

Relação entre indicadores de qualidade e econômicos: um estudo em uma rede de hospitais do terceiro setor do Sul do Brasil

Relationship between quality and financial indicators: a study in a hospital network of the third sector of South Brazil

Fernando Maciel Ramos¹, Eduardo Luiz Parizotto¹, Anderson Santana da Silva²,
Juliana Maciel Ramos¹, Gabriel Bonetto Bampi¹

Resumo

Introdução: A gestão hospitalar é uma área complexa da administração, pois compreende um conjunto organizacional em que todos os setores são interdependentes e funcionam ao mesmo tempo. Um dos principais objetivos dessas organizações é proporcionar serviços de qualidade com os recursos disponíveis para a melhoria contínua da qualidade dos serviços por meio de aprimoramentos no ambiente. **Objetivo:** Analisar a relação dos indicadores econômicos e financeiros com os índices de qualidade hospitalar. **Método:** Estudo de caráter descritivo, documental e de abordagem quantitativa, baseada em hospitais do terceiro setor do Sul do país, com a utilização dos relatórios gerenciais, de enfermagem e de internação, para os indicadores de qualidade, e dos demonstrativos contábeis, para os indicadores financeiros. Para a análise, foram empregados testes de estatística univariada (descritiva e correlação de Pearson). **Resultados:** A relação entre os índices demonstra a existência de correlação significativa entre os indicadores analisados, apresentando quais indicadores que devem ser observados pelo gestor hospitalar. **Conclusão:** Considera-se que, quanto mais as entidades hospitalares prestarem um serviço de qualidade, maior será o retorno financeiro e, portanto, maiores serão os recursos para investimentos, no intuito de aprimorar a qualidade dos serviços. **Palavras-chave:** administração hospitalar; indicadores econômicos; indicadores de qualidade em assistência à saúde.

Abstract

Background: Hospital management is a complex area of administration since it has an organizational set where all sectors are interdependent and work at the same time. One of the main goals of these organizations is to provide quality services with the resources available to continuously improve the quality of services through improvements in the environment. **Objective:** To analyze the relationship between economic and financial indicators with hospital quality indices. **Method:** This is a descriptive, documentary and quantitative study based on the third sector hospitals in the south of the country. Management, nursing, and hospitalization reports are used for the quality indicators and the financial statements for the financial indicators. Univariate statistical tests (descriptive and Pearson correlation) were used for the analysis. **Results:** The relationship between the indexes shows the existence of a significant correlation between the analyzed indicators, demonstrating which indicators should be observed by the hospital manager. **Conclusion:** the more hospital entities providing a quality service, the greater the financial return, and therefore the greater the resources for investments to improve the quality of services. **Keywords:** hospital management; economic index; indicators of quality in health care.

¹Universidade do Contestado (UnC) - Concórdia (SC), Brasil.

²Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA) - Porto Alegre (RS), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade do Contestado (UnC) - Concórdia (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Fernando Maciel Ramos - Universidade do Contestado (UnC), Rua Victor Sopesla, 1000 - Bairro Salete - CEP: 89711-330 - Concórdia (SC), Brasil - Email: f Ramos@unc.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



INTRODUÇÃO

A gestão de organizações hospitalares é uma das mais complexas no campo da administração devido às características peculiares dessas instituições, tais como visão assistencial e alta qualificação dos seus profissionais, o que faz com que existam inúmeros desafios para a gestão em otimizar os recursos financeiros que permitam a manutenção e a melhora constante da qualidade no atendimento prestado, na infraestrutura e nos índices^{1,2}.

Além disso, os recursos repassados pelo governo são disputados com outras áreas, como a da educação, das dívidas públicas, da agricultura, do saneamento etc³. Assim, o setor de saúde necessita de ferramentas de qualidade para facilitar a gestão de custos^{4,5}. No pensamento de uma gestão hospitalar, menciona-se o uso de inovações e da tecnologia para melhoria dos produtos e dos serviços de qualidade, aumentando a lucratividade dos hospitais e, conseqüentemente, diminuindo seus custos^{4,6,7}.

O processo de gestão das organizações hospitalares é complexo, pois, em grande parte, a administração é composta e realizada por profissionais sem especialização ou capacitação em assuntos técnicos da rotina hospitalar, o que pode fazer com que o processo de gestão e as decisões orçamentárias e financeiras entrem em conflito com os aspectos operacionais, podendo interferir negativamente na qualidade dos serviços prestados⁸. Outro aspecto que pode causar interferência é quando ocorre a remuneração de profissionais pelos procedimentos, materiais e medicamentos utilizados, estimulando o consumo e aumentando os custos hospitalares⁹.

No âmbito hospitalar, um dos principais objetivos é proporcionar serviços de qualidade com os recursos disponíveis adequados às necessidades da sociedade, atendendo aos doentes, promovendo a educação profissional, conduzindo pesquisas e exercendo a medicina preventiva e curativa^{10,11}. A melhoria contínua da qualidade parte da eliminação das causas de desperdícios e dos aprimoramentos que podem ser feitos continuamente em um ambiente hospitalar¹².

Assim, a problemática imposta para a presente pesquisa consiste em: *qual é a relação dos indicadores econômicos e financeiros com a gestão de qualidade no âmbito da administração hospitalar?* Para obter a resposta, traçou-se como objetivo analisar a relação dos indicadores econômicos e financeiros com os índices de qualidade hospitalar.

