

**FUNDAÇÃO INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISAS EM
CONTABILIDADE, ECONOMIA E FINANÇAS – FUCAPE**

ALOISIO CALVE

**UM ESTUDO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA NOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS DO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA
2011**

ALOISIO CALVE

**UM ESTUDO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA NOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração de Empresas, da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração, na área de concentração Finanças e Estratégia.

Orientador: Prof. Dr. Valcemiro Nossa

**VITÓRIA
2011**

ALOISIO CALVE

**UM ESTUDO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA NOS HOSPITAIS
FILANTRÓPICOS DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração de Empresas linha de pesquisa Estratégia e Governança Pública e Privada, da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração, na área de concentração Finanças e Estratégia.

Aprovada em 30 de agosto de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profº. Dr. Valcemiro Nossa
Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em
Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE)
Orientador

Profº. Dr. Marcelo Sanches Pagliarussi
Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em
Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE)
Banca

Profª. Drª. Flávia Zóboli Dalmácio
Universidade de São Paulo (USP)
Banca

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por estar ao meu lado em todos os momentos, nas horas difíceis alimentando a esperança de chegar ao final do curso.

Agradeço a minha esposa Ana Lúcia, companheira constante, torcendo e orando por mim.

Agradeço ao meu filho Gabrielzinho, luz da minha vida, que mesmo não entendendo, cedeu o tempo dele, para que eu pudesse estudar.

Agradeço aos gestores hospitalares que me receberam e contribuíram com as informações para realização da pesquisa.

Agradeço a diretoria do Hospital Evangélico de Vila Velha, pelo apoio e liberação do dia da semana, para eu estudar o mestrado.

“Comece fazendo o que é necessário, depois faça o que é possível e de repente estará fazendo o que é impossível”.

São Francisco de Assis

RESUMO

O desenvolvimento tecnológico ocorrido na área médica, a escassez de recursos, as exigências ambientais e a sociedade cobrando um serviço resolutivo faz com que os modelos de gestão dos hospitais estejam alinhados aos interesses da sociedade. O objetivo do trabalho foi mensurar o nível de aderência às práticas de governança corporativa nos hospitais filantrópicos do Espírito Santo e a relação dessas práticas com os resultados operacionais. No referencial teórico foram abordados temas sobre os hospitais filantrópicos, teoria de agência e governança corporativa. Os dados foram coletados por meio de questionário respondido pelos representantes dos hospitais filantrópicos, análise dos demonstrativos contábeis, do relatório anual de 2010 e consulta ao *web site* dos hospitais. A pesquisa compreende uma amostra de 21 hospitais filantrópicos de 47 distribuídos em todas as regiões do Estado. Os resultados apontaram que apenas 01(um) hospital conseguiu ultrapassar 50% da pontuação máxima do Índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos - IGHF. Quanto à análise dos indicadores de desempenho e sua relação com o IGHF, foi utilizado o teste de médias de Mann-Whitney, os resultados indicam que os hospitais com maior índice do IGHF possuem médias diferentes dos hospitais com menor índice do IGHF para os indicadores de Receita, ativos e internações, por leito hospitalar. Os hospitais de grande porte possuem maior aderência às práticas de governança e melhores indicadores de desempenho.

Palavras-chave: Governança Corporativa, Hospitais Filantrópicos, Desempenho.

ABSTRACT

The technological development that has occurred in the medical field, the scarcity of resources, the environmental requirements, and the people demanding a more effective service, make the models of hospital governance be in accordance with the interests of society. The goal of this research is to measure the level of adherence to corporate governance practices in philanthropic hospitals in the State of Espírito Santo and the relationship of these practices with the operational results. In relation to philanthropic hospitals, in the background and history section were addressed: agency theory and corporate governance. The data were collected by means of a questionnaire answered by the representatives of the philanthropic hospitals, analysis of financial statements, analysis of the 2010 annual report, and by searching the web sites of hospitals. The survey comprises a sample of 21 philanthropic hospitals of 47 other distributed in all regions of the State. The results showed that only 01 hospital could exceed 50% of the maximum score of Corporate Governance Index for Philanthropic Hospitals - IGHF. As for the analysis of performance indicators and their relationship with CGI, we used the mean test, Mann-Whitney test, the results indicate that hospitals with the highest rate of IGHF have different means of hospitals with the lowest IGHF indicators for income, assets and admissions by hospital bed. The large hospitals have greater adherence to best governance practices and performance indicators.

Keywords: Corporate Governance, Philanthropic Hospitals, Performance.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: HOSPITAIS FILANTRÓPICOS POR REGIÃO	21
TABELA 2: CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO NÚMERO DE LEITOS	21
TABELA 3: MODELO FILANTRÓPICO VERSUS MODELO CORPORATIVO.....	26
TABELA 4: PERGUNTAS PARA COMPOSIÇÃO DO IGHF	55
TABELA 5: <i>RANKING</i> DOS HOSPITAIS PELO SCORE DO IGHF EM % DE APROVEITAMENTO	64
TABELA 6: SCORE DO IGHF POR DIMENSÃO VERSUS PORTE.....	70
TABELA 7: INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR.....	73
TABELA 8: CORRELAÇÃO DO IGHF E OS INDICADORES DE DESEMPENHO....	74
TABELA 9: MÉDIA, MEDIANA, MÍNIMO, MÁXIMO E DESVIO PADRÃO DOS INDICADORES	74
TABELA 10: RANKS DO TESTE DE MANN-WHITNEY	79
TABELA 11: RESULTADOS DO TESTE ESTATÍSTICO DE MANN-WHITNEY	80
TABELA 12: MÉDIA, MEDIANA, MÍNIMO, MÁXIMO E DESVIO PADRÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO POR PORTE HOSPITALAR	81

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1: TEORIA DE AGÊNCIA NOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS.....25

LISTA DE SIGLAS

AtivLei – Ativos por Leito Hospitalar.

CEBAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.

CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas.

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social.

CND – Certidão Negativa de Débitos.

COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social.

EndLeit – Endividamento por Leito Hospitalar.

FEHOFES – Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Espírito Santo.

FEHOSP – Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo.

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

IGCCF – Índice de governança para Clubes de Futebol.

IGHF – Índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos.

INSS – Imposto de Contribuição da empresa para Seguridade Social.

IntLei – Internações por Leito Hospitalar.

IPA – Índice de *Accountability* Pública.

ONGs – Organizações não governamentais.

OTS – Organizações do Terceiro Setor.

PIS – Programa de integração Social.

RecLei – Receitas por Leito Hospitalar.

ResLei – Resultado Líquido por Leito Hospitalar.

SESA – Secretaria de Estado da Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

Capítulo 1	12
1 INTRODUÇÃO	12
Capítulo 2	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO BRASIL.....	18
2.2 TEORIA DE AGÊNCIA	23
2.3 GOVERNANÇA NOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS.....	29
2.3.1 A Configuração da Governança	32
2.3.2 Governança Versus Desempenho nos Hospitais	37
2.3.3 Prestação de Contas dos Hospitais Filantrópicos	47
Capítulo 3	50
3 METODOLOGIA	50
3.1 TIPOLOGIA E ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO	50
Capítulo 4	63
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	63
4.1 ANÁLISE DO ÍNDICE DO IGHF.....	63
4.2 RESULTADO DAS ANÁLISES POR DIMENSÃO DO IGHF	63
4.2.1 Evidenciação	64
4.2.2 Conselho e Estrutura de Funcionamento	65
4.2.3 Ética e Conflito de Interesses	66
4.2.4 Direitos e Propriedade	67
4.2.5 Retorno Social	68
4.2.6 Análise por dimensão versus porte dos hospitais	69
4.3 ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO.....	72
4.3.1 Teste de Médias de Mann- Whitney	76
4.3.2 Análise dos indicadores por porte hospitalar	80
Capítulo 5	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
6 REFERÊNCIAS	87

Capítulo 1

1 INTRODUÇÃO

Em 20 de julho de 2010 foi regulamentada pelo decreto nº 7.237 a lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009 (BRASIL, 2011), conhecida como lei da filantropia. A lei estabelece as regras para a concessão e renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social. Abrange um conjunto diversificado de organizações, fundações, instituições empresariais, associações comunitárias, entidades assistenciais e filantrópicas e outras instituições sem fins lucrativos.

