níveis de custos superiores aos seus ingressos.

Já na Europa, France (2001) verificou que os cem melhores hospitais belgas apresentaram uma margem líquida de 4% a 12% mais elevadas que a média dos hospitais estudados. France (2001 p. 6) também concluiu que a margem líquida é uma das medidas "*plus pure*" de saúde financeira de um hospital.

No Brasil, além do estudo de Fatheazam (1992), a pesquisa desenvolvida por Barbosa *et al* (2002) pode ser considerada pioneira na análise exclusiva de hospitais sem fins lucrativos. Barbosa *et al* (2002) estudaram a estrutura administrativa e financeira dos hospitais sem fins lucrativos do Brasil, classificando os hospitais de duas formas: amostra (até 300 leitos) e casos especiais (acima de 300 leitos). Para avaliação da performance econômica-financeira dos hospitais foram utilizados os indicadores de margem líquida e liquidez corrente. Na análise das margens líquidas, Barbosa *et al* (2002) encontrou os resultados apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Margens líquidas por porte (Resultado Final/ Receita Bruta)

Grupos	Micros	Pequenas	Médias	Grandes	Total
N.º	23	15	5	1	44
1997	7,3%	1,7%	0,9%	0,2%	1,3%
1998	3,0%	-2,8%	-5,4%	-1,8%	-3,1%
1999	-0,4%	-3,1%	2,1%	-10,7%	-3,2%

Fonte: adaptado de Barbosa *et al* (2002)

Verifica-se na tabela acima um declínio da margem líquida com o passar dos anos, com resultado negativo em 1998 e 1999. Já na análise da liquidez corrente também houve um declínio da liquidez corrente nos hospitais sem fins lucrativos do Brasil, conforme aponta a Tabela 7.

Tabela 7 - Liquidez a curto prazo por porte - Amostra – Brasil

Grupos	Micros	Pequenas	Médias	Grandes	Total
N.º	23	15	5	1	44
1997	3,9	1,0	2,7	1,3	1,6
1998	3,4	1,0	1,0	1,8	1,3
1999	2,9	0,6	0,7	1,0	0,8

Fonte: adaptado de Barbosa *et al* (2002)

Como se pode verificar na tabela 7, a situação dos hospitais de pequeno porte se encontra num patamar similar ao resultado encontrado na pesquisa de Fatheazam (1992) e continua preocupante, com forte dependência de lucros futuros para sua existência.

Conforme apontando nas conclusões de Fatheazam (1992) e Barbosa *et al* (2002), o número de leitos parece ter relação com a performance econômica-financeira dos hospitais. Utilizando este pressuposto, Kim *et al* (2002) pesquisaram a influência do número de leitos dos hospitais sobre a rentabilidade, mensurada através da rentabilidade sobre os ativos (ROA). Kim *et al* (2002) verificaram que os hospitais médios de 238 leitos eram os que apresentavam melhor rentabilidade, o que corroborou com os achados de Fatheazam (1992) e Barbosa *et al* (2002), de que hospitais com menor número de leitos tendem a apresentar uma rentabilidade menor.

Similar ao estudo de Fatheazam (1992) e Barbosa *et al* (2002), o PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Fundação Getúlio Vargas calcula os seguintes indicadores econômicos-financeiros da área de saúde no Brasil: rentabilidade média da margem operacional, rentabilidade média da margem líquida, retorno do investimento e endividamento. Estes índices não são publicados de forma

periódica, sendo sua última publicação no Boletim de Indicadores do PROAHSA de Julho/ Setembro de 2002. Nos hospitais brasileiros pesquisados a rentabilidade média da margem operacional foi de -2,5% e a rentabilidade média da margem líquida e do retorno do investimento foi de -1,0%. Quanto ao endividamento, pode-se constatar um endividamento médio de 52,4% (INDICADORES PROAHSA, 2002).

Utilizando a mesma linha de pesquisa de Fatheazam (1992), Barbosa *et al* (2002) e os Indicadores PROAHSA (2002), Bertucci e Meister (2003) analisaram a rentabilidade de hospitais brasileiros no período de 1998 a 2001. O resultado do estudo de Bertucci e Meister (2003) corroborou com as pesquisas anteriormente realizadas no Brasil, demonstrando uma baixa rentabilidade dos hospitais brasileiros. Para Bertucci e Meister (2003) a redução da rentabilidade dos hospitais no período de 1998 a 2001 deveu-se a fatores como taxa de juros, recessão econômica, a política de pagamento adotada pelas empresas de convênio, o congelamento das tabelas de preços, a política de desospitalização, o surgimento de clínicas menores, e a variação cambial que gerou aumento nos custos de aquisição da tecnologia.

Já a Healthcare Financial Management Association (2003) estudou o acesso às fontes de recursos dos hospitais, conforme se observa na Tabela 8.

Tabela 8 - Relação entre características organizacionais e acesso ao capital

Características Organizacionais	Distribuição em 2001		
	Total	Acesso facilitado	Acesso restrito
<i>Distribuição por números de leitos</i>			
0-99	56%	50%	55%
100-399	41%	46%	41%
400+	4%	4%	4%
<i>Distribuição por tipo de propriedade</i>			
Governamental	26%	28%	19%
Com fins lucrativos	15%	5%	22%
Sem fins lucrativos religioso	14%	15%	15%
Sem fins lucrativos	46%	52%	45%

Fonte: Adaptado de Healthcare Financial Management Association (2003, p. 7)

A Tabela 8 aponta que os hospitais sem fins lucrativos são os que mais têm restrição de acesso ao capital, o que talvez possa dificultar um endividamento mais avançado desse tipo de organização. Já em relação ao número de leitos, os hospitais de grande porte grande porte (400+ leitos) são os que possuem maior acesso ao capital, o que pode ser devido a uma maior estruturação administrativa e garantias ofertadas.

Harrison e Sexton (2004) usaram o indicador de rentabilidade sobre os ativos (ROA) para mensurar a rentabilidade de hospitais sem fins lucrativos. Harrison e Sexton (2004) concluíram que há um coeficiente positivo de correlação indicando que os hospitais com maior número de leitos também são os mais rentáveis. Tal conclusão corrobora com os achados de Fatheazam (1992) e Kim *et al* (2002), apontando os hospitais de maior porte como os mais rentáveis.

Já Magnus, Wheeler e Smith (2004) estudaram a relação dos indicadores de rentabilidade com o endividamento das organizações hospitalares. Constatou-se que não há associação estatisticamente válida entre o indicador de rentabilidade do patrimônio e o endividamento. No entanto, os autores pontuam que o endividamento pode prever uma rentabilidade futura. Em relação ao indicador de rentabilidade sobre os ativos (ROA), verificou-se uma associação válida entre o endividamento e uma menor rentabilidade sobre os ativos, mas que os autores justificam pelos incentivos criados especificamente para os hospitais da amostra.

Oliveira e Martin (2005) estudaram a relação da tecnologia com a performance financeira em hospitais. Em seus resultados, Oliveira e Martin (2005) evidenciaram o potencial de contribuição dos equipamentos de alta tecnologia à rentabilidade, entretanto quando estudado em relação ao SUS, verificou-se uma relação negativa, isto é, quanto maior o percentual de equipamentos disponíveis para o SUS, menor a rentabilidade.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) realizou uma pesquisa sobre o perfil do endividamento dos hospitais no Brasil, com uma amostra de 206 hospitais, que corresponde a 3,17% de toda população. Conforme a FBH (2005) o faturamento mensal total destes 206 hospitais soma R\$43.504.752,00, sendo que apresentam o Quadro 5.

Tipo de Dívida	Valor
Fornecedores:	R\$40.157.603,00
Bancos:	R\$33.966.371,00
Impostos em atraso:	R\$39.666.290,00
Encargos trabalhistas em atraso:	R\$63.643.066,00
Salários em atraso:	R\$4.268.296,00
Honorários do Corpo Clínico em atraso:	R\$11.233.782,00
Outras dívidas:	R\$57.722.653,00
TOTAL DO ENDIVIDAMENTO	R\$250.648.081,00
Dívidas de curto prazo (menor do que 90 dias):	R\$75.275.740,00
Dívidas de médio prazo (90 a 180 dias):	R\$43.907.683,00
Dívidas de longo prazo (acima de 180 dias):	R\$11.233.782,00
Dívidas em dólar:	U\$11.777.113,00

Necessidades de recursos para sanear as finanças dos Hospitais:	R\$222.524.862,00
---	-------------------

Quadro 4 - Endividamento dos hospitais segundo a FBH

Fonte: adaptado de FBH (2005)

Pode constatar através desta pesquisa as dívidas dos hospitais correspondem, em média a 5,76 meses de faturamento. Também é possível visualizar que 47,2% do total das dívidas estão vencidas ou vencem no curto prazo (180 dias); bem como é possível identificar que o SUS responde por 76,03% do faturamento dos hospitais pesquisados (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 2005).

Observa-se, conforme relatado nas pesquisas sobre rentabilidade, uma diversidade de medidas para a apuração da rentabilidade dos estabelecimentos de saúde. Na busca de uma medida que refletisse de forma mais acurada a situação econômica-financeira dos nosocômios, Younis e Forgione (2005) pesquisaram qual o melhor indicador de rentabilidade para os hospitais. Younis e Forgione (2005) concluíram que o indicador de margem líquida se adequou mais que a rentabilidade sobre o patrimônio (ROE) para mensurar a rentabilidade dos hospitais. Também foi constatado que a rentabilidade foi influenciada principalmente pela localização e tamanho, corroborando com os achados de Fatheazam (1992), Barbosa *et al* (2002), Kim *et al* (2002) e Harrison e Sexton (2004).

Similar ao PROAHSA, o Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares (SINHA) foi criado pela Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP). O último relatório apresentado contém dados de 2002 a 2004, sendo que 44% da amostra foram hospitais sem fins lucrativos e 56% foram hospitais com fins lucrativos. A margem operacional encontrada foi 7,39% em 2002, 8,77% em 2003 e 9,76% em 2004. Já para a margem líquida foram encontrados os seguintes valores demonstrados na Tabela 9.

Tabela 9 - Margem líquida dos hospitais do SINHA

Medida	2002	2003	2004
Mínimo	-19,94%	-16,15%	-19,47%
Mediana	5,01%	6,45%	2,38%
Média	1,49%	4,69%	1,80%
Máximo	17,08%	18,38%	18,55%
Desvio	11,97%	9,38%	7,24%

Fonte: adaptado de SINHA (2006)

Pode-se perceber uma grande variação dos valores máximos e mínimos, decorrente das peculiaridades dos hospitais, tais como tamanho e forma de gestão.

3.3 Resumo dos índices

O estudo das organizações usando indicadores econômicos-financeiros é uma área que desperta o interesse dos pesquisadores, tendo diversas publicações teóricas acerca de cada indicador. Mas, apesar dessa gama de pesquisas, não há estudos conclusivos sobre qual a melhor liquidez e estrutura de capital que uma empresa deve possuir, por exemplo. Outros autores sugerem a avaliação da performance econômica-financeira da organização através de técnicas como o EVA, EBTIDA e o *Free Cash Flow*. Tais técnicas são relativamente recentes quanto ao uso para avaliar a performance econômica-financeira das empresas, existindo poucos trabalhos empíricos na área da saúde. Já a avaliação da performance econômica-financeira através dos indicadores de rentabilidade obtém um maior consenso da academia quanto ao seu uso, desde que adaptado ao segmento econômico em que se está estudando.

Quanto aos estudos empíricos, há uma diversidade das medidas usadas pelos pesquisadores para mensurar a performance econômica-financeira das organizações de saúde e seus determinantes. Para auxiliar na compreensão dos indicadores mais comumente usados pelos pesquisadores em seus estudos, foi criado o Quadro 5, que aponta cada indicador com os respectivos autores que a suportam.

Indicador	Autores	País	Principais resultados
Liquidez	Kane (2000)	EUA	Variou entre 2,0 e 2,5 entre 1993 e 1999, sendo que nenhum hospital abaixo de 1,0.
	Fatheazam (1992)	Brasil	Hospitais de grande porte com maior liquidez. Hospitais de pequeno porte em estado de insolvência.
	Barbosa <i>et al</i> (2002)	Brasil	Hospitais de pequeno porte com liquidez menor em relação aos grandes hospitais.
Margem líquida	France (2001)	Bélgica	Melhores hospitais em termos de qualidade apresentam margem líquida mais elevada em relação aos demais. A margem líquida é um dos melhores indicadores para avaliar hospitais.
	Younis e Forgione (2005)	EUA	A margem líquida é mais apropriada que o ROE para avaliar a rentabilidade dos hospitais. A rentabilidade é influenciada principalmente pela localização e tamanho.

	PROAHSA (2002)	Brasil	Média dos hospitais é -1,0%.
	Barbosa <i>et al</i> (2002)	Brasil	Declínio da margem líquida dos hospitais, com média de -3,2% em 1999.
	SINHÁ (2006)	Brasil	Grande variação da margem líquida, variando em 2004 de -19,47% a 18,55%, com média de 1,80%.
	Sherman (1986)	EUA	Hospitais sem fins lucrativos apresentam lucro líquido percentualmente superior.
Margem operacional	Governos State University (2004)	EUA	Valores mais elevados nos hospitais com fins lucrativos
	Kane (2000)	EUA	Ficou abaixo de 1,0% em 1999.
	PROAHSA (2002)	Brasil	Média dos hospitais é -2,5%
	SINHA (2006)	Brasil	Variou entre 7,39% em 2002 e 9,76% em 2004.
Margem total ou bruta	Kane (2000)	EUA	Variou entre 3,6% e 5,4%
ROA	Magnus, Wheeler e Smith (2004),	EUA	Associação válida entre o endividamento e uma menor rentabilidade sobre os ativos.
	Harrison e Sexton (2004)	EUA	Correlação positiva entre rentabilidade e tamanho.
	Barona (2000)	Colômbia	Mediana foi de 4%. 20% da amostra informaram custos superiores aos ingressos.
	Fatheazam (1992)	Brasil	Forte relação entre tamanho e rentabilidade, com rentabilidade negativa nos hospitais pequenos.
	Kim (2002)	EUA	Hospitais de menor porte apresentam rentabilidade menor.
ROE	Magnus, Wheeler e Smith (2004)	EUA	Não há associação válida entre ROE e endividamento.
	Barona (2000)	Colômbia	Mediana foi de 8%. 20% da amostra informaram custos superiores aos ingressos.
	Fatheazam (1992)	Brasil	Hospitais maiores apresentaram melhor resultado.
ROI	PROAHSA (2002)	Brasil	Média dos hospitais é -1,0%
Índice de endividamento geral	FBH (2005)	Brasil	47,2% do total das dívidas estão vencidas ou vencem no curto prazo; as dívidas correspondem, em média, a 5,76 meses de faturamento.
	Wedig <i>et al</i> (1988)	EUA	A estrutura de capital não apresentou diferenças significativas entre os tipos de propriedade dos hospitais.
	Valvona e Sloan (1988)	EUA	Coefficiente de endividamento superior nos hospitais com fins lucrativos.
	Fatheazam (1992)	Brasil	Menor e mais estável para hospitais de pequeno porte. Hospitais de maior porte com maior parte das dívidas a médio e longo prazo.
	Magnus, Wheeler e Smith (2004)	EUA	Não há associação válida entre ROE e endividamento.
	PROAHSA (2002)	Brasil	Média de 52,4%.
EBTIDA	Gertler e Kuan (2002)	EUA	Hospitais com fins lucrativos são tão eficientes quanto os hospitais sem fins lucrativos.
Fluxo de caixa livre	Philips (1999)	EUA	Relação positiva entre taxa de ocupação dos leitos e rentabilidade.

