



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais (CCA)
Bacharelado em Ciências Contábeis

GABRIELA MÁRCIA SILVA FLÔR

**ANÁLISE DE DESEMPENHO FINANCEIRO DE HOSPITAIS PRESTADORES DE
SERVIÇOS AO SUS**

Brasília
2018

Professora Doutora Márcia Abrahão Moura
Reitora da Universidade de Brasília

Professora Doutora Cláudia da Conceição Garcia
Decana de Ensino de Graduação

Professora Doutora Helena Eri Shimizu
Decana de Pós-graduação

Professor Doutor Eduardo Tadeu Vieira
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Professor Doutor Paulo César de Melo Mendes
Chefe do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais

Professor Doutor César Augusto Tibúrcio Silva
Coordenador do Programa Pós-graduação em Ciências Contábeis

Professora Doutora Danielle Montenegro Salamone Nunes
Coordenador de Graduação do curso de Ciências Contábeis – Diurno

Professor Mestre Elivânio Geraldo de Andrade
Coordenador de Graduação do curso de Ciências Contábeis - Noturno

GABRIELA MÁRCIA SILVA FLÔR

**ANÁLISE DE DESEMPENHO FINANCEIRO DE HOSPITAIS PRESTADORES DE
SERVIÇOS AO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da disciplina Pesquisa em Ciências Contábeis e obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Mariana Guerra

Linha de Pesquisa:

Contabilidade para Tomada de Decisão

Área de Concentração:

Contabilidade Financeira

Brasília
2018

SILVA FLÔR, Gabriela M.

Análise de Desempenho Financeiro de Hospitais Prestadores de Serviços ao SUS – Brasília, 2018. P.50

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariana Guerra

Trabalho de conclusão de curso (Monografia – Graduação) – Universidade de Brasília, 2º semestre letivo de 2018.

Bibliografia.

1. Gestão Financeira; 2. Indicadores Financeiros; 3. Eficiência, 4. DEA

GABRIELA MÁRCIA SILVA FLÔR

**ANÁLISE DE DESEMPENHO FINANCEIRO DE HOSPITAIS PRESTADORES DE
SERVIÇOS AO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da disciplina Pesquisa em Ciências Contábeis e obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Prof. Dr.^a Mariana Guerra
Professora Orientadora
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Marcelo Driemeyer Wilbert
Professor Examinador
Universidade de Brasília

Brasília
2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por ter me proporcionado chegar até aqui. A minha família que sempre esteve presente me dando todo o apoio para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante esses anos. Aos meus amigos que fizeram parte dessa caminhada tornando-a mais leve. Ao corpo docente que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir com um melhor aprendizado em especial a minha professora e orientadora.

Por fim, a minha instituição na qual tenho orgulho de fazer parte, por ter me dado a chance e todas as ferramentas que me permitiram chegar ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

RESUMO

Apesar da relevância para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, há poucos estudos recentes e nacionais que discutem sobre a avaliação de desempenho de hospitais, dado as dificuldades e as especificidades dessas entidades organizacionais. Assim, pela relevância dessas instituições na suplementação de serviços de alta complexidade ao SUS, o objetivo deste trabalho foi analisar as organizações hospitalares. A amostra estudada foi composta por 50 organizações de grande porte, dentre hospitais da administração pública e privada, de diferentes localidades do Brasil. Utilizou-se o método da Análise Envoltória de Dados (em inglês, Data Envelopment Analysis – DEA), com variáveis inputs iguais a um e outputs com os indicadores financeiros Giro do Ativo – GA, Margem Operacional – MO e Retorno sobre o Ativo – ROA para cálculo da eficiência dos hospitais da amostra. Os resultados indicam que MO é a variável de maior peso, sendo identificadas três instituições eficientes e outras três ineficientes. Das eficientes, o benchmarking Hospital Geral Universitário/MT (DMU 50) apresenta MO superior à média da amostra. Os demais eficientes obtiveram bom resultado (i.e., superior à média) em pelo menos um dos indicadores financeiros. Diferentes dos eficientes, os hospitais ineficientes têm menos de 90% dos leitos destinados ao SUS. Apesar da relevância, destaca-se ser preciso ampliar a amostra de organizações estudadas, mensuram o DEA para mais de um ano de análise.

Palavras-chave: Gestão Financeira; Indicadores Financeiros; Eficiência, DEA.

ABSTRACT

Despite the relevance to Brazilian National Health System (SUS), there are few recent studies that discuss hospital performance evaluation, given the difficulties and specificity of these organizations. Thus, due to the relevance of these institutions in the supplementation of highly complex services to SUS, the objective of this study was to analyze hospital organizations. The sample was composed by 50 large institutions, among public and private hospitals, from different locations in Brazil. The Data Envelopment Analysis (DEA) method was used, with variable inputs equal to one and outputs with the financial indicators. Asset Turning - GA, Operating Margin - OM and Return on Asset - ROA to calculate the efficiency of the sample hospitals. The results indicate that MO is the variable of greater weight, with three efficient institutions and three inefficient ones being identified. Of the efficient ones, the University Hospital of Mato Grosso (DMU 50), the benchmarking, presents MO higher than the sample average. The other efficient ones obtained a good result (i.e., above average) in at least one of the financial indicators. Unlike efficient hospitals, inefficient hospitals have less than 90% of the SUS beds. Despite the relevance, it is necessary to enlarge the sample of organizations studied, and measure the DEA for more than a year of analysis.

Keywords: Financial Management; Financial Indicators; Efficiency; DEA.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3. METODOLOGIA.....	23
3.1. A modelagem DEA.....	24
4. RESULTADOS.....	27
4.1. Análise descritiva dos hospitais.....	27
4.2. Análise da eficiência.....	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
6. REFERÊNCIAS.....	36

1. INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo foi proporcionar acesso universal, integral e equitativo a todos os brasileiros. A rede que compõe o SUS engloba tanto os serviços básicos – de atenção primária –, quanto os de média e alta complexidade – este último nível abrangendo os serviços de urgência e de emergência. Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o financiamento do SUS se dá pela coparticipação dos três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios. Além disso, cada ente possui sua responsabilidade.

Em que pese ser um sistema público, desde a criação do SUS, segundo Lima et al. (2005), já se autorizava a suplementação de serviços de saúde a partir da permissão legal de o setor público realizar convênios e/ou contratos com o setor privado. Por essa razão, para Cordeiro (2001), tem-se: (a) a atenção básica de saúde como porta de entrada do SUS e com referência para níveis hierarquizados de assistência; e, (b) a ênfase na oferta de serviços para um modelo orientado pela demanda como um fator de redução de custos e de integralidade de ações de saúde.

Mais recentemente, décadas após o surgimento do SUS, o modelo de organização e prestação de serviços parece não privilegiar a integralidade dos serviços (da baixa à alta complexidade) e pouco parece responder às demandas da população (GUERRA; GONÇALVES, 2014). Segundo Lima et al. (2005), o sistema brasileiro, criado como integral e universal, exhibe uma estrutura de gasto que se aproxima ao padrão norte-americano, no qual significativa parte do financiamento é público, mas a prestação do serviço é, em sua maioria, privada. Em números, de acordo com os dados do CNES (2018), o setor hospitalar no Brasil conta com 6.805 hospitais, sendo 21% municipais, 8% estaduais, 1% federais e 70% privados. Os leitos hospitalares chegam a aproximadamente meio milhão, sendo distribuídos em áreas: cirurgia, clínica geral, psiquiatria, pediatria, obstetrícia e outros.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar as organizações hospitalar, por sua relevância na suplementação de serviços de alta complexidade ao SUS. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), estima-se que pelo menos 70% do total de leitos são oferecidos por prestadores de serviços privados. Por outro lado, a maior parte do atendimento hospitalar é custeada pelo SUS por meio de uma variedade de mecanismos de repasses e pagamentos (*i.e.*, transferências, convênios, contratos) (GUERRA; GONÇALVES, 2014).

As organizações hospitalares são consideradas complexas, devido à coexistência de inúmeros processos assistenciais e administrativos simultâneos, uma grande diversidade de

linhas de produção e uma fragmentação dos processos de decisão assistencial com a presença de uma equipe multiprofissional e com elevado grau de autonomia individual entre si. Além disso, utilizam tecnologia intensiva e extensiva (OSMO, 2012, p.128).

Avaliar os hospitais e comparar os indicadores de desempenho desses pode auxiliar tais entidades na obtenção de melhorias organizacionais e, potencialmente, no alcance de melhores resultados de saúde. O modelo de Assis e Jesus (2012) corrobora essa abordagem, a partir de seu aspecto organizacional [da saúde]. Segundo referido modelo, tal aspecto sustenta-se na capacidade dos serviços de saúde – no presente trabalho, delimitados àqueles de alta complexidade prestados por organizações hospitalares –, em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários.

O presente trabalho está estruturado em cinco seções, iniciando-se por esta introdução. A seção 2 traz a revisão de estudos anteriores, que tiveram como enfoque o desempenho de organizações hospitalares. A metodologia é descrita na seção 3, seguida dos resultados obtidos na análise financeira dos hospitais. As considerações finais encontram-se na seção 5, sendo apresentadas as referências ao final.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura sobre eficiência de hospitais contempla artigos publicados de 2001 a 2017, em língua inglesa e portuguesa, selecionados no Google Acadêmico e no Portal de Periódicos da CAPES. Para busca desses trabalhos, utilizaram-se as expressões “hospital performance” e “desempenho eficiência hospital”. Como se observa na descrição dos trabalhos, algumas discussões focaram-se na identificação de indicadores para avaliação dessas entidades de saúde, culminando na temática do desempenho financeiro e operacional, mais especificamente, a partir da utilização da metodologia da análise envoltória de dados (do inglês, Data Envelopment Analysis – DEA). O presente estudo trata dessa temática – eficiência de hospitais por meio do DEA – inovando na modelagem para cálculo do desempenho.

O primeiro trabalho encontrado na busca por estudos anteriores é Massen Frainer (2001), que buscou avaliar a eficiência técnica dos Hospitais Universitários (HUs) Federais Brasileiros, no primeiro semestre de 2001, quando foi criado um modelo de produção hospitalar para esse tipo de entidade. Pelo estudo, puderam-se estimar e analisar os indicadores de eficiência técnica para os hospitais universitários federais brasileiros. Nos resultados, identificaram-se 10 HUs eficientes, utilizando um modelo DEA-CCR e, 16 HUs eficientes utilizando o modelo DEA-BCC. Para cada um dos hospitais considerados ineficientes, a metodologia DEA identificou os focos de ineficiência, indicando algumas alterações nos planos de produção para que eles se tornem eficientes.

Marinho (2001) avaliou as produções e os consumos individuais efetivos dos hospitais, comparando os valores obtidos com valores eficientes. A análise da eficiência operacional de hospitais públicos e privados realizados possibilitou ranquear as entidades sob análise, além de estabelecer valores ótimos de produção e de consumo individuais e agregados em todos os *inputs* e *outputs* relacionados ao sistema. Adicionalmente, foi possível identificar, para os hospitais cuja eficiência não é máxima, referências para melhoria de seus desempenhos operacionais.

Marinho (2001), no mesmo ano, realizou em outro estudo, com enfoque em HUs. Os resultados apontaram que existem discrepâncias consideráveis de desempenho operacional entre os HUs, mas esse [desempenho] é pouco afetado pelo porte dos mesmos, tanto no que se refere aos níveis de eficiência técnica, quanto no que diz respeito aos indicadores de utilização. A principal limitação do estudo foi a análise apenas as clínicas médica e cirúrgica. Apesar disso, Marinho (2001) pôde observar que, de modo geral, os hospitais universitários federais operavam com maiores taxas de ocupação, menores taxas de rotatividade e, principalmente,

maiores prazos médios de permanência que os demais hospitais do SUS. Essas discrepâncias, que se refletem nos níveis de eficiência técnica e na utilização dos mesmos, perpassam, principalmente, o nível regional. A eficiência técnica dos HUs varia de modo inverso ao prazo médio de internação: cada um deles mantém certo nível fixo de eficiência que independe dos prazos de internação nos mesmos. Os possíveis ganhos de eficiência oriunda da administração desses prazos seriam, portanto, limitados.