A evolução tecnológica ocorrida na assistência hospitalar, associada às exigências ambientais e sociais, tem exigido dos hospitais filantrópicos desenvolverem estratégias para sua manutenção e sobrevivência diante desses novos desafios.

O Estado contribui com recursos públicos para manutenção das organizações filantrópicas, com a concessão de recursos financeiros, materiais e humanos. Dessa forma o controle acerca da aplicação desses recursos deve ser estendido a tais organizações, tanto no que se refere a utilização, quanto ao desenvolvimento das atividades (Gimenez e Leonardo, 2009).

Conforme Leal e Fama (2007) há um crescente interesse dos doadores e voluntários (principais) em monitorar a utilização dos recursos, para que não sejam expropriados pelos gestores (agentes). Assim, pode ser essencial que a organização sem fins lucrativos desenvolva mecanismos de controle para manter os gestores dentro de limites aceitáveis de discricionariedade.

A adoção de boas práticas de governança corporativa pode criar mecanismos para medir a qualidade dos relatórios dessas organizações a partir de uma perspectiva de responsabilidade social. Observa-se que nos hospitais filantrópicos não há a figura do dono ou acionista, mas permanece a necessidade de garantir que os gestores estejam agindo de acordo com a missão da organização, e não em função de seus próprios interesses (RODRIGUES; MALO, 2006).

Leal e Fama (2007, p.2) afirmam que:

A tendência de separação entre principal e agente ocorre, nas organizações sem fins lucrativos, principalmente em função de dois aspectos: o primeiro, de caráter interno, refere-se aos fundadores e idealizadores das organizações, que vêm deixando a função de gestores para atender à necessidade de profissionalização do setor; o segundo aspecto, de caráter externo, relaciona-se ao aumento da rigidez na prestação de contas aos principais, especialmente, os parceiros e doadores. Apesar de as Organizações do Terceiro Setor (OTS) não distribuírem resultados financeiros, há relação de agência entre os gestores da organização (agentes) e seus doadores e voluntários (principais).

Mendonça e Machado Filho (2004) corroboram, afirmando que nas Organizações do Terceiro Setor – OTS ocorre a separação entre propriedade e controle, pois há assimetria de informações entre doadores e voluntários (principais) e os gestores das organizações (agentes) quanto a aplicação dos recursos e o resultado esperado da doação.

Mesmo tendo origem nas sociedades comerciais, as idéias propostas pela Teoria de Agência também passaram a influenciar o tratamento da governança em organizações sem fins lucrativos (CORNFORTH, 2003). Nos hospitais filantrópicos, a organização instituidora não tem direito a dividendos, sendo vedada a remuneração aos conselheiros, o que leva a poucos incentivos ao monitoramento, tornando o setor vulnerável aos interesses dos agentes (MENDONÇA; MACHADO FILHO, 2004).

A governança nessas organizações tem ainda menos trabalhos de teorização que a governança em organizações de negócios, o que torna pertinente, portanto, estabelecer estudos para a continuidade da compreensão do conceito neste campo organizacional (CORNFORTH, 2003).

Coy e Dixon (2004) visualizaram essa mesma problemática nas instituições públicas de ensino superior da Nova Zelândia e desenvolveram uma pesquisa com vistas a elaborar um Índice de Governança Corporativa chamado *Public Accountant Index – PAI*. Esse índice foi desenvolvido a partir da análise dos relatórios anuais das faculdades como foco na apresentação, além das questões educacionais e financeiras, abrangendo também as condições de desempenho, as atividades exercidas para todos que têm interesses sociais, políticos e econômicos nessas instituições. Coy e Dixon (2004, p. 82) afirmam que, “um índice é composto por números que sintetizam, em números individuais, os objetivos no conjunto que se quer medir e que são possíveis de medição”.

Posteriormente, Rezende, Facure e Dalmácio (2009) adaptaram esses indicadores a clubes de futebol e por meio de uma análise qualitativa, elaboraram o Índice de Governança Corporativa para Clubes de Futebol – IGCCF.

O tema governança tem sido discutido na literatura hospitalar, com base na experiência dos gestores e consultores, porém os trabalhos teóricos têm recebido poucas verificações empíricas produzindo resultados incompletos ou inconclusivos quanto à influência das características de governança sobre o desempenho (ALEXANDER; LEE, 2006).

Portanto, torna-se relevante para o estudo da governança corporativa criar mecanismos para medir a qualidade dos relatórios dessas organizações a partir de uma perspectiva de responsabilidade social. Nessa perspectiva, este trabalho

relaciona-se ao nível de aderência às Práticas de Governança Corporativa nos Hospitais Filantrópicos.

Neste contexto, o problema de pesquisa a ser estudado é: Qual é o nível de aderência às Práticas de Governança Corporativa nos Hospitais Filantrópicos do Estado do Espírito Santo? E qual relação desse nível com a capacidade de prestar serviços hospitalares à população?

Para responder tais questões, os objetivos deste trabalho são: a) Desenvolver e Calcular um Índice de Governança Corporativa para os Hospitais Filantrópicos – IGHF; b) Investigar se existe relação entre o IGHF com os indicadores de desempenho, Receitas, Valor do Ativo Total, Valor do Imobilizado, Endividamento, Número de Internações e Resultado Líquido.

Alguns dos indicadores de desempenho, tais como número de internações ajustada a proporção de mercado, são significativamente influenciados pelo tamanho do hospital. Por exemplo, os hospitais maiores, com mais leitos hospitalares, são mais propensos a admitir e tratar uma quantidade maior de pacientes do que os hospitais de menor porte, dessa forma, uma variável que indica leito hospitalar foi incorporado no modelo para controlar as diferenças no tamanho do hospital (ALEXANDER; LEE, 2006). Assim, a unidade de medida para equalizar os indicadores ao tamanho de cada hospital será o número de leitos.

A criação do IGHF e a relação com os indicadores de desempenho ampliam os estudos de governança na busca de criar mecanismos para monitorar e controlar os resultados dos hospitais e as ações dos agentes. O IGHF é formado por questões relacionadas às dimensões de: Evidenciação, Conselhos - estrutura e funcionamento, ética e conflito de interesses, direitos e propriedade, retorno social, adaptados conforme Resende, Facure e Dalmácio (2009).

O índice IGHF representa o quanto à organização e sua estrutura de funcionamento estão aderindo às práticas de governança corporativa, conforme as dimensões descritas anteriormente, dessa maneira o IGHF pode contribuir como ferramenta de controle da gestão hospitalar.

A relação do IGHF com indicadores de desempenho busca explicar o quanto a aderência às práticas de governança pode influenciar na geração de: receitas por leito (RecLei); no ativo total por leito (AtivLei); imobilizado por leito (ImobLei); Internações por leito (IntLei); endividamento por leito (EndLei) e resultado líquido por leito (ResLei).

O trabalho foi desenvolvido sob a ótica da Teoria de Agência, que discute as relações contratuais entre o principal, que delega autoridade ao agente, para tomar decisões em prol dos seus interesses. Com a ausência de incentivos e mecanismos de controle surge assimetria de informações, assim as decisões tomadas pelos agentes, podem ser em benefício dos seus próprios interesses, (JENSEN; MACKLING, 1976).

Com recursos escassos os doadores querem se sentir seguros que os recursos investidos sejam aplicados de forma eficiente, dessa forma a implementação de práticas de governança corporativa possibilita uma gestão transparente e profissional, reduzindo a assimetria de informação, maximizando o valor e a confiabilidade da instituição (LEAL e FAMA, 2007).

Ressalta-se que esta pesquisa contribui com um estudo empírico sobre governança nos hospitais filantrópicos, na busca da compreensão dos conflitos de agência, entre governo, doadores, população e voluntários como “principais”, e gestores hospitalares como “agentes”. Para isso é desenvolvido e calculado um índice de governança para os hospitais, no sentido de reduzir a assimetria de

informações entre agentes e principais na gestão da saúde e sua relação com o desempenho das instituições.