É importante observar a relação entre a gestão da qualidade e a administração financeira nos hospitais, uma vez que estudos^{13,14} já apontam que a qualidade do serviço prestado pode ser afetada por aspectos econômicos e financeiros de uma organização. Apesar de a literatura já declarar a relação entre os aspectos econômicos e financeiros e os indicadores de qualidade das organizações hospitalares, ainda são poucos os estudos^{2,15,16} que testaram empiricamente essas relações. Assim, esta pesquisa contribuirá para auxiliar na comprovação dos

pressupostos teóricos e no desenvolvimento da literatura acerca dos indicadores estudados para a administração hospitalar.

No contexto social, o estudo justifica-se devido à relevância que esse conjunto de organizações possui para a sociedade, enquanto empiricamente servirá como fonte de consulta aos gestores hospitalares para que compreendam a relação entre os indicadores analisados e, a partir disso, tomem decisões que auxiliem em melhorias no processo de tomada de decisão que reflitam, de forma positiva, no desempenho hospitalar.

Este artigo está estruturado em cinco seções: esta primeira, em que são apresentados os aspectos introdutórios que elucidam o estudo; o segundo mostra a revisão do arcabouço teórico que embasa o estudo; a terceira seção apresenta o percurso metodológico adotado para responder à questão de pesquisa e ao objetivo do estudo; na quarta seção, constam os resultados obtidos e a discussão deles; por fim, na última seção, há as considerações finais.

REFERENCIAL TEÓRICO

Administração hospitalar: qualidade × gestão financeira

Os hospitais têm como objetivo principal prestar assistência à saúde e curar os doentes. Os primeiros hospitais foram criados em meados do século XVIII, com uma série de pesquisas, em que se buscava uma padronização com o objetivo de estudar aspectos funcionais e físicos para a prestação de assistência à saúde e um local para que os médicos pudessem colocar em prática seus serviços. Antes do século XVIII, os hospitais serviam apenas como um método de separar as pessoas doentes do restante da sociedade, não tendo nenhuma assistência médica para obtenção de cura; muito pelo contrário, elas aguardavam separadamente até sua morte¹⁷.

Os hospitais brasileiros são divididos em três subgrupos: (i) hospitais públicos, que são financiados pelo poder público; (ii) hospitais sem fins lucrativos, que são administrados por convênios e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a maioria filantrópica e beneficentes; e (iii) hospitais particulares, com fins lucrativos e uma pequena parte filantrópica, que não são financiados pelo SUS e que possuem administração privada¹⁵.

Os hospitais estão entre as organizações mais complicadas para se administrar. O motivo para isso é o conjunto organizacional que oferece serviços múltiplos, uma vez que os hospitais compreendem procedimentos de hotéis, lavanderias, serviços médicos, limpeza, restaurante, recursos humanos, entre outros, que possuem interdependência para funcionar e com operação simultânea. Além disso, necessitam ter um bom relacionamento com a sociedade².

A área da saúde está passando por alterações que estão mudando a realidade, ou seja, aumentando a demanda de novos serviços¹⁸, o que faz com que os hospitais busquem melhorias em

sua gestão, com base na eficiência de prestação de serviços e na redução de custos. Dessa forma, os administradores hospitalares buscam a redução de custos e o aumento da competitividade sem perder qualidade nos produtos e nos serviços ofertados¹⁴.

A tendência global para os aspectos da gestão da qualidade teve início no começo do século XX e, desde o seu surgimento até as últimas décadas, é compreendida como um grupo de ferramentas essenciais para a sobrevivência das organizações diante de um mercado tão competitivo, que envolve um bom planejamento estratégico, estabelecendo, assim, objetivos a toda organização^{19,20}. A implantação dos programas de qualidade nas organizações hospitalares teve como meta aplicar um melhor gerenciamento e melhorar a eficiência dos serviços²¹.

As implantações dos programas de qualidade não estão direcionadas apenas ao ato clínico, mas também à gestão hospitalar e aos processos administrativos hospitalares, para que se obtenha qualidade nos serviços. Os programas têm como objetivo integrar o setor administrativo, o de logística e todas as áreas da organização, de modo a garantir o funcionamento dos setores e ser uma base de sustentação⁴.

No contexto das organizações hospitalares, os padrões e os critérios para uma gestão de qualidade podem estar embasados na certificação da Organização Internacional para Padronização (ISO 9000) ou na certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA)²².

Para que as entidades hospitalares obtenham a certificação ISO 9000, é necessário que todas as áreas dos hospitais estejam no mesmo nível de qualidade²³. Já a ONA é uma organização governamental e filantrópica, ou seja, sem fins lucrativos, com o objetivo de certificar a qualidade das organizações na área da saúde focando na segurança do paciente.

Alguns pontos fortes são utilizados para aceitação de programas de qualidade em uma administração hospitalar, pois não basta apenas agregar o melhor corpo clínico para que os hospitais tenham qualidade nos serviços, já que, para isso, é necessário um conjunto de vários outros fatores comuns²⁴. A qualidade é uma consequência de uma ação gerencial em grupo, traçando objetivos a todo o hospital, pois não depende apenas de um setor, mas sim de todos os seus setores para que haja um serviço de qualidade²⁵.