Gurgel Júnior e Vieira (2002) discutiram a respeito do gerenciamento da qualidade total e sua aplicabilidade na administração hospitalar. Identificaram, com base nas características histórico-estruturais das organizações hospitalares e dos conceitos e técnicas dos programas de qualidade total, elementos que, segundo os autores, podem contribuir para o seu sucesso ou fracasso, como forma de desenvolver uma visão crítica e delimitar melhor o alcance dos programas no incremento gerencial destas organizações. Inferiu-se que no Brasil, à época, ainda era cedo para se tirar conclusões deste movimento no setor hospitalar e que uma avaliação empírica dos seus resultados se fazia necessária.

Martins, Blais e Leite (2004) avaliaram se variações no desempenho clínico dos hospitais, mensurado pela mortalidade e pelo tempo de permanência, são relacionadas à natureza jurídica (pública ou privada), levando em conta diferenças nas características dos pacientes tratados. A avaliação do desempenho hospitalar apresentada pelos autores se deteve às duas dimensões associadas à produção hospitalar: a efetividade do cuidado e a eficiência técnica da produção do cuidado. Para tanto, privilegiou-se a análise de dois indicadores de desempenho clínico: a mortalidade e o tempo de permanência, refletindo, respectivamente, a efetividade e eficiência técnica dos cuidados aos pacientes.

Proite e Sousa (2004) calcularam escores de eficiência para os hospitais da rede SUS, que realizaram cirurgias para o ano de 2002, utilizando um método não paramétrico proposto por Sousa e Stosic (2003), que combina a abordagem DEA com técnicas de reamostragem, como Bootstrap e Jackknife, para eliminar o efeito dos *outliers* e erros de mensuração na base de dados. Os resultados confirmaram a importância do efeito escala (medido através do total de atendimentos realizados) sobre a eficiência técnica este setor, controlada pelo tempo médio de permanência no hospital, pelo custo médio e pelo capital humano. No que diz respeito à gestão dos hospitais, destacam-se os efeitos negativos das instituições não lucrativas (benéficas e cooperativas) sobre o desempenho, para os quantis maiores de eficiência, resultado que se diferencia da literatura empírica pelo uso de regressão quantílica. A especialização excessiva das instituições também tem efeitos negativos da sobre a eficiência, sugerindo que existe uma combinação ótima entre especialização e generalização dos hospitais. Quanto à propriedade, os

hospitais privados tiveram sua performance negativamente afetada para as unidades acima do 30º quantil de eficiência, sugerindo que os efeitos associados às falhas de mercado são importantes para esse setor.

Viacava et al. (2004), por sua vez, buscaram desenvolver metodologia para identificar os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS Pelo trabalho desenvolvido, segundo os autores, foi possível constatar que: a regularidade temporal com que as medidas subjacentes aos indicadores é efetuada é variável e nem sempre especificada; alguns indicadores são coletados de forma rotineira como parte do cotidiano administrativo dos serviços (indicadores de mortalidade geral e específica, cobertura vacinal, incidência e prevalência de determinadas morbidades etc.) e, em outros casos, as medidas são obtidas através de inquéritos especiais e pontuais, alguns dos quais de realização regular e predefinida (estado de saúde auto referido; limitação de atividade/ dor crônica; tabagismo atual, passado ou passivo etc.).

Costa e Lopes (2005) procuraram evidenciar o desempenho dos Hospitais SA de Portugal, em comparação com os Hospitais SPA (Sistema de Pronto Atendimento). Os resultados indicaram que o processo de empresarialização, nos dois primeiros anos, não contribuiu para uma diminuição no acesso aos cuidados de saúde, tanto em termos quantitativos, como qualitativos e que estes acréscimos de produção não implicaram sacrifícios ao nível da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados, visto que globalmente estes apresentaram resultados mais positivos nos Hospitais SA.

Ferrari (2005) teve como objetivo desenvolver um sistema gerencial de controle (SGC) assistencial para serviços de emergência hospitalares (SE) baseado em indicadores de desempenho e qualidade assistencial que permitisse avaliar o dia-a-dia e assim gerenciar a rotina da assistência hospitalar às urgências/emergências. O estudo teve enfoque teórico, portanto, o autor defende que evidências da sensibilidade dos resultados e indicadores sugeridos no sistema, tal como a validade dos resultados obtidos nos diferentes locais e cenários, estão em aberto para serem verificadas a partir do conhecimento da realidade de cada SE.

Wolff (2005), diferentemente, construiu um Modelo de Avaliação para os Hospitais Brasileiros (MAHB) que pudesse estimar o impacto de fatores do ambiente operacional na produtividade de hospitais. Os resultados indicaram que as condições gerais de saúde da população, as condições de saneamento básico do município onde o hospital se localiza e a cobertura de serviços de atenção básica à saúde são fatores ambientais que afetam a produtividade e eficiência desses hospitais. O modelo proposto, segundo o autor, é inovador e

relevante do ponto de vista teórico e metodológico, uma vez que permitiria isolar o componente gerencial da ineficiência técnica e o componente ambiental da ineficiência técnica de hospitais.

Lins et al. (2006) procuraram demonstrar como a modelagem DEA permite aferir o desempenho dos hospitais e subsidiar a avaliação da implantação da Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Para tanto, desenvolveram um estudo de caso com os 31 hospitais gerais pertencentes a universidades federais brasileiras. Concluíram que a eficiência é uma dimensão básica a ser avaliada no estudo de desempenho hospitalar, e que tanto o órgão regulador como as unidades buscam a coerência entre os mecanismos de controle externo e interno e, principalmente, que a transformação de ações punitivas em ações educativas e formativas é condição básica para melhoria da oferta de saúde para a população, pressupostos que a metodologia proposta busca considerar.

Matos (2006) definiu indicadores e medidas para cada uma das perspectivas de desempenho *Balanced Scorecard*, para organizações hospitalares. O estudo tem enfoque teórico e argumenta que a aplicação de um sistema de medição do desempenho é essencial. Assim, a implementação do BSC seria não só possível, mas, segundo Matos (2006), poderia tornar-se numa ferramenta fundamental para a gestão de uma organização de saúde.

Bonacim e Araújo (2007) trataram da influência do capital intelectual na avaliação de desempenho aplicada ao setor hospitalar, e buscaram demonstrar como pode ser mensurado o impacto da atividade de ensino no valor econômico agregado por um hospital universitário público. Os resultados mostraram que um aumento na taxa básica de juros aumenta o custo de oportunidade do capital investido pela sociedade, exigindo maior eficiência operacional (medida pelo resultado econômico-operacional) das entidades públicas, como acontece no setor privado. Com efeito, identificou-se que os hospitais universitários possuem alta concentração de investimentos em competência e tecnologia, até então desprezados pela contabilidade tradicional no quesito mensuração. Desta forma, a avaliação de desempenho, pelo modelo adaptado, permitiria, segundo os autores, demonstrar a relação entre o investimento em capital intelectual (competência e tecnologia) e os custos “gerados” (atividades de ensino e pesquisa). Se os investimentos gerarem custos inferiores aos benefícios, seria corroborada a atratividade econômico-financeira da empresa (sob a perspectiva da gestão baseada em valor), além de sinergia dos recursos e alto desempenho. Senão, traria subsídios para que os gestores possam reordenar suas políticas estratégicas, em especial as de investimento e operacionais em tempo oportuno.

Gonçalves et al. (2007) aplicaram o DEA para avaliação do desempenho de hospitais públicos em termos das internações em suas clínicas médicas. Nos hospitais estudados se

destacaram as doenças do aparelho circulatório (23,6% das internações); e a taxa de mortalidade foi de 10,3% das internações. Das 27 capitais, quatro alcançaram 100% de eficiência (Palmas, Macapá, Teresina e Goiânia), sete ficaram entre 85% e 100%, dez entre 70% e 85% e dez com menos de 70%. A ferramenta utilizada mostrou ser aplicável para a avaliação de desempenho de hospitais públicos, revelando a grande variabilidade entre as capitais brasileiras, no que se refere às internações em clínica médica.

Souza, Nishijima e Rocha (2007) avaliaram o grau de eficiência produtiva do setor público hospitalar em 366 municípios do estado de São Paulo entre os anos de 1998 e 2003. Os resultados sugerem que os municípios mais eficientes são aqueles que contratam mais leitos de hospitais privados, que realizam o maior número de internações (efeito de economia de escala), que possuem menor população (efeito congestionamento) e que apresentam menor tempo médio de internação.

Bonacim e Araújo (2008) descreveram as consequências de mudanças operacionais nos indicadores econômico-financeiros de um hospital universitário público. Como metodologia, foi feito, além da pesquisa bibliográfica, um estudo de caso no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Concluiu-se que os custos médios apresentam comportamentos semelhantes, com tendência à estabilização, confirmando assim ganhos em eficiência. Ressaltaram, por fim, a importância da prestação de contas para a sociedade quanto ao uso do recurso público.

Cesconetto, Lapa e Calvo (2008) buscaram verificar quais são os hospitais eficientes quanto ao aproveitamento de seus recursos. Os dados do estudo são de 2003, obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Os resultados indicaram 23 hospitais eficientes, além de apontar as metas eficientes de produção para cada unidade avaliada. De acordo com o modelo empírico definido, o número de internações com altas poderia ser aumentado em 15% de acordo com o modelo DEA orientado para expansão da produção. Quando se aplica o modelo DEA orientado para a redução de insumos, o número de médicos, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem poderia ser reduzido em 25%, o número de leitos em 17% e o valor de autorização de internação hospitalar (AIH) em 13% para a rede hospitalar em estudo.

Pontes et al. (2008) analisaram a literatura disponível sobre a aplicação de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares. Os autores observaram uma carência de publicações que descrevessem exemplos práticos da utilização de indicadores em suprimentos. Borba e Kliemann Neto (2008), por sua vez, realizaram uma análise histórica da gestão em saúde no Brasil, considerando uma mudança a partir do processo de descentralização. O

presente artigo teve como principal objetivo descrever uma mudança de enfoque na área de saúde. Pôde-se perceber uma alteração de visão da centralizada e linear para a sistêmica, na qual as relações entre os diferentes componentes do sistema de saúde estão sendo percebidas. Outra característica identificada, a partir dos autores pesquisados por Borba e Kliemann Neto (2008), é a existência de uma grande preocupação com o uso e a construção do conhecimento para a prática de gestão na área de saúde. Essa preocupação é reforçada pela importância dada à sistematização de pesquisas e procedimentos, pelo foco em discussões coletivas para a elaboração de novas formas de gestão e ação. Percebe-se nesse processo a necessidade de uma mudança comportamental nas práticas de saúde, buscando o conhecimento coletivo e uma ênfase na explicitação dos conhecimentos para a organização.

Fonseca e Ferreira (2009) analisaram os níveis de eficiência em unidades institucionais homogêneas do setor de saúde, tomando como referência as microrregiões do estado de Minas Gerais. Os resultados demonstraram que o desempenho das microrregiões na otimização de recursos pôde ser considerado bom, em razão de a maior parte delas se concentrar em escores superiores à média do Estado. Entretanto, preocupa o fato da alta diversidade intraregional, uma vez que os altos desvios-padrão apontam para disparidades na gestão dos recursos da saúde.