Capítulo 2

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO BRASIL

Conforme a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB, as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, estão no Brasil desde 1543 e somam, hoje, mais de duas mil e quinhentas unidades de saúde em todo o território nacional. Os hospitais filantrópicos respondem por cerca de 50% dos leitos hospitalares disponíveis. Algumas dessas instituições constituindo-se em centros regionais de referência em medicina e excelência em tratamento médico de diversas especialidades (CMB, 2010).

As Santas Casas e Hospitais Filantrópicos cumprem um papel histórico na prestação de serviços e formação de profissionais para a saúde, contribuem para o desenvolvimento da ciência médica, assistencial e outras, mantendo hospitais escolas, residência médica e campo de estágio em diversas áreas, 56% das instituições são os únicos hospitais no município onde se localizam, disponibilizam cerca de 175 mil leitos hospitalares no território nacional (CMB, 2010).

Os hospitais filantrópicos se encontram em sua grande maioria nas cidades do interior, em pequenos municípios, sendo muitas vezes a única opção de assistência da população (UGA et al., 2008).

Os serviços prestados pelas entidades filantrópicas complementam as deficiências do Estado que não consegue atender às necessidades da população. Essas entidades corroboram com a missão do Estado, suprimindo as deficiências

educacionais, de saúde, beneficentes e de atividades voltadas para o bem estar da pessoa humana, assim são reconhecidas como de utilidade pública (POZZOBON, 2003).

Os serviços prestados pelos hospitais filantrópicos ao Sistema Único de Saúde - SUS são remunerados por uma tabela que está abaixo do custo dos serviços prestados, dificultando o equilíbrio financeiro. A cada R\$ 100 gastos, o SUS remunera apenas R\$ 65 – o impacto de tamanha defasagem é o surgimento de dificuldades no equilíbrio das contas, endividamento bancário, baixo investimento, ineficiências na gestão e busca por aportes emergenciais junto ao poder público (CMB, 2010).

A Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo – FEHOSP mostra o volume do endividamento dos hospitais filantrópicos no Brasil e em São Paulo, e aponta como responsável por esse endividamento a diferença entre o custo e o valor que a tabela SUS remunera os procedimentos (FEHOSP, 2010).

O principal motivo do endividamento dos hospitais beneficentes no Brasil é a defasagem nos preços da tabela SUS, por exemplo: um parto normal custa aproximadamente R\$ 800,00 e o SUS paga R\$ 317,00. A tabela SUS cobre em média 60% dos custos para realizar os procedimentos hospitalares, dessa forma a dívida dos hospitais com o BANDES, Caixa Econômica Federal e fornecedores chegam a R\$1,8 bilhão (FEHOSP, 2010).

Muitas Santas Casas e hospitais sem fins lucrativos deixaram de recolher aos órgãos públicos contribuições previdenciárias, encargos tributários e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS em decorrência da forte crise de financiamento que afeta o setor há vários anos. Portanto, estando em débito não

conseguem obter as Certidões Negativas de Débitos (CND) e acabam tendo inúmeras dificuldades para contratar os serviços que prestam ao SUS, obter financiamentos junto aos bancos oficiais, receber subvenções e até mesmo manter o benefício da isenção da cota patronal (CMB, 2010).

Os hospitais filantrópicos por serem considerados de utilidade pública deixam de contribuir com a Receita Estadual e Federal, sendo assim imunes ou isentos de impostos. Esses benefícios fiscais são considerados uma forma indireta da sociedade e o Governo contribuírem com as ações desenvolvidas por essas instituições. Para obter os benefícios com isenções de: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição da empresa para Seguridade Social (INSS), Contribuição para o Programa de Integração Social (PIS), os hospitais filantrópicos precisam obter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) que é emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que compõe o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (CMB, 2010).

A entidade para ser considerada beneficente e fazer jus ao Certificado (CEBAS) precisa comprovar a prestação de todos os seus serviços ao SUS com um percentual mínimo de 60%, inclusive em internações realizadas medidas em paciente/dia (FASCINA, 2009).

Conforme a Federação das Santas Casa e Hospitais Filantrópicos do Espírito Santo – FEHOFES, no Estado são 47 hospitais filantrópicos que disponibilizam ao SUS 2.709 leitos, ou seja, 80,79% de sua capacidade instalada, respondem por mais de 60% de atendimento ao SUS à população capixaba, sendo responsáveis por 120 mil internações hospitalares e mais de 4 milhões de atendimentos

ambulatoriais do SUS em 2009, em 34 municípios só existe hospital filantrópico (FEHOFES, 2010).

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos filantrópicos por região do Espírito Santo, observa-se que a grande maioria está localizada fora da região da Grande Vitória.

TABELA 1: HOSPITAIS FILANTRÓPICOS POR REGIÃO

Região	Nº	%
Grande Vitória	5	10,64%
Região Sul	15	31,91%
Região Centro-serrana	9	19,15%
Região Norte	18	38,30%
Total	47	100,00%

Fonte: FEHOFES (2010)

89,36%

No Espírito Santo os hospitais são classificados por Porte: Pequeno, Médio e Grande, de acordo com o número de leitos disponíveis, observa-se que 89,0% dos hospitais são de pequeno e médio porte. A Tabela 2 representa a classificação dos filantrópicos no Estado.

TABELA 2: CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO NÚMERO DE LEITOS

08 hospitais de grande porte:	com mais de 100 leitos
19 hospitais de médio porte:	de 51 a 99 leitos
20 hospitais de pequeno porte:	de 20 a 50 leitos

Fonte: FEHOFES (2010)

89,00%

O Secretário de Saúde do Espírito Santo em 2010, afirma que dezesseis hospitais filantrópicos estão contratualizados e passarão a receber antecipadamente a prestação dos serviços, os recursos para alta complexidade que serão disponibilizados até o quinto dia útil de cada mês, assim os hospitais poderão ampliar o atendimento e negociar melhor os preços de compra de materiais e medicamentos. De 2002 a 2010, o valor da contratualização, assinado entre

Governo do Estado e hospitais filantrópicos passou de R\$ 42 milhões para R\$ 236 milhões, um aumento que corresponde a mais de 460%, (ESPÍRITO SANTO, 2010).

Contratualização é um programa de reestruturação dos hospitais filantrópicos do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da Portaria nº 1.721 GM/MS de 21 de Setembro de 2005. Segue o Art. 3º desta Portaria (BRASIL, 2010).

Art. 3º Estabelecer que as ações estratégicas de que trata o artigo 2º desta Portaria sejam definidas e especificadas mediante processo de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores, que deverá ser aprovado pelas Comissões Intergestores Bipartites - CIB e homologado pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Entende-se por contratualização o processo pelo qual as partes, o representante legal do hospital e o gestor municipal ou estadual do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizado por meio de um convênio.

Conforme a FEHOFES (2010), no ES, em 2010, 33 hospitais filantrópicos foram contratualizados, 17 estão sob a gestão dos Municípios/Prefeituras e 16 estão sob a Gestão do Estado, Secretaria de Estado da Saúde (SESA). A FEHOFES (2010) destaca que a contratualização é uma experiência nova para todos (prestadores e gestores) e, na maioria dos hospitais foi positiva pela mudança de conceito: passando de prestador de serviços para gestor dos serviços, com orçamento, condições de recebimento pré-definidas e pagamento em dia.

Nota-se que além do benefício fiscal, o Governo do Espírito Santo está investindo recursos na recuperação e manutenção dos hospitais, definindo o papel e a responsabilidade da instituição na rede assistencial. Mesmo que os hospitais filantrópicos não distribuam lucros, observa-se no contexto apresentado, que existe uma relação de agência entre os *stakeholders*. Como agentes estão os dirigentes das instituições hospitalares, que decidem onde e como aplicar os recursos recebidos. Como principais estão o Governo que disponibiliza os recursos, a População que paga tributos e utiliza os serviços, os Doadores e os Voluntários.