Alguns hospitais da região Sul do Brasil estão aos poucos se desenvolvendo, criando novas áreas e utilizando novos produtos e serviços. A hemodinâmica e a oncologia de referência são exemplos de áreas que introduzem novos serviços e tecnologias para criar vantagem competitiva²⁶.

A adoção de programas de qualidade não ocorre somente em hospitais, mas na área da saúde como um todo, estando relacionada ao aumento das despesas nos hospitais, em comparação com o consumo total em saúde. Vários países têm

se movimentado para aplicar programas de qualidade com o intuito de obter eficácia e melhoria dos serviços prestados²⁷.

A partir disso, o planejamento financeiro é um instrumento importante para que as organizações possam coordenar suas iniciativas, atingir seus objetivos²⁸, garantir qualidade dos seus serviços e aumentar a competitividade da instituição. Assim, o administrador hospitalar deve ter conhecimentos da economia financeira de um hospital, pois, a partir disso, consegue descobrir problemas da organização, projetar novos horizontes e controlar a entidade, para que possa, posteriormente, tomar decisões mais assertivas que levem à melhoria da qualidade das atividades e à solução mais eficaz de problemas que possam existir²⁹.

Os hospitais são prestadores de serviços, e seu sucesso financeiro se dá quando conseguem o equilíbrio entre o custo e a receita. Para isso, é preciso que haja um mínimo de estrutura físico-financeira para gerenciar os recursos conforme as necessidades³⁰.

A verificação da saúde econômica e financeira de uma entidade ocorre por meio dos demonstrativos financeiros (contábeis), os quais são utilizados por administradores no intuito de fazer comparativos com outros hospitais, identificar problemas financeiros, verificar a capacidade financeira para atender às necessidades da instituição, analisar as fontes de rendas da organização, identificar e analisar os custos, entre outras análises econômicas e financeiras²⁵.

Para um gestor agir, ele necessita de ferramentas adequadas para a tomada de decisão. É preciso conhecer como os custos se comportam para obter bons resultados futuros, uma vez que estes estão associados com as variações da atividade, as quais afetam a gestão financeira, influenciando a tomada de decisão³¹. A utilização de programas para avaliar o desempenho hospitalar, especialmente quando se fala de desempenho econômico-financeiro, pode contribuir para melhorar a gestão da qualidade¹³.

Os hospitais modernos se adaptam a todo instante a novos modelos, impondo metas e sugerindo melhorias, pois, além de salvarem vidas e de cuidarem de pessoas doentes, têm como objetivo fazer isso da melhor maneira possível, oferecendo mais conforto e se preocupando com o bem-estar dos seus usuários³². Quanto mais recurso, mais conforto para seus pacientes e melhor os índices de recuperação.

Os administradores financeiros em organizações hospitalares devem atuar de acordo com os interesses dos proprietários e dos pacientes, fazendo planejamentos e tomando decisões que minimizem desperdícios e todo tipo de custo, sem que haja prejuízos da qualidade e da eficiência dos serviços prestados, atendendo às perspectivas de maximização do valor de capital próprio e minimizando os valores cobrados pelos serviços prestados nos hospitais³³.

MÉTODO

Uma pesquisa pode ser delineada de acordo com seu objetivo, sua estratégia de pesquisa e sua abordagem de análise dos dados^{34,35}. Diante do exposto, esta pesquisa classifica-se, respectivamente, como descritiva, documental e quantitativa.

A pesquisa descritiva observa, registra e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los; procura descobrir com a maior precisão possível; busca conhecer as diversas situações e as relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano³⁶. Dessa forma, esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, pois visa descrever a relação existente entre os indicadores

econômicos e financeiros e os indicadores de qualidade de organizações hospitalares.

A pesquisa documental é realizada a partir de materiais que não receberam um tratamento analítico e que podem ser reelaborados de acordo com o objeto da pesquisa³⁷. Neste estudo, a pesquisa é classificada como documental, pois os dados foram coletados por meio de documentos que registram os indicadores de qualidade da organização e também as demonstrações contábeis que permitiram a mensuração e a identificação dos indicadores econômicos e financeiros das organizações analisadas. Os indicadores utilizados para a realização do estudo, com as respectivas descrições e fundamentações, são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos indicadores econômicos e financeiros e dos indicadores de qualidade de organizações hospitalares, 2015

