

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia  
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais - CCA

**KARLA RÚBIA RORIZ CANDIDO**

**Análise de indicadores financeiros de organizações hospitalares prestadoras  
de serviços de saúde, conveniadas e/ou contratados do SUS**

Brasília – DF

2015

**KARLA RÚBIA RORIZ CANDIDO**

**Análise de indicadores financeiros de organizações hospitalares prestadoras  
de serviços de saúde, conveniadas e/ou contratados do SUS**

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis.

Professor Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Mariana Guerra

Brasília – DF

2015

## RESUMO

O presente estudo objetivou analisar organizações hospitalares brasileiras, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos prestadoras de serviços de saúde ao SUS. Esse trabalho é uma adaptação dos indicadores e da análise desenvolvida por Guerra (2011), uma vez que se faz uso apenas de indicadores financeiros. Para tanto, foram coletadas demonstrações contábeis de hospitais disponibilizadas na internet, especificamente o Balanço Patrimonial (BP) e Demonstração do Resultado do Exercício (DRE). Por não se tratar de uma publicação obrigatória, a amostra obtida foi pequena e composta por nove organizações hospitalares para o ano base 2013. Por meio das informações disponibilizadas nessas fontes documentais, procedeu-se o cálculo dos indicadores financeiros de cada unidade da amostra. Dentre os indicadores mais relevantes indicados por Guerra (2011), nos treze modelos de eficiência proposto pela referida autora, compararam-se os resultados da amostra aqui analisada com o Modelo-Padrão. A partir desse modelo, especificamente, foram analisados no presente trabalho, LC, MO, ROA e GA. Concluiu-se que, de maneira geral, a análise de eficiência a partir dos indicadores financeiros é válida, mas é necessária uma análise mais minuciosa fazendo uso de indicadores operacionais, conforme trabalho desenvolvido por Guerra (2011).

**Palavras-chave:** Organizações Hospitalares. Análise Financeira. SUS.

## ABSTRACT

The present study aimed to analyze Brazilian hospital organizations, public or private, with or without profits of health service providers to SUS. This work is adaptation of an indicators and analysis developed by Guerra (2011), since it only makes use of financial indicators. Therefore, hospital accounting demonstrations available online were collected, specifically the Patrimonial Balance (BP) and Demonstration of Result of Exercise (DRE). Since it is not a mandatory publication, the obtained sample was small and composed by nine hospital organizations for the base year of 2013. Through the available information in those documentary sources, the calculation of financial indicators of each sample's unit was carried out. Among the most relevant financial indicators indicated by Guerra (2011), on the thirteen efficiency models proposed by the author, the sample's results analyzed here are compared to the Standard Model. Starting by this model, specifically, in the actual work, LC, MO, ROA & GA were analyzed. It was generally accomplished, that the efficiency analysis stablished by financial indicators it is valid, but a very particular analysis using the operating indicators is required, according to the work developed by Guerra (2011).

**Key-words:** Hospital Organizations. Financial Analysis. SUS.

## AGRADECIMENTOS

Tudo nessa vida provém de Deus e é por causa Dele que se tem a vida, a sabedoria, as pessoas que amamos e as experiências que vivemos. Por isso, o meu agradecimento em especial é a Ele, que me deu a vida, me capacitou e fez com que tudo isso fosse possível.

Agradeço aos meus pais por me fazerem acreditar que sou capaz de tudo. Muito obrigada por seus ensinamentos e experiências, eu os levarei por toda a minha vida. Agradeço por serem o meu norte e por me mostrarem que nem sempre é possível ser o melhor mas, o importante é fazer o seu melhor. Eu amo vocês.

Agradeço às minhas irmãs, que amo muito, às minhas avós e familiares, os de longe e os de perto, por acreditaram em mim, orarem e me apoiarem, me oferecendo palavras de força e superação. E mesmo nos momentos difíceis, me alegravam e sempre diziam que eu conseguiria.

Agradeço em especial ao amor da minha vida, pois além de me apoiar e me dar forças falando que eu era capaz, compreendeu também a minha ausência. Obrigada pela sua compreensão e apoio, pois me ajudaram a querer o quanto antes vencer essa fase. Te amo muito meu amor.

Agradeço a minha orientadora, professora Doutora Mariana Guerra, primeiramente por aceitar me orientar e por me dedicar atenção se propondo a me ajudar e me ensinar. Obrigada por contribuir não só para esse trabalho mas para meu aprendizado com a sua rica sabedoria.

A todos, muito obrigada!

*“Ensina-nos a contar os nossos dias,  
para que alcancemos um coração sábio.” Sl. 90:12.*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Ativo Circulante  
AI – Ativo Imobilizado  
ANC – Ativo Não Circulante  
AT – Ativo Total  
BP – Balanço Patrimonial  
CD – Cobertura de Dívidas  
CE – Composição do Endividamento  
CJ – Cobertura de Juros  
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
DD – Despesa com Depreciação  
DDC – Dias Dinheiro em Caixa  
DEA – Análise Envolvória de Dados (*Data Envelopment Analysis*)  
DT – Despesa Total  
DRE – Demonstração do Resultado do Exercício  
E – Endividamento  
FPL – Financiamento do Patrimônio Líquido  
FTE – do inglês, *Full time equivalents*  
GA – Giro do Ativo  
HMUE – Hospital de Urgência e Emergência  
HUFs – Hospitais Universitários Federais  
IPL – Imobilização do Patrimônio Líquido  
IR – Imposto de Renda  
LC – Liquidez Corrente  
LG – Liquidez Geral  
LL – Lucro Líquido  
LO – Lucro Operacional  
LO – Leitos Ocupados  
LS – Liquidez Seca  
MB – Margem Bruta  
MFC – Margem do Fluxo de Caixa  
ML – Margem Líquida  
MO – Margem Operacional  
MS – Ministério da Saúde  
MT – Margem Total  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PC – Passivo Circulante  
PCT – Participação de Capital de Terceiros  
PL – Patrimônio Líquido  
PMP – Prazo Médio de Pagamento  
PMR – Prazo Médio de Recebimento  
PMRE – Prazo Médio de Rotação de Estoques

PMRSP – Prazo Médio de Recebimento de Serviços Prestados

PNC – Passivo Não Circulante

PT – Passivo Total

RCTP – Relação Capital de Terceiros e Próprio

RFCP – Relação Fluxo de Caixa e Passivo

RNO – Receita Não Operacional

RO – Receita Operacional

ROA – Retorno Sobre o Ativo

ROE – Retorno Sobre o Patrimônio Líquido

RT – Receita Total

SADT – Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia

SUS – Sistema Único de Saúde

TMP – Tempo Médio de Permanência

TO – Taxa de Ocupação



## LISTA DE QUADROS E TABELAS

### LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores de Liquidez .....	19
Quadro 2: Indicadores de Estrutura de Capital e Endividamento .....	20
Quadro 3: Indicadores de Lucratividade e Rentabilidade .....	21
Quadro 4: Indicadores de Atividade .....	22
Quadro 5: Amostra dos hospitais com informações coletadas .....	24
Quadro 6: Distribuição da amostra de hospitais por tipo e por natureza.....	25
Quadro 7: Variáveis financeiras incluídas nos modelos de Guerra (2011) .....	29

### LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores financeiros do Modelo-padrão de Guerra (2011).....	29
Tabela 2: Indicadores Financeiros dos hospitais da amostra.....	38

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
1.1. Contextualização.....	11
1.2. Objetivos geral e específicos .....	12
1.2.1. Objetivo geral .....	12
1.2.2. Objetivos específicos .....	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	13
2.1. Organização hospitalar .....	13
2.2. Estudos anteriores .....	14
2.3. O estudo de Guerra (2011).....	17
2.4. Indicadores hospitalares.....	18
2.4.1. Indicadores de liquidez.....	18
2.4.2. Indicadores de estrutura de capital e endividamento.....	19
2.4.3. Indicadores de lucratividade e rentabilidade .....	20
2.4.4. Indicadores de atividade .....	22
3. METODOLOGIA .....	23
4. RESULTADOS .....	25
4.1. Análise descritiva dos hospitais .....	25
4.1.1. Hospitais gerais .....	25
4.1.2. Hospitais especializados .....	26
4.2. Análise descritiva dos indicadores hospitalares.....	27
4.3. Análise da eficiência financeira dos hospitais .....	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33
APÊNDICE .....	38

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Contextualização

No Brasil, o setor da saúde encontra-se em um processo de constante transformação há décadas, com o intuito de consolidar as políticas de saúde e ampliar os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas organizações contratadas e/ou conveniadas. Essa transformação está intimamente relacionada com a mudança no foco do processo de gestão e de atenção aos pacientes, principalmente aqueles que demandam serviços de alta complexidade (BORBA; NETO, 2008) e, um dos grandes desafios das organizações hospitalares – prestadoras de serviços neste nível de complexidade -, em particular, é a busca pelo melhor desempenho na gestão dos recursos escassos (GUERRA, 2013). Segundo Souza *et al.* (2010), essa melhoria pode ser obtida por meio da utilização de ferramentas que auxiliem na gestão, na redução de custos e no aumento da eficiência na prestação dos serviços de saúde.