Souza et al. (2009) objetivaram verificar quais indicadores de desempenho apresentados na literatura internacional podem ser calculados por meio das informações disponíveis no Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e nas demonstrações contábeis publicadas pelos hospitais do Brasil. Foi possível verificar que existe uma extensa gama de indicadores que podem ser utilizados para a análise de desempenho de organizações hospitalares. Além disso, constatou-se que os hospitais da amostra divulgam a maioria das informações necessárias para o cálculo dos indicadores de desempenho econômico-financeiro. Por outro lado, observou-se certa dificuldade em se obter os dados para o cálculo dos indicadores de desempenho operacional. Quase todos os indicadores financeiros evidenciam a situação de fragilidade financeira da maioria dos hospitais estudados, visto que apontam resultados insatisfatórios e apontam uma situação de baixa liquidez das organizações. Os baixos índices de liquidez demonstram a fraca capacidade desses hospitais em saldar suas dívidas, tanto no curto quanto no longo prazo, aumentando seu risco de insolvência. Os indicadores de estrutura apresentam níveis de endividamento com terceiros relativamente altos e os indicadores de lucratividade e rentabilidade também apresentam resultados pouco satisfatórios. Destaca-se que alguns indicadores calculados para os hospitais apresentaram valores menores que zero. Isso se deve principalmente ao fato de alguns hospitais terem apresentado déficit no período ou valores negativos para o patrimônio social (passivo a descoberto). Pode-se

interpretar que esses hospitais reconhecem as despesas financeiras na contabilidade, mas que de fato não as pagam. Observa-se que um dos principais credores destes hospitais é o governo. Há no Brasil, em geral, déficit na oferta de leitos e de serviços hospitalares, então, pode-se dizer que o governo se torna de certa forma dependente dos hospitais para a prestação de assistência à população.

Ibañez e Vecina Neto (2009) objetivaram situar no contexto das reformas de estado pensadas na década de 90 para o Brasil, as propostas de mudança dos modelos de gestão da administração pública, com foco no processo de implementação do SUS. Na análise comparativa das características desse tipo de entidade proposta para gestão hospitalar, observam-se semelhanças com a proposta de Organizações Sociais. Fundação Estatal e Contrato de Gestão podem ser vistos como modelos que possibilitam modernizar o Estado, além de reintroduzirem o tema da reforma hospitalar na agenda governamental brasileira. É fundamental reconhecer que o Estado brasileiro está defasado, no que se refere a usar instrumentos gerenciais que aumentem a sua eficiência no campo da prestação de serviços de saúde. Os autores também propõem uma alternativa, que é a da fundação pública de direito privado.

Bonacim e Araújo (2010) trataram da gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos e descreveram as consequências de mudanças operacionais nos indicadores econômico-financeiros do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Este trabalho procurou demonstrar como o hospital em estudo, bem como outros universitários, enfrentam desafios na busca da eficiência e eficácia gerenciais. Para os autores, deve-se abandonar o conceito simplista de que a escassez de recursos justifica a falta de qualidade e a crise da área; buscando-se analisar, para tal, indicadores como os de produção, de satisfação do cliente, entre outros, definindo o que é importante. Neste trabalho, a análise foi subsidiada por indicadores de produção e financeiros, baseados a literatura sobre o tema. Entende-se que, com a pesquisa bibliográfica e com o estudo de caso realizado no hospital universitário público, pôde-se corroborar quantitativamente os impactos das políticas de gestão empregadas na instituição, durante o período, como forma de balizar metas futuras.

Veloso e Malik (2010) avaliaram o desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde, com foco rentabilidade, comparando hospitais, operadoras de planos de saúde e empresas em geral. Conclui-se que a rentabilidade de hospitais com maiores receitas não parece diferir significativamente entre hospitais com ou sem finalidade lucrativa, no que diz respeito à margem LAJIDA (Lucros Antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização; também

conhecido pelo termo em inglês EBITDA – *Earning Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortization*), margem líquida e retorno sobre os ativos totais.

Caldana et al. (2011) buscaram destacar e analisar por meio de uma revisão integrativa, indicadores que avaliam a qualidade da assistência de enfermagem nos serviços hospitalares. Concluiu-se que a utilização de indicadores de desempenho é essencial para os serviços de saúde, uma vez que se configura em uma medida que permite o monitoramento e a identificação de estratégias de intensificação da melhoria da qualidade da assistência. Todavia, poucos estudos relacionados a indicadores de resultados foram encontrados na literatura apontando a necessidade de maior investigação sobre a utilização dos mesmos para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.

Guerra (2011) buscou analisar a eficiência de hospitais a partir de indicadores financeiros e não financeiros, a fim de evidenciar a (in) eficiência da gestão financeira das organizações hospitalares públicas e privadas (com e sem fins lucrativos). Dentre os resultados apresentados, destaca-se a proposta de uma estrutura de avaliação de eficiência da gestão financeira de hospitais. Composta de treze modelos que utilizam o DEA, a proposta compreende tanto indicadores financeiros quanto operacionais e ainda propõe um Modelo-padrão, composto pelas variáveis de maior peso e que, portanto, poderiam determinar a eficiência dos hospitais analisados.

Lima Neto (2011), por sua vez, teve foco na análise das práticas de administração financeira em hospitais brasileiros, por meio do estudo de alguns indicadores econômico-financeiros. O autor encontrou forte correlação entre a liquidez corrente e o percentual de ativos financeiros sobre o ativo total; correlação forte a moderada entre a liquidez corrente e a margem operacional; e correlação fraca a moderada entre a liquidez corrente e a margem LAJIR (Lucro antes de Juros e Imposto de Renda; também conhecido pelo termo em inglês EBIT - *Earnings before interest and taxes*). O autor observou que o bom desempenho financeiro dos hospitais nos períodos em análise estava influenciado por elevados montantes investidos em aplicações financeiras. A decisão de investir valores expressivos nessas aplicações, em vez de fazê-lo em ativos operacionais, parece indicar uma decisão estratégica no sentido de aproveitar as altas taxas do mercado financeiro em períodos em que a lucratividade do negócio hospitalar revelava baixas as negativas margens de lucro operacional.

Lobo et al. (2011) se propuseram a medir o desempenho de hospitais de ensino por meio do DEA e estudar a influência de fatores ambientais na eficiência encontrada. A média de eficiência foi 49% e cinco hospitais foram considerados eficientes. Na regressão, as variáveis com maior poder explicativo para eficiência foram porte hospitalar, alta intensidade e baixa

dedicação de ensino. Não foi verificada associação entre eficiência e natureza jurídica ou Índice de Desenvolvimento Humano (DH) do município de entorno. A eficiência hospitalar é influenciada por variáveis ambientais, nem todas suscetíveis à governabilidade do gestor, que podem ser consideradas na pactuação de metas para financiamento.

Alastico e Toledo (2012) afirmam ter produzido uma padronização de conceitos e da definição de escopo e perspectivas envolvidas na composição do desempenho de hospitais, visando reduzir a heterogeneidade apresentada pela literatura e gerar um conjunto atualizado de visões sobre essa temática. O desempenho hospitalar, por suas características multidimensionais, apresenta uma complexidade em termos de definição e medição, tornando dificultosa a sua gestão. Isso se torna evidente na medida em que a literatura da temática é heterogênea, fazendo com que o escopo delimitado para os fatores componentes do desempenho seja variável e a gama de indicadores voltados ao monitoramento do desempenho hospitalar seja diversificada. A dificuldade mais enfrentada pelas organizações do setor, segundo os autores, é estabelecer uma sistemática de medição e monitoramento das perspectivas de desempenho confiável e adequada e que, principalmente, considere a influência de fatores humanos no desempenho hospitalar, avaliando-o, por completo, em todas as suas dimensões. Isso geraria, à gestão, evidências precisas sobre sua real evolução, permitindo a melhoria no funcionamento do hospital como um todo, pois proporcionaria maior eficácia e qualidade aos serviços prestados, custos menores, um ambiente de trabalho mais harmonioso que respeite necessidades e expectativas de pacientes e profissionais e facilitando atingir as metas e os objetivos organizacionais de padrões cada vez mais elevados.

Cigana (2012) descreveu indicadores de utilização de uma unidade de Terapia Intensiva Adulto em um hospital de grande porte do noroeste do Rio Grande do Sul, no biênio 2012-2013. A taxa de ocupação de leitos manteve-se acima de 75%. A média de permanência/ dia e a taxa de mortalidade foram inferiores a outros estudos semelhantes. Os indicadores da referida unidade se mantiveram dentro do preconizado pelos órgãos responsáveis.

Cunha e Corrêa (2013) fizeram uma tentativa de desenvolver um modelo para avaliação de desempenho específico para hospitais filantrópicos e comparar a eficiência das organizações estudadas. Coletando os dados referentes ao modelo com 70 hospitais na pesquisa de campo, uma análise envoltória de dados foi realizada. Concluiu-se não haver grande disponibilidade de informações gerenciais nos hospitais brasileiros e apontaram-se elementos para incrementar a eficiência para a amostra.

Espejo e Portulhak (2014) se preocuparam em diagnosticar a forma como é realizada a avaliação de desempenho em um hospital universitário, tendo em vista a estratégia adotada pela

instituição. Para tal intuito, procedeu-se um estudo de caso em um hospital universitário federal da região Sul do país, que utilizava a ferramenta de contratos de gestão como artefato de avaliação de desempenho organizacional. As evidências indicaram que não há um alinhamento adequado entre estratégia, artefato de avaliação de desempenho e tomada de decisão na instituição, o que pode dificultar a implantação de estratégias, sugerindo-se à entidade reflexões sobre a adequabilidade do artefato utilizado e do sistema de recompensas.

Freitas (2014) objetivou discutir a importância da suplementação do elenco de indicadores de desempenho usuais com indicadores de natureza econômico-social na gestão em unidades hospitalares. O estudo trouxe uma contribuição conceitual na gestão de indicadores, uma vez que, as ações hospitalares estão integradas em um sistema de saúde, sendo assim, os indicadores são instrumentos de apoio ao planejamento de políticas públicas de saúde e, portanto, uma análise multidimensional permite um entendimento mais preciso da realidade da população e implantação de ações efetivas por parte dos gestores hospitalares e da saúde.

Politelo, Rigo e Hein (2014) avaliaram a eficiência da aplicação de recursos no atendimento do SUS nos municípios do estado de Santa Catarina por meio do DEA. Os resultados desta pesquisa mostraram uma melhora na eficiência da aplicação de recursos no atendimento do SUS de Santa Catarina em comparação aos resultados de pesquisas já realizadas. A pesquisa permitiu concluir, segundo os autores, que a eficiência da aplicação de recursos no atendimento do SUS nas cidades catarinenses é satisfatória, porém, a constatação de cidades com índices inferiores à média, remete a se propor que a melhora pode ser obtida a partir da orientação das cidades não eficientes, pelos seus benchmarks explanados na análise do estudo.

Souza et al. (2014) analisaram o desempenho de 20 hospitais públicos e filantrópicos brasileiros entre os anos de 2006 e 2011. Os dados secundários financeiros e operacionais utilizados na análise dos hospitais foram obtidos junto ao DATASUS e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os hospitais apresentaram resultados incipientes em relação à lucratividade e à rentabilidade. Algumas variáveis apresentaram influência no desempenho financeiro hospitalar, quais sejam: porte, natureza jurídica (i.e., Filantrópicos e Públicos) e o tipo (i.e. Geral ou Especializado). Por fim, a DEA indicou que, de modo geral, os hospitais apresentaram um desempenho superior no que diz respeito à maximização de seus resultados financeiros a partir de indicadores operacionais.

Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014) fizeram uma análise de como gestores de serviços hospitalares utilizam indicadores de desempenho para realizar a gestão estratégica de recursos sob a ótica da gestão do conhecimento baseada em evidências. Concluiu-se que o

compartilhamento de informações é essencial para a aplicação do sistema de indicadores; o uso de indicadores no hospital público privilegia o desenvolvimento do conhecimento e o uso de indicadores no hospital filantrópico tem ênfase na gestão da qualidade.