Quadro 5 - Índices econômicos-financeiros utilizados em pesquisas empíricas

Nota-se no Quadro 5 que os estudos empíricos usando o EBTIDA e o Fluxo de Caixa Livre ainda são escassos na área de saúde, não havendo nenhum estudo brasileiro. Já os indicadores de Endividamento Geral e Liquidez possuem uma gama maior de trabalhos, fruto também da necessidade de pesquisas mais conclusivas. Os indicadores de rentabilidade são os que mais autores versaram em seus estudos, sendo que o indicador da rentabilidade do ativo e o indicador da margem líquida destacam-se pela ampla utilização e aceitação como indicador de performance econômica. Além dos indicadores obtidos através das demonstrações financeiras, os estudos empíricos apontam como relevantes para a composição da performance econômica-financeira a localização, tamanho do hospital e a tecnologia disponível.

4 METODOLOGIA

O processo de pesquisa científica compreende geralmente três fases: a formulação, a execução e a análise. A formulação envolve a definição da fundamentação teórica e da metodologia do processo de pesquisa. A execução é o momento em que o pesquisador reúne as informações apropriadas e as verifica para detecção de erros, logo após as codifica e armazena de modo a permitir que sejam analisadas de forma rápida e conveniente. A análise é o momento em que as hipóteses são testadas e sustentadas ou não sustentadas com base na comparação dos verdadeiros resultados do estudo com os resultados previstos no estágio de formulação (HAIR *et al*, 2005b).

Neste trabalho, a definição da fundamentação teórica foi apresentada nos Capítulos 1, 2 e 3. Com base na fundamentação teórica é formulada nesse capítulo a metodologia do processo de pesquisa, que aponta os caminhos para as fases de execução e análise (capítulos 5 e 6). Para melhor compreensão da metodologia utilizada na pesquisa este capítulo é dividido em 5 seções: design de pesquisa, hipóteses de pesquisa, amostra e coleta de dados, tratamento e análise dos dados e limitações iniciais da pesquisa.

4.1 Design de pesquisa

O design de pesquisa fornece as orientações básicas para a realização de uma pesquisa. Hair *et al* (2005b) expõe que há três *designs* básicos de pesquisa: pesquisa exploratória, quando as questões de pesquisa são vagas e há pouca teoria; pesquisa descritiva, que descreve alguma situação; pesquisa causal, que testa se um evento causa outro.

O *design* de pesquisa mais adequado aos objetivos deste trabalho é a pesquisa descritiva, pois “os planos de pesquisa descritiva em geral são estruturados e especificamente criados para medir as características descritas em uma questão de pesquisa”, podendo haver a criação de hipóteses (HAIR *et al*, 2005b p. 86). A pesquisa descritiva apresenta duas possibilidades de estudo:

estudos transversais, quando a coleta dos dados ocorre em um só momento, pretendendo descrever e analisar o estado de uma ou várias variáveis em um dado momento; e estudos longitudinais, quando a coleta dos dados ocorre ao longo do tempo em períodos ou pontos especificados (FREITAS *et al*, 2000). Nesse trabalho os dados foram coletados ano a ano no período compreendido entre 1995 e 2004, o que torna essa pesquisa descritiva um estudo longitudinal.

Sendo uma pesquisa descritiva, serão construídas suposições ou proposições sem comprovação, que funcionam como tentativa de explicação de certo fatos ou fenômenos. Estas suposições ou proposições são também denominadas de hipóteses. As técnicas estatísticas, como os testes de comparação entre duas amostras, possibilitam determinar se estas hipóteses propostas podem ser confirmadas por evidência empírica (HAIR *et al*, 2005b).

4.2 Hipóteses de pesquisa

As hipóteses a serem formuladas nessa pesquisa têm como intuito responder a seguinte pergunta: existe diferença de performance econômica-financeira entre hospitais com e sem fins lucrativos?

Como desdobramento dessa pergunta, constituiu-se esse item em quatro partes: hipóteses sobre a Liquidez, hipóteses sobre o Endividamento, hipóteses sobre a Rentabilidade e Segmentações.

4.2.1 Hipóteses sobre a Liquidez

Os indicadores de liquidez foram usados por Fatheazam (1992), Kane (2000) e Barbosa *et al* (2002) para análise da performance econômica-financeira das instituições de saúde. Com base nesses autores é construída a primeira hipótese dessa pesquisa:

H1: A liquidez nos hospitais com fins lucrativos é diferente do que nos hospitais sem fins lucrativos.

Para responder a essa hipótese, será usada o Indicador de Liquidez Corrente da mesma forma que nos trabalhos de Kane (2000), Barbosa *et al* (2002), SINHÁ (2006) e Sherman (1986).

4.2.2 Hipóteses sobre o endividamento

Os indicadores de endividamento foram usados por Wedig *et al* (1988), Valvona e Sloan (1988), Fatheazam (1992), PROAHSA (2002), Magnus, Wheeler e Smith (2004) e FBH (2005) para analisar a performance dos hospitais com e sem fins lucrativos. Com bases nesses autores, a segunda hipótese dessa pesquisa é assim delimitada:

H2: O endividamento nos hospitais com fins lucrativos é diferente do que nos hospitais sem fins lucrativos.

Para testar essa hipótese serão utilizados o Indicador de Exigível a Longo Prazo sobre Patrimônio Líquido e o Indicador de Endividamento Total Como nos trabalhos de FBH (2005), Wedig *et al* (1988), Valvona e Sloan (1988), Fatheazam (1992), Magnus, Wheeler e Smith (2004) e PROAHSA (2002).

4.2.3 Hipóteses sobre a rentabilidade

Os indicadores de rentabilidade foram usados por Fatheazam (1992), Barona (2000), Kim (2002), PROAHSA (2002), Kane (2000), Harrison e Sexton (2004) e Magnus, Wheeler e Smith (2004) para analisar a performance dos hospitais com e sem fins lucrativos. Com bases nesses autores constrói-se a segunda hipótese dessa pesquisa:

H3: A rentabilidade nos hospitais com fins lucrativos é diferente do que nos hospitais sem fins lucrativos.

Para testar essa hipótese serão usados os indicadores de Rentabilidade sobre o Ativo (ROA), Rentabilidade sobre o Patrimônio (ROE), e Rentabilidade sobre as Vendas através de três Indicadores: Margem Bruta, Margem Operacional e Margem Líquida.

4.2.4 Análise de acordo com as características organizacionais

As características organizacionais dos estabelecimentos de saúde podem influenciar o desempenho econômico-financeiro. Baseado nessa premissa, o Quadro

6, apresentar as características organizacionais que podem influenciar a performance econômica-financeira dos hospitais com e sem fins lucrativos e que serão utilizadas neste trabalho para cada uma das hipóteses enunciadas.

Segmentação	Característica	Código
Tipo de unidade (UNI)	Hospital geral	UNIgeral
	Hospital especializado	UNIesp.
Atividade de Ensino (ENS)	Com atividade de ensino	ENScom
	Sem atividade de ensino	ENSsem
Porte (nº de leitos) (POR)	Pequeno porte	PORpeq
	Médio porte	PORmed
	Grande porte	PORgran
Atendimento SUS (SUS)	Atende SUS	SUSsim
	Não atende SUS	SUSnão
Localização Geográfica (LOC)	Capital	LOCcap
	Interior	LOCint
	Nordeste	LOCnor
	Centro-oeste	LOCcen
	Sudeste	LOCsud
	Sul	LOCsul

Quadro 6 - Segmentações conforme as características organizacionais

As características constantes no Quadro 6 não encerram as possibilidades de estratificação de caracterização de hospitais, entretanto, foram as destacadas na literatura como as que detêm maiores chances de interferência no resultado financeiro de um nosocômio.

4.3 Amostra e coleta de dados

A seguir são apresentadas as bases de dados e a amostra de hospitais com e sem fins lucrativos utilizadas para estudar as hipóteses anteriormente formuladas.

A população desse estudo é constituída pelos 6.360 hospitais brasileiros cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde). A amostra é constituída pelos 483 hospitais com demonstrações contábeis disponibilizadas na base de dados eletrônica da Gazeta Mercantil. Tal amostra é intencional e a escolha da base de dados efetivou-se devido à disponibilidade das demonstrações contábeis dos hospitais.

A coleta de dados foi realizada através de duas bases de dados. A primeira é a Gazeta Mercantil, base de dados adquirida e que disponibiliza as demonstrações contábeis de empresas de capital fechado e aberto na Gazeta Mercantil. A opção do

uso de demonstrações contábeis para a realização de estudos científicos sofre críticas de Leal e Saito (2003 p. 6), que consideram que esses estudos “são falhos porque utilizam dados de balanço patrimonial, que são distorcidos pela inflação e sujeitos a manobras para diminuir a tributação”. No entanto, um dos autores, Leal (2001 *apud* LEAL e SAITO, 2003) utiliza a base de dados Econômica (constituída de demonstrações contábeis) em seu estudo. Como exemplo de estudo na base de dados da Gazeta Mercantil encontra-se o trabalho de Eid Júnior (1996), que analisou o desempenho financeiro de diversos segmentos industriais diversos.

A segunda é o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), base de dados gratuita com informações organizacionais sobre todos os estabelecimentos de saúde do Brasil.

4.3.1 *Gazeta Mercantil*

O banco de dados da empresa Gazeta Mercantil (Gazeta Mercantil Online-InvestNews) contém demonstrações contábeis e indicadores de aproximadamente 80.000 empresas agrupados em 60 setores. No setor saúde, há uma divisão em 10 subsetores, sendo 483 organizações cadastradas no subsetor hospitalar, foco deste estudo. A base de dados, além de fornecer as demonstrações contábeis Balanço Patrimonial, DRE (Demonstração do Resultado do Exercício) e DOAR (Demonstrativo das Origens e Aplicações de Recursos), informam os indicadores econômico-financeiros do Quadro 7.

Grupo de indicador	Indicadores
Liquidez	Capital circulante líquido; Liquidez corrente; Liquidez seca; Liquidez imediata; Liquidez geral.
Endividamento	Endividamento total; Grau de endividamento total; Financiamento a curto prazo/vendas; Exigível a longo prazo/patrimônio líquido.
Rentabilidade	Margem bruta; Margem operacional; Margem líquida.
Imobilização	Imobilização do patrimônio; Imobilização dos recursos a longo prazo.
EBITDA	EBITDA
Valor Econômico Agregado	Valor Econômico Agregado; Custo de oportunidade.
Retorno	Retorno sobre o ativo; Retorno sobre o patrimônio.
Reclassificação das contas – ativo	Financeiro; Operacional; Permanente; Total.
Reclassificação das contas – passivo	Financeiro; Operacional; Permanente; Total.

Ciclo operacional em dias	Prazo de pagamento concedido aos clientes; Tempo em que a mercadoria fica no estoque; Prazo de adiantamento feito a fornecedores; Total de dias de recursos operacionais aplicados; Prazo para pagamento obtido junto a fornecedores; Prazo para recolhimento de impostos; Prazo para pagamento de salários; Total de dias de recursos operacionais antecipados; Ciclo operacional em dias; valores arredondados.
Efeito tesoura	Vendas mensais; Capital de giro; Necessidade de capital de giro; Efeito tesoura.

Quadro 7 - Indicadores Gazeta Mercantil

Apesar da variedade de indicadores obtidos através da Gazeta Mercantil On Line apresentados no Quadro 7, as pesquisas empíricas sobre performance econômica-financeira de nosocômios, apontam a maior freqüência no uso de alguns desses indicadores, escolhidos também para aplicação nessa pesquisa. Os indicadores a serem utilizados são: Liquidez - Liquidez Corrente; Endividamento - Exigível a Longo Prazo sobre Patrimônio Líquido, Endividamento Geral; Rentabilidade - Rentabilidade sobre o Ativo (ROA), Rentabilidade sobre o Patrimônio (ROE), e Rentabilidade sobre as Vendas através de três Indicadores, a Margem Bruta, a Margem Operacional e a Margem Líquida.

4.3.2 Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) contém a descrição dos estabelecimentos de saúde do Brasil e está sob a supervisão do Ministério da Saúde. As principais peculiaridades dessa base de dados são as seguintes: cadastro de base nacional previsto para atualização continuada, cuja manutenção está sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de saúde; abrange o cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde prestadores de serviços ao SUS, os estabelecimentos de saúde não contratados/conveniados ao SUS e ambulatórios, pessoas jurídicas não vinculadas ao SUS que realizam procedimentos como os de apoio ao diagnóstico e tratamento; a base de dados constituída passou a ser utilizada para processamento de produção ambulatorial e hospitalar a partir de agosto de 2003.

Para análise dos estabelecimentos cadastrados, o CNES realizou o agrupamento de acordo com a classificação dos tipos de organização dos serviços de saúde preconizado pelo Ministério da Saúde: serviços de atenção básica de saúde, de média e de alta complexidade. Os hospitais, alvo desse estudo, podem ser enquadrados como hospital geral ou hospital especializado. O hospital geral

configura-se como um serviço de média complexidade, destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas por especialistas e/ou outras especialidades médicas. pode dispor de serviço de urgência/emergência. deve dispor também de SADT (Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento) de média complexidade. Já o hospital especializado configura-se como um serviço de alta complexidade, destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área, pode dispor de serviço de urgência/ emergência, deve dispor também de SADT de média complexidade.

No Brasil existem 5.173 hospitais gerais e 1.187 hospitais especializados, distribuídos conforme mostra o Quadro 08.

