



## **PROJETO DE GRADUAÇÃO**

### **GESTÃO DE DESEMPENHO EM HOSPITAIS BRASILEIROS**

Por,

**Marília Bruzadelli Bicalho**

Brasília, 29 de novembro de 2019.

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

FACULDADE DE TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
Faculdade de Tecnologia  
Departamento de Engenharia de Produção

PROJETO DE GRADUAÇÃO

**GESTÃO DE DESEMPENHO EM HOSPITAIS BRASILEIROS**

POR,  
**Marilia Bruzadelli Bicalho**

Relatório submetido como requisito parcial para obtenção do título  
de grau em Engenharia de Produção

**Banca Examinadora**

Prof. DSc. Annibal Affonso Neto, UnB/ EPR (orientador) \_\_\_\_\_

Prof. DSc Clóvis Neumann, UnB/ EPR \_\_\_\_\_

Brasília, 29 de novembro de 2019

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela força, coragem e determinação para trilhar todos os caminhos que me trouxeram até este momento.

Agradeço pela oportunidade de ter participado do programa Ciências sem Fronteiras (CsF), responsável por ampliar a minha visão sobre a graduação e sobre o mundo.

Agradeço aos professores da Universidade de Brasília, dos mais diversos departamentos, por todos os ensinamentos.

Agradeço ao meu orientador Annibal pela oportunidade e confiança no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos, que nunca me deixaram desistir.

Agradeço aos meus companheiros de trabalho por toda a motivação e inspiração, em especial, ao Time Obrigações.

Agradeço ao meu namorado Leandro pelo amor dedicado a mim durante este árduo caminho.

O meu mais sincero agradecimento aos meus pais Murilo e Eliamara e ao meu irmão Gabriel, minha família, os responsáveis por eu ter chegado a onde estou, que sempre me apoiaram incondicionalmente.

---

## RESUMO

Os hospitais são organizações complexas que geram uma grande quantidade de indicadores. Os gestores de hospitais, apesar de terem os indicadores e os considerarem essenciais, não os usam efetivamente. Estudos apontam que existe uma falta de padrão e ausência de uma cultura coletiva no setor hospitalar sobre indicadores de desempenho. Com base em uma revisão bibliográfica e documental sobre gestão de desempenho em hospitais públicos, privados e filantrópicos brasileiros este trabalho tem como objetivo compreender a gestão de desempenho em hospitais brasileiros a partir do modelo *Balanced Scorecard* (BSC). Foram selecionados trinta e quatro indicadores, separados em seis grupos, um grupo para cada perspectiva do BSC (Aprendizado e Crescimento, Processos Internos, Cliente e Financeira) e para as duas perspectivas adicionais Responsabilidade Socioambiental e Colaboradores. Estes mesmos indicadores também foram agrupados em uma segunda classificação por indicadores tático e operacional e indicadores estratégicos. Foi proposto que o conjunto de indicadores seja apresentado em um *dashboard* que permita detalhar aqueles indicadores gerais que podem dar origem a outros indicadores específicos (por setor, funcionário, convênio).

**Palavras-chave:** *Balanced Scorecard*, indicadores de desempenho, hospital.

---

## ABSTRACT

Hospitals are complex organizations that generate a large number of indicators. Hospital managers, although they have the indicators and consider them essential, do not use them effectively. Studies indicate that there is a lack of standard and absence of a collective culture in the hospital sector on performance indicators. Based on a bibliographic and documentary review on performance management studies in Brazilian public, private and philanthropic hospitals, this work aims to understand the performance management in Brazilian hospitals from the Balanced Scorecard (BSC) model. Thirty-four indicators were selected, separated into 6 groups, one group for each BSC perspective (Learning and Growth, Internal Processes, Customer and Finance) and for two additional perspectives Social and Environmental Responsibility and Employees). These same indicators were also grouped in a second classification by tactical and operational indicators and strategic indicators. It was proposed that the set of indicators be presented in a dashboard that allows detailing those general indicators that may give rise to other specific indicators (by sector, employee, agreement).

**Keywords:** Balanced Scorecard, Performance Indicators, Hospital.

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1 ASPECTOS GERAIS</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2 PROBLEMA DE PESQUISA</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3 OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
1.3.1 Objetivo geral .....	12
1.3.2 Objetivos específicos .....	12
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 GESTÃO DE DESEMPENHO</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 BALANCED SCORECARD</b> .....	<b>14</b>
2.2.1 Perspectiva Financeira .....	17
2.2.2 Perspectiva Fiduciária .....	17
2.2.3 Perspectiva do Cliente .....	17
2.2.4 Perspectiva dos Processos Internos .....	18
2.2.5 Perspectiva Aprendizado e Crescimento .....	18
2.2.6 Perspectivas Responsabilidade Socioambiental e Colaboradores .....	19
<b>2.3 INDICADORES DE DESEMPENHO</b> .....	<b>19</b>
2.3.1 Indicadores de desempenho em hospitais .....	20
2.3.1 Indicadores estratégicos, táticos e operacionais .....	21
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>22</b>
<b>3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA</b> .....	<b>22</b>
3.1.1 Quanto à forma de abordagem .....	22
3.1.2 Quanto à natureza .....	22
3.1.3 Quanto aos objetivos .....	22
3.1.4 Quanto aos procedimentos técnicos .....	22
<b>3.2 ETAPAS DA PESQUISA</b> .....	<b>23</b>
<b>4 HOSPITAIS BRASILEIROS</b> .....	<b>24</b>
<b>4.1 HOSPITAL</b> .....	<b>24</b>
<b>4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS POR NATUREZA JURÍDICA</b> .....	<b>24</b>
<b>4.3 SITUAÇÃO DOS HOSPITAIS NO BRASIL</b> .....	<b>25</b>

4.4 USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO POR GESTORES HOSPITALARES .....	26
4.5 PRINCIPAIS INDICADORES HOSPITALARES.....	27
5 RESULTADOS .....	29
5.1 PERSPECTIVA COLABORADORES.....	29
5.2 PERSPECTIVA RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL .....	31
5.3 PERSPECTIVA APRENDIZADO E CRESCIMENTO.....	33
5.4 PERSPECTIVA PROCESSOS INTERNOS.....	35
5.5 PERSPECTIVA DO CLIENTE .....	38
5.6 PERSPECTIVA FINANCEIRA .....	39
5.6.1 Hospitais públicos e filantrópicos.....	41
5.7 INDICADORES ESTRATÉGICOS, TÁTICO E OPERACIONAL.....	41
5.7.1 Indicadores Tático e Operacional.....	41
5.7.2 Indicadores Estratégicos .....	44
5.8 <i>DASHBOARD</i> .....	47
6 CONCLUSÃO .....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
APÊNDICE A.....	57
APÊNDICE B.....	58

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Mapas estratégicos: O modelo simples de criar valor para organização do setor privado.....	15
Figura 2 - Mapas estratégicos: O modelo simples de criar valor para organização do setor privado.....	16
Figura 3 - Gráficos da distribuição dos hospitais quanto ao tipo no Brasil no ano de 2018 .....	26

# LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação entre indicadores estratégico e indicadores tático e operacional.....	21
Quadro 2 - Indicadores da perspectiva Colaboradores.....	30
Quadro 3 - Indicadores da perspectiva Responsabilidade Socioambiental .....	31
Quadro 4 - Indicadores da perspectiva Aprendizado e Crescimento.....	34
Quadro 5 - Indicadores da perspectiva Processos Internos .....	35
Quadro 6 - Indicadores da perspectiva do Cliente .....	38
Quadro 7 - Indicadores da perspectiva Financeira .....	40
Quadro 8 - Indicadores tático e operacional .....	42
Quadro 9 - Indicadores estratégicos .....	45

## LISTA DE SIGLAS

CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
TIH	Taxa de Infecção Hospitalar
DIH	Densidade de Infecção Hospitalar
TOD	Taxa de Doenças Ocupacionais
NBR	Norma Brasileira
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
NPS	<i>Net Promoter Score</i>
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 ASPECTOS GERAIS

Os hospitais no Brasil são vistos como referência para os brasileiros avaliarem a saúde como um todo no país. Segundo Forgia e Couttolenc (2009, p.1) “para o bem ou para o mal, a população os considera a primeira opção quando busca atendimento médico. Além disso, a qualidade e o tempo de espera observados em um hospital são o parâmetro para julgar todo o sistema de saúde”. A relação dos brasileiros com os hospitais é

Conforme o relatório Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil, as despesas totais em saúde no ano de 2015 corresponderam a cerca de 8% do PIB, destes 3,8% foram gastos públicos e 4,4% gastos privados. Em consulta ao orçamento da saúde no Portal da Transparência do Governo Federal, no ano de 2015, do total de despesas executadas para a área da saúde, 49,23% foram executados na subárea “Assistência hospitalar e ambulatorial”. Com estes dados podemos concluir que aproximadamente metade dos gastos públicos em saúde no Brasil são destinados aos hospitais. Ou seja, quase 2% do PIB brasileiro foi gasto em serviços de assistência hospitalar e ambulatorial.

## 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Considerando a relevância dos hospitais para a população brasileira e a representatividade dos gastos em assistência hospitalar em relação ao PIB do Brasil, principal indicador da economia de um país, nota-se a importância da gestão de desempenho e dos modelos de indicadores de desempenho adotados em hospitais. Conforme apontado por Raffa, Malik e Pinochet (2017), se faz necessário que as organizações hospitalares, como quaisquer outras, busquem criar indicadores para acompanhar o processo, além de melhor gerenciar seu negócio.

Os hospitais são responsáveis por oferecer os mais diversos serviços de atendimento à saúde, desde tratamentos clínicos de alta tecnologia a serviços de

hotelaria, o que torna a administração hospitalar extremamente complexa (FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

De acordo com Machline e Pasquini (2011, p. 290), "a área hospitalar compila mais indicadores gerenciais do que qualquer outro setor de atividades econômicas", o que justifica a necessidade de identificar e classificar os principais indicadores utilizados na gestão hospitalar.

O problema de pesquisa é identificar quais são os principais indicadores hospitalares e baseia-se no fato de que os hospitais geram mais indicadores do que os gestores são capazes de acompanhar, tornando o armazenamento de dados apenas uma ferramenta burocrática, que não gera resultado visível aos gestores.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo geral**

Esse estudo tem como objetivo geral compreender a gestão de desempenho em hospitais privados, públicos e filantrópicos localizados no Brasil, a partir das perspectivas do BSC.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Identificar os indicadores de desempenho adotados em hospitais brasileiros a partir de trabalhos, relatórios e artigos publicados sobre o tema;
2. Compreender como os gestores de hospitais brasileiros utilizam os indicadores de desempenho a partir de pesquisas realizadas sobre gestão de desempenho hospitalar;
3. Analisar e classificar um conjunto de indicadores de acordo com as perspectivas do *Balanced Scorecard*;
4. Classificar o mesmo conjunto de indicadores em indicadores estratégicos e indicadores táticos e operacionais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção introduz os conceitos de gestão de desempenho, *Balanced Scorecard*, indicadores de desempenho, indicadores estratégico, tático e operacional.

### 2.1 GESTÃO DE DESEMPENHO

Malheiros e Rocha (2014, p.20) definem gestão como o “processo de gerenciamento de algo ou alguém”, cujo processo de gestão é “caracterizado pelo esforço de uma ou de mais pessoas na busca de crescimento”. Posteriormente, definem desempenho como “a mensuração do rendimento de algo ou de alguém”, para então, definir gestão de desempenho “como o acompanhamento sistemático da contribuição de cada membro da organização, de suas áreas e do todo”.

A definição apresentada acima, pode ser complementada com a definição de Trindade (2014, p.13), “gestão de desempenho é um processo contínuo, em que as organizações alinham continuamente a contribuição dos seus trabalhadores com os objetivos organizacionais”. O autor ainda acrescenta que a gestão de desempenho é uma ferramenta capaz de melhorar a eficiência e eficácia dos serviços, tanto em organizações do setor público como nas do setor privado.

As organizações precisam definir os objetivos organizacionais, para que a partir deles, possa ser realizado o acompanhamento da contribuição de cada parte da organização. Uma das formas de realizar o acompanhamento, é através de indicadores de desempenho, ferramenta esta que será abordada em outra subseção.

Lucena (2004) destaca a importância da gestão de desempenho para as organizações, pois realizando essa gestão é possível, por exemplo, identificar se os objetivos estão sendo alcançados, se o desempenho individual e das equipes está atingindo o resultado esperado, bem como reconhecer as contribuições e promover, se necessário, o desenvolvimento das habilidades e a capacitação dos colaboradores. A autora aponta o acompanhamento sistemático o responsável por

possibilitar a avaliação da utilização dos recursos, antecipação de ações para evitar que o desempenho seja desviado do resultado esperado, aferição da qualidade e cumprimento de prazos, análise do preparo e da competência dos colaboradores e fornecimento de feedbacks, por exemplo.

Existe também o modelo de gestão de desempenho por competências, definida por Trindade (2014), como um sistema que objetiva motivar os colaboradores a gerirem suas próprias competências profissionais, desenvolvendo novas capacidades e melhorando as já existentes.

Brandão e Guimarães (2001), apontam a gestão de desempenho por competência, um modelo único que integra as atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação de desempenho, a partir de um diagnóstico das competências essenciais à organização, incluindo os níveis corporativos e individual. Os autores afirmam que as empresas recorrem ao modelo de gestão de competências objetivando planejar, selecionar e desenvolver competências necessárias ao negócio, e destacam a importância de a gestão de competência estar em sintonia com a estratégia organizacional, isto é, com a missão, visão de futuro e objetivos da organização.

## **2.2 BALANCED SCORECARD**

Em 1990, Kaplan e Norton, buscavam uma nova maneira de medir o desempenho organizacional. Em 1992, após uma investigação envolvendo várias empresas, apresentaram o *Balanced Scorecard*, um sistema balanceado de mensurações, também conhecido como BSC. Esse sistema descreve a estratégia que cria valor para organização, a partir de quatro perspectivas: financeira, clientes, processos internos e aprendizado e crescimento (KAPLAN e NORTON, 2004).

Um diferencial do *Balanced Scorecard*, apontado por Costa (2008), é o fato de reunir em um único relatório a mensuração do progresso da empresa, através da combinação de diversos elementos: tradução da visão em objetivos, indicadores e metas.