GRUPO	Índices de liquidez	Descrição	Fonte	Autores
ECONÔMICOS E FINANCEIROS	Índice de liquidez corrente (ILC)	Mensura a capacidade de pagamento da organização no curto prazo.	Demonstrações contábeis	Martins ³³ , Cruz et al. ³⁸
	Índice de liquidez imediata (ILI)	Mede os saldos e as aplicações de liquidez imediata a curto prazo.		
	Índice de seca (ILS)	Mensura a capacidade de pagamento da organização no curto prazo, excluindo os estoques.		
	Índice de liquidez geral (ILG)	Mede a capacidade no curto e longo prazo de saldar as obrigações da organização.		
	Imobilização de patrimônio líquido (IMPL)	Mede o percentual do patrimônio líquido que foi investido no ativo permanente.		
	Participação do capital de terceiros (PCT)	Mede o percentual do capital de terceiros em cima do capital próprio investido.		
	Participação de capital próprio (PCP)	Mede o percentual de capital próprio da empresa.		
	Índices de recursos não correntes (IRNC)	Mede o percentual de recursos não correntes que a empresa aplicou no ativo permanente.		
	Período médio de cobrança (PMC)	Indica o tempo médio que a empresa cobre uma conta para receber.		
	Período médio de pagamento (PMP)	Mede quanto tempo médio a empresa demora para pagar os fornecedores.		
	Período médio de estocagem (PME)	Indica o prazo médio que os produtos ficam estocados.		
QUALIDADE	Média de pacientes por dia (MPD)	É a relação entre paciente/dia e o número de dias no mesmo período.	Relatórios gerenciais – enfermagem - internação	Couto e Pedrosa ³⁹
	Média de permanência (MP)	É a relação entre o total de pacientes/dia e o total de saídas em determinado período (incluindo óbito).		
	Taxa de ocupação hospitalar (TOH)	É a relação percentual entre pacientes/dia e o número de leitos.		
	Taxa de mortalidade institucional (TMI)	É a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a mortalidade ocorrida até 24 horas após a internação hospitalar.		
	Taxa de mortalidade hospitalar (TMH)	É a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.		
	Taxa de infecção hospitalar (TIH)	É a relação percentual entre o número de infecções, ocorridas durante determinado período, e o total de altas e óbitos no mesmo período.		

Mensurados e identificados os indicadores, utilizou-se da estatística univariada (mínimo, máximo, média e desvio padrão) para uma análise descritiva dos indicadores e das variações deles durante o período (2011-2014) analisado. Para identificar a relação entre os indicadores financeiros e os indicadores de qualidade, foi utilizada a técnica de correlação de Pearson. A partir disso, este estudo foi de abordagem quantitativa, pois foram empregadas técnicas estatísticas para mensuração, classificação e análise dos dados⁴⁰.

A população do estudo é o universo de organizações hospitalares que atuam com o atendimento ao público, uma vez que outras instituições poderão utilizar-se dessas informações para que auxilie no processo decisório. Já a amostra do estudo foi intencional, a qual é baseada em julgamentos feitos pelo pesquisador, ou seja, aquela que é, para ele, a melhor para o estudo⁴¹. Conforme o nome da amostragem já diz, o pesquisador intencionalmente toma elementos que apresentam características desejadas por ele – neste caso, a amostra foi composta por uma organização hospitalar com 14 unidades na região Sul do país.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme exposto no referencial teórico, a gestão financeira de organizações hospitalares deve ser realizada de modo a não prejudicar a qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, é imprescindível que administradores hospitalares conheçam tanto o desempenho financeiro quanto o qualitativo da instituição que está sob sua gestão.

O desempenho financeiro pode ser realizado por meio dos índices de liquidez, endividamento, rentabilidade e dos ciclos operacionais da instituição⁴²⁻⁴⁴. Na Tabela 1, apresenta-se a estatística descritiva dos índices apurados das unidades hospitalares que compõem a amostra.

O índice de liquidez tem como objetivo medir se as organizações possuem capacidade para cumprir com suas obrigações no curto e longo prazo⁴⁵.

Assim, em uma análise global dos índices de liquidez, a Tabela 1 demonstra que as unidades possuem resultados positivos, que as médias calculadas nos últimos quatro anos deram positivas e acima de R\$ 1,00, ou seja, que as unidades hospitalares analisadas estão conseguindo honrar com suas obrigações. Se analisado o desvio padrão, pode-se identificar que ele é baixo, o que demonstra que existe uma homogeneidade dos resultados entre as unidades da rede em todos os anos analisados, e, em todos os indicadores medidos, os resultados variaram entre 0,26 e 0,39. A menor média nos quatro anos analisados foi de R\$ 1,18 no índice de liquidez geral em 2013. Por mais que algumas unidades não tenham conseguido honrar com suas obrigações, as demais unidades conseguiram e ainda deixaram seus caixas positivos.

O índice de endividamento tem como objetivo medir o grau de endividamento das organizações⁴⁶. Por meio desse índice, pode-se mensurar o volume de dívidas delas com vencimento a curto prazo em relação à dívida total⁴⁷.

Os dados da Tabela 1, em uma análise global no indicador de endividamento, demonstram a predominância na origem de terceiros, a qual está em crescimento no decorrer dos quatro anos analisados. Além disso, é possível observar, a partir dos resultados da Tabela 1, que houve uma redução nos indicadores de liquidez das instituições analisadas, enquanto a participação de capital de terceiros aumentou. Esses resultados demonstram que as instituições hospitalares vêm aumentando a utilização de capital de terceiros para financiar suas atividades, o que, conseqüentemente, pode ser um fator que esteja levando à redução da liquidez dessas instituições.

Como observado na Tabela 1, as organizações estão utilizando seus recursos próprios e capital de terceiro de longo prazo para investir em imobilizado, pois os índices evidenciados são elevados. Nesse caso, é possível afirmar que o investimento em ativo permanente faz com que os hospitais analisados fiquem mais dependentes de capital de terceiros. Além disso, o maior nível de endividamento pode fazer com que as instituições hospitalares possuam menor capacidade para investir em equipamentos e manutenção deles, além de comprometer a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais.