2.2 TEORIA DE AGÊNCIA

A Teoria de Agência discute as relações contratuais entre principal - que delega – e agente(s) - autoridade para tomar decisões em prol do seu interesse. Mas nem sempre os interesses dos agentes estão alinhados aos interesses do principal e na ausência de incentivos e mecanismos de controle, as decisões tomadas pelos agentes podem ser em benefício dos seus próprios interesses. Dessa forma revela-se a assimetria da informação nas relações contratuais, ou seja, o agente possui informações que o principal não tem. Nesse contexto surgem os conflitos de agência, ou seja, quando os objetivos dos agentes passam a ser priorizados em detrimento dos objetivos dos principais (JENSEN; MECKLING, 1976).

Jensen e Meckling (1976) definem custos de agência como sendo os custos para elaboração de contratos entre o principal e o agente, o monitoramento desse contrato, os gastos relacionados à divulgação das informações gerenciais, para promover a transparência da gestão e as perdas provenientes das decisões do agente em seu próprio benefício e não do principal. Portanto, a solução para reduzir os custos de agência seria a elaboração de controles completos por meio de contratos perfeitos entre o agente e o principal.

Na realidade das operações das organizações, não existem contratos entre agentes e principais que abrangem todas as contingências possíveis e respostas aos desafios e incertezas do ambiente de negócios (KLEIN, 1983).

Rogers, Securato e Ribeiro (2008, p. 62) afirmam que:

Se a relação de agência fosse perfeita, não existiria custo algum; no entanto, em razão dos conflitos de agência, existem custos realizados pelos acionistas para controle da gestão além dos custos atribuíveis ao oportunismo dos gestores (custos de agência). Como exemplos de custos de agência atribuídos aos gestores, citam-se, entre outros: a) remunerações e benefícios autoconcedidos; b) nepotismo e outras formas

de proteção conflitantes com os interesses corporativos; c) acesso assimétrico a informações; d) gestão de resultados focados no curto prazo.

Os problemas de agência ocorrem em todos os níveis hierárquicos da organização, essas relações representam à transparência da empresa em suas operações, que estão relacionadas com o ambiente externo da empresa nas relações com clientes, fornecedores, credores e outros (JENSEN; MECKLING, 1976).

Conforme apresentado, os pressupostos da teoria de agência formam um arcabouço teórico para se entender as relações contratuais atribuídas as organizações filantrópicas: Governo, doadores, população e voluntários e outros (REZENDE; FACURE; DALMÁCIO, 2009).

Na ilustração 1 são mostradas as relações de agência e os custos de monitoramento, no âmbito da saúde e dos hospitais filantrópicos. Pode-se observar na figura a aderência dos pressupostos da teoria de agência às atividades dos hospitais filantrópicos, onde as setas contínuas indicam as atividades operacionais e financeiras que são controladas pelos dirigentes dos hospitais e são possíveis focos de conflitos de agência, desvio de conduta, que estão a serviço do Governo, da população e outros *stakeholders*.

Conforme Rezende, Facure e Dalmácio (2009, p.6):

Nas setas tracejadas, têm-se, basicamente, os campos de execução, campo de geração dos conflitos (atividades operacionais e financeiras), bem como os mecanismos que podem ser implementados, pelo principal, como alternativa para a redução da assimetria informacional, esses mecanismos são: conselho de administração e fiscal, demonstrações financeiras e auditorias independentes.

O problema de agência surge em função de o principal não conseguir monitorar as decisões de aplicação de recursos por parte do agente, e garantir que esses recursos não sejam expropriados ou utilizados de forma ineficiente. Dessa

forma avaliar a eficiência dos hospitais e sua gestão é complexo, pois os resultados na maioria das vezes são intangíveis e a falta de informações dificulta a comparação entre as organizações.

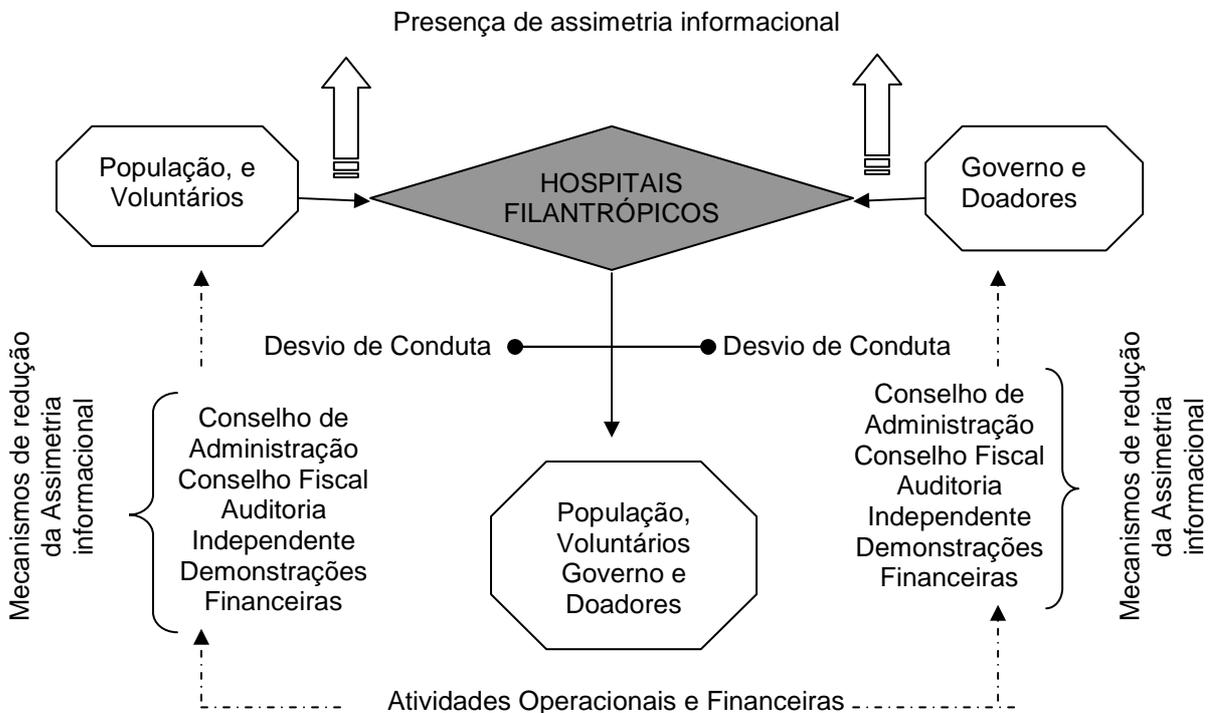


Ilustração 1: Teoria de Agência nos Hospitais Filantrópicos.
Fonte: Adaptado de Rezende, Facure e Dalmácio (2009, p. 4).

Na Ilustração 1, de um lado está o governo e os doadores, que disponibilizam recursos para os hospitais filantrópicos. O governo na forma de isenções tributárias, incentivos financeiros para contratualização de serviços ou investimentos em projetos estruturantes. Os doadores, pessoas físicas e jurídicas que colocam recursos nos hospitais em projetos para melhorar a assistência médica hospitalar ou para auxiliar na cobertura dos custos operacionais. Do outro lado os voluntários e a população. Os voluntários doam seu tempo e conhecimento no sentido de auxiliar os hospitais a prestar serviços humanizados aos pacientes. A população que se beneficia dos serviços prestados pelos hospitais e cada vez mais cobra por um serviço adequado as suas necessidades.

Pode-se observar ainda na Ilustração 1, que nas setas contínuas estão representados os desvios de conduta entre “agentes” gestores hospitalares, na aplicação dos recursos que foram disponibilizados pelo governo e doadores “principais”, para gerar serviços hospitalares em benefício da população. A assimetria de informação é representada pelas setas largas. A assimetria ocorre pela dificuldade dos “principais” em monitorar os esforços financeiros disponibilizados e os resultados dos serviços gerados pelos hospitais filantrópicos. Nas setas tracejadas, estão as áreas de execução e geração de conflitos (atividades operacionais) e os mecanismos de redução de assimetria informacional (conselhos, auditorias e demonstrativos financeiros).

Os mecanismos de governança vêm evoluindo na gestão das empresas e nas instituições sem fins lucrativos, ao longo dos últimos vinte anos a literatura de cuidados com a saúde vem se destacando entre o modelo empresarial e o modelo filantrópico (ALEXANDER; LEE, 2006).