Para representar as relações de causa e efeito entre os objetivos e indicadores estratégicos nas quatro perspectivas, Kaplan e Norton, desenvolveram o

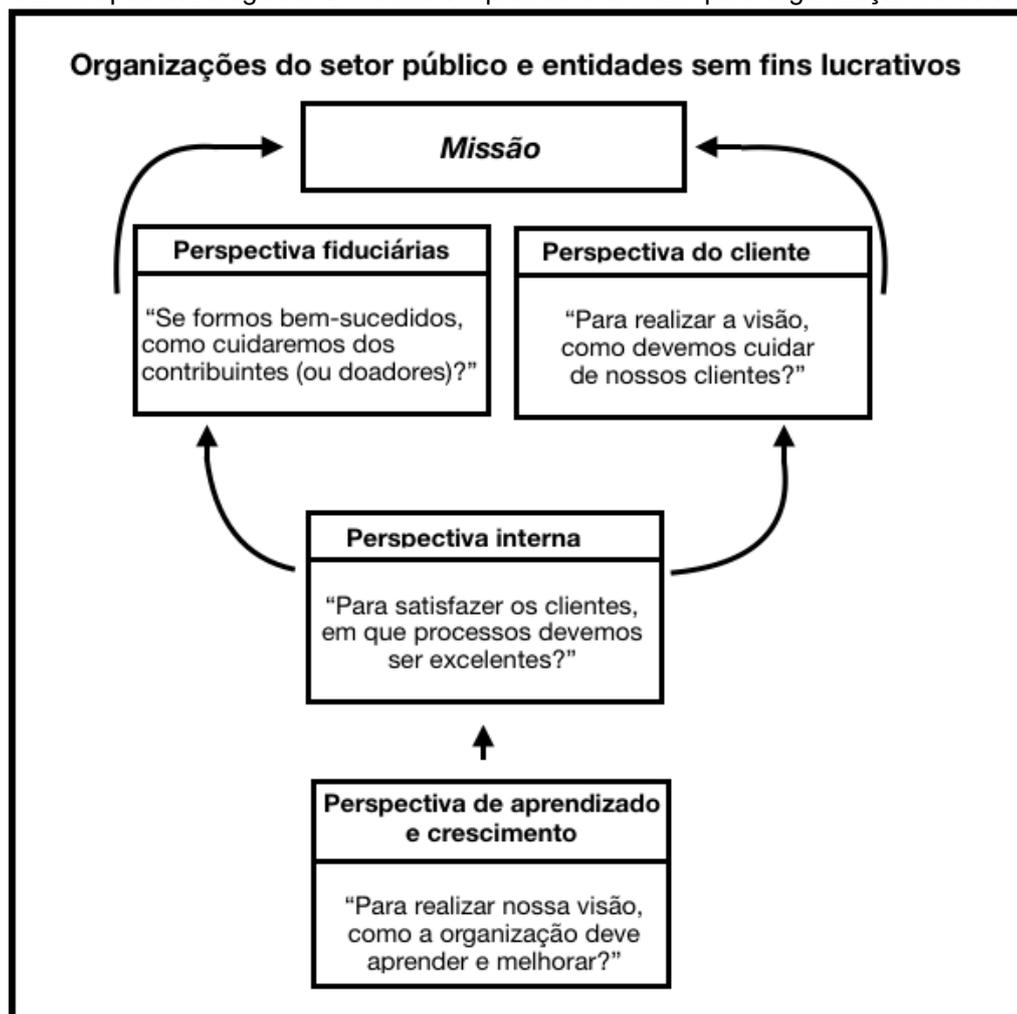
mapa estratégico. Conforme descrito por Kaplan e Norton (2004, p.10), “o mapa estratégico fornece uma maneira uniforme e consistente de descrever a estratégia, que facilita a definição e o gerenciamento dos objetivos e indicadores”. Os autores sugerem dois modelos de mapa estratégico, um para organizações do setor privado e outro para entidades sem fins lucrativos, conforme imagem abaixo:

Figura 1 - Mapas estratégicos: O modelo simples de criar valor para organização do setor privado



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2004, p.8).

Figura 2 - Mapas estratégicos: O modelo simples de criar valor para organização do setor privado



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2004, p.8).

O modelo geral do *Balanced Scorecard* propõe uma relação de causa e efeito cujo os ativos intangíveis serão convertidos em valor tangível, como demonstrado nas duas figuras acima, com as particularidades de cada tipo de organização. O mapa estratégico demonstra essa relação de causa e efeito, demonstrando como e para quem o valor será gerado.

Esclarecendo esse processo a partir do modelo proposto por Kaplan e Norton (2004), os ativos intangíveis da perspectiva de aprendizado e crescimento, que são capital humano, capital da informação e capital organizacional, serão alinhados e integrados para criar valor através da perspectiva dos processos internos, que serão os processos responsáveis pela criação de valor transformando ativos intangíveis em resultados para os clientes e em resultados financeiros. Abaixo o detalhamento de cada perspectiva.

### **2.2.1 Perspectiva Financeira**

A perspectiva Financeira é tratada por Kaplan e Norton (2004) como o último objetivo da estratégia, é o resultado tangível da organização. Os autores simplificam as estratégias financeiras em vender mais gastando menos, resumidas em duas abordagens: crescimento de receita e aumento de produtividade.

Nessa perspectiva, a conexão com a estratégia ocorrerá quando houver um equilíbrio entre essas duas abordagens, que são na maioria das vezes contraditórias. O crescimento da receita compreende geralmente um horizonte de longo prazo, e o aumento da produtividade um horizonte de curto prazo. Essa abordagem de horizonte será tratada pelos indicadores estratégicos e indicadores táticos e operacionais neste trabalho. Os objetivos da perspectiva Financeira para Kaplan e Norton (2004), irão descrever as consequências econômicas da estratégia e o objetivo maior será gerar valor para os acionistas.

### **2.2.2 Perspectiva Fiduciária**

A perspectiva Fiduciária substitui a perspectiva Financeira para organizações do setor público e sem fins lucrativos, sendo este último o caso dos hospitais filantrópicos. Por se tratar de organização sem fins lucrativos, o objetivo maior não será o resultado financeiro, e sim, fornecer valor para os doadores e contribuintes.

### **2.2.3 Perspectiva do Cliente**

A perspectiva do Cliente é a responsável por esclarecer as condições que irão gerar valor diferenciado e sustentável para os clientes. As perspectivas Financeiras e do Cliente são as responsáveis pela execução da estratégia da organização e são as que costumam contar com a maior quantidade de indicadores.

Kaplan e Norton (2004, p.43) ressaltam a importância de definir os clientes-alvo, ou seja, qual a segmentação do mercado selecionada pela organização para trabalhar com o que os autores chamam de: proposição de valor. Os autores explicam que a “proposição de valor define a estratégia da empresa em relação aos clientes, descrevendo a combinação singular de produto, preço, serviço, relacionamento e imagem” e acrescentam que ela é a responsável por transmitir

para o cliente o que a empresa pretende fazer melhor ou de forma diferente que os seus concorrentes.

#### **2.2.4 Perspectiva dos Processos Internos**

A perspectiva interna ou perspectiva dos processos internos, é responsável, juntamente com a perspectiva de aprendizado e crescimento, por descrever como a estratégia será executada. Kaplan e Norton (2004) destacam que os processos internos são capazes de produzir e fornecer a proposição de valor citada anteriormente e melhorar os processos, o que reduzirá os custos de produtividade, influenciando na perspectiva Financeira. Os autores também reuniram os inúmeros processos de uma organização em quatro grandes grupos, definidos por eles conforme abaixo:

- Processos de gestão operacional: produzem e fornecem produtos e serviços com horizonte de tempo de curto prazo;
- Processos de gestão de clientes: aumentam o valor para os clientes em um horizonte de tempo de médio prazo;
- Processos de inovação: criam novos produtos e serviços, em um horizonte de tempo de longo prazo;
- Processos regulatórios e sociais: melhoram as comunidades e meio ambiente, ocorrem em um horizonte de tempo de longo prazo.

#### **2.2.5 Perspectiva Aprendizado e Crescimento**

A última categoria e base do mapa estratégico apresentado por Kaplan e Norton (2004) descreve os ativos intangíveis da organização, que foram categorizados pelos autores em três grandes grupos, conforme abaixo:

- Capital humano: habilidades, talento e *know-how* (saber prático);
- Capital da informação: disponibilidades de dados, sistemas, redes e infraestrutura;
- Capital organizacional: capacidade de organizar e sustentar o processo de mudança.

## **2.2.6 Perspectivas Responsabilidade Socioambiental e Colaboradores**

Conforme ressaltado por Kaplan e Norton (2004) as perspectivas do BSC são sugestões, pois não é esperado que o modelo seja estático. O autor apresenta cases em que empresas ajustaram o mapa estratégico e as perspectivas à realidade da organização. Neste trabalho, foram adicionadas mais duas perspectivas às já propostas por Kaplan e Norton.

As empresas estão cada vez mais envolvidas com as responsabilidades ambientais, seguindo uma tendência global de percepção dos efeitos ambientais resultantes do modelo de crescimento econômico adotado desde a revolução industrial. Para que as ações de responsabilidade socioambiental sejam efetivas é fundamental que estejam alinhadas com a estratégia da empresa (GOLLMANN, 2016).

Neste contexto, a perspectiva Responsabilidade Socioambiental, foi incluída e é a responsável por descrever o comprometimento da responsabilidade socioambiental da organização.

Já a perspectiva Colaboradores tem como objetivo descrever a parte referente ao grupo de capital humano, que não é contemplado na perspectiva aprendizado e crescimento. Ou seja, ir além das habilidades e talento do capital humano. A perspectiva Colaboradores descreverá o ativo fundamental de uma empresa e a base do BSC, o colaborador.

Importante ressaltar que as categorias acima precisam estar alinhadas à estratégia da organização.

## **2.3 INDICADORES DE DESEMPENHO**

O indicador de desempenho é definido pela Fundação Nacional da Qualidade:

É uma informação quantitativa ou qualitativa que expressa o desempenho de um processo, em termos de eficiência, eficácia ou nível de satisfação e que, em geral, permite acompanhar sua evolução ao longo do tempo e compará-lo com outras organizações. (FNQ 2019).

Os indicadores de desempenho, podem ser classificados como indicadores financeiro e indicadores não financeiros. De acordo com Callado, Callado e Almeida

(2008, p.39 *apud* Morissete, 1977), “indicador financeiro é uma medida quantitativa, expressa em valor monetário, resultante das ações tomadas pelas empresas”.

Os indicadores de desempenho não financeiros, podem ser categorizados em outros diversos tipos de indicadores, entre eles, indicadores de: produtividade, qualidade, resultado, operacionais, estratégicos, entre outros.

Conforme definido por Raffa, Malik e Pinochet (2017), os indicadores de produtividade são os responsáveis por medir a proporção de recursos consumidos com relação às saídas do processo.

Já os indicadores de qualidade são definidos por De Rolt (1988, p.15), como aqueles “que medem os níveis de eficiência e eficácia de uma organização, ou seja, medem o desempenho dos processos produtivos relacionados à satisfação dos clientes”.

### **2.3.1 Indicadores de desempenho em hospitais**

No que se refere ao desenvolvimento e aplicação de indicadores na área da saúde, Escrivão Junior (2007, p. 657) aponta que três perguntas importantes devem ser realizadas: “qual a perspectiva que o indicador pretende refletir? Quais aspectos do cuidado em saúde serão mensurados/avaliados? Quais são as evidências científicas disponíveis”. Estas perguntas são fundamentais no desenvolvimento de um indicador, bem como para classificar a sua relevância para a organização.

O estudo de caso realizado por Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014) apontou que em hospital privado os indicadores de desempenho são utilizados para melhorar a qualidade da assistência e gerir custos com visão estratégica planejada, já em hospital público são utilizados para gestão estratégica da demanda. O uso de indicadores de desempenho auxilia na comparação entre rendimento, estratégias, lucratividade em organizações do mesmo ramo.

Quanto ao relacionamento entre os indicadores e o BSC, Kaplan e Norton (2004), apontam que os indicadores estratégicos podem ser vistos como uma série de relações de causa e efeito entre os objetivos nas perspectivas do BSC.

### 2.3.1 Indicadores estratégicos, táticos e operacionais

Os indicadores estratégicos, táticos e operacionais são originados a partir dos conceitos de planejamento estratégico, tático e operacional. A diferença entre o planejamento tático e operacional é mais perceptível na área acadêmica do que para gestores de organizações. No caso dos indicadores tático e operacional, identificar qual é qual, é uma tarefa ainda mais inconsistente. Na prática, os indicadores tático e operacional se confundem, por este motivo, neste trabalho os indicadores tático e operacional serão abordados como um só.

O planejamento estratégico é aquele cujo as responsabilidades recaem sobre os níveis organizacionais mais altos da empresa. Oliveira (2010, p.18) define como o “processo administrativo que proporciona sustentação metodológica para se estabelecer a melhor direção a ser seguida pela empresa, visando ao otimizado grau de interação com os fatores externos e atuando de forma inovadora e diferenciada”. Souza (2008 *apud* Chiavenato 2001), acrescenta que o planejamento estratégico deve apontar qual o objetivo a ser atingido no futuro, além de conter o que será necessário realizar no presente para atingir o tal objetivo.

Já os planejamentos tático e operacional são de responsabilidade dos níveis intermediários e inferiores, com foco nas atividades do dia-a-dia da organização. Trata do desmembramento do planejamento estratégico em formalização através de documentação, metodologias e execução dos resultados que deverão ser atingidos pela área funcional da organização (OLIVEIRA, 2010).

Os conceitos de planejamento estratégico, tático e operacional associados aos conceitos de indicadores de desempenho são a base para definição dos indicadores estratégicos e indicadores tático e operacional.

As diferenças entre indicadores estratégicos dos indicadores táticos e operacionais podem ser verificadas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Comparação entre indicadores estratégico e indicadores tático e operacional

<b>Discriminação</b>	<b>Estratégico</b>	<b>Tático e Operacional</b>
Prazo	Mais longo	Mais curto
Amplitude	Mais ampla	Mais restrita
Riscos	Maiores	Menores
Atividades	Fins e Meios	Meios

Fonte: Adaptado de Oliveira, 2010.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA**

Esta pesquisa é classificada quanto à forma de abordagem por ser uma pesquisa qualitativa, quanto à natureza uma pesquisa aplicada, quanto aos objetivos uma pesquisa exploratória, quanto aos procedimentos uma pesquisa bibliográfica e documental.

#### **3.1.1 Quanto à forma de abordagem**

Esta pesquisa é qualitativa, quanto à forma de abordagem. A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão da dinâmica de um grupo social, de uma organização, etc. Este trabalho é centrado na dinâmica das organizações hospitalares. Gerhardt e Silveira (2009) apontam que na pesquisa qualitativa o desenvolvimento da pesquisa é imprevisível e o conhecimento do pesquisador é parcial e limitado.

#### **3.1.2 Quanto à natureza**

Uma pesquisa pode ser classificada quanto à natureza como uma pesquisa básica ou aplicada. Este trabalho trata-se de uma pesquisa aplicada, pois visa gerar conhecimentos para uma aplicação prática por gestores hospitalares.

#### **3.1.3 Quanto aos objetivos**

Esta pesquisa é classificada quanto aos objetivos como uma pesquisa exploratória. De acordo com Gil (1987) as pesquisas exploratórias visam desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas na formulação de problemas ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. O autor aponta também que pesquisas exploratórias habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental.

#### **3.1.4 Quanto aos procedimentos técnicos**

Esta pesquisa é classificada quanto aos procedimentos por ser uma pesquisa

bibliográfica e documental. A diferença entre ambas está na natureza da fonte dos dados.

Segundo Ramos (2009) são fontes secundárias de obtenção de dados literatura de referência, revistas, resumos, catálogos, índices bibliográficos e bibliografias, entre outros. Para a pesquisa bibliográfica deste trabalho foram adotadas as seguintes fontes bibliográficas: livros, revista científica, artigos, teses e dissertações sobre gestão de desempenho e indicadores hospitalares.

Ainda de acordo com o autor são fontes documentais quaisquer documentos com informação sob forma de textos, imagens, sons, pintura e outros, tais como os documentos oficiais, leis, atas, relatórios, etc. Para a realização da pesquisa documental foram utilizados como fonte de dados documentos fornecidos pelos hospitais, como relatórios de sustentabilidade e indicadores de desempenho utilizados por organizações hospitalares.

### **3.2 ETAPAS DA PESQUISA**

Primeiramente, foi realizado uma revisão bibliográfica sobre os temas abordados neste trabalho, são eles: hospitais, gestão de desempenho, *Balanced Scorecard*, indicadores de desempenho e indicadores estratégico, tático e operacional.

A segunda etapa da pesquisa envolveu o estudo do relacionamento entre os indicadores de desempenho e os hospitais. Foram selecionados 13 trabalhos que apresentaram indicadores selecionados como os principais utilizados por gestores ou indicadores propostos para serem utilizados em hospitais.

Na terceira etapa foi formulado um conjunto de indicadores de desempenho classificados de acordo com as perspectivas do BSC, a partir da análise de mais de 300 indicadores retirados dos 13 trabalhos selecionados.

A quarta etapa do trabalho é à apresentação deste conjunto de indicadores por meio de quadros, sendo um quadro para cada perspectiva do BSC, acrescidos de duas novas perspectivas.

A quinta etapa visou agrupar os indicadores em indicadores tático e operacional e indicadores estratégicos.

A sexta e última etapa compreendeu sugerir uma forma de apresentação dos conjuntos de indicadores selecionados.