Ainda na Tabela 1, é possível observar que o prazo médio para recebimento (PMR) é menor que o prazo para pagamentos de fornecedores (PMPC), o que faz com que as organizações consigam receber de seus clientes com antecedência os pagamentos dos fornecedores. Já o prazo médio de estocagem está em um crescente nos últimos quatro anos analisados, fazendo com que o estoque fique parado cada vez mais, não tendo uma rotatividade alta de estoque e deixando a entrada de caixa baixo. Os estoques hospitalares possuem medicações de alto custo para utilizações em casos específicos, muitas vezes passando meses sem serem utilizados e ainda correndo o risco de expirar seu prazo de validade, gerando, dessa forma, acúmulo de estoque.

Os indicadores de desempenho de qualidade são valores originados por meio do número de eventos ocorridos pela população exposta ao evento³⁹. Analisando a Tabela 1, a média de atendimento de pacientes por dia é crescente: em 2011, a média foi de 126,40 pacientes por dia, chegando a 127,97, em 2014. Os atendimentos/dias acabam gerando uma permanência de pacientes que ficam internados, a qual, por consequência, também está crescendo. O crescimento da taxa de ocupação é favorável para as instituições hospitalares ao demonstrar uma maior eficiência operacional das entidades, pois o número de pacientes aumenta. Além disso, uma maior taxa de ocupação faz com que haja uma melhor distribuição dos custos indiretos por paciente, porém aumenta o custo por paciente, pois, conforme

Tabela 1. Estatística descritiva dos indicadores econômicos e financeiros e dos indicadores de qualidade de organizações hospitalares

INDICADOR	ANO	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
ILC	2011	0,89	2,30	1,82	0,39
	2012	1,12	2,18	1,76	0,32
	2013	0,98	2,11	1,70	0,32
	2014	1,03	2,14	1,75	0,29
ILS	2011	0,78	2,13	1,60	0,39
	2012	0,94	1,99	1,58	0,31
	2013	0,80	1,93	1,55	0,34
	2014	0,99	1,98	1,57	0,32
ILG	2011	0,88	1,87	1,31	0,32
	2012	0,79	1,79	1,22	0,31
	2013	0,72	1,65	1,18	0,26
	2014	0,94	1,98	1,28	0,32
PCT	2011	23,90	89,09	49,70	19,36
	2012	30,01	86,35	54,52	16,51
	2013	35,00	85,02	55,90	15,31
	2014	42,98	87,02	58,06	13,60
PCP	2011	10,91	76,10	50,30	19,36
	2012	13,65	69,99	45,48	16,51
	2013	14,98	65,00	44,10	15,31
	2014	12,98	57,02	41,95	13,60
IMPL	2011	102,87	191,02	139,15	28,09
	2012	108,98	187,09	154,31	23,85
	2013	121,82	199,93	167,15	23,85
	2014	119,28	197,39	164,61	23,85
IMRNC	2011	23,76	181,71	115,43	33,95
	2012	75,89	165,02	132,80	28,23
	2013	87,21	158,74	134,57	25,78
	2014	90,21	162,32	134,43	24,48
PMPC	2011	18,00	43,05	31,03	6,03
	2012	21,76	45,92	31,77	5,42
	2013	26,52	55,59	36,91	6,89
	2014	22,14	52,74	31,89	8,48
PMR	2011	19,21	44,59	29,37	6,05
	2012	16,67	36,56	29,84	5,87
	2013	17,17	36,27	30,16	5,96
	2014	15,43	31,48	26,18	5,05
PME	2011	89,23	200,02	158,26	39,38
	2012	153,09	339,87	208,04	53,48
	2013	151,09	346,87	212,04	54,56
	2014	149,09	353,87	216,04	55,90
MÉDIA DE PACIENTES/DIA	2011	78,62	182,35	124,24	29,82
	2012	77,86	178,96	126,40	30,32
	2013	74,86	180,96	127,18	31,31
	2014	71,86	182,96	127,97	32,47
MÉDIA PERMANÊNCIA	2011	1,45	4,81	2,85	1,06
	2012	1,52	4,85	2,92	1,03
	2013	1,50	6,17	3,20	1,31
	2014	1,52	9,17	3,76	2,03
TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	2011	57,89	87,20	68,72	9,41
	2012	59,11	85,88	67,90	8,12
	2013	56,81	88,88	68,69	9,33
	2014	53,81	91,88	69,47	10,99
TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	2011	1,29	2,01	1,72	0,21
	2012	1,33	1,97	1,72	0,20
	2013	1,19	4,68	2,41	1,25
	2014	1,50	7,68	3,26	2,39
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR	2011	1,32	2,05	1,72	0,21
	2012	1,43	2,49	1,79	0,28
	2013	1,22	2,52	1,74	0,35
	2014	1,42	2,72	1,93	0,34
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	2011	1,98	2,89	2,33	0,28
	2012	1,35	1,94	1,76	0,19
	2013	1,12	2,03	1,67	0,30
	2014	1,34	2,10	1,84	0,20

maior a média de permanência, maior é o gasto que a entidade possui com o paciente internado⁴⁸. Na Tabela 1, observa-se um aumento da taxa de permanência dos pacientes nos hospitais que compuseram a amostra.