TABELA 3: MODELO FILANTRÓPICO VERSUS MODELO CORPORATIVO

Modelo Filantrópico	Modelo Corporativo
Conselho Filantrópico com grande número de conselheiros	Conselho com pequeno número de participantes
Vasta gama de experiências	Perspectivas mercadológicas
Pequeno número de diretores na instituição	Grande número de diretores na gestão
Pouca participação na gestão	Participação ativa na gestão
Sem gestão formal	Prestação de contas ao conselho
Não limites para os mandatos dos membros do conselho	Limite de mandatos para os membros do conselho
Nenhuma compensação por serviços do conselho	Compensação prevista
Ênfase na preservação dos ativos	Ênfase na atividade estratégica

Fonte: adaptado de Alexander e Lee (2006).

Alexander e Lee (2006) afirmam que o modelo filantrópico salienta a participação da comunidade, devido ao processo de administração, enquanto o modelo empresarial enfatiza a estratégia de desenvolvimento com um posicionamento competitivo. O conselho com grande número de participantes e a ausência de limites de mandato apóia e reforça o modelo filantrópico de gestão, com a continuidade dos valores e tradições. Em contrapartida, o modelo corporativo com pequeno número de participantes no conselho, a associação estreita e a utilização de limites de prazo no mandato, apóiam e reforçam uma racionalização, com foco no processo de decisão estratégica.

Estas alegações foram testadas empiricamente e indicam que os hospitais com um modelo de governança corporativa responderam mais rapidamente às mudanças das condições ambientais por meio de estratégias como fusão, aquisição, diversificação e filiação sistema multihospitalar (ALEXANDER; LEE, 2006).

A falta de indicadores e informações de desempenho organizacionais dificulta a eficiência dos mecanismos de controle nas Organizações do Terceiro Setor - OTS, e mesmo que os recursos sejam aplicados de forma transparente é complexo o monitoramento por parte dos doadores (MENDONÇA; MACHADO FILHO, 2004).

Segundo Rogers, Securato e Ribeiro (2008, p. 62) “dessa forma, outorga-se aos gestores, mais do que a execução de ações previsíveis, mas o direito residual de controle da empresa”.

O principal em organizações sem fins lucrativos tem poucos incentivos para monitorar o gestor, dando a ele um poder discricionário, que o possibilita a realocar recursos em seu próprio benefício (MISORELLI, 2003).

A falta de interesse dos doadores em criar mecanismos de controle dos resultados da aplicação de recursos nas organizações sem fins lucrativos é gerada pelo fato de que o doador não está preocupado com resultados mensuráveis da sua doação. Por outro lado, os próprios gestores têm dificuldade em apresentar de forma clara e objetiva onde foram aplicados os recursos recebidos por doações (HERRERO; CRUZ; MERINO, 2002).

O fato de não existir incentivos e o conselho ser voluntário, faz com que os doadores assumam os riscos para alocação de recursos feitos nas organizações sem fins lucrativos, pois estes não possuem mecanismos para monitorarem os resultados dos serviços prestados (FAMA; JENSEN, 1983b).

Nos hospitais filantrópicos o aumento da rigidez na prestação de contas, a aplicação eficiente e transparente dos recursos governamentais e sociais, vem exigindo gradativamente a profissionalização do setor (LEAL e FAMA, 2007).

Gimenes e Leonardo (2009, p.8) afirmam que:

Para ser considerada transparente, uma organização do terceiro setor deve ter cuidado e zelo em elaborar e apresentar os relatórios de prestação de contas aos usuários sejam eles internos, entendido aqui como o conselho fiscal, os colaboradores remunerados ou voluntários e os beneficiados pelas atividades, ou externos, que são os órgãos públicos, as empresas privadas, os doadores e a sociedade civil.

Assim tanto nas organizações com fins lucrativos quanto nas organizações sem fins lucrativos, os mecanismos de governança corporativa podem oferecer proteção aos interesses dos *stakeholders*, além de funcionar como instrumento de monitoramento no processo de comunicação e informação das atividades e aplicação de recursos (MENDONÇA e MACHADO FILHO, 2004).

2.3 GOVERNANÇA NOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

A governança corporativa é expressa pelos valores organizacionais que reagem na forma de redes de relações externas e internas, que se reflete nos padrões de organização da empresa, repercutindo nos padrões de comportamento da sociedade como um todo (CADBURY, 1998).

Steinberg (2003) aponta três modelos de governança, que entende-se como estágios de amadurecimento das organizações. Os modelos são os seguintes:

a) *Atuais* – as práticas de governança são informais, carentes de metodologia adequada às organizações, poucos acionistas controladores que em muitos casos desconhecem os princípios fundamentais de governança;

b) *Emergente* – as práticas de governança estão formalizadas, poucos acionistas controladores, o acesso ao capital é facilitado para que a empresa execute suas estratégias corporativas;

c) *Mercado* – empresa com controle balanceado de distribuição de poder, práticas de governança formalizadas e institucionalizadas, capacidade e aspirações de participar globalmente do mercado.

Nas empresas que alcançam o nível de mercado os conceitos de responsabilidade social e valores organizacionais estão consolidados, as pessoas envolvidas têm que conciliar os interesses dos *stakeholders* com os interesses da gestão organizacional para alcançar resultados satisfatórios e garantir a continuidade da organização (STEINBERG, 2003). Percebe-se que os filantrópicos enquadram-se na classificação “Atual” carentes de metodologia adequadas para as práticas de governança corporativa.

Os resultados organizacionais dos hospitais filantrópicos estão relacionados à capacidade de gerar benefícios à sociedade, com a participação desses hospitais nas ações sociais e educacionais que promovam a manutenção da saúde, o controle de epidemias e a participação nas estratégias governamentais em benefício da população (POZZOBON, 2003).

Os hospitais filantrópicos atuam de modo a suprir as deficiências do Estado no atendimento à saúde, apresentam-se como uma alternativa para desenvolver políticas públicas de atendimento a população. O Estado com recursos limitados não consegue financiar todas as iniciativas dos hospitais filantrópicos, sendo necessário que estes busquem parcerias com as entidades privadas (POZZOBON, 2003).

O ambiente hospitalar sofre a demanda externa dos consumidores de serviços e informações, e internamente é permeado de arranjos estratégicos organizados por contratos com *enforcement* de ordenamento público, que buscam alinhar o combinado com o serviço oferecido, apesar da dificuldade de medir a qualidade final do serviço, estes fatos necessitam de uma estrutura de governança que monitore os relacionamentos existentes (FERREIRA, 2006).

Ferreira (2006) afirma também que o relacionamento entre os hospitais e o ambiente no qual estão inseridos é multifacetado, devido ao tipo de serviço, diversos atores envolvidos e a legislação que regula cada um desses atores no ambiente hospitalar. Assim, vários aspectos devem ser considerados quanto aos mecanismos de controle a serem implantados.

As divergências entre as decisões tomadas pelos gestores internos da organização e aquelas que seriam melhores para os *stakeholders* podem ser

controladas por quatro forças: a política legal e regulatória, o mercado de capitais, o mercado de produtos e o controle interno exercido pelo conselho (JENSEN, 1993).

Mendonça e Machado Filho (2004, p.305) afirmam que:

Esses mecanismos de controle podem ser classificados em mecanismos externos (sistemas político-legal e regulatório, mercado de capitais e do produto) e Internos (sistemas de controle exercido pelo conselho). Embora imperfeitos, os mecanismos de monitoramento e incentivo nas empresas com fins lucrativos destinam-se à redução do desalinhamento de interesses entre gestores e principais, tendo como base a diminuição da assimetria informacional. A partir dessa classificação, é possível traçar alguns paralelos entre a aplicação dos mecanismos internos e externos de governança nas empresas e nas OTS.

