# UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

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

# CELSO AUGUSTO CAVALCANTE DE SOUSA

Análise comparativa dos indicadores financeiros de hospitais prestadores de serviço ao SUS

# CELSO AUGUSTO CAVALCANTE DE SOUSA

# Análise comparativa dos indicadores financeiros de hospitais prestadores de serviço ao SUS

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

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

Brasília – DF 2017

#### **RESUMO**

O objetivo foi analisar indicadores financeiros de organizações hospitalares prestadoras de serviços ao SUS, com base nas demonstrações contábeis do ano de 2015. Desenvolvido a partir da proposta de Guerra (2011) e Rúbia (2015), no presente estudo, calcularam-se os indicadores de avaliação (desempenho financeiro), considerando uma amostra de dez hospitais, cujas informações foram obtidas especificamente no Balanço Patrimonial (BP) e Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) referente ao ano de 2015, publicadas na internet. Dentre os indicadores mais relevantes indicados por Guerra (2011), foi possível fazer uma comparação, no presente trabalho, dos seguintes: LC, MO, ROA e GA. Concluiu-se que, de forma geral, a análise de eficiência a partir dos indicadores financeiros é válida, mas é essencial uma análise mais precisa utilizando de indicadores operacionais, conforme sugere Guerra (2011).

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

#### **ABSTRACT**

The aimed was to analyze financial indicators of hospital organizations providing services to SUS, based on the financial statements for the year 2015. Developed from the proposal of Guerra (2011) and Rúbia (2015), in the present study, the indicators were calculated (Financial performance), considering a sample of ten hospitals, whose information was obtained, specifically in the Balance Sheet (BP) and Statement of Income for the year 2015, published on the internet. Among the most relevant indicators indicated by Guerra (2011), it was possible to compare the following: LC, MO, ROA and GA. It was concluded that, in general, the analysis of efficiency from the financial indicators is valid, but a more precise analysis using operational indicators is essential, as Guerra (2011) suggests.

**Keywords: Hospital**: Hospital organizations. Financial analysis. Brazilian National Health System.

#### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Ativo Circulante

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANC - Ativo Não Circulante

AT – Ativo Total

BP - Balanço Patrimonial

CD – Cobertura de Dívidas

CE – Composição do Endividamento

CJ – Cobertura de Juros

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DD – Despesa com Depreciação

DDC - Dias Dinheiro em Caixa

DRE - Demonstração do Resultado do Exercício

DT - Despesa Total

E - Endividamento

EBITDA – "earnings before interes"

FPL - Financiamento do Patrimônio Líquido

FTE - do inglês, Full time equivalents

GA – Giro do Ativo

IBG- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPL – Imobilização do Patrimônio Líquido

LC – Liquidez Corrente

LG - Liquidez Geral

LL – Lucro Líquido

LO – Leitos Ocupados

LO - Lucro Operacional

LS – Liquidez Seca

MFC - Margem do Fluxo de Caixa

MO - Margem Operacional

MS - Ministério da Saúde

MT - Margem Total

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC - Passivo Circulante

PCT – Participação de Capital de Terceiros

PIB - Produto Interno Bruto

PL – Patrimônio Líquido

PMP - Prazo Médio de Pagamento

PMR - Prazo Médio de Recebimento

PNC - Passivo Não Circulante

PT – Passivo Total

RAS – Rede de atendimento à Saúde

RCTP - Relação Capital de Terceiros e Próprio

RFCP - Relação Fluxo de Caixa e Passivo

RFCP – Relação Fluxo de Caixa e Passivo

RNO – Receita Não Operacional

RO – Receita Operacional

ROA – Retorno Sobre o Ativo

ROE – Retorno Sobre o Patrimônio Líquido

SADT – Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia intensiva

# LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Indicadores output	21
Tabela 2: Indicadores de liquidez	22
Tabela 3: Indicadores de estrutura de capital e endividamento	24
Tabela 4: Indicadores de lucratividade e rentabilidade	26
Tabela 5: Indicadores de atividade	27
Tabela 6: Valores dos indicadores financeiros do Modelo-padrão	28
Quadro 1: Indicadores de Liquidez	14
Quadro 2: Indicadores de Estrutura de Capital e Endividamento	15
Quadro 3: Indicadores de Lucratividade e Rentabilidade	15
Quadro 4: Indicadores de Atividade	16
Quadro 5: Hospitais considerados na amostra final	17
Quadro 6: Distribuição da amostra de hospitais por tipo (especialidade) e por natureza	17

# SUMÁRIO

1.	INT	ΓRΟΙ	DUÇÃO	7
]	l.1.	Con	ntextualização	7
1	1.2.	Obj	etivos geral e específicos	8
	1.2.	1.	Objetivo geral	8
	1.2.	2.	Objetivos específicos	8
2.	RE	FERI	ENCIAL TEÓRICO	9
2	2.1.	Org	anização hospitalar	9
2	2.2.	Estu	udos anteriores	.11
	2.2.	1.	O estudo de Guerra (2011)	.14
3.	ME	TOE	OOLOGIA	.16
4.	RE	SUL	TADOS	.17
۷	<b>1</b> .1.	Aná	ílise descritiva dos hospitais	.17
	4.1.	1.	Hospitais gerais	.18
	4.1.	2.	Hospitais especializados	.19
4	1.2.	Aná	álise descritiva dos indicadores hospitalares	.20
	4.2.	1.	Indicadores output	.21
	4.2.	2.	Indicadores de liquidez	.22
	4.2.	.3.	Indicadores de estrutura de capital e endividamento	.23
	4.2.	4.	Indicadores de lucratividade e rentabilidade	.25
	4.2.	.5.	Indicadores de atividade	.26
4	1.3.	Aná	álise da eficiência financeira dos hospitais	.27
5.	CO	NSII	DERAÇÕES FINAIS	.30
RF	EFER	ÊNC	IAS BIBLIOGRÁFICAS	.31

# 1. INTRODUÇÃO

#### 1.1. Contextualização

A projeção da população brasileira para o dia 25 de abril de 2017, às 16:36, é de 207.393.162 cidadãos (IBGE, 2017). Com um amplo território e grande número de habitantes, parece ser um desafio assegurar a todo o país saúde universal. A despeito dessa realidade, aos brasileiros são assegurados no capítulo II da Constituição Federal (Dos direitos sociais), em que também se definem as competências partilhadas pelas esferas federal, estadual e municipal, um amplo conjunto de políticas públicas integrantes ao chamado Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria/MS n. 399/2006).

Na procura por um ideal de atendimento universal, igualitário e constituinte ao cidadão, cabe ao governo federal as funções de concepção e normatização do sistema público de saúde em âmbito nacional. Porém os municípios são considerados os principais doadores de serviços na área da saúde, com incumbências únicas e formadoras quanto à subfunção atenção básica à saúde, considerada o meio de entrada do SUS. Os estados sistematizam a técnica de descentralização e, em caráter integrante, ações desenvolvidas pelos gestores locais, além de fornecer apoio técnico e financeiro. Merece ressaltar que a política municipal de saúde deve estar em conformidade com a política estadual e esta, por sua vez, com a política nacional (Portaria/MS n. 399/2006).

Ainda no que se referem as competências, no âmbito do SUS, tem-se, no nível federal, os hospitais como o eixo central do sistema, sendo responsáveis por dois terços dos gastos do setor e boa parte dos serviços produzidos. A maioria dos hospitais depende de financiamento público, pois o Estado brasileiro não possui uma estrutura física que possibilite o atendimento da população. Assim, o Estado financia prestadores de serviços privados com os recursos públicos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, *apud* GUERRA, 2011).

Um dos principais motivos da escassez de recursos financeiros para promoção de saúde pública pode se relacionar ao quantitativo destinado ao setor. Em outros países, o repasse destinado à saúde chega a 20% do Produto Interno Bruto (PIB), já no Brasil destina-se apenas cerca 8% dos seus recursos, ficando abaixo da média mundial de 11,7% (OMS, 2011). Em 2016, por conta da Emenda Constitucional 86/2015, o Governo Federal deveria destinar 13,2% da receita corrente líquida para serviços de saúde pública. Esse percentual cresceria

gradativamente, até chegar a 15% da receita corrente líquida em 2020. No entanto com o *impeachment* da presidenta Dilma no dia 31 de Agosto de 2016 e com o novo governante, Michel Temer, foi determinado que a despesa mínima com saúde deveria crescer de acordo com a variação nominal do PIB (e se a variação fosse negativa, o piso corresponderia ao mesmo valor do ano anterior). Já os governos estaduais e o Distrito Federal são obrigados por Lei a alocar 12% de sua receita com impostos e transferências. Por fim, os municípios precisam colocar 15% da receita nos serviços de saúde (POLIZITE, 2017).