A taxa de infecção e de mortalidade, se comparada com a média de atendimento por dia, pode ser considerada baixa. Também analisando a Tabela 1, verifica-se que a quantidade de pacientes internados é menor que a quantidade de leitos disponíveis nas unidades hospitalares.

Observados os resultados globais dos indicadores que compõem este estudo, foi realizado o teste de correlação de Pearson para identificar a existência de relação dos indicadores econômicos e financeiros com os índices de qualidade da gestão hospitalar. Os indicadores de qualidade e os indicadores econômicos e financeiros estão associados, uma vez que organizações com melhor desempenho podem obter melhores índices de qualidade, mas o inverso também, ou seja, melhores índices de qualidade favorecem um melhor desempenho econômico e financeiro¹³.

O resultado do teste de correlação de Pearson pode ser observado por meio da Tabela 2. As análises a seguir visam identificar as relações dos indicadores econômicos e financeiros com os índices de qualidade.

Os indicadores de liquidez compõem um grupo que busca identificar o nível de solvência de uma organização, ou seja, a sua capacidade em pagar as suas obrigações, sejam elas no curto prazo, sejam elas no longo prazo, ou ainda a dependência de estoque. Por meio da Tabela 2, é possível visualizar que os três indicadores de liquidez (ILC, ILS e ILG) apresentaram correlação negativa e significativa ($p < 0,001$) com o índice média de pacientes por dia (MPD). A relação identificada entre esses indicadores demonstra que, quanto menor for a média de pacientes por dia, maior será a liquidez, pois, quanto menor for

o atendimento diário, menor serão as despesas; assim, deixa-se mais receita para cumprir com suas obrigações, bem como as entradas de caixa serão mais rápidas. Dessa forma, existe uma entrada mais rápida de capital na instituição hospitalar, enquanto as despesas diminuem. Então, o investimento de capital próprio aumenta o índice de liquidez⁴⁹.

Verifica-se também que o índice de liquidez seca está correlacionado negativamente com a taxa de mortalidade institucional, ou seja, a liquidez seca é maior quando a taxa de mortalidade institucional (TMI) é menor. Tal fato é compreensível, pois, quanto menos pessoas morrem em 48 horas, menor será sua permanência em UTI, com gastos com medicações e aparelhagem, o que faz com que a entidade necessite manter um estoque elevado. Correlacionando os indicadores de índice de liquidez seca (ILS) e taxa de mortalidade hospitalar (TMH) positivamente, percebe-se que, quanto maior a TMH, maior será sua capacidade de pagamento, visto que, após a morte de um paciente, sanam-se as despesas que vinham acontecendo para salvar a vida dele.

Na Tabela 2, observa-se que o índice de liquidez geral apresenta correlação negativa com o período médio de estocagem, visto que, quanto menor for o período de estocagem, maior será a capacidade de pagamento da organização. Essa correlação se justifica, pois, se houver estoque parado, pode ocorrer uma diminuição de giro financeiro e possíveis perdas (prazos de validade). O estoque possui um grande impacto nas empresas, como o dinheiro investido, por esse motivo o gestor deve ter um planejamento de distribuição e controle desse estoque⁵⁰.

Analisando a correlação negativa entre imobilização de patrimônio líquido (IMPL) e taxa de infecção hospitalar (TIH), percebe-se que, quanto maior for a imobilização de patrimônio líquido, menor será a taxa de infecção hospitalar.

Tabela 2. Teste de correlação de Pearson dos indicadores econômicos e financeiros e dos indicadores de qualidade de organizações hospitalares

INDICADOR	ILC	ILS	ILG	PCT	PCP	IMPL	IMRNC	PMPC	PMR	PME	MPD	MP	TO	TMI	TMH	TIH
ILC	1	0,91**	0,56**	0,38**	0,38**	-0,12	-0,044	-0,019	0,316**	-0,1	-0,45**	0,164	-0,03	-0,13	0,198	-0,15
ILS		1	0,56**	-0,41**	0,41**	-0,03	0,006	-0,146	0,256*	-0,08	-0,44**	0,075	-0,12	-0,3*	0,257*	-0,16
ILG			1	-0,25	0,25	-0,11	0,016	0,255*	0,189	-0,35**	-0,36**	0,052	-0,08	-0,15	0,297*	0,006
PCT				1	-1**	0,104	0,196	-0,021	-0,24	0,069	0,135	-0,2	0,151	0,115	-0,03	-0,19
PCP					1	-0,1	-0,196	0,021	0,238	-0,07	-0,14	0,2	-0,15	-0,12	0,026	0,189
IMPL						1	0,135	0,119	-0,15	0,057	-0,22	-0,13	-0,15	0,004	-0,2	-0,36**
IMRNC							1	0,097	-0,21	-0,02	0,104	-0,24	0,065	-0,16	-0,27*	-0,28*
PMPC								1	0,044	0,263*	0,163	0,221	0,567**	0,498**	-0,17	-0,1
PMR									1	0,037	0,349**	-0,05	0,105	0,148	0,252	0,097
PME										1	0,072	0,192	-0,05	0,233	0,435**	-0,16
MPD											1	-0,11	0,436**	0,171	-0,01	0,087
MP												1	0,012	0,523**	0,153	0,123
TO													1	0,444**	0,033	0,032
TMI														1	0,117	0,105
TMH															1	0,14
TIH																1

*A correlação é significativa no nível de 0,01 (2 extremidades); **A correlação é significativa no nível de 0,05 (2 extremidades)

Essa correlação comprova a importância do investimento em materiais/equipamentos e infraestrutura, uma vez que estes reduzem os riscos de infecções nos pacientes. Da mesma forma, verifica-se que a imobilização dos recursos não correntes (IMRNC) possui correlação negativa com a taxa de mortalidade hospitalar (TMH) e a taxa de infecção hospitalar (TIH). Assim, quanto maior a imobilização, menor será a taxa de mortalidade e a taxa de infecção hospitalar, pois, quanto mais recursos (materiais e equipamentos), mais preparado estará o hospital para atender às necessidades dos pacientes, evitar complicações em procedimentos e até mesmo salvar suas vidas.