Quanto ao sistema político-legal e regulatório, Mendonça e Machado Filho (2004) apontam a fragilidade da legislação e do sistema de regulação governamental para fiscalizar e criar mecanismos de monitoramento das organizações sem fins lucrativos. Sobre o mercado de capitais e produtos, os mesmos autores afirmam que nas empresas privadas os principais têm forte interesse em monitorar a gestão, pois isso pode refletir nos preços das ações e nos seus ganhos, o que não ocorre nas OTS.

Nas organizações sem fins lucrativos os doadores têm liberdade para direcionar seus recursos, de forma que a escolha pode se basear na transparência das relações, assim a assimetria entre o gestor e as informações divulgadas podem influenciar nas decisões dos doadores (AKERLOF, 1970). O ambiente institucional pode agir como forma de inibir decisões oportunistas por parte dos gestores, pois decisões poderiam denegrir a imagem da empresa no mercado e conseqüentemente acarretariam na perda de doações para projetos e investimentos.

O mercado de doações poderia regular o comportamento dos agentes na doação de recursos, pois existe um forte incentivo para a utilização desses recursos captados para o financiamento de projetos sociais. Dessa forma, quanto mais

restrito o mercado de doações, maior a preocupação dos agentes com a manutenção da reputação da organização (MENDONÇA; MACHADO FILHO, 2004).

A cultura da avaliação de desempenho está em desenvolvimento nas organizações sem fins lucrativos, pois há uma dificuldade em criar indicadores de desempenho hospitalar, dando margem ao risco moral, visto que o principal fica dependente da informação proporcionada pelo próprio agente (CHIANCA, 2001).

2.3.1 A Configuração da Governança

Os hospitais filantrópicos recebem recursos financeiros e não financeiros, além de benefícios fiscais, assim suas relações com o ambiente são complexas.

Soldi et al. (2007, p.1) afirmam que:

Os recursos financeiros e não-financeiros recebidos, além dos benefícios fiscais previstos pela legislação, as entidades do Terceiro Setor estabelecem relações com diferentes grupos de interesses (*stakeholders*) nas esferas pública e privada. Nesse sentido, a transparência e prestação de contas a todos aqueles que as financiam e à sociedade civil, em geral, tornam-se questões inerentes à própria natureza dessas organizações.

A necessidade de informações confiáveis aos *stakeholders*, a transparência na prestação de contas a todos aqueles que as financiam investimentos e à sociedade civil, em geral, tornam-se questões inerentes à própria natureza dos hospitais. O volume de recursos movimentado é um dos fatores que vem alimentando discussões sobre a evidenciação das informações nos filantrópicos (SOLDI et al., 2007).

Rodrigues (2007, p.117) afirma que:

Um ponto importante nos diversos estudos sobre organizações sem fins lucrativos encontra-se nos problemas de *accountability*, ou seja, problemas quanto ao estabelecimento de prática que favoreçam a transparência e responsabilização dos atores sociais. Tais problemas surgem à medida que as funções das organizações sem fins lucrativos não estão claras, surge uma zona ambígua entre funções do Estado e funções dos Filantrópicos, principalmente com a falta de clareza quanto à origem de seus fundos, que podem vir de inúmeras formas.

As necessidades de informações podem influenciar a evidenciação das informações nos hospitais filantrópicos, por exemplo: empregados, fornecedores, credores, governo, sociedade em geral são normalmente interessados na situação financeira da instituição. Quanto às informações não financeiras podem ser de interesse dos sindicatos, órgãos fiscalizadores, governo e sociedade em saber sobre as políticas de pessoal, prestação de serviços, ambientais e educacionais, ou seja, a relação da instituição com o ambiente.

A Evidenciação ou *Disclosure* corporativo não se limita às informações financeiras, pois existem também informações relativas a produtos, consumidores, empregados, pesquisa e desenvolvimento, estratégia, governança corporativa etc. (GRUNING, 2008).

O papel do conselho é importante diante da dificuldade do mercado e do Governo em monitorar as atividades dos hospitais filantrópicos, mas estes muitas vezes não possuem motivação para desenvolver controles rigorosos sobre as decisões dos agentes.

Mendonça e Machado Filho (2004, p.305) destacam que:

Em uma OTS, o Conselho ganha importância ante a fragilidade das formas externas de monitoramento das atividades da organização. No entanto, a participação do Conselho como ferramenta de controle tem sido incipiente. A motivação de seus membros para monitorar os resultados da organização é pequena, uma vez que sua composição dificilmente leva conta a capacitação técnica e a representação dos *stakeholders*, além de, no Brasil, ser vedada, legalmente, a remuneração a esses conselheiros.

O tamanho do conselho, a falta de incentivos, a sua composição e a independência deste são algumas das causas da falta de comprometimento em monitorar adequadamente as ações dos agentes (JENSEN, 1993).

A pouca motivação do conselho em monitorar os resultados das OTS pode ser atribuída a falta de remuneração, a sua composição que não considera a

capacitação técnica dos seus membros e a representação adequada dos *stakeholders* (HERRERO; CRUZ; MERINO, 2002).

Mesmo os conselheiros sendo voluntários, altruístas, ou seja, preocupados com o bem-estar dos outros, não fazem deles agentes perfeitos e que vão agir em prol dos principais; na relação não deixa de existir o problema de agência (MISORELLI, 2003).

Muraro e Lima (2003, p. 85) afirmam que:

A dificuldade é facilmente visualizada na busca por novos e permanentes parceiros, no uso de metodologias eficientes, no acompanhamento e avaliações das ações praticadas pela organização no combate aos problemas sociais, entre outros. Entretanto, dois problemas surgem com maior gravidade: A identificação dos problemas sociais realmente prioritários e o combate ao auto-interesse.

Dessa forma, a atitude ética organizacional está fundamentada na aplicação de princípios em todos os relacionamentos do hospital com seu público (interno e externo), e na formação dessa consciência em toda estrutura organizacional; despertar a desconfiança das pessoas é um fator que não pode ocorrer nestas organizações, o terceiro setor deve agir pensando em seu público, tendo como missão primordial a administração de sua imagem, a ética entra para servir como suporte a esta missão (MURARO; LIMA, 2003).

Sá (2000) afirma que, “em virtude da prática do bem, a ética é a promotora da felicidade dos seres, quer individualmente, quer coletivamente, mas também avalia os desempenhos humanos em relação às normas comportamentais pertinentes”. Assim, as ações do conselheiro de administração, fruto da consciência e do comportamento individual de seus membros, pode representar o combate ou não de problemas sociais. Nos hospitais filantrópicos pode representar manter ou não “as portas abertas” da instituição para o atendimento à população.

O fato de os hospitais filantrópicos não possuírem donos ou acionistas, faz com que os direitos de propriedade não sejam claros, a maioria desses hospitais foram concebidos a partir de iniciativas de comunidades ou movimentos religiosos, com interesse de disponibilizar para a sociedade assistência à saúde que o Estado não conseguia atender.

Mendonça e Machado Filho (2004) afirmam que “o sistema político-legal possui poucas ferramentas práticas de fiscalização, está longe de criar um mecanismo efetivo para monitorar o comportamento gerencial dentro das organizações sem fins lucrativos”.

O debate sobre estrutura de propriedade nas organizações filantrópicas é tema de debate na literatura, e necessita de maior aprofundamento conceitual e estudos empíricos (MENDONÇA; MACHADO FILHO, 2004). Não há estudos e uma comprovação científica de que um grande doador possa significar um melhor acompanhamento nas ações dos agentes (HERRERO; CRUZ; MERINO, 2002).

Mendonça e Machado Filho (2004, p.305) levantam a hipótese de que:

Nas OTS com grandes instituidores o risco de não-alinhamento seria menor, pois o instituidor teria maiores incentivos para monitorar o gestor. No caso de uma organização com doadores dispersos, o incentivo de cada doador para monitorar a utilização dos recursos seria comparativamente menor.

Os resultados organizacionais dos hospitais sem fins lucrativos vão além do desempenho econômico-financeiro, devem ser considerados o retorno social gerados em benefícios da sociedade, com a participação desses hospitais nas ações sociais e educacionais que promovam a manutenção da saúde, o controle de epidemias e a participação nas estratégias governamentais em benefício da população.