Com a consciência de que os recursos são escassos, ainda mais os destinados a saúde pública no Brasil e entendendo (i) o cenário econômico atual, em que se estima uma inflação em 4,57% ao ano (VALOR, 2017), (ii) as crises políticas que maximizam o fator negativo de uma maior liberação de recursos financeiros provenientes do estado, adicionado à (iii) tentativa do Poder Público de elevar a idade mínima de aposentadoria para a maioria dos cidadãos, onde estes no futuro necessitarão de recursos da saúde, a projeção de melhores resultados para o SUS parece ser ilusória. Na medida em que os serviços hospitalares tornam-se mais importante na vida dos brasileiros, em contraposição as atuais projeções para o SUS, avaliar os indicadores que foram utilizados e desenvolvidos por Guerra (2011) são de fundamental importância, pois propiciam a comparação no decorrer do tempo, entre os vários métodos de gestão adotadas no âmbito da gerência hospitalar para que especialistas, pesquisadores e tomadores de decisão possam visualizar de maneira integrada informações referentes a elaboração do planejamento de serviços de saúde no Brasil (BÁSCOLO, 2006; SILVA, 2010).

#### 1.2. Objetivos geral e específicos

#### 1.2.1. Objetivo geral

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

#### 1.2.2. Objetivos específicos

- Calcular os indicadores financeiros da amostra hospitais.
- Analisar os indicadores calculados.

- Identificar possíveis características (qualitativas) que possam influenciar o desempenho financeiro dos hospitais analisados na amostra;
- Comparar os resultados encontrados na amostra dos hospitais em estudo com os padrões de desempenho financeiro definidos por Guerra (2011).

#### 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Organização hospitalar

Os hospitais prestam serviços de assistência à saúde para a população com o objetivo de proporcionar atendimentos dignos e de boa qualidade. Originalmente, a palavra hospital "vem do latim *hospitalis*, adjetivo derivado de *hospes* (hóspede, estrangeiro, viajante, conviva) significando também o que dá agasalho, que hospeda" (MIRSHAWKA, 1994, p. 16, *apud* FERNANDES, 2012).

O setor que presta serviço de saúde no Brasil é um grande e complexo sistema, composto por variáveis relativas a políticas sociais e econômicas, em que se fundamenta o grau de eficiência no planejamento e administração do setor, influenciando diretamente no risco econômico financeiro dos hospitais (MARRACINI; PAGNANI, 2002, *apud* GUERRA, 2011).

O limiar de qualidade dos serviços de saúde no Brasil é um ponto questionável na literatura, considerando as limitações decorrentes da suficiência de profissionais que prestam esse serviço à sociedade, a alta tecnologia necessária e as técnicas avançadas de procedimentos que são empenhadas (FORGIA; COUTTOLENC, 2009, *apud* GUERRA, 2011). Apesar de a saúde pública brasileira ter início em 1808, só em 1953, com a Lei nº 1.920, o Ministério da Saúde veio a ser constituído, passando por diversas reformas.

A despesa com saúde hospitalar cresce em todo o mundo, sendo que países desenvolvidos chegam a direcionar até 20% do seu PIB para essa área. No Brasil, estima-se que essa porcentagem chegue a 15% até 2020. A assistência à saúde é considerada o maior setor de área de serviços, respondendo por mais de 8% do PIB dos países pertencentes à Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2017).

Com a evolução das relações sociais e a tentativa de implementação do "welfare state", muitos países no mundo entraram em crises fiscais decorrentes de tais ações interligadas a tal temática. E, após esse período foi observado que era impossível a implementação de política

de forma plena. Uma nova política foi implantada com a privatização e publicização na tentativa de o estado minimizar suas despesas (FONSECA; FERREIRA, 2009, *apud* GUERRA, 2011). A descentralização, foi uma característica marcante na reforma sanitária para a criação do SUS. A característica principal era a concepção de um novo modelo, o qual deveria substituir os sistemas de saúde até então adotados pelo governo. O SUS tem como fundamento a integralidade do atendimento, a universalização, descentralização de poder, a eficácia e eficiência na qualidade do serviço prestado, sendo democrático no sentido de garantir a participação da população através do Conselho de Saúde, ligado diretamente aos direitos sociais presentes no capítulo II da Constituição Federal (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, *apud* GUERRA, 2011).

A despeito de o SUS ter sido regimentado em 1990, a o sistema ainda não obtém alcance máximo de seus objetivos (FONSECA; FERREIRA, 2009, *apud* GUERRA, 2011). Isso porque as dificuldades que circundam o setor de saúde no Brasil são diversas, decorrentes de uma crise que vem da própria forma de construção dos serviços de saúde no país, qual seja: o aspecto da política de saúde direciona para a privatização dos serviços, em que a maior parte da população estaria suprimida do acesso à saúde; versus a luta incessável pela manutenção do direito conquistado na Constituição Federal de 1988, a qual assegura o acesso universal e igualitário ao serviço de qualidade (FONSECA; FERREIRA, 2009, *apud* GUERRA, 2011).

Lemos e Rocha (2011) declaram que o setor hospitalar brasileiro é constituído de três subsetores principais: (i) os hospitais públicos, administrados pelo Governo Federal, Estadual ou Municipal; (ii) os hospitais privados, filantrópicos ou com fins lucrativos, não conveniados ou contratados pelo SUS; (iii) os hospitais privados, filantrópicos ou com fins lucrativos, conveniados ou contratados pelo SUS. Embora, os hospitais brasileiros possam ser classificados como hospitais gerais ou hospitais especializados, sendo os especializados aqueles que fornecem assistência à saúde em uma única especialidade ou área, tais como maternidade e institutos (CNES, 2013, *apud* GUERRA, 2011).

Em decorrência de limitações orçamentárias, é de grande interesse de toda sociedade brasileira e dever dos gestores, respeitar os parâmetros técnicos, os recursos disponíveis e as especificidades de cada hospital, que o sistema trabalhe com máxima eficiência, transformando os recursos disponíveis em produtos e serviços de qualidade. Dessa maneira, a carência de se proporcionar um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis tornando cada vez mais essencial (COSTA; CASTANHAR, 2003, *apud* GUERRA, 2011).

Para Marinho e França (2001, *apud* GUERRA, 2011), avaliar a eficiência no setor saúde em países subdesenvolvidos, como o Brasil, é imprescindível.

#### 2.2. Estudos anteriores

Na presente seção, apresenta-se uma revisão da literatura, em que se descrevem estudos anteriores publicados em periódicos científicos brasileiros e/ou defendidos no nível de graduação e pós-graduação. Para acessar tais publicações, fez-se uma busca no google acadêmico a partir das seguintes palavras-chave: "indicadores financeiros" + "análise financeira" + "gestão hospitalar". Foram selecionados, de um total de 27 respostas, dez estudos mais recentes para análise.

Silvana (2016) analisou os indicadores encontrados nos contratos da gestão terceirizada de hospitais públicos localizados no estado da Bahia que favorecem a avaliação e o controle da gestão terceirizada. Confirmou-se que os indicadores presentes na gestão pública não cumprem os requisitos de qualidade, ressaltando a delicadeza e incapacidade das técnicas avaliativas no âmbito da gestão pública, sendo essa decorrente de uma ausência de cultura de avaliação do desempenho dos serviços públicos prestados à sociedade. As dificuldades encontradas é a falta de padronização e a variabilidade dos indicadores listados, confirmando que falta uma compreensão sobre o que é um indicador, qual o seu papel, quais são os parâmetros para sua formulação por parte dos elaboradores do contrato.

Fenili et al.(2016), por sua vez, objetivaram descobrir qual o nível de atendimento dos serviços públicos municipais prestados no município de Blumenau-SC de acordo com planejamento estratégico. O estudo teve como afirmação que os entrevistados não possuíam conhecimento claro sobre o que é e para que serve o planejamento estratégico. Identificaram ainda que a secretaria municipal não implantou um processo de planejamento participativo, com colaboração dos participantes do processo. Também foi confirmado que a maioria dos entrevistados possui nível superior de escolaridade, podendo deduzir que na formação educacional destes profissionais faltou ensinamentos de gestão em cursos da área da saúde. Observou-se que por ser gestão pública, há uma fragilidade na rotatividade dos colaboradores, pois existe mudanças de mandatários no meio do processo de construção do planejamento estratégico.