Ramos et al. (2015) analisaram se o porte, a esfera administrativa, a natureza jurídica, o tipo de unidade, e a atividade de ensino influenciam o desempenho de rede hospitalar prestadora de serviços ao SUS. Os resultados desse estudo demonstraram que a taxa de ocupação hospitalar em hospitais de pequeno porte é inferior à de hospitais de porte médio, grande e especial. Os autores observaram, ainda, maiores taxas de ocupação hospitalar e índice de rotatividade nos hospitais com atividade de ensino. A taxa de mortalidade hospitalar apresentou-se inferior nos hospitais especializados, em comparação com hospitais gerais, apesar da maior proporção de internações de alta complexidade. Não foram observadas diferenças entre hospitais da administração direta e indireta para a maioria dos indicadores analisados.

Rodrigues e Torres (2015) buscaram verificar em que medida a Gestão de Recursos Humanos (GRH) contribui para o desempenho de hospitais na perspectiva da eficiência. A experiência nas organizações de saúde sugere a necessidade de considerar um conjunto de indicadores de desempenho que incluem indicadores financeiros, de serviços com foco na satisfação do serviço entregue, clínicos que avaliam o processo de cuidado e/ou o resultado para os pacientes. Os autores concluem que mensurar a contribuição da GRH para o desempenho organizacional se, por um lado, sinaliza o avanço que os modelos, especialmente do segmento industrial, obtiveram nas últimas décadas, também reforça o grande desafio para estudos dessa natureza em organizações de saúde pela relação mais direta que o trabalho das pessoas exerce sobre o resultado em hospitais.

Souza et al. (2015) buscaram evidenciar as causas e a dimensão da ineficiência relativa de cada unidade comparada; gerar um indicador de eficiência e determinar novas metas de produção que maximizem a eficiência das unidades da amostra. O resultado mostrou que, utilizando o DEA para o grupo de organizações em estudo, os hospitais privados seriam mais eficientes do que os públicos, mesmo quando excluídos os mais heterogêneos. Além do mais, os resultados deste trabalho identificaram pelo menos três importantes questões a serem consideradas quando da aplicação de DEA a hospitais do SUS: a complexidade da avaliação da eficiência hospitalar; a escolha do método e das variáveis para tal avaliação; e como considerar o contexto em abordagens fundamentalmente quantitativas.

Trivelato et al. (2015) analisaram se existe diferença na eficiência alocativa dos recursos econômicos financeiros dos hospitais públicos, baseado no modelo DEA. Com relação aos resultados alcançados, verificou-se que entre os mais eficientes dentro da amostra de 35

hospitais estão os públicos e os privados, ficando os filantrópicos com menor número de hospitais eficientes, uma vez que foram analisados um número maior de hospitais filantrópicos. Durante a pesquisa foi possível observar que os hospitais públicos estudados não atendem mais que sua capacidade produtiva, confirmando assim os resultados obtidos no presente trabalho. Após avaliar a relação da eficiência com os indicadores financeiros, pontua-se que quando se trata de liquidez existe uma relação positiva com a eficiência, ou seja, os hospitais eficientes apresentam uma média superior de liquidez que os hospitais ineficientes. De modo geral, conclui-se que o presente trabalho pode contribuir para análise do desempenho da gestão financeira e produtiva dos hospitais. A priori, porque apresenta a relação de indicadores financeiros e operacionais que podem ser utilizados para análise da eficiência dessas entidades filantrópicos e privados.

Souza et al. (2016) realizaram uma análise de eficiência de hospitais. Foram estudados 15 hospitais, públicos, privados e filantrópicos, de sete Estados entre os anos de 2008 e 2012. Para a mensuração da eficiência utilizou-se o DEA, a partir do qual elaboraram-se três formulações para combinar indicadores financeiros e operacionais. No estudo, verificou-se que cinco hospitais foram considerados eficientes pela Formulação 1, pela Formulação 2 foram quatro hospitais, e com relação à Formulação 3, sete hospitais. Também se observou que 2 hospitais foram considerados eficientes simultaneamente pelas três formulações e 6 hospitais não foram apontados como eficientes em nenhuma das formulações propostas. De forma complementar, a análise da variável de escala mostrou que a maioria dos hospitais trabalha com deseconomias de escala de acordo com formulações 1 e 3, enquanto que os mesmos apresentaram resultados positivos para a variável em questão na Formulação 2. Os hospitais eficientes nas três formulações apresentaram concomitantemente uma boa rentabilidade e saúde financeira que também é refletida nos indicadores operacionais. Em contrapartida alguns hospitais foram eficientes em apenas uma ou duas formulações, o que demonstra que a eficiência financeira não foi suficiente para garantir a eficiência operacional. Em relação aos hospitais que não foram eficientes em nenhuma das formulações propostas, chama a atenção que esses apresentaram bons índices em algumas variáveis como é o caso do Hospital Infantil Pequeno Príncipe que apresentou boa rentabilidade. Esses hospitais não se destacaram em nenhuma das formulações devido principalmente ao baixo desempenho dos indicadores operacionais que apresentaram maiores pesos nas formulações, ou seja, maior impacto na determinação da eficiência. Ainda assim isso não significa que os índices financeiros não sejam importantes, hospitais ineficientes também apresentaram maus índices financeiros como, por exemplo, a Santa Casa de Belo Horizonte.

Souza et al. (2016) analisou a eficiência hospitalar a partir de indicadores de Ciclo Operacional e Margem Operacional, além de outros indicadores operacionais. Os autores utilizaram DEA, por meio da qual propuseram dois modelos. No primeiro, encontram-se sete hospitais apontados como eficientes; já no segundo, há oito hospitais. A análise dos pesos, em consonância com a análise dos dados adotados, permitiu verificar que, apesar de alguns hospitais apresentarem *escore* de eficiência igual a 1, os mesmos apresentam problemas financeiros.

Sant'Ana, Silva e Padilha (2016), por fim, fizeram uma avaliação da eficiência do desempenho econômico-financeiro de hospitais brasileiros no ano de 2013. Os resultados destacam a eficiência do gerenciamento do desempenho econômico e financeiro em 15 hospitais, dos quais as estatísticas aplicadas indicam que há diferenças significativas entre o Ativo Total, a Receita Líquida, o Patrimônio Líquido e o Giro dos Ativos na amostra analisada. Em um oposto, o Endividamento Geral, o Retorno do Investimento, o Retorno dos Ativos, o EBITDA e a Margem Líquida os hospitais apresentam resultados aproximados no quesito rentabilidade da atividade, demonstrando que as organizações hospitalares de grande porte não se diferenciam nas medidas de rentabilidade e na margem de lucro registrada, comparativamente aos hospitais de pequeno e médio porte.

Pitocco e R. Sexton (2017) buscaram propor uma alternativa à Taxa de Mortalidade ajustada ao risco (RAMR) baseada em uma metodologia sólida, de melhor compreensão e que possa ser usada em triagem em larga escala sem requisitos adicionais de dados. A RAMR é amplamente utilizada pelas agências de saúde para avaliar o desempenho hospitalar. Para demonstrar a metodologia proposta, foram obtidos dados do Departamento de Saúde do Estado de Nova York para 10 indicadores de qualidade de pacientes internados para o período de 2009 a 2013. Foi encontrada forte concordância entre a probabilidade da UTP (upper tail probability) e a RAMR (risk-adjusted mortality rate), corroborando com a alegação feita de que a UTP é uma alternativa viável à RAMR. Por fim, foi mostrado que o método proposto é mais simples de executar do que o RAMR e de mais fácil interpretação. Além disso, estará disponível para todos os hospitais independente do volume de pacientes.

3. METODOLOGIA

Com caráter descritivo e quantitativo, o presente estudo tem foco nos hospitais brasileiros que disponibilizam leitos de internação para o SUS, ou seja, prestam serviços ao sistema por meio de contratos e convênios. A seleção desses hospitais se deu a partir do acesso às demonstrações financeiras publicadas, via internet, dado a necessidade de se obter as informações contábeis para cálculo dos indicadores financeiros. As seções 3.2 e 3.3 tratam da coleta e tratamento dos dados, bem como da modelagem DEA utilizada para cálculo da eficiência dos hospitais em estudo.

A pesquisa foi iniciada a partir da busca pelas demonstrações contábeis que eram divulgadas na internet através da ferramenta de pesquisa “Google”. A princípio foram encontradas demonstrações financeiras publicadas no endereço eletrônico do próprio hospital, em áreas destinadas a esse fim específico – na maioria dos casos existe uma guia “Transparência” – ou em conjunto com outros documentos – por exemplo, relatórios anuais de gestão, em que a organização hospitalar divulga ao final, as demonstrações financeiras do período seguidas do parecer de auditoria –, ou nos sites da imprensa oficial em que os hospitais estão sediados, a exemplo da maioria dos hospitais do estado de São Paulo que utiliza este meio como principal fonte de divulgação. Após a busca inicial, foram coletadas demonstrações financeiras de 97 organizações. Em seguida, definiram-se os critérios para delimitação da amostra, quais sejam: (i) o ano base de análise dos indicadores financeiros e (ii) se o hospital é prestador de serviços de internação ao SUS.

A definição do período (*i.e.*, ano) baseou-se na maior frequência entre os períodos, sendo que a maior ocorrência de demonstrações disponíveis foi verificada no ano de 2016. Contudo, ressalta-se que há uma discrepância quanto à regularidade da publicação dessas demonstrações, pois alguns hospitais publicaram até determinado ano e depois não mais divulgaram suas demonstrações. Com o período da amostra definido, buscou-se obter apenas as demonstrações do Balanço Patrimonial e Demonstração do Resultado do Exercício auditadas e referentes ao ano de 2016 de hospitais brasileiros, restando 77 hospitais.

Para segundo critério – prestar serviços de internação ao SUS, utilizou-se como fonte de pesquisa o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sistema de informações do Ministério da Saúde, em que se encontram cadastrados todos os estabelecimentos de saúde: públicos, conveniados e privados, seja pessoa física ou jurídica, que realizam qualquer tipo de serviço de atenção à saúde no âmbito do território nacional

(DATASUS, 2018). Dentre a amostra selecionada, foram identificadas 50 organizações que prestam serviços ao SUS com demonstrações publicadas em 2016.

Antes de se iniciar as análises, as informações contábeis foram padronizadas com vistas a manter a uniformidade das contas contábeis necessária à análise. A partir da proposta por Guerra (2011) foram definidos os indicadores financeiros para cálculo e análise, sendo os valores positivados e extraídos desses os logaritmos naturais. A proposta baseia-se na modelagem DEA, que atribui pesos às variáveis consideradas no modelo a fim de ranquear as unidades (i.e., hospitais) em estudo em eficiências e ineficientes. Com esse modelo, é possível obter o hospital *benchmarking* da amostra e, ainda, verificar quais as variáveis de maior peso no seu desempenho.

3.1. A modelagem DEA

O DEA foi desenvolvido com o intuito de medir a eficiência de determinadas unidades produtivas, denominadas *Decision Making Unit* – DMU. Desenvolvido por Charnes (1978), o objetivo é permitir a comparação das DMU's, e a observação das melhores práticas dentre as DMU's consideradas eficientes (SILVEIRA, 2012). A verificação da eficiência pelo DEA consiste em analisar um conjunto de *inputs* (insumos) que produzem múltiplos *outputs* (resultados), ou seja, auxilia na avaliação de empresas pelo multicritério (CAMPOS, 2017). Silveira (2012, p.2) descreve que:

Existem dois modelos clássicos em DEA: CCR (também conhecido por CRS ou Constant Return to Scale), proposto por Charnes, Cooper e Rhodes (1978), e BCC (também conhecido por VRS ou Variable Return to Scale) proposto por Banker, Charnes e Cooper (1984). No modelo CCR qualquer variação nos inputs produz variação proporcional nos outputs, considerando-se retornos constantes de escala. Já o modelo BCC não assume proporcionalidade entre inputs e outputs, permitindo retornos variáveis de escala.