## 4 HOSPITAIS BRASILEIROS

### 4.1 HOSPITAL

Hospital é definido por Salu (2013) como uma empresa complexa cuja finalidade de suas atividades, exigem diversidade de especializações e busca constante de desenvolvimento do conhecimento humano para a cura de doenças.

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o hospital como parte integrante da organização médica social, cuja função é proporcionar à população atendimento médico completo e que deve chegar à família, em seu lar” (MALAGÓN-LONDONO, LAVERDE e LONDONO, 2019, p.4).

Não existe um consenso entre os autores quanto à região e data do surgimento do hospital, sabe-se que a palavra em latim *hospitium*, era utilizada para designar um lugar para receber hóspedes e dela, surgiu o termo hospital, que designava uma casa para tratamento temporário de enfermos (CAMPOS, 1965).

A partir do desenvolvimento dessas casas para tratamento temporário de enfermos ao longo dos séculos, e em especial, nas últimas décadas, tem-se o hospital como é conhecido hoje: uma estrutura que oferece desde serviços de hotelarias até serviços de cirurgias extremamente complexas realizadas por robôs.

O hospital é uma empresa que além da preocupação quanto ao resultado financeiro, conforme apontado por Salu (2013), também se preocupa com a missão social e metas de atendimento à população, e, portanto, é imprescindível para a administração hospitalar conhecer a missão, características e os principais indicadores do setor.

### 4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS POR NATUREZA JURÍDICA

Os hospitais no Brasil, podem ser classificados em dois tipos, de acordo com a natureza jurídica: hospitais públicos e hospitais privados. Já os hospitais privados podem ser classificados quanto à finalidade, podendo ser hospitais com fins lucrativos (comumente chamados de hospitais privados) e hospitais privados sem fins lucrativos (designados hospitais filantrópicos).

Conforme Terminologia Básica em Saúde (1983), o hospital público é definido como aquele que integra o patrimônio da União, Estado, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas. O hospital privado é aquele que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público. E por último, o hospital filantrópico, que também integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mas é mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatórios, reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor.

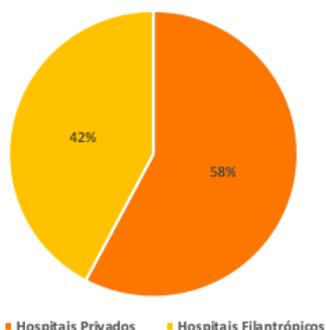
De acordo com a legislação em vigor, os hospitais filantrópicos são hospitais privados sem fins lucrativos, que são certificados pelo Governo Federal com o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS. Para fazer jus a esse certificado, é necessário que o hospital, dentre outros requisitos e critérios definidos em lei, ofereça pelo menos 60% de seus serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS. O SUS é o sistema de saúde pública responsável por garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira, cuja gestão é de responsabilidade solidária e participativa da União, dos Estados e dos municípios.

### **4.3 SITUAÇÃO DOS HOSPITAIS NO BRASIL**

O Relatório da Situação dos Hospitais Privados no Brasil de 2018, divulgou que para o ano de 2018, o sistema de saúde brasileiro contava com 6.820 hospitais, destes, 4.397 são hospitais privados e 2.423 hospitais públicos. Do total de 4.397 hospitais privados, 2.540 são hospitais com fins lucrativos e 1.857 hospitais sem fins lucrativos, ou seja, 42,2% são hospitais denominados filantrópicos e 57,8% comumente chamados de hospitais privados.

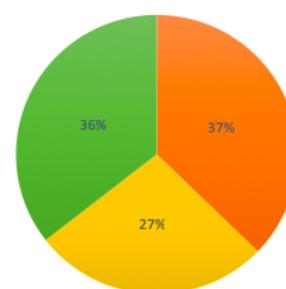
Figura 3 - Gráficos da distribuição dos hospitais quanto ao tipo no Brasil no ano de 2018

Distribuição dos Hospitais Privados em 2018



■ Hospitais Privados ■ Hospitais Filantrópicos

Distribuição dos Hospitais em 2018



■ Hospitais Privados ■ Hospitais Filantrópicos ■ Hospitais Públicos

Fonte: Adaptado pela autora do Relatório da Situação dos Hospitais Privados no Brasil de 2018 (2019).

#### 4.4 USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO POR GESTORES HOSPITALARES

O trabalho de Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014) intitulado “Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?” identificou que os gestores consideram necessário a criação de uma cultura coletiva no setor hospitalar para possibilitar a análises de indicadores e promoção de melhoria contínua no setor. Os autores acreditam que a criação e padronização de indicadores no sistema de saúde brasileiro podem auxiliar os envolvidos na geração de uma visão integrada e inovadora na elaboração do planejamento dos serviços de saúde, bem como associar o uso de indicadores à sistemas integrados de informação podem melhorar o resultado financeiro dos hospitais.

Já o trabalho de Lima, Antunes e Silva (2014) intitulado “Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde” constatou que os gestores de saúde, em sua maioria, não se apropriam dos indicadores de saúde para as ações gerenciais, ou seja, subutilizam os indicadores em ações de planejamento e controle de serviço. O que corrobora com a necessidade apontada por Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014) da criação de uma cultura na área da saúde para utilização de indicadores.

Os autores Lima, Antunes e Silva (2014) identificaram também que os gestores da área da saúde possuem pouco conhecimento sobre a utilização dos sistemas de informação das instituições. Os gestores utilizam os sistemas de informação exclusivamente para inserir os dados solicitados e, por esse motivo, têm a percepção que esses sistemas são apenas instrumentos técnico-burocrático. Os

autores concluíram que é preciso revalorizar os sistemas de informações em saúde para que estes sejam direcionados às atividades de gestão, e assim, aprimorar a qualidade dos serviços de saúde.

Souza et al (2012) destaca a necessidade das organizações hospitalares em disporem de informações confiáveis para embasamento das tomadas de decisões. O autor também ratifica o exposto por anteriormente em relação aos sistemas de informação hospitalares, que apesar de serem ferramentas essenciais nesse tipo de organização, apresentam defasagem entre as necessidades dos gestores e as informações disponibilizadas.

#### **4.5 PRINCIPAIS INDICADORES HOSPITALARES**

Os indicadores de desempenho são fundamentais em organizações hospitalares por diversos motivos, conforme apontado por Lucena, Araújo e Silva (2013), entre eles destacam-se:

- proporcionar a comparação com outras instituições com as mesmas características;
- melhorar a gestão e alocação de recursos;
- monitorar os avanços de acordo com os resultados;
- possibilitar responsabilização dos gestores e colaboradores;
- reduzir a assimetria de informação;
- subsidiar a tomada de decisão pelos agentes envolvidos.

É importante ressaltar que não basta a organização manter uma base de dados que gere diversos indicadores, se os indicadores não são monitorados. Para alcançar a eficiência é necessário o monitoramento constante dos indicadores de desempenho. Como os hospitais são organizações complexas e grande geradoras de indicadores, para que seja possível realizar a monitoração dos indicadores, é indispensável verificar quais são os mais importantes e classifica-los.

Foi realizado uma pesquisa bibliográfica, restrita aos últimos 10 anos, sobre os principais indicadores hospitalares utilizados no Brasil. Durante a pesquisa, foram analisados mais de 50 trabalhos específicos sobre o tema. Destes trabalhos foram selecionados 13. Para esta seleção os trabalhos tiveram que atender aos seguintes requisitos: apontar os principais indicadores hospitalares gerais; detalhar os indicadores com fórmulas, objetivos e descrição. Ou seja, àqueles que dispunham

apenas dos nomes dos indicadores e não estabeleciam quais eram os principais indicadores foram descartados.

O estudo de Lima, Antunes e Silva (2014) mostrou que os gestores hospitalares entrevistados classificaram como os principais indicadores de desempenho para o planejamento de suas unidades, aqueles que foram estipulados pelo Ministério da Saúde no ano do estudo, são eles: número de pessoas com hipertensão, com diabetes, com vacinação em dia, número de casos de tuberculose e hanseníase, o número de exames de Papanicolaou e número de gestantes acompanhadas pelo programa Mãe Paulistana. Estes indicadores são claramente mais importantes para análise da saúde na região do que para a gestão de desempenho dos hospitais. Por este motivo, os indicadores de desempenho obrigatórios por regulamentações do Governo não serão tratados neste trabalho, pois como se tratam de obrigação legal e podem variar durante os anos, é irrelevante destaca-los neste trabalho.

Através dos 13 trabalhos selecionados na pesquisa, foram coletados 309 indicadores destacados nos trabalhos analisados como os principais indicadores utilizados por hospitais. Muitos desses indicadores se repetiam ou se assemelhavam entre os artigos, relatórios e dissertações. Para a seleção dos principais indicadores realizada neste trabalho, foi levado em consideração a justificativa dada pelos autores para estes terem sido destacados, bem como a quantidade de vezes que os indicadores constavam em diferentes trabalhos.

## 5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados obtidos será realizada em forma de quadro, separados em grupos de acordo com as perspectivas do BSC. Os mesmos indicadores serão posteriormente classificados em dois novos quadros: indicadores estratégicos e indicadores táticos e operacionais.

Os trabalhos selecionados sobre indicadores utilizados em hospitais foram enumerados de 1 a 13, conforme quadro disponível no apêndice A. Cada número corresponde a uma referência bibliográfica. Este número será utilizado nos quadros que apresentam os conjuntos de indicadores por perspectivas clássicas do BSC, acrescentadas às perspectivas Colaboradores e Responsabilidade Socioambiental. Cada quadro apresenta uma destas perspectivas e é composto pelo(s) número(s) da(s) referência(s) em que o indicador é citado, o nome do indicador, a fórmula e o interpretador do indicador.

Os 309 indicadores retirados dos 13 trabalhos selecionados podem ser consultados no apêndice B.

O interpretador seta para baixo ↓ indica que quanto menor o resultado, melhor. A seta para cima ↑ indica que quanto maior o resultado, melhor. E as setas para baixo e para cima ↓↑ indicam que o resultado deverá atingir um valor ou uma faixa de valor específico. A periodicidade dos indicadores deve ser definida pela gestão do hospital, de acordo com legislação vigente, recursos disponíveis e estratégia da organização.

### 5.1 PERSPECTIVA COLABORADORES

A perspectiva Colaboradores foi incluída às perspectivas já existentes do BSC para classificar os indicadores de recursos humanos. São colaboradores todos os funcionários diretos ou terceirizados que trabalham diretamente pra ou na organização hospitalar. Os indicadores apresentados abaixo são típicos de recursos humanos para quaisquer tipo de organização, a única exceção é a relação funcionário / leito, que é um indicadores específico da área da saúde.

Quadro 2 - Indicadores da perspectiva Colaboradores

<i>Perspectiva Colaboradores</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
1, 3, 5, 8, 9, 10, 11 e 13	TAXA DE ROTATIVIDADE	$\frac{(\text{Número de admissões} + \text{desligamentos})}{2} \times 100$ <i>Número de funcionários ativos no cadastro do hospital</i>	↓
1, 5 e 9	TAXA DE DOENÇAS OCUPACIONAIS	$\frac{\text{Número de doenças ocupacionais}}{\text{Total de horas trabalhadas}} \times 200.000$	↓
1, 4, 8 e 11	RELAÇÃO FUNCIONÁRIO / LEITO	$\frac{\text{Número de funcionários na folha de pagamento}}{\text{Número de leitos existentes em operação}} \times 100$	↕
9 e 10	TAXA DE GRAVIDADE	$\frac{\text{Número de dias perdidos de acidentes típicos}}{\text{Total de horas trabalhadas}} \times 1.000.000$	↓

Fonte: a autora, 2019.

Citado em mais da metade dos trabalhos selecionados, a Taxa de Rotatividade, também conhecida pelo termo em inglês *turnover*, visa acompanhar a rotatividade dos funcionários do hospital. A fórmula apresentada foi retirada do CQH (2009). O *turnover* é um indicador comumente utilizados pelos Recursos Humanos das organizações, e possui uma fórmula adaptada chamada *turnover* por substituição, cujo as vagas que deixaram de existir ou foram criadas não devem ser contabilizadas no cálculo.

A Taxa de Doenças Ocupacionais (TDO) também descrita como Taxa de Doenças Profissionais teve sua fórmula retirada do Relatório de Sustentabilidade da Rede D'or (2017). Doença Ocupacional ou Doença do Trabalho são aquelas desenvolvidas em função das características específicas do trabalho.

A relação Funcionário por Leito é considerada um indicador de produtividade que permite acompanhar o número de funcionários por leito no hospital. Este indicador é utilizado em diversos países e não existe um número ideal. Além da relação funcionário por leito, alguns trabalhos recomendavam a utilização da relação

de enfermeiros por leito, pessoal da enfermagem por leito e de funcionários contratados e terceiros por leito.

De acordo com Santos e Diez-Garcia (2011, p. 1814), “fazer esta análise segmentada por setor hospitalar permitiria comparações e poderia ser utilizada em relação a outras variáveis que indicam a qualidade”. Ainda de acordo com os autores, hospitais com melhor produtividade apresentam menor relação Funcionário por Leito.

A Taxa de Gravidade definida pela NBR 14.280:2001 tem como objetivo exprimir, em relação a um milhão de horas-homem de exposição ao risco, os dias perdidos por todos os acidentados vítimas de incapacidade temporária total, mais os dias debitados relativos aos casos de morte ou incapacidade permanente.

Estes quatro indicadores selecionados para a perspectiva Colaboradores foram classificados como importantes por trabalhos que tratam os hospitais de forma geral. Não faz parte do objetivo deste estudo aprofundar sobre os indicadores de recursos humanos, que são diversos e variados.

## 5.2 PERSPECTIVA RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

Os indicadores presentes na perspectiva de Responsabilidade Socioambiental visam o acompanhamento das ações das empresas direcionadas ao desenvolvimento sustentável.

Quadro 3 - Indicadores da perspectiva Responsabilidade Socioambiental

<i>Perspectiva Responsabilidade Socioambiental</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
1, 5, 9 e 10	CONSUMO DE ÁGUA	<i>Consumo total de água consumida em m<sup>3</sup></i>	↓
1, 5, 9 e 10	CONSUMO DE ENERGIA	<i>Quantidade de kw/h consumida</i>	↓
9 e 10	CONSUMO DE ENERGIA DE FONTES RENOVÁVEIS	$\frac{\text{Consumo de energia de fontes renováveis}}{\text{Consumo total de energia}} \times 100$	↑

Continua

<i>Perspectiva</i> <b>Responsabilidade Socioambiental</b>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
5, 9 e 10	TAXA DE RESÍDUOS GERADOS NÃO PERIGOSOS	$\frac{\text{Total de resíduos gerados não perigosos}}{\text{Total de resíduos gerados}} \times 100$	↑↓
5, 9 e 10	COMPOSIÇÃO DO QUADRO	$\frac{\text{Número de colaboradoras mulheres}}{\text{Número de colaboradores}} \times 100$	↑↓
10	EQUIDADE SALARIAL	$\frac{\text{Média salarial das mulheres}}{\text{Média salarial dos colaboradores}} \times 100$	↑↓

Fonte: a autora, 2019.

O Consumo de Água é um indicador que deve ser associado à evolução do Consumo de Água da organização. No entanto, é importante ressaltar que é preciso analisa-lo em conjunto com outros indicadores, pois o aumento ou diminuição do consumo podem estar associados à diversos fatores. Por exemplo, no Relatório de Sustentabilidade do Hospital Sírio-Libanês (2017) foi apontado que o consumo de água se manteve estável em relação ao ano anterior, mesmo após a realização de investimentos em tecnologias para redução do consumo de água. De acordo com o Relatório (2017), este resultado foi significativo diante das ampliações ocorridas nas instalações e serviços da instituição durante o ano de 2017.

Assim como o Consumo de Água, o Consumo de Energia também deve ser acompanhado de acordo com a evolução do consumo. O Consumo de Energia é utilizado como a base do indicador Consumo de Energia de Fontes Renováveis, este último permite acompanhar a representatividade das energias de fontes renováveis na matriz energética da organização.