Rúbia (2015) teve como objetivo analisar os indicadores financeiros desenvolvidos por Guerra (2011) sobre organizações hospitalares brasileiras de natureza pública e privada, com ou sem fins lucrativos que prestam serviço de saúde ao SUS, utilizando as demonstrações contábeis (Balanço Patrimonial e Demonstração do Resultado do Exercício) para realização dos cálculos. Os hospitais que tiveram os melhores indicadores são associações privadas e hospitais gerais. Por meio dessa análise dos indicadores foi possível deduzir que as

organizações hospitalares por serem instituições que demandam um alto grau de complexidade, necessitam de uma análise rigorosa, tornando-se válida a análise conjunta de indicadores financeiros e operacionais.

Lopes et al. (2015) tiveram como objetivo analisar o nível de eficiência dos gastos públicos no SUS, nos estados brasileiros, no intervalo de 2001 a 2011. Buscando detalhadamente incluir o nível de eficiência para as macrorregiões brasileiras, aos autores concluíram que os estados Bahia, Ceará e Minas Gerais demonstraram um alto desempenho na medida de eficiência dos gastos públicos no SUS com relação taxa de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer, por contrário as regiões Paraíba, Pernambuco e Roraima apresentaram o menor nível de eficiência em relação as mesmas taxas. A região Sudeste demonstrou a maior eficiência na utilização destes recursos por possuir uma elevada mão de obra qualificada, ser um centro econômico, tecnológico e educacional, também sendo possuidor dos maiores ganhos da área de economia desse setor. Já a região Sul demonstrou menor eficiência dos gastos com o SUS em decorrência a redução dos gastos estaduais nesse setor, houve também uma ampliação do setor privado em detrimento da pública na área da saúde.

Souza et al. (2015) realizaram uma análise da eficiência de hospitais com base em indicadores financeiros e operacionais, tais como: Prazo médio de recebimento (ano), Composição do endividamento, Giro do ativo, Liquidez seca, Imobilização do ativos e Margem EBITDA. Hospitais considerados eficientes apresentam uma boa rentabilidade e saúde financeira que também é demonstrada nos indicadores operacionais.

Maranhão, Pereira e Teixeira (2015), em sua pesquisa, sugerem a criação e a utilização de uma medida de avaliação dos métodos de gestão de resíduos de saúde (GRSS). O objetivo dessa ferramenta foi alcançada e apresentou-se como um instrumento para que os gestores possam avaliar o processo de Gestão do RGSS de maneira a evitar resultados indesejados.

Oliveira (2015), em seu o artigo, apresenta os resultados do estabelecimento de um sistema de gestão baseado em custos no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com o direcionamento do guia *Project Management Body of Knowledge*. Conclui-se que os resultados encontrados foram incompletos por se tratar de uma situação inicial nos Hospitais Universitários, há necessidade de pesquisas posteriores que venham adicionar conteúdo, assim como nas gestões de Hospitais Universitários, que venham a melhorar os serviços prestados através da diminuição dos desperdícios de recursos.

Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015), por sua vez, avaliaram a eficiência da técnica empenhada na utilização dos recursos do SUS, a partir de uma amostra de 7 municípios que formam 25ª Região de Saúde de Santa Catarina (SC), região que se evidencia por possuir o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado, e também possuir um dos menores indicadores de desempenho dos SUS. Com a junção dos resultados alcançados pelo estudo, é possível elaborar reflexões sobre a região estudada. Inicialmente, a região investe percentuais de sua receita em saúde superior às médias do estado, contudo, não consegue obter redução nos indicadores de mortalidade geral. Semelhante característica, pode, em algum momento, contemplar a ineficiência técnica apreciada nos municípios.

Lucena (2014), em seu estudo de natureza descritiva, buscou caracterizar o perfil epidemiológico das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) opcionais de 2012 e explorar descritivamente se houve obrigatoriedade do CNS em realizar os procedimentos, permitindo avaliar a qualidade da informação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Os dados adquiridos pelo SIH são importantes para programação, gestão e tomada de decisão, bem como para definição de recursos pessoais, financeiros, e desenho de rede assistencial. Pelo estudo, sugere-se o acolhimento de medidas para impedir superestimação do número de internações eletivas no sistema, já que se utiliza a característica de números de internação como sendo o número de AIH implantado no SIH.

Jesus (2014) buscou avaliar implantação de regras ao acesso de leitos de internação hospitalar na cidade de Salvador- Bahia e propor ações efetivas ao formular um *check list* de abordagens e procedimentos direcionadores para assegurar de forma equilibrada o acesso da população aos serviços de saúde. Buscou-se por uma alternativa assistencial adequada, por meio da alimentação do sistema SUREMWEB/SISREG, possibilitando o embasamento da rede de atendimento à saúde (RAS), criando um relacionamento de igualdade entre o trinômio: usuários, profissionais de saúde e gestores, buscando antecipar e planejar demandas futuras e a forma de melhor atende-las. Assim o estudo apresentou discussões sobre a forma atuação das equipes de Coordenação Permanente de Regulação, Controle e Avaliação (CPRCA), e o desempenho de sua função como de grande importância para o aperfeiçoamento da saúde como um bem público, garantindo a cooperação técnica e o apoio às unidades para retaguarda de leitos

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

O objetivo do trabalho de Guerra (2011) foi analisar a eficiência dos hospitais brasileiros baseados em indicadores, financeiros e não financeiros (operacionais). Com foco em hospitais públicos e privados (com ou sem fins lucrativos), Guerra (2011) desenvolveu uma metodologia de avaliação da gestão de hospitais, além de mensurar parâmetros ótimos de desempenho para esses tipos de organizações. Para tanto, Guerra (2011) utilizou-se de uma amostra composta de 26 hospitais.

O trabalho foi estruturado em etapas, sendo composta por coleta de dados sobre organizações hospitalares brasileiras, cálculo dos indicadores financeiros e operacionais, análise dos valores a partir de um modelo de análise envoltória de dados. Os indicadores analisados foram: Participação de Capital de Terceiros, Liquidez corrente, Prazo Médio de Pagamento, Giro do Ativo, Margem Operacional, R Retorno Sobre o Ativo (financeiros) e Taxa de Ocupação, Tempo Médio de Permanência, Lucro Operacional, e *Full time equivalents*/Leitos Ocupados (operacionais). A base teórica para construção dos modelos foi: Schuhmann (2008) e McCue e Nayar (2009); Barnum e Kutzin (1993); Younis, Younies e Okojie (2006); Marinho *et al.* (2001); Ersoy *et al.* (1997). Como conclusão, Guerra (2011) identificou os indicadores mais relevantes: TMP, TO e FTE/LO e MO, ROA e GA.

Para os indicadores financeiros, Guerra (2011) considerou os seguintes grupos: liquidez; estrutura de capital e endividamento; de lucratividade e rentabilidade; e, de atividade. O primeiro grupo refere-se a capacidade de liquidar seus passivos circulantes, dívidas de curto prazo, compondo assim índices que formulam a base do cenário financeira dos hospitais. Para esse grupo, Guerra (2011) considerou os seguintes indicadores: Liquidez Geral (LG); Liquidez Seca (LS); e Liquidez Corrente (LC). O Quadro 1 apresenta as fórmulas de cálculo.

Quadro 1: Indicadores de Liquidez

Índice	Fórmula
Liquidez Geral (LG)	(AC + ANC) / (PC + PNC)
Liquidez Seca (LS)	(AC – Estoques) / PC
Liquidez Corrente (LC)	(AC / PC)

Fonte: Guerra (2011).

Os indicadores de estrutura de capital e endividamento demonstram a quantidade de recursos de terceiros que estão dentro da empresa financiando os recursos e direitos por meio de ativos, ou seja, a definição da relação de capital de terceiros, sendo constituído por:

Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL); Composição do Endividamento (CE); Endividamento (E); Relação Capital de Terceiros e Próprio (RCTP); Cobertura de Juros (CJ); Cobertura de Dívidas (CD); e Relação Fluxo de Caixa e Passivo (RFCP) (GUERRA, 2011). As fórmulas de cálculo encontram-se no Quadro 2.

Quadro 2: Indicadores de Estrutura de Capital e Endividamento

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

Fonte: Guerra (2011).