As organizações hospitalares de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos, são de extrema importância para a sociedade como um todo. Para prestar serviços de modo a atender as necessidades dos pacientes, essas organizações precisam dispor de profissionais altamente qualificados, recursos e equipamentos de alta tecnologia, juntamente com eficiência na gestão financeira (APARECIDA; SOUZA; GERVÁSIO, 2014).

Williams *et al.* (2008, *apud* SOUZA *et al.*, 2010) afirmam que há diferentes técnicas utilizadas para a análise financeira, dentre as quais se destacam a análise de indicadores, que possibilita obter informações sobre qual parte da organização necessita de melhoria e qual já apresenta desempenho satisfatório (SCHUMANN, 2008 *apud* GUERRA, 2011). A análise financeira de organizações deve ser cautelosa, considerando a necessidade de se complementar a análise dos dados financeiros divulgados nas demonstrações contábeis com os eventos internos e externos que podem afetar financeiramente uma organização (SILVA, 2008).

Com o intuito de analisar hospitais de todo o Brasil, o presente estudo é uma aplicação do trabalho de Guerra (2011), que objetivou analisar a eficiência de hospitais por meio de indicadores financeiros e não financeiros (*i.e.*, operacionais). A pesquisa aqui realizada, especificamente, buscou analisar os indicadores financeiros, apenas.

O cenário de ineficiência na gestão financeira das organizações, associada à defasada remuneração pelo SUS, acentua o problema dos serviços de saúde prestados à população, uma

vez que parte desses serviços, principalmente os de média e alta complexidade, é prestada por organizações privadas, ou seja, hospitais conveniados e/ou contratados pelo SUS (GUERRA, 2013).

É nesse contexto que o presente estudo se concentra: na gestão financeira de hospitais, públicos ou privados (com ou sem fins lucrativos), de modo a identificar os fatores que determinam a eficiência – aqui especificamente mensurada por meio da análise do desempenho financeiro – e como esses fatores variam de hospital para hospital. Além disso, será feita uma comparação da eficiência dos hospitais considerados na amostra do presente estudo, com os valores padrões de eficiência financeira identificados por Guerra (2011).

## **1.2. Objetivos geral e específicos**

### ***1.2.1. Objetivo geral***

Analisar os indicadores financeiros de organizações hospitalares brasileiras, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, que prestam serviços de saúde ao SUS.

### ***1.2.2. Objetivos específicos***

- Analisar os indicadores financeiros de organizações hospitalares brasileiras prestadoras de serviços do SUS.
- Identificar fatores, tais como as características operacionais, que possam explicar a eficiência ou ineficiência dos hospitais analisados na amostra;
- Comparar os indicadores financeiros da amostra dos hospitais em estudo com os padrões de desempenho financeiro definidos por Guerra (2011).

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Organização hospitalar

O Brasil, segundo dados fornecidos pelo DATASUS/MS para o ano base 2008, possui mais de 7,5 mil instituições de saúde que geram mais de 11 milhões de internações por ano (MS, 2011). Os hospitais surgiram a partir da necessidade de assistência médica nas primeiras civilizações. Os curadores da época eram considerados sacerdotes, por acreditarem que possuíam um dom divino. Em meados do século XII a.c. surgiram, na China, os relatos das primeiras entidades prestadoras de assistência médica (ROSEN, 1958, *apud* SILVA *et al.*, 2006). O crescimento da população deu início a um processo de maior controle, com o objetivo de evitar que epidemias da época se alastrassem. No mercantilismo, surgiram os primeiros hospitais e maternidades para executar esse controle (SILVA *et al.*, 2006).

Silva *et al.* (2006) definem hospital como uma entidade que presta serviços e apoio independentes e simultâneos, tendo como visão o benefício de doentes. Para o Ministério da Saúde (MS, 2011), um hospital é um centro estratégico utilizado para a produção da saúde em uma sociedade, exercendo influência decisiva na qualidade do cuidado em saúde e, portanto, na qualidade de vida da população como um todo, de acordo com seu modo de atuar inserido na rede de cuidados. Em outras palavras, para o MS (1977), o hospital é integrante de uma organização (rede) médica e social. Nesse sentido, sua função básica seria atender a população e oferecer uma assistência integral com práticas curativas e preventivas em variados regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, atuando também como centro de educação, de pesquisa em saúde, de aprimoramento dos recursos humanos, supervisionando e orientando os estabelecimentos de saúde que tecnicamente se vinculam a ele.

Para Souza *et al.* (2012) os hospitais, enquanto organizações, são complexos, uma vez que é feita a gestão de vários tipos de atividades. Isso porque, os serviços de saúde oferecidos por uma instituição hospitalar requerem alta tecnologia, para tratamentos clínicos e cirurgias, além de hospedagem aos pacientes, fornecimento de alimentação, de medicamentos entre outros. Nesse sentido, o MS (2011) apresenta dimensões, complexas por si só, que, de forma inter-relacionada, caracterizam um hospital, quais sejam: organizacional, ensino e pesquisa, financeira, social, política e assistencial.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aplica o conceito de hospital a todos os estabelecimentos que asseguram um atendimento básico de diagnóstico e de tratamento,

possuindo no mínimo cinco leitos para internação de pacientes juntamente com uma clínica organizada (MS, 2011). Para o MS (2011), dado essa diversidade prática, em que variadas funções agregam-se no ambiente de prestação de serviços em um hospital, esse é caracterizado como a organização mais complexas do setor saúde.

Os hospitais filantrópicos e as Santas Casas de Misericórdia, especificamente, são definidos pelo Ministério da Saúde (1977) como as entidades que integram o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado. São mantidos total ou parcialmente por doações, no qual os membros de seus órgãos consultivos e de direção se propõem à prestação de serviços gratuitos à população carente, de forma não remunerada. Os serviços gratuitos mencionados devem incluir ambulatorios, reserva de leitos e internação, obedecendo à legislação em vigor, de modo que os rendimentos financeiros sejam destinados exclusivamente à cobertura dos custos e despesas de administração e manutenção.

Conforme o artigo 29 da Lei nº 12.101 (BRASIL, 2009) entidades beneficentes ou filantrópicas são isentas de algumas contribuições, desde que cumpridos alguns requisitos cumulativos previstos na própria Lei, tais como, cumprir as obrigações acessórias que a legislação tributária estabelece. Para que os hospitais filantrópicos e as Santas Casas de Misericórdia sejam entidades beneficentes devidamente reconhecidas, essas precisam obter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (APARECIDA; SOUZA; GERVÁSIO, 2014).

Marques (2012) afirma que as Santas Casas e hospitais filantrópicos acabaram por contribuir para a criação do SUS e são consideradas como uma das maiores conquistas sociais brasileiras, visto que o Estado, desde a época da criação do SUS até hoje, não detém uma estrutura capaz de universalizar a saúde. Para Aparecida, Souza e Gervásio (2014), apesar do setor filantrópico ser privado de direito, pode ser considerado público de fato, pois a legislação exige apenas 60% da capacidade de atendimento voltada para o SUS, e essas entidades, em sua maioria, utilizam mais de 90%.

## **2.2. Estudos anteriores**

A gestão financeira em saúde tem sido cada vez mais debatida em artigos científicos brasileiros. Já na literatura internacional, há diversas publicações sobre desenvolvimento de modelos que melhor representem a eficiência na alocação dos recursos (escassos) para prestação de serviços de saúde (GUERRA, 2013).

Na presente seção, descreve-se o resultado de uma breve revisão da literatura brasileira realizada por meio de buscas no Google Acadêmico por artigos científicos de preferência, encontrando, também trabalhos de conclusão de curso e dissertações de variados anos. Uma das formas de busca foi utilizando palavras e expressões tais como: “indicadores financeiros” + “hospitais” + “análise financeira”. A seguir serão apresentados dez dos estudos mais recentes encontrados.