Com auxílio do software SIAD, v. 3.0, foram analisadas nessa pesquisa os resultados para a eficiência padrão, invertida e composta*. Especificamente, a modelagem DEA utilizada teve como referência a pesquisa iniciada por Lovell et al. (1995), popularizada por Cherchye et. al (2004), e utilizada por de Horta, Camanho e Costa (2012) e Deng e Smyth (2014), em que se propõe o conceito de indicadores compostos recorrendo a técnicas de otimização. A principal diferença entre uma análise de eficiência “tradicional” de DEA e a construção de um indicador

composto por Cherchye et. al. (2004) é que o último somente considera as realizações, sem levar em conta explicitamente os recursos utilizados.

No presente estudo, a partir dessa abordagem de Cherchye et al. (2004), utilizaram-se como *outputs* os indicadores propostos por Guerra (2011), resultado na estrutura do modelo apresentada no Quadro 1.

Quadro 1: Indicadores utilizados no modelo

Input	Output
Dummy input (1)	GA – Giro do ativo
	MO – Margem operacional
	ROA – Retorno sobre ativos

Fonte: elaboração própria.

Horta, Camanho e Costa (2012) explicam que a lógica do uso de um modelo DEA para obter um indicador composto é agregar um conjunto de indicadores ótimos em uma única medida de desempenho e ressalta que os indicadores utilizados no modelo devem ser cuidadosamente selecionados para não prejudicar a comparação entre as empresas. O modelo utilizado proposto por Cherchye et al. (2004) equivale ao CCR com orientação a *input* de Charnes et al. (1978), com todos os indicadores considerados como saídas e uma *dummy input* (com valor igual a 1).

Sobre os indicadores, tem-se que o Giro do Ativo (GA) mede quanto cada real aplicado no ativo total gera receita ao hospital. O cálculo se dá pela divisão da Receita Total da entidade pelo Ativo Total. A Margem Operacional (MO), por sua vez, é calculada pela divisão do Lucro Operacional pela Receita Operacional do hospital, indicando, portanto, a proporção do lucro obtido em relação às atividades operacionais da organização. O Retorno sobre Ativos (em inglês, *Return Over Assets* – ROA) mensura a rentabilidade gerada pelos ativos da entidade. O cálculo se dá pela divisão do Lucro Líquido pelo Ativo Total (GUERRA, 2011).

Em que pese, no presente estudo não terem sido avaliados indicadores operacionais (*e.g.*, taxa de ocupação, tempo médio de permanência, pessoal por leito ocupado), é possível estabelecer as seguintes relações, também propostas por Guerra (2011):

- baseado em Schuhmann (2008) e McCue e Nayar (2009), hospitais eficientes na gestão operacional (*e.g.*, menores índices de taxa de ocupação, tempo médio de permanência e pessoal por leito ocupado) obtêm maiores GA e MO;
- baseado em Younis, Younies e Okojie (2006), quanto maior o número de leitos, maior a taxa de ocupação, resultando em maior ROA;

- baseado em Marinho, Moreno e Cavalini (2001), hospitais eficientes têm maiores taxa de ocupação e GA.

Além desse enfoque apenas nos indicadores financeiros, não mensurando, portanto, os operacionais, ressalta outra limitação do presente estudo, qual seja a sensibilidade do modelo DEA. Por questões da própria modelagem, os indicadores determinantes do desempenho, bem como os escores de eficiência, referem-se apenas ao conjunto de DMUs consideradas na amostra e a combinação de *inputs* e *outputs*. Quaisquer alterações podem gerar resultados distintos e, portanto, os achados não podem ser generalizados a outras organizações.

4. RESULTADOS

4.1. Análise descritiva dos hospitais

O presente trabalho apresentou inicialmente uma amostra de 97 hospitais, localizados nos estados de São Paulo (SP), Mato Grosso do Sul (MS), Rio de Janeiro (RJ), Minas Gerais (MG), Rio Grande do Sul (RS), Espírito Santo (ES), Pernambuco (PE), Paraná (PR), Alagoas (AL), Mato Grosso (MT), Distrito Federal (DF) e Goiás (GO). Desses, 17 instituições não prestavam serviço ao SUS, e, portanto, foram retirados da amostra. Outros 30 hospitais, também excluídos, apresentaram problemas nos dados, por: não divulgarem informações individuais (Balanço Patrimonial e Demonstração do Resultado do Exercício) da instituição; apresentar demonstrações incompletas para o período divergente do ano analisado – que é o de 2016; e/ou porque prestavam serviços ao SUS, mas não ofertavam leitos ao sistema. Assim a amostra final foi definida para 50 hospitais, conforme listagem apresentada na Tabela 1.

A amostra contraria o padrão do setor hospitalar no Brasil, em que a maioria das unidades possui poucos leitos (i.e., no máximo 50) (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, p. 76), já que somente dois hospitais não ultrapassam os 50 leitos, quais sejam: Hospital de Misericórdia de Altinópolis/SP (DMU 8) com 31 leitos e Associação Beneficente São Sebastião/SP (DMU 40) com 33 leitos. Ressalta-se ainda o Hospital Nossa Senhora da Conceição/ES (DMU 10), que, apesar de ser uma entidade empresarial, possui 100 % dos seus leitos destinados ao SUS. As DMUs 1, 3, 6, 21, 22, 28, 33, 34, 37, 39, 47 e 49 também possuem todos os seus leitos disponíveis para o SUS. Em média, a amostra tem 363 leitos total, com 80% destinado ao SUS.

Os hospitais analisados na presente pesquisa são classificados em especializados ou geral e a natureza dos mesmos é: sem fins lucrativos, entidade empresarial e administração pública. Segundo o DATAUS (2018), hospital geral é aquele destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas e pode dispor de serviço de urgência/ emergência. Já a entidade especializada se caracteriza por prestar serviço de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Na amostra final apenas Fundação Pio XII (Fundação do Câncer de Barretos/SP – DMU 1), Associação Cruz Verde/SP (DMU 3), Associação de Assistência à Criança Deficiente/SP (DMU 9), Hospital Santa Rita de Cássia/ES (DMU 11), Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer/SP (DMU 12), Hospital A. C. Camargo/SP (DMU 24) e Hospital das Clínicas FMUSP (Fundação Zerbini/SP) (DMU 25), Hospital Erasto Gaertner/PR (DMU 44) e Hospital Geral Universitário/MT (DMU 50) são especializados.

Duarte (2009) alega que as entidades sem fins lucrativos são aptas para assumir a gestão de funções classificadas não típicas de Estado e são dirigidas por um Conselho com representação ampla da comunidade. Os hospitais privados são definidos pela iniciativa de particulares e disponibilizam parte dos seus leitos ao SUS. As entidades públicas podem fazer parte da administração pública direta, composta de órgãos diretamente ligados ao Governo Federal, ou da administração pública indireta, quando constituídas por meio da descentralização – autarquia, fundação pública ou empresa estatal (ARAÚJO, 2015). No estudo, as DMUs sem fins lucrativos são: 1 a 9, 11, 12, 15, 19, 23, 24, 29, 31, 32, 38 a 46 e 48. As DMUs 10 e 30 são consideradas entidades empresariais; e, as demais DMUS, hospitais da administração pública.

Tabela 1: Perfil dos hospitais da amostra final

DMU	Estado	Nome	Leitos	Leitos SUS	% leitos SUS	Especialidade	Natureza
1	SP	Fundação Pio XII (Fundação do Câncer de Barretos)	272	272	100%	Especializado	Sem fins lucrativos
2	SP	Casa de Saúde Santa Marcelina Hospital Itaquera	726	621	86%	Geral	Sem fins lucrativos
3	SP	Associação Cruz Verde	204	204	100%	Especializado	Sem fins lucrativos
4	MS	Associação Beneficente de Campo Grande	634	521	82%	Geral	Sem fins lucrativos
5	RJ	Irmandade de São João Batista de Macaé	145	80	55%	Geral	Sem fins lucrativos
6	MG	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	898	898	100%	Geral	Sem fins lucrativos
7	SP	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Araraquara	160	108	68%	Geral	Sem fins lucrativos
8	SP	Hospital de Misericórdia de Altinópolis	31	25	81%	Geral	Sem fins lucrativos
9	SP	Associação de Assistência à Criança Deficiente	104	27	26%	Especializado	Sem fins lucrativos
10	RS	Hospital Nossa Senhora da Conceição	1309	1309	100%	Geral	Entidade empresarial
11	ES	Hospital Santa Rita de Cássia	240	109	45%	Especializado	Sem fins lucrativos
12	SP	Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer	59	45	76%	Especializado	Sem fins lucrativos
13	SP	Hospital Estadual de Bauru	328	319	97%	Geral	Administração Pública
14	SP	Hospital de Base de Bauru	174	162	93%	Geral	Administração Pública
15	SP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto – HCFMRP	819	795	97%	Geral	Sem fins lucrativos
16	SP	Hospital Estadual Mario Covas de Santo André	343	295	86%	Geral	Administração Pública
17	SP	Hospital Municipal Irmã Dulce	211	191	91%	Geral	Administração Pública
18	SP	Hosp. Dr. Radamés Nardini (Complexo de Saúde de Mauá - COSAM)	218	207	95%	Geral	Administração Pública
19	PR	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	548	466	85%	Geral	Sem fins lucrativos
20	RJ	Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	411	355	86%	Geral	Administração Pública
21	RJ	Hospital Estadual de Anchieta	63	63	100%	Geral	Administração Pública
22	RJ	Hospital Estadual Getúlio Vargas	287	287	100%	Geral	Administração Pública
23	SP	Hospital São Paulo (Hospital de Ensino da UNIFESP)	750	706	94%	Geral	Sem fins lucrativos
24	SP	Hospital A. C. Camargo	360	209	58%	Especializado	Sem fins lucrativos
25	SP	Fundação Zerbini (INCOR)	508	452	89%	Especializado	Administração Pública
26	SP	Hospital Municipal do M'Boi Mirim	245	223	91%	Geral	Administração Pública
27	SP	Hospital Municipal Cidade Tiradentes (Carmen Prudente)	243	239	98%	Geral	Administração Pública
28	SP	Hospital Geral de Itaqucetuba	244	244	100%	Geral	Administração Pública
29	SP	Irmandade Santa Casa de Andradina	145	120	83%	Geral	Sem fins lucrativos
30	SP	Hospital Samaritano	322	4	1%	Geral	Entidade empresarial
31	SP	Hospital São Joaquim (Beneficência Portuguesa)	1079	578	54%	Geral	Sem fins lucrativos
32	SP	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	1210	1190	98%	Geral	Sem fins lucrativos
33	SP	Hospital Estadual de Franco da Rocha	167	167	100%	Geral	Administração Pública
34	SP	Hospital Estadual Porto Primavera	59	59	100%	Geral	Administração Pública

35	SP	Hosp. Regional Presidente Prudente (Domingos Leonardo Ceravolo)	458	442	97%	Geral	Administração Pública
36	SP	Hospital Geral de Itapevi	265	258	97%	Geral	Administração Pública
37	SP	Hospital Estadual João Paulo II	103	103	100%	Geral	Administração Pública
38	RJ	Hospital São Francisco de Assis	350	52	15%	Geral	Sem fins lucrativos
39	MG	Complexo Hospitalar São Francisco	326	326	100%	Geral	Sem fins lucrativos
40	PR	Associação Beneficente São Sebastião	33	32	97%	Geral	Sem fins lucrativos
41	PR	Hospital Nossa Senhora das Graças	223	11	5%	Geral	Sem fins lucrativos
42	MG	Hospital Aroldo Tourinho	199	153	77%	Geral	Sem fins lucrativos
43	MG	Hospital São João de Deus	419	263	63%	Geral	Sem fins lucrativos
44	PR	Hospital Erasto Gaertner	150	122	81%	Especializado	Sem fins lucrativos
45	PR	Hospital Ministro Costa Cavalcanti	202	126	62%	Geral	Sem fins lucrativos
46	AL	Santa Casa de Misericórdia de Maceió	305	165	54%	Geral	Sem fins lucrativos
47	GO	Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi (HGG)	231	231	100%	Geral	Administração Pública
48	RS	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	1022	526	51%	Geral	Sem fins lucrativos
49	ES	Hosp. Dr. Benício Tavares Pereira – Hosp. Estadual Central	145	145	100%	Geral	Administração Pública
50	MT	Hospital Geral Universitário	226	211	93%	Especializado	Administração Pública
Média			363	294	80%		

Fonte: elaboração própria.