Para o terceiro grupo, os indicadores de Lucratividade possibilitam identificar o resultado financeiro (superávit ou lucro) do hospital, tomando por base seus ganhos ou receitas. Os indicadores de Rentabilidade, por sua vez, representam o resultado dos investimentos, permitindo a avaliação dos resultados financeiros ligados aos investimentos realizados e ao ganho dos proprietários e gestores, apresentando assim um resultado econômico da organização (SOUZA et al., 2009, apud GUERRA, 2011). As fórmulas de cálculo encontramse no Quadro 3 e referem-se aos seguintes indicadores: a Margem Operacional (MO), a Margem do Fluxo de Caixa (MFC) e a % Receita Não Operacional - Outras Receitas (RNO); o Retorno Sobre o Ativo (ROA) e o Retorno Sobre o Patrimônio Líquido (ROE).

Quadro 3: Indicadores de Lucratividade e Rentabilidade

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

Fonte: Guerra (2011).

O último grupo, indicadores de atividade, comumente, são demonstrativos da capacidade de contas do ativo circulante converterem-se em caixa, sendo considerados nesse

grupo três dos mais importantes indicadores, Prazo Médio de Recebimento (PMR), Prazo Médio de Pagamento (PMP) e Giro do Ativo (GA) (GUERRA, 2011). As fórmulas de cálculo encontram-se no Quadro 4.

Ouadro 4: Indicadores de Atividade

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

Fonte: Guerra (2011).

#### 3. METODOLOGIA

O trabalho realizado foi fundamentado nos achados de Guerra (2011), sendo direcionado, portanto, a aplicar parte da metodologia de Guerra (2011) e comparar os resultados obtidos no que se refere a análise dos indicadores financeiros. Inicialmente, fez uma procura na internet, por demonstrativos financeiros - Balanço Patrimonial (BP), Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) e Notas Explicativas — publicadas por instituições hospitalares. A pesquisa foi realizada através do site de busca "Google", em que foram encontrados relatórios de 40 organizações. As expressões e/ou palavras utilizadas para busca foram: balanço patrimonial de instituições hospitalares, demonstrativos contábeis de instituições hospitalares, balanço patrimonial de hospitais, demonstrativos contábeis de hospitais e contabilidade hospitalar.

Com demonstrativos de anos diversos e organizações de naturezas diversas, a amostra inicial (40), foi filtrada e delimitada ao ano de 2015, pois foi o ano em que se encontrou mais demonstrativos financeiros úteis a análise. Neste processo de seleção foram retirados os hospitais que não estavam limitados ao ano de 2015, hospitais que eram 100% particulares e/ou não prestavam serviço ao SUS, hospitais que não estavam com inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e hospitais que não eram instituições brasileiras. Assim a amostra final foi composta de 10 hospitais, conforme apresentado no Quadro 5.

Para os hospitais selecionados, foi realizado o cálculo dos indicadores financeiros, com base no estudo de Guerra (2011). Assim, o presente trabalho caracteriza-se como descritivo e quantitativo.

Quadro 5: Hospitais considerados na amostra final

$N^{o}$	HOSPITAIS	ESTADO	CNES
1	Hospital Santa Rita	ES	0011738
2	Hospital A.C.Camargo	SP	2077531
3	Liga Norte Riograndense contra o Cancer	RN	2798727
4	Santa Casa de monte alto	SP	2028204
5	Hospital Santa Rosália	MG	2208172
6	Hospital Santo Amaro	SP	2754843
7	Hospital de Misericordia de Altinopolis	SP	2716593
8	Hosptal Municipal Pimentas Bonsucesso	SP	5200105
9	Hosptal São Francisco de Assis	MG	0026840
10	Hospital Trombudo Central	SC	2377373

Fonte: elaborado pelo autor.

### 4. RESULTADOS

# 4.1. Análise descritiva dos hospitais

A amostra de 10 instituições hospitalares encontra-se distribuída nos seguintes estados brasileiros: Espirito Santo (ES) (1 hospital), São Paulo (SP) (5 hospitais), Rio Grande do Norte (RN) (1 hospital), Minas Gerais (MG) (2 hospitais) e Santa Catariana (SC) (1 hospital). Pela consulta ao CNES, identificou-se a especialidade e natureza jurídica dessas (Quadro 6).

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

Nº	HOSPITAIS	ESPECIALIDADE	NATUREZA	Total leitos	% Leitos SUS
1	Hospital Santa Rita	Especializado	SFL	242	45
2	Hospital A.C.Camargo	Especializado	SFL	360	54
3	Liga Norte Riograndense contra o Cancer	Especializado	SFL	117	3
4	Santa Casa de monte alto	Geral	SFL	97	70
5	Hospital Santa Rosália	Geral	SFL	180	74
6	Hospital Santo Amaro	Geral	SFL	293	67
7	Hospital de Misericordia de Altinopolis	Geral	SFL	31	81
8	Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso	Geral	AP	120	100
9	Hospital São Francisco de Assis	Geral	SFL	326	100
10	Hospital Trombudo Central	Geral	SFL	70	80

Fonte: elaborado pelo autor.

Nota: SFL: sem fins lucrativos; AP: administração pública

#### 4.1.1. Hospitais gerais

Hospitais gerais são instituições que prestam serviço nas atividades básicas que são, "clínica médica, clinica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica", por especialistas e outras especialidades médicas. Podem ou não prestar o serviço de Urgência e devem possuir Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), que é a utilização de recursos físicos com o propósito de realizar diagnósticos e também fornecer procedimentos terapêuticos menos específicos no tratamento de enfermidades, de média capacidade (GUERRA, 2011). Os hospitais encontrados na amostra descritos como geral são um total de 7 sendo estes formados pelos hospitais 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

A instituição hospitalar de número 4 é **Santa Casa de Monte Alto** é uma entidade sem fins lucrativos, presta serviços hospitalares de caráter geral, com 10 leitos pediátricos destinados ao SUS, 6 leitos para a obstetrícia cirúrgica, 4 leitos para a obstetrícia clínica, 23 leitos destinados a clínica geral, 15 leitos para a cirurgia geral, 2 leitos de unidade de isolamento e 8 leitos de UTI adulto tipo 2. No total, o hospital possui 97 leitos (entre SUS e não SUS).

O Hospital Santa Rosália de número 5 é de especialidade geral, uma entidade sem fins lucrativos. Oferece atendimento ambulatorial, 12 leitos de pediatria clínica, 5 de obstetrícia cirúrgica, 14 de obstetrícia clínica, 16 de neonatologia, 4 de neurologia, 2 de nefrourologia, 14 de clínica geral, 6 de cardiologia, 22 de ortopediatraumatologia, 7 de cardiologia cirúrgica, 5 de neurocirurgia, 5 de cirurgia geral, 10 de UTI neonatal tipo 2, 1 de UTI pediátrica tipo2 e 10 de UTI adulto tipo 2. No total, o hospital possui 180 leitos (entre SUS e não SUS).

O Hospital Santo Amaro de número 6 é de especialidade geral, uma entidade sem fins lucrativos. Oferece atendimento ambulatorial, de 27 pediatria clínica, 28 obstetricia cirúrgica, 6 de obstetrícia clínica, 5 de (cirúrgico, diagnostico, terapêutico), 47 de clínica geral, 3 de AIDS, 48 de cirurgia geral, 6 de UTI neonatal tipo 2, 3 de UTI pediátrica tipo 2, 20 de UTI adulo tipo 2 e 4 unidades de isolamento. No total, o hospital possui 293 leitos (entre SUS e não SUS).

A instituição hospitalar número 7 é **Hospital de Misericordia de Altinopolis** que presta serviço de natureza geral, é uma entidade sem fins lucrativos que possui a disponibilidade do SUS, 4 leitos para a pediatria clínica, 10 leitos para crônicos, 3 para obstetrícia cirúrgica, 6 para clínica geral e 2 para cirurgia geral. No total, o hospital possui 31 leitos (entre SUS e não SUS).

O **Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso** de número 8 é de especialidade geral, uma entidade com natureza jurídica decorrente da administração pública. Oferece atendimento

ambulatorial, 13 leitos para a pediatria clínica, 10 leitos para a psiquiatria, 25 leitos para a obstetrícia cirúrgica, 15 leitos para neonatologia, 12 leitos para neurologia, 22 leitos para a clínica geral, 19 leitos para a cirurgia geral, 19 leitos para a UTI adulto tipo 2, não havendo vaga para UTI neonatal tipo 2 e 4 leitos para a unidade de isolamento. No total, o hospital possui 120 leitos (entre SUS e não SUS).