Colauto e Beuren (2003) objetivaram consolidar uma metodologia de avaliação da gestão do conhecimento para organização hospitalar, caracterizada como entidade filantrópica. A proposta foi fazer com que a alta administração pudesse relacionar as informações fornecidas por indicadores com planejamento e tomada de decisões para fins estratégicos.

Lins *et al.* (2007) desenvolveram um estudo de caso com 31 hospitais gerais pertencentes a universidades federais brasileiras. Foram considerados indicadores de assistência, ensino e pesquisa e utilizou-se como ferramenta de avaliação de desempenho o programa IDEAL (*Interactive Data Envelopment Analysis Laboratory*). Foi apresentado o *benchmark* dos hospitais universitários através de indicadores de resultado (*outputs*) que considerem as diferenças estruturais e também as demandas por região (*inputs*).

Souza *et al.* (2009) descreveram e identificaram os indicadores mais adequados para desenvolver uma análise de desempenho econômico-financeiro em hospitais. Os autores identificaram quinze indicadores adequados, que contribuem para planejamento e controle gerencial de atividades e ações executadas em hospitais, auxiliando os gestores na tomada de decisões. Os indicadores são Giro do Ativo (GA); Retorno Sobre o Ativo (ROA); Retorno Sobre o Patrimônio Líquido (ROE); Margem Bruta (MB); Margem Líquida (ML); Margem Operacional (MO); Prazo Médio de Rotação de Estoque (PMRE); Prazo Médio de Recebimento de Serviços Prestados (PMRSP); Índice de Endividamento Geral; Índice de cobrança de Juros; Composição do Endividamento (CE); Participação de Capital de Terceiros (PCT); Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL); Liquidez Corrente (LC); e Liquidez Geral (LG).

O estudo feito por Souza *et al.* (2010) verificou quais indicadores presentes na literatura internacional poderiam ser calculados por meio de informações disponibilizadas no Bando de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e nas demonstrações financeiras disponíveis ao público em geral pelos hospitais brasileiros. Os autores identificaram uma grande quantidade de indicadores, alguns deles são: Liquidez Corrente (LC); Liquidez Seca (LS); Liquidez Geral (LG); Dias Dinheiro em Caixa (DDC); Giro do Ativo (GA); Margem

Total (MT); Margem Operacional (MO); % Receita não Operacional (RNO); Financiamento do Patrimônio Líquido (FPL); Felação Fluxo de Caixa e Passivo (RFCP).

A pesquisa desenvolvida por Lima Neto (2011) objetivou analisar as práticas de administração financeira, utilizando alguns indicadores econômico-financeiros, em hospitais. Foram coletadas 127 demonstrações de 31 hospitais de São Paulo, entre 2003 e 2008. Observou-se que os hospitais analisados apresentaram forte a moderada correlação entre a Liquidez Corrente e a Margem Operacional e forte correlação entre a Liquidez Corrente e o percentual de ativos financeiros sobre o ativo total. O bom desempenho financeiro dos hospitais analisados estava influenciado por elevados montantes de recursos investidos em aplicações financeiras.

Lobo e Lins (2011) utilizaram como metodologia de estudo a análise envoltória de dados (*Data Envelopment Analysis* - DEA) de forma mais detalhada e compreensível para auxiliar os profissionais de saúde, realizando uma revisão da literatura sobre a aplicação desse modelo nos serviços de saúde nos últimos 30 anos. Constatou-se que desde 1983 foram publicados 189 artigos, e a maior disseminação da técnica foi a partir do século XXI. Com isso, verificou-se que a DEA pode ser considerada uma ferramenta importante para auxiliar pesquisadores e gestores a realizarem estudos de eficiência e para formular políticas de saúde.

Souza *et al.* (2013) objetivou realizar uma análise financeira do hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE) do Pará de 2006 a 2010. A análise foi feita com base nos dados internos do hospital, relacionando-os com indicadores de outros hospitais brasileiros. Os resultados mostram a fragilidade financeira dos hospitais brasileiros, especificamente do HMUE. No hospital em questão, o mau desempenho financeiro e a descontinuidade das atividades do hospital em 2010 são explicados pelos conflitos entre duas entidades gestoras da organização. Constatou-se também que indicadores usados em análise financeira de empresas podem ser essenciais em análises de avaliação de desempenho de hospitais.

Matos (2014) objetivou avaliar a eficiência dos Hospitais Universitários Federais (HUFs) das regiões do Norte e Nordeste do Brasil. Buscou avaliar a assistência à saúde da população, o ensino e a pesquisa utilizando a DEA. Como resultados, constatou-se que as unidades de maior desempenho apresentaram baixo volume de *inputs*, demonstra-se a necessidade de uso mais eficiente de recursos por parte de alguns HUFs.

Souza *et al.* (2014) analisaram o desempenho de 20 hospitais públicos e filantrópicos brasileiros entre os anos de 2006 e 2011. Foram coletados dados secundários financeiros e operacionais junto ao DATASUS e ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Utilizou-se DEA, estatística descritiva, correlação de Spearman, entre outras



técnicas. Como resultados, constatou-se que algumas variáveis apresentaram influência no desempenho financeiro hospitalar, como porte, natureza jurídica e tipo. A DEA indicou que em geral, os hospitais apresentaram maior desempenho no que diz respeito à maximização dos resultados financeiros a partir de indicadores operacionais.

Por fim, Aparecida, Souza e Gervásio (2014) analisaram e avaliaram os resultados financeiros de três hospitais - Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG, Santa Casa de Misericórdia de Tatuí/SP e Santa Casa de Misericórdia de Maceió/AL - por meio das informações publicadas em suas demonstrações financeiras no período de 2007 a 2011. Os resultados apresentados reforçaram a dificuldade enfrentada pelos hospitais dependentes financeiramente da receita proveniente do SUS para sobreviverem, pois dois dos hospitais analisados que apresentaram déficits no período tinham como maior fonte de receita os recursos provenientes do SUS.

### **2.3. O estudo de Guerra (2011)**

O estudo de Guerra (2011) focou-se na gestão financeira de hospitais, objetivando analisar a eficiência de organizações públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, fazendo uso de indicadores financeiros e operacionais. Como resultados da pesquisa, destacou-se uma proposta de estrutura de avaliação da eficiência da gestão financeira dos hospitais.

Sua amostra foi composta por 26 organizações hospitalares, devido a disponibilidade de acesso às demonstrações financeiras divulgadas na internet, dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI-SUS).

A proposta de avaliação de eficiência é composta de treze Modelos que utilizam como metodologia a DEA, que compreende indicadores financeiros e não financeiros para o cálculo da eficiência dos componentes da amostra. Os indicadores financeiros considerados foram: PCT, LC, PMP, GA, MO, ROA e E; e, os indicadores operacionais: TO, TMP, LO, FTE/LO.

A relação feita entre os indicadores considerados nos modelos foi baseada nos autores: Schuhmann (2008) e McCue e Nayar (2009); Barnum e Kutzin (1993); Younis, Younies e Okojie (2006); Marinho *et al.* (2001); Ersoy *et al.* (1997). Através dessa relação entre os indicadores selecionados como relevantes para os modelos, observou-se que os financeiros – PCT, LC, PMP e E – geralmente apresentavam relevância nos modelos com resultados referentes a esses *inputs*. Apenas o PMP não apresentou peso relevante nos modelos apresentados.

Já os indicadores operacionais utilizados nos modelos – TMP, TO, LO e FTE/LO – obteve-se relevância para TMP, TO e FTE/LO nos modelos que consideravam esses como *inputs*. Em todos os modelos foram utilizados como *outputs* os indicadores: MO, ROA e GA.

Depois de feita as análises, da amostra utilizada por Guerra (2011), foram constatados os hospitais eficientes para cada modelo e desenvolvido um Modelo-padrão, cujos valores dos indicadores podem ser utilizados como padrão e/ou *benchmarking* para a busca de melhorias na gestão financeira.