A energia de fontes renováveis são aquelas disponibilizadas na natureza de forma cíclica. São exemplos de fontes renováveis de energia: biomassa, solar, de marés e eólica, sendo a mais utilizada a energia hidrelétrica (COSTA e PRATES, 2005).

Segundo o Relatório de Sustentabilidade da Rede D'Or (2017) é uma preocupação constante a redução do volume de resíduos gerados pela organização. O tratamento para o resíduo é empregado de acordo com a classificação deste resíduo. Os resíduos perigosos não podem ser reciclados e necessitam de destinação adequada, o Relatório (2017) aponta a incineração e a desativação eletrotérmica.

O indicador Composição do Quadro indica a porcentagem de colaboradoras mulheres do total de colaboradores da organização. Nos relatórios de sustentabilidade analisados que continham estas informações a composição do quadro de colaboradores mulheres era maior que o total de colaboradores, no entanto, quando era apresentado por nível funcional a porcentagem de colaboradores mulheres ia diminuindo e nos níveis mais altos a porcentagem de colaboradores do sexo masculino era maior.

Para que a Composição de Quadro possa ser analisada corretamente pela organização, além da Composição do Quadro geral, deve ser realizado também por categoria profissional, nível funcional, média salarial, etc. Apenas a composição de todo o hospital trará poucas informações relevantes para a organização.

Já a Equidade Salarial foi apresentada no Relatório de Sustentabilidade 2018 do Hospital Albert Einstein. Este indicador deve ser realizado por categoria funcional, só assim será possível avaliar se está de fato ocorrendo a equidade salarial entre homens e mulheres na organização.

### **5.3 PERSPECTIVA APRENDIZADO E CRESCIMENTO**

A perspectiva Aprendizado e Crescimento é a base do mapa estratégico proposto por Kaplan e Norton. Na apresentação dos resultados obtidos neste trabalho a base do mapa estratégico foi a perspectiva Colaboradores, seguido pela perspectiva Responsabilidade Socioambiental e então, temos a perspectiva Aprendizado e Crescimento.

Esta perspectiva é responsável por descrever os ativos intangíveis que devem ser alinhados para criar valor à organização.

Quadro 4 - Indicadores da perspectiva Aprendizado e Crescimento

<i>Perspectiva Aprendizado e Crescimento</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
3, 8, 9, 11 e 13	ÍNDICE DE TREINAMENTO	$\left( \frac{\text{Número funcionários ouvintes no curso 1}}{\text{x carga horária curso 1}} \right) + \left( \frac{\text{Número funcionários ouvintes no curso 2}}{\text{x carga horária curso 2}} \right) + \dots + \left( \frac{\text{Número funcionários ouvintes no curso n}}{\text{x carga horária curso n}} \right) \times 1000$ $\frac{\text{Número de horas/homem trabalhadas}}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}}$	↑↓
1, 3, 8, 10 e 11	TAXA DE ACIDENTES DE TRABALHO	$\frac{\text{Número de acidentes de trabalho}}{\text{Número de funcionários ativos no cadastro do hospital}} \times 100$	↓
1, 5, 7, 8, 9 e 11	TAXA DE ABSENTEÍSMO	$\frac{\text{Número de horas/homem ausentes}}{\text{Número horas/homem trabalhadas}} \times 100$	↓
6, 7 e 10	TAXA DE ERRO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	$\frac{\text{Número de vezes que ocorreram erros na prescrição de medicamentos ou tratamentos}}{\text{Número total de mecidamentos administrados}}$	↓
5, 8 e 10	TAXA DE CAPACITAÇÃO	$\frac{\text{Total de horas de capacitação}}{\text{Total de colaboradores}} \times 100$	↑↓

Fonte: a autora, 2019.

O primeiro indicador apresentado, o Índice de Treinamento teve sua fórmula retirada da referência número 8, e possui como definição a relação entre o número de horas dos funcionários ouvintes nos cursos e o número de horas trabalhadas. O objetivo deste indicador é acompanhar as atividades de treinamento do hospital. O interpretador ↑↓ sugere que deve ser estabelecido uma meta exata de acordo com os objetivos específicos da organização.

A Taxa de Acidentes de Trabalho tem como objetivo, de acordo com o CQH (2008), acompanhar e monitorar o número de acidente de trabalho, utilizando esses registros para subsidiar propostas de intervenção e melhorias e o interpretador ↓ sugere que quanto menor for esta taxa, melhor.

Já a Taxa de Absenteísmo permite acompanhar as horas ausentes dos funcionários, que pode ser do quadro geral ou dividido em categorias profissionais. Também pode ser calculada por dias ao invés da unidade hora/homem, de acordo com a necessidade e disponibilidade do hospital.

A Taxa de Erro de Administração de Medicamentos. Essa taxa engloba os erros na prescrição de medicamentos e no tratamento da prescrição. Através deste indicador é possível avaliar a necessidade de novos treinamentos, cursos, especializações, processos internos, etc.

Além do Índice de Treinamento, também foi destacada a Taxa de Capacitação. Para Divino, Pereira e Siqueira (2009, p.366), “a capacitação é o processo de desenvolver qualidades nos recursos humanos para habilitá-los a ser mais produtivos e contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais”. O numerador inclui as capacitações internas e capacitações externas (exemplo: concessão de bolsas de estudo).

#### 5.4 PERSPECTIVA PROCESSOS INTERNOS

O próximo conjunto de indicadores apresentado é o da perspectiva Processos Internos. Foram selecionados sete indicadores de desempenho para esta perspectiva.

Quadro 5 - Indicadores da perspectiva Processos Internos

<i>Perspectiva Processos Internos</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13	TAXA DE OCUPAÇÃO	$\frac{\text{Número de pacientes atendidos}}{\text{Número de leitos disponíveis}} \times 100$	↑↓
1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	$\frac{\sum \text{Número de pacientes/dia no período}}{\sum \text{Número de saídas no período}}$	↑↓

Continua

<i>Perspectiva Processos Internos</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
4, 6, 8 e 11	INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	$\frac{\% \text{ de desocupação} \times \text{média de permanência}}{\% \text{ de ocupação}}$	↓
1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11 e 13	TAXA DE INFECCÇÃO HOSPITALAR	$\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$	↓
8 e 10	DENSIDADE DE INFECCÇÃO HOSPITALAR	$\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de pacientes/dia}} \times 100$	↓
1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13	TAXA DE MORTALIDADE	$\frac{\text{Número de óbitos após 24h de internação}}{\text{Total de saídas}} \times 100$	↓
7, 8, 9, 10 e 11	TAXA DE REINTERNAÇÃO	$\frac{\text{Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$	↓
5, 7, 8, 9 e 10	TAXA DE QUEDA	$\frac{\text{Número de episódios de queda}}{\text{Total de pacientes/dia}} \times 100$	↓
4, 8 e 11	ÍNDICE DE RENOVAÇÃO	$\frac{\text{Número de saídas durante o período}}{\text{Número de leitos neste mesmo período}}$	↓

Fonte: a autora, 2019.

A Taxa de Ocupação foi destacada como principal indicador em todos os trabalhos analisados. A ANS (2019) sugere como ideal uma taxa de ocupação entre 80 e 85%. Esta taxa possibilita medir o grau de ocupação do hospital, indicando a necessidade de mais ou menos espaço na organização. Tem como objetivo a eficiência da gestão do leito operacional.

O Tempo Médio de Permanência tem como objetivo acompanhar o tempo de internação dos pacientes. Já o indicador nomeado Intervalo de Substituição relaciona a Taxa de Ocupação com a Média de Permanência e tem como objetivo acompanhar os dias de ociosidade dos leitos, possibilitando avaliar como está sendo realizada a gestão do uso do leito hospitalar. Também pode ser utilizado para acompanhar a ociosidade de um centro cirúrgico.

A Taxa de Infecção Hospitalar, também conhecida como TIH, permite acompanhar como o nome já diz, a taxa de infecção hospitalar. A taxa de infecção pode ser calculada por setor hospitalar, por tipo de infecção (exemplos: infecção primária da corrente sanguínea, infecção no trato urinário), por procedimento realizado, por serviço. O DIH – Densidade de Infecção Hospitalar permite acompanhar a Taxa de Infecção Hospitalar.

O indicador de Taxa de Mortalidade Institucional permite acompanhar os óbitos ocorridos na instituição após as primeiras 24 horas de internação. Assim como a Taxa de Infecção, a Taxa de Mortalidade também pode ser calculada de diferentes formas, como por exemplo, o acompanhamento da Taxa de Mortalidade Operatória, na UTI ou de pacientes com mais de 48 horas de internação.

O acompanhamento de retornos por paciente internado é realizado através da Taxa de Reinternação ou Taxa de Readmissão. Para Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014, p. 506) este monitoramento deve ser realizado a fim de “evitar a reinternação e criar mecanismos de suporte externo para otimizar a capacidade de atendimento”. O Relatório de Sustentabilidade 2018 do Hospital Albert Einstein utiliza no numerador o número de pacientes que reinternaram em 30 dias, excluindo os pacientes da Oncologia e Hematologia.

A Taxa de Queda trata do número de quedas de pacientes no hospital. Segundo Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014) acompanhar a queda de pacientes em maca em deslocamento é aplicada para melhorar a produtividade e a qualidade do atendimento.

O Índice de Renovação permite acompanhar quantos pacientes ocuparam o mesmo leito no período, ou seja, permite avaliar a produtividade do leito hospitalar.

## 5.5 PERSPECTIVA DO CLIENTE

Quadro 6 - Indicadores da perspectiva do Cliente

Perspectiva do Cliente			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Interpretador
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 e 11	TAXA DE SATISFAÇÃO	Índice NPS	↑
1 e 8	TAXA DE CIRURGIA SUSPENSÃO	$\frac{\text{Número de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes}}{\text{Número de cirurgias agendadas}} \times 100$	↓
1, 2, 3, 6, 11 e 13	TEMPO DE ESPERA	$\frac{\sum \text{Tempo da chegada à avaliação médica}}{\sum \text{Número de pacientes admitidos na emergência}}$	↓
1, 3, 8, 11, 12 e 13	TAXA DE CESÁREAS	$\frac{\text{Número de partos cesáreas ocorridos}}{\text{Total de partos}} \times 100$	↓

Fonte: a autora, 2019.

A perspectiva do Cliente não poderia deixar de contar com a Taxa de Satisfação. A Taxa de Satisfação pode ser calculada de várias formas, um exemplo, é realizar o cálculo a partir do *Net Promoter Score*, também conhecido como NPS. A vantagem desse indicador, dentre outras, é que ele já é amplamente utilizado por hospitais, o que facilita as comparações.

O NPS é um mecanismo prático que serve para expressar a satisfação dos clientes, baseado na obtenção de *feedback*. Os clientes são divididos em três categorias de acordo com a resposta dada para a pergunta definitiva: “Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria a empresa XY a um amigo ou familiar?”. Com a resposta dessa pergunta, os pacientes serão divididos em promotores (nota 10 ou 9), neutros (nota 7 ou 8) e detratores (as notas entre 0 e 6). O indicador NPS é calculado ao subtrair o número de detratores do número de promotores (COSSA, 2017).

A Taxa de Cirurgia Suspensa, conforme CQH (2009), tem como objetivo acompanhar as cirurgias suspensas por motivos que não dependeram do paciente e podem indicar diversas falhas, de acordo com o motivo do cancelamento da cirurgia, como por exemplo: por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesista, falta de salas, falta de acomodações, erro de agendamento (sem cobertura de convênio).

O indicador Tempo de Espera é crucial na urgência e emergência dos hospitais. Este também pode ser calculado de inúmeras formas, o programa Qualiss (2014), sugere que o Tempo de Espera seja calculado separadamente para cada categoria de risco adotado pela instituição (emergente, urgente e não-urgente). Ainda de acordo com o programa, o indicador deve ser utilizado para buscar melhoria interna da qualidade da assistência à saúde, comparar desempenho hospitalar e monitorar a qualidade da assistência e cuidado à saúde.

De acordo com a OMS (2015), a Taxa de Cesárea em nível populacional, acima de 10% não está associada com reduções nas taxas de mortalidade materna e neonatal. Segundo reportagem da ANS (2015) 42 hospitais brasileiros firmaram um compromisso com o intuito de reduzir a taxa de cesáreas desnecessárias e melhoraria da atenção ao parto no Brasil, impactando diretamente as pacientes dos hospitais. Antes do compromisso estes hospitais apresentavam Taxa de Cesárea de 85,5%, após 6 meses da implantação do projeto as taxas foram reduzidas para 72,8%. Por tanto, o interpretador da Taxa de Cesárea indica a necessidade da redução.

## **5.6 PERSPECTIVA FINANCEIRA**

Nos trabalhos analisados foi possível constatar uma ausência de indicadores financeiros destacados no conjunto dos principais, e quando estes indicadores eram mencionados, tratavam-se de indicadores financeiros já consolidados para os mais diversos tipos de organizações. No entanto, existem incontáveis trabalhos que tratam exclusivamente de indicadores financeiros hospitalares, que são muitos. Acredita-se que a quantidade abundante de indicadores financeiros utilizados em hospitais, bem como a importância destes indicadores na gestão hospitalar, fez com que eles não fossem abordados no contexto geral, e sim, em trabalhos específicos sobre finanças hospitalares e afins.

Quadro 7 - Indicadores da perspectiva Financeira

<i>Perspectiva Financeira</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Interpretador
1 e 4	FATURAMENTO	<i>Faturamento total por período</i>	↑
4	INADIMPLÊNCIA	$\frac{\text{Recebimentos ainda pendentes}}{\text{Recebimentos esperados para o período}}$	↓
1	LUCRATIVIDADE	$\frac{\text{Lucro}}{\text{Faturamento}}$	↑
1 e 4	RENTABILIDADE	$\frac{\text{Lucro}}{\text{Patrimônio líquido}}$	↑
1 e 10	ÍNDICE DE ENDIVIDAMENTO	$\frac{\text{Passivo}}{\text{Ativo}}$	↓
1 e 7	CUSTO OPERACIONAL	<i>Custo operacional de diária, refeição, procedimento (...)</i>	↓

Fonte: a autora, 2019.

O faturamento é um indicador base que pode dar origem a outros indicadores específicos para hospitais, alguns deles são: faturamento por convênio, faturamento por especialidade, faturamento por funcionário, faturamento por procedimento, faturamento por setor.

A MV Informática (2015) destaca que conhecer o índice de inadimplência auxilia os gestores no planejamento das transações financeiras do hospital, evitando a depender de um valor que pode não ser recebido pela instituição.

A lucratividade é calculada pelo faturamento, conforme aponta o quadro 5, já a rentabilidade é calculada sobre o patrimônio líquido de forma geral. Ambos dão origem a indicadores mais detalhados, assim como o faturamento. Algumas sugestões são: rentabilidade por médico, convênio, especialidade, setor. Abaixo segue como exemplo o cálculo de rentabilidade por médico, os demais são calculados seguindo o mesmo princípio.

$$\text{rentabilidade por médico} = \frac{\text{lucro líquido gerado pelo médico}}{\text{custo de investimento no médico}} \times 100$$

O Índice de Endividamento é um indicador financeiro comum às organizações que consiste na razão entre ativo e passivo. Este índice demonstra o quanto do ativo é financiado por capital de terceiros. A partir desse indicador é possível avaliar a saúde financeira da instituição. No caso dos hospitais, segundo Pedelhes (2019, p.22), “os gerentes dos hospitais precisam saber como a dependência de pagadores e empréstimos de dívida a curto prazo versus a longo prazo e o nível de competição entre os prestadores afetam as decisões de estrutura de capital”.

De forma simplificada, o Custo Operacional nada mais é do que a despesa que a organização tem para continuar em funcionamento. É fundamental para dimensionar os custos.

### **5.6.1 Hospitais públicos e filantrópicos**

É importante ressaltar que, para instituições públicas e instituições sem fins lucrativos, a perspectiva Financeira no modelo proposto por Kaplan e Norton (2004), é substituída pela perspectiva fiduciária. O que não significa que os indicadores financeiros não tenham que ser monitorados.