Muraro e Lima (2003, p. 84) afirmam que:

O terceiro setor precisa desta parceria com o governo, precisa ampliar sua parceria com o segundo setor e precisa também buscar sua profissionalização, não como ganho de mercado ou de lucro, mas como a capacidade de uma organização em colocar em prática seus objetivos e justificar por meio de bons resultados sua existência. Com vários problemas sociais, mas com uma população que respeita seu país e busca a cada dia transformá-lo, não há dúvidas de que a tendência é a ampliação das organizações do terceiro setor, da sua profissionalização e da sua parceria com o Estado.

Os hospitais filantrópicos precisam aprender a desenvolver relacionamentos com base em resultados e responsabilidades dos agentes, com princípios em modelos que devem ser pautados pelos fatores técnicos e éticos, envolvendo os gestores hospitalares, os financiadores e a sociedade.

As organizações filantrópicas vêm apresentando importância crescente, assumindo papéis de alocação de recursos e redistribuição de renda: alocação, na medida em que envolvem processos de aquisição, transformação e produção de bens e serviços públicos ou quase públicos; Redistribuição, ao tempo em que viabilizam a provisão gratuita ou quase gratuita de serviços a populações socialmente desfavorecidas (RODRIGUES, 2007).

Nesse contexto, percebe-se que os objetivos organizacionais dos hospitais filantrópicos no mercado são manter o equilíbrio econômico-financeiro e a rentabilidade para manter a estrutura em funcionamento; e buscar parceiros para investimentos no setor. Desse modo, poderiam ampliar o seu retorno social reinvestindo parte dos valores da isenção tributária que representa uma forma de financiamento social por meio de ações: culturais, educacionais, lazer, filantrópicas e/ou voltadas ao meio ambiente (CARVALHO, 2005).

2.3.2 Governança Versus Desempenho nos Hospitais

Ambas as organizações com ou sem fins lucrativos têm recebido recentemente acompanhamento dos órgãos reguladores, credores, doadores e outras partes interessadas sobre a integridade do conselho, governança e gestão. Os hospitais e outras instituições de saúde, não estão obrigados a requisitos rígidos de divulgação ao público quanto às organizações com fins lucrativos, isso cria um desafio para os financiadores e outros parceiros que buscam avaliar a qualidade da governança e da gestão nas instituições sem fins lucrativos (VIACAVA et al., 2005).

Tem sido atribuído aos conselhos um papel central, para prestação de contas, controle externo e desempenho dos hospitais filantrópicos. Alexander e Lee (2006) desenvolveram uma pesquisa nos hospitais dos EUA, buscando avaliar a relação da configuração do conselho sobre o desempenho dos hospitais. Os resultados apontam que o modelo corporativo dos hospitais possui uma associação positiva com o desempenho.

Alam, Elshafie e Jarjoura (2008) desenvolveram uma pesquisa sobre o efeito da estrutura de propriedade no desempenho financeiro hospitalar, em hospitais sem fins lucrativos, governamentais e com fins lucrativos, no período de 1980 a 2003 no estado de Washington (EUA). Os resultados mostraram que há uma associação positiva entre a estrutura de propriedade com o nível de desempenho financeiro e que existem diferenças significativas entre os três grupos avaliados.

Mendonça e Machado Filho (2004) discutem sobre a governança corporativa no terceiro setor, sob a ótica da teoria de agência. A relação entre os gestores hospitalares como agentes e os doadores e voluntários como principais. Os resultados apontam para a dificuldade de implementação de mecanismos internos e

externos de governança, pois o alinhamento de interesses são complexos, dificultando a parametrização de indicadores de eficiência.

Conforme Viacava et al., (2005) a governança nos hospitais sem fins lucrativos impacta no crédito das instituições, principalmente em época de crise. O mesmo autor afirma ainda, que na avaliação da Moody's Investor Services, agência de classificação de riscos americana, os fatores considerados na avaliação da governança nas organizações sem fins lucrativos, são os seguintes:

- Desenvolvimento da Missão da Organização

A responsabilidade fundamental de um conselho de administração é garantir que a instituição permaneça o quanto possível na sua missão adaptando-se as mudanças externas e desafios institucionais, traduzindo sua missão em estratégias executáveis com indicadores de desempenho específicos (VIACAVA et al., 2005).

A missão do hospital pode ser influenciada pela estrutura de propriedade da instituição. O hospital que não tem fins lucrativos é um típico hospital da comunidade, é visto por muitos no serviço, como "seu" hospital. Além disso, o hospital é muitas vezes um dos maiores empregadores da região, levando grande parte da economia local. Assim, as ações do conselho podem ser influenciadas por interesses da comunidade (VIACAVA et al., 2005).

O conselho de um hospital sem fins lucrativos deve equilibrar sua missão com a necessidade de produzir um lucro operacional ("missão" versus "margem") de tal forma que assegure a viabilidade do hospital em longo prazo. No planejamento estratégico deve incluir o estabelecimento de indicadores de desempenho para determinar se uma iniciativa é um sucesso ou fracasso e se os recursos estão sendo usados adequadamente (VIACAVA et al., 2005).

Junto com os indicadores de desempenho, os conselhos devem desenvolver políticas eficazes para a supervisão operacional da instituição, para investimentos, endividamento, gestão de conflitos de interesse, e de conformidade. Os aspectos principais relacionados a missão da instituição são: manter missão institucional, determinar e monitorar indicadores de desempenho, desenvolver ações de governança e políticas a nível de gestão (VIACAVA et al., 2005).

- Seleção e Avaliação da Gestão Sênior

O conselho deve elaborar objetivos de desempenho por escrito, acordado previamente, com medidas adequadas de desempenho para o principal executivo (CEO) do hospital. Essas metas de desempenho devem facilitar a avaliação da gestão, tornando-os mais transparentes e servem como uma base para a tomada de decisões. Metas de desempenho podem incluir ações como desenvolver orçamentos financeiros, limitar erros clínicos e manter os níveis de satisfação dos pacientes e funcionários. Uma avaliação eficaz do CEO deve ser um processo formal, que é realizada anualmente (VIACAVA et al., 2005).

- Composição do Conselho e Desempenho

A composição do conselho é uma dimensão crítica da governança, examina-se uma série de fatores críticos ao avaliar a composição do conselho, incluindo: conhecimento dos membros, processo de seleção para novos membros, o tamanho, posse dos membros e desenvolvimento dos membros (VIACAVA et al., 2005).

Apesar de todos esses fatores serem importantes, particularmente crítico é o conhecimento dos membros do conselho. Um hospital é um negócio complexo, e um membro da diretoria que não entende as operações do hospital ou da dinâmica

dos serviços é incapaz de avaliar efetivamente a gestão ou saber quando poderá ser necessário intervir para resolver problemas (VIACAVA et al., 2005).

Membros de um conselho eficaz devem ter um conjunto variado de competências, incluindo setor de conhecimento específico. Tal conjunto de habilidades podem incluir a experiência clínica, compreensão da qualidade e questões de segurança dentro ou fora do setor saúde, familiaridade com metodologias de reembolso de terceiros, conhecimentos contábeis, questões legais, gestão de negócios e gestão financeira. Estes devem ainda compreender as ferramentas utilizadas para implementar as estratégias da organização, tais como a gestão da dívida e o uso de derivativos (VIACAVA et al., 2005).

- Compreensão e Interpretação dos Relatórios Financeiros

Uma importante responsabilidade de um conselho de administração e dos gestores é a apresentação dos resultados financeiros do hospital - não só a revisão e aprovação dos resultados financeiros auditados, mas a gestão existe para criar e manter controles internos sobre os relatórios financeiros (VIACAVA et al., 2005).

Os membros do conselho devem monitorar o desempenho operacional do hospital e avaliar o desempenho da gestão por meio de indicadores. Os membros devem ser capazes de interpretar os resultados dos relatórios financeiros e identificar os fatores que impactam nesses resultados, para tomar medidas que favorecem o melhor desempenho. Se os membros do conselho não têm conhecimento sobre o setor de saúde, eles podem interpretar mal os resultados ou indevidamente os fatores de peso, resultando numa avaliação de desempenho operacional ruim (VIACAVA et al., 2005).