## **2.4. Indicadores hospitalares**

O objetivo principal da análise financeira é proporcionar uma avaliação como um todo da posição presente e futura de uma entidade (VERNIMMEN *et al.*, 2005, *apud* SOUZA *et al.*, 2010). Portanto, há diferentes técnicas usadas para se executar a análise financeira, dentre elas, tem-se a análise por meio de indicadores (WILLIAMS *et al.*, 2008 *apud* SOUZA *et al.*, 2010). É imprescindível o uso de indicadores para se desenvolver uma avaliação de desempenho e se ter uma gestão organizacional (GUERRA, 2011).

Schumann (2008, *apud* GUERRA, 2011) afirma que se pode fazer uso de indicadores para traçar tendências vindouras para hospitais durante muitos anos. Quando da utilização desses indicadores, pode-se avaliar quais áreas apresentam desempenho satisfatório, juntamente com aspectos que necessitam de alguma melhora (SOUZA *et al.* 2010).

O uso de indicadores surgiu da necessidade de analisar os cuidados de saúde e fornecer informações que auxiliassem na tomada de decisões de modo a melhorar a qualidade dos serviços prestados à população (SILVA *et al.*, 2008). Os indicadores financeiros, foco do presente estudo, são índices calculados a partir do Balanço Patrimonial (BP) e da Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) e podem ser obtidos fazendo uma relação entre os valores divulgados nessas demonstrações. Para a presente pesquisa foram selecionados os indicadores financeiros mencionados por Guerra (2011), divididos em quatro grupos: (1) Liquidez; (2) Estrutura de Capital e Endividamento; (3) Lucratividade e Rentabilidade; e (4) Atividade.

### **2.4.1. Indicadores de liquidez**

Os indicadores de liquidez apresentam a capacidade de a empresa conseguir pagar suas dívidas de curto prazo, sendo assim índices que formam a base da situação financeira dos

hospitais. Estão presentes nesse grupo: Liquidez Geral (LG); Liquidez Seca (LS); e Liquidez Corrente (LC) (GUERRA, 2011).

A **Liquidez Geral (LG)** informa quanto de recurso e direitos, no curto e longo prazo, o hospital detém para pagar suas dívidas (SOUZA *et al.*, 2009). O cálculo é feito por meio da soma do Ativo Circulante (AC) e do Ativo Não Circulante (ANC) divididos pela soma do Passivo Circulante (PC) e Passivo Não Circulante (PNC).

O índice de **Liquidez Seca (LS)** mede a capacidade de pagamento das obrigações de curto prazo fazendo uso de ativos circulantes, não levando em consideração os estoques (SOUZA *et al.*, 2010). Sua fórmula de cálculo considera o total do Ativo Circulante (AC) excluídos os Estoques dividido pelo Passivo Circulante (PC).

Já a **Liquidez Corrente (LC)** é quanto o hospital tem de bens e direitos no curto prazo para pagamento das obrigações de curto prazo e é calculada pela divisão do Ativo Circulante (AC) pelo Passivo Circulante (PC) (GUERRA, 2011).

Quadro 1: Indicadores de Liquidez

Índice	Fórmula
<b>Liquidez Geral (LG)</b>	$(AC + ANC) / (PC + PNC)$
<b>Liquidez Seca (LS)</b>	$(AC - \text{Estoques}) / PC$
<b>Liquidez Corrente (LC)</b>	$(AC / PC)$

Fonte: Guerra (2011).

#### 2.4.2. Indicadores de estrutura de capital e endividamento

Esse grupo de indicadores representa o valor de recursos de terceiros que estão financiando os ativos, ou seja, a dependência de capital de terceiros, sendo composto por: Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL); Composição do Endividamento (CE); Endividamento (E); Relação Capital de Terceiros e Próprio (RCTP); Cobertura de Juros (CJ); Cobertura de Dívidas (CD); e Relação Fluxo de Caixa e Passivo (RFCP) (GUERRA, 2011).

**Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL)** é o percentual que indica quanto do Patrimônio Líquido do hospital foi aplicado no Ativo Imobilizado. Calcula-se esse índice multiplicando-se por 100 a divisão do Ativo Imobilizado (AI) pelo Patrimônio Líquido (PL).

A **Composição do Endividamento (CE)** é as dívidas de curto prazo das dívidas totais do hospital, em percentual (SOUZA *et al.*, 2009). A forma de cálculo é Passivo Circulante (PC) dividido por Passivo Circulante (PC) somado ao Passivo Não Circulante (PNC), multiplicando-se o resultado por 100.

O **Endividamento (E)** é os ativos do hospital que tem como financiamento o recurso de terceiros (SOUZA *et al.*, 2009). Seu cálculo é a soma do Passivo Circulante (PC) com o Passivo Não Circulante (PNC) divididos pelo Ativo Total (AT).

A **Relação Capital de Terceiros e Próprio (RCTP)** apresenta quanto de capital os credores já forneceram para cada real investido pelos proprietários (GUERRA, 2011). A fórmula de cálculo é dada pela relação do Passivo Total (PT) dividido pelo Patrimônio Líquido (PL).

**Cobertura de Juros (CJ)** é o indicador que ajuda a identificar a capacidade que hospital tem de pagar suas despesas financeiras (SOUZA *et al.*, 2010). É obtido com a soma do Lucro Líquido (LL), das Despesas com Juros e o Imposto de Renda (IR) divididos pelas Despesas com Juros.

A **Cobertura de Dívidas (CD)** “mensura a habilidade da organização em honrar empréstimos e outras obrigações de longo prazo” (SOUZA *et al.*, 2010). Sua fórmula de cálculo é dada a partir da soma do Lucro Líquido (LL), Depreciação e Juros divididos pela soma do Passivo Não Circulante (PNC) e dos Juros.

Por sua vez, a **Relação Fluxo de Caixa e Passivo (RFCP)** mensura a capacidade que a entidade tem de pagar suas obrigações de curto e longo prazo a partir do caixa gerado (SOUZA *et al.*, 2010). É calculado por meio da soma do Lucro Líquido (LL) com a Depreciação dividido pelo Passivo Total (PT).

Quadro 2: Indicadores de Estrutura de Capital e Endividamento

Índice	Fórmula
<b>Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL)</b>	$(AP / PL) \times 100$
<b>Composição do Endividamento (CE)</b>	$[PC / (PC + PNC)] \times 100$
<b>Endividamento (E)</b>	$(PC + PNC) / AT$
<b>Relação Capital de Terceiros e Próprio (RCTP)</b>	$PT / PL$
<b>Cobertura de Juros (CJ)</b>	$(LL + \text{Despesas com Juros} + IR) / \text{Despesas com Juros}$
<b>Cobertura de Dívidas (CD)</b>	$(LL + \text{Depreciação} + \text{Juros}) / (PNC + \text{Juros})$
<b>Relação Fluxo de Caixa e Passivo (RFCP)</b>	$(LL + \text{Depreciação}) / PT$

Fonte: Guerra (2011).

#### 2.4.3. Indicadores de lucratividade e rentabilidade

Os índices de Lucratividade têm por objetivo mostrar o superávit ou lucro do hospital analisado tomando por base seu faturamento ou receitas, permitindo a avaliação dos resultados financeiros ou a lucratividade do hospital com relação as suas receitas. Já os índices de Rentabilidade apresentam o rendimento dos investimentos, viabilizando a avaliação

dos resultados financeiros relacionados aos investimentos realizados e ao retorno dos proprietários, demonstrando assim o resultado econômico do hospital (SOUZA *et al.*, 2009).

Dentre os índices de Lucratividade apresentaremos a Margem Operacional (MO), a Margem do Fluxo de Caixa (MFC) e a % Receita Não Operacional - Outras Receitas (RNO). Por sua vez, entre os índices de Rentabilidade será apresentado o Retorno Sobre o Ativo (ROA) e o Retorno Sobre o Patrimônio Líquido (ROE).

A **Margem Operacional (MO)** apresenta a proporção do lucro obtido com relação à atividade operacional da organização (SOUZA *et al.*, 2010). É calculada dividindo-se o Lucro Operacional (LO) pela Receita Operacional (RO).

A **Margem do Fluxo de Caixa (MFC)** é representação do fluxo de caixa gerado pelas receitas da entidade (SOUZA *et al.*, 2010). Para se calcular esse índice basta pegar o Lucro Líquido (LL) diminuir os Investimentos (I) e somar a Depreciação, o resultado disso divide por Receita Total (RT) retirada Depreciação.

A **% Receita Não Operacional (RNO)** representa a dependência da organização de suas receitas operacionais (SOUZA *et al.*, 2010). Esse índice é obtido a partir da divisão entre Receita Não Operacional (RNO) e Receita Operacional (RO).