No caso dos hospitais filantrópicos e públicos brasileiros, o modelo de criação de valor, teria a perspectiva Financeira como a base da criação de valor, pois estas instituições sofrem constantemente com falta de recursos financeiros. Conforme divulgado pela CMB (2019) os hospitais sem fins lucrativos terminaram o ano de 2015 com dívida de 21,6 bilhões de reais. Ainda em 2015, estas instituições contabilizaram redução de aproximadamente onze mil leitos.

## **5.7 INDICADORES ESTRATÉGICOS, TÁTICO E OPERACIONAL**

Além da apresentação dos indicadores de acordo com as perspectivas do BSC, também foi realizada a classificação dos indicadores em indicadores estratégicos e indicadores tático e operacional.

### **5.7.1 Indicadores Tático e Operacional**

Os indicadores tático e operacional são aqueles que devem ser geridos prioritariamente e com maior frequência pelos gestores de nível médio da empresa, os tomadores de decisão dos departamentos da organização. Eles possuem prazo

mais curto de acompanhamento, amplitude mais restrita e envolvem menores riscos do que os indicadores estratégicos.

Quadro 8 - Indicadores tático e operacional

<b>Indicadores Tático e Operacional</b>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
8 e 10	DENSIDADE DE INFECCÇÃO HOSPITALAR	$\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de pacientes/dia}} \times 100$	↓
7, 8, 9, 10 e 11	TAXA DE REINTERNAÇÃO	$\frac{\text{Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$	↓
6, 7 e 10	TAXA DE ERRO	$\frac{\text{Número de vezes que ocorreram erros na prescrição de medicamentos ou tratamentos}}{\text{Número total de mecidamentos administrados}}$	↓
5, 7, 8, 9 e 10	TAXA DE QUEDA	$\frac{\text{Número de episódios de queda}}{\text{Total de pacientes/dia}} \times 100$	↓
1, 2, 3, 6, 11 e 13	TEMPO DE ESPERA	$\frac{\sum \text{Tempo da chegada à avaliação médica}}{\sum \text{Número de pacientes admitidos na emergência}}$	↓
1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11 e 13	TAXA DE INFECCÇÃO HOSPITALAR	$\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$	↓

Continua

Continua

<i>Indicadores Tático e Operacional</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
9 e 10	TAXA DE GRAVIDADE	$\frac{\text{Número de dias perdidos de acidentes típicos} \times 1.000.000}{\text{Total de horas trabalhadas}}$	↓
4, 6, 8 e 11	INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	$\frac{\% \text{ de desocupação} \times \text{média de permanência}}{\% \text{ de ocupação}}$	↓
3, 8, 9, 11 e 13	ÍNDICE DE TREINAMENTO	$\frac{\left( \begin{aligned} &(\text{Número funcionários ouvintes no curso 1} \\ &\times \text{carga horária curso 1}) \\ &+ (\text{Número funcionários ouvintes no curso 2}) \\ &\times \text{carga horária curso 2} \\ &+ \dots + \\ &+ (\text{Número funcionários ouvintes no curso n} \times \\ &\text{carga horária curso n}) \times 1000 \end{aligned} \right)}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}}$	↑↓
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 e 11	TAXA DE SATISFAÇÃO	Índice NPS	↑
1, 9 e 11	CONSUMO DE ÁGUA	Quantidade de água consumida em m <sup>3</sup>	↑↓
1, 5, 9 e 10	CONSUMO DE ENERGIA	Quantidade de kw/h consumida	↓

Continua

<i>Indicadores Tático e Operacional</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
1, 5, 7, 8, 9 e 11	TAXA DE ABSENTEÍSMO	$\frac{\text{Número de horas/homem ausentes}}{\text{Número horas/homem trabalhadas}} \times 100$	↓
1, 5 e 9	TAXA DE DOENÇAS OCUPACIONAIS	$\frac{\text{Número de doenças ocupacionais}}{\text{Total de horas trabalhadas}} \times 200.000$	↓
1, 3, 8, 10 e 11	TAXA DE ACIDENTES DE TRABALHO	$\frac{\text{Número de acidentes de trabalho}}{\text{Número de funcionários ativos no cadastro do hospital}} \times 100$	↓
1, 3, 5, 8, 9, 10, 11 e 13	TAXA DE ROTATIVIDADE	$\frac{\frac{(\text{Número de admissões} + \text{desligamentos})}{2}}{\text{Número de funcionários ativos no cadastro do hospital}} \times 100$	↓
1 e 8	TAXA DE CIRURGIA SUSPensa	$\frac{\text{Número de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes}}{\text{Número de cirurgias agendadas}} \times 100$	↓

Fonte: a autora, 2019

### 5.7.2 Indicadores Estratégicos

Os indicadores estratégicos são aqueles que devem ser geridos prioritariamente pelos níveis organizacionais mais altos da empresa, ou seja, pelos tomadores de decisão da organização. Eles estão relacionados com o planejamento estratégico da organização

Quadro 9 - Indicadores estratégicos

<i>Indicadores Estratégicos</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
9 e 10	CONSUMO DE ENERGIA DE FONTES RENOVÁVEIS	$\frac{\text{Consumo de energia de fontes renováveis}}{\text{Consumo total de energia}} \times 100$	↑
5, 9 e 10	TAXA DE RESÍDUOS GERADOS NÃO PERIGOSOS	$\frac{\text{Total de resíduos gerados não perigosos}}{\text{Total de resíduos gerados}} \times 100$	↑↓
5, 9 e 10	COMPOSIÇÃO DO QUADRO	$\frac{\text{Número de colaboradoras mulheres}}{\text{Número de colaboradores homens}}$	↑↓
10	EQUIDADE SALARIAL	$\frac{\text{Média salarial das mulheres}}{\text{Média salarial dos homens}}$	↑↓
5 e 10	TAXA DE CAPACITAÇÃO	$\frac{\text{Total de horas de capacitação}}{\text{Total de colaboradores}} \times 100$	↑
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13	TAXA DE OCUPAÇÃO	$\frac{\text{Número de pacientes atendidos}}{\text{Número de leitos disponíveis}} \times 100$	↑↓

Continua

Continua

<i>Indicadores Estratégicos</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
1, 2, 3, 4, 5,7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	$\frac{\sum \text{Número de pacientes/dia no período}}{\sum \text{Número de saídas no período}}$	↑↓
1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13	TAXA DE MORTALIDADE	$\frac{\text{Número de óbitos após 24h de internação}}{\text{Total de saídas}} \times 100$	↓
4, 8 e 11	ÍNDICE DE RENOVAÇÃO	$\frac{\text{Número de saídas durante o período}}{\text{Número de leitos neste mesmo período}} \times 100$	↓
1, 4, 8 e 11	RELAÇÃO FUNCIONÁRIO / LEITO	$\frac{\text{Número de funcionários na folha de pagamento}}{\text{Número de leitos existentes em operação}} \times 100$	↑↓
1 e 4	FATURAMENTO	<i>Faturamento total por período</i>	↑
4	INADIMPLÊNCIA	$\frac{\text{Recebimentos ainda pendentes}}{\text{Recebimentos esperados para o período}}$	↓
1	LUCRATIVIDADE	$\frac{\text{Lucro}}{\text{Faturamento}}$	↑
1 e 4	RENTABILIDADE	$\frac{\text{Lucro}}{\text{Patrimônio líquido}}$	↑

Continua

<i>Indicadores Estratégicos</i>			
Referência	Nome do Indicador	Fórmula	Intepretador
1 e 10	ÍNDICE DE ENDIVIDAMENTO	$\frac{Passivo}{Ativo}$	↓
1 e 7	CUSTO OPERACIONAL	<i>Custo operacional de diária, refeição, procedimento (...)</i>	↓
1, 3, 8, 11, 12 e 13	TAXA DE CESÁREAS	$\frac{Nmero\ de\ partos\ cesáreas\ ocorridos}{Total\ de\ partos} \times 100$	↑↓

Fonte: a autora, 2019

## 5.8 DASHBOARD

O *Dashboard*, em português chamado de painel de controle, é utilizado para apresentar os dados compilados. Chamon (2013, p.13) define *Dashboard* como “um armazenador de várias formas de demonstrar relatórios, tabelas ou indicadores”. Ainda de acordo com o autor, analisar o *Dashboard* não é exclusividade da diretoria para a tomada de decisões, também pode ser analisado diariamente pelas áreas departamentais e operacionais, o que auxiliará a encontrar possíveis problemas de forma rápida, evitando maiores complicações.

Vários dos indicadores selecionados são indicadores que podem ser especificados por setores, funcionários, especialidade, entre outras especificidades. Por esse motivo, a sugestão é que esse conjunto de indicadores seja apresentado em um *Dashboard* que reflita as perspectivas do BSC. Os indicadores gerais apresentados funcionarão como *links* para um outro *Dashboard* com os indicadores detalhados pelas especificidades citadas anteriormente.

Um *Dashboard* que apresenta uma quantidade reduzida de indicadores gerais permite um monitoramento eficaz e constante dos objetivos. Incluir neste painel a possibilidade de detalhar os indicadores apresentados, de forma simples, viabiliza o acompanhamento aprofundado do que está ocorrendo de fato na instituição e auxilia na detecção de onde estão ocorrendo falhas e sucessos na implementação dos objetivos.

## 6 CONCLUSÃO

Os hospitais são organizações extremamente complexas que prestam os mais variados serviços e, portanto, são compostas por setores completamente diferentes. Também são as organizações de saúde vistas como referência para os brasileiros, que julgam todo o sistema de saúde nacional a partir dos parâmetros observados nos hospitais. Esses fatores tornam a gestão de desempenho crucial e um desafio ainda maior para os gestores hospitalares quando comparado com outras organizações de menor complexidade.

O modelo proposto por Kaplan e Norton, o *Balanced Scorecard*, contribui para o alinhamento estratégico de organizações complexas. Para acompanhar se os objetivos estratégicos, tático e operacional estão sendo alcançados, são utilizados os indicadores de desempenho, que permitem acompanhar a evolução daquilo que está sendo monitorado ao longo do tempo, bem como, comparar com outras organizações similares.

O primeiro objetivo proposto neste trabalho foi justamente identificar os indicadores de desempenho utilizados por hospitais. Foram identificados 309 indicadores a partir da análise de 13 trabalhos. O segundo objetivo proposto foi compreender como os gestores de hospitais utilizam os indicadores de desempenho, sendo assim, constatou-se a partir da revisão bibliográfica analisada que os gestores hospitalares, em sua maioria, apesar de considerarem os indicadores de desempenho fundamentais, não os utilizam.

Além disso, também foi constatado a grande quantidade de indicadores gerados por instituições hospitalares, o que evidencia a dificuldade que os gestores encontram para analisar centenas de indicadores sem o auxílio de inteligência artificial. Dessa forma, com o intuito de simplificar o monitoramento e acompanhamento dos indicadores pelos gestores, o terceiro objetivo deste trabalho resultou na apresentação de um conjunto de indicadores separados em grupos pelas perspectivas do BSC.

Foram selecionados trinta e quatro indicadores, utilizando como critério a quantidade de vezes que eles foram destacados como principais nos trabalhos analisados, bem como a justificativa dos autores e o contexto dos hospitais brasileiros. Dos trinta e quatro indicadores analisados, quatro estão agrupados na

perspectiva Colaboradores, seis na perspectiva Responsabilidade Socioambiental, cinco na perspectiva Aprendizado e Crescimento, nove na perspectiva Processos Internos, quatro na perspectiva do Cliente e seis na perspectiva Financeira.

O último objetivo proposto foi classificar os indicadores selecionados em indicadores estratégicos e indicadores tático e operacional. Dos trinta e quatro indicadores selecionados, dezesseis foram classificados como indicadores estratégicos e dezoito classificados como indicadores tático e operacional.

A partir da metodologia de revisão bibliográfica, com base nas perspectivas do BSC, foi proposto um conjunto inicial de indicadores de desempenho para hospitais privados, públicos e filantrópicos. Este conjunto deve ser completado com outros indicadores específicos ligados aos objetivos estratégicos de cada instituição hospitalar, respeitando as particularidades, missão, valores e visão das organizações.

Também foi proposto que o conjunto de indicadores seja apresentado em um *dashboard* que permita detalhar aqueles indicadores que podem dar origem a outros indicadores específicos, seja por setor, funcionário, convênio, especialidade, etc.

Por fim, espera-se que os indicadores sugeridos e classificados pelas perspectivas do BSC e pelos níveis de planejamento possam de maneira conveniente, objetiva e direta fornecer subsídios para tomada de decisões assertivas pelos gestores hospitalares, bem como utilizados para realização de *benchmarking*. Como sugestão para trabalhos futuros, indica-se a validação do conjunto de indicadores propostos neste trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Em seis meses, hospitais reverterem taxas de cesáreas de 10 anos.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3032-em-seis-meses-hospitais-revertem-taxas-de-cesareas-de-10-anos>. Acesso em junho, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14280: **Cadastro de acidente do trabalho**: procedimento e classificação. Rio de Janeiro, p. 10. 2001.

BARROS, Tanira Gomes Toledo de; LUPPI, Carla Gianna. **Hospitais filantrópicos beneficiados por programa de incentivo financeiro**: uma análise de desempenho. Saúde Debate. V. 42, N. 116, P. 52-62, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0052.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0052.pdf). Acesso em junho, 2019.

BRANDÃO, H. P. GUIMARÃES, R. A. **Gestão de competências e gestão de desempenho**: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? RAE - Revista de Administração de Empresas, V. 41, n. 1, p. 8-15. São Paulo, 2001. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rae/v41n1/v41n1a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n1/v41n1a02.pdf). Acesso em junho, 2019.

BRASIL. **Portal da Transparência**: Visão geral da distribuição por subárea (subfunção). Disponível em: <http://www.transparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2015>. Acesso em junho, 2019.

BRASIL. **Decreto n. 8.242, de 23 de maio de 2014**. Regulamenta a lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social e sobre procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social. Brasília, 2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8242.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8242.htm). Acesso em junho, 2019.

CALLADO, A. L. C. CALLADO, A. A. C. ALMEIRA, M. A. **A utilização de indicadores de desempenho não-financeiros em organizações agroindustriais**: um estudo exploratório. Organizações Rurais & Agroindustriais, Lavras, v. 10, n. 1, p. 35-48, 2008. Disponível em: <http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/90>. Acesso em junho, 2019.

CAMPOS, E. S. **História e Evolução dos Hospitais**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 1965. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf). Acesso em maio, 2019.

CEBAS. **Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social**: Legislação em vigor. Disponível em: <http://cebas.mec.gov.br/legislacao-cebas>. Acesso em junho, 2019.

CGQ. **O Relatório Mensal de Indicadores do CQH-04 -1 e o Relatório de Avaliação pelo Usuário CQH-06**, versão fevereiro de 2009. Disponível em: [http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p\\_ndoc=127](http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127). Acesso em junho, 2019.

CHAMON, José Eduardo. **Gráficos em Dashboard para Microsoft Excel 2013**. 1. ed. São Paulo: Érica, 2014.

CMB. **A história de misericórdia das Santas Casas**. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas. 2019. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso em junho, 2019.

COSSA, Gabriel Chicale. **O Net promoter score e as métricas tradicionais de satisfação e lealdade do cliente na previsão do desempenho financeiro**. 2017. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/19887>. Acesso em junho, 2019.

COSTA, A. P. P. **Balanced Scorecard: Conceitos e Guia de Implementação**. 1a edição. São Paulo. Editora Atlas, 2008.

COSTA, Ricardo Cunha da; PRATES, Cláudia Pimentel Trindade. **O papel das fontes renováveis de energia no desenvolvimento do setor energético e barreiras à sua penetração no mercado**. BNDES, 2005. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/2436>. Acesso em junho, 2019.

CUNHA, Julio Araujo Carneiro da; CORRÊA, Hamilton Luiz. **Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos**. RAE-Revista de Administração de Empresas, [S.l.], v. 53, n. 5, p. 485-499, set. 2013. ISSN 2178-938X. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/30003>. Acesso em junho, 2019.