Região/ Estado	Hospital Geral	Hospital Especializado	Amostra Gazeta Mercantil-Hospital Geral	Amostra Gazeta Mercantil-Hospital Especializado
<i>Norte</i>	361	75		
Rondônia	59	10	00	00
Acre	14	5	00	00
Amazonas	24	24	01	01
Roraima	10	1	00	00
Pará	175	27	03	00
Amapá	5	6	00	00
Tocantins	74	2	00	00
<i>Nordeste</i>	1.386	382		
Maranhão	214	41	02	00
Piauí	107	23	00	00
Ceará	198	57	06	02
Rio Grande do Norte	81	27	03	04
Paraíba	141	54	01	00
Pernambuco	160	56	04	01
Alagoas	36	27	04	00
Sergipe	34	10	04	00
Bahia	415	87	15	03
<i>Sudeste</i>	1.765	484		
Minas Gerais	621	90	64	10
Espírito Santo	95	17	10	01
Rio de Janeiro	320	195	35	04
São Paulo	729	182	126	11
<i>Sul</i>	987	115		
Paraná	454	73	25	04
Santa Catarina	202	22	11	00
Rio Grande do Sul	331	20	29	03
<i>Centro-Oeste</i>	674	131		
Mato Grosso do Sul	109	13	06	00
Mato Grosso	164	12	06	00
Goiás	361	86	07	03
Distrito Federal	40	20	07	01

Quadro 8 - Distribuição geográfica dos hospitais no Brasil

Fonte: adaptado de CNES (2006)

Dentre as diversas características organizacionais que podem ser levantadas dos hospitais com e sem fins lucrativos através da base de dados do CNES, o Quadro 09 demonstra as que serão analisadas nessa pesquisa.

Variável	Descrição
Propriedade	Hospital com fins lucrativos Hospital sem fins lucrativos
Localização geográfica – por região	Por região geográfica
Localização geográfica – Capital ou Interior	Capital Interior
Leitos	Até 50 leitos – pequeno porte De 51 leitos a 150 leitos – médio porte De 151 leitos em diante – grande porte
Atendimento SUS	Atendimento SUS Sem atendimento SUS
Tipo de hospital	Geral Especializado
Atividade de ensino	Sem atividade de ensino Com atividade de ensino

Quadro 9 - Variáveis obtidas a partir do CNES

Tais características organizacionais do Quadro 09 contemplam os principais achados na teoria quanto às diferenças entre os hospitais com e sem fins lucrativos.

4.4 Tratamento e análise dos dados

O procedimento inicial no tratamento e análise dos dados é a eliminação de observações que possam ter sido coletadas de forma errônea em cada hospital. Tais observações se caracterizam por apresentar um valor muito discrepante em relação à realidade média dos dados. Nesta pesquisa foram eliminadas as observações com valor igual ou superior a 300% para o ROA e ROE, as observações com valores negativos para o indicador de endividamento geral e as observações com valor superior a 100% para a Margem Bruta, Margem Operacional e Margem Líquida. Também foram eliminadas as observações com valor igual a 0,00 em todos os indicadores. Por tratar-se de uma análise de médias, também foram eliminados, para cada indicador em análise, os casos (hospitais) com somente uma observação no período estudado.

Como segunda etapa do tratamento dos dados foi elaborada a análise descritiva agrupando os hospitais segundo o tipo de propriedade (hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos). A análise descritiva visa resumir informações dos dados obtidos por algumas medidas. Estas medidas podem ser

resumidas em dois grupos: medidas de tendência central e de dispersão. As medidas de tendência central mais utilizadas são a média, a moda e a mediana, enquanto as medidas de dispersão mais utilizadas são o desvio-padrão, variância, coeficiente de variação, amplitude e amplitude dos quartis (BARBETTA, 2004). Para esse trabalho foi calculada a média como medida da tendência central e o desvio-padrão como medida de dispersão.

Após determinar a média e o desvio padrão dos indicadores econômico-financeiros dos hospitais com e sem fins lucrativos foi realizado o tratamento das observações atípicas (*outliers*). Hair *et al* (2005a p. 134) pondera que uma observação atípica é “uma observação que tem uma diferença substancial entre o valor real para a variável dependente e o valor previsto”. Para identificar estas observações que são representações inadequadas da população da qual a amostra é obtida e evitar possíveis desvios devido à tendenciosidade de algum dado isolado, serão excluídos em cada um dos grupos os hospitais que possuem valores que extrapolarem os limites da média acrescidos ou diminuídos duas vezes o valor do desvio-padrão (HAIR *et al*, 2005a).

Para a análise dos dados há uma gama diversificada de testes, que podem ser desde um teste de sinais a uma análise canônica. Para a escolha do teste mais adequado, devem ser levados em consideração a maneira como foi obtida a amostra, a natureza da população da qual se extraiu a amostra e o tipo de mensuração ou escala empregado nas definições operacionais das variáveis envolvidas, isto é, o conjunto de valores numéricos e ainda o tamanho da amostra disponível. Uma vez determinados a natureza da população e a amostra, estabelece-se o teste estatístico mais adequado para a pesquisa. Associado ao teste estatístico há pressupostos básicos que, se violados, podem falsear os resultados obtidos do teste estatístico.

Nessa pesquisa foi utilizado o teste Mann-Whitney para amostras independentes, pois é um método estatístico adequado para o tipo de análise e para os dados dessa pesquisa, onde a distribuição dos dados anormal, aliada a uma colinearidade e variância elevada da amostra poderiam comprometer a fidedignidade de outros métodos estatísticos.

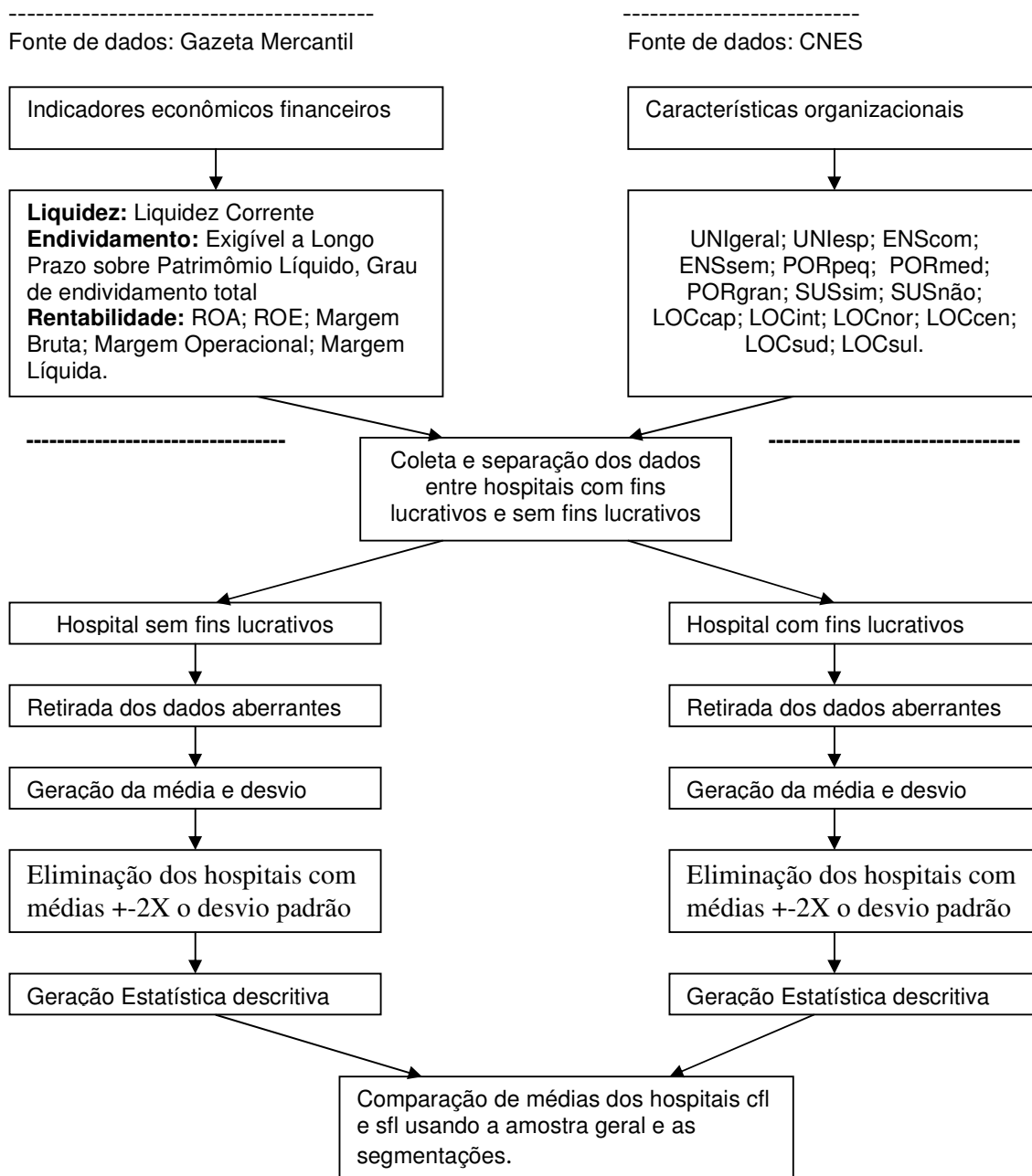
4.5 Algumas limitações da pesquisa

O primeiro desafio dessa pesquisa alude às escassas publicações científicas abordando a gestão financeira dos hospitais brasileiros. Apesar da vasta literatura internacional abordando o assunto, a falta de uma gama maior de pesquisas abordando as peculiaridades brasileiras pode se traduzir em uma limitação à pesquisa.

Uma segunda limitação refere-se à obtenção dos dados financeiros. Os hospitais, em sua grande maioria, não são empresas de capital aberto, o que pode limitar a transparência e a confiabilidade dos dados informados. Além disso, os dados financeiros da maior parte dos hospitais não são auditados, o que facilita a manipulação dos mesmos por parte das empresas para obtenção de vantagens fiscais e tributárias.

Além disso, nem todos os hospitais são obrigados a fazerem a publicação anual das suas demonstrações financeiras, o que pode acarretar na falta de dados em algum período específico. Com isso, para cada teste de hipótese o tamanho da amostra pode variar, pois alguns hospitais podem ser incluídos/ excluídos.

Outra limitação dessa pesquisa engloba o tamanho da amostra em certas hipóteses subjacentes, como na distribuição geográfica da amostra, que não é homogênea, e em algumas regiões conta com um pequeno número de hospitais sendo comparados, o que limita a inferência dos dados.



Quadro 10 - Fluxograma de pesquisa

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os dados da pesquisa e a análise dos mesmos a partir das hipóteses formuladas na metodologia. Os resultados obtidos na pesquisa, são analisados à luz dos pressupostos encontrados na fundamentação teórica e comparados à resultados de outras pesquisas empíricas no mesmo tipo de organização, hospitais. Para análise do desempenho econômico-financeiro, o capítulo foi dividido em três partes: a primeira apresenta os resultados da liquidez, a segunda aborda os resultados dos indicadores de endividamento e a terceira parte os resultados obtidos para os indicadores de rentabilidade.

5.1 Análise da Liquidez

Para análise da liquidez nos hospitais com e sem fins lucrativos foi usado o Indicador de Liquidez Corrente. A amostra geral, após o tratamento dos dados, foi de 322 hospitais, entre hospitais com e sem fins lucrativos. O Gráfico 01 apresenta os resultados calculados para a média da amostra e das segmentações propostas na metodologia.

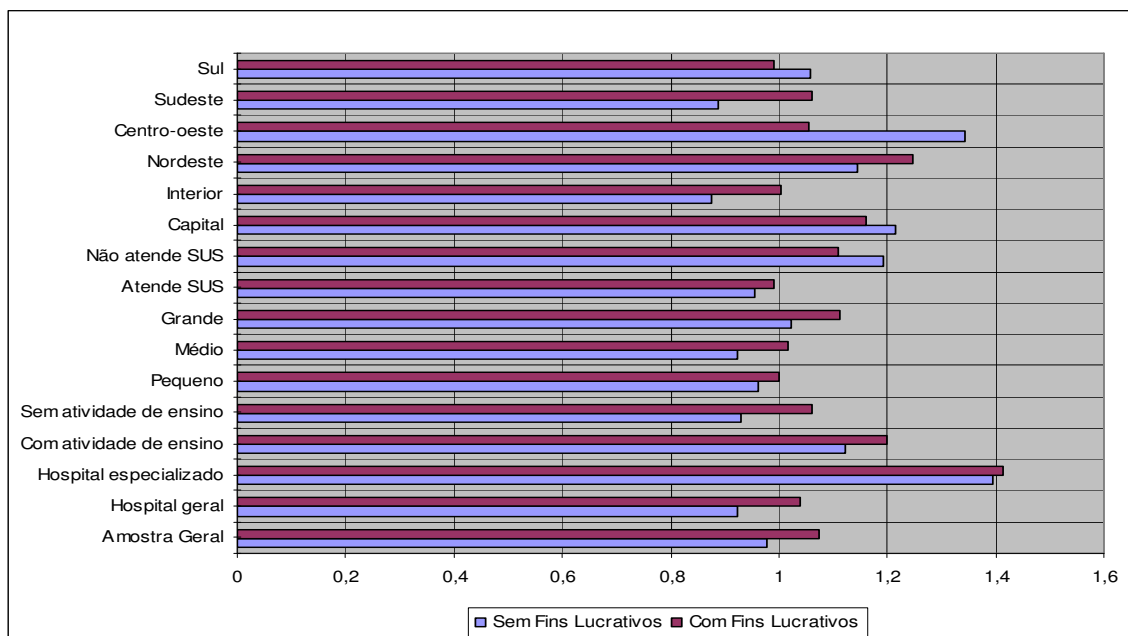


Gráfico 1 - Liquidez Corrente - médias

Fonte: o autor

Observa-se no Gráfico 01 uma distribuição dos dados em torno de um índice de liquidez de 1,0. Os detalhamentos da amostra descritiva e o teste comparativo entre os hospitais com e sem fins lucrativos encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10 - Liquidez Corrente - Mann-Whitney

Características	Liquidez Corrente						p
	Sem Fins Lucrativos			Com Fins Lucrativos			
	Média	Desvio	N	Média	Desvio	N	
Amostra geral	0,977	0,617	190	1,074	0,551	132	**0,0365
Hospital geral	0,924	0,573	169	1,039	0,543	120	**0,0283
Hospital especializado	1,394	0,790	21	1,415	0,546	12	0,9552
Com atividade de ensino	1,121	0,719	45	1,200	0,635	12	0,6177
Sem atividade de ensino	0,931	0,576	145	1,061	0,544	120	**0,0225
Pequeno	0,962	0,794	11	1,002	0,579	26	0,5950
Médio	0,923	0,638	82	1,018	0,541	79	*0,0919
Grande	1,023	0,578	97	1,112	0,54	97	0,5673
Atende SUS	0,954	0,616	172	0,991	0,565	39	0,4536
Não atende SUS	1,193	0,591	18	1,108	0,545	93	0,5673
Capital	1,215	0,636	57	1,161	0,582	58	0,7016
Interior	0,874	0,579	133	1,005	0,521	74	**0,0241
Nordeste	1,145	0,674	26	1,246	0,498	14	0,5610
Centro-oeste	1,343	0,610	9	1,056	0,424	10	0,3913
Sudeste	0,888	0,545	120	1,062	0,574	94	***0,0143
Sul	1,058	0,748	35	0,99	0,55	14	0,8682

* Estatisticamente significativa a 10%

** Estatisticamente significativa a 5%

*** Estatisticamente significativa a 1%

A Tabela 10 aponta um desvio-padrão elevado, independente do tipo de propriedade, decorrente de uma extensa variação nos valores mínimos e máximos da liquidez corrente dos hospitais. Os valores encontrados de liquidez na amostra geral diferem do estudo de Kane (2000), que encontrou uma liquidez entre 2,0 e 2,5 nos hospitais norte-americanos, mas se aproximam do estudo brasileiro de Barbosa *et al* (2002), que encontrou uma liquidez média nos hospitais sem fins lucrativos de 1,2.