O **Retorno Sobre o Ativo (ROA)** mensura o quanto rentáveis são os ativos da organização, ou seja, a rentabilidade deles (SOUZA *et al.*, 2010). Calcula-se dividindo o Lucro Líquido (LL) pelo Ativo Total (AT).

O **Retorno Sobre o Patrimônio Líquido (ROE)** indica o retorno tido a partir do próprio capital investido (SOUZA *et al.*, 2010). É calculado dividindo-se o Lucro Líquido (LL) pelo Patrimônio Líquido (PL).

Quadro 3: Indicadores de Lucratividade e Rentabilidade

Índices de Lucratividade	
Índice	Fórmula
Margem Operacional (MO)	LO / RO
Margem do Fluxo de Caixa (MFC)	(LL – Investimentos + Depreciação) / RT – Depreciação
% Receita Não Operacional (RNO)	RNO / RO
Índices de Rentabilidade	
Retorno Sobre o Ativo (ROA)	LL / AT
Retorno Sobre o Patrimônio Líquido (ROE)	LL / PL

Fonte: Guerra (2011).

#### 2.4.4. Indicadores de atividade

Os Índices de Atividade, em geral, são medidores da velocidade na qual contas circulantes convertem-se em caixa. Serão apresentados nesse grupo três dos principais índices, Prazo Médio de Recebimento (PMR), Prazo Médio de Pagamento (PMP) e Giro do Ativo (GA) (GUERRA, 2011).

O **Prazo Médio de Recebimento (PMR)** indica o número médio de dias que o hospital leva para receber dos convênios, particulares ou do SUS pelos serviços prestados (SOUZA *et al.*, 2010). Calculado dividindo-se as Contas a Receber Líquidas pelas Receitas Operacionais (RO), esta dividida por 365.

Já o **Prazo Médio de Pagamento (PMP)** é a indicação do tempo levado pela organização para pagamento das obrigações de curto prazo (SOUZA *et al.*, 2010). Divide-se o Passivo Circulante (PC) pelas Despesas Totais (DT) excluindo as Despesas com Depreciação (DD) dividido por 365.

E por fim, o **Giro do Ativo (GA)** que calcula quanto R\$1,00 real de ativo total gera de receita (SOUZA *et al.*, 2010). Calculado dividindo-se a Receita Total (RT) pelo Ativo Total (AT).

Quadro 4: Indicadores de Atividade

Índice	Fórmula
<b>Prazo Médio de Recebimento (PMR)</b>	Contas a Receber Líquida / (RO / 365)
<b>Prazo Médio de Pagamento (PMP)</b>	PC / [(DT - DD)/365]
<b>Giro do Ativo (GA)</b>	RT / AT

Fonte: Guerra (2011).

### 3. METODOLOGIA

A presente pesquisa é baseada no modelo desenvolvido por Guerra (2011), para cálculo da eficiência hospitalar. Como aplicação simplificada de Guerra (2011), no presente estudo, que pode ser dividido em duas etapas, focou-se na análise dos indicadores financeiros, apenas.

Na primeira etapa, foram listados os indicadores financeiros mencionados por Guerra (2011), que seriam considerados para análise dos hospitais da amostra. Posteriormente, após cálculo e análise individual de cada hospital, procedeu-se a comparação dos valores obtidos no presente estudo com o padrão de eficiência sugerido por Guerra (2011), em seu Modelo-padrão.

O estudo, portanto, caracteriza-se como descritivo e quantitativo. Em relação ao controle das variáveis, o estudo se caracteriza como *ex post facto*, pois não controla as variáveis com o intuito de manipulá-las. Para desenvolvimento da pesquisa, a coleta dos dados, conforme proposto por Guerra (2011), se deu a partir de busca, na internet, das demonstrações financeiras publicadas por organizações hospitalares brasileiras. Para tanto, fez-se uso de palavras-chaves que fossem capazes de criar um caminho que levasse ao acesso das demonstrações disponíveis na internet. Um dos exemplos de busca seguiu o seguinte formato: “Balanço Patrimonial” + “Demonstrações Financeiras” + “Hospitais”.

As demonstrações disponíveis foram principalmente o Balanço Patrimonial e a Demonstração do Resultado do Exercício, totalizando 20 instituições. Dessas, 11 foram excluídas - 2 delas por serem Fundo de Investimento Imobiliário; outras 5 por serem 100% particular e não prestarem serviços para o SUS; 3 por serem Federações; e por fim 1 por prestar serviços ambulatoriais e não possuir leitos para internação.

Nem todas as demonstrações financeiras disponíveis na internet pelos hospitais eram apresentadas em períodos contínuos e regulares. Algumas instituições disponibilizavam apenas de um ano, ou de dois anos consecutivos, o que se torna uma limitação para a coleta de dados. Ao se atingir uma quantidade razoável de demonstrações financeiras de hospitais disponíveis na internet, fez-se a delimitação da amostra a ser utilizada, definindo o ano no qual a pesquisa seria realizada. A maior ocorrência de demonstrações disponíveis foi no ano de 2013. Sendo assim, o ano base para essa pesquisa é o ano de 2013, possuindo uma amostra de 9 organizações hospitalares (ver Quadro 5).

Quadro 5: Amostra dos hospitais com informações coletadas

<b>Nº</b>	<b>Hospital</b>	<b>Estado</b>
1	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	MG
2	Hospital Nossa Senhora da Conceição AS	RS
3	Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central – Hospital Doutor Helio Angotti	MG
4	Fundação PIO XII Barretos	SP
5	Fundação Hospital Santa Lydia	SP
6	Santa Casa de Capão Bonito	SP
7	Irmandade de Misericórdia do Hospital da Santa Casa de Monte Alto	SP
8	Hospital Santa Rosália	MG
9	AFECC – Hospital Santa Rita de Cássia Vitória	ES

Fonte: elaborado pela autora.

Após coletadas as informações, delimitada a amostra para o ano de 2013 e calculados os indicadores financeiros de cada integrante da amostra, passa-se a análise desses indicadores tomando como base o estudo de Guerra (2011).



## 4. RESULTADOS

### 4.1. Análise descritiva dos hospitais

A amostra utilizada na presente pesquisa é composta por nove organizações hospitalares, como já citado anteriormente, distribuídas entre os Estados de Minas (MG), São Paulo (SP), Rio Grande do Sul (RS) e Espírito Santo (ES) (ver Quadro 5). No Quadro 6 estão dispostas as características de cada integrante da amostra por especialidade (Geral ou Especializado) e por natureza jurídica (Empresa Privada, Sociedade Anônima). Essas informações foram obtidas por meio de consulta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Quadro 6: Distribuição da amostra de hospitais por tipo e por natureza

Nº	Hospitais	Especialidade	Natureza
1	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	Geral	Associação Privada
2	Hospital Nossa Senhora da Conceição AS	Geral	Sociedade Anônima
3	Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central – Hospital Doutor Helio Angotti	Especializado	Associação Privada
4	Fundação PIO XII Barretos	Especializado	Fundação Privada
5	Fundação Hospital Santa Lydia	Geral	Fundação Privada
6	Santa Casa de Capão Bonito	Geral	Associação Privada
7	Irmandade De Misericórdia do Hospital da Santa Casa de Monte Alto	Geral	Associação Privada
8	Hospital Santa Rosália	Geral	Associação Privada
9	AFECC – Hospital Santa Rita de Cássia Vitória	Geral	Associação Privada

Fonte: elaborado pela autora.

#### 4.1.1. Hospitais gerais

Um hospital geral é aquele que presta assistência nas quatro especialidades médicas básicas (clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica) (MS, 1985). A amostra analisada nesse estudo é composta por sete hospitais nessa modalidade de especialidade, os hospitais, quais sejam: 1, 2, 5, 6, 7, 8 e 9 (ver Quadro 6).

O hospital 1 é o **Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte**, associação privada que presta serviços gerais, incluindo ambulatório, internação, serviço de apoio à diagnose e terapia (SADT) e urgência sendo todos esses serviços conveniados o SUS. Possui 901 leitos e todos destinados ao SUS.

O **Hospital Nossa Senhora da Conceição SA** (2) é de especialidade geral e sociedade anônima. Oferece atendimento ambulatorial, internação, regulação, SADT e urgência conveniados ao SUS, possuindo 1145 leitos (100% SUS).