DE ROLT, M. I. P. **O uso de indicadores para a melhoria da qualidade em pequenas empresas**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 1998. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/78030>. Acesso em junho, 2019.

DIVINO, Eveline do Amor; PEREIRA, Queli Lisiane Castro; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. **A capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar móvel: necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 13, n. 3, p. 365-371, 2009. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/201>. Acesso em julho, 2019.

ESCRIVÃO JUNIOR, A. 2007. **“Uso da informação na gestão de hospitais públicos.”** Ciência & Saúde Coletiva 12 (June): 655–66. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2007.v12n3/655-666/>. Acesso em junho, 2019.

FASTERM. **Como construir indicadores de desempenho para hospitais.** Disponível em: <https://www.fasterm.com.br/blog/como-construir-indicadores-de-desempenho-para-hospitais/>. Acesso em maio, 2019.

FBH. CNS. **Relatório da Situação dos Hospitais Privados no Brasil.** Brasil, 2018. Disponível em: [http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Relatorio-FBH-CNS\\_web.pdf](http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Relatorio-FBH-CNS_web.pdf). Acesso em junho, 2019.

FNQ. **O que são sistemas de indicadores?** Fundação Nacional da Qualidade. Fevereiro, 2018. Disponível em: <http://www.fnq.org.br/informe-se/noticias/o-que-sao-sistemas-de-indicadores>. Acesso em maio, 2019.

FORGIA LA, G. M., COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: Em Busca da Excelência, 1ª Edição.** São Paulo, Editora Singular, 2009. Disponível em: [https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62\\_Desempenho%20Hospitalar.pdf](https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62_Desempenho%20Hospitalar.pdf). Acesso em junho, 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas da pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1987.

GERHARDT, Tatiana Engel Gerhardt. SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa:** coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOLLMANN, Sulane. **Gestão socioambiental no Hospital Santa Cruz:** análise e proposições. Universidade de Santa Cruz. Santa Cruz, RS. 2016. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1525>. Acesso em junho, 2019.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Relatório de Sustentabilidade 2018.** Disponível em: [https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/RA\\_Einstein-2018\\_web.pdf](https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/RA_Einstein-2018_web.pdf). Acesso em julho, 2019.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Relatório de Sustentabilidade 2017.** Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/relatorio-sustentabilidade/Documents/relatorio-sustentabilidade-2017.pdf>. Acesso em julho, 2019.

KAPLAN, S. R. NORTON, D. P. **Mapas Estratégicos:** convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. 4ª edição. Rio de Janeiro: Elsevir, 2004.

LIMA, S. M. L. et al. **Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1249-1261, set-out, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500019](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500019). Acesso em junho, 2019.

LIMA, Keler Wertz Schender de; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; SILVA, Zilda Pereira da. **Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde.** Saude soc., São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-71, Mar. 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000100061&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100061&lng=en&nrm=iso). Acesso em junho, 2019.

LOURENÇO, A. T. T. 2016. **Desempenho estratégico na gestão hospitalar: análise multicritério para suporte ao balanced scorecard**. Disponível em: <http://repositorio.utfpr.edu.br:8080/jspui/handle/1/1962>. Acesso em junho, 2019.

LUCENA, S. M. D. **Planejamento estratégico e gestão do desempenho para resultados**. 1ª edição. São Paulo. Editora Atlas, 2004.

MADALENO, Julia Muniz. **Uma proposta de sistematização de indicadores de desempenho na área hospitalar**. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2015. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/4348>. Acesso em junho, 2019.

MALAGÓN-LONDONO, G. LAVERDE, G. P. LONDONO, J. R. **Gestão hospitalar para uma administração eficaz**. 4ª edição. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2019.

MALHEIROS, Bruno Taranto, ROCHA, Ana Coelho. Série MBA - **Gestão de Pessoas** - Avaliação e Gestão de Desempenho. 1. ed. - Rio de Janeiro. LTC, 2014.

MACHILINE, C. PASQUINI, A. C. **Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 290-299, 2011. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/rede\\_hospitalar\\_nacional\\_usa\\_indicadores\\_gerenciais.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/rede_hospitalar_nacional_usa_indicadores_gerenciais.pdf). Acesso em junho, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2017**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>. Acesso em junho, 2019.

MV Informática Nordeste Ltda. **Os segredos da gestão hospitalar descomplicada**. Outubro, 2015. Disponível em: <http://www.mv.com.br/pt/blog/os-segredos-da-gestao-hospitalar-descomplicada>. Acesso em maio, 2019.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento Estratégico: Conceitos, metodologia, práticas**. 28ª Edição. São Paulo, Editora Atlas, 2010.

OMS. **Hospitals in the health system**. Disponível em: <https://www.who.int/hospitals/hospitals-in-the-health-system/en/>. Acesso em junho, 2019.

OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Suíça, 2015. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=A735EF23ADDD7B457722594CF00302F?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=A735EF23ADDD7B457722594CF00302F?sequence=3). Acesso em novembro, 2019.

PEDELHES, Milena Osorio. **Análise do endividamento: um estudo de hospitais públicos, universitários e filantrópicos**. 2019. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/35668>. Acesso em novembro, 2019.

QUALISS - **Indicadores Hospitalares Essenciais** - 2013/14 - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude/monitoramento-da-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/modulos-e-indicadores/qualiss-indicadores-hospitalares-essenciais-2013-14>. Acesso em junho, 2019.

RAMOS, Albenides. **Metodologia da pesquisa científica**: como uma monografia pode abrir o horizonte do conhecimento / Albenides Ramos. -- São Paulo: Atlas, 2009

RAFFA, C. MALIK, A. M. PINOCHET, L. H. C. **O Desafio de Mapear Variáveis na Gestão de Leitos em Organizações Hospitalares Privadas**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 124-141, oct. 2017. ISSN 2316-3712. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/298>. Acesso em junho, 2019.

REDE DÓR SÃO LUIZ. **Relatório de Sustentabilidade 2017**. Disponível em: [http://rededor.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/02/Rede-DOr\\_Relato%CC%81rio-de-Sustentabilidade-2017-Port\\_V2.pdf](http://rededor.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/02/Rede-DOr_Relato%CC%81rio-de-Sustentabilidade-2017-Port_V2.pdf). Acesso em maio, 2019.

RICARDO, W. R. S. JABBOUR, C.J. C. **Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa**: boas práticas e sugestões. Estudo & Debate, v. 18, n. 2, p. 7-22, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/134684>. Acesso em junho, 2019.

ROTTA, Carmen Silvia Gabriel. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. 2004. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-14122009-115012/pt-br.php#?>. Acesso em junho, 2019.

SALU, E. J. **Administração Hospitalar no Brasil**. Barueri, SP. Manole, 2013.

SANTOS, Rita de Cássia Lusía dos; DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda. **Dimensionamento de recursos humanos em serviços de alimentação e nutrição de hospitais públicos e privados**. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1805-1819, Dez. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122011000600009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000600009&lng=en&nrm=iso). Acesso em setembro, 2019.

SITEWARE. **Indicadores de desempenho de farmácia hospitalar**: Confira os 11 principais. Setembro, 2018. Disponível em: <https://www.siteware.com.br/qualidade/indicadores-desempenho-farmacia-hospitalar/>. Acesso em: abril, 2019.

SOUZA, Antônio Artur de et al. **Avaliação de Sistemas de Informações de Hospitais com Base na Análise Fatorial**: Uma Pesquisa Survey em Hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 04-40, dez. 2012. ISSN 2316-3712. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/38>. Acesso em: junho, 2019.

SOUZA, Teofânia Cristina de Rezende. **Planejamento estratégico e qualidade: acreditação hospitalar - um estudo de caso no Hospital Vita Volta Redonda**. 2008. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração). Instituto de Ciências Humanas e Sociais, UFF, 2008. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/6978>. Acesso em maio, 2019.

TRINDADE, E. M. G. **Modelo de gestão de desempenho para a polícia nacional de São Tomé e Príncipe**. Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Policiais. Lisboa, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/15350>. Acesso em junho, 2019.

VIACAVA, F. et al. **Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde**: um modelo de análise, Ciência & Saúde Coletiva, 17, pp. 921–934. 2012. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci_arttext&tlng=en). Acesso em junho, 2019.

VIGNOCHI, L. GONÇALO, C. R. LEZANA, Á. G. R. **Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?** RAE-Revista de Administração de Empresas, [S.l.], v. 54, n. 5, p. 496-509, set. 2014. ISSN 2178-938X. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/32813/31633>. Acesso em maio, 2019.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos [tradução: Cristhian Matheus Herrera]. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

## APÊNDICE A

Referência Bibliográfica de Indicadores	
1	MACHLINE, Claude; PASQUINI, Antônio Celso. Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades. <i>Mundo Saúde (Impr.)</i> , v. 35, n. 3, p. 290-299, 2011.
2	QUALISS - Indicadores Hospitalares Essenciais - 2013/14 - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: < <a href="http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude/monitoramento-da-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/modulos-e-indicadores/qualiss-indicadores-hospitalares-essenciais-2013-14">http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude/monitoramento-da-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/modulos-e-indicadores/qualiss-indicadores-hospitalares-essenciais-2013-14</a> >
3	MADALENO, Julia Muniz. Uma proposta de sistematização de indicadores de desempenho na área hospitalar. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2015. Disponível em: < <a href="https://app.uff.br/riuff/handle/1/4348">https://app.uff.br/riuff/handle/1/4348</a> >
4	MV Informática Nordeste Ltda. Os segredos da gestão hospitalar descomplicada. Outubro, 2015. Disponível em: < <a href="http://www.mv.com.br/pt/blog/os-segredos-da-gestao-hospitalar-descomplicada">http://www.mv.com.br/pt/blog/os-segredos-da-gestao-hospitalar-descomplicada</a> >
5	HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. Relatório de Sustentabilidade 2017: Hospital Sírio-Libanês. Disponível em: < <a href="https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/relatorio-sustentabilidade/Documents/relatorio-sustentabilidade-2017.pdf">https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/relatorio-sustentabilidade/Documents/relatorio-sustentabilidade-2017.pdf</a> >
6	FASTERM. Como construir indicadores de desempenho para hospitais. Disponível em: < <a href="https://www.fasterm.com.br/blog/como-construir-indicadores-de-desempenho-para-hospitais/">https://www.fasterm.com.br/blog/como-construir-indicadores-de-desempenho-para-hospitais/</a> >
7	VIGNOCHI, Luciano; GONÇALO, Cláudio Reis; LEZANA, Álvaro Guillermo Rojas. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?. <i>RAE-Revista de Administração de Empresas</i> , [S.l.], v. 54, n. 5, p. 496-509, set. 2014. ISSN 2178-938X. Disponível em: < <a href="http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/32813/31633">http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/32813/31633</a> >.
8	CGQ. O Relatório Mensal de Indicadores do CQH-04 -1 e o Relatório de Avaliação pelo Usuário CQH-06, versão fevereiro de 2009. Disponível em: < <a href="http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127">http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127</a> >
9	REDE DÓR SÃO LUIZ. Relatório de Sustentabilidade 2017. Disponível em: < <a href="http://rededor.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/02/Rede-DOr_Relato%CC%81rio-de-Sustentabilidade-2017-Port_V2.pdf">http://rededor.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/02/Rede-DOr_Relato%CC%81rio-de-Sustentabilidade-2017-Port_V2.pdf</a> >
10	HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. Relatório de Sustentabilidade 2018. Disponível em: < <a href="https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/RA_Einstein-2018_web.pdf">https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/RA_Einstein-2018_web.pdf</a> >
11	ROTTA, Carmen Silvia Gabriel. Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial. 2004. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. doi:10.11606/T.6.2004.tde-14122009-115012. Disponível em: < <a href="http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-14122009-115012/pt-br.php#?">http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-14122009-115012/pt-br.php#?&gt;</a> .
12	BARROS, Tanira Gomes Toledo de; LUPPI, Carla Gianna. Hospitais filantrópicos beneficiados por programa de incentivo financeiro: uma análise de desempenho. <i>Saúde Debate</i> . V. 42, N. 116, P. 52-62, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: < <a href="https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0052.pdf">https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0052.pdf</a> >
13	CUNHA, Julio Araujo Carneiro da; CORRÊA, Hamilton Luiz. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. <i>RAE-Revista de Administração de Empresas</i> , [S.l.], v. 53, n. 5, p. 485-499, set. 2013. ISSN 2178-938X. Disponível em: < <a href="http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/30003">http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/30003</a> >.

## APÊNDICE B

REFE-RÊNCIA	Nome do Indicador	Fórmula
1	PODER DE BARGANHA	Poder de barganha da rede em relação aos fornecedores = (massa de leitos hospitalares da rede X (1 - fatia de mercado do fornecedor) / ( $\sum$ (distância aos fornecedores) <sup>2</sup> ))
1	PODER DE BARGANHA	Poder de barganha da rede junto aos fornecedores = (massa de leitos hospitalares da rede) / ( $\sum$ (distância aos fornecedores) <sup>2</sup> )
1	TAXA DE OCUPAÇÃO	Taxa de Ocupação = (Número de leitos ocupados no dia)/(Número de leitos disponíveis dia)
1	RELAÇÃO FUNCIONÁRIO / LEITO	Número de funcionários equivalentes por leito ocupado ajustado
1	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	Tempo médio de permanência
1	TAXA DE RECLAMAÇÕES	Porcentagem de reclamações
1	TAXA DE MORTALIDADE	Taxa de mortalidade institucional
1	TAXA DE INFECÇÃO	Taxa de infecção hospitalar institucional
1	TAXA DE CIRURGIAS SUSPENSAS	Taxa de cirurgias canceladas
1	TAXA DE CESÁREAS	Taxa de cesáreas
1	TAXA DE CONSULTAS	Número de consultas por médico por hora
1	RELAÇÃO UNIDADES PRODUZIDAS / FUNCIONÁRIO	Número de unidades produzidas por dia ou hora por funcionário

1	COBERTURA DE ESTOQUE	Cobertura de estoque para cada item (número de dias de consumo mantidos em estoque)
1	RELAÇÃO ESTOQUE FÍSICO / ESTOQUE NO SISTEMA	Aderência entre estoque físico no inventário e estoque constando no sistema
1	TAXA DE FALTAS NO ESTOQUE	Percentagem de faltas no estoque
1	TAXA DE ENTREGAS ATRASADAS	Percentagem de entregas atrasadas, por fornecedor
1	TAXA DE ROTATIVIDADE	Rotatividade dos funcionários
1	ABSENTEÍSMO	Índice de absenteísmo
1	ACIDENTES DE TRABALHO	Índices de acidentes no trabalho
1	TAXA DE DOENÇAS OCUPACIONAIS	Índices de doenças profissionais
1	ÍNDICES DE LIQUIDEZ	Índices de liquidez
1	TAXA DE ENDIVIDAMENTO	Taxa de endividamento
1	RENTABILIDADE	Lucro sobre patrimônio líquido
1	LUCRATIVIDADE	Lucro sobre faturamento
1	FATURAMENTO	Faturamento por funcionário
1	LUCRO	Lucro por funcionário
1	PREÇO DE INSUMO	Preço de insumo por unidade
1	CUSTO	Custo de diária
1	CUSTO	Custo de refeição
1	CUSTO	Custo de procedimento
1	CONSUMO DE ÁGUA	Quantidade de Água Consumida em m3
1	ENERGIA	Quantidade de kw/h consumida