Na análise por segmentações observa-se uma concentração amostral de hospitais gerais em detrimento dos hospitais especializados, o que é condizente com a população. Pode-se observar, a um grau de significância de 5%, uma diferença entre os hospitais gerais com e sem fins lucrativos, sendo que os hospitais com fins lucrativos apresentam melhor resultado. Nos hospitais gerais destaca-se ainda a liquidez abaixo de 1,0 dos hospitais sem fins lucrativos, o que evidencia uma incapacidade de pagamento das dívidas no curto prazo.

Observa-se na estatística descritiva uma melhor situação dos hospitais que possuem atividades de ensino, sendo que nos hospitais sem fins lucrativos que não possuem atividade de ensino há uma liquidez abaixo de 1,0, podendo indicar estado de insolvência das dívidas.

Na análise comparativa das médias dos hospitais que não possuem atividade de ensino, verifica-se que a um nível de significância de 5% é possível afirmar haver diferenças entre os hospitais com e sem fins lucrativos.

Nota-se na Tabela 10 uma concentração amostral maior de hospitais de grande porte, resultante da acessibilidade dos dados. Outro ponto interessante se refere às medianas, cujos resultados estão disponíveis no Apêndice. As medianas dos hospitais sem fins lucrativos quando segmentados por porte se apresentam com valores abaixo da média em todas as hipóteses subjacentes, já nos hospitais com fins lucrativos a mediana não apresenta uma oscilação tão elevada em relação à média. Os valores de liquidez encontrados nos hospitais de grande porte em relação aos hospitais de médio e pequeno porte são coerentes com o estudo de Fatheazam (1992), em que os hospitais de maior porte exibiam uma capacidade maior de liquidez. Nos hospitais de médio e pequeno porte os valores encontrados para a liquidez corroboram também o estudo de Fatheazam (1992), ao apontar que a maior parte desses hospitais possui uma situação de incapacidade de liquidação de dívidas de curto prazo em função da baixa liquidez. Os resultados de Fatheazam (1992) são corroborados por Barbosa *et al* (2002), que demonstra que os hospitais sem fins lucrativos de maior porte tendem a exibir uma liquidez mais elevada.

Nos testes de diferenças de hipóteses verifica-se a liquidez corrente possui uma diferença estatisticamente significativa a 5% nos hospitais de grande porte. Pode-se afirmar, portanto, que os hospitais com fins lucrativos possuem um melhor desempenho de liquidez corrente do que os hospitais sem fins lucrativos de grande porte.

A Tabela 10 também aponta na análise por segmentações que há uma amostra maior de hospitais com fins lucrativos que não atendem o SUS, em detrimento dos hospitais sem fins lucrativos, que em sua maioria atendem pelo SUS. Tal amostra é coerente com a população, em que a maior parte dos hospitais filantrópicos opta pelo atendimento através do SUS para manter a condição de instituição filantrópica e assim receber os benefícios advindos dela.

Outra hipótese subjacente faz alusão aos hospitais que estão localizados na

capital ou interior, sendo que a estatística descritiva se apresenta na Tabela 10. Observa-se na Tabela 10 que somente há diferença válida estatisticamente a 1% nas médias dos hospitais com e sem fins lucrativos da região Sudeste. Pode-se afirmar que os hospitais com fins lucrativos da região Sudeste possuem uma melhor liquidez

5.2 Análise do Endividamento

Para análise do endividamento nos hospitais com e sem fins lucrativos foram usados os indicadores de Exigível a Longo Prazo sobre Patrimônio Líquido e Grau de Endividamento Total.

A amostra de H2, após a exclusão dos *outliers*, foi de 230 hospitais para o Indicador de Exigível a Longo Prazo sobre o Patrimônio Líquido e de 316 hospitais para o Grau de Endividamento Total. Os Gráficos 02 e 03 mostram as médias obtidas dos indicadores de endividamento nos hospitais com e sem fins lucrativos.

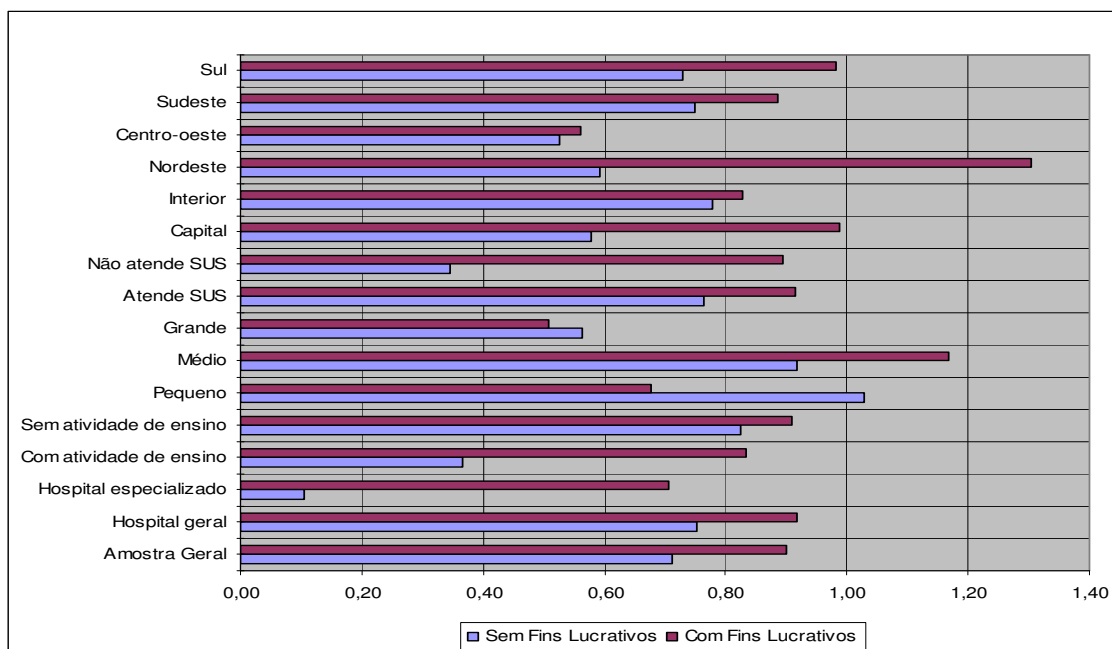


Gráfico 2 - EXLPPL - médias

Fonte: o autor

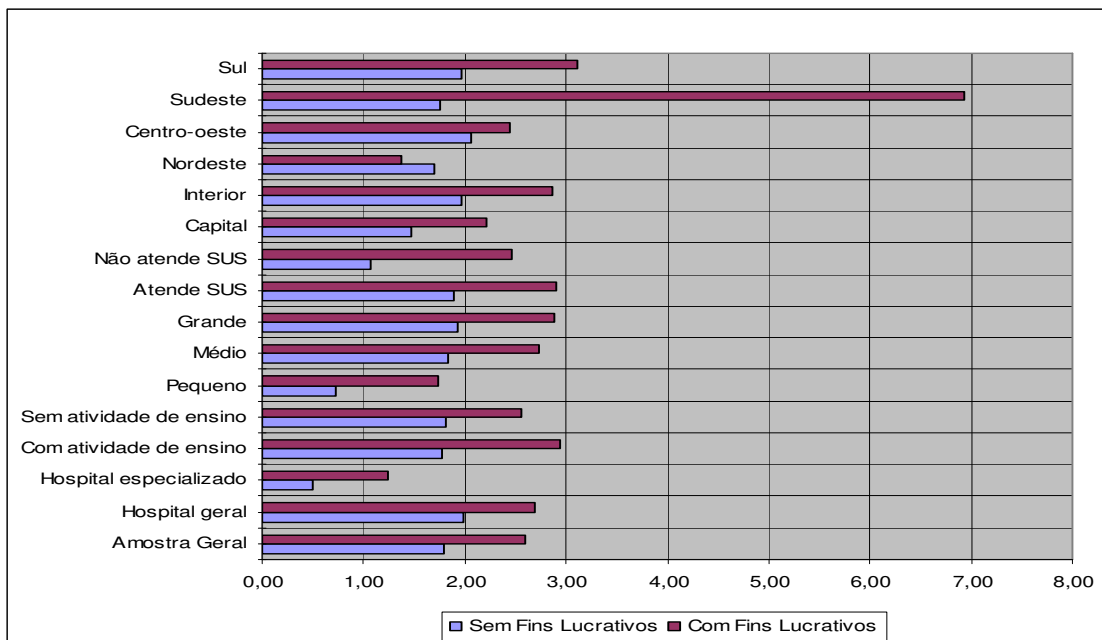


Gráfico 3 - Grau de Endividamento Total - médias

Fonte: o autor

Nota-se nos Gráficos 02 e 03, variações de endividamento conforme a segmentação. Complementar aos Gráficos 02 e 03 apresenta-se na Tabela 11 os resultados obtidos na análise do endividamento de forma mais detalhada.

Tabela 11 - Indicadores de Endividamento - Mann-Whitney

Exigível a Longo Prazo sobre Patrimônio Líquido

Características	Sem Fins Lucrativos			Com Fins Lucrativos			p
	Média	Desvio	N	Média	Desvio	N	
Amostra geral	0,713	1,335	130	0,9	1,316	100	0,0024
Hospital geral	0,753	1,369	122	0,919	1,367	91	***0,0146
Hospital especializado	0,106	0,13	8	0,705	0,592	9	0,0033
Com atividade de ensino	0,366	0,622	32	0,833	0,954	12	*0,0632
Sem atividade de ensino	0,825	1,481	98	0,909	1,362	88	**0,0295
Pequeno	1,028	2,557	9	0,676	0,647	17	*0,0896
Médio	0,919	1,509	43	1,169	1,661	55	0,1041
Grande	0,563	1,003	78	0,508	0,496	28	0,1873
Atende SUS	0,765	1,407	114	0,916	1,215	28	0,1990
Não atende SUS	0,345	0,507	16	0,894	1,361	72	0,0093
Capital	0,579	1,067	42	0,989	1,264	45	***0,0195
Interior	0,778	1,447	88	0,828	1,364	55	**0,0511
Nordeste	0,593	1,486	16	1,303	1,535	8	0,1046
Centro-oeste	0,527	0,656	8	0,562	0,776	9	1,0000
Sudeste	0,749	1,438	85	0,887	1,303	73	0,0091
Sul	0,730	0,987	21	0,981	1,684	10	0,7353

Características	Sem Fins Lucrativos			Com Fins Lucrativos			p
	Média	Desvio	N	Média	Desvio	N	

Amostra geral	0,713	1,335	130	0,9	1,316	100	0,0024
Hospital geral	0,753	1,369	122	0,919	1,367	91	***0,0146
Hospital especializado	0,106	0,13	8	0,705	0,592	9	0,0033
BCom atividade de ensino	0,366	0,622	32	0,833	0,954	12	*0,0632
Sem atividade de ensino	0,825	1,481	98	0,909	1,362	88	**0,0295
Pequeno	1,028	2,557	9	0,676	0,647	17	*0,0896
Médio	0,919	1,509	43	1,169	1,661	55	0,1041
Grande	0,563	1,003	78	0,508	0,496	28	0,1873
Atende SUS	0,765	1,407	114	0,916	1,215	28	0,1990
Não atende SUS	0,345	0,507	16	0,894	1,361	72	0,0093
Capital	0,579	1,067	42	0,989	1,264	45	***0,0195
Interior	0,778	1,447	88	0,828	1,364	55	0,0511
Nordeste	0,593	1,486	16	1,303	1,535	8	0,1046
Centro-oeste	0,527	0,656	8	0,562	0,776	9	1,0000
Sudeste	0,749	1,438	85	0,887	1,303	73	0,0091
Sul	0,730	0,987	21	0,981	1,684	10	0,7353

* Estatisticamente significativa a 10%

** Estatisticamente significativa a 5%

*** Estatisticamente significativa a 1%

A estatística descritiva apresentada na Tabela 11 permite inferir que os hospitais, tanto com ou sem fins lucrativos, possuem um volume de obrigações de curto prazo superior as obrigações de longo prazo.

Os achados sobre endividamento na amostra geral corroboram com os resultados da pesquisa de Wedig *et al* (1988), que não constataram diferenças significativas na estrutura de capital entre hospitais com e sem fins lucrativos, apesar dos diferentes motivos de endividamento entre hospitais com e sem fins lucrativos.

Na análise por segmentações da Tabela 11 nota-se que as médias mais baixas ocorrem nos hospitais especializados que também detém um intervalo menor de variação dos dados, o que talvez possa ser creditado a especialização do hospital.

O teste comparativo de médias entre hospitais com e sem fins lucrativos permite afirmar que há uma diferença estatisticamente significativa entre hospitais especializados com e sem fins lucrativos. Pode-se afirmar que os hospitais especializados sem fins lucrativos são menos endividados do que os hospitais com fins lucrativos especializados.

Na análise dos hospitais usando a segmentação conforme atividade de ensino nota-se um grande intervalo entre os hospitais, sendo que há uma diferença significativa a 10% nas médias dos hospitais com e sem fins lucrativos no indicador de exigível a longo prazo sobre patrimônio líquido. Com isso, pode-se afirmar que os hospitais com fins lucrativos que possuem atividade de ensino possuem uma dívida

de longo prazo superior aos hospitais sem fins lucrativos.