Observa-se que o prazo médio de pagamento de compras apresentou correlação positiva com o período médio de estocagem. Essa correlação demonstra que, quanto maior for o período de estocagem, maior será o prazo para pagamento aos fornecedores – por consequência, comprando mais, a organização acaba ficando com um estoque maior. O estoque é o conjunto de bens armazenados e utilizados conforme as necessidades das organizações⁵⁰.

O prazo médio de pagamento de compras possui correlação positiva com a taxa de ocupação; assim, esses indicadores são apenas numéricos, mas que, na realidade hospitalar, não podem ser explicados. Outro indicador que obteve correlação positiva com o prazo médio de pagamento de compras é a taxa de mortalidade institucional. Essa correlação se justifica somente em dados numéricos, pois, de maneira empírica, não existe correlação.

Analisando o prazo médio de recebimento, verifica-se correlação positiva com a média de paciente/dia. Quanto maior a média de paciente/dia, maior será o prazo médio de recebimento, pois, quanto mais pacientes derem entradas nos hospitais por dia, maior será a quantidade de recebimento; porém, como não pode se prever quando os pacientes receberão alta, o prazo de recebimento deles acaba aumentando.

Verifica-se que o período médio de estocagem possui correlação positiva com a taxa de mortalidade hospitalar, visto que, quanto maior a taxa de mortalidade hospitalar, maior será

o período médio de estocagem, o que significa que, quando um paciente vai a óbito, todas os materiais e as medicações que seriam utilizados pelo paciente acabam ficando estocados – às vezes medicações específicas para aquele estado clínico e com alto custo –, não permitindo rotatividade de estoque.

Assim, após a análise da correlação de Pearson, é possível observar que os indicadores econômicos e financeiros estão correlacionados com os indicadores de qualidade da gestão hospitalar, o que acaba causando influência no resultado entre eles.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, realizado em uma rede de hospitais do terceiro setor do Sul do país, teve como objetivo analisar a relação entre indicadores econômicos e financeiros e a gestão de qualidade no âmbito da administração hospitalar.

A análise foi realizada por meio da correlação de Pearson, podendo-se observar correlações significativas (*p value* < 0,05) negativas e positivas entre os grupos de indicadores. Tal fato sugere que as entidades hospitalares devem prestar mais atenção no conjunto de indicadores econômicos, financeiros e de qualidade, o que resultará em uma melhor gestão, pois facilitará o controle e a tomada de decisão mais assertiva.

Os dados analisados permitem inferir que, quanto mais as entidades hospitalares prestarem um serviço de qualidade, maior será o seu retorno financeiro e, consequentemente, maior serão os recursos disponíveis para investimentos, permitindo, assim, a melhoria contínua dos serviços.

Como limitação deste estudo, é possível apontar o número de entidades analisadas, o que não permite com que os resultados possam ser generalizáveis a todas as entidades. Assim, sugere-se a realização de novos estudos considerando outras variáveis que possam afetar essas relações, como a classificação em hospitais públicos, com fins lucrativos e sem fins lucrativos.

Portanto, este trabalho demonstra ao leitor alguns indicadores de qualidade, econômicos e financeiros, bem como a correlação entre eles, também demonstrando a importância da tomada de decisão no âmbito hospitalar.

■ REFERÊNCIAS

- Porter ME. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. Porto Alegre: Bookman; 2007.
- Borba VR, Lisboa TC, Ulhoa WMM. Gestão administrativa e financeira de organizações de saúde. São Paulo: Atlas; 2009.
- Bittar OJNV. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. Rev. Adm. Saúde. 2002;5(17):9-18.
- Berwick DM. Aplicando o gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde. In: Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J, editores. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron Books; 1994. p. 18-27.
- Alemão MM, Gonçalves MA, Drumond HA. Estudo da Utilização da Informação de custos como ferramenta de gestão em organização pública: estudo do SIGH-CUSTOS. Perspect. Gest. Conhecimento. 2013;3(1):210-26.
- Pinochet LHC. O processo de formulação de uma política de segurança de informações segundo a percepção dos gestores: um estudo em instituições hospitalares [tese]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas; 2007.
- Barbosa JGP, Gonçalves AA, Simonetti V, Leitão AR. A proposed architecture for implementing a knowledge management system in the Brazilian National Cancer Institute. Braz. Adm. Rev. 2009;6(3):247-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-76922009000300006>.
- Silva MDDOP, Barreto IG, Sousa MVD, Lucena WGL. Uma análise comparativa dos indicadores de desempenho de uma entidade de saúde