Para os indicadores financeiros considerados com *outputs* no modelo de análise, quais sejam, Giro do Ativo (GA), Margem Operacional (MO) e Retorno sobre Ativo (ROA) (ver Tabela 2; valores não padronizados), a média para os hospitais em estudo é de, respectivamente, 1,39; 0,01; e 0,01. Esses valores revelam que, em média, os hospitais da amostra apresentam baixos índices de lucratividade, rentabilidade e atividade. Para cada real aplicado em ativo nos hospitais, em média, apenas R\$ 1,39 foram convertidos em lucro no ano de 2016; além disso, para cada real de lucro gerado pelas entidades no referido ano, em média, apenas R\$ 0,01 foi obtido por meio das atividades operacional. Ainda para cada real aplicado em ativos das instituições, em média, gerou-se apenas R\$ 0,01 de receita para o hospital.

Há organizações na amostra com MO e ROA negativos, demonstrando desempenho financeiro insuficiente. Os piores resultados para esses índices referem-se a: (i) MO de - 0,78 para a DMU 19, Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/PR, uma entidade de grande porte (548 leitos) geral sem fins lucrativos com 85% dos leitos destinados ao SUS; (ii) ROA de -1,10, da DMU 18, Complexo de Saúde de Mauá – COSAM/SP, um hospital geral da administração pública com 95% dos leitos SUS, de um total de 218 leitos.

O melhor resultado para os indicadores MO e ROA são, respectivamente, de 0,26 e 0,59, da DMU 10, Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS, com 100% dos 1.309 de seus leitos destinados ao SUS, sendo uma entidade geral e empresarial. Outro destaque é para a DMU 26 – Hospital Municipal do M'Boi Mirim/SP, com o maior índice de GA, 15,96 – a instituição é um hospital geral da administração pública, com 245 leitos, dos quais 91% são destinados ao SUS.

Tabela 2: Indicadores *outputs* por DMU

DMU	Indicadores		
	GA	MO	ROA
1	0,74	0,03	0,02
2	1,72	0,09	0,14
3	0,79	0,00	- 0,00
4	2,87	0,13	0,27
5	0,96	0,09	0,10
6	0,61	0,07	0,00
7	0,52	- 0,05	0,01
8	4,25	- 0,04	- 0,17
9	1,49	0,07	0,12
10	3,84	0,26	0,59
11	0,78	0,05	0,07
12	0,73	0,03	0,03
13	8,31	- 0,02	- 0,19
14	14,61	- 0,04	- 0,52
15	0,62	- 0,04	0,01
16	5,24	- 0,02	- 0,09
17	4,60	0,00	- 0,04
18	5,63	- 0,18	- 1,10
19	0,75	- 0,78	- 0,64
20	1,05	0,03	- 0,00
21	0,96	0,00	0,00
22	0,87	0,01	0,01
23	0,49	- 0,00	- 0,00
24	0,65	0,20	0,20
25	1,47	0,06	0,06
26	15,96	0,01	0,07
27	8,24	- 0,01	- 0,07
28	7,64	- 0,06	- 0,45
29	1,31	- 0,12	- 0,08
30	0,52	0,10	0,04
31	0,79	0,05	0,06
32	0,64	0,16	0,04
33	5,20	0,09	0,49
34	2,98	- 0,02	- 0,05
35	5,38	- 0,02	- 0,12
36	7,78	0,02	0,22
37	3,00	- 0,01	- 0,04
38	0,60	- 0,16	- 0,10
39	1,69	0,03	0,00
40	2,19	- 0,18	- 0,44
41	1,31	0,04	0,08
42	0,74	- 0,12	- 0,12
43	1,90	- 0,01	- 0,26
44	0,96	0,12	0,07
45	2,85	0,01	0,02
46	0,96	0,05	0,05
47	5,87	- 0,01	- 0,10
48	1,08	0,03	0,02
49	3,40	0,03	0,14
50	0,86	0,09	- 0,01
Média	1,39	0,01	0,01
Máximo	15,96	0,26	0,59
Mínimo	0,49	- 0,78	- 1,10

Nota. Valores não padronizados.

Fonte: elaboração própria.

4.2. Análise da eficiência

Conforme a sistemática desenvolvida por Guerra (2011), utilizando-se da abordagem de Cherchye et al. (2004), foi mensurada a eficiência dos hospitais da amostra por meio da modelagem DEA com *input* igual a um, *outputs* financeiros (ver Quadro 1, subseção 3.3), e orientação a *input*. Mensurou-se a eficiência padrão, invertida e composta normalizada (indicada com asterisco *). A Tabela 3 sintetiza os resultados por DMU, apresentando aquelas que obtiveram score igual a um em cada fronteira.

Tabela 3: DMUs com score 1

Fronteira	DMUs
Eficientes (Padrão)	13, 26 e 50
Ineficientes (Invertida)	19, 41 e 44
Eficiente (*)	50

Fonte: dados da pesquisa.

Na fronteira padrão, o Hospital Estadual de Bauru/DP (DMU 13), Hospital Municipal M'Boi Mirim/SP (DMU 26) e Hospital Geral Universitário/MT (DMU 50) obtiveram score igual a 1, e, portanto, são considerados eficientes, dentre as organizações da amostra. O hospital 50, especificamente, obteve o melhor desempenho e configura-se como o benchmarking da amostra – por obter score igual a 1 na fronteira*. O Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/PR (DMU 19), Hospital Nossa Senhora das Graças/PR (DMU 41) e Hospital Erasto Gaertner/PR (DMU 44) obtiveram o pior resultado, isto é, score igual a 1 na fronteira invertida, sendo identificados como ineficientes dentre os analisados.

Para obtenção desses resultados, o modelo DEA CCR *input* atribuiu pesos às variáveis *outputs*, conforme valores apresentados na Tabela 4. Para fins de comparação, rerepresenta-se também na referida Tabela, os valores médios, máximo e mínimo não padronizados para cada uma das variáveis. Como se observa, dentre os *outputs*, aquele de maior peso médio é a Margem Operacional.

Tabela 4: Pesos médio dos outputs

Indicadores	Pesos médios	Máximo	Média	Mínimo
Output 1 – Giro do Ativo (GA)	0,01297	15,96	1,39	0,49
Output 2 – Margem Operacional (MO)	0,26691	0,26	0,01	-0,78
Output 3 – Retorno sobre o ativo (ROA)	0,01939	0,59	0,01	-1,10

Nota. Valores médio, máximo e mínimo não padronizados.

Fonte: dados da pesquisa.

Além dos indicadores, a fim de melhor visualizar os dados para análise dos hospitais eficientes e ineficientes, a Tabela 5 retoma as características qualitativas de cada um desses hospitais, já apresentadas anteriormente.

Tabela5: Resumo das informações sobre os hospitais eficientes e ineficientes

Informações		DMUs eficientes			DMUs ineficientes		
		Hosp. 13	Hosp. 26	Hosp. 50	Hosp. 19	Hosp. 41	Hosp. 44
Indicadores	GA	8,31	15,96	0,86	0,75	1,31	0,96
	MO	-0,02	0,01	0,09	-0,78	0,04	0,12
	ROA	-0,19	0,07	-0,07	-0,64	0,08	0,07
Localidade (UF)		SP	SP	MT	PR	PR	PR
Natureza		AP	AP	AP	SFL	SFL	SFL
Especialidade		Geral	Geral	Especializado	Geral	Geral	Especializado
N.º de leitos		328	245	226	548	223	150
N.º de leitos SUS		319 (97%)	223 (91%)	211 (93%)	466 (85%)	11 (5%)	122 (81%)

Nota. Valores dos indicadores não padronizados. SP – São Paulo; MT – Mato Grosso; PR – Paraná; AP – Administração Pública; SFL – Sem fins lucrativos

Fonte: dados da pesquisa.

Como se observa, o hospital benchmarking (DMU 50) apresenta MO (ver Tabela 5) superior à média da amostra (ver Tabela 4). É um hospital especializado com mais de 90% dos leitos destinados ao SUS. Além disso é uma instituição pública do Mato Grosso e de grande porte, segundo La Forgia e Couttolenc (2009). Os demais hospitais eficientes obtiveram bom resultado em pelo menos um dos indicadores financeiros – o hospital 13 tem GA superior à média amostral; e, o hospital 26, tem índices GA e ROA maiores do que a média da amostra. Esses, diferente da DMU 50, são hospitais gerais, mas também de grande porte, com mais de 90% dos leitos destinados ao SUS, da administração direta e localizados no Estado de São Paulo.

Os hospitais ineficientes, por sua vez, têm menos de 90% dos leitos destinados ao SUS, com destaque para a DMU 41, com apenas 5%. Os três são instituições sem fins lucrativos localizadas no Estado do Paraná. Desses, a DMU 19 tem pior desempenho financeiro (ver Tabela 5), com todos os indicadores inferiores à média amostral (ver Tabelas 4). Os demais hospitais têm GA apenas inferiores à média da amostra.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), são poucos os estudos empíricos sobre eficiência de hospitais brasileiros. A maioria deles concentra-se na avaliação de índices de produtividade (*e.g.*, taxa de produção por leito ou por funcionário). Especificamente, o presente estudo tem como foco a gestão financeira de hospitais públicos e privados com e sem fins lucrativos (filantrópicos). Baseado no modelo de programação linear- DEA, o objetivo geral do presente trabalho foi analisar as organizações hospitalar, por sua relevância na suplementação de serviços de alta complexidade ao SUS.

A amostra final foi definida para 50 hospitais, cuja característica do número de leitos contraria o padrão do setor hospitalar no Brasil, em que a maioria das unidades possui poucos leitos (*i.e.*, no máximo 50). Os indicadores financeiros avaliados, GA, MO e ROA, foram considerados como *outputs* na modelagem do DEA CCR orientado a *input*, com dummy input igual a 1. Desses, a variável de maior peso médio para os hospitais analisados foi MO.

Foram identificadas três instituições eficientes e outras três ineficientes. Das eficientes, o benchmarking Hospital Geral Universitário/MT (DMU 50) apresenta MO superior à média da amostra. É um hospital especializado com mais de 90% dos leitos destinados ao SUS. Além disso, é uma instituição pública de grande porte. Os demais hospitais eficientes obtiveram bom resultado em pelo menos um dos indicadores financeiros – o Hospital Estadual de Bauru/DP (DMU 13) tem GA superior à média amostral; e o Hospital Municipal M'Boi Mirim/SP (DMU 26) tem índices GA e ROA maiores do que a média da amostra. Esses, diferente da DMU 50, são hospitais gerais, mas também de grande porte, com mais de 90% dos leitos destinados ao SUS, da administração direta.

Os hospitais ineficientes, por sua vez, têm menos de 90% dos leitos destinados ao SUS, com destaque para o Hospital Nossa Senhora das Graças/PR (DMU 41), com apenas 5%. Os três são instituições sem fins lucrativos localizadas no Estado do Paraná. Desses, o Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/PR (DMU 19) tem pior desempenho financeiro, com todos os indicadores inferiores à média amostral.

De forma geral, conclui-se que o presente trabalho pôde contribuir para a análise do desempenho da gestão financeira de hospitais. Os valores dos indicadores e o perfil dos hospitais eficientes corroboram os resultados obtidos por Guerra (2011). Entretanto, é preciso ampliar a amostra de hospitais e considerar, para pesquisas futuras, a modelagem DEA com mais de um período de avaliação.