Os resultados encontrados no endividamento segmentado por porte corroboram parcialmente com os achados de Fathezam (1992). A estatística descritiva aponta que nos hospitais sem fins lucrativos de menor porte o Grau de Endividamento Total é menor em relação aos hospitais de médio e grande porte, corroborando com a pesquisa de Fathezam (1992). Já nos hospitais com fins lucrativos observa-se um Grau de Endividamento Total maior nos hospitais de médio porte, seguido pelos hospitais de grande e pequeno porte. Quanto ao indicador do Exigível a Longo Prazo sobre Patrimônio Líquido, a estatística descritiva dos hospitais sem fins lucrativos demonstra os hospitais de pequeno porte como os mais endividados a longo prazo, seguido dos hospitais de médio e grande porte. Nos hospitais com fins lucrativos, a Tabela 19 mostra que os hospitais com fins lucrativos de médio porte são os mais endividados. Os resultados observados no indicador do Exigível a Longo Prazo sobre Patrimônio Líquido diferem dos obtidos por Fathezam (1992), que relacionou hospitais de maior porte a um nível maior de endividamento de longo prazo.

Verifica-se na segmentação de atendimento pelo SUS se atender pelo SUS modificaria a estrutura de capital dos nosocômios. Apesar dos testes estatísticos não apontarem diferenças estatisticamente significantes, verifica-se uma média mais baixa de endividamento nos hospitais sem fins lucrativos que não atendem pelo SUS.

A segmentação por localização geográfica do hospital permite verificar se há diferenças entre hospitais com e sem fins lucrativos conforme a localização. Nas segmentações de localização não se verifica diferenças de endividamento estatisticamente válidas entre os hospitais com e sem fins lucrativos. Tal fato encontra subsídio no trabalho de Eid Júnior (1996), que aponta as empresas como oportunísticas na hora de captação dos recursos, sem se preocupar com uma estrutura de capital estática.

5.3 Análise da Rentabilidade

Na análise da rentabilidade nos hospitais com e sem fins lucrativos foram usados os indicadores do ROA, ROE e Margens Bruta, Operacional e Líquida. Para melhor compreensão e seguindo a divisão da fundamentação teórica, dividiu-se este item em duas partes: Rentabilidade sobre os Ativos e Patrimônio Líquido e Rentabilidade sobre as vendas.

5.3.1 Rentabilidade

A amostra da hipótese H3, após a exclusão dos *outliers*, foi de 349 hospitais para o ROA e de 356 hospitais para o ROE. Os Gráficos 04 e 05 apresentam as médias obtidas para o ROA e ROE nos hospitais com e sem fins lucrativos.

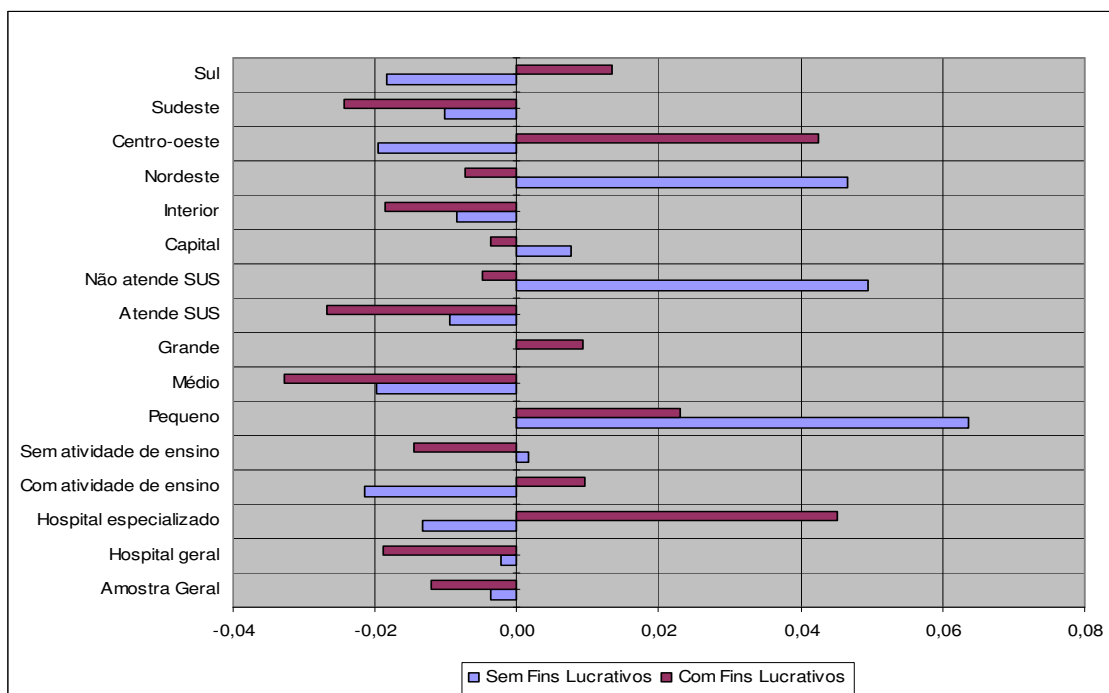


Gráfico 4 - ROA - médias

Fonte: o autor

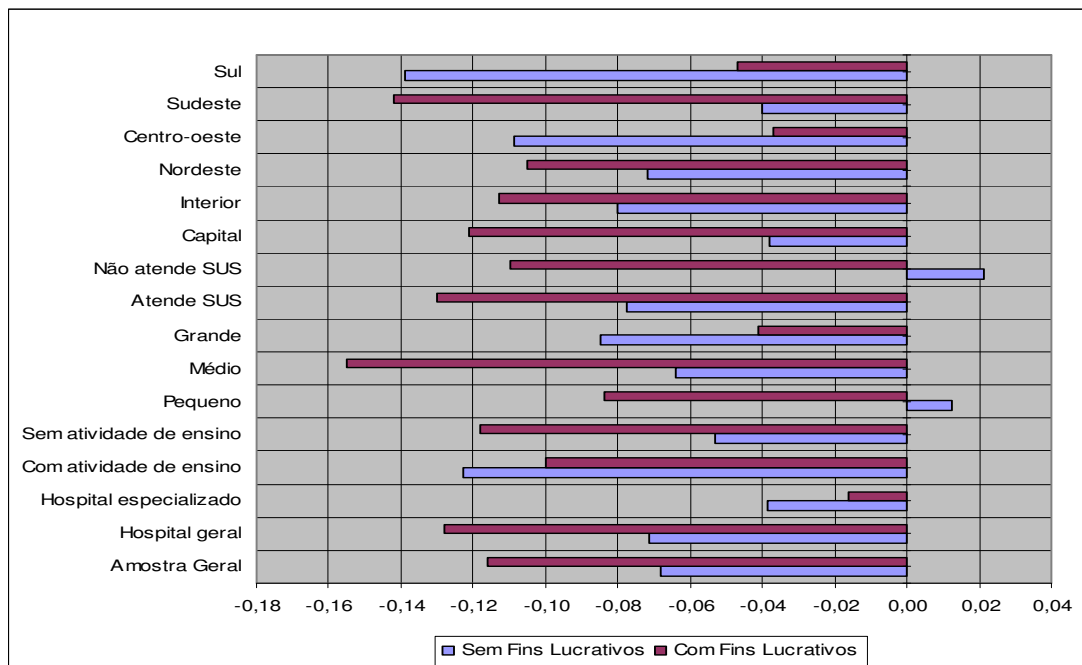


Gráfico 5 - ROE - médias

Fonte: o autor

Nota-se no Gráfico 04 valores de ROA com diferenças acentuadas entre os hospitais com e sem fins lucrativos. Já os valores observados para o ROE no Gráfico 05 permitem mostrar que grande parte dos hospitais, independente do tipo de propriedade, apresenta retorno sobre o patrimônio negativo. A estatística descritiva e o teste comparativo apresentam-se na Tabela 12.

Tabela 12 - Indicadores de Rentabilidade - Mann-Whitney

Características	Sem Fins Lucrativos			Com Fins Lucrativos			p
	Média	Desvio	N	Média	Desvio	N	
Amostra geral	-0,004	0,124	208	-0,012	0,154	141	0,5130
Hospital geral	-0,002	0,120	184	-0,019	0,148	126	0,4905
Hospital especializado	-0,013	0,149	24	0,045	0,197	15	0,9655
Com atividade de ensino	-0,022	0,116	46	0,010	0,167	14	0,7999
Sem atividade de ensino	0,002	0,126	162	-0,014	0,153	127	0,4016
Pequeno	0,064	0,172	15	0,023	0,208	29	0,6738
Médio	-0,020	0,145	86	-0,033	0,150	81	0,4821
Grande	0,000	0,091	107	0,009	0,084	31	0,3942
Atende SUS	-0,010	0,118	187	-0,027	0,149	46	0,1704
Não atende SUS	0,049	0,156	21	-0,005	0,157	95	0,3663
Capital	0,008	0,138	63	-0,004	0,161	62	0,5785
Interior	-0,009	0,117	145	-0,019	0,149	79	0,6319
Nordeste	0,047	0,097	31	-0,007	0,100	15	0,2509
Centro-oeste	-0,020	0,095	11	0,042	0,190	13	0,4513
Sudeste	-0,010	0,129	129	-0,024	0,160	97	0,4989

	-0,018	0,124	37	0,013	0,123	16	0,3424
ROE							
Características	Sem Fins Lucrativos			Com Fins Lucrativos			p
	Média	Desvio	N	Média	Desvio	N	
Amostra geral	-0,068	0,322	213	-0,116	0,321	143	0,4262
Hospital geral	-0,072	0,334	188	-0,128	0,321	128	0,4313
Hospital especializado	-0,039	0,202	25	-0,016	0,312	15	0,8340
Com atividade de ensino	-0,123	0,303	45	-0,100	0,316	14	0,6689
Sem atividade de ensino	-0,053	0,325	168	-0,118	0,323	129	0,3931
Pequeno	0,012	0,244	18	-0,084	0,277	28	0,3620
Médio	-0,064	0,359	89	-0,155	0,352	84	0,1775
Grande	-0,085	0,300	106	-0,041	0,256	31	0,1641
Atende SUS	-0,077	0,317	192	-0,130	0,310	49	0,3303
Não atende SUS	0,021	0,359	21	-0,110	0,328	94	0,1487
Capital	-0,038	0,272	63	-0,121	0,354	61	0,3683
Interior	-0,080	0,340	150	-0,113	0,296	82	0,7372
Nordeste	-0,072	0,383	32	-0,105	0,300	15	0,9909
Centro-oeste	-0,109	0,240	14	-0,037	0,409	13	0,1985
Sudeste	-0,040	0,302	127	-0,142	0,317	97	*0,0643
Sul	-0,139	0,352	40	-0,047	0,292	18	0,3960

* Estatisticamente significativa a 10%

** Estatisticamente significativa a 5%

*** Estatisticamente significativa a 1%

Nota-se na Tabela 12 um elevado desvio-padrão na rentabilidade dos hospitais com e sem fins lucrativos. Também é possível perceber uma rentabilidade média negativa tanto nos hospitais com fins lucrativos quanto nos hospitais sem fins lucrativos. Conforme apontado na fundamentação teórica por diversos autores, nos hospitais com fins lucrativos a incidência de um ROE negativo pode ser alvo de preocupação, pois o *shareholder* busca maximizar o lucro econômico; já os hospitais sem fins lucrativos buscam a maximização da sua missão, podendo tolerar uma baixa taxa de retorno.

Os resultados encontrados na Tabela 12 diferem do estudo de Barona (2000), que achou uma mediana do ROA de 4% e uma mediana da ROE de 8% nas organizações sociais de saúde da Colômbia. Verifica-se no Apêndice um percentual superior a 50% de hospitais que possuem suas rentabilidades negativas, superior aos 20% encontrados na pesquisa de Barona (2000) nos hospitais colombianos.

Na análise por segmentações verifica-se que, na média, os hospitais especializados tendem a apresentar uma rentabilidade sobre o patrimônio maior que os hospitais gerais, apesar dos valores negativos apresentados tanto nos hospitais gerais quanto nos hospitais especializados. As hipóteses subjacentes por hospital especializado ou hospital geral demonstram não haver diferenças válidas entre os hospitais com e sem fins lucrativos por tipo de hospital.

Observar-se novamente na Tabela 12 uma rentabilidade negativa média sobre o patrimônio independente da atividade de ensino. Na análise das segmentações dos hospitais com e sem atividades de ensino, verifica-se, a um nível de significância de 10%, diferenças entre hospitais com e sem fins lucrativos que não possuem atividades de ensino. Com isso, pode-se afirmar que os hospitais sem fins lucrativos tem um ROE superior aos hospitais com fins lucrativos, apesar dos valores negativos dos dois tipos de hospitais.

Os resultados encontrados para a rentabilidade diferem parcialmente dos achados de Fatheazam (1992) e Kim *et al* (2002), que relacionam positivamente o porte com a rentabilidade. Nos hospitais sem fins lucrativos percebe-se o fenômeno contrário: quanto maior o porte da instituição, menor é o retorno sobre o patrimônio. Já nos hospitais com fins lucrativos há um retorno negativo sobre o ROE independente do porte da organização, sendo que nos hospitais de grande porte este valor é menor quando comparado com os hospitais de pequeno e médio porte.

Quanto as diferenças estatísticas, nota-se, a uma significância estatística de 10%, que a rentabilidade sobre o patrimônio dos hospitais médio porte é mais elevada nos hospitais sem fins lucrativos.

A Tabela 12 permite verificar a influência de atender ou pelo SUS na rentabilidade dos nosocômios. Evidencia-se que os hospitais com e sem fins lucrativos que não atendam pelo SUS possuem uma melhor rentabilidade. Essa melhor rentabilidade dos hospitais que não atendem pelo SUS é plausível com os achados de diversos pesquisadores como Lima-Gonçalves (2002), que afirmam que o SUS remunera os hospitais de forma inadequada e com valores defasados. Nos testes de diferenças de médias não se constatou diferenças significantes entre as médias dos hospitais com e sem fins lucrativos, independente de atenderem ou não pelo SUS.

Seguindo a linha de pesquisa de Younis e Forgione (2005) desenvolveram-se segmentações analisando a localização como fator de diferença de rentabilidade. O ROA por região apresenta variações nas médias, sendo que na região Nordeste existe a maior probabilidade de haver diferenças estatisticamente significantes, apesar do Mann-Withney indicar uma chance de erro de 8,65%. Já em relação ao ROE houve uma rentabilidade média negativa em todas as regiões. Quando analisada as medianas do ROE, verifica-se nos hospitais com e sem fins lucrativos da região Nordeste e nos hospitais com fins lucrativos das regiões Centro Oeste e

Sul um coeficiente positivo, podendo indicar que há hospitais com uma boa financeira.