O quinto hospital na amostra é a **Fundação Hospital Santa Lydia**, fundação privada que oferece serviços ambulatoriais, de internação, SADT e urgência conveniados ao SUS e a outros convênios particulares, tem 41 leitos do SUS de um total de 68 leitos existentes.

A organização de número 6 é a **Santa Casa de Capão Bonito**, cuja natureza jurídica é privada, sendo um hospital geral de médio porte, com 67 leitos dos quais 49 são destinados ao SUS. Tem especialidades também em clínica médica, cirúrgica, pediátrica, ortopédica e obstétrica.

A **Irmandade de Misericórdia do Hospital da Santa Casa de Monte Alto** (hospital 7) é geral e privado, possui 84 leitos existentes e destina 58 para o SUS. O **Hospital Santa Rosália** é a organização hospitalar de número 8, associação privada que presta serviços gerais, possui especialidades em cardiologia, nefrologia, dermatologia dentre outras. Possui 162 leitos, sendo 115 destinados ao SUS.

A **Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer – Hospital Santa Rita de Cássia Vitória** é o hospital 9, associação privada que possui 214 leitos, sendo 103 destinados ao SUS. Tem especialidades como cardiologia, cirurgia cardiovascular, geriatria, infectologia, dentre outras.

#### ***4.1.2. Hospitais especializados***

Os hospitais especializados prestam serviços em apenas uma especialidade. Na amostra analisada, há dois hospitais nesse caso – 3 e 4. A organização hospitalar 3 é a **Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central – Hospital Dr. Helio Angotti**. É uma associação privada e dedica-se à prevenção, tratamento e acompanhamento de pacientes com câncer. Tem um total de 94 leitos existente em sua estrutura, em que 68 são de pacientes do SUS.

O hospital 4 é a **Fundação PIO XII Barretos**, fundação privada e presta serviço especializado a pacientes portadores de câncer. Seus leitos existentes totalizam 264 e todos são destinados ao SUS.

## 4.2. Análise descritiva dos indicadores hospitalares

Os indicadores financeiros analisados no presente estudo têm como referência aqueles propostos por Guerra (2011), quais sejam:

- Liquidez Geral (LG);
- Liquidez Corrente (LC);
- Liquidez Seca (LS);
- Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL);
- Participação de Capital de Terceiros (PCT);
- Composição do Endividamento (CE);
- Endividamento (E);
- Relação Fluxo de Caixa e Passivo (RFCP);
- Dias Dinheiro em Caixa (DDC).
- Prazo Médio de Pagamento (PMP);
- Margem Total (MT);
- Margem Operacional (MO);
- Giro do Ativo (GA);
- Retorno Sobre o Ativo (ROA);
- Retorno Sobre o Patrimônio Líquido (ROE);
- Financiamento do patrimônio líquido (FPL);
- Prazo Médio de Recebimento (PMR).

Vale ressaltar mais uma vez que, esses indicadores financeiros listados foram calculados por meio das demonstrações financeiras coletadas de cada organização da amostra para o ano de 2013. Nos modelos propostos por Guerra (2011), as variáveis de *outputs* são MO, ROA e GA, em que se buscou maximizar seus valores – portanto, quanto maior, melhor.

Segundo Guerra (2011), a MO é um dos indicadores mais significativos para análise financeira de hospitais, visto que uma organização eficiente gerencia de forma adequada seus serviços de saúde prestados, sejam de alta e baixa complexidade, e, com isso, conseguem aperfeiçoar o resultado operacional e obter maior MO.

Por outro lado, para o indicador ROA, apesar de a maximização dos lucros obtidos não ser objetivo da grande parte dos hospitais – cuja maioria das organizações privadas é filantrópica-, esse indicador é considerado relevante para essa análise, pois se relaciona com MO e GA (GUERRA, 2011). De forma geral, quanto maior o GA e a MO, maior será o ROA,

ou seja, melhor índice ROA pode indicar melhor resultado financeiro das organizações (GUERRA, 2011).

Os demais financeiros (LG, LC, LS, IPL, PCT, CE, E, RFCP, DDC, PMP, MT, ROE, e FPL) foram considerados como *inputs* por Guerra (2011), buscando-se então a minimização dos valores deles – ou seja, quanto menor, melhor. A seguir serão apresentadas algumas observações dos indicadores calculados para os hospitais da amostra considerada no presente estudo, cada organização, cujos valores encontram-se na Tabela 2 (Apêndice).

Para as organizações especializadas, considerando a MO, os dois hospitais, 3 e 4, apresentam valores negativos desse índice, -0,08 e -0,01 respectivamente (ver Tabela 2). Em relação ao ROA, os hospitais 3 e 4, apresentam valores negativos do índice, respectivamente, -0,222 e -0,015 (ver Tabela 2). Para o GA, o hospital 3 tem valor de 1,29, apresentando melhor GA que o hospital 4 (0,78) (ver Tabela 2).

Com relação aos hospitais gerais, para o indicador MO, três deles apresentam valores negativos: 1, 2 e 7. Os demais têm valores positivos, sendo o hospital 5 (0,80) o melhor. Para o ROA, a maioria dos hospitais apresenta valores negativos, sendo que apenas os hospitais 8 e 9 possuem valores positivos nesses índices, em 0,01 e 0,12 respectivamente (ver Tabela 2). Para o GA, todos os componentes da amostra de organizações gerais apresentam indicador positivo, sendo o hospital 2 o de melhor resultado (2,53) e o hospital 1 o de pior (0,57) (ver Tabela 2).

Para os indicadores financeiros considerados por Guerra (2011) como *inputs* nos modelos, a análise é dada por quanto menor, melhor. Para o ROE, três hospitais da amostra apresentam valores negativos - 1, 4 e 7 -, sendo um deles (hospitais 4) especializados. O hospital 6 possui ROE com valor de 1,08, sendo o melhor dentre as demais organizações da amostra (conforme Tabela 2).

Alguns índices apresentam valores negativos para todos os hospitais da amostra analisada, tais como PMP e DDC. Já os índices de LG, LC, LS, CE, E, GA e PMR apresentam valores positivos para todas as organizações hospitalares considerados no presente estudo (ver Tabela 2).

O hospital 9 apresenta os melhores valores para a LG (3,99), LC (2,10), LS (2,00), E (0,25) e RFCP (0,36) (conforme Tabela 2).

### 4.3. Análise da eficiência financeira dos hospitais

Na seção 4.2 foram analisados de forma geral os indicadores financeiros que possivelmente influenciariam na eficiência das organizações hospitalares, de acordo com Guerra (2011). Após essa análise, passou-se a avaliação, conforme Guerra (2011), daqueles considerados relevantes nos modelos propostos pela autora (ver Quadro 7).

Quadro 7: Variáveis financeiras incluídas nos modelos de Guerra (2011)

<i>Inputs</i>	
PCT	Participação de capital de terceiros = $(PC + PNC) / PL$
LC	Liquidez Corrente = $AC / PC$
PMP	Prazo médio de pagamento = $PC / [(DT-DP) / 365]$
E	Endividamento = $PT / AT$
<i>Outputs</i>	
MO	Margem Operacional = $LO / RO$
ROA	Retorno sobre o Ativo = $LL / AT$
GA	Giro do ativo = $RT / AT$

Fonte: elaborada pela autora, com base em Guerra (2011).

Com relação às variáveis de *inputs*, levando em consideração apenas os indicadores financeiros – ou seja, excluídos os operacionais indicados por Guerra (2011) -, apenas alguns apresentaram relevância para a análise da eficiência hospitalar, quais sejam: PCT, LC, PMP e E. No Modelo-padrão proposto por Guerra (2011) foram selecionados, dentre os modelos 7 a 12, as variáveis que apresentavam maior peso, e, o *input* relevante selecionado, desses citados acima, foi apenas a LC. Os *outputs* continuam sendo MO, ROA e GA. A partir desse Modelo-padrão, foi elaborada a Tabela 1, na qual se elencou apenas os indicadores financeiros relevantes propostos por Guerra (2011) no Modelo-padrão.

Tabela 1: Indicadores financeiros do Modelo-padrão de Guerra (2011)

Hospitais	LC	MO	GA	ROA
<b>Guerra (2011)</b>	<b>1,17</b>	<b>0,03</b>	<b>2,27</b>	<b>0,03</b>
Hospital 1	0,14	-0,01	0,57	-0,06
Hospital 2	0,05	-0,39	2,53	-1,19
Hospital 3	0,26	-0,08	1,29	-0,222
Hospital 4	1,02	-0,01	0,78	-0,015
Hospital 5	0,50	0,80	2,40	-0,254
Hospital 6	0,82	0,71	2,22	-0,10
Hospital 7	0,56	-0,12	1,70	-0,23
Hospital 8	1,09	0,05	0,93	0,01
Hospital 9	2,10	0,18	0,83	0,12

Fonte: elaborada pela própria autora.