6. REFERÊNCIAS

ALASTICO, G. P., & TOLEDO, J. C. (2012). **Desempenho hospitalar: revisão bibliográfica sobre perspectivas e gestão**. Bento Gonçalves, RS, Brasil.

ALMEIDA, C. M. **As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição**. 1995. 495 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995.

ARAÚJO, Kizi Mendonça; LETA, Jacqueline. **Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos v. 21, n. 4, p. 1261-1281, 2014.

ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American economic review**, v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.

ASSIS, M. M., & JESUS, W. L. (2012). **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Ciênc. saúde coletiva, vol. 17, n. 11, p. 2865-2875

AVELAR, Ewerton Alex et al. **Análise de variáveis determinantes de endividamento em hospitais brasileiros**. XVIII SEMEAD- Seminários em Administração, 2015.

BAPTISTELLI, P. M. F. **Qualidade dos gastos públicos dos municípios mineiros na área da educação**. Pedro Leopoldo: Fipel, 2009.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, O. J. N. V. **Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde**. Rev Adm Saúde, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010.

BARBOSA, Pedro R.; VECINA NETO, Gonzalo. **Estruturas jurídico - institucionais e modelos de gestão para hospitais e outros serviços de saúde**. In: VECINA NETO, G.; MALIK, AM Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 50-72, 2011.

BONACIM, C. A., & ARAÚJO, A. M. (2010). **Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP**. **Revista de Administração Pública**, ISSN 0034-7612, p. 903-931.

BONACIM, C. A., & ARAÚJO, A. M. (2010). **Influência do capital intelectual na avaliação de desempenho aplicada ao setor hospitalar**. Ciênc. saúde coletiva, vol.15, n. 1, p. 1249-1261.

BONACIM, C. A., & ARAÚJO, A. M. (2011). **Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar**. Ciênc. saúde coletiva, vol. 16, n. 1, p. 1055-1068.

BORBA, G. S., & KLIEMANN NETO, F. J. (2008). **Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais**. Saúde Soc. São Paulo, vol .17, p. 44-60.

BORGES, Ellen Cardoso et al. **Análise de custos da diária de uti pediátrica de um hospital universitário**. Revista de Administração de Roraima-RARR, v. 5, n. 1, p. 90-104, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2008.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 02 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de orientação sobre captação de recursos de repasse na saúde** (com legislação). 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_captacao_recursos_legislacao.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0701&item=1&acao=11>>. Acesso em: 17 ago. 2012.

BRASIL. **Portaria n. 234, de 07 de fevereiro de 1992**. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2012.

BRASIL. **Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 02 ago. 2012.

BRASIL. **Resolução n. 258, de 07 de janeiro de 1991.** Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2012.

CALDANA, G., GABRIEL, A. B., & ÉVORA, Y. D. (2011). **Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa.** ISSN 1517-3852. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027974025>>. Acesso em: 02 ago. 2012.

CANAZARO, Marcelo Padoin. **Desempenho econômico-financeiro de nosocômios brasileiros: uma análise comparativa de hospitais com e sem fins lucrativos.** 2007. 99 f. Dissertação (Mestrado em Organizações e Sociedade) - Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2007

CARMONA, G. et al. **Metodologia para un nuevo modelo de financiación sanitario: simulación y resultados.** In: sistema nacional de salud de los 90 – Estrategia de Salud, Planificación y Mercado. Jornada de Economía de la Salud, 11. Alicante, 1992.

CARR-HILL, R. et al. **A fórmula for distributing NHS Revenues based on small area use of hospital beds.** New York: University of York; Centre for Health Economics, 1994.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. **A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal.** Cadernos Saúde Pública, v. 26, n. 4, pp. 693-705, abr. 2010.

CASTRO, JANICE D. **Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais.** Sociologias, v. 4, n. 7, p. 122-135, 2002.

CESCONETTO, A., LAPA, J. d., & CALVO, M. C. (2008). **Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil**. Cad. Saúde Pública, p. 2407-2417.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. **A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência**. Revista de Administração Pública, v. 33, n. 5, pp. 65-84, 1999.

CHRISTENSEN, C. M. **Inovação na Gestão da Saúde – A receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

CIGANA, D. J. (2015). **Utilização de leitos de uma unidade de terapia intensiva e um hospital de grande porte do noroeste do estado do rio grande do sul, 2012-2013**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: **Desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, Sup. 1, pp. S7-S27, 2008.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. *Métodos de pesquisa em administração*. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORDEIRO, H. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, pp. 319-328, 2001.

COSTA, C., & LOPES, S. (2005). **Avaliação do desempenho dos hospitais SA**. Escola Nacional de Saúde Pública.

COSTA, Laís Silveira et al. **O complexo produtivo da saúde e sua articulação com o desenvolvimento socioeconômico nacional**. Revista do Serviço Público, v. 64, n. 2, p. 177-199, 2014.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. **Saúde & cidadania para gestores municipais de serviços de saúde**. Livro 10. 2. ed. Versão 2.0. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CUNHA, Carneiro; ARAUJO, Julio; CORREA, Hamilton Luiz. **Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos**. RAE-Revista de Administração de Empresas, p. 485-499, 2013.

CUNHA, F.; SOUZA, A. A.; FERREIRA, C. **Análise do Endividamento de Hospitais Filantrópicos**. XVII SEMEAD-Seminários em Administração, 2014.

CUNHA, J. A., & CORRÊA, H. L. (s.d.). **Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos**. Revista de Administração de Empresas, vol. 53, n. 5, p. 485-499.

DANTAS, Claudio Bezerra. **Análise da utilização de indicadores de desempenho pelo Ministério da Educação para o financiamento dos hospitais universitários federais no período de 2004 a 2008**. 2011. Dissertação de Mestrado. Brasil.

ESPEJO, M. M., & PORTULHAK, H. (2014). **Avaliação de Desempenho em Hospitais Universitários: uma Análise Empírica em uma Instituição Federal**. Novas Perspectivas na Pesquisa Contábil. XIV Congresso USP Controladoria e Contabilidade – Novas perspectivas na pesquisa Contábil.

ESPÍRITO-SANTO, A. C. G.; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. **Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 4, pp. 861-871, 2012.

FELDSTEIN, M. S.; PIOT, M. A.; SUNDARESAN, T. K. **Resource allocation model for public health planning**. Who Health Organization. Genève, 1973.

FERRARI, A. D. (s.d.). **Desenvolvimento de um sistema gerencial de controle assistencial para serviços de emergência hospitalares. Uma proposta integrando indicadores de qualidade e desempenho**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A. C.; STANO, M. **A economia da saúde**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

FONSECA, P. C., & FERREIRA, M. A. (2009). **Investigação dos Níveis de Eficiência na Utilização de Recursos no Setor de Saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais**. Saúde Soc. São Paulo, vol. 18, n. 2, p. 199-213.

FRAINER, D. M. (2004). **A eficiência técnica de hospitais universitários federais brasileiros no primeiro semestre de 2001**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

FREITAS, M. N. (2014). **Indicadores de desempenho como instrumento de gestão em unidades hospitalares**. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco.

GADELHA, C. A. G. **Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial**. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. Esp., pp. 11-23, 2006.

GADELHA, C. A. G. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, pp. 521-535, 2003.

GADELHA, C. A.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. **Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 1, pp. 47-59, 2003.

GERSCHMAN, Silvia et al. **Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos**. Ciência & saúde coletiva, v. 12, p. 487-500, 2007.

GERSCHMAN, Silvia Victoria et al. **O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde**. Revista de Administração Pública, v. 37, n.2 p. 265-283, 2003.

GINN, Gregory O.; YOUNG, Gary J.; BEEKUN, Rafik I. **Business strategy and financial structure: an empirical analysis of acute care hospitals**. Journal of Healthcare Management, v. 40, n. 2, p. 191, 1995.

GONÇALVES, A. C., NORONHA, C. P., LINS, M. P., & R., A. R. (2007). **Análise Envoltória de Dados na avaliação de hospitais públicos nas capitais brasileiras**. Rev. Saúde Pública, p. 427-435.

GUERRA, M. **Análise de desempenho de organizações hospitalares**. 2011. 144 f. Dissertação (Mestrado em Contabilidade e Controladoria) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-8KZNFA>>. Acesso em: 10 out. 2018.

GUERRA, M. **Modelo de alocação de recursos do sistema único de saúde para organizações hospitalares: serviços de alta complexidade**. 2013. 150 f., il. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/15183>>. Acesso em: 10 out. 2018.

GUERRA, M.; GONÇALVES, A. O. **Model of Allocating Public Financial Resources to Brazilian Hospital Organizations that Provide Highly Complex Health Care Services.** Open Medicine Journal, v. 1, p. 78-89, 2014.

GURGEL JÚNIOR, G. D., & VIEIRA, M. M. (s.d.). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 7, n. 2, p.325-334.

HILL, R. Carter; GRIFFITHS, William E.; JUDGE, George G. **Econometria.** 3ª edição. Editora Saraiva, São Paulo, 2003.

IBAÑEZ, N., & VECINA NETO, G. (2009). **Modelos de gestão e o SUS.** Ciênc. saúde coletiva, vol. 12, p. 1831-1840.

IUNES, Roberto F. **Demanda e demanda em saúde. Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** Brasília: IPEA, p. 99-140, 1995.

KAJIURA, A. P. **A oferta de serviços de média e alta complexidade e os sistemas de informação no sistema único de saúde. Políticas públicas e financiamento federal do sistema único de saúde.** Brasília, DF: IPEA, p. 187-210, 2011.

KWON, Ik-Whan G. et al. **Determinants of hospital bad debt: multivariate statistical analysis.** Health services management research, v. 12, n. 1, p. 15-24, 1999.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência.** São Paulo: Singular, 2009.

LIMA NETO, L. d. (s.d.). **Análise da situação econômico-financeira de hospitais.** O Mundo da Saúde, São Paulo, p. 270-277.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; ELDER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (org.) **Saúde e democracia – história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. **Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 1249-1261, 2004.

LINS, M. E., LOBO, M. S., SILVA, A. C., FISZMAN, R., & RIBEIRO, V. J. (2007). **O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros.** Ciênc. saúde coletiva, vol. 12, n. 4, p. 985-998.

LOBO, M. S., SILVA, A. C., LINS, M. P., FISZMAN, R., & BLOCH, K. V. (2011). **Influência de fatores ambientais na eficiência de hospitais de ensino**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, p. 37-45.

MACHADO, C. V. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90**. Cadernos de Saúde Pública, v. 9, n. 23, p. 2113-2126, 2007.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. **Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 871-877, 2007.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2011. 129 f. Dissertação (mestrado em Regulação e Gestão de Negócios) – Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2011.

MARINHO, A. (2001). **Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de rankings**. TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 794.

MARINHO, A. (2001). **Hospitais universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência**. TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 833.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** Cadernos de Saúde Pública, v. 18, suplemento, pp. 163-171, 2002.

MARRACINI, P.; PAGNANI, É. M. **Gestão em hospital de alta complexidade inserido no sistema brasileiro de saúde (sus): estratégia e custos na área de oncologia**. In: VIII Congresso Internacional de Custos, Punta del Este/Uruguai, 2003. *Anais...* 2003.

MARTINS, Aiane Luiz. **Avaliação da relação público-privada nos procedimentos cardiovasculares de alta complexidade no SUS**. 2018. 139 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

MARTINS, M., BLAIS, R., & LEITE, I. d. (2004). **Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 268-282.

MATOS, L. F. (2006). **A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um Hospital**. Braga, PT: Universidade do Minho.

MCCUE, Michael J.; OZCAN, Yasar A. **Determinants of capital structure**. Journal of Healthcare Management, v. 37, n. 3, p. 333, 1992.