5.3.2 Demonstração da Composição Percentual do Resultado(Lucratividade)

A amostra da hipótese H3, após a exclusão dos *outliers*, foi de 347 hospitais para a Margem Bruta, 333 hospitais para a Margem Operacional e de 342 hospitais para a Margem Líquida. Os Gráficos 06, 07 e 08 demonstram as médias calculadas.

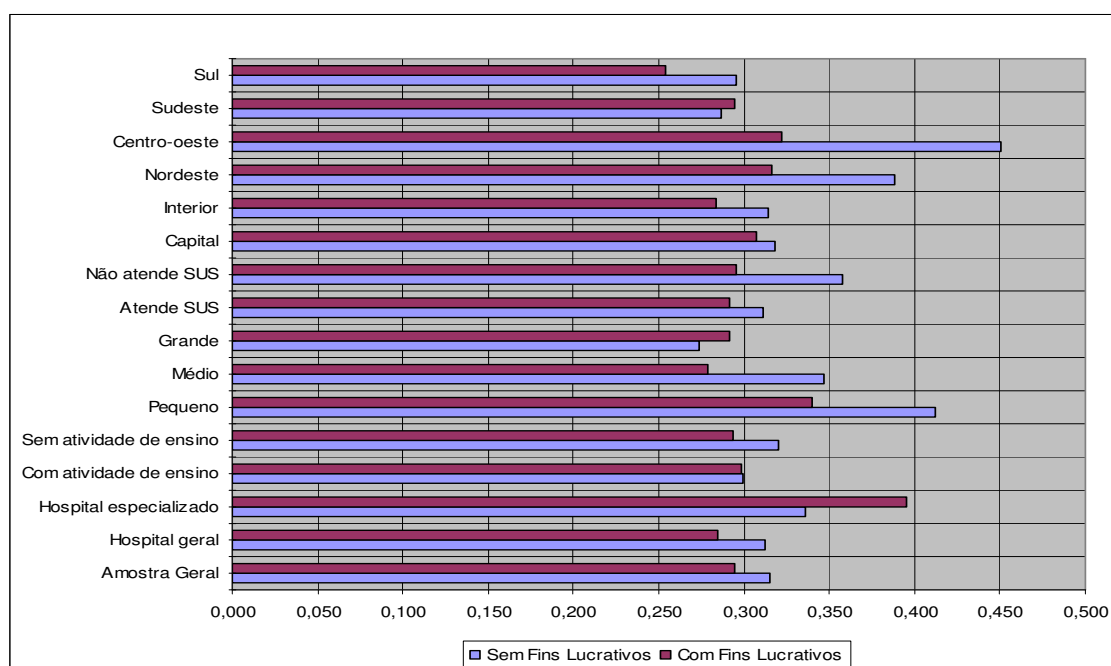


Gráfico 6 - Margem Bruta - médias

Fonte: o autor

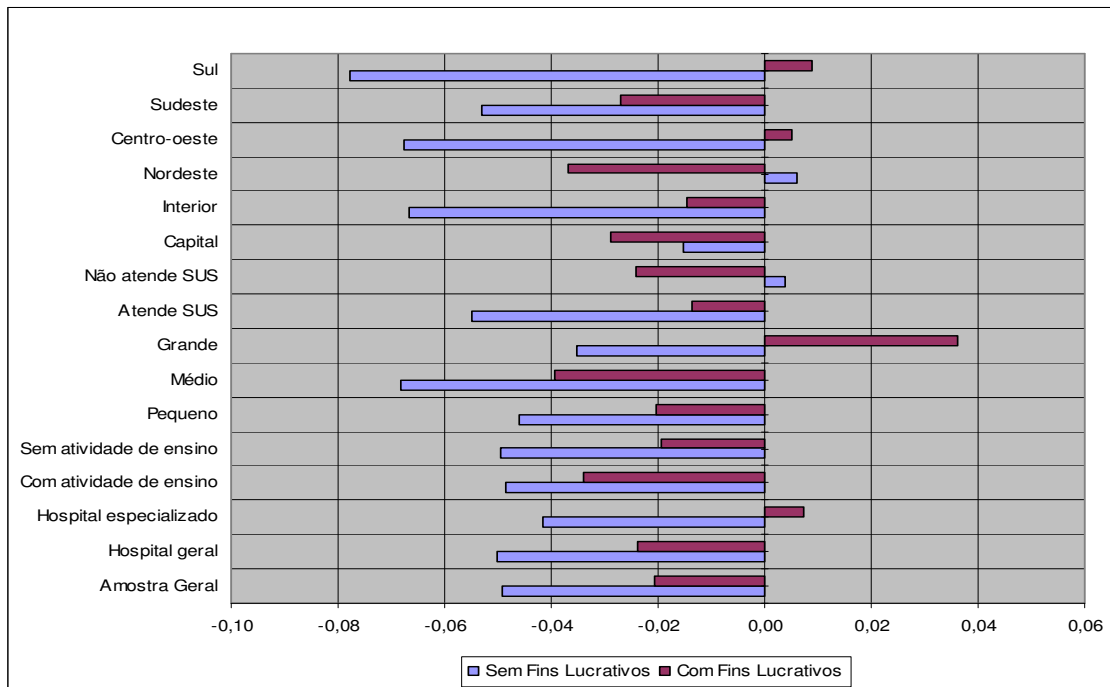


Gráfico 7 - Margem Operacional - médias

Fonte: o autor

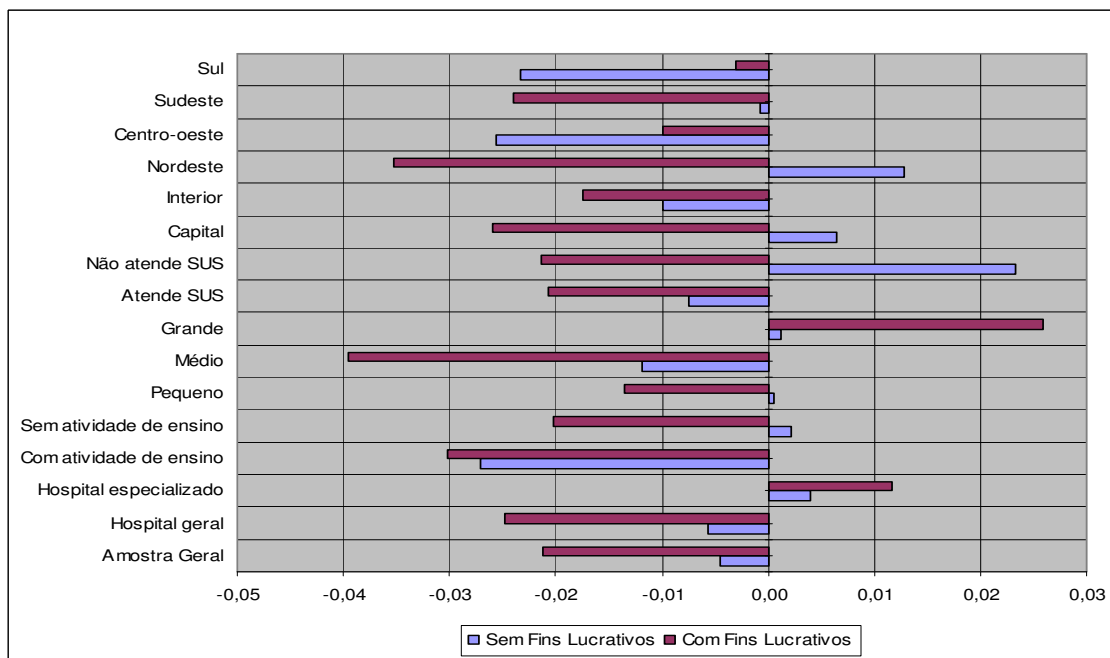


Gráfico 8 - Margem Líquida - médias

Fonte: o autor

Os Gráficos 06, 07 e 08 nos permite visualizar as diferenças existentes nas médias entre os hospitais com e sem fins lucrativos. Para verificar se estas diferenças são estatisticamente significantes, criou-se a Tabela 13.

Tabela 13 - Rentabilidade Sobre Vendas - Mann-Whitney

Margem Bruta							
Características	Sem Fins Lucrativos			Com Fins Lucrativos			p
	Média	Desvio	N	Média	Desvio	N	
Amostra geral	0,315	0,247	210	0,294	0,204	137	0,4777
Hospital geral	0,313	0,240	187	0,284	0,199	125	0,3206
Hospital especializado	0,336	0,301	23	0,396	0,237	12	0,4762
Com atividade de ensino	0,299	0,233	48	0,299	0,246	13	0,7446
Sem atividade de ensino	0,320	0,252	162	0,293	0,201	124	0,3262
Pequeno	0,412	0,262	17	0,340	0,238	28	0,3198
Médio	0,347	0,272	88	0,279	0,197	82	**0,0502
Grande	0,273	0,215	105	0,292	0,189	27	0,4038
Atende SUS	0,311	0,236	192	0,292	0,253	44	0,4399
Não atende SUS	0,358	0,350	18	0,295	0,178	93	0,1070
Capital	0,318	0,247	65	0,307	0,219	59	0,9263
Interior	0,314	0,248	145	0,284	0,193	78	0,4051
Nordeste	0,389	0,266	33	0,316	0,235	15	0,3736
Centro-oeste	0,451	0,274	14	0,322	0,253	12	0,2688
Sudeste	0,286	0,238	123	0,294	0,202	93	0,9116
Sul	0,296	0,229	40	0,254	0,162	17	0,9791

Margem Operacional							
Características	Sem Fins Lucrativos			Com Fins Lucrativos			p
	Média	Desvio	N	Média	Desvio	N	
Amostra geral	-0,049	0,148	196	-0,021	0,119	137	0,1618
Hospital geral	-0,050	0,151	173	-0,024	0,116	124	0,2287
Hospital especializado	-0,042	0,124	23	0,007	0,146	13	0,3231
Com atividade de ensino	-0,049	0,131	47	-0,034	0,118	12	0,9175
Sem atividade de ensino	-0,050	0,154	149	-0,019	0,119	125	0,1530
Pequeno	-0,046	0,132	16	-0,020	0,120	24	0,5528
Médio	-0,068	0,165	78	-0,040	0,117	85	0,5290
Grande	-0,035	0,136	102	0,036	0,107	28	0,0048
Atende SUS	-0,055	0,148	177	-0,014	0,119	44	0,2708
Não atende SUS	0,004	0,143	19	-0,024	0,119	93	0,2917
Capital	-0,015	0,117	66	-0,029	0,122	59	0,7385
Interior	-0,067	0,159	130	-0,014	0,117	78	**0,0481
Nordeste	0,006	0,088	33	-0,037	0,101	14	0,2592
Centro-oeste	-0,067	0,159	14	0,005	0,137	11	0,3112
Sudeste	-0,053	0,155	109	-0,027	0,110	94	0,3160
Sul	-0,078	0,159	40	0,009	0,162	18	*0,0657

Margem Líquida							
Características	Sem Fins Lucrativos			Com Fins Lucrativos			p
	Média	Desvio	N	Média	Desvio	N	
Amostra geral	-0,004	0,118	202	-0,021	0,109	140	0,1690
Hospital geral	-0,006	0,120	178	-0,025	0,108	126	0,1572
Hospital especializado	0,004	0,099	24	0,012	0,113	14	0,9638
Com atividade de ensino	-0,027	0,121	46	-0,030	0,108	14	0,6061
Sem atividade de ensino	0,002	0,117	156	-0,020	0,109	126	0,1296
Pequeno	0,000	0,107	15	-0,014	0,116	26	0,7556

Médio	-0,012	0,134	87	-0,040	0,102	85	0,1194
Grande	0,001	0,105	100	0,026	0,111	29	0,2262
Atende SUS	-0,008	0,117	182	-0,021	0,116	45	0,2325
Não atende SUS	0,023	0,121	20	-0,021	0,106	95	0,1135
Capital	0,006	0,107	67	-0,026	0,105	61	0,1911
Interior	-0,010	0,123	135	-0,017	0,112	79	0,4108
Nordeste	0,013	0,091	33	-0,035	0,080	14	*0,0873
Centro-oeste	-0,026	0,116	14	-0,010	0,131	12	0,7381
Sudeste	-0,001	0,129	117	-0,024	0,107	96	0,1822
Sul	-0,023	0,104	38	-0,003	0,127	18	0,5926

* Estatisticamente significativa a 10%

** Estatisticamente significativa a 5%

*** Estatisticamente significativa a 1%

O resultado da mediana encontrado na margem líquida corrobora com o estudo de Sherman (1986). O autor concluiu que, na maioria das vezes, os hospitais sem fins lucrativos apresentavam uma margem líquida superior aos hospitais com fins lucrativos.

Os resultados obtidos nas margens operacional e líquida são coerentes com os publicados pelo Indicadores PROAHASA (2002), que apontam uma margem operacional média de -2,5% e uma margem líquida média de -1,0%. Observa-se nos dados da Tabela 13 que os hospitais sem fins lucrativos obtiveram uma melhoria da margem operacional para a líquida, ao contrário dos hospitais com fins lucrativos, em que houve acréscimo do resultado negativo da margem operacional para a margem líquida. Tal fenômeno nos hospitais sem fins lucrativos pode ser atribuído as características especiais destes estabelecimentos descritas por Marracini (2002), como a possibilidade de receitas não operacionais advindas de doações.

Em relação ao Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares (SINHA), nota-se que as médias publicadas pelo SINHA (2006) diferem dos resultados obtidos. As médias encontradas no SINHA (2006) são maiores que os achados dessa pesquisa, o que pode ser atribuído ao tempo de coleta dos dados e a forma de tratamento.

Quanto as diferenças estatísticas entre os hospitais com e sem fins lucrativos, percebe-se na Tabela 13 que somente no indicador da margem operacional foram encontradas médias estatisticamente significantes a 10% diferentes entre os hospitais com e sem fins lucrativos. Com isso, pode-se afirmar que os hospitais com fins lucrativos possuem uma margem operacional superior aos hospitais sem fins lucrativos.

Na análise por segmentações nota-se uma melhor situação dos hospitais especializados em detrimento dos hospitais gerais. Nos hospitais gerais é possível

aceitar a hipótese alternativa a um nível de significância de 10% para a margem operacional, afirmando que os hospitais com fins lucrativos possuem melhor desempenho nessa hipótese subjacente.