- pública de Caruaru - PE: um aplicativo estratégico do Balanced Scorecard. In: Anais do 3º Congresso USP de Iniciação Científica; 2006; São Paulo, BR. São Paulo: USP; 2006.
9. Vecina G No, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Cien Saude Colet.* 2007;12(4):825-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400002>. PMID:17680139.
 10. Gonçalves EL. O hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios; 1983.
 11. Shaw CD. Evaluating accreditation. *Int J Qual Health Care.* 2003;15(6):455-6. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzg092>. PMID:14660527.
 12. Thrun D. Sistemática do gerenciamento do processo suportado em medidas de controle para os serviços internos para uma indústria de alimentos [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
 13. Souza AAD, Rodrigues LT, Lara CO, Guerra M, Pereira CM. Indicadores de desempenho econômico-financeiro para hospitais. In: Anais do 12º SEMEAD; 2005; São Paulo, BR. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
 14. Cherubin NA, Santos N. Administração hospitalar: fundamentos. 3. ed. São Paulo: Loyola; 2002.
 15. La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009.
 16. Gollo F. Relação entre indicadores econômicos e financeiros e indicadores de qualidade na área da saúde. Concórdia [monografia]. Concórdia: Universidade do Contestado; 2013.
 17. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1981.
 18. Barbanti LF. Formulação da estratégia em um hospital privado geral e de grande porte na cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2000.
 19. Tognon IV. Uma contribuição ao estudo dos custos hospitalares com o uso do custeio baseado em atividades: um estudo de caso do setor de pediatria do Hospital de Caridade de Carazinho [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
 20. Araújo LCG. Organização, sistemas e métodos e as tecnologias de gestão organizacional. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
 21. Camacho JLT. Qualidade total para os serviços de saúde. São Paulo: Nobel; 1998.
 22. Organização Nacional de Acreditação. A ONA [Internet]. São Paulo: ONA; 2015 [citado em 2015 mar 6]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/20/A-ONA>
 23. Schiesari LMC, Kisol M. Avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *Rev. Adm. Saúde.* 2003;5(18):7-17.
 24. Nogueira LC. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 2. ed. Belo Horizonte: EDG; 1999.
 25. Pereira LL, Galvão CR, Chanes M. Administração hospitalar: instrumentos para gestão profissional. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
 26. Gianesi IGN, Corrêa HL. Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas; 1994.
 27. Gurgel GD Jr, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2002;7(2):325-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000200012>.
 28. Gitman LJ, Madura J. Administração financeira: uma abordagem gerencial. São Paulo: Pearson; 2003.
 29. Alemi F, Sullivan T. An example of activity based costing of treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2007;33(1):89-99. <http://dx.doi.org/10.1080/00952990601087372>. PMID:17366249.
 30. Gonçalves EL, editor. *Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno*. São Paulo: Saraiva; 2006.
 31. Ching HY. Manual de Custos de Instituições de Saúde: sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividades (ABC). São Paulo: Atlas; 2001.
 32. Galvão J. O segmento de saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau – SC: a participação do Hospital Santa Isabel [dissertação]. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau; 2003.
 33. Martins DDS. Administração financeira hospitalar. 1. ed. São Paulo: Atlas; 2005.
 34. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
 35. Raupp FM, Beuren IM. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais: como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2006.
 36. Cervo AL, Bervian PA, Silva R. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.
 37. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2006.
 38. Cruz JAW, Stadler H, Martins TS, Rocha DT. Avaliação de desempenho no terceiro setor: uma abordagem teórica de *strategicaccounts*. *Rev. Bras. Estratêg.* 2009;2(1):11-26.
 39. Couto RC, Pedrosa TMG. Hospital: gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade viabilizando a sobrevivência. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
 40. Ramos P, Ramos MM, Busnelo SJ. Manual prático de metodologia da pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese. Blumenau: Acadêmica; 2005.
 41. Gressler LA. Introdução à pesquisa: projetos e relatórios. 2. ed. São Paulo: Loyola; 2004.
 42. Gitman LJ. Princípios de administração financeira. 12. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2010.
 43. Matarazzo DC. Análise financeira de balanços: abordagem gerencial. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
 44. Atkinson AA, Banker RD, Kaplan RS, Young SM. Contabilidade gerencial. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2011.
 45. Marion JCM. Análise das demonstrações contábeis: contabilidade empresarial. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2007.
 46. Téles CC. Análise dos demonstrativos contábeis: índices de endividamento [Internet]. Belém: Perito Contador; 2003 [citado em 2015 out 20]. Disponível em: http://www.peritoc contador.com.br/artigos/colaboradores/Artigo_-_ndices_de_Endividamento.pdf
 47. Silva AA. Estrutura, análise e interpretação das demonstrações contábeis. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
 48. Guerra M. Análise de desempenho de organizações hospitalares [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
 49. Amihud Y, Mendelson H. Assent pricing and the bid-ask spread. *J Financ Econ.* 1986;17(2):223-49. [http://dx.doi.org/10.1016/0304-405X\(86\)90065-6](http://dx.doi.org/10.1016/0304-405X(86)90065-6).
 50. Moura C. Gestão de estoques. 1. ed. Rio de Janeiro: Ciência Moderna; 2004.

Recebido em: Jul. 13, 2016
 Aprovado em: Ago. 06, 2018