O Hospital São Francisco de Assis de número 9 é de especialidade geral, uma entidade com natureza jurídica sem fins lucrativos. Oferece atendimento ambulatorial, 40 leitos para a cardiologia, 58 leitos para a clínica geral, 10 leitos para nefrourologia, 8 leitos para a oncologia, 3 leitos para a cardiologia, 24 leitos para cirurgia geral, 2 leitos para cirurgia oncológica, 129 leitos para cirurgia ortopediatramautologia e 50 leitos de UTI adulto tipo 2. No total, o hospital possui 326 leitos (entre SUS e não SUS).

O Hospital Trombudo Central de número 10 é de especialidade geral, uma entidade com natureza jurídica sem fins lucrativos. Oferece atendimento ambulatorial, 2 leitos para a pediatria clínica, 46 leitos destinados a crônicos, 6 leitos destinados a clínica geral, 1 leito destinado a cirurgia geral e 1 leito de isolamento. No total, o hospital possui 70 leitos (entre SUS e não SUS).

### 4.1.2. Hospitais especializados

É uma instituição hospitalar que possui o propósito de a prestação de assistência à saúde em uma única especialidade, área. Pode ofertar o serviço de urgência, emergência e possuir SADT. Normalmente é uma referência regional ou estadual. Os instituições hospitalares que formam a amostra e possuem prestação de serviço de natureza especializada são o número 1, **Hospital Santa Rita**; 2, **Hospital A.C.Camargo**; e número 3, **Liga Norte Riograndense contra o Cancer**.

O hospital **Santa Rita** de número 1 é uma entidade sem fins lucrativos. Oferece atendimento especializado. Possui 28 leitos de UTI adulto tipo II, um leito de nefrologiaurologia, 40 leitos destinados ao oncologia, 39 leitos destinado a cirurgia geral, 51 leitos destinado a oncologia clínica, um leito destinado a nefrologiaurologia clínica, 51 leitos destinados a clínica geral, 6 leitos destinados a cirúrgico, diagnostico e terapêutico, 2 leitos destinados a intercorrência pós-transplante, 2 leitos destinados a obstetrícia clínica, 2 leitos destinados obstetrícia cirúrgica, 2 leitos destinados a crônicos, 7 leitos destinados a pediatria clínica e 7 leitos destinados a pediatria cirúrgica. No total, o hospital possui 242 leitos (entre SUS e não SUS).

O instituição hospitalar Hospital **A.C.Camargo** de número 2 é de especialidade especializado, uma entidade com natureza jurídica sem fins lucrativos. Oferece atendimento especializado a pacientes portadores de câncer, possuindo 22 leitos destinados a pediatria clínica, 2 leitos destinados a crônicos, 8 leitos destinados a (cirúrgico, diagnostico e terapêutico), 3 leitos destinados intercorrência pós-transplante, 7 leitos destinados a clínica geral, 60 leitos destinados a oncologia, 13 leitos destinados a cirurgia geral, 66 leitos destinados a oncologia, 22 leitos destinados a UTI adulto tipo 3 e 6 leitos UTI pediátrica tipo 3. No total, o hospital possui 360 leitos (entre SUS e não SUS).

A instituição hospitalar número 3 é, **Liga Norte Riograndense contra o Câncer** que presta serviço de natureza especializada, é uma entidade sem fins lucrativos que possui a disponibilidade do SUS, apenas 4 leitos destinados a UTI adulto tipo 2. No total, o hospital possui 117 leitos (entre SUS e não SUS).

### 4.2. Análise descritiva dos indicadores hospitalares

No trabalho apresentado foram utilizados os indicadores financeiros descritos em Guerra (2011), pois são os que permitem uma melhor análise da situação financeira da empresa, ressaltando que para melhor interpretação dos dados os indicadores devem ser observados em sua completude, são eles: Liquidez Geral (LG), Corrente (LC) e Seca (LS); Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL); Participação de Capital de Terceiros (PCT); Composição do Endividamento (CE) e Endividamento (E); Relação Fluxo de Caixa e Passivo (RFCP); Dias Dinheiro em Caixa (DDC); Prazo Médio de Pagamento (PMP); Margem Total (MT); Margem Operacional (MO); Giro do Ativo (GA); Retorno Sobre o Ativo (ROA) e Retorno Sobre o Patrimônio Líquido (ROE); Financiamento do patrimônio líquido (FPL); e Em Prazo Médio de Recebimento (PMR). É importante lembrar que os indicadores financeiros listados foram calculados com base nos demonstrativos contábeis disponibilizados pelas instituições que compõem a amostra correspondente ao ano de 2015.

No trabalho de Guerra (2011), utilizam-se valores outputs (que se relacionam aos indicadores MO, ROA e GA) e inputs (relativos aos demais indicadores). As Tabelas 1 a 5 apresentam os valores de cada indicador para os 10 hospitais da amostra do presente estudo, bem como os valores médios calculados por grupo de hospitais (especializados e gerais).

#### 4.2.1. Indicadores output

Pela Tabela 1, observa-se que, para as instituições especializadas, o hospital 1 possuiu o melhor indicador financeiro de MO, com valor de 2,05; os demais especializados estão entre 0,2 e 0,06. Para o indicador de ROA todas as instituições apresentaram valores positivos, sendo que o hospital 1 tem o melhor resultado, 1,52; os demais hospitais apresentaram valores muito próximos como 0,18 e 0,14. Para o último output, GA, todas as instituições hospitalares apresentaram valores positivos novamente, no entanto o hospital que mais se destacou foi o de número 3, com GA de 2,19; os demais apresentaram valores muito próximos, entre 0,76 e 0,70.

Tabela 1: Indicadores output

Tabela 1. Indicadores out at							
Nº do hamital	Egnacialidada	Indicadores output					
Nº do hospital	Especialidade	MO	ROA	GA			
1	Especializado	2,05	1,52	0,76			
2	Especializado	0,27	0,18	0,70			
3	Especializado	0,06	0,14	2,19			
4	Geral	-	-0,06	2,28			
5	Geral	-0,14	-0,13	0,91			
6	Geral	-	-	-			
7	Geral	-0,65	-0,16	4,25			
8	Geral	-	-	1,63			
9	Geral	-0,11	-0,16	1,72			
10	Geral	-0,09	-0,12	1,29			
Média	-	0,20	0,15	1,75			
Média hospitais especializados	-	0,80	0,62	1,22			
Média hospitais gerais	-	-0,25	-0,13	2,01			

Fonte: elaborado pelo autor.

Para as instituições caracterizadas como geral, acerca do indicador MO, foi possível fazer o cálculo para apenas 4 hospitais, quais sejam: Hospital Santa Rosália (hospital 5), Hospital de Misericordia de Altinopolis (7), Hospital São Francisco de Assis (9) e Hospital Trombudo Central (10). Entretanto, para todos esses, o valor do indicador MO foi negativo, o que reflete problema na cobertura das despesas pelas receitas operacionais. Para o indicador ROA, além dos hospitais já mencionados em MO, obteve-se o valor também para a instituição Santa Casa de Monte Alto (hospital 40) entretanto, para todos esses, o índice ROA foi negativo. Esse fato corrobora o já mencionado quando da análise da MO – no caso do ROA, os valores incorridos de despesas não foram suficientes, no ano de 2015, para cobertura das atividades da empresa. Para o último indicador, GA, não foi possível calcular valores para Hospital Santo Amaro (hospital 6). Para os demais, o melhor resultado no índice foi obtido pelo hospital número 7, com valor de 4,25.

As instituições especializadas destacam-se com relação a média dos valores de outputs em relação as instituições gerais (ver Tabela 1) para os indicadores MO e ROA, o que reflete uma melhor gestão das atividades operacionais dos hospitais especializados, considerando as receitas e despesas operacionais e a relação entre lucro líquido e ativos. Especificamente para o indicador MO, a média dos hospitais especializados foi 0,80, e dos gerais, um valor negativo de -0,25. Para ROA, a média dos especializados foi 0,62, e dos gerais, um valor negativo de -0,13.

Diferentemente para o indicador GA, as instituições gerais apresentaram média superior as especializadas. Os valores encontrados foram 2,01 para geral e 1,22 para especializado. No entanto, esse indicador demonstra que as instituições gerais apresentam maior retorno sobre o ativo decorrente de suas atividades em geral, e não somente aquelas relativas a prestação dos serviços de saúde – citam-se exemplos de atividades não operacionais o aluguel de vagas (pátios de estacionamento); aluguel de equipamentos etc.

#### 4.2.2. Indicadores de liquidez

Com base nos indicadores financeiros considerados *inputs* por Guerra (2011), afirmando que quanto menor o seu resultado melhor é o desempenho da instituição hospitalar, a Tabela 2 apresenta os indicadores do grupo de liquidez; a Tabela 3, de estrutura de capital e endividamento; a Tabela 4 de lucratividade e rentabilidade; e, a Tabela 5, de atividade.

Tabela 2: Indicadores de liquidez

Nº de hegrital	Espacialidada	Indicadores liquidez			
N⁰ do hospital	Especialidade	LC	LS	LG	
1	Especializado	2,86	2,75	3,89	
2	Especializado	3,09	2,92	7,02	
3	Especializado	0,97	0,80	1,61	
4	Geral	0,51	0,46	1,16	
5	Geral	0,54	0,50	1,01	
6	Geral	0,19	0,18	1,00	
7	Geral	0,82	0,82	0,70	
8	Geral	1,00	0,98	1,00	
9	Geral	0,78	0,68	1,15	
10	Geral	0,87	0,54	1,00	
Média	-	1,17	1,07	1,96	
Média hospitais especializados	-	2,31	2,16	4,18	
Média hospitais gerais	-	0,67	0,60	1,00	

Fonte: elaborado pelo autor.

O indicador de liquidez relaciona os direitos e obrigações da organização, e quanto maior o indicador, melhor é o desempenho, sendo o valor mínimo desejável de 1,00. Essa situação é esperada para a saúde financeira das instituições, pois demonstra a capacidade de liquidar obrigações exigidas. Para os hospitais da amostra, o hospital que mais se destaca é o de número 2 (especializado), com valor de 3,09. A pior situação é do hospital de número 6, COM LC de 0,19 (Tabela 2).

As instituições hospitalares especializadas demonstraram valores mais expressivos de LC do que as instituições gerais, observando-se as médias para a referida amostra de 2,31 e 0,67, respectivamente (ver Tabela 2). Nesse sentido, as instituições gerais encontram-se numa situação eminente de não possuir recursos suficientes para liquidar dívidas de curto prazo.

A LS também é um indicador que considera a capacidade de pagamento das obrigações, porém exclui dos recursos (ativos) da empresa os valores relativos ao estoque (por entender que os materiais operacionais utilizados na prestação dos serviços não possuem liquidez para fazer frente a necessidade de pagamento). Dessa forma, se comparado a LC, a LS apresenta uma ótica mais conservadora na análise da suficiência de recurso para liquidação das obrigações.

Na amostra considerada no presente estudo, o melhor indicado de LS foi do hospital número 2, com 2,92, e, a pior situação é de número 6, 0,18 (ver Tabela 2). Em média, para a LS, observa-se que as instituições especializadas apresentam um melhor resultado (2,16) do que os hospitais gerais (0,60), tal qual o resultado comparativo já encontrado na análise do LC.

Por fim, o indicador LG faz uma relação semelhante, mudando a ótica ao considerar para cálculo os valores de ativos e passivos de longo prazo. A instituição hospitalar que apresenta melhor situação é de número 2 (especializado), com LG de 7,02; e a pior situação para o hospital de número 7 (geral), com LG de 0,70. Confrontando os valores médios por grupo, para a LG, observa-se novamente que os hospitais especializados apresentaram melhores resultados (média de 4,18) se comparado aos gerais (média de 1).

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

Com valores apresentados na Tabela 3, o indicador IPL demonstra quanto do ativo permanente é financiado pelo patrimônio líquido, evidenciando a porcentagem dos ativos financiada por terceiros (credores externos a organização). Esse indicador é considerado adequado, de maneira geral, quando seu valor é menor que 1. Na amostra do presente estudo, a instituição hospitalar que apresentou o melhor resultado para IPL foi a de número 6, com o

valor de -0,14. Por outro lado, o hospital que apresentou pior resultado foi a de número 5, com o valor de 42,28. Comparando os grupos (especializados e gerais), para o IPL, os hospitais com pior desempenho médio são as instituições de natureza geral, com valor de 7,57, contra 1,03 para os especializados. Ou seja, em média, o grupo dos hospitais especializados apresenta situação mais saudável que as instituições gerais.

Tabela 3: Indicadores de estrutura de capital e endividamento

Nº de hegnital	Egnacialidada	Indicadores de estrutura de capital e endividamento				
Nº do hospital	<b>Especialidade</b>	IPL	CE	E	PCT	RFCP
1	Especializado	0,67	0,67	2,86	0,34	5,79
2	Especializado	0,73	0,83	0,14	0,16	1,32
3	Especializado	1,68	0,59	0,61	1,61	0,18
4	Geral	4,56	0,77	0,85	5,89	-0,07
5	Geral	42,28	0,70	0,98	67,36	-0,34
6	Geral	-0,14	3,00	1,00	-0,33	-
7	Geral	-0,17	0,56	1,42	-0,75	-76557,22
8	Geral	1,00	0,98	1,00	1,00	-
9	Geral	4,42	0,61	0,86	6,59	-0,19
10	Geral	1,05	0,31	0,31	1,46	-0,12
Média	-	5,61	0,91	1,01	8,34	-9568,83
Média hospitais especializados	-	1,03	0,70	1,21	0,71	2,43
Média hospitais gerais	-	7,57	0,99	0,92	11,60	-15311,6

Fonte: elaborado pelo autor.

O indicador CE demonstra a porcentagem da dívida total de curto prazo (que será exigida dentro do próximo exercício financeiro). A análise desce indicador é complexa pois depende da política de gestão da instituição, sendo que: (i) se o valor se aproximar de 1, indica que todo a sua dívida é de curto prazo, exigível quase que imediatamente; e (ii) se o valor se aproximar muito de 0, evidencia que a composição da dívida é de longo prazo. A evidência de uma situação financeira saudável para as organizações pode ser considerada quando o indicador CE encontra-se entre 0 e 1, mas não próximos aos limites inferiores e superiores. Na amostra considerada no presente estudo, o hospital com melhor desempenho para CE foi o de número 7, com índice de 0,56 (ver Tabela 3). Os piores resultados são das instituições de número 6 e 8, respectivamente com valores de 3,00 e 0,98. A comparação por grupos, mais uma vez indica melhor desempenho para os hospitais especializados (CE médio 0,70), se confrontados com os gerais (CE médio de 0,99).

O indicador E relaciona passivo total com ativo total, e valores desejáveis são aqueles menores possíveis. A instituição que apresentou o melhor desempenho foi a número de 10, com indicador E de 0,31 (ver Tabela 3); por outro lado, o pior resultado foi o do hospital de número 1, com valor de 2,85. A comparação das médias por grupo, diferentemente dessa vez,

indica melhor desempenho para os hospitais gerais, que obtiveram indicador E médio de 0,92, em confronto aos especializados com média de 1,21 (ver Tabela 3). Essa situação (de melhor desempenho dos gerais), para o indicador E, pode ser decorrente da composição dos ativos totais, que, para as instituições gerais é mais abrangente, tanto em diversidade quanto em valor.

Para o indicador PCT, que indica quanto capital de terceiros compõem o capital total, o desejado para equilibrado financeiro é um valor não elevado, pois isso implicaria em um volume despesas financeiras para capital de crédito externo (com terceiros). Nesse sentido, na presente amostra, o melhor desempenho foi da instituição de número 7, com PCT -0,75 (ver Tabela 3); por outro lado, a instituição de número 5 foi a pior, com valor de 67,36. A comparação da média dos grupos (especializados e gerais), corroborando as anteriores, indicam melhor desempenho dos hospitais com especialidade (PCT médio 0,71) do que os gerais (PCT médio 11,60) (ver Tabela 3).

Por fim, para o indicador RFCP, que relaciona a capacidade da entidade em liquidar suas obrigações através da geração de fluxo de caixa, o desejado são valores mais elevados, o que indica uma melhor capacidade da instituição de sanar suas dívidas mais rapidamente. Para a amostra do estudo, o melhor resultado foi a instituição de número 1, com RFCP de 5,79, contra o pior resultado de -76557,20 do hospital 7. E, de forma recorrente, na comparação por grupos, a média dos especializados (2,43) indica melhor situação financeira do que às instituições gerais, com média de -15311,60). Essas médias revelam que as instituições especializadas apresentam uma geração de caixa mais eficiente, se comparada as gerais

#### 4.2.4. Indicadores de lucratividade e rentabilidade

Para os indicadores de lucratividade e rentabilidade, a análise de MO e ROA já foi apresentada quanto tratados os outputs considerados por Guerra (2011), conforme descrito na subseção 4.2.1. Na presente subseção, portanto, analisam-se os resultados encontrados especificamente para os indicadores MT e ROE (Tabela 4), ainda não descritos.

Com foco na porcentagem da receita que se torna lucro por meio da atividade operacional, para o indicador MT, quanto maior o valor encontrado, melhor será a relação de ganho da instituição com suas atividades. Para a amostra em estudo, o melhor desempenho foi do hospital de número 1, com valor encontrado de 1,98; o pior resultado foi do hospital de número 5, com MT de -0,14. Na comparação entre grupos, novamente as instituições especializadas apresentaram melhor desempenho, com média de 0,77, contra média de -0,08 dos hospitais gerais.

Para o indicador ROE, obtiveram-se valores apenas para 6 instituições, quais sejam: Hospital A.C.Camargo (2), Liga Norte Riograndense contra o Cancer (3), Santa Casa de Monte Alto (4), Hospital Santa Rosália (5), Hospital de Misericordia de Altinopolis (7), Hospital Trombudo Central (10). Desses, o que apresentou menor valor e, portanto, pior resultado, foi o hospital de número 5, com ROE de -9,05 (ver Tabela 4).

Tabela 4: Indicadores de lucratividade e rentabilidade

Nº do hognital	Egnacialidada	Indicadores de lucratividade e rentabilidade			
Nº do hospital	Especialidade	MT	MO	ROA	ROE
1	Especializado	1,98	2,05	1,52	-
2	Especializado	0,26	0,27	0,18	0,21
3	Especializado	0,06	0,06	0,14	0,38
4	Geral	-0,02	-	-0,06	-0,45
5	Geral	-0,14	-0,14	-0,13	-9,05
6	Geral	-	-	-	-
7	Geral	-0,03	-0,65	-0,16	0,08
8	Geral	-	-	-	-
9	Geral	-0,09	-0,11	-0,16	-
10	Geral	-0,09	-0,09	-0,12	-0,18
Média	=	0,24	0,20	0,15	-1,5
Média hospitais especializados	-	0,77	0,80	0,62	0,30
Média hospitais gerais	-	-0,08	-0,25	-0,13	-2,40

Fonte: elaborado pelo autor.

O indicador de ROE demonstra a relação de lucro líquido e passiveis exigíveis de longo prazo, e, comparando as médias dos grupos, é possível observar que, mais uma vez, o melhor desempenho foi das instituições especializadas (com ROE de 0,30). Os hospitais gerais tiveram ROE médio de -2,40 (ver Tabela 4).

#### 4.2.5. Indicadores de atividade

Para os indicadores de atividade, a análise de GA já foi apresentada quanto tratados os outputs considerados por Guerra (2011), conforme descrito na subseção 4.2.1. Na presente subseção, portanto, analisam-se os resultados encontrados especificamente para os indicadores PMP e PMR (Tabela 5), ainda não descritos.

O indicador PMP relaciona receita total e ativo, sendo desejado que esse valor não seja baixo, uma vez que o indicador do prazo médio indica a capacidade da instituição possui para pagar seus fornecedores, mantendo disponibilidades (caixa e equivalentes de caixa) em controle da instituição por mais tempo. Para a amostra em estudo, a instituição de número 7 apresentou maior prazo (PMP de 6926,51), contra o menor índice (-3911,75) do hospital de

número 3. Na comparação dos grupos, a média para as instituições especializadas foi -1958,58; e para os hospitais gerais de 2524,96 (ver Tabela 5); revelando melhor instituições gerais, tal qual o índice E (Tabela 3).

Por fim, o indicador PMR relaciona recursos disponíveis com despesas e valor temporal do ciclo da instituição. Quanto menor este prazo, melhor será para a instituição, pois ela receberá recursos mais rápido possível. Na amostra estudada, a instituição que apresentou melhor resultado foi a de número 4, com valor encontrado de 0,91; em contraposição a instituição de número 7, que apresentou pior como valor de PMR de 620,84. Também foi realizada a análise por grupo, sendo a média das instituições especializadas de 50,79, contra os hospitais gerais com PMR médio de 165,28.

Tabela 5: Indicadores de atividade

Nº do hognital	Especialidade	Indicadores de atividade		
Nº do hospital		GA	PMP	PMR
1	Especializado	0,76	-2045,83	55,48
2	Especializado	0,70	81,84	61,11
3	Especializado	2,19	-3911,75	35,77
4	Geral	2,28	-	0,91
5	Geral	0,91	1201,33	24,37
6	Geral	-	-	-
7	Geral	4,25	6926,511	620,84
8	Geral	1,63	12897,66	254,69
9	Geral	1,72	-	57,18
10	Geral	1,29	-	33,71
Média	-	1,75	2524,96	127,12
Média hospitais especializados	-	1,22	-1958,58	50,79
Média hospitais gerais	-	2,01	7008,50	165,28

Fonte: elaborado pelo autor.

# 4.3. Análise da eficiência financeira dos hospitais

Como mencionado na seção anterior foram analisados de forma abrangente os indicadores financeiros que possibilitam uma influência na eficiência das instituições hospitalares, conforme observado em Guerra (2011). Após essa etapa, inicia-se a avaliação, fundamentada em Guerra (2011) e Rúbia (2015), daqueles indicadores classificados no Modelo-Padrão de eficiência de Guerra (2011), quais sejam: (i) inputs LC; outputs MO, GA e ROA. Os valores desses indicadores encontrados para os hospitais da presente amostra, por Guerra (2011) e Rúbia (2015) são apresentados na Tabela 6.

Para instituições analisadas na amostra formada para o presente trabalho, alguns dos valores encontrados aproximam-se dos valores de eficiência identificados no trabalho de

Guerra (2011) definidos como "Modelo- Padrão". Dentre os indicadores de eficiência um dos mais relevantes é o de LC, cujo resultados em Guerra (2011) é de 1,17. Na amostra selecionada atualmente, o hospital que mais aproxima desse padrão é o de número 10.

Tabela 6: Valores dos indicadores financeiros do Modelo-padrão

Hospitais	LC	MO	GA	ROA
Guerra (2011)	1,17	0,03	2,27	0,03
Rúbia (2015)	0,726667	0,125556	1,472222	-0,21567
"Média (2017)"	1,17	0,20	1,75	0,15
Hospital 1	2,869145	2,058193	0,767463	1,521655
Hospital 2	3,090239	0,274687	0,705153	0,186359
Hospital 3	0,977007	0,067721	2,198036	0,148834
Hospital 4	0,510793	=	2,287212	-0,06665
Hospital 5	0,548566	-0,14507	0,912693	-0,1324
Hospital 6	0,192155	=	=	=
Hospital 7	0,825603	-0,65072	4,252002	-0,16942
Hospital 8	1,002755	-	1,637127	-
Hospital 9	0,786869	-0,1152	1,724352	-0,16782
Hospital 10	0,877125	-0,09621	1,298634	-0,12494

Fonte: elaborado pelo autor.

A MO proposta em Guerra (2011) é 0,03, o que representa um valor padrão a ser alcançado pelos hospitais para obtenção de eficiência financeira. Na amostra atual, o hospital mais próximo desse melhor desempenho é o de número 3. Para o índice de GA, a proposta no "Modelo-Padrão" de Guerra (2011) é um valor de 2,27. Na amostra atual, o que mais se aproxima é o hospitalar de número 4, com índice GA, inclusive, com melhor valor do que o indicado pelo modelo de Guerra (2011). Para o ROA, Guerra (2011) indica o padrão de 0,03; na amostra atual, o valor mais próximo foi obtido pela instituição de número 3.

Em uma análise comparativa entre os valores médios desses indicadores obtidos em Guerra (2011), em Rúbia (2015) e no presente estudo – "Média (2017)", é possível observar uma coincidente igualdade entre LC obtido na amostra atual e por Guerra (2011). Os hospitais de Rúbia (2015), nesse indicador, obtiveram pior desempenho.