Dos hospitais da amostra considerada no presente trabalho, alguns se aproximam bastante dos valores de indicadores dos hospitais eficientes encontrados por Guerra (2011) no Modelo-padrão. Por exemplo, a LC nesse Modelo-padrão é relevante em média no valor de 1,17. Dos hospitais da presente amostra, o que mais aproxima deste número é o hospital 8, com LC de 1,09. A MO apresentou 0,03 na amostra de Guerra (2011). No presente estudo, novamente o hospital 8 é o que mais se aproxima desse valor (0,05). Em Guerra (2011), o índice GA padrão é 2,27. No presente estudo, o hospital 6 se aproxima com GA de 2,22. Para o ROA, Guerra (2011) obteve padrão de 0,03; na presente amostra, hospital 8 aproxima-se com 0,01.

Analisando-se de forma conjunta os indicadores financeiros selecionados (LC, MO, GA e ROA) entende-se que cada um tem sua representatividade. A LC, por exemplo, indica a capacidade de pagamento das obrigações de curto prazo através de AC, logo valores positivos para esse índice poderiam levar a organização para uma eficiência (GUERRA, 2011).

A MO que simboliza a proporção do lucro obtido com a atividade operacional da entidade, apresentando valores positivos seria ainda mais tendenciosa a organização ser considerada eficiente; juntamente, com os índices ROA e GA, em que o primeiro evidencia a rentabilidade gerada pelos ativos e o segundo mede quanto cada real aplicado no ativo total gera de receita (GUERRA, 2011).

Assim, ao se analisar o conjunto dos valores de cada índice financeiro listado na Tabela 1, para cada hospital da amostra, levando em consideração valores positivos para esses índices e os valores padrões encontrados por Guerra (2011), percebe-se que os hospitais 8 e 9 parecem estar tendendo para uma eficiência, pelo menos financeira, visto que apresentam valores positivos para todos os índices em questão e mais ou menos próximos das médias encontradas por Guerra (2011).

Por essa razão, para a presente amostra, Hospital Santa Rosália (hospital 8) e AFECC – Hospital Santa Rita de Cássia Vitória (hospital 9), ambos gerais e associações privadas, podem ser tomados como referência. Interessante observar que esses dois hospitais não destinam 100% de seus leitos de internação para o SUS, o que, em parte, pode explicar a observação de desempenho financeiro. Isso porque, a tabela de remuneração dos serviços do SUS encontra-se defasada (GUERRA, 2011), e, os hospitais 8 e 9 parecem conseguir, por meio da complementação de suas receitas públicas (SUS) com atendimentos a pacientes privados (segurados ou particulares), obter retorno financeiro suficiente.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As organizações hospitalares encontram-se inseridas em um cenário de escassez de recursos, o que gera impactos no processo de gestão e prestação de serviços e faz com que seja necessária a utilização de instrumentos gerenciais adequados para administração de recursos e mensuração da qualidade de seus serviços (SOUZA *et al.*, 2009; GUERRA, 2011). A busca pela eficiência juntamente com a qualidade na oferta de serviços, contribuem para que a gestão da saúde se torne um processo complexo (GUERRA, 2011).

Nesse contexto, o principal objetivo desse trabalho foi analisar os indicadores financeiros de organizações hospitalares brasileiras prestadoras de serviços ao SUS, o que foi feito mediante a comparação com os padrões de desempenho definidos no estudo de Guerra (2011). Para atingir os objetivos desse trabalho, a análise financeira deu-se por meio do cálculo de indicadores financeiros, partindo de informações divulgadas na internet nas demonstrações financeiras de hospitais - Balanço Patrimonial (BP) e Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) - de cada organização da amostra, composta por nove hospitais.

Dentre vários indicadores financeiros pré-selecionados e calculados para cada organização, foram levados em consideração apenas aqueles que apresentavam relevância para análise de hospitais segundo Guerra (2011), quais sejam: PCT, LC, PMP, E – variáveis de *input* (quanto menor, melhor); MO, ROA e GA – variáveis de *output* (quanto maior, melhor).

Em Guerra (2011), foram propostos 13 modelos de eficiência, sendo utilizado, nesse estudo, para desenvolver a comparação dos resultados apenas o Modelo-padrão proposto pela referida autora. Nesse modelo, das variáveis financeiras de *input* selecionadas, considerou-se apenas LC, e as variáveis de *output* MO, ROA e GA.

Ao analisar os resultados encontrados por Guerra (2011) dos hospitais eficientes de sua amostra, os valores dos indicadores considerados padrão foram em média 0,03 para MO e ROA, para LC foi de 1,17 e para GA foi 2,27. Analisando a representatividade de cada índice desses, levando em consideração o que cada um significa, optou-se por analisar, dentre os nove hospitais considerados na presente amostra, apenas aqueles que apresentavam valores positivos para cada um desses indicadores (LC, MO, ROA e GA) e relativa aproximação dos valores padrão encontrados em Guerra (2011); visto que valores positivos para esses índices indicam melhores resultados, contribuindo assim para uma possível tendência de eficiência.

Considerando isso, dentre os hospitais de nossa amostra, hospitais gerais ou especializados, com ou sem fins lucrativos, em forma de fundações e associações privadas ou sociedade anônima, os hospitais que apresentaram melhores resultados foram o Hospital Santa Rosália (hospital 8) e a AFECC – Hospital Santa Rita de Cássia Vitória (hospital 9). Ambos são associações privadas e hospitais gerais.

Por meio dessa análise, é possível concluir que as organizações hospitalares por serem instituições que agregam um alto nível de complexidade, demandam uma análise minuciosa, sendo válida a análise combinada de indicadores financeiros e operacionais.

Mesmo tendo sido feito uma análise parcial dos hospitais, em que foram levados em consideração apenas indicadores financeiros, indica-se como próximos passos o cálculo dos indicadores operacionais para que se possa aplicar o modelo DEA e ampliar os resultados obtidos por Guerra (2011). Com isso, espera-se que este estudo possa oferecer contribuições capazes de auxiliar análises que objetivam avaliar desempenho de organizações hospitalares.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APARECIDA, L. P.; SOUZA, A. A.; GERVÁSIO, L. R. **Análise das Demonstrações Financeiras de Três Hospitais Brasileiros em Um Período de Cinco Anos.** In: V Congresso Nacional de Administração e Ciências Contábeis – AdCont, outubro de 2014, Rio de Janeiro – RJ. Disponível em: <<http://adcont.ppgcc.ufrj.br/index.php/adcont/adcont2014/paper/viewFile/1402/346>>. Acesso em: 30 de setembro de 2015.

BARNUM, H.; KUTZIN, J. *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing.* Washington: The World Bank. 1993.

BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. **Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 45, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/05.pdf>>. Acesso em: 02 de junho de 2015.

BRASIL. Lei n. 12.101 de 27 de novembro de 2009. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia\\_social/comas/Legisla%C3%A7%C3%A3o/lei12101.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/comas/Legisla%C3%A7%C3%A3o/lei12101.pdf)>. Acesso em: 14 de outubro de 2015.

COLAUTO, Romualdo Douglas; BEUREN, Ilse Maria. **Proposta para Avaliação da Gestão do Conhecimento em Entidade Filantrópica: o Caso de uma Organização Hospitalar.** In: *Revista de Administração Contemporânea*, v. 7, n. 4, Rio de Janeiro, Out./Dez. 2003: 163-185. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v7n4/v7n4a09.pdf>>. Acesso em: 27 de outubro de 2015.

ERSOY, K.; KAVUNCUBASI, S.; OZCAN, Y. A.; HARRIS II, J. M. Technical efficiencies of Turkish hospitals: DEA approach. *Journal of Medical System*, v. 21, n. 2, pp. 67-74, 1997.

GUERRA, Mariana. **Análise de Desempenho de Organizações Hospitalares.** Belo Horizonte, 2011. Dissertação (Mestrado em Contabilidade e Controladoria) – Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG, 2011.