MÉDICI, A. C. **Sistemas de financiamento e gestão hospitalar: uma aplicação ao caso brasileiro**. In: VECINA NETO, G.; MALIK, AM Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 50-72, 2011.

MÉDICI, André Cezar. **Hospitais universitários: passado, presente e futuro**. Rev Assoc Med Bras, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001.

MELLO, G. A. et al. **O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MENDES, A. N.; SANTOS, S. B. S. **Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas**. Saúde e Sociedade, v. 9, n. 1/2, pp. 111-125, 2000.

MENDES, A.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. S. **Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde**. Saúde e Sociedade, v.20, n.3, pp. 673-690, 2011.

MERSHA, T.; MEREDITH, J.; MCKINNEY, J. **A grant rationing model for a health care system**. Socio-Econ. Plann. Sci., v. 21, n. 3, pp. 159-165, 1987.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Programação Pactuada Integrada – PPI**. Disponível em: <<http://200.198.43.7/ppi/RelatorioTabelaUnificada.php>>. Acesso em: 17ago12.

MODIGLIANI, Franco; MILLER, Merton H. **Corporate income taxes and the cost of capital: a correction**. The American economic review, v. 53, n. 3, p. 433-443, 1963.

MODIGLIANI, Franco; MILLER, Merton H. **The cost of capital, corporation finance and the theory of investment**. The American economic review, v. 48, n. 3, p. 261-297, 1958.

MOREIRA, D. R. **Análise de eficiência, usando Data Envelopment Analysis e Composição Probabilística, para procedimentos médicos referentes às doenças isquêmicas do coração no Estado de Minas Gerais**. 2010. 111f. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

NAKAMURA, Wilson Toshiro; MARTIN, Diógenes Manuel Leiva; KIMURA, Herbert. **Indicadores contábeis como determinantes do endividamento das empresas brasileiras.** Anais do XXVIII Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (ENANPAD), Curitiba (PR), 2004.

NOGUEIRA, Denise Lima et al. **Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma revisão sistemática.** Rev. bras. educ. méd, p. 151-158, 2015.

Noronha, J. C.; Lima, L. D.; Mac hado, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: Giovan ella, Lígia et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B.; VIANNA, S. M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS. O desafio de ser único. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 101-114.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. **Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 2, pp. 386-402, Mar./Abr. 2004.

OLIVEIRA, Vanessa Elias. **Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes.** Saúde e Sociedade, v. 25, n. 4, p. 880-894, 2016.

PAEK, Y. O. **Health planning in a developing country – the case of Korea.** 1983. 258 f. Tese (*Ph.D.* em Ciência Política) – Universidade de Illinois, Urbana/Illinois, 1983. Disponível em: ProQuest Dissertations and Theses. Acesso em: 16 jul. 2012.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-571. Disponível em: <http://mesquita.filho.sites.uol.com.br/GE_Mod_at_saude_jairnil.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2012.

PARKER, B. R. **Quantitative decision Techniques for the health/public sector policy-marker: an analysis and classification of resources.** Journal of Health Politics, Policy and Law, Review Essay, pp. 388-417, 1978.

PELEGRINI, M. L. M.; CASTRO, J. D.; DRACHLER, M. L. **Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, pp. 275-286, 2005.

PESSOA, M. N. M.; PETER, M. G. A.; JOSUÉ, M. S.; TENÓRIO, N.; SANTOS, S. M. **Gerenciamento de custos em hospitais públicos – aplicação do ABC no hospital São José de Doenças Infecciosas.** In: **X Congresso Brasileiro de Custos, Guarapari/ES, 2003.** Anais... 2003.

PINHEIRO FILHO, Francisco Percival. **Hospitais filantrópicos e sua relação com o sistema de saúde brasileiro: dependência e limites para a expansão da rede pública de serviços de saúde.** In: **I Seminário de Políticas Públicas - SEPPU, 2017, Araraquara, SP.** Anais do I Seminário de Políticas Públicas - SEPPU. Araraquara, SP: UNIARA, 2017

PIRES, C.C.; MARUJO, E. **Eficiência em saúde e cobertura de planos de saúde no Brasil.** Instituto de Saúde Suplementar, 2007.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. **Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1009-1019, 2010.

PITOCCO, C., & SEXTON, T. R. (2017). **Measuring Hospital Performance Using Mortality Rates: An Alternative to the RAMR.** Stony Brook, NY, USA: *International Journal of Health Policy and Management - IJHPM.*

POLITELO, L., RIGO, V. P., & HEIN, N. (2014). **Eficiência da aplicação de recursos no atendimento do sistema único de saúde (sus) nas cidades de Santa Catarina.** *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*, vol. 3, n. 2.

PONTES, A. T., SILVA, R. F., ALLEVATO, R. d., & PINTO, M. A. (2008). **A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares: uma revisão de literatura.** Rio de Janeiro, Rj, Brasil: XXVIII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. A integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável.

PORTELA, Margareth Crisóstomo et al. **Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil.** *Revista de Administração Pública*, v. 34, n. 2, 2000.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde – estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Porto Alegre: Bookman, 2007.

PORTO, S. (coord.). **Alocação equitativa de recursos – parte 1**. 2003. Disponível em: <http://getinternet.ipea.gov.br/economiadasaude/tabela_sala.php?cod=157>. Acesso em: 02 ago. 2012.

PRESCOTT, N.; FERRANTI, D. **The analysis and assessment of health programs**. Soc. Sci. Med., v. 20, n. 12, pp. 1235-1240, 1985.

PROITE, A., & SOUSA, M. d. (2004). **Eficiência técnica, economias de escala, estrutura da propriedade e tipo de gestão no sistema hospitalar brasileiro**. João Pessoa, PE: Encontro Nacional de Economia.

RAMOS, M. C., CRUZ, L. P., KISHIMA, V. C., POLLARA, W. M., LIRA, A. C., & COUTTOLENC, B. F. (2015). **Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil**. Rev. Saúde Pública, p. 49-43.

RIVERA, F. J. U.; TESTA, M.; MATUS, C. (org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

RODRIGUES, J. M., & TORRES, H. O. (2015). **Eficiência/desempenho hospitalar e resultados da gestão de recursos humanos - uma aproximação possível?** Revista Eletrônica Gestão & Sociedade, vol. 9, n. 24, p. 1128-1142.

ROGGENKAMP, S. D.; WHITE, K. R. **Is hospital case management a rationalized myth?** Social Science & Medicine, v. 55, pp.1057-66, 2001.

SANT'ANA, C. F., SILVA, M. Z., & PADILHA, D. F. (2016). **Avaliação da eficiência econômico-financeira de hospitais utilizando a análise envoltória de dados**. (M. Carmelo, Ed.) CONTABILOMETRIA - Brazilian Journal of Quantitative Methods Applied to Accounting, vol. 3, n. 1, p. 89-106.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. **As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 3, pp. 795-806, 2004.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 999-1010, 2007.

SCHMIDT, M. I., DUNCAN, B. B., Silva, G. A., MENEZES, A. M., MONTEIRO, C. A., & Barreto, S. M. (2011). **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. *The Lancet. Saúde no Brasil* 4, p. 61-74.

SEIXAS, Maria Souza; MELO, Hermes Teixeira. **Desafios do administrador hospitalar**. *Gestão & Planejamento-G&P*, v. 1, n. 10, 2008.

SILVA, Carlos Fabiano da. **A importância da economia da saúde para a gestão do SUS: uma análise da eficiência técnica dos serviços básicos de saúde nos municípios alagoanos sob a ótica da análise envoltória de dados**. 2012. 189 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2012.

SILVA, César Augusto Tibúrcio; COSTA, Patrícia De Souza; MORGAN, Beatriz Fátima. **Aplicabilidade das informações de custo em Hospitais Universitários: o caso do Hospital Universitário de Brasília**. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*. 2004.

SILVESTRE, J. A. Por uma política pública de saúde para o idoso. In: WONG, L. L. R. (Org.) **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR: ABEP, 2001. p.79-96.

SOLLA J, CHIORO A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 627-63.

SOUSA, Sérgio Alexandre Costa. **Governança corporativa e estrutura de capital: o caso de uma empresa familiar do setor de saúde**. 2013.

SOUZA COSTA, Patrícia de; TIBÚRCIO SILVA, César Augusto. **Testes empíricos sobre a validade dos indicadores oficiais de desempenho para avaliação de hospitais universitários Brasileiros**. *Revista Universo Contábil*, v. 2, n. 3, 2006.

SOUZA, A. A., AVELAR, E. A., TORMIN, B. F., & SILVA, E. A. (2014). **Análise financeira e de desempenho em hospitais públicos e filantrópicos brasileiros entre os anos de 2006 a 2011**. *FACEF Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão*, vol. 17, n.1, p. 118-130.

SOUZA, A. A., LARA, C. O., NEVES, A. P., & MOREIRA, D. R. (2009). **Indicadores de desempenho para hospitais: análise a partir dos dados divulgados para o público em geral**. Congresso USP de iniciação científica em contabilidade. *Anais do FIPECAFI USP*, São Paulo.

SOUZA, A. A., MOREIRA, D. R., SILVA, O. F., & FERREIRA, G. M. (2016). **Gestão de hospitais: análise da eficiência técnica**. FACEF Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão, vol. 19, n. 3.

SOUZA, A. A., SILVA, O. F., AVELAR, E. A., & LAMEGO, L. F. (2016). **Análise de eficiência dos hospitais: um estudo com foco em indicadores operacionais**. Caderno de Administração, vol. 24, n. 2, p. 45-59.

SOUZA, Antônio Artur et al. **Controle de gestão em organizações hospitalares**. REGE Revista de Gestão, v. 16, n. 3, p. 15-29, 2009.

SOUZA, Antônio Artur. *Gestão financeira e de custos em hospitais*. Editora Atlas SA, 2000.

SOUZA, I. V., NISHIJIMA, M., & ROCHA, F. (2010). **Eficiência do setor hospitalar nos municípios paulistas**. Economia Aplicada, vol. 14, n. 1, p. 51-66.

SOUZA, P. C., SCATENA, J. H., & KEHRIG, R. T. (2016). **Aplicação da Análise Envoltória de Dados para avaliar a eficiência de hospitais do SUS em Mato Grosso**. Physis, vol. 26, n. 1, p. 289-308.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, pp. 133-149, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100012&lng=en>. Acesso em: 10 dez. 2009.

TRIVELATO, P. V., SOARES, M. B., ROCHA, W. G., & FARIA, E. R. (2015). **Avaliação da eficiência na alocação dos recursos econômicos financeiros no âmbito hospitalar**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS, vol. 12, n. 4. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

VELOSO, G. G., & MALIK, A. M. (2010). **Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde**. Vol. 9 (Art. 2), n. 1. RAE-eletrônica. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=5573&Secao=ARTIGOS&Volume=9&Numero=1&>>>. Acesso em: 02 ago. 2012.

VIACAVA, F., ALMEIDA, C., CAETANO, R., FAUSTO, M., NORONHA, J. C., NOVAES, H. M., . . . SZWARCOWALD, C. L. (2004). **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**. Ciênc. saúde coletiva, vol. 9, n. 3, p. 711-724.

VIEGAS, M.; BRITO, R. J. A. **A saúde em Belo Horizonte**, CEDEPLAR/UFMG 2004. Disponível em: < <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/pbh/arquivos/mod10.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2009.

VIEIRA, Edzana Roberta Ferreria da Cunha. **Características da medição de desempenho organizacional: um estudo descritivo nos hospitais do estado do Rio Grande do Norte**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) - Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Universidade de Brasília/UFPB/UFPE/UFRN, Natal, 2008.

VIGNOCHI, L., GONÇALO, C. R., & LEZANA, Á. G. (2014). **Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?** RAE São Paulo, vol. 54, n. 5, p. 496-509.

WOLFF, L. D. (2005). **Um modelo para avaliar o impacto do ambiente operacional na produtividade de hospitais brasileiros**. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina.