

RELAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS E DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Marcia Zanievicz Silva¹

Filipy Furtado Sell²

Rafael Ferla³

Resumo: O estudo objetivou identificar a relação de características organizacionais com o desempenho econômico-financeiro de hospitais sem fins lucrativos. Para tanto, adotou-se uma abordagem quantitativa, com dados em painel, utilizando as análises pela estatística descritiva e pela Regressão Quantílica com base nos outputs do software Stata®. O período analisado foi de 2010 a 2014, sendo a amostra composta por 119 hospitais. Foram selecionadas características organizacionais cuja revisão da literatura indicava serem capazes de impactarem o desempenho econômico-financeiro dos hospitais. A saber, presença de acreditação, tamanho do hospital, proporção de leitos SUS, nível de complexidade, localização geográfica e proporção de funcionários com vínculo empregatício. Decorrente dos procedimentos metodológicos adotados e, no contexto analisado, é possível concluir que: a acreditação é passível de reduzir o retorno sobre o ativo e sobre o patrimônio líquido; quanto mais leitos possuir os hospitais, maior tende a ser sua opção de financiamento das atividades a partir de recursos de terceiros; que a capacidade de liquidez, nos hospitais filantrópicos da região sul do Brasil, reduz-se conforme o total dos ativos se eleva, bem como que, priorizar procedimentos de alta complexidade, não contribui para o desempenho positivo de tais organizações.

Palavras-chave: Hospitais. Desempenho econômico-financeiro. Características Organizacionais.

¹ marciaza@gmail.com - Universidade de Blumenau

² professor@sellcontabilidade.com.br - Universidade Federal de Santa Catarina

³ rafaelferla@live.com - Universidade de Blumenau

■ DOI: <http://dx.doi.org/10.14392/asaa.2018110103>

■ Artigo apresentado no XL Encontro da ANPAD - EnANPAD 2016 - LOCAL - Costa do Sauípe - BA - DATA - de 25 a 28 de setembro de 2016.

■ Artigo submetido em: 05/09/2017. Revisões requeridas em: 28/05/2018. Aceito em: 01/06/2018.

RELATIONSHIP BETWEEN ORGANIZATIONAL CHARACTERISTICS AND ECONOMIC-FINANCIAL PERFORMANCE IN HEALTH ORGANIZATIONS

Abstract: The study aimed to identify the relationship of organizational characteristics with the economic-financial performance of non-profit hospitals. To do so, a quantitative approach adopted, with panel data, using descriptive statistical analysis and Quantum Regression based on Stata® software outputs. The period analyzed was from 2010 to 2014, and the sample consisted of 119 hospitals. Organizational characteristics selected whose literature review indicated that they could influence the economic-financial performance of hospitals. These include accreditation presence, hospital size, proportion of SUS beds, level of complexity, geographic location and proportion of employees with an employment relationship. Based on the methodological procedures adopted, and in the context analyzed, it is possible to conclude that accreditation is likely to reduce the return on assets and on shareholders' equity; the more beds the hospitals have, the more likely it is to opt for financing the activities from third-party resources; that the liquidity capacity in the philanthropic hospitals of the southern region of Brazil decreases as the total assets increase, and that prioritizing procedures of high complexity does not contribute to the positive performance of such organizations.

Keywords: Hospitals. Economic-financial performance. Organizational Characteristics.

1. INTRODUÇÃO

Os hospitais configuram-se como organizações complexas, fato esse relacionado com seu processo de prestação de serviços que requer a disponibilização de um conjunto variado de serviços relacionados à saúde do paciente (Mintzberg, 1995; Cardinaels & Soderstrom, 2013; Espejo; Portulhak; Martins, 2015), ademais, no ambiente hospitalar, os vários grupos profissionais tendem a possuir diferentes pontos de vista (e autonomia) em relação à gestão dos recursos (Cardinaels & Soderstrom, 2013).

Além da complexidade decorrente do processo de prestação de serviços e da relação entre os diversos atores organizacionais, hospitais diferem das demais organizações em virtude de características organizacionais específicas, tais como: medição do tamanho da organização pelo número de leitos; categorização segundo a complexidade dos níveis de atenção à saúde (alta, média ou baixa); localização geográfica (hospital rural ou urbano); medição da taxa de colaboradores com vínculo empregatício, tendo em vista a atuação de profissionais sem vínculo empregatício e voluntários (Eldenburger & Krishnan, 2003; Schmaltz, Williams, Chassin, Loeb & Machter, 2011); pela adoção de sistemas específicos de qualidade, direcionado à segurança do paciente, denominado de acreditação hospitalar (Schmaltz et al., 2011; Agrizzi, Agyemang & Jaafaripoyan, 2016); possibilidade de diferentes naturezas jurídicas – pública, privada, com ou sem fins lucrativos.

Independentemente da complexidade e da especificidade das características organizacionais, é relevante destacar que no ambiente hospitalar a gestão dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos requer atenção constante. Tais organizações demandam uma gestão eficiente em prol da sustentabilidade e maximização da estratégia deliberada, isto posto em um cenário de restrições orçamentárias estabelecido pelas tabelas de reembolso adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas operadoras de planos de saúde suplementar.

Ademais, constata-se haver pressão para que os hospitais busquem uma gestão eficiente, capaz de maximizar recursos escassos em favor da qualidade da atenção à saúde (Harlez & Malagueño, 2016). Nesse sentido, diversas pesquisas têm centrado atenção nos métodos de avaliações de desempenho (Eldenburger, Hermalin, Weisbach, & Wosinska, 2004; Abernethy & Vagnoni, 2004; Veloso & Malin, 2010; Bonacim & Araujo, 2011; Cunha & Corrêa, 2013; Lee & Nowell, 2014; Vignochi, Goncalo & Lazena, 2014; Lachmann, Trapp & Wenger, 2015; Harlez & Malagueño, 2016; Portulhak & Espejo, 2016) observando sua interface com o uso de Sistemas de Controle Gerencial. No entanto, pouca atenção tem sido dedicada no sentido de investigar a interdependência entre características organizacionais, específicas das organizações hospitalares, e seu desempenho econômico-financeiro.

Adicionalmente, tem-se como pressuposto que a natureza jurídica do hospital (público, privado, com ou sem finalidade de lucro) é um fator primordial para o estabelecimento de diretrizes estratégicas econômicas e financeiras. Nesse contexto, torna-se relevante o desenvolvimento de pesquisas que centrem atenção sobre a interdependência entre as características organizacionais específicas dos hospitais e seu desempenho econômico-financeiro. Diante do exposto, formula-se a seguinte questão pesquisa: qual a relação entre as características organizacionais específicas e o desempenho econômico-financeiro de hospitais sem fins lucrativos? Neste sentido, o artigo tem como objetivo identificar a relação entre características organizacionais e o desempenho econômico-financeiro de hospitais sem fins lucrativos.

Embora, como supracitado, exista um corpo relevante de pesquisas que trataram sobre o desempenho em hospitais, constata-se que centram atenção em aspectos como a influência que o conselho de

administração exerce na eficiência operacional, econômica e financeira (Eldenbug et al., 2003; Abernethy & Vagnoni, 2004); ou que investigam a relação entre o desempenho operacional e o desempenho econômico e financeiro (Lee & Nowell, 2014). Outros, a exemplo de Veloso & Malin (2010), avaliam o desempenho econômico-financeiro de empresas da área da saúde, comparando indicadores como o Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE), Margem Líquida, Retorno sobre o Investimento (ROI) entre hospitais com e sem fins lucrativos, operadoras de planos de saúde e aqueles obtidos por empresas de outros setores econômicos.

Há também estudos descritivos, como o de Bonacim & Araujo (2011) o qual relata as consequências decorrentes de mudanças operacionais nos indicadores econômico-financeiros de um hospital universitário público indicando a evolução temporal dos indicadores. O de Cunha & Corrêa (2013) com a proposta de um modelo de avaliação de desempenho para hospitais filantrópicos, ou ainda, Vignochi et al. (2014) cujo objetivo é analisar como gestores utilizam indicadores de desempenho para realizar a gestão estratégica de recursos em hospitais. Tem-se também, Harlez & Malagueño (2016) que relacionam estratégia, desempenho e o papel dos gestores e Portulhak & Espejo (2016) sobre o entendimento de como as práticas de controle gerencial, relacionam-se com o porte de hospitais, no contexto específico de hospitais universitários.

As dificuldades suportadas pelo setor, no âmbito da escassez financeira, aliada à complexidade operacional e a finalidade social, por si só indicam a relevância de um fluxo contínuo de pesquisas no contexto dos hospitais. O estudo é relevante pois capitaliza o impacto de múltiplas variáveis que congregam a estrutura de tomada de decisão dos hospitais, contribuindo para que acadêmicos, gestores da área da saúde e formuladores de políticas públicas possuam informações sobre o impacto que características organizacionais exercem sobre o desempenho de hospitais filantrópicos.

De maneira mais específica, o estudo justifica-se por se diferenciar dos anteriores, no sentido de buscar um entendimento sobre de que forma características específicas como o porte, a localização geográfica, a complexidade dos procedimentos médicos realizados, ou a decisão de adotar (ou não) um sistema de acreditação hospitalar, relacionam-se com o desempenho dos hospitais. Notadamente, o desempenho econômico-financeiro, essencial para que a essência filantrópica seja maximizada e perene, necessita de uma melhor compreensão, Phillips (1999) destaca que a viabilidade financeira dos hospitais não lucrativos decorre do conhecimento dos fatores que impactam seus indicadores econômicos.

Especialmente, os hospitais sem fins lucrativos têm o objetivo social e a continuidade como elementos que guiam suas ações (Colauto & Beuren, 2003). Dada a relevância dos hospitais para a saúde pública e a expressiva utilização de recursos públicos que tais organizações consomem, o estudo justifica-se por possibilitar aos gestores uma maior compreensão de fatores gerenciáveis que podem ser modificados ou reorganizados para maximizar o desempenho, medido por indicadores econômico-financeiros. Por sua vez, a atenção aos indicadores econômico-financeiros como variável de medição de desempenho fundamenta-se pela necessidade de garantir recursos de qualidade para o atendimento da população. A pesquisa também se justifica por atender sugestões da literatura quanto ao desenvolvimento de estudos que relacionem características específicas dos hospitais com seu desempenho econômico e financeiro (Veloso & Malik, 2010) e a ampliação no número de variáveis a serem examinadas para suportar o processo de tomada de decisão em organizações de saúde (Bonacim & Araujo, 2011).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Desempenho econômico-financeiro

Dentre as diversas técnicas para análise do desempenho das organizações, a abordagem por índices econômico e financeiro possibilita a realização de análises históricas a respeito da evolução econômico-financeira, contribuindo para realização de projeções do desempenho organizacional (Camargos & Barbosa, 2009), inclusive com análise de cenários.

Tendo em vista que as demonstrações financeiras evidenciam a posição patrimonial e financeira de uma empresa durante um período, essas servem como apoio para análise e estimativas futuras (Weston & Brigham, 2000). O desempenho econômico-financeiro de uma organização pode ser compreendido como análise da criação de valor e pode ser mensurado de maneira a indicar a rentabilidade, lucratividade e valor de mercado (Borba, 2005). Esse desempenho é evidenciado a partir de indicadores financeiros, refletindo o nível em que os objetivos econômicos foram alcançados (Lima Neto, 2011). Adicionalmente, Watt, Derzon, Renn, Schramm, Hahn, & Pillari (1986), já observavam que a medida de rentabilidade torna-se um indicador ideal para analisar os benefícios econômicos gerados pelo capital investido.

Ressalta-se que não há um consenso a respeito das métricas para avaliar o desempenho financeiro, que sustente um resultado bom ou ruim, esta situação advém da grande diversidade de índices e objetivos ligados à análise (Santos, Coda & Mazzali, 2010). Assim, torna-se necessário analisar os indicadores e utilizar técnicas que possibilitem interações entre os diversos indicadores disponíveis na avaliação de desempenho (Ferreira & Macedo, 2010).

No contexto hospitalar, a avaliação de desempenho contribui para atender uma demanda na avaliação da saúde pública, contribuindo por disponibilizar medidas que tornam a tomada de decisão mais eficiente, resultando em maior efetividade dos serviços à população (Silva, Gonçalves, Siqueira & Silveira, 2008). Na análise do desempenho econômico-financeiro no setor da saúde, geralmente são utilizados indicadores de rentabilidade e indicadores financeiros, envolvendo informações a partir do Balanço Patrimonial e Demonstrativo do Resultado (Messeder, Castro & Camacho, 2007).

Os indicadores utilizados para a análise do desempenho econômico-financeiro são segregados em diferentes categorias, quais sejam: rentabilidade, lucratividade e financeiro. No contexto hospitalar, os indicadores de liquidez e endividamento evidenciam a situação financeira, enquanto a lucratividade e rentabilidade a situação econômica da organização (Messeder et al., 2007). Dentre os indicadores de rentabilidade os mais utilizados são: o Retorno sobre o Ativo (Return on Assets - ROA) o qual identifica o retorno sobre o Ativo Total; Retorno sobre Patrimônio Líquido (Return on Equity - ROE) que evidencia o retorno sobre o Patrimônio Líquido e o Retorno das Vendas (Return on Sales - ROS) adotado para mensurar o retorno sobre a Receita Líquida (Matarazzo, 2003; Silva et al., 2008; Souza, et al., 2009).

Por sua vez, os indicadores de lucratividade podem ser mensurados pela Margem Líquida, que compara o resultado, sob forma de déficit ou superávit com relação a Receita Líquida; a Margem Bruta a qual mensura a eficiência dos serviços; e a Margem Operacional, que avalia o resultado obtido exclusivamente nas atividades operacionais (Matarazzo, 2003; Silva et al., 2008; Souza, Guerra, Lara, Gomide & Pereira, 2009).

No tocante aos indicadores financeiros, existe a possibilidade de avaliação a partir de diversos indicadores, os quais evidenciam a capacidade de liquidez da organização em determinado período. O indicador de Liquidez Geral fornece uma análise da visão de curto e longo prazo da organização, sobre

sua possibilidade de cumprir com as obrigações a partir de seus ativos totais, de curto e longo prazo. A Liquidez Corrente centraliza a análise considerando exclusivamente as obrigações que ocorrerem no curto prazo e os respectivos recursos, disponíveis para arcar com tais demandas. Por fim, a Liquidez Imediata considera apenas os recursos disponíveis que a organização possui frente a possível necessidade de liquidação de Passivos Circulantes (Matarazzo, 2003; Silva et al., 2008; Souza et al., 2009).

Os indicadores financeiros ainda compreendem os indicadores de endividamento: imobilização de recursos permanentes, que evidencia o quanto de recursos próprios e de longo prazo estão investidos no ativo permanente; relação de capital de terceiros sobre capital próprio e a relação de capital de terceiros sobre o passivo total, evidenciando a estrutura de endividamento (Matarazzo, 2003; Silva et al., 2008; Souza et al., 2009; Assaf Neto, 2014; Souza, Avelar, Tomin & Silva, 2014).

2.2 Hospitais e suas características organizacionais

O setor da saúde no Brasil está organizado entre o financiamento público e privado (La Forgia & Couttolenc, 2008). A importância do setor pode ser percebida a partir da abrangência das organizações de saúde no território nacional. Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Cnes, 2018), existem cerca de 312 mil empresas de serviços de saúde cadastrados no Ministério da Saúde, das quais 6.805 são hospitais. A iniciativa privada compõe uma parte significativa destes, representando cerca de 70% dos hospitais brasileiros, ficando apenas 30% administrados pela União, Estados e Municípios, atendendo a população com aproximadamente 492 mil leitos hospitalares.

Os hospitais possuem papel fundamental para o funcionamento do sistema de saúde, atuando como um elemento central (Cunha & Correa, 2013). Contudo, há um desafio para a gestão destas organizações, tendo em vista o elevado custo para a manutenção dos hospitais, que em alguns países podem ser responsáveis por até dois terços dos gastos na saúde, influenciando significativamente a qualidade do serviço prestado à população (Medici & Murray, 2010).

No Brasil, uma parcela representativa do atendimento à saúde é prestada por hospitais pertencentes a rede privada que, quanto à finalidade, podem se configurar de duas maneiras: presença, ou ausência do objetivo lucrativo na gestão (La Forgia & Couttolenc, 2008). No entanto, como os hospitais privados absorvem parte do serviço público de saúde, uma parcela – muitas vezes significativa, de sua receita é oriunda do financiamento público, operacionalizada por meio de convênios de prestação de serviço com o Sistema Único de Saúde (La Forgia & Couttolenc, 2008).

Dentre os hospitais sem finalidade lucrativa emergem várias organizações, muitas vinculadas a entidades confessionais ou fundações. Contudo, apesar de não existir a finalidade lucrativa, um hospital filantrópico atende uma demanda por serviços à saúde, possuindo assim objetivos constitutivos específicos, aos quais a gestão deve priorizar a administração de maneira a maximizar os recursos para garantir a contínua prestação dos serviços para a população (Colauto & Beuren, 2003).

Em função da complexidade gerencial, os hospitais tornam-se organizações diferenciadas, que demandam maior atenção quanto ao desempenho de suas atividades operacionais e financeiras. Uma eventual deterioração na situação financeira e operacional pode acarretar um impacto direto no fornecimento do serviço prestado (Lima Neto, 2011). Como a prerrogativa dos hospitais é o fornecimento dos serviços de saúde à população de maneira apropriada, torna-se relevante analisar seu desempenho econômico-financeiro por meio de indicadores (Lima Neto, 2011).

Neste contexto, percebe-se que características organizacionais, a exemplo da certificação de acreditação, tamanho da organização, complexidade dos serviços prestados, localização geográfica e número

de funcionários com vínculo empregatício podem influenciar significativamente o desempenho econômico-financeiro (Portela et al., 2004; Roggenkamp, White & Bazzoli, 2005; Schmaltz et al., 2011; Souza et al., 2014), além da proporção de leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) não observado em estudos anteriores, mas considerada na presente pesquisa.

Especificamente quanto à certificação de acreditação hospitalar, sua atenção está voltada à qualidade da atenção aos pacientes (Agrizzi et al., 2016). O processo de acreditação é realizado a partir da avaliação de entidades certificadoras, tendo como objetivo indicar padrões preestabelecidos que visam ampliar a qualidade do cuidado dos pacientes (Nascimento, Toffoletto, Gonçalves, Freitas & Padilha, 2008). A acreditação hospitalar contribui para a qualificação dos serviços de saúde, ampliando a segurança dos pacientes e de profissionais, além de ser um instrumento de informação útil à gestão (Rosa & Gaíva, 2012). Em um estudo longitudinal, Schmaltz et al. (2011) evidenciam que o desempenho operacional de hospitais americanos acreditados foi superior aos não acreditados.

Adicionalmente, segundo Agrizzi et al. (2016), a acreditação transmite uma imagem positiva para os stakeholders sobre cuidados de saúde. Tal condição pode atrair recursos humanos e financeiros, quer seja por meio de doações, ou pela expectativa de atração de pacientes particulares, vinculados à tabela de preços mais atrativas, do ponto de vista do desempenho econômico-financeiro dos hospitais.

Logo, a padronização de atividades e a qualificação dos serviços promovidas pela acreditação hospitalar (Nascimento et al., 2007; Rosa & Gaíva, 2012) deve, pelo menos em parte, contribuir para a redução de custos e otimização de recursos. No mesmo sentido, considerando que a acreditação melhora a reputação e a confiança da comunidade, supõe-se que hospitais filantrópicos acreditados tenham ampliado sua capacidade de captação de recursos, tanto aqueles advindos de doações quanto os de venda de serviços a pacientes particulares. Logo, a presença de certificação (acreditação) deve contribuir para um melhor desempenho econômico, decorrente disso, formula-se a seguinte hipótese de pesquisa:

H1 – Há relação positiva entre a acreditação e o desempenho econômico de hospitais sem fins lucrativos.

Quanto ao tamanho dos hospitais, o número de leitos é um indicador recorrentemente adotado para dimensionar tais organizações (Schmaltz et al., 2011; Souza et al., 2015). A determinação do tamanho do hospital, pelo número de leito, decorre do fato desse ser um delimitador da capacidade física e estrutural, ou seja, representa sua capacidade operacional (Cunha & Corrêa, 2013; Harlez; & Malagueño, 2016) além de que, a receita dos hospitais é, em grande medida, resultante de sua capacidade de venda de “leitos a serem ocupados” (Vecina Neto & Malik, 2007, p. 833).

No que se refere à relação entre a quantidade de leitos (tamanho) e a rentabilidade dos hospitais, Kim, Glover, Stoskopf & Boyd (2006) constatam, no contexto de hospitais americanos, que a lucratividade aumenta quando o número de leitos aumenta e que hospitais de médio porte possuem menor rentabilidade. No entanto, alguns estudos não foram capazes de atribuir significância entre o desempenho e o tamanho dos hospitais. Por exemplo, Watcharasriroj e Tang (2004) constatam que, no contexto de hospitais tailandeses, ser de grande porte não significa maior eficiência comparativamente aos de médio e pequeno porte. Na mesma direção, no contexto brasileiro, Souza et al. (2009) constatam que quanto maior o número de leitos, menor tende a ser os índices de liquidez, lucratividade e rentabilidade. Por sua vez, Sant’Ana, Silva & Padilha (2016), ao avaliarem a eficiência do desempenho econômico-financeiro de hospitais brasileiros, não obtiveram indícios que atribuíssem ao tamanho – comparando hospitais de pequeno, médio e grande porte, à eficiência nos indicadores de Endividamento Geral, ROI, ROA, Ebitda e Margem Líquida.

Outro ponto que pode impactar os indicadores econômico-financeiros dos hospitais filantrópicos diz respeito à proporção de leitos destinados ao SUS. Para configurar-se como filantrópico o hospital deve destinar, pelo menos 60% de seus leitos para atender pacientes oriundos do SUS. No entanto, a Portaria do Ministério da Saúde 929 de maio de 2012, instituiu incentivos financeiros para hospitais que destinarem 100% do serviço de internação ao SUS (BRASIL, 2012). Nesse contexto, e observada a divergência nos resultados, os quais relacionam o tamanho do hospital com seu desempenho econômico-financeiro, supõem-se que o número de leitos e sua proporção destinadas ao SUS impacta o desempenho econômico-financeiro, o que remete às seguintes hipóteses de pesquisa:

H2a – Há relação positiva entre o tamanho (mensurado pelo número de leitos) e o endividamento de hospitais sem fins lucrativos.

H2b – Há relação positiva entre a proporção de leitos do SUS e o desempenho econômico de hospitais sem fins lucrativos.

H2c - Há relação positiva entre a proporção de leitos do SUS e o endividamento de hospitais sem fins lucrativos.

H2d – Há relação negativa entre a proporção de leitos do SUS e a liquidez de hospitais sem fins lucrativos.

H2e – Há relação positiva entre a imobilização de recursos permanentes e o endividamento de hospitais sem fins lucrativos.

Outro fator que representa um custo considerável para o gestor público e às operadoras de planos de saúde diz respeito ao tipo de complexidade dos serviços prestados. No contexto brasileiro, a rede de atenção à saúde segrega a complexidade de atendimento em três níveis: baixa, média e alta.

Constata-se que a complexidade dos serviços prestados impacta a realização do atendimento e reflete na execução de atividades específicas. O atendimento de baixa complexidade, de acordo com Dedecca e Trova (2013), centra atenção em problemas simples e de caráter preventivo, requerendo poucos equipamentos e recursos. Segundo Brasil (2007), a média complexidade engloba os principais problemas e agravos de saúde da população e demanda por profissionais especializados além de utilizar recursos tecnológicos. Por sua vez, a alta complexidade, constitui-se de um conjunto de procedimentos que envolve tecnologia de ponta e custo elevado, diz respeito a serviços qualificados que consomem em torno de 40% dos recursos da União alocados ao Orçamento da Saúde (BRASIL, 2007).

Segundo Dedecca e Trova (2013), diversos países adotam a estruturação das políticas de saúde a partir da complexidade de atendimento (alta, média, baixa), isso permite filtrar demandas e destinar às unidades de serviços de alta complexidade aquelas especificamente relacionadas. Ademais, segundo os referidos autores, a maior participação do setor privado está concentrada nos procedimentos de média complexidade, embora, este também detenha um volume expressivo de procedimentos de alta complexidade. No entanto, no contexto brasileiro, é o setor público que responde direta ou indiretamente por uma parcela relevante dos investimentos e remuneração dos procedimentos de alta complexidade (Dedecca & Trova, 2013).

Verifica-se que a complexidade de atendimento impacta a remuneração dos serviços. Tal afirmativa é apontado por Spedo, Pinto e Tanaka (2010) ao relatarem que “Os valores pagos para procedimentos de alta complexidade são mais atrativos (p. 958)”. Adicionalmente, Oliveira e Kasznar (2010), em uma análise tendo por base os valores contidos nas tabelas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), concluem que procedimentos de baixa e média complexidade tendem a ser remunerados pelos SUS

a valores inferiores ao “custo real”. Ao passo que, “o atendimento ao SUS é lucrativo para muitos dos procedimentos de alta complexidade” (p. 185). Também argumentam que: “frente a essa estrutura de incentivos, um hospital, sempre que puder, escolherá se concentrar em procedimentos lucrativos de alta complexidade” (p. 185). Desta forma, tem-se a seguinte hipótese:

H3 – Há relação positiva entre a complexidade e a margem líquida de hospitais sem fins lucrativos.

Outra característica considerada como passível de afetar a rentabilidade dos hospitais filantrópicos é a sua localização geográfica. As diretrizes de política pública estabelecidas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) têm por finalidade garantir a melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional (BRASIL, 2018). No contexto da localização geográfica, é relevante observar a contribuição que os hospitais filantrópicos credenciados ao SUS geram ao RAS. E, em termos de classificação, quanto a localização geográfica, os hospitais dividem-se em urbanos e rurais (Mendes, Travassos, Martins & Noronha, 2005; Silva, Robazzi, Souza & Terra, 2013).

Estudos indicam que a localização geográfica é capaz de refletir na demanda de serviços e no tipo de complexidade atendida pelo hospital. Áreas rurais, por exemplo, tendem a possuir hospitais de baixa e média complexidade (Roggenkamp, White & Bazzoli, 2005; Schmaltz et al., 2011), fato que pode vir a impactar sua fonte de receita. Decorrente disso, formula-se a seguinte hipótese de pesquisa:

H4 – Há relação positiva entre a localização geográfica (urbano) e o resultado econômico (ROA e ROE) de hospitais sem finalidade lucrativa;

Por sua vez, o número de funcionários com vínculo empregatício tende a evidenciar o porte e a característica das relações de trabalho, haja vista o elevado número de profissionais autônomos que atuam nos hospitais. Nesse sentido, Pizzini (2006) observa que a entrada da equipe média em um hospital geralmente ocorre por um processo de credenciamento, controlado pela equipe médica existente.

O hospital não tem vínculo empregatício com muitas das equipes assistenciais, embora seja dependente deles para atrair e cuidar dos pacientes (Pizzini, 2006), são eles que demandam muitos dos recursos consumidos. Ademais, o número de funcionários é recorrentemente utilizado por pesquisadores para mensurar o desempenho em hospitais (Eldenburg et al., 2004). A literatura também destaca que a estruturas de funcionários em entidades sem fins lucrativos são mais eficazes em coibir conflitos de agência (Camargos & Barbosa, 2009).

Logo, considerando que: i) a decisão de quais recursos devem ser consumidos é prerrogativa das equipes médicas (Pizzini, 2006); ii) os hospitais filantrópicos gozam de incentivos fiscais que reduzem os gastos com colaboradores, comparativamente a um não filantrópico; e, iii) uma equipe médica predominantemente composta por colaboradores com vínculo empregatício reduz o problema de agência (Camargos e Bargosa, 2009). Formula-se a seguinte hipótese de pesquisa:

H5 – Há relação positiva entre a taxa de profissionais com vínculo empregatício e o desempenho econômico de hospitais sem fins lucrativos.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa de natureza quantitativa adota um recorte longitudinal de cinco anos para análise dos dados. A população compreende os hospitais da Região Sul do Brasil e totaliza 229 hospitais sem finalidade lucrativa. Por sua vez, a amostra é composta por aqueles que possuem as informações disponíveis no banco de dados do CNEs e no Datasus, no período compreendido entre 2010 e 2014. Assim, a amostra final compreende 119 hospitais, visto a exclusão de 110 hospitais por falta de dados nos cinco anos analisados.

Para identificar a relação entre as características organizacionais e o desempenho econômico-financeiro de hospitais sem fins lucrativos da Região Sul do Brasil, foram estabelecidos três grupos compostos por um conjunto de variáveis, quais seja: características organizacionais (variáveis independentes), desempenho econômico-financeiro (variáveis dependentes) e variáveis de controle (Ativo Total). As variáveis independentes, conforme evidenciado na fundamentação teórica, foram selecionadas dentre aquelas apontadas pela literatura como passíveis de influenciarem o desempenho dos hospitais e que estavam disponíveis nas bases de dados acessadas. Por sua vez, as variáveis dependentes captam informações para os três grupos de indicadores de desempenho econômico-financeiro proposto no estudo (rentabilidade, lucratividade e financeiro). Apresenta-se na Tabela 1 as variáveis utilizadas em cada grupo, sua descrição e a indicação de estudos que utilizaram tais variáveis.

Tabela 1: Variáveis utilizadas

GRUPO 1 – CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS		
VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	AUTORES
Acreditação (Acredit) H1	Variável dummy – 1 possui acreditação e 0 não possui acreditação	Schmaltz et al. (2011)
Tamanho (Leitos)* H2	Logaritmo natural do número de leitos existentes	Schmaltz et al. (2011); Souza et al. (2014)
Imobilização de Recursos Permanentes (Imob_Per) H2	$Imob_Per = (\text{Ativo Imobilizado}) / (\text{ELP} + \text{PL})$	Assaf Neto (2014)
Proporção de Leitos SUS (Pro_Leitos_SUS) H2	$Pro_Leitos_SUS = (\text{Leitos SUS}) / (\text{Total de Leitos}) \times 100$	Dados da pesquisa.
Complexidade (Complex) H3	Nível de complexidade conforme critério do Ministério da Saúde – (Baixa/Média – 0) (Alta-1)	Portela et al. (2004)
Localização geográfica (Zona_Ope) H4	Local de atuação do Hospital (Urbana -1 ou Rural e Urbana -0)	Schmaltz et al. (2011); Roggenkamp et al. (2005)
Vínculo Profissional (Fun_C_Vin) H5	Taxa de Profissionais com vínculo empregatício sobre o total de colaboradores	Eldenburg et al. (2004)
GRUPO 2 – DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO		
Desempenho econômico sobre o PL (ROE)	$ROE = (\text{Déficit/Superávit}) / (\text{Patrimônio líquido})$	Matarazzo (2003); Borba (2006); Souza et al. (2009); Souza et al. (2014)
Desempenho econômico sobre o Ativo (ROA)	$ROA = (\text{Déficit/Superávit}) / (\text{Ativo total})$	Matarazzo (2003); Eldenburg et al. (2004); Borba (2006); Souza et al. (2009); Souza et al. (2014)
Margem Líquida (ML)	$ML = (\text{Déficit/Superávit}) / (\text{Receita líquida})$	Matarazzo (2003); Borba (2006); Souza et al. (2009); Souza et al. (2014)
Liquidez corrente (LC)	$LC = (\text{AC} + \text{RPL}) / (\text{PC} + \text{PnC})$	Matarazzo (2003); Borba (2006); Silva et al. (2008); Souza et al. (2009); Lima Neto (2011); Souza et al. (2014)
Liquidez Geral (LG)	$LG = \text{AC} / \text{PC}$	Matarazzo (2003); Borba (2006); Silva et al., (2008); Souza et al. (2009); Souza et al. (2014)
Liquidez Imediata (LI)	$LI = \text{Disponível} / \text{PC}$	Matarazzo (2003); Assaf Neto (2014)
Relação entre Cap. de 3os e Próprio (CapTer_CaProp)	$RCTP = (\text{PC} + \text{PnC}) / \text{PL}$	Matarazzo (2003); Silva et al., (2008); Souza et al. (2009); Souza et al. (2014)
Participação do Cap. de 3os (CapTer_PasTotal)	$PCT = (\text{PC} + \text{PnC}) / (\text{Passivo Total})$	Matarazzo (2003); Assaf Neto (2014)
GRUPO 3 – VARIÁVEL DE CONTROLE		
Ativo total (AT)*	Logaritmo natural do valor do Ativo Total	Assaf Neto (2014)

Legenda: *Variável de controle; AT – Ativo Total; Fun_C_Vin – % dos colaboradores com vínculo empregatício em relação ao total de colaboradores; Leitos – Nº de leitos total; Pro_Leitos_SUS – % dos leitos SUS em relação a quantidade de leitos totais; Imob_Per – Índice de Imobilização do Permanente; CapTer_CaProp – Índice de relação de capital de terceiros sobre o capital próprio; CapTer_PasTotal – Índice de relação de capital de terceiros sobre o Passivo total; LC – Liquidez Corrente; LG – Liquidez Geral; LI – Liquidez Imediata; ML – Margem Líquida; ROA – Retorno sobre o Ativo; ROE – Retorno sobre o Patrimônio Líquido;

*Complex – Complexidade hospitalar; Acredit – variável dummy acreditação; Zona_Ope – área de abrangência; AT – Ativo total; Imob_Per – Imobilização dos recursos não correntes.
Fontes: Dados da pesquisa.*

A Tabela 1 evidencia três grupos de variáveis, as independentes – mensuradas com base em características organizacionais (estruturais e geográficas); as dependentes – mensuradas por indicadores econômicos e financeiros obtidos de informações contábeis; uma variável de controle. Dentre as variáveis relacionadas aos indicadores econômicos e financeiros, houve algumas limitações para aplicação de alguns indicadores. Em relação aos indicadores de endividamento dos hospitais, alguns hospitais não apresentavam valores de endividamento, tornando-se necessário, em virtude do método estatístico utilizado, a adoção dos indicadores que envolvem a relação e participação do capital de terceiros e próprio.

Quanto aos indicadores de desempenho econômico, em função dos dados contábeis não distinguem depreciação e amortização nos seus relatórios, não foi possível a utilização do EBITDA entre as variáveis do estudo. Ressalta-se a utilização da expressão Desempenho Econômico para agregação do ROA e ROE; Desempenho Financeiro para agregação dos indicadores de liquidez e o Endividamento como agregação da relação de capital de terceiros sobre o capital próprio e o passivo total.

As informações foram coletadas nas bases de dados do CNEs e Datasus, nos meses de novembro e dezembro de 2015, sendo posteriormente organizadas em planilha eletrônica. As informações, depois de organizadas, foram exportadas para o software Stata®, para análise utilizou-se a estatística descritiva (média, mínimo, máximo e desvio padrão) e a regressão quantílica para dados em painel, com o objetivo de verificar as relações propostas nas hipóteses de pesquisa ao longo do período de cinco anos analisado.

A regressão quantílica foi proposta por Koenker e Basset (1978) como alternativa robusta a regressão pelos mínimos quadrados ordinários (MQO) em amostras com presença de outliers e a não homogeneidade da variância. A regressão quantílica possibilita a análise das variáveis em quantis, clarificando as relações propostas nos mais diversos portes de amostras (Fávero & Belfiore, 2017). Nesta pesquisa optou-se por analisar os dados da amostra total (regressão à mediana da amostra total) e em cinco quantis (10, 25, 50, 75 e 90).

Observa-se em pesquisas voltadas a contabilidade a utilização da regressão quantílica como forma de operacionalização dos dados e análise das relações propostas (por exemplo: Martins, Paulo & Monte, 2016; Duarte, Girão & Paulo, 2017; Leal, Girão, Lucena & Martins, 2017). Deste modo, na próxima seção apresentam-se as tabelas, a análise e interpretação dos resultados obtidos na estatística descritiva e na regressão quantílica.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente tem-se a análise da estatística descritiva dos dados para os dois grupos de variáveis, cujos resultados são sumarizados na Tabela 2.

Tabela 2: Estatística descritiva das Características Organizacionais (CO) e Desempenho Econômico-Financeiro (DEF).

Grupo	Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
CO	Acredit	0	1	0,0336	0,1803
	Leitos	2,6390	6,4473	4,2076	0,7154
	Pro_Leitos_SUS	0	1	0,5081	0,192
	Complex	0	1	0,2453	0,4306
	Zona_Ope	0	1	0,0588	0,2354
	Fun_C_Vin	0,0340	1,0000	0,8207	0,1948
	Imob_Per	-42,6209	100,4203	1,0832	5,6545
DEF	ROA	-2,6387	6,2482	0,0324	0,3519
	ROE	-18,8992	26,4954	0,0975	1,7091
	ML	-0,6521	1,0000	0,0444	0,1755
	LC	-0,0778	71,0743	2,3761	4,5692
	LG	-0,0778	71,0743	2,0463	4,6273
	LI	0,0000	62,9658	1,3203	3,9149
	Ln(AT)	-18,8992	26,4954	15,0416	1,4897
	CapTer_CapProp	-84,5096	61,0828	0,5038	6,9256
	CapTer_PasTotal	0,0098	9,1286	0,5872	1,0636

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre o conjunto de variáveis descritos na Tabela 2, julga-se relevante algumas considerações. A variável Pro_Leitos_SUS indica o percentual de leitos destinados à pacientes do SUS, com uma média de 50,81%, a máxima é 1(um) e a mínima de 0 (zero), constata-se que na amostra há hospitais que, apesar de possuírem finalidade lucrativa, segundo os dados coletados, não disponibilizam leitos para o atendimento SUS e, em um oposto, há hospitais em que todos os leitos disponíveis são para atendimento pelo SUS. Duas possíveis explicações podem ser observadas: i) ter 100% de leitos SUS é a principal prerrogativa para obter o incentivo estabelecido pela Portaria do Ministério da Saúde 929/2012; ii) em relação aos hospitais que não possuem nenhum leito SUS, pode decorrer da possibilidade de haver mais de uma unidade de atendimento vinculada a uma única organização, nessa condição, a organização no contexto global cumpre os requisitos da filantropia, no entanto, distribui tais requisitos em unidades assistenciais distintas (hospital), o que também pode explicar a existência de hospitais com 100% dos leitos SUS.

Quanto aos aspectos relacionados ao vínculo empregatício (Fun_C_Vin), surpreende por demonstrar que pelo menos um hospital é operado em sua totalidade por profissionais com vínculo empregatício e, em um oposto, a menor taxa de vínculo empregatício observada é de 3,4% do total da equipe. Em média, os dados indicam que 82% das equipes que atuam na assistência ao paciente possuem vínculo empregatício com o hospital.

Quanto ao desvio padrão, os valores que apresentam a maior dispersão de dados foram as variáveis, Capital de Terceiros sobre o Capital Próprio e Imobilização dos Recursos Permanentes, apresentando respectivamente 6,9256 e 5,6545. Com os resultados pode-se inferir que há uma diferença expressiva na política de estrutura de capital dos hospitais, tanto para captação de recursos como para imobilização de recursos permanentes.

Ao observar a estatística descritiva dos índices de Liquidez (LC, LG e LI) tem-se que, em média, os hospitais possuem bens e direitos suficientes para quitar suas dívidas de curto e longo prazo, mas o desvio padrão indica atenção, dada a expressividade das variações (4,5692; 4,6273 e 3,9149 respectivamente). Logo, pode-se inferir que há hospitais que possuem bens e direitos suficientes para quitar suas dívidas de curto e longo prazo (valor máximo 71,0743; 71,0743 e 62,9658 respectivamente) e há hospitais com uma realidade inversa, ou seja, não possui recursos suficientes para quitar suas dívidas de curto e longo prazo (valor mínimo -0,0778; -0,0778 e 0,0000 respectivamente). Cabe ressaltar que, a variável LI (liquidez imediata) possui um valor mínimo de 0,0000 demonstrando que há, pelo menos um hospital sem recurso disponível para quitar as dívidas imediatas.

Na sequência, tem-se o resultado das Regressões Quantílicas no quantis 10°, 25°, 50°, 75° e 90° para os anos 2010 a 2014, calculados com base nas relações apresentadas nas hipóteses de pesquisa. Deste modo, na Tabela 3 tem-se os resultados das relações propostas na hipótese H1.

Tabela 3: Resultado da regressão Quantílica para H1, dependente – desempenho econômico

	Acredit	Ln(AT)
Mediana	-0,0786	0,0144*
p-value	0,2660	0,0910
Pseudo R ²	0,0026	
Quantil 10	0,1280	0,0467***
p-value	0,6850	0,0000
Pseudo R ²	0,0090	
Quantil 25	0,0065	0,0227*
p-value	0,8440	0,0790
Pseudo R ²	0,0046	
Quantil 50	-0,0786***	0,0144
p-value	0,0080	0,1030
Pseudo R ²	0,0026	
Quantil 75	-0,0481	0,0070
p-value	0,6550	0,3600
Pseudo R ²	0,0005	
Quantil 90	-0,1524	-0,0402*
p-value	0,9420	0,0760
Pseudo R ²	0,0034	

*Fonte: Dados da pesquisa | Níveis de significância: ***0,01, **0,05 e *0,1.*

Os resultados separados por quantis (10°, 25°, 50°, 75° e 90°) em que o quantil 10° representa os 10% com menor desempenho econômico ao passo que o quantil 90° indica os hospitais mais rentáveis. Percebe-se que o desempenho econômico dos hospitais não é explicado pela característica organizacional da acreditação, visto que a regressão para toda a amostra (mediana) não apresenta significância estatística (p-value 0,266). Estratificando a análise em quartis, percebe-se que há influência significativa da acreditação no desempenho econômico apenas para aqueles hospitais cuja rentabilidade está na centralidade da amostra (quantil 50°), no entanto, a influência é inversa a esperada na declaração de hipótese. Assim, a acreditação influencia de forma negativa o resultado econômico (ROA e ROE) no quantil 50°, ou seja, os hospitais acreditados posicionados na centralidade da amostra possuem menor desempenho econômico comparativamente aos não acreditados, nos demais percentis não há relação significativa. Deste modo, rejeita-se a H1, por não haver relação significativa e positiva entre a acreditação e o resultado econômico.

Diante disso, o estudo contraria os resultados de Schmaltz et al. (2011), os quais evidenciaram uma relação positiva entre desempenho e a acreditação, embora, notadamente, a acreditação seja relevante para garantir a segurança da assistência aos pacientes (Nascimento et al., 2007; Rosa & Gaíva, 2012). Em suma, é possível inferir que, para a maioria dos hospitais filantrópicos da região sul do Brasil, ser acreditado não influencia sua rentabilidade, podendo inclusive prejudicá-la. Na perspectiva econômica, ao analisar tal resultado com o observado por Oliveira e Kasznar (2010), de que a tabela de reembolso de procedimentos do SUS, em muitos casos, sequer cobre os custos, pode-se supor que os recursos adicionais, necessários à garantia da segurança aos pacientes preconizados pela acreditação, representam um ônus aos hospitais filantrópicos.

Já a variável de controle Ln(AT), apresenta relação positiva e significativa na regressão à mediana. Tal relação positiva é igualmente observada nas duas extremidades inferiores (quantil 10º e 25º) e, uma relação significativa, mas negativa, no quantil superior (90º). A relação positiva e significativa encontrada supõe que quanto maior o ativo total dos hospitais maior será o desempenho econômico. No entanto, o último Quantil (90º), apresenta-se relação negativa e significativa, assim, para última extremidade da amostra, quando o ativo total aumentar haverá uma diminuição no desempenho econômico dos hospitais sem fins lucrativos analisados, o que indica a possibilidade de haver um ponto ótimo de equilíbrio entre tamanho e rentabilidade que deve ser mais bem avaliado.

Na sequência, Tabelas 4 e 5, analisa-se a segunda hipótese de pesquisa, segregada em cinco sub-hipóteses, as quais relacionam o tamanho, proporção de leitos SUS e imobilização, com o nível de endividamento, desempenho econômico e liquidez.

Tabela 4: Resultado da regressão Quantílica para H2a, dependente – endividamento e H2b, dependente – desempenho econômico

	H2a – Endividamento		H2b – Desempenho Econômico	
	Ln(Leitos)	Ln(AT)	Pro_Leitos_SUS	Ln(AT)
Mediana	0,4237***	-0,0172	-0,0820	0,0080
p-value	0,0000	0,7280	0,2250	0,3400
Pseudo R ²	0,0256		0,0024	
Quantil 10	-0,0534	0,0282	-0,3664	0,0323
p-value	0,6940	0,2760	0,2100	0,2670
Pseudo R ²	0,0003		0,0122	
Quantil 25	0,1703***	0,0132	-0,1201	0,0185
p-value	0,0050	0,7170	0,1160	0,2290
Pseudo R ²	0,0092		0,0071	
Quantil 50	0,4237***	-0,0172	-0,0820	0,0080
p-value	0,0000	0,6720	0,2150	0,3540
Pseudo R ²	0,0256		0,0024	
Quantil 75	0,9475***	-0,1321**	-0,0394	0,0031
p-value	0,0000	0,0300	0,6780	0,7660
Pseudo R ²	0,0347		0,0004	
Quantil 90	2,1178***	-0,2836	0,0789	-0,0455***
p-value	0,0010	0,2010	0,6910	0,0069
Pseudo R ²	0,0356		0,0036	

Fonte: Dados da pesquisa | Níveis de significância: ***0,01, **0,05 e *0,1.

Em consonância com a revisão da literatura, aceita-se a hipótese H2a, a qual indica haver relação positiva entre o tamanho (leitos) e o endividamento de hospitais sem fins lucrativos. Tal relação é significativa para a mediana e maioria dos percentis, não sendo significância apenas para os hospitais situa-

dos entre os 10% menores (10º percentil). Os resultados coadunam com aqueles de Souza et al. (2009), pois os autores igualmente observaram uma relação negativa entre o número de leitos e os índices de liquidez, lucratividade e rentabilidade. É possível inferir que, quanto maior o número de leitos, maior a opção por financiamento das atividades a partir de recursos de terceiros.

No entanto, contrariando ao proposto na H2b (há relação positiva entre a proporção de leitos do SUS e o desempenho econômico de hospitais sem fins lucrativos), constata-se que, para os hospitais filantrópicos da região sul do Brasil, a proporção de leitos destinados ao SUS não explica sua rentabilidade. Na sequência, a Tabela 5 descreve o resultado da regressão quantílica para as demais sub-hipóteses H2.

Tabela 5: Resultado da regressão Quantílica para H2c, H2d e H2e dependente – endividamento e liquidez

	H2c – Endividamento		H2d – Liquidez		H2e – Endividamento	
	Pro_Leitos_SUS	Ln(AT)	Pro_Leitos_SUS	Ln(AT)	Imob_Per	Ln(AT)
Mediana	-0,0385	0,1521***	0,0040	-0,2154*	-0,0139**	0,1518***
p-value	0,8480	0,0000	0,9970	0,0780	0,0340	0,0000
Pseudo R ²	0,0156		0,0036		0,0161	
Quantil 10	-0,0571	0,0259	-0,9380***	0,0960***	-0,0090	0,0309
p-value	0,4930	0,3130	0,0000	0,0000	0,9800	0,3980
Pseudo R ²	0,0002		0,0141		0,0022	
Quantil 25	-0,0393	0,0848***	0,0064	0,0825**	-0,0109	0,0837***
p-value	0,6730	0,0000	0,9870	0,0360	0,9730	0,0000
Pseudo R ²	0,0063		0,00320		0,0076	
Quantil 50	-0,0385	0,1521***	0,0040	-0,2154**	-0,0139	0,1518***
p-value	0,8820	0,0000	0,9960	0,0350	0,9670	0,0000
Pseudo R ²	0,0156		0,0036		0,161	
Quantil 75	0,9193	0,2777***	-1,8901*	-1,0347***	0,0105	0,2314***
p-value	0,1840	0,0030	0,0960	0,0000	0,7980	0,0020
Pseudo R ²	0,0163		0,0239		0,0157	
Quantil 90	3,4357	0,5036	-3,6651	-1,6728***	0,1930	0,4856***
p-value	0,2780	0,0170**	0,4030	0,0000	0,6730	0,0010
Pseudo R ²	0,0216		0,0254		0,0248	

Fonte: Dados da pesquisa | Níveis de significância: ***0,01, **0,05 e *0,1.

Assim como ocorreu na relação entre Proporção de Leitos SUS e desempenho econômico, constata-se que tal variável apresenta poucas implicações também para o endividamento e liquidez dos hospitais filantrópicos. Embora a variável de controle Ativo Total o seja. No tocante ao endividamento, não é possível relacioná-lo com o percentual de leitos SUS, mas está inversamente relacionado com a Imobilização de Recursos Permanentes, quando observado na totalidade da amostra. Já quanto a liquidez, apenas para o grupo de hospitais situados nos quartis 10º e 75º é possível inferir existir relação estatisticamente significativa, sendo essa, alinhada com o estabelecido na H2d (Há relação negativa entre a proporção de leitos do SUS e a liquidez de hospitais sem fins lucrativos).

Há maior relação com a variável de controle Ln(AT). Nota-se que para todos os quantis, quanto maior o total de ativos, maior o endividamento dos hospitais filantrópicos analisados. Constata-se também que, para a amostra, quanto mais ativos menor é a liquidez.

Na Tabela 6 apresenta-se os resultados da regressão quantílica para as Hipóteses 3 e 4.

Tabela 6: Resultado da regressão Quantílica para H3 e H4

	H3 – Margem Líquida		H4 – Desempenho Econômico	
	Complex	Ln(AT)	Zona_Ope	Ln(AT)
Mediana	-0,0575***	0,0154***	-0,0301	0,0109
p-value	0,0000	0,0000	0,5640	0,1850
Pseudo R ²	0,0182		0,0012	
Quantil 10	-0,0216	0,0125	0,1724***	0,0410**
p-value	0,6270	0,2990	0,0060	0,0110
Pseudo R ²	0,0040		0,0109	
Quantil 25	-0,0271*	0,0119***	0,0208	0,0230**
p-value	0,0800	0,0000	0,4990	0,0290
Pseudo R ²	0,0127		0,0048	
Quantil 50	-0,0575***	0,0154***	-0,0301	0,0109*
p-value	0,0000	0,0000	0,5000	0,0560
Pseudo R ²	0,0182		0,0012	
Quantil 75	-0,0590***	0,0143***	0,1231	0,0045
p-value	0,0000	0,0000	0,4090	0,5120
Pseudo R ²	0,0154		0,0006	
Quantil 90	-0,9228**	0,0089	0,0593	-0,0510**
p-value	0,0140	0,4910	0,9790	0,0180
Pseudo R ²	0,1380		0,0043	

Fonte: Dados da pesquisa | Níveis de significância: ***0,01, **0,05 e *0,1.

Observa-se que há relação significativa e negativa entre margem líquida e a complexidade hospitalar para quase a totalidade de quantis analisados (exclui-se apenas o 10º quantil), deste modo rejeita-se a H3, cujo enunciado estabelece que há relação positiva entre a complexidade e a margem líquida de hospitais sem fins lucrativos. Os resultados surpreendem e contrariam os estudos de Oliveira e Kasznar (2010) e Spedo, Pinto e Tanaka (2010) os quais concluíram que procedimentos de alta complexidade seriam mais lucrativos. Neste sentido, os dados convergem com inferências de que hospitais com alta complexidade demandam de maior volume de capital em função das necessidades tecnológicas que estão intrínsecas à atividade (Conass, 2007).

Com relação a quarta hipótese – Há relação positiva entre a localização geográfica (urbano) e o resultado econômico (ROA e ROE) de hospitais sem finalidade lucrativa. Constata-se que apenas para o quantil 10º é possível afirmar que estar localizado na região urbana contribui positivamente para o desempenho econômico dos hospitais filantrópicos da região sul do Brasil. Decorrente dos resultados, rejeita-se H4. Considerando que a demanda por leito público, no Brasil, é superior ao disponibilizado pelo SUS, uma possível explicação, seria a superlotação de todo o sistema, independentemente da localização geográfica.

Por fim, a quinta e última hipótese de pesquisa tem seus resultados sumarizados na Tabela 7.

Tabela 7: Resultado da regressão Quantílica para H5, dependente – desempenho econômico

	Func_C_Vin	Ln(AT)
Mediana	-0,0233	0,0105
p-value	0,7040	0,1900
Pseudo R ²	0,0012	
Quantil 10	0,0587	0,0510***
p-value	0,8010	0,0060
Pseudo R ²	0,0078	
Quantil 25	0,0085	0,0226*
p-value	0,9330	0,0640
Pseudo R ²	0,0046	
Quantil 50	-0,0233	0,0150
p-value	0,6770	0,2370
Pseudo R ²	0,0012	
Quantil 75	-0,0129	0,0037
p-value	0,8480	0,6940
Pseudo R ²	0,0002	
Quantil 90	0,1364	-0,0356
p-value	0,5350	0,1890
Pseudo R ²	0,0040	

Fonte: Dados da pesquisa | Níveis de significância: ***0,01, **0,05 e *0,1.

A expectativa, não confirmada pelos resultados, era de haver relação positiva entre a taxa de profissionais com vínculo empregatício e o desempenho econômico de hospitais sem fins lucrativos. Tal suposição, levou em consideração que equipes médicas com vínculo empregatício estariam mais propensas a centrarem atenção nos custos (Pizzini, 2006), fator que contribuiria para a obtenção de um adequado desempenho econômico. Também se levou em consideração que uma maior taxa de vínculo empregatício reduzira o custo de agência (Camargos e Bargosa, 2009). No entanto, para a amostra analisada, não é possível estabelecer nenhuma relação entre o vínculo empregatício e a rentabilidade.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo objetivou identificar a relação de características organizacionais com o desempenho econômico-financeiro de hospitais sem fins lucrativos. Para tal, procedeu-se uma análise em painel, contemplando uma amostra de 119 hospitais filantrópicos da Região Sul do Brasil, no período entre 2010 e 2014. O estudo buscou correlacionar um conjunto de características organizacionais, apontadas na revisão de literatura como significativas para impactar os indicadores econômicos e financeiros dos hospitais.

Ao analisar hospitais sem finalidade lucrativa deve-se levar em consideração os fatores específicos que dificultam a gestão, comparativamente aqueles com finalidade lucrativa. No entanto, parte-se do pressuposto que a inexistência da finalidade lucrativa não impacta a necessidade de obtenção de um desempenho econômico-financeiro favorável, haja vista serem necessários para garantir a consecução dos objetivos, a manutenção e a continuidade das atividades, refletindo no atendimento, com qualidade, das demandas de sua comunidade.

Como a revisão da literatura sinaliza que as variáveis organizacionais tendem a apresentar elevada variabilidade entre os hospitais, tal prerrogativa apresenta implicações para a sua relação com o desempenho econômico-financeiro. Decorrente disso, a utilização da regressão quantílica para dados em painel foi o modelo estatístico adotado. Conclui-se que o modelo de regressão quantílica é favorável à

análise comparativa entre hospitais, dada a expressiva desigualdade observada entre as características organizacionais contidas na amostra. Ao adotar a regressão quantílica o modelo tornou-se mais robusto, permitindo, além da informação mediana também analisar cada um dos cinco quantis estratificados pelo modelo e melhorar a atenção aos outliers

Com base na estatística descritiva, é possível concluir que há uma diversidade de características organizacionais nos hospitais da região sul do Brasil. Das quais, destaca-se o baixo número de hospitais filantrópicos acreditados, a variabilidade de oferta de leitos e a existência de hospitais cuja totalidade de leitos está destinada ao SUS, ao contrapondo de haver hospitais com nenhum leito disponível. Tal situação pode decorrer de estratégias deliberadas. Em que, no primeiro caso, estar 100% destinado ao atendimento SUS pode favorecer a obtenção de recursos específicos, não disponibilizados para os demais. E, não dispor de leitos para atendimento ao SUS, derivar de estratégias para grupos de hospitais que organizam seu sistema de prestação de serviço em diferentes unidades de atendimento, assim, algumas teriam uma vocação para atendimento particular e outras para atendimento SUS.

Por sua vez, independentemente da estratégia, constata-se também com base na estatística descritiva, haver uma diversidade no desempenho dos hospitais investigados, em especial no que tange ao indicador de rentabilidade, onde observou-se, em média, um baixo ROA (3,24%), sendo negativo em alguns hospitais.

Por sua vez, em relação às hipóteses de pesquisa, os resultados das regressões quantílicas surpreendem. Conclui-se que, embora a acreditação hospitalar seja reconhecida pela segurança na assistência ao paciente, poucos hospitais pertencentes às amostras são acreditados. Ademais, não foi possível estabelecer uma relação positiva entre ser acreditado e o desempenho econômico, sendo inclusive, para um dado grupo de hospitais (quantil 50), inversa. Ou seja, ser acreditado nesse quantil é prejudicial para o retorno sobre os ativos e sobre o patrimônio líquido. Tais achados tem algumas implicações. Primeiro, indica que o poder público não dispõe de incentivos para remunerar adequadamente os gastos necessários para a garantia de uma melhor assistência. Recursos esses que podem ser compensados pela redução de gastos decorrentes de falhas prevenidas pela acreditação, a exemplo da redução expressiva da taxa de infecção hospitalar. Segundo, partindo-se do pressuposto que a acreditação é positiva para os envolvidos no processo assistencial, em especial aos pacientes, estudos futuros devem centrar atenção na análise comparativa entre desempenho e a acreditação, com intuito de ampliar a compreensão sobre como os hospitais podem reduzir o risco não idiossincráticos sem impactar seu desempenho.

Outro aspecto investigado foi a relação entre as características organizacionais e o tamanho dos hospitais. O estudo investigou, também, o possível impacto da proporção de leitos SUS. Em consonância com a revisão da literatura, conclui-se que o número de leitos (tamanho) é uma característica organizacional que impacta no desempenho econômico-financeiro. No contexto analisado, constata-se que quanto maior o número de leitos maior a opção por financiamento das atividades a partir de recursos de terceiros. Porém, os resultados não permitem estabelecer uma relação significativa para a maioria das variáveis que caracterizam a destinação de leitos ao SUS. Para a amostra, a proporção de leito SUS não apresentou relação com o desempenho econômico tão pouco com o nível de endividamento. Considerando a possibilidade de fontes alternativas de captação de recursos para hospitais cuja capacidade de atendimento é totalmente destinada ao SUS e, em um oposto, dada a defasagem nas tabelas de reembolso do SUS, os resultados surpreendem por não identificarem variáveis explicativas. Destaca-se que, devido ao fato desse conjunto de variáveis serem pouco observados por pesquisadores, estudos futuros, em outros contextos são requeridos para ampliar o entendimento.

Ainda no contexto das relações entre o tamanho da organização com seu desempenho, conclui-se que o total do ativo mostrou-se significativo para o nível de endividamento e liquidez, o que é coerente, ou seja, quanto maior o ativo maior a capacidade de endividamento. Por sua vez, a capacidade de liquidez, nos hospitais filantrópicos da região sul do Brasil, reduz-se conforme o total dos ativos se eleva. Estudos futuros podem ampliar o entendimento sobre tais variáveis. Por exemplo, a identificação de um ponto ótimo pode contribuir para uma melhor gestão dos ativos e da capacidade de endividamento de tais organizações.

Ao relacionar o tipo de complexidade dos serviços prestados com a margem líquida, os resultados contrairiam as evidências, as quais indicam que os serviços de alta complexidade apresentam remuneração superior e mais atrativas, comparativamente aqueles de baixa e média complexidade. Para o contexto analisado, inclusive, a alta complexidade implica em redução das margens líquida. Tais achados, podem derivar da segregação da amostra, pois apenas 24,5% dela atendem a alta complexidade.

Outra característica organizacional, preconizada pela literatura como capaz de impacta o desempenho econômico dos hospitais, é a sua localização geográfica. No entanto, para o contexto analisado não é possível convergir com tal afirmativa. Pode-se inferir que, sendo a demanda por leitos superior à oferta, tanto os leitos disponíveis na área urbana quanto os da rural possuem alta taxa de ocupação, fator que contribuir para o desempenho. Por outro, lado, como hospitais rurais tendem a centrarem atenção em procedimentos de baixa e média complexidade, e como a complexidade não se relaciona com o desempenho, no contexto analisado, esse aspecto pode também, ter contribuído para a inexistência de relação.

Por fim, o vínculo empregatício é uma característica relevante para os hospitais filantrópicos. Por um lado, a filantropia possibilita ampliar a participação de voluntários e reduz os custos com encargos sobre a folha de pagamento. Por outro, uma maior participação de colaboradores com vínculo empregatício tem sido apontado como relevante para reduzir tanto os custos de agência quanto a dificuldade de alinhar as atividades operacionais com o planejamento estratégico. No entanto, não foi possível estabelecer uma relação entre desempenho econômico e o vínculo empregatício. Destaca-se, que a amostra mostrou-se bastante heterogênea, sendo composta por hospitais cujas equipes são totalmente vinculadas, por outros com apenas 3,4% da equipe com vínculo empregatício e, em média 82% possuem vínculo. Tal heterogeneidade, por si só, evidencia a elevada variabilidade das características organizacionais dos hospitais.

Em suma, no estudo foram selecionadas características organizacionais cuja revisão da literatura indicava serem capazes de impactarem o desempenho econômico-financeiro dos hospitais. A saber, presença de acreditação, tamanho do hospital, proporção de leitos SUS, nível de complexidade, localização geográfica e proporção de funcionários com vínculo empregatício. Decorrente dos procedimentos metodológicos adotados e, no contexto analisado, é possível concluir que a acreditação é passível de reduzir o retorno sobre o ativo e sobre o patrimônio líquido; quanto mais leitos possuir os hospitais, maior tende a ser sua opção de financiamento das atividades a partir de recursos de terceiros; que a capacidade de liquidez, nos hospitais filantrópicos da região sul do Brasil, reduz-se conforme o total dos ativos se eleva, bem como que, priorizar procedimentos de alta complexidade, não contribui para o desempenho positivo de tais organizações.

Pesquisas futuras podem ampliar o número de características organizacionais, analisar se hospitais maiores tendem a priorizar sistemas formais de qualidade, assim como comparar as características organizacionais e contábeis em hospitais públicos, privados, com e sem finalidade lucrativa. Recomenda-se também ampliar a amostra para outras regiões brasileiras com intuito de possibilitar a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

- Abernethy, M. A., & Vagnoni, E. (2004). Power, organization design and managerial behaviour. *Accounting, Organizations and Society*, 29(3), 207-225. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(03\)00049-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(03)00049-7)
- Agrizzi, D., Agyemang, G., & Jaafari-pooyan, E. (2016, June). Conforming to accreditation in Iranian hospitals. In *Accounting Forum* (Vol. 40, No. 2, pp. 106-124). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2016.02.002>
- Assaf Neto, A. (2014). *Finanças Corporativa e Valor*. São Paulo: Atlas, 7.
- Bonacim, C. A. G., & Araujo, A. M. P. D. (2011). Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700038>
- Borba, P. D. R. F. (2005). *Relação entre desempenho social corporativo e desempenho financeiro de empresas no Brasil* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Borba, V. R. (2006). *Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Brasil (2007). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2007. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Portaria Nº 929, de 10 de maio de 2012. Institui o Incentivo Financeiro 100% SUS destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- Brasil (2018). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - Redes de atenção à Saúde. Recuperado em 22 abril, 2018, do http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php
- Camargos, M. A. D., & Vidal Barbosa, F. (2009). Fusões e aquisições de empresas brasileiras: criação de valor e sinergias operacionais. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 49(2), 206-220.
- Cardinaels, E., & Soderstrom, N. (2013). Managing in a complex world: Accounting and governance choices in hospitals. *European Accounting Review*, 22(4), 647-684. <https://doi.org/10.1080/09638180.2013.842493>
- Cnes. (2018). Dados do Setor. Recuperado em 24 março, 2018, do http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm
- Cunha, J. A. C., & Corrêa, H. L. (2013). Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 53(5).
- Colauto, R. D., & Beuren, I. M. (2003). Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(4), 163-185. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552003000400009>
- Dedecca, C. S., & Trovão, C. J. B. M. (2013). A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 1555-1567.

Duarte, F. C. L., Girão, L. F. D. A. P., & Paulo, E. (2017). Avaliando Modelos Lineares de Value Relevance: Eles Captam o que Deveriam Captar?. *RAC-Revista de Administração Contemporânea*, 21, 110-134. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac2017160202>

Eldenburg, L., & Krishnan, R. (2003). Public versus private governance: a study of incentives and operational performance. *Journal of Accounting and Economics*, 35(3), 377-404. [https://doi.org/10.1016/S0165-4101\(03\)00038-7](https://doi.org/10.1016/S0165-4101(03)00038-7)

Eldenburg, L., Hermalin, B. E., Weisbach, M. S., & Wosinska, M. (2004). Governance, performance objectives and organizational form: evidence from hospitals. *Journal of Corporate Finance*, 10(4), 527-548. [https://doi.org/10.1016/S0929-1199\(03\)00031-2](https://doi.org/10.1016/S0929-1199(03)00031-2)

Espejo, M. M. S. B., Portulhak, H., & Martins, D. B. (2015). Práticas de controle gerencial em hospitais universitários federais. *Gestão & Regionalidade (Online)*, 31(92).

Fávero, L. P., & Belfiore, P. (2017). Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com Excel, SPSS e Stata.

Ferreira, C. C., & da Silva Macedo, M. A. (2011). Desempenho financeiro de curto prazo no setor brasileiro de telecomunicações. *Revista Pretexto*, 12(4). <http://dx.doi.org/10.21714/pretexto.v12i4.824>

Harlez, Y., & Malagueno, R. (2016). Examining the joint effects of strategic priorities, use of management control systems, and personal background on hospital performance. *Management Accounting Research*, 30, 2-17. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2015.07.001>

Kim, Y. K., Glover, S. H., Stoskopf, C. H., & Boyd, S. D. (2002). The relationship between bed size and profitability in South Carolina hospitals. *Journal of health care finance*, 29(2), 53-63.

Koenker, R., & Bassett, G. (1978). Regression quantiles. *Econometrica: journal of the Econometric Society*, 33-50.

La Forgia, G. M., & Couttolenc, B. (2008). Hospital performance in Brazil: the search for excellence. World Bank Publications.

Lachmann, M., Trapp, R., & Wenger, F. (2016). Performance measurement and compensation practices in hospitals: An empirical analysis in consideration of ownership types. *European Accounting Review*, 25(4), 661-686. <https://doi.org/10.1080/09638180.2014.994541>

Leal, L. T. Y., Girão, L. F. A. P., Lucena, W. G. L., & Martins, V. G. (2017). Persistence, Value Relevance, and Accruals Quality in Extreme Earnings and Cash Flow Situations. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 18(3), 203-231. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-69712017/administracao.v18n3p203-231>

Lee, C., & Nowell, B. (2015). A framework for assessing the performance of nonprofit organizations. *American Journal of Evaluation*, 36(3), 299-319. <https://doi.org/10.1177/1098214014545828>

Lima Neto, L. (2011). Análise da situação econômico-financeira de hospitais. *Mundo Da Saude*, 35(3), 270-277.

Martins, V. G., Paulo, E., & do Monte, P. A. (2016). O Gerenciamento de Resultados Contábeis Exerce Influência na Acurácia da Previsão de Analistas no Brasil?. *Revista Universo Contábil*, 12(3), 73. <https://doi.org/10.4270/ruc.2016322>

Matarazzo, D. C. (2003). *Análise financeira de balanços* (p. 457). São Paulo: Atlas.

Medici, A., & Murray, R. (2010). Desempenho de hospitais e melhorias na qualidade de saúde em São Paulo (Brasil) e Maryland (EUA). En breve [Internet], 156.

Mendes, W., Travassos, C., Martins, M., & Noronha, J. C. D. (2005). Review of studies on the assessment of adverse events in hospitals. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(4), 393-406. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000400008>

Messeeder, A. M., Castro, C. G. S. O., & Camacho, L. A. B. (2007). Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços The Hospital Pharmacy Survey in Brazil: a proposal for hierarchical organization of. *Cad. Saúde Pública*, 23(4), 835-844.

Mintzberg, H. (1994). *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 2003. *The rise and fall of strategic planning*. New York: Freeman.

Nascimento, C. C. P., Toffoletto, M. C., Gonçalves, L. A., Freitas, W. G., & Padilha, K. G. (2008). Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 746-751.

Oliveira, F. B., & Kasznar, I. K. (2010). *Saúde, previdência e assistência social: desafios e propostas estratégicas*. Editora E-papers.

Phillips, J. F. (1999). Do managerial efficiency and social responsibility drive long-term financial performance of not-for-profit hospitals before acquisition?. *Journal of health care finance*, 25(4), 67-76.

Pizzini, M. J. (2006). The relation between cost-system design, managers' evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals. *Accounting, Organizations and Society*, 31(2), 179-210. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2004.11.001>

Portela, M. C., Lima, S. M., Barbosa, P. R., Vasconcellos, M. M., Ugá, M. A. D., & Gerschman, S. (2004). Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 811-818.

Portulhak, H., & Espejo, M. M. S. B. (2016). Alineación estratégica de gestión según la ponderación de indicadores de desempeño: evidencia empírica de un hospital público en Brasil. *Contabilidad y Negocios: Revista del Departamento Académico de Ciencias Administrativas*, 11(21), 25-44. <http://dx.doi.org/10.18800/contabilidad.201601.002>

Roggenkamp, S. D., White, K. R., & Bazzoli, G. J. (2005). Adoption of hospital case management: economic and institutional influences. *Social Science & Medicine*, 60(11), 2489-2500. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.010>

Rosa, M. K. O., & Gaíva, M. A. M. (2009). Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(1), 159-165.

Sant, C. F., Silva, M. Z., & Padilha, D. F. (2016). Avaliação da eficiência econômico-financeiro de hospitais utilizando a análise envoltória de dados. *Contabilometria*, 3(1).

Santos, M. R., Coda, R., & Mazzali, L. (2010). Clima organizacional e desempenho financeiro. *Revista Universo Contábil*, 6(2), 27-46. <http://dx.doi.org/10.4270/ruc.20106>

Schmaltz, S. P., Williams, S. C., Chassin, M. R., Loeb, J. M., & Wachter, R. M. (2011). Hospital performance trends on national quality measures and the association with joint commission accreditation. *Journal of hospital medicine*, 6(8), 454-461. <https://doi.org/10.1002/jhm.905>

Silva, L. A., Robazzi, M. L. C. C., & Terra, F. S. (2013). Relation between workplace accidents and the levels of carboxyhemoglobin in motorcycle taxi drivers. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(5), 1119-1126. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500015>

Silva, S. R. A., Gonçalves, M. A., Siqueira, P. C., & Silveira, C. D. (2008). As decisões de investimento na Fundação Hospitalar de Minas Gerais e seus reflexos nos indicadores de qualidade. *RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 1(1), 46-57. <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v0i1.776>

Souza, A. A., Avelar, E. A., Tormin, B. F., & Silva, E. A. (2014). Análise financeira e de desempenho em hospitais públicos e filantrópicos brasileiros entre os anos de 2006 a 2011. *FACEF Pesquisa-Desenvolvimento e Gestão*, 17(1).

Souza, A. A., Avelar, E. A., Silva, E., Tormin, B. F., & Gervásio, L. (2015). Uma Análise Financeira dos Hospitais Brasileiros entre os Anos de 2006 a 2011. *Sociedade, Contabilidade E Gestão*, 9(3), 6-23.

Souza, A. A., Guerra, M., Lara, C. O., Gomide, P. L. R., Pereira, C. M., & Freitas, D. A. (2009). Controle de gestão em organizações hospitalares. *REG. Revista de Gestão*, 16(3), 15-29.

Souza, A. A., Rodrigues, L. T., Lara, C. O., Guerra, M., & Pereira, C. M. (2009). Indicadores de desempenho econômico-financeiro para hospitais: um estudo teórico. *RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 3, 44-55. <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v0i3.807>

Spedo, S. M., Rodrigues da Silva Pinto, N., & Yoshimi Tanaka, O. (2010). O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 20(3).

Vecina Neto, G., & Malik, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 825-839.

Veloso, G. G., & Malik, A. M. (2010). Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. *RAE-eletrônica*, 9(1).

Vignochi, L., Gonçalo, C. R., & Lezana, A. G. R. (2014). Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 54(5). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020140504>

Watcharasriroj, B., & Tang, J. C. (2004). The effects of size and information technology on hospital efficiency. *The Journal of High Technology Management Research*, 15(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.hitech.2003.09.001>

Watt, J. M., Derzon, R. A., Renn, S. C., Schramm, C. J., Hahn, J. S., & Pillari, G. D. (1986). The comparative economic performance of investor-owned chain and not-for-profit hospitals. *New England Journal of Medicine*, 314(2), 89-96. <https://doi.org/10.1056/NEJM198601093140206>

Weston, J. F., & Brigham, E. F. (2000). *Fundamentos da administração financeira*.