1	NÍVEL DE SERVIÇO	Nível de serviço, Nível de atendimento ou "fill rate" (percentagem de preenchimento = Percentagem de prescrições médicas imediata e totalmente preenchidos a partir de medicamentos e material médico-hospitalar existente no estoque)
1	TEMPO DE ESPERA	Tempo de Espera = (Número de Pacientes Atendidos dia) / (Número de Leitos Disponíveis dia)
1	TEMPO DE OCIOSIDADE	Percentagem de tempo de ociosidade dos equipamentos ou da instalação
2	DENSIDADE DE INFECÇÃO	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) = (Número de casos novos de IPCSL no período) / (Número de CVCs - dia no período) × 1000
2	TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETER	Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI = (Número de CVCs dia período / Número de pacientes dia no período) × 100
2	TAXA DE CONFORMIDADE	Conformidade com os padrões de cirurgia segura = ((No de pacientes submetidos à cirurgia com verificação de checklist, em um mês) / (No de pacientes submetidos à cirurgia, em um mês)) × 100
2	IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS	Evidências de elaboração, desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos para infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico isquêmico, insuficiência cardíaca congestiva, pneumonia comunitária e sepse, há pelo menos quatro meses.
2	TAXA DE MORTALIDADE	Taxa de mortalidade institucional = (No de óbitos ≥ 24h de internação no período) / (No de saídas hospitalares no período) × 100
2	TAXA DE OCUPAÇÃO	Taxa de Ocupação Operacional Geral = $(\sum \text{Número de Pacientes-dia no período}) / (\sum \text{Número de Leitos-dia Operacionais no período})$

2	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Média de Permanência Geral = $(\sum \text{Número de Pacientes-dia no período}) / (\sum \text{Número de Saídas no período})$
2	ACESSIBILIDADE À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	Acessibilidade à pessoa com deficiência = $(\text{No de itens assinalados como verdadeiro} / \text{No total de itens do checklist de acessibilidade}) \times 100$
2	ATENDIMENTO PRIORITÁRIO ÀS PESSOAS VULNERÁVEIS	Medidas para garantir nos atendimento a prioridade às pessoas vulneráveis = $((\text{ADV} + \text{SIA} + \text{LEP} + \text{CAP} + \text{DIV}) / 5) \times 100$
2	ACOLHIMENTO	$(\text{Número de pacientes classificados por risco na urgência e ou emergência} / \text{Número de pacientes admitidos na urgência/emergência}) \times 100$
2	TEMPO DE ESPERA	Tempo de espera na Urgência e Emergência = $(\sum \text{tempo (min) da chegada à avaliação médica}) / (\sum \text{Número de pacientes admitidos na emergência})$ obs: deve ser feito por categoria de risco (emergente, urgente, não urgente)
2	TAXA DE SATISFAÇÃO	$(\text{Número de questionários com respostas afirmativas à pergunta - padrão} / \text{Número de questionários respondidos}) \times 100$
2	MONITORAMENTO DA MANIFESTAÇÃO DO CLIENTE	Existência de ações de melhoria desencadeadas a partir de reclamações ou sugestões dos pacientes no trimestre.
3	TAXA DE OCUPAÇÃO	Taxa de ocupação global
3	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	Tempo médio de permanência
3	NÚMERO DE CIRURGIAS	Total de cirurgias realizadas por período
3	TAXA DE CESÁREAS	Taxa de cesáreas
3	TAXA DE ROTATIVIDADE	Taxa de rotatividade de funcionários

3	TAXA DE ACIDENTE DE TRABALHO	Taxa de acidente de trabalho
3	GIRO DE ROTATIVIDADE	Giro de rotatividade
3	TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Taxa de infecção hospitalares; cirúrgicas;
3	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO GLOBAL	Índice de Satisfação de Pacientes, Médicos, do clima;
3	TAXA DE MORTALIDADE	Taxa de mortalidade geral
3	DESPESA MENSAL	Despesa mensal
3	FATURAMENTO	Faturamento mensal; Faturamento por convênio
3	INADIMPLÊNCIA	Inadimplência
3	MARGEM DE LUCRO LÍQUIDO	Margem de lucro líquido
3	% DE PROCEDIMENTOS ESTRATÉGICOS REALIZADOS	% de procedimentos estratégicos realizados
3	GIRO DE LEITO	Giro de leito
3	TREINAMENTO	Taxa de treinamento
3	GLOSA	Glosa
3	TAXA DE ADESÃO	% Adesão aos protocolos gerenciados / 100%
3	ÍNDICE DE TREINAMENTO	Hora/homem / Treinamento 400h
4	CENSO MÉDIO DIÁRIO	Censo médio diário = número de pacientes atendidos no período / número de dias nesse mesmo período
4	TAXA DE OCUPAÇÃO	Taxa de ocupação hospitalar = (número de pacientes por dia / número de leitos por dia) x 100

4	TAXA DE DESOCUPAÇÃO	Taxa de desocupação hospitalar = (número de leitos desocupados / número de leitos por dia) x 100
4	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	Tempo médio de permanência = (pacientes-dias em determinado período / saídas nesse mesmo período) x 100
4	ÍNDICE DE RENOVAÇÃO	Índice de renovação = número de saídas durante o período / número de leitos nesse mesmo período
4	INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	Intervalo de Substituição = % de desocupação x média de permanência / % de ocupação
4	RELAÇÃO FUNCIONÁRIO / LEITO	Relação funcionários por leito = Número de funcionários na folha de pagamento / Número de leitos existentes em operação
4	SALAS DESOCUPADAS	Salas Ativas do CC desocupadas = (Horas disponíveis para utilização CC - Horas efetivamente utilizadas no CC / Horas disponíveis para utilização do CC) x 100
4	RENTABILIDADE	Rentabilidade procedimento = (Lucro líquido gerado pelo procedimento / Custo de investimento no procedimento) x 100
4		Rentabilidade médico = (Lucro líquido gerado pelo médico / Custo de investimento no médico) x 100
4		Rentabilidade convênio = (Lucro líquido gerado pelo convênio / Custo de investimento no convênio) x 100
4		Rentabilidade especialidade = (Lucro líquido gerado pela especialidade / Custo de investimento na especialidade) x 100
4		Rentabilidade setor = (Lucro líquido gerado pelo setor / Custo de investimento no setor) x 100
4	SATISFAÇÃO	Satisfação do paciente = (Número de questionários com respostas afirmativas à pergunta - padrão / Número de questionários respondidos) x 100

4	FATURAMENTO	Faturamento por convênio = (Faturamento gerado por determinado convênio / Faturamento total) x 100
4		Faturamento por especialidade = (Faturamento gerado por determinada especialidade / Faturamento total) x 100
4	INADIMPLÊNCIA	Inadimplência = Recebimentos ainda pedentes / Recebimentos esperados para o período
5	TAXA DE SATISFAÇÃO	Índice de satisfação de clientes e disposição para recomendar a instituição (índice NPS)
5	TAXA DE CAPACITAÇÃO	Média de horas de capacitação por colaborador = total de horas de capacitação / total de colaborador
5	MARGEM EBITDA	
5	TAXA DE CRESCIMENTO	
5	TAXA DE RETORNO	Profissionais que retornaram ao trabalho após o término da licença.
5	RESÍDUOS NÃO PERIGOSOS / RESÍDUOS PERIGOSOS	RESÍDUOS NÃO PERIGOSOS / RESÍDUOS PERIGOSOS
5	TOTAL DE LEITOS	Leitos operacionais
5	TOTAL DE PACIENTES	Pacientes/dias críticos
5	NÚMERO DE SAÍDAS	Saídas
5	NÚMERO DE INTERNAÇÕES	Internações
5	TAXA DE OCUPAÇÃO	Taxa de Ocupação operacional (%)
5	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Média de permanência (dias)
5	TAXA DE ABSENTEÍSMO	taxa de absenteísmo - (total de dias de ausência / total de dias trabalhados) x 100.

5	TAXA DE LESÕES	Taxa de lesões
5	TAXA DE DOENÇAS OCUPACIONAIS	Taxa de doenças ocupacionais
5	TAXA DE DIAS PERDIDOS	Taxa de dias perdidos
5	TAXA DE ROTATIVIDADE	Taxa de rotatividade de funcionários
5	CAPACITAÇÃO MÉDIA POR COLABORADOR	Capacitação média por colaborador
5	TAXA DE REALIZAÇÃO DA TRIPLA CHECAGEM	Taxa de realização de tripla checagem
5	TAXA DE QUEDA	Incidência de quedas que resultaram em dano ao paciente (por 1000 pacientes/dia)
5	TAXA DE INFECÇÃO	Infecção de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas
5	TAXA DE MORTALIDADE	Taxa de mortalidade geral
6	TAXA DE OCUPAÇÃO	necessidade de mais ou menos espaço na organização.
6	TEMPO DE ESPERA	: demonstra o período médio que um paciente aguarda para ser atendido pelo médico para realizar um procedimento cirúrgico ou fazer um exame
6	INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	tempo médio que o centro cirúrgico fica ocioso. Ele permite avaliar a administração do bloco cirúrgico, o que compromete a assistência aos pacientes que estão na fila para realizar uma cirurgia.
6	MÉDIA DE PREÇOS	Eficácia do hospital sem ter perdas que comprometem o equilíbrio financeiro
6	SALÁRIOS	registra o valor dos salários (incluindo demais benefícios) pagos a todos os empregados permanentes que trabalham em período integral. Com ele, é possível determinar quais contratos valem a pena ser mantidos.

6	TEMPO MÉDIO	mede o tempo e valor médio que as operadoras de planos de saúde repassam para o hospital. Quando muito baixo, indica que a organização recebe o pagamento mais rapidamente e há menos custos para o paciente.
6	TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO	avalia a quantidade de tempo entre o momento que o paciente começa a sentir os primeiros sintomas e quando ele foi devidamente hospitalizado.
6	DESISTÊNCIA	indica o número de pessoas que não estavam dispostas a aguardar o médico e foram embora sem receber atendimento. Isso pode determinar se o hospital precisa de mais leitos ou pessoal
6	PACIENTES POR EQUIPE	o número de funcionários disponíveis por paciente, em um determinado período. Ele pode indicar se o hospital está com excesso ou falta de pessoal médico.
6	ERROS MÉDICOS	mede o número de vezes que ocorreram erros na prescrição de medicamentos ou tratamentos. Aplica-se tanto para pacientes internados quanto para os que foram atendidos em ambulatório.
6	SATISFAÇÃO	por meio de questionários, é possível medir a satisfação do paciente quanto à qualidade da assistência prestada pelo hospital. Dessa forma, é possível identificar pontos de melhoria no atendimento
7	NÚMERO DE INTERNAÇÃO	Número de internações por período
7	TAXA DE OCUPAÇÃO	Percentual de ocupação de leitos geral e por unidades
7	ÍNDICE DE CIRURGIAS	Índice de procedimentos cirúrgicos. Percentual de cirurgias por nível de complexidade
7	TEMPO DE PERMANÊNCIA	Tempo de permanência conforme o grau da evolução do paciente
7	ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO	Número de incidências por tipo de doença
7	ÍNDICE DE COMORBIDADE	Índice de comorbidade

7	ÍNDICE CUIDADOS EM ENFERMAGEM	Índice de cuidados em enfermagem
7	NÚMERO DE PROFISSIONAIS	Número de equipes profissionais por complexidade da assistência
7	ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO	Índice de absenteísmo por categoria profissional. Índice de horas efetivas conforme a carga horária estabelecida para cada categoria profissional
7	ERRO DE MEDICAÇÃO	Erro de administração de medicamentos. Percentual de erros de prescrição e administração de medicamentos
7	QUEDA DE PACIENTES	Percentual de queda de pacientes em maca em deslocamento
7	TAXA DE INFECÇÃO	Taxa de infecção por serviço. Percentual de infecção por pacientes internados
7	TAXA DE REINTERNAÇÃO	Taxa de reinternação. Percentual de retornos por paciente internado
7	CUSTO OPERACIONAL	Custo operacional
7	TAXA DE OCUPAÇÃO	Percentual de ocupação de leitos geral e por unidades
7	TAXA DE INFECÇÃO	Taxa de infecção por serviço hospitalar. Percentual de infecções por pacientes internados.
7	TAXA DE INFECÇÃO	Taxa de infecção por serviço hospitalar. Percentual de infecções por cirurgias realizadas.
7	TAXA DE MORTALIDADE	Percentual de óbitos por saída.
7	ÍNDICE DE DOADORES DE SANGUE	Número de doadores de sangue
7	GRAU DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES	Índice de conceitos ótimos dos clientes
7	RESULTADO FINANCEIRO	Resultado operacional. Balanço patrimonial
8	TAXA DE OCUPAÇÃO	Taxa de Ocupação = (Número de Pacientes Atendidos dia)*100/(Número de Leitos Disponíveis dia)

8	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Média de Permanência = Número de pacientes-dia / total de saídas
8	ÍNDICE DE RENOVAÇÃO	Índice de Renovação = Total de saídas / Número de leitos
8	INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	$((1 - \text{taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{média de permanência}) / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$
8	TAXA DE MORTALIDADE	Taxa de Mortalidade Institucional = Número de óbitos após 24 horas de internação . x 100 / Total de saídas
8	TAXA DE CIRURGIA SUSPensa	Taxa de Cirurgia Suspensa = Número de cirurgias suspensas for fatores extra-pacientes .x 100 / Número de cirurgias agendadas
8	TAXA DE REINTERNAÇÃO	Taxa de Reinternação não Programada = Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar x 100 / Total de saídas
8	TAXA DE REINGRESSO NA UTI	indicadores específicos de maternidade não foram incluídos aqui
8	ÍNDICE DE EXAMES POR INTERNAÇÃO	Número total de exames laboratoriais / Total de Saídas
8	TAXA DE CESÁREAS	Número de cesáreas x 100 / Número de partos
8	TAXA DE APGAR	Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1o minuto x 100 / Número de nascidos vivos
8	TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	TIH = Número de episódios de infecção hospitalar x 100/ total de saídas
8	DENSIDADE DE INFECÇÃO	DIH = Número de episódios de infecção hospitalar .x 1000 / Total de pacientes-dia

8	DISTRIBUIÇÃO DE INFEÇÃO HOSPITALAR	Número de episódios de infecções hospitalares por clínica x 100 / Saídas por clínica
8	RELAÇÃO ENFERMEIRO / LEITO	Número de enfermeiros / Número de leitos
8	RELAÇÃO ENFERMAGEM / LEITO	Número de pessoal de enfermagem / Número de leitos
8	RELAÇÃO PESSOAL / LEITO	Número de funcionários contratados e de terceiros / Número de leitos
8	TAXA DE ABSENTEÍSMO	Número de horas/homem ausentes .x 100 / Número de horas/homem trabalhadas
8	TAXA DE ROTATIVIDADE	$\frac{((\text{Número de admissões} + \text{desligamentos})/2 \cdot x 100 )}{\text{Número de funcionários ativos no cadastro do hospital}}$
8	TAXA DE ACIDENTE DE TRABALHO	Número de acidentes de trabalho .x 100 / Número de funcionários ativos no cadastro do hospital
8	ÍNDICE DE TREINAMENTO	$\frac{((\text{Número funcionários ouvintes no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes no curso n} \times \text{carga horária curso n}) \times 1000 )}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}}$
8	ATIVIDADES DE TREINAMENTO POR SETOR	$\frac{((\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso n} \times \text{carga horária curso n}) \times 1000 )}{((\text{Número funcionários ouvintes no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes no curso n} \times \text{carga horária curso n}) \times 1000 )}$

8	Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário	$(\text{Número de avaliações preenchidas} \times 100) / \text{Total de saídas}$
8	TAXA DE SATISFAÇÃO	$\text{Total de avaliações preenchidas com ótimo e bom} \times 100 / \text{Total de avaliações preenchidas corretamente}$
8	TAXA DE QUEDA	$\text{Número de quedas} \times 1000 / \text{Número de pacientes-dia}$
8	Incidência de Extubação Acidental	$\text{Número de extubações acidentais} \times 100 / \text{Número de pacientes intubados-dia}$
8	Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional	$\text{Número de perdas de sonda NGE} \times 100 / \text{Número de pacientes com sonda NGE} / \text{dia}$
8	Incidência de Úlcera por Pressão (UPP)	$\text{Número de casos novos de pacientes com UPP em um determinado período} \times 100 / \text{Número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP no período}$