GUERRA, Mariana. **Modelo de Alocação de Recursos do Sistema Único de Saúde para Organizações Hospitalares: Serviços de Alta Complexidade**. Brasília, 2013. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade de Brasília, 2013.

LINS, M. E.; LOBO, M. S. de C.; SILVA, A. C. M. da; FISZMAN, R.; RIBEIRO, V. J. de P. **O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):985-998, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n4/17.pdf>>. Acesso em: 27 de outubro de 2015.

LOBO, M. S. C.; LINS, M. P. E. **Avaliação da eficiência dos serviços de saúde por meio da análise envoltória de dados**. In: *Cad. Saúde Colet.*, 2011, Rio de Janeiro, 19 (1): 93-102. Disponível: <[http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011\\_1/artigos/CSC\\_v19n1\\_93-102.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_93-102.pdf)>. Acesso em: 06 de novembro de 2015.

MARINHO, A.; MORENO, A. B.; CAVALINI, L. T. *Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Texto para discussão nº 848 IPEA. 2001. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/Publicacoes/td\\_results\\_ano.php?main-text=2001](http://www.ipea.gov.br/Publicacoes/td_results_ano.php?main-text=2001)>. Acesso em: 06 de novembro de 2015.

MARQUES, Luiz Gonzaga Nogueira. **O SUS e os Hospitais Filantrópicos**. O POVO OnLine, Fortaleza, Jan 2012. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/opovo/opiniao/2012/01/31/noticiasjornalopiniao,2776062/o-sus-e-os-hospitais-filantropicos.shtml>>. Acesso em: 07 de novembro de 2015.

MATOS, J. P. **Eficiência dos Hospitais Universitários Federais nas Regiões Norte e Nordeste: uma análise por envoltória de dados**. Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Engenharia de Produção Mecânica – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2014.

McCUE, M. J.; NAYAR, P. A financial ratio analysis of for-profit and non-profit Rural Referral Centers. *The Journal of Rural Health*, v. 25, n. 3, summer 2009. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/122463930/abstract>>. Acesso em: 07 de novembro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. (Conceitos e Definições em Saúde). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 13 de outubro de 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Geral. Grupo de Trabalho – Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde/Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 2º Edição. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>>. Acesso em: 30 de outubro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 3). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf)>. Acesso em: 06 de outubro de 2015.

LIMA NETO, Lucas de. **Análise da Situação Econômico-Financeira de Hospitais**. In: O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(3):270-277. São Paulo, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/analise\\_situacao\\_economico\\_financeira\\_hospitais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/analise_situacao_economico_financeira_hospitais.pdf). Acesso em: 20 de outubro de 2015.

SCHUHMANN, T. M. Hospital financial performance: trends to watch. *Healthcare Financial Management*, v. 62, n. 7, jul. 2008. Disponível em: <[http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/results/external\\_link\\_maincontentframe.jhtml?\\_DARGS=/hww/results/results\\_common.jhtml.42](http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/results/external_link_maincontentframe.jhtml?_DARGS=/hww/results/results_common.jhtml.42)>. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

SILVA, M. D. de O. P.; BARRETO, I. G.; SOUZA, M. V.; LUCENA, W. G. L. **Uma análise comparativa dos indicadores de desempenho de uma entidade de saúde pública de Caruaru-PE: um aplicativo estratégico do Balanced Scorecard**. In: 6º Congresso USP de Controladoria e Contabilidade E 3º Congresso USP de Iniciação Científica em Contabilidade, 2006, SÃO PAULO - SP. PESQUISA CONTÁBIL E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO-SOCIAL, 2006. Disponível em: <<http://www.congressosp.fipecafi.org/web/artigos32006/557.pdf>>. Acesso em: 05 de outubro de 2015.

SILVA, J. P. *Análise financeira das empresas*. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SILVA, S. R. A.; GONÇALVES, M. A.; SIQUEIRA, P. C.; SILVEIRA, C. A. C. da. **As decisões de investimento na Fundação Hospitalar de Minas Gerais e seus reflexos nos indicadores de qualidade**. RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. Belo Horizonte, v. 1, n.1, p. 46-57, jul/dez 2008. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/13542/as-decisoes-de-investimento-na-fundacao-hospita--->>. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

SOUZA, A. A.; RODRIGUES, L. T.; LARA, C. O.; PEREIRA, A. M.. **Indicadores de Desempenho Econômico-financeiro para Hospitais: um estudo teórico**. RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 2, p. 44-55, 2009. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/807/681>>. Acesso em: 04 de outubro de 2015.

SOUZA, A. A.; LARA, C. O.; NEVES, A. P. T. P.; MOREIRA, D. R. **Indicadores de Desempenho para Hospitais: Análise a partir dos Dados Divulgados para o Público em Geral**. 2010. Disponível em: <<http://www.congressosp.fipecafi.org/web/artigos102010/518.pdf>>. Acesso em: 04 de outubro de 2015.

SOUZA, A. A. AVELAR, E. A.; TORMIN, B. F.; SILVA, E. A. **Uma Análise Financeira do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência**. In: Convibra Administração, IX, 2012. Disponível em: <[http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/33/2012\\_33\\_5276.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/33/2012_33_5276.pdf)>. Acesso em: 06 de novembro de 2015.

SOUZA, A. A.; AVELAR, E. A.; TORMIN, B. F.; SILVA, E. A. **Análise Financeira de Hospitais: Um Estudo Sobre o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência**. In: Revista Evidenciação Contábil & Finanças. João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 90-105, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/recfin/article/view/16943/9920>>. Acesso em: 15 de outubro de 2015.

SOUZA, A. A.; AVELAR, E. A.; TORMIN, B. F.; SILVA, E. A. **Análise Financeira e de Desempenho em Hospitais Públicos e Filantrópicos Brasileiros entre os Anos de 2006 a 2011.** In: FACEF Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão, v.17, n.1 - p.118-130 - jan/fev/mar/abr 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/facefpesquisa/article/view/768/626>>. Acesso em: 25 de outubro de 2015.

YOUNIS, M. Z.; YOUNIES, H. Z.; OKOJIE, F. *Hospital financial performance in the United States of America: a follow-up study.* La Revue de Santé de la Méditerranée orientale, v. 12, n. 5, set. 2006. Disponível em: <<http://www.emro.who.int/publications/emhj-/1205/article22.htm>>. Acesso em: 25 de outubro de 2015.

## APÊNDICE

Tabela 2: Indicadores Financeiros dos hospitais da amostra

Hospitais	LG	LC	LS	IPL	PCT	Cend	End	RFCP	DDC	PMP	MT	MO	GA	ROA	ROE	FPL	PMR
Hospital 1	1,00	0,14	0,12	3.680,91	4.092,69	0,73	1,00	-0,06	-12,34	-2.618,17	-0,11	-0,01	0,57	-0,06	-260,90	0,00	46,85
Hospital 2	0,15	0,05	0,05	-0,13	-1,18	0,83	6,56	-0,18	-18,32	-1.935,87	-0,47	-0,39	2,53	-1,19	0,21	-5,56	9,29
Hospital 3	0,67	0,26	0,19	-1,56	-2,99	0,55	1,50	-0,17	-0,45	-199,08	-0,17	-0,08	1,29	-0,222	0,44	-0,50	21,78
Hospital 4	3,28	1,02	0,86	1,13	0,44	0,69	0,30	-0,20	-15,79	-97,40	-0,02	-0,01	0,78	-0,015	-0,02	0,70	20,36
Hospital 5	0,77	0,50	0,46	-1,73	-4,39	0,61	1,30	-0,20	-9,64	-479,14	-0,11	0,80	2,40	-0,254	0,86	-0,30	50,60
Hospital 6	0,92	0,82	0,78	-4,86	-11,92	0,62	1,09	-0,09	-150,12	-384,70	-0,04	0,71	2,22	-0,10	1,08	-0,09	11,88
Hospital 7	1,17	0,56	0,51	4,34	5,97	0,79	0,86	-0,27	-24,66	-127,91	-0,13	-0,12	1,70	-0,23	-1,58	0,14	1,90
Hospital 8	1,31	1,09	1,09	2,08	3,18	0,61	0,76	0,01	-2,98	-183,49	0,01	0,05	0,93	0,01	0,03	0,24	104,23
Hospital 9	3,99	2,10	2,00	0,75	0,33	0,83	0,25	0,36	-142,42	-112,58	0,15	0,18	0,83	0,12	0,16	0,75	69,51

Fonte: elaborado pela autora.