Nas segmentações por hospitais com e sem atividades de ensino verifica-se uma probabilidade maior de significância estatística nos hospitais sem ensino. Nos nosocômios sem ensino as diferenças entre hospitais com e sem fins lucrativos são significantes a um nível de 10%, indicando uma melhor situação dos hospitais com fins lucrativos na margem operacional e uma melhor situação dos hospitais sem fins lucrativos na margem líquida. Tal fato pode decorrer das receitas não operacionais obtidas pelos hospitais sem fins lucrativos, tais como doações.

A estatística descritiva da Tabela 13 mostra uma tendência de melhor desempenho nos hospitais de grande porte. Tais resultados corroboram com os achados de Fatheazam (1992) e Kim *et al* (2002), que relacionam positivamente o porte com a rentabilidade.

Os resultados apresentados na Tabela 31 corroboram parcialmente com o estudo de Barbosa *et al* (2002). Os resultados encontrados para a margem líquida dos hospitais sem fins lucrativos são negativos somente nos hospitais de médio porte, ao contrário do estudo de Barbosa *et al* (2002), que encontrou margens líquidas negativas também nos hospitais sem fins lucrativos de pequeno e grande porte.

Na análise das segmentações por atendimento ou não pelo SUS, constata-se uma média da margem operacional e líquida negativa nos hospitais com e sem fins lucrativos que atendem pelo SUS. Também se constata, a um nível de validade estatística de 10%, uma diferença na margem operacional dos hospitais com e sem fins lucrativos que atendem pelo SUS, sendo que os hospitais sem fins lucrativos diferem com uma margem operacional negativa maior.

Já nos hospitais que não atendem pelo SUS, verifica-se uma diferença estatisticamente válida a 10% entre os hospitais com e sem fins lucrativos na margem líquida. Percebe-se uma margem operacional e líquida positiva nos hospitais sem fins lucrativos que não atendem pelo SUS, e uma margem operacional e líquida negativa nos hospitais com fins lucrativos que não atendem pelo SUS.

A Tabela 13 demonstra as margens obtidas segundo a localização. Nos hospitais localizados nas capitais, nota-se uma diferença estatisticamente significativa a 10% na margem líquida entre hospitais com e sem fins lucrativos.

Já nos hospitais com e sem fins lucrativos localizados no interior observa-se uma diferença estatisticamente significativa a 5% nas médias das margens operacionais, sendo que os hospitais com fins lucrativos apresentam uma margem operacional mais elevada do que os hospitais sem fins lucrativos.

A Tabela 13 demonstra as margens obtidas segundo a localização por região geográfica. Quando analisadas as margens líquidas, verifica-se que a região Nordeste é a única que possui hospitais sem fins lucrativos com valores positivos tanto na média quanto na mediana (os valores da mediana encontram-se no Apêndice). Além disso, percebe-se um desvio padrão elevado dos dados em todas as regiões, o que pode indicar diferenças entre os hospitais com e sem fins lucrativos não causados somente pela localização geográfica.

6 CONCLUSÕES

Essa pesquisa teve por objetivo comparar e analisar os indicadores econômicos-financeiros dos nosocômios com e sem fins lucrativos, de modo a testar se havia diferenças estatísticas na performance econômica-financeira entre esses dois tipos de propriedade.

O referencial teórico foi dividido em duas partes. A primeira parte buscou compreender a estruturação e desenvolvimento do setor de saúde, com suas nuances de gestão e características organizacionais que podem diferir entre os hospitais. A segunda parte do referencial teórico abordou a análise da performance econômica-financeira das organizações de saúde, apresentando uma gama de trabalhos empíricos realizada em hospitais.

A partir do referencial teórico buscou-se bases de dados que pudessem prover as informações necessárias à consecução dos objetivos. Para tanto se buscou informações financeiras dos hospitais na base de dados da Gazeta Mercantil, única base de dados nacional que apresenta os demonstrativos contábeis de nosocômios de capital fechado e aberto. A base de dados da Gazeta Mercantil apresenta limitações nas informações, tais como falta de auditoria nos balanços e hospitais com informações incompletas, o que gera uma limitação à pesquisa.

As informações dos hospitais geradas na base de dados da Gazeta Mercantil foram cruzadas com as informações disponíveis na base de dados CNES, de modo a classificar os hospitais conforme o tipo de propriedade e outras características organizacionais apontadas como relevantes no referencial teórico.

Após a coleta de informações procedeu-se com o tratamento estatístico dos dados, o que resultou em diminuição de uma parte significativa da amostra. Mesmo com essa diminuição, ainda se obteve, em média, 360 hospitais analisados, o que corresponde a 17,66% da população. Na estatística descritiva dos hospitais, observou-se no indicador de liquidez corrente uma grande variação dos dados, o que ocasiona um aumento da variância. A média de liquidez encontrada nos hospitais corrobora com pesquisas nacionais e reforça a baixa liquidez dos hospitais, o que pode levar a um estado de insolvência no curto prazo. Na análise do endividamento percebe-se um endividamento superior nos hospitais com fins lucrativos. Na análise de rentabilidade através do ROA e do ROE destaca-se os

valores negativos encontrados tanto nos hospitais com fins lucrativos quanto nos hospitais sem fins lucrativos, o que corrobora com vários autores que afirmam o estado falimentar de grande parte dos hospitais brasileiros. Na análise das margens bruta, operacional e líquida vê-se que os hospitais sem fins lucrativos se beneficiam fortemente de receitas não operacionais para aumentar as receitas.

Para verificar se haviam diferenças estatísticas entre os hospitais com e sem fins lucrativos optou-se pelo Mann-Whitney e foram criadas 3 hipóteses aludindo liquidez, endividamento e rentabilidade. Em cada uma dessas três hipóteses criou-se hipóteses subjacentes visando testar se havia diferenças conforme as características organizacionais dos nosocômios. Os resultados estatisticamente significantes encontram-se na Tabela 14.

Tabela 14 - Análise dos resultados da pesquisa

Características	Indicadores com significância estatística
Tipo de unidade	
Hospital geral	Liquidez corrente* (CFL); Margem Operacional* (CFL);
Hospital especializado	Ex. LP PL*** (CFL); Grau de End. Total* (CFL);
Atividade de ensino	
Com atividade de ensino	Ex. LP PL* (CFL);
Sem atividade de ensino	Liquidez corrente* (CFL); ROE* (SFL); Margem Operacional* (CFL); Margem Líquida* (SFL);
Porte (n.º leitos)	
Pequeno	
Médio	ROE* (SFL); Margem Bruta* (SFL);
Grande	Liquidez corrente** (CFL); Margem Operacional*** (CFL);
Atendimento SUS	
Atende SUS	Margem Operacional* (CFL);
Não atende SUS	Margem Líquida* (SFL);
Localização geográfica	
Capital	Margem Líquida* (SFL);
Interior	Margem Operacional*** (CFL);
Norte	
Nordeste	ROA* (SFL); Margem Líquida* (SFL);
Centro-oeste	
Sudeste	Liquidez corrente** (CFL); ROE** (SFL);
Sul	Margem Operacional* (CFL);

* Estatisticamente significativa a 10%

** Estatisticamente significativa a 5%

*** Estatisticamente significativa a 1%

Com base nos achados da Tabela 14 pode-se fazer as seguintes considerações quanto as hipóteses dessa pesquisa:

H1: Apesar da análise geral dos hospitais com e sem fins lucrativos não apontarem diferenças estatisticamente significantes, algumas hipóteses subjacentes indicam haver diferenças estatísticas. Essas diferenças estatísticas apontam os

hospitais com fins lucrativos com melhores índices de liquidez. Corroborada parcialmente a hipótese alternativa.

H2: Apesar da análise geral dos hospitais com e sem fins lucrativos não apontarem diferenças estatisticamente significantes, algumas hipóteses subjacentes indicam haver diferenças estatísticas. Essas diferenças estatísticas apontam os hospitais com fins lucrativos com maiores índices de endividamento. Corroborada parcialmente a hipótese alternativa.

H3: Foi encontrada diferença estatisticamente significativa na margem operacional, mostrando que os hospitais com fins lucrativos apresentam melhor desempenho nesse indicador. Nas hipóteses subjacentes com significância estatística os hospitais sem fins lucrativos apresentam melhor resultado. Corroborada parcialmente a hipótese alternativa.

Observa-se que os indicadores de liquidez e margem operacional, que podem predizer uma melhor performance econômica-financeira, os hospitais com fins lucrativos apresentam uma situação melhor que os hospitais sem fins lucrativos. Entretanto, quando se observam os resultados do ROA, ROE e margem líquida observa-se os hospitais sem fins lucrativos com melhor resultado.

Apesar dos resultados obtidos com essa pesquisa não serem conclusivos em sua maioria, pode-se indicar rumos para futuras pesquisas. Os próprios resultados inconclusivos são um convite a novas pesquisas. Pode-se realizar pesquisas usando outros métodos estatísticos, incluído métodos multivariados como a regressão múltipla. Também poderiam ser analisadas em maior profundidade as diferenças nos indicadores considerando as diferentes características para cada grupo, mas sem compará-los. Outra sugestão de pesquisa é investigar qualitativamente quais os motivos que levam os hospitais com fins lucrativos a obterem melhor resultado em alguns indicadores e os hospitais sem fins lucrativos obterem melhores resultados em outros indicadores.

REFERÊNCIAS

ABRAMGE. **Estatuto Social da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRANGE.** São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.abramge.com.br/downloads/estatuto_abramge.doc> Acesso em 03/03/2006.

AGUIAR, Andson. **Relação entre estruturas organizacionais e indicadores de desempenho das organizações não-governamentais do Estado de São Paulo.** 2004. 184 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 2004.

ALTUVE, José. El uso del valor actual neto y la tasa interna de retorno para la valoración de las decisiones de inversión. **Actualidad Contable Faces**, v. 7, n. 9, julio-diciembre 2004, p. 7-17.

ALVES, Marília; BRITO, Maria J.M. Perfil, ações e identificação organizacional de diretores hospitalares. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 24., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2004.

ANDREAZZI, Maria de F. S. Formas de remuneração de serviços de saúde. **Texto para discussão** (IPEA), n.º 1006, Rio de Janeiro, dezembro 2003 (ISSN 1415-4765)

ARIAS, C. Aybar; MARTÍNEZ, A. Casino; GRACIA, J. López. Estrategia y estructura de capital en la PYME: una aproximación empírica. **Estudios de Economía Aplicada**, v. 21, n. 1, abril 2003, p. 27-52.

ASSAF NETO, Alexandre. **Finanças corporativas e valor.** São Paulo: Atlas, 2003.

BAKER, G. Ross. Healthcare managers in the complex world of healthcare. **Frontiers of Health Services Management**, v. 18, n. 2, 2001.

BANCEL, Franck; MITTOO, Usha. Cross-country determinants of capital structure choice: a survey of European firms. **Financial Management**, winter 2004, p. 103-132.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada as ciencias sociais.** 5. ed rev. Florianópolis: UFSC, 2004. 340 p.

BARBOSA, Pedro R. (Coord.). **Hospitais filantrópicos no Brasil.** Rio de Janeiro: BNDES, 2002.

BARONA, Bernardo. El funcionamiento de las empresas solidarias de salud (ESS): recomendaciones para mejorar su eficacia y eficiencia, resultantes de un estudio evaluativo. **Estudios Gerenciales**, n. 75, abril-junio 2000, p. 49-64.

BERTUCCI, Janete; MEISTER, Rodrigo. Efetividade organizacional e estratégias de gestão em burocracias profissionais na perspectiva dos gestores: avaliação da

performance da rede hospitalar privada de Belo Horizonte. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 23, 2003, Atibaia. **Anais...** Atibaia: ANPAD, 2003.

BEUREN, Ilse. Conceituação e contabilização do custo de oportunidade. **Cadernos de Estudos**, n. 8, abril 1993.

BOOTH, Laurecen; *et al.* Capital structures in developing countries. **The Journal of Finance**, v. LVI, n. 1, 2001.

BORINI, Felipe M. *et al.* Estratégia e desempenho financeiro das subsidiárias de corporações multinacionais no Brasil. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 24., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2004.

BRAILSFORD, Timothy; OLIVER, Barry; PUA, Sandra. On the relation between ownership structure and capital structure. **Accounting and Finance**, v. 42, 2002.

BRASIL; Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, Giovanni; CORRAR, Luiz; BATISTELLA, Flávio. Fatores determinantes da estrutura de capital das maiores empresas que atuam no Brasil. **Revista Cont. Fin.**, v. 43, n. 1, p. 9-19, 2007.

CALVO, Maria C. **Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no Estado de Mato Grosso em 1998**. 2002. 223 f. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CAMARGOS, Marcos; BARBOSA, Francisco. Análise do desempenho econômico-financeiro e da criação de sinergias em processos de fusões e aquisições do mercado brasileiro ocorridos entre 1995 e 1999. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 12, n. 2, p. 99-115, 2005.

CAMPOS, Carla. **Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço**. 2004. 187 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Serviços) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

CHERUBIN, Niversindo; SANTOS, Naírio. **Administração Hospitalar: fundamentos**. São Paulo: CEDAS, 1997.

CHILINGERIAN, Jon; SHERMAN, David. For-profit vs non-profit hospitals: the effect of the profit motive on the management of operations. **Financial Accountability & Management**, v. 3, n. 3, p. 283-306, 1987.

COLTRO, Alex. A gestão da qualidade total e suas influências na competitividade empresarial. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 2, 1-7, 1996.

CONRAD, DOUGLAS. Returns on equity to not-for-profit hospitals: theory and implementation. **Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 41-63, 1984.

COSER, Mario. **Análise do endividamento e da rentabilidade das empresas pertencentes à região do basalto do Estado do Rio Grande do Sul, período 1994 à 2001.** 2002. 119 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DALBELLO, Liliane. **A relevância do uso do fluxo de caixa como ferramenta de gestão financeira para avaliação da liquidez e capacidade de financiamento de empresas.** 1999. 181 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

DEILY, Mary; MCKAY, Niccie; DORNER, Fred. Exit and inefficiency: the effects of ownership type. **The Journal of Human Resources**, v. 35, n. 4, 2000, p. 734-747.

DIAMBOMBA, Mireille. **Estimation de l'inefficience dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés par un modèle de frontière.** 1998. 78 p. Mémoire (Maître ès Arts) – Université Laval, 1998.

DOWNES, John; GOODMAN, Jordan. **Dicionário de Termos Financeiros e de Investimento.** São Paulo: Nobel, 1993.

DRUCKER, Peter. **Inovação e espírito empreendedor (entrepreneurship):** prática e princípios. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1987.