Para MO, o desejado são maiores valores médios, sendo eficientes os hospitais (ou grupo de instituições) que, pelo menos, se aproximem do padrão de Guerra (2011): MO de 0,03. Na amostra atual e em Rúbia (2015), os valores médios indicam desempenho satisfatório dos hospitais em estudo, sendo o melhor resultado das instituições consideradas em "Média (2017)".

Para o indicador GA, o valor indicado por Guerra (2011) como padrão de eficiência é de 2,27, sendo importante ressaltar que se considera satisfatório pelo menos valores superiores a 1. O valor médio encontrado no presente trabalho foi de 1,75, ou seja, satisfatórios como GA, mas inferiores ao desempenho indicado por Guerra (2011). Rúbia (2015) também identificou valores para GA menos expressivos, com média de 1,47, ou seja, os hospitais da amostra da referida autora apresentavam relação entre receitas e ativos inferiores ao desempenho eficiente indicado por Guerra (2011).

Para a comparação do indicador de ROA, o valor definido como padrão em Guerra (2011) foi de 0,03, sendo que quanto maior o valor encontrado, melhor o desempenho da instituição. Assim, os valores obtidos pela amostra atual indicam melhor situação dos hospitais do que o "Modelo-Padrão" e do que Rúbia (2015).

Analisando em conjunto os indicadores LC, MO, ROA e GA da amostra atual em comparação aos valores padrões-médios indicador por Guerra (2011), observa-se que os 10 hospitais enfocados aqui não estão próximos da eficiência. No entanto, é possível verificar instituições hospitalares que possuíram todos os valores positivos para os referidos indicadores, tais como Hospital Santa Rita (1), Hospital A.C. Camargo (2) e Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (3), destacando-se o fato de todas as instituições serem especializadas.

Outro ponto a considerar na análise geral, é o número de leitos destinados ao SUS em cada hospital considerado na atual amostra (ver Quadro 6, subseção 4.1). Na literatura, a Tabela SUS por meio da qual as instituições calculam a remuneração dos serviços prestados a pacientes públicos (*i.e.*, pacientes SUS), é criticada como sendo defasada e prejudicial à boa saúde financeira das instituições; isto porque os valores tabelados sequer cobrem os custos de prestação dos serviços de saúde, em geral (GUERRA, 2011).

Dos 10 hospitais analisados no presente estudo, destacam-se Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso (8) e Hospital São Francisco de Assis (9) que são 100% SUS, ou seja, são instituições privadas que destinam todos os seus leitos a pacientes SUS. Os demais hospitais gerais também destinam, pelo menos, mais de 60% dos leitos existentes a atender aos pacientes públicos, em contraposição às instituições privadas Hospital Santa Rita (1), Hospital A.C.Camargo (2) e Liga Norte Riograndense contra o Cancer (3), que têm, respectivamente, 45%, 54% e apenas 3% dos leitos SUS. Essas instituições (especializadas), de maneira geral, apresentaram os melhores resultados para a maioria dos indicadores considerados no presente estudo.

# 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendeu-se nesse estudo que as instituições hospitalares são de fundamental importância para o funcionamento do sistema de saúde país, de maneira a permitir a população ter acesso aos serviços de saúde de alta complexidade. Para tal verificação é observado a política econômica adotada pela gestão pública, de terceirização dos serviços do SUS para os hospitais conveniados e/ou contratados.

Observou-se também que a busca de eficiência juntamente com a prestação de um serviço de boa qualidade torna a gestão destas instituições complexas (GUERRA, 2011), sendo relevante, portanto, avaliar parâmetros que permitem aos usuários de maneira comparativa deduzir sobre a saúde financeira da instituição hospitalar segundo suas especificidades (localidade, tipo, natureza etc.).

Desse modo, o objetivo do trabalho foi analisar indicadores financeiros de hospitais que prestam serviços ao SUS. Com base no estudo de Guerra (2011), foi realizado uma comparação entre os valores dos indicadores aqui mensurados para 10 hospitais, com Guerra (2011) e com Rúbia (2015). Na conjuntura total, observou-se que as instituições especializadas apresentaram melhores indicadores. Além de destinados menores percentuais de leitos a pacientes SUS, os serviços especializados (mais bem remunerados) parecem ser a principal característica para explicar esse desempenho superior aos hospitais gerais.

Ressalta-se que os resultados encontrados devem ser complementados com a análise de fatores externos as organizações, tais como: economia mundial, política pública vigente, condições econômicas e epidemiológicas da região onde a instituição está localizada etc. Além disso, no presente trabalho foi realizado uma análise limitada dos hospitais, em que se deu enfoque ao estudo dos indicadores financeiros. Pesquisas futuras podem utilizar a análise complementar dos cálculos operacionais, comparando os demais resultados encontrados com Guerra (2011). Além disso, pode ser ampliado a amostra das instituições hospitalares encontradas, podendo também ser aplicada a períodos (anos) diferentes. Através destes resultados espera-se que possa haver uma contribuição às análises que visam verificar o desempenho das organizações hospitalares.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BÁSCOLO, Ernesto; SÁNCHEZ DE LEÓN, Adolfo; YAVICH, Natalia. El proceso de interacción investigadores y tomadores de decisiones: un estudio de caso. **Cad Saúde Pública**, p. S47-S56, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [online]. Brasília [s.d.]. Disponível em< http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 25 de março de 2017, 26 de abril de 2007.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <<u>http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/constituição.htm</u>>. Acessado em 5 de março de 2017.

COELHO, Silvana Márcia Pinheiro Santos. Avaliação dos indicadores presentes nos contratos da gestão terceirizada de hospitais públicos: um estudo na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia–SESAB. 2016.

CONSULTA A TAXA DE INFLAÇÃO ESPERADA DO ANO DE 2017.VALOR. <a href="http://www.valor.com.br/financas">http://www.valor.com.br/financas</a>. Acessado em 26 de março de 2017.

CORREA, Carla Eunice Gomes; FENILI, Romero; BARBOSA, Leonardo. Planejamento estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. **Gestão e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 18-36, 2017.

DA SILVA, Mygre Lopes et al. ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DOS GASTOS PÚBLICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). **Revista UNIFAMMA**, v. 15, n. 2, 2017.

DE SOUZA, Antônio Artur et al. GESTÃO DE HOSPITAIS: ANÁLISE DA EFICIÊNCIA TÉCNICA. **FACEF Pesquisa-Desenvolvimento e Gestão**, v. 19, n. 3, 2017.

IBGE, **Consulta demográfica**. Disponível em:< <a href="http://www.ibge.gov.br">http://www.ibge.gov.br</a>>. Acesso em 25 de março de 2017.

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

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

JESUS, Ana Lice Mendes de et al. Regulação direito e desafios de acesso: avaliação e implementação de medidas para que a regulação de leito hospitalar de Salvador se dê da forma equânime ao interesse público. 2014.

LUCENA, Carolina Dantas Rocha Xavier de. Análise descritiva quanto às internações eletivas de 2012 e quanto à utilização do Cartão Nacional de Saúde (CNS) na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) como estratégia para qualificação da informação em saúde. 2014.

MARANHÃO, PEREIRA e TEXEIRA. Proposta de avaliação dos sistemas de gestão de resíduos de serviços de saúde em organizações hospitalares da administração pública.2015.

MAZON, Luciana Maria; MASCARENHAS, Luis Paulo Gomes; DALLABRIDA, Valdir Roque. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 23-33, 2015.

OLIVEIRA, Diego Farias. A IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PELA EBSERH: UM ESTUDO DE CASO COM UTILIZAÇÃO DO PMBOK. **RAHIS**, v. 13, n. 3, 2017.

POLITIZE. **Despesa Pública destinada a educação e saúde**. <a href="http://www.politize.com.br/quanto-governo-investe-saude-educacao">http://www.politize.com.br/quanto-governo-investe-saude-educacao</a>>. Acessado em 27 de março de 2017.

PORTARIA N°399-200, Ministerio da Saúde. Disponível em:< <a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\_22\_02\_2006.html">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\_22\_02\_2006.html</a>. Acesso em 26 de março de 2017.

RÚBIA, Karla. Análise de indicadores financeiros de organizações hospitalares prestadoras de serviços de saúde, conveniadas e/ou contratados do SUS. Brasília,2015. Monografia (Bacharel em Ciências Contábeis- Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais – CCA, UNB, 2015.

SILVA, Keila Silene de Brito; Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 373-382, 2010.