8	Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem	Número de casos novos de pacientes com UPP em um determinado período x 100 / Número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP no período
8	CAPACITAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO	Horas de treinamento / funcionário por período
8	Incidência de Flebite	Número de casos de flebite no período x 100 / Número de pacientes-dia com acesso venoso periférico
9	TEMPO MÉDIO	Tempo médio de permanência (UTI Adulto)
9	TAXA DE REINTERNAÇÃO	Taxa de reinternação em unidades fechadas em até 24 horas
9	INDICADOR DE INFECÇÃO	Indicador de infecção primária da corrente sanguínea (ICS)
9	INDICADOR DE INFECÇÃO	Indicador de infecção no trato urinário associada ao CVD (ITU)
9	INDICADOR DE PNEUMONIA	Indicador de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)
9	INDICADOR DE QUEDA	Indicador de queda
9	INDICADOR DE ÚLCERA	Indicador de úlcera por pressão
9	INDICADOR DE TEMPO PARA ANTIBIOTICOTERAPIA	Indicador de tempo para a antibioticoterapia (SEPSE)
9	TEMPO PORTA-BALÃO	Tempo porta-balão (dor torácica) – média de tempo em minutos
9	TAXA DE ADESÃO A PROFILAXIA	Taxa de adesão a profilaxia de TEV (cirurgias de altíssimo risco)
9	TAXA DE ADESÃO AO ATB	Taxa de adesão ao ATB em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica
9	INDICADOR DE QUEDA	Indicador de quedas com dano

9	TAXA DE MORTALIDADE	Taxa de eventos adversos catastróficos (óbitos)
9	TOTAL DE LEITOS	Número total de leitos
9	TOTAL DE PACIENTES-DIA	Total anual de pacientes-dia
9	TOTAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	Total de atendimentos por ano (ambulatório)
9	TOTAL DE CIRURGIAS	Total de cirurgias realizadas por ano
9	TAXA DE OCUPAÇÃO	Taxa média de ocupação por ano (%)
9	TOTAL DE PARTOS	Total de partos realizados por ano
9	TOTAL DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA	Total de atendimentos de emergência
9	CONSUMO DE ÁGUA	Evolução do consumo de água
9	CONSUMO DE ENERGIA DE FONTES RENOVÁVEIS	Consumo de energia de fontes renováveis x 100 / Consumo total de energia
9	TAXA DE RESÍDUOS GERADOS NÃO PERIGOSOS	Total de resíduos gerados não perigosos / total de resíduos gerados
9	ÍNDICE DE RECICLAGEM	Total de resíduos enviados para reciclagem (mil t) / Total de resíduos gerados não perigosos
9	TAXA DE ROTATIVIDADE	taxa de rotatividade de funcionários
9	INVESTIMENTO EM TREINAMENTO	Percentual de colaboradores que recebem desempenho regular e avaliações de desenvolvimento de carreira
9	TAXA DE LESÕES	TL: taxa de lesões dos acidentes típicos com afastamento - (nº total de lesões / total de horas trabalhadas) x 200.000.

9	TAXA DE DOENÇAS OCUPACIONAIS	taxa de doenças ocupacionais = (nº de doenças ocupacionais s/ total de horas trabalhada) x 200.000
9	TAXA DE DIAS PERDIDOS	taxa de dias perdidos = (nº de dias perdidos / total de horas trabalhada) x 200.000.
9	TAXA DE ABSENTEÍSMO	taxa de absenteísmo - (total de dias de ausência / total de dias trabalhados) x 100.
9	TAXA DE FREQUÊNCIA	taxa de frequência de acidentes típicos com afastamento - (nº de acidentes típicos com afastamento / total de horas trabalhadas) x 1.000.000 (
9	TAXA DE GRAVIDADE	taxa de gravidade de acidentes típicos - (nº de dias perdidos de acidentes típicos / total de horas trabalhadas) x 1.000.000
10	TREINAMENTO EM SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO	Número de colaboradores que realizaram treinamentos periódicos em SI
10	TAXA DE INTERNAÇÃO NEONATAL	Número de internação em UTI NEONATAL DE BEBÊS ACIMA DE 2,5KG / 1000 nascidos vivos
10	TOTAL DE SAÍDAS	É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito.
10	TOTAL DE CIRURGIAS	
10	TOTAL DE PARTOS	Total de partos realizados por ano
10	NÚMERO DE ATENDIMENTO	Total de atendimentos por ano (ambulatório)
10	TOTAL DE CONSULTAS	Total de consultas por ano
10	TAXA DE OCUPAÇÃO	Relação entre a soma dos pacientes internados no final de cada dia e o total de leitos-dia.
10	LEITOS OPERACIONAIS	São os leitos em utilização e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados

10	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Média de Permanência = Número de pacientes-dia / total de saídas
10	NÚMERO DE EXAMES	Total de exames realizados
10	TAXA DE MORTALIDADE	Taxa de Mortalidade Institucional = Número de óbitos após 24 horas de internação . x 100 / Total de saídas
10	TAXA DE PARTO VAGINAL	Parto Adequado - Taxa de parto vaginal – gestantes Robson I à IV1
10	DENSIDADE DE INFECÇÃO	Número total de infecções/número total de passagens de catéteres *1.000.
10	PNEUMONIA	Número total de pneumonias/número total de pacientes em ventilação *1.000
10	DENSIDADE DE INFECÇÃO	Número total de infecções/número total de passagens de sondas *1.000
10	DENSIDADE DE INFECÇÃO	Número total de infecções/número total de cirurgias limpas *100
10	TAXA DE INFECÇÃO	Taxa de infecção do sítio cirúrgico em cirurgia limpa = Número total de pacientes com lesão por pressão estágio 2 ou acima adquirida no hospital no dia da auditoria de prevalência/número total de pacientes auditados no dia da pesquisa de prevalência *100.
10	MÉDIA DE DIAS	Média de dias entre eventos catastróficos = Número de eventos catastróficos de pacientes internados e externos (últimos 12 meses)/número de dias no período de 1 ano
10	MÉDIA DE DIAS	Média de dias entre eventos de broncoaspiração com dano moderado e grave = Número de eventos de broncoaspiração com dano moderado para cima de pacientes internados e externos (últimos 12 meses)/número de dias no período de 1 ano.

10	TAXA DE READMISSÃO	Taxa de readmissão em até 30 dias <sup>10</sup> = Número de pacientes que reinternaram em 30 dias (excluindo Oncologia e Hematologia)/número total de saídas (excluindo Oncologia e Hematologia) *100. Saída é a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito.
10	TAXA DE ERRO DE DIAGNÓSTICO	Taxa de erro de diagnóstico de sepse e choque séptico – Unidades de Pronto Atendimento (UPA) <sup>11</sup> = Número de atraso/erro diagnóstico sepse e choque séptico em pacientes das UPAs/número total de saídas de pacientes que iniciaram disfunção orgânica nas UPAs *100. Saída é a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito.
10	ADESÃO AO PROTOCOLO TEV	Adesão ao protocolo de tromboembolismo venoso = Número total de pacientes com profilaxia correta para TEV/número total de pacientes auditados (auditoria trimestral) *100.
10	TIME OUT	Adesão ao Time Out perfeito <sup>1</sup> = Número total de adesão correta ao Time Out (antes da indução anestésica + antes da incisão cirúrgica)/número total de auditorias realizadas (auditoria diária) *100.
10	TAXA DE ERRO DE MEDICAÇÃO	Taxa de erro de medicação – consequência D em diante = Número de erros de medicação com consequência D em diante/paciente dia *10.000).
10	TAXA DE LESÃO	Taxa de lesão por pressão – estágio 2 ou acima = Número total de pacientes com lesão por pressão estágio 2 ou acima adquirida no hospital no dia da auditoria de prevalência/número total de pacientes auditados no dia da pesquisa de prevalência *100

10	TAXA DE QUEDA	Número de quedas com dano grave e moderado/total de passagens no mês * 1.000.
10	MÉDIA MÓVEL DE DIAS ENTRE EVENTOS CATASTRÓFICOS	Número de eventos catastróficos de pacientes internados e externos (últimos 12 meses)/número de dias no período de 1 ano.
10	TAXA DE SATISFAÇÃO	Pesquisa NPS
10	TAXA DE ROTATIVIDADE	Taxa de rotatividade de funcionários
10	TAXA DE AFASTAMENTO	Taxa de afastamento
10	TAXA DE ACIDENTE	Acidentes/horas-homem trabalhadas com exposição ao risco.
10	ÍNDICE DE GRAVIDADE	Dias perdidos horas-homem trabalhadas com exposição ao risco.
10	TAXA DE FREQUÊNCIA	Taxa de frequência de acidentes com perda de tempo
10	MÉDIA DE HORAS POR VOLUNTÁRIO AO MÊS	Horas dedicadas por voluntário por mês
10	ENVIDIDAMENTO	Dívida líquida/ Sajida
10	ALAVANCAGEM	Endividamento oneroso/ Ativo total
10	SAJIDA	Superávit antes de juros, impostos, depreciação e amortização.
10	CAIXAS E APLICAÇÕES FINANCEIRA	Caixa e aplicações/ Receita líquida
10	EQUIDADE SALARIAL	Média salarial das mulheres/média salarial dos homens em cada categoria funcional.
10	TAXA DE CAPACITAÇÃO	Média de capacitação por colaborador

10	CONSUMO DE ENERGIA DE FONTES RENOVÁVEIS	Consumo de energia de fontes renováveis x 100 / Consumo total de energia
10	CONSUMO DE ÁGUA	Evolução do consumo de água
10	RESÍDUOS NÃO PERIGOSOS / RESÍDUOS PERIGOSOS	Total de resíduos gerados não perigosos / total de resíduos gerados
10	INTENSIDADE DE RESÍDUOS	kg de resíduos/ passagens-equivalentes
10	ÍNDICE DE RECICLAGEM	Total de resíduos enviados para reciclagem (mil t) / Total de resíduos gerados não perigosos
11	MÉDIA DE PERMANENCIA	é a relação numérica entre o total de pacientes dia em um determinado período, e o total de doentes saídos (altas e óbitos) no mesmo período
11	ÍNDICE DE RENOVAÇÃO E GIRO	Índice de renovação e giro: é a relação entre o número de pacientes saídos (altas e óbitos) durante determinado período no hospital, e o número de leitos postos à disposição dos pacientes no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado;
11	MÉDIA DE PACIENTES	é a relação entre o número total de pacientes saídos divididos pelo número de dias do período
11	ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	Tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro: esta medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência
11	TAXA DE OCUPAÇÃO	relação entre o número de pacientes dia e o número de leitos disponíveis dia e tem como objetivo medir o nível de utilização dos leitos hospitalares (BRASIL, 1978).
11	FUNCIONÁRIOS POR LEITO	número de funcionários próprios em relação à soma do número de leitos e camas existentes em operação para o período pesquisado (BITTAR 1996, 1997)

11	INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS	considerou-se todas as intervenções cirúrgicas realizadas no período estudado.
11	CIRURGIAS POR LEITO	número de cirurgias realizadas no período dividido pelo número de leitos.
11	NÚMERO DE ATENDIMENTO	considerou-se todos os atendimentos ambulatoriais realizados no período estudado
11	TAXA DE ACIDENTES	considerou-se todos os atendimentos ambulatoriais realizados no período estudado.
11	TAXA DE MORTALIDADE	Taxa de mortalidade geral: relação entre o número de óbitos e o número de saídas (altas e óbitos) e tem como objetivo medir a taxa de óbitos ocorridos no hospital. (SIPAGEH, 2000)
11	TAXA DE MORTALIDADE	Taxa de mortalidade institucional: relação entre o número de óbitos de pacientes com mais de 48 horas de internação e o número de saídas (altas e óbitos) .
11	TAXA DE SATISFAÇÃO	Pesquisa de satisfação de clientes: analisou-se a existência de pesquisa de satisfação dos clientes na instituição, avaliou-se inclusive quais tipos de clientes eram pesquisados.
11	TEMPO DE ESPERA	Tempo de espera entre a marcação da consulta e o atendimento
11	TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Taxa de infecção hospitalar
11	TAXA DE READMISSÃO	Taxa de readmissão
11	TAXA DE CESARIANA	Taxa de cesariana
11	TAXA DE APGAR	Apgar de recém-nascidos
11	RELAÇÃO ENFERMAGEM / LEITO	Relação enfermagem / leito
11	ÍNDICE DE ROTATIVIDADE	Índice de rotatividade
11	TAXA DE ABSENTEÍSMO	Taxa de absenteísmo - (total de dias de ausência / total de dias trabalhados) x 100.

11	TAXA DE ACIDENTE DE TRABALHO	Taxa de acidente de trabalho
11	ÍNDICE DE TREINAMENTO	Índice de treinamento
12	NÚMERO DE ATENDIMENTO	Nº de procedimentos ambulatoriais (média mensal em 2012) por unidade hospitalar
12	NÚMERO DE INTERNAÇÕES	Nº de internações hospitalares (média mensal em 2012) por unidade hospitalar
12	TOTAL DE PARTOS	Número de partos hospitalares SUS (média mensal em 2012) por unidade hospitalar
12	Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	$\frac{\text{Nº ICSAB} \times 100}{\text{Total de internações}}$
12	TAXA DE MORTALIDADE	$\frac{\text{Nº Óbitos (pós 24hs internação)} \times 100}{\text{Nº de saídas do hospital}}$
12	TAXA DE CESÁREA	$\frac{\text{Nº de partos cesárea ocorridos} \times 100}{\text{Total de partos}}$
12	TAXA DE OCUPAÇÃO	$\frac{\text{Nº pacientes dia} \times 100}{\text{Total de leitos dia}}$
12	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	$\frac{\text{Nº de paciente dia} \times 100}{\text{Total de saídas}}$
12	Proporção entre o valor fixado pelo Programa de incentivo e o valor pago pelo SUS por instituição.	$\frac{\text{Valor Pró-Santa Casa II} \times 100}{\text{Valor faturamento SUS}}$
13	TAXA DE RETORNO	taxa de retorno com mesmo CID
13	VIABILIDADE FINANCEIRA	por custos e despesas
13	VIABILIDADE FINANCEIRA	Viabilidade financeira por atendimento
13	EFICIÊNCIA OPERACIONAL	Eficiência operacional

13	LIQUIDEZ FINANCEIRA	Liquidez financeira
13	DESPESAS DE CAPITAL	Despesas de capital
13	EXPERIÊNCIA DA EQUIPE MÉDICA	Experiência da Equipe Médica
13	TREINAMENTO	Treinamento
13	ACREDITAÇÕES	Acreditações
13	PERCEPÇÃO DA QUALIDADE	Percepção de qualidade dos serviços prestados
13	NÚMERO DE ATENDIMENTO	Atendimentos realizados: cirurgias, consultas, internações e exames
13	LOCALIZAÇÃO	Localização
13	TEMPO DE ESPERA	Tempo médio de espera para consultas
13	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Tempo médio de permanência
13	TAXA DE ROTATIVIDADE	Por saídas e por dias de internação
13	TAXA DE OCUPAÇÃO	Taxa de ocupação
13	CAPACIDADE DE ATENDIMENTO	Capacidade de infraestrutura por quadro de funcionários e quadro de médicos
13	CAPACIDADE DE INFRAESTRUTURA	Capacidade de infraestrutura por Leitos
13	ÁREA CONSTRUÍDA	Área construída
13	TOTAL DE SALAS	Número de salas ativas
13	RETENÇÃO DE PACIENTES	Retenção de pacientes
13	TAXA DE MORTALIDADE	Taxa de mortalidade
13	TAXA DE CESÁREA	Taxa de cesáreas

13	TAXA DE INFECÇÃO	Taxa de infecção hospitalar
13	DESCARTE DE LIXO	Descarte de lixo hospitalar
13	REUTILIZAÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES	Reutilização de materiais hospitalares
13	MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO	Margem de contribuição
13	TEMPO MÉDIO DE FATURAMENTO	Tempo médio de faturamento
13	RELAÇÃO DE ATENDIMENTOS FILANTRÓPICOS	Relação de atendimentos filantrópicos