DUTRA JUNIOR, Dalton. **A utilização do Valor Econômico Adicionado como ferramenta de gestão financeira.** 2001. 84 f. Dissertação (Mestrado Executivo em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, 2001.

EID JÚNIOR, William. Custo e estrutura de capital: o comportamento das empresas brasileiras. **Revista de Administração de Empresas**, v. 36, n. 4, p. 51-59, 1996.

ELBAZ, Yanai. **La réingénierie des processus de soins: une application à l'hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis.** 1996. 217 f. Mémoire (Maîtrise ès Sciences Appliquées – Génie Industriel) – Université de Montréal, Montréal, 1996.

ELDENBURG, Leslie; *et al.* Hospital governance, performance objectives, and organizational form. Working paper presented at **Tuck-JFE Contemporary Corporate Governance Conference**, june 2000. Disponível em <<http://ssrn.com/abstract=236106>>

FAMÁ, Rubens; BARROS, Lucas; SILVEIRA, Alexandre. A estrutura de capital é relevante? Novas evidências a partir de dados norte-americanos e latino-americanos. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, v. 8, n. 2, 2001.

FAMÁ, Rubens; GRAVA, J. William. Teoria da Estrutura de Capital – as discussões persistem. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 11, 2000.

FAMÁ, Rubens; GRAVA, J. William. Liquidez e a teoria dos elementos causadores de insolvência. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 12, 2000 b.

FATHEAZAM, Shahbaz. Empresas hospitalares na região metropolitana de São Paulo – uma análise econômico-financeira (1987-1990). **Revista de Administração de Empresas**, v. 32, n. 1, 1992, p. 32-42.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Pesquisa sobre o perfil do endividamento dos hospitais do Brasil**. Brasília, s.d. Disponível em: <http://www.fbh.com.br/index.php?a=pesquisas_temp.php&ID_MATERIA=333>. Acesso em: 18 de julho de 2005.

FERRER, T. Rodríguez; BRITO, M^a G. Rodríguez; GARCÍA, M. C. Hernández. El efecto industria en la estructura económico-financeira de la empresa. **Estudios de Economía Aplicada**, v. 17, n. 1, 2001, p. 141-161.

FLOOD, Ann; SHORTELL, Stephen; SCOTT, Richard. Organizational performance: managing for efficiency and effectiveness. *In*: SHORTELL, Stephen; KALUZNY, Arnold (orgs). **Essentials of Health Care Management**. New York: Delmar Publishers, 1997. Chapter 13.

FRANCE, Francis. Méthodes d'évaluation de la performance hospitalière. **Hôpital Belge**, 2001, v. 2, n. 245.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996.

GAPENSKI, Louis C. Capital investment analysis: three methods. **Healthcare Financial Management**, Aug. 1993, 47,8

GARCÍA, Juan; CAICEDO, Beatriz. La dimensión económica y política de los servicios de atención en salud: un aporte general para el derecho a la salud y la justicia sanitaria en Colombia. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 20, n. 1, enero-junio 2002, p. 117-133.

GERTLER, Paul; KUAN, Jennifer. Are nonprofits efficient? A test using hospital market values. Working paper, september 2002, 29 p. Disponível em <<http://ssrn.com/abstract=323922>>.

GITMAN, Lawrence J. **Principios de administração financeira**. 7.ed. Sao Paulo: HARBRA, c1997. 905 p.

GOVERNOS STATE UNIVERSITY. **Capital Financing: financial and operating metrics analysis**. 2004. (Relatório preparado para The Illinois Health Facilities Planning Board)

HAIR, Joseph; *et al.* **Análise multivariada de dados**. 5.^a ed. Porto Alegre: Editora Bookman, 2005. 600 p. a

HAIR, Joseph; *et al.* **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Editora Bookman, 2005. 471 p. b

HARRISON, Jeffrey; SEXTON, Christopher. The paradox of the not-for-profit hospital. **The Health Care Manager**, v. 23, n. 3, p. 192-204, 2004.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. **Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé.** Paris, Janvier 2005.

HECKING, Stephan. **The relation between shareholder value orientation and shareholder value creation.** 2002. 572 f. Tese (Doctoral Thesis) – Departament d'Economia de l'Empresa, Universitat Autònoma de Barcelona, Belaterra, 2002.

HEALTHCARE FINANCIAL MANAGEMENT ASSOCIATION; GE HEALTHCARE FINANCIAL SERVICES; KAUFMAN HALL. **Financing the Future II Report 1:** seven principles of best practice financial management. Healthcare Financial Management Association, 2005. Disponível em <<http://www.financingthefuture.org>>.

HEALTHCARE FINANCIAL MANAGEMENT ASSOCIATION; GE HEALTHCARE FINANCIAL SERVICES; PRICEWATERHOUSE COOPERS. **Financing the Future Report 1:** how are hospitals financing the future? Access to capital in health care today. Healthcare Financial Management Association, 2003. Disponível em <<http://www.financingthefuture.org>>.

HEALTHCARE FINANCIAL MANAGEMENT ASSOCIATION; GE HEALTHCARE FINANCIAL SERVICES; PRICEWATERHOUSE COOPERS. **Financing the Future Report 2:** how are hospitals financing the future? Capital spending in health care today. Healthcare Financial Management Association, 2004. Disponível em <<http://www.financingthefuture.org>>.

HERNÁNDEZ, Mario. Tendencias en la gestión de los servicios de salud. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 19, n. 1, enero-junio 2001, p. 57-70.

HERNÁNDEZ, Urbano; RODRÍGUEZ, Alicia; PÉREZ, Ana. Posición financeira de las entidades de economía social Canarias. **Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa (CIRIEC – Espana)**, n. 36, 2000, p. 5-50

HUDSON, Mike. **Administrando organizações do Terceiro Setor:** o desafio de administrar sem receita. São Paulo: Makron Books, 2002.

IRVIN, Renee. Should St. Merciful Hospital become CorpHealth, Inc? Ownership and quality in U.S. health care organizations. **Nonprofit Management & Leadership**, v. 11, n. 1, 2000, p. 1-20.

JUNIOR, Antonio; *et al.* Estudo de caso sobre o perfil das estruturas de capital e rentabilidade de indústrias brasileiras. **XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção (ENEGEP)**, Ouro Preto, 2003.

KANE, Nancy. **Analysis of health care charitable trusts in the State of New Hampshire:** the hospital sector. Concord: New Hampshire Department of Health and Human Services, 2000.

KASSAI, José R.; RICCIO, Edson L. Lucro gasoso – uma interpretação do velho EVA. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 24., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2004.

KESSLER, Daniel; MCCLELLAN, Mark. The effects of hospital ownership on medical productivity. **RAND Journal of Economics**, v. 33, n. 3, 2002, p. 488-506.

KIM, Yang; *et al.* The relationship between bed size and profitability in South Carolina Hospitals. **Journal of Health Care Finance**, v. 29, n. 2, 2002, p. 53-63.

LEAL, Ricardo; SAITO, Richard. Finanças corporativas no Brasil. **RAE Eletrônica**, v. 2, n. 2, 2003.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE eletrônica**, v. 1, n. 2, 2002.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto; ACHÉ, Carlos. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas**, v. 39, n. 1, 1999, p. 84-97.

LIMA, Clóvis; LIMA, Carlos. A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, v. 38, n. 2, 1998, p. 62-73.

MAGNUS, Stephen; WHEELER, John; SMITH, Dean. The association of debt financing with not-for-profit hospitals' operational and capital-investment efficiency. **Journal of Health Care Finance**, v. 30, n.4, p. 33-45, 2004.

MARRACINI, Pascoal. **Administração estratégica hospitalar: um estudo de caso de hospital privado filantrópico inserido no Sistema Único de Saúde – S.U.S.** 2002. 119 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado, São Paulo, 2002.

MARINHO, Alexandre; *et al.* Os determinantes dos investimentos em capital fixo no sistema hospitalar brasileiro: um guia metodológico integrado com bases de dados e fontes de informações. **Texto para discussão** (IPEA), n.º 972, Rio de Janeiro, agosto 2003 (ISSN 1415-4765)

MARION, José. **Análise das demonstrações contábeis: contabilidade empresarial.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 302 p.

MARTÍNEZ-ALARCÓN, Jordi. **La contabilidad de gestión en los centros sanitarios.** 2002. 481 f. Tese (Tesis doctoral) – Departament d'Economia i Empresa, Universitat Pompeu Fabra, 2002.

MATTISON, Dorothy. **The influence of selected variables on the financial performance of not-for-profit and for-profit: a comparative analysis.** 1990. 193 f. Dissertation – The George Washington University, Washington DC, 1990.

MCCUE, Michael J. Cash Flow kings of small hospitals: why are they winners? **Academy of Management Journal**, 1995, p. 115

OLIVEIRA, Edson S.; MARTIN, Diógenes M.L. Direcionadores de Valor no Setor Saúde no Brasil. *In: ENCONTRO DE ESTUDOS EM ESTRATÉGIA*, 2., 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2005.

PEREIRA, Ana. **Uma contribuição à análise dos métodos de custeio aplicados às atividades hospitalares**. 2002. 214 p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica) – Centro Universitário Álvares Penteado (FECAP), 2002.

PEREZ, Marcelo; FAMÁ, Rubens. Métodos de avaliação de empresas e o balanço de determinação. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, v. 10, n. 4, 2003, p. 47-59.

PHILLIPS, Janet. Do managerial efficiency and social responsibility drive long-term financial performance of not-for-profit hospitals before acquisition? **Journal of Health Care Finance**, v. 25, n. 4, 1999, p. 67-76.

PORTELA, Margareth; *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 811-818, 2004.

PRIETO, C. García. La ineficiencia en costes de los hospitales del insalud: un estudio detallado. **Estudios de Economía Aplicada**, v. 21, n. 3, diciembre 2003, p. 467-484.

PROITE, André; SOUSA, Maria. Eficiência técnica, economias de escala, estrutura da propriedade e tipo de gestão no sistema hospitalar brasileiro. **Anais . . . XXXII Encontro Nacional de Economia (ANPEC)**, 2004.

RAIMUNDINI, Simone L. *et al.* Aplicabilidade do sistema ABC e análise de custos hospitalares: comparação entre hospital público e hospital privado. *In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD*, 24., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2004.

RAMOS, José. **O uso de índices financeiros: uma análise empírica**. 1999. 129 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

REITER, Kristin. **Investment, financing, and liquidity constraints in not-for-profit hospitals**. 2004. 225 f. Dissertation (Doctor of Philosophy – Health Services Organization and Policy) – University of Michigan, 2004.

RITCHIE, William; KOLODINSKY, Robert. Nonprofit organization financial performance measurement: an evaluation of new and existing financial performance measures. **Nonprofit Management & Leadership**, v. 13, n. 4, 2003, p. 97-104.

ROJAS, Ronald. A review of models for measuring organizational effectiveness among for-profit and nonprofit organizations. **Nonprofit Management & Leadership**, v. 11, n. 1, 2000, p. 97-104.

ROSENAU, Pauline. Performance evaluations of for-profit and nonprofit U.S. hospitals since 1980. **Nonprofit Management & Leadership**, v. 13, n. 4, 2003, p. 401-423.

ROSENAU, Pauline; LINDER, Stephen. A comparison of the performance of for-profit and nonprofit U.S. psychiatric inpatient care providers since 1980. **Psychiatric Services**, v. 54, n. 2, 2003, 183-187.

ROSS, Stephe; WESTERFIELD, Randolph; JORDAN, Bradford. **Administração Financeira: Corporate Finance**. São Paulo: Atlas, 1995. 698 p.

ROTTA, Carmen. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. 2004. 124 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública – administração hospitalar) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2004.

SAES, Sueli. **Estudo bibliométrico das publicações em economia em saúde, no Brasil, 1989-1998**. 2000. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SANTOS, José; WATANABE, Roberto. Uma análise da correlação entre o EVA e o MVA no contexto das empresas brasileiras de capital aberto. **Anais . . . Encontro Nacional dos Programas de Pós Graduação em Administração**, Curitiba, 2004.

SCHERMAN, H. David. Financial reporting: interpreting hospital performance with financial statement analysis. **The Accounting Review**, v. LXI, n. 3, 1986, p. 526-550.

SILVA, Tatiana. **Inovações gerenciais em organizações hospitalares privadas de Salvador**. 2003. 142 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

SIMAK, Paul. **DEA based analysis of corporate failure**. 1997. 145 f. Thesis (Master of Applied Science) – University of Toronto, Toronto, 1997.

SINHA, Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares. **Apresentação de indicadores e dados selecionados 2002-2004**. Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), 2006.

SLOAN, Frank. Not-for-profit ownership and hospital behavior. *In*: CULYER, Anthony; NEWHOUSE, Joseph (Orgs). **Handbook of health economics**: volume 1A. Amsterdam: Elsevier, 2000. Chapter 21.

TEISBERG, Elisabeth; PORTER, Michael; BROWN, Gregory. A competição na área de assistência médica. *In*: PORTER, Michael (org.). **Competição on competition: estratégias competitivas essenciais**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. Capítulo 12.

VALVONA, Joseph; SLOAN, Frank. Hospital profitability and capital structure: a comparative analysis. **Health Services Research**, v. 23, n. 3, p. 343-357, 1988.

VÉLEZ-PAREJA, Ignacio. Costo de capital para firmas no transadas en bolsa. **Revista Latinoamericana de Administración (CLADEA)**, n. 29, p. 45-76, 2002.

VILARINHO, Paulo. O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu. **Cadernos EBAPE**, v. 2, n. 3, p. 2-15, 2004.

WALDRON, David J. Technology strategy and the balance sheet: 3 points to consider. **Healthcare Financial Management**, May 2005, 59,5

WEDIG, Gerard; *et al.* Capital structure, ownership, and capital payment policy: the case of hospitals. **The Journal of Finance**, v. XLIII, n. 1, 1988, p. 21-40.

WILSON, George; JADLOW, Joseph. Competition, profit incentives, and technical efficiency in the provision of nuclear medicine services. **The Bell Journal of Economics**, v. 13, n. 2, p. 472-482, 1982.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Division of Strengthening of Health Services. **A review of determinants of hospital performance**: hospital advisory group meeting. Geneva, 1994. Report of the WHO.

YOUNIS, Mustafa; FORGIONE, Dana. Using return on equity and total profit margin to evaluate hospital performance in the US: a piecewise regression analysis. **Journal of Health Care Finance**, v. 31, n. 3, p. 82-88, 2005.

ZDANOWICZ, José. **Fluxo de caixa**: uma decisão de planejamento e controle financeiro. 10 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2004. 335 p.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)