- Uso de indicadores de desempenho para referências externas para acompanhar regularmente o desempenho da instituição.

O planejamento estratégico deve ser uma forma de mensurar o desempenho do hospital, por meio de indicadores acordados entre o conselho e a gestão. O hospital deve estar ciente de como está em relação às instituições do mesmo ramo, pode desenvolver *benchmarks* sobre o seu desempenho por meio de uma lista pequena de indicadores que deverá ser acompanhada regularmente (VIACAVA et al., 2005).

O endividamento serve como uma das poucas medidas externa do desempenho do hospital e sua solidez financeira. A Classificação *Moody* da dívida para um hospital sem fins lucrativos representa a avaliação da probabilidade de cumprir com as obrigações financeiras da instituição. Além dos detentores da dívida, as classificações são usadas pelos membros do conselho e por *stakeholders* externos como uma medida para comparar o hospital com hospitais do mesmo porte ou atividade (VIACAVA et al., 2005).

- Manutenção e construção de Recursos Financeiros da Organização

A responsabilidade crítica da gestão hospitalar é a geração de recursos financeiros para níveis que assegurem a instituição cumprir com sua missão atual e para gerações futuras. A principal fonte de fluxo de caixa para um hospital são suas operações (VIACAVA et al., 2005).

A geração de receita operacional deve financiar os custos e as despesas operacionais do hospital e a depreciação. O saldo excedente é reinvestido pelas instituições para financiar seu capital e iniciativas estratégicas. Um hospital sem fins lucrativos tem grandes necessidades de capital para manutenção, compra de

equipamentos e outros investimentos. Os Membros do conselho também devem ser capazes de entender e articular os riscos dos investimentos que estão sendo considerados (VIACAVA et al., 2005).

A diretoria da organização pode ser a base do processo de captação de recursos - muitas vezes levando os doadores ao hospital ou providenciando acesso a uma rede de potenciais doadores, “abrindo portas” para a instituição que poderia ser de outra forma não acessível. Em muitos casos, os membros do conselho oferecem contribuições significativas para a organização (VIACAVA et al., 2005).

- Prevenção de Conflitos de Interesse

Questões de conflito de interesse apresentam desafios únicos para hospitais sem fins lucrativos, pois o lucro é de propriedade pública. Os membros do conselho de hospitais geralmente servem sem compensação e são normalmente esperados para doar fundos próprios. Além disso, os médicos que servem ao conselho são responsáveis para aumentar a receita do hospital por meio de encaminhamentos de pacientes. Uma situação que pode levar a potenciais conflitos de interesse, se os mesmos médicos são proprietários de instalações que prestam serviços que competem com o hospital, como ambulatórios e centros de cirurgia. O comportamento de um membro do conselho, que possui relações comerciais com o hospital, também pode estar sujeito a atenção pública desfavorável (VIACAVA et al., 2005). O autor aponta alguns exemplos de potenciais conflitos de interesses:

- Um membro do conselho que é um desenvolvedor responsável pela gestão do projeto de construção do hospital;

- Um hospital entrar em empréstimos bancários ou outras operações com instituições financeiras que têm laços de negócios para um membro do conselho;
- Um hospital que utiliza serviços legais de uma empresa afiliada com um membro do conselho;
- Um membro do conselho médico que tenha sociedade com um centro cirúrgico ambulatorial concorrente;
- um executivo-chefe da instituição ou presidente diretamente envolvido na seleção de novos membros do conselho;

Outro fator importante é a remuneração dos administradores. Um nível adequado para remuneração dos executivos é difícil de avaliar. A gestão dos hospitais com ou sem fins lucrativos é uma operação complexa que requer capacidades e experiência de gestão (VIACAVA et al., 2005).

As tentativas para aumentar a remuneração dos executivos podem gerar atenção negativa da imprensa e o descontentamento do eleitorado importante; a compensação CEO deve ser definida pelo conselho com base em uma avaliação completa de posição e suas responsabilidades, e com algum conhecimento de organizações que estão pagando pelas mesmas funções de modo a permanecer dentro da variação aceitável (VIACAVA et al., 2005).

Os serviços de saúde representam um segmento importante na economia, os custos com a saúde crescem à medida que surgem novas tecnologias para o diagnóstico e assistência médica hospitalar, a sociedade busca os hospitais que oferecem uma estrutura com serviço mais eficiente (VIACAVA et al., 2005).

Eldenburg et al., (2004) elaboraram um estudo nos hospitais do estado Americano da Califórnia (EUA), com objetivo de examinar a hipótese de que diferentes tipos de organizações hospitalares que têm diferentes conjunturas e objetivos. Na Califórnia desde 1976, tem-se exigido dos hospitais apresentarem relatórios contábeis, incluem informações detalhadas sobre custos e informações financeiras. Os hospitais pesquisados possuem conjunturas: religiosas, sem fins lucrativos, com fins lucrativos, de ensino, governamentais e municipais. Os autores concluíram que os conselhos variam significativamente entre os tipos de propriedade dos hospitais, o volume de negócios varia por tipo de propriedade, o baixo desempenho e os altos custos administrativos estão associados à rotatividade dos CEOs.

Alam, Elshafie e Jarjoura (2008) investigaram o efeito da estrutura de propriedade sobre o desempenho dos hospitais, analisaram fatores que representam a lucratividade, eficiência dos ativos, liquidez e desempenho não financeiro. Os autores concluíram que a rentabilidade é maior nos hospitais sem fins lucrativos, a eficiência sobre os ativos são próximas, os hospitais do governo possuem melhor liquidez, assim constatou-se que o desempenho não financeiro foi melhor nos hospitais sem fins lucrativos.

A literatura econômica sobre a governança nos hospitais sem fins lucrativos, lida com o papel e a estrutura do conselho e sua relação com o desempenho da organização. Com relação à diretoria e as comissões, são discutidas seu funcionamento, composição e estrutura; seguidas pelos sistemas de remuneração baseado em incentivos, divulgação de informação financeira, bem como a utilização da dívida para atenuar os problemas de agência entre o conselho e a administração,

fala-se também na relação de governança entre os doadores e os hospitais (JEGERS, 2008).

O quadro teórico mais debatido nos trabalhos sobre governança nos hospitais sem fins lucrativos é a teoria de agência, cujos conselhos são tratados como principais e os gestores hospitalares como agentes. Para outros interessados tais como: doadores, financiadores, governo, membros voluntários e funcionários os estudos são quase ignorados (JEGERS, 2008). O mesmo autor fez uma revisão de literatura e teve as seguintes conclusões:

- As pesquisas disponíveis apontam que o efeito da composição do conselho e a estrutura de governança não são neutros, são regidos por padrões complexos que ainda precisam ser estudados; no entanto, a presença de gerentes e doadores no conselho e nos comitês internos parece ter efeitos potenciais em matéria de governação eficaz;
- A introdução de modelos de resultados baseados em desempenho, reduz a motivação altruísta, não compensa o efeito positivo do incentivo introduzido;
- As demonstrações contábeis e financeiras podem ser usadas pelo principal para monitorar o desempenho, a auditoria externa reduz a incerteza sobre a validade dos números;
- A dívida pode assumir um papel importante para conter os problemas de agência em organizações sem fins lucrativos, os credores podem exigir, por meio de cláusulas de proteção, que os gestores elaborem os demonstrativos contábeis e auditorias;

- A divulgação da informação contábil e de auditoria são claramente ligados a relação da organização com potenciais doadores externos, reduzindo a assimetria de informação entre as partes, embora os trabalhos empíricos ainda sejam limitados;
- Aparentemente, os doadores não são capazes de avaliar corretamente os dados divulgados, assim os gestores devem estar preocupados com sua reputação pessoal, selecionando métodos contábeis que indiquem o retorno sobre as doações.

Conforme Jegers (2008) os aspectos importantes sobre a governança nas instituições sem fins lucrativos têm sido estudados basicamente com dados dos EUA, nem sempre levando a resultados consistentes. Essas organizações existem em todo o mundo funcionando em diferentes contextos institucionais, assim existe muito espaço para investigação teórica e empírica, com um olhar explícito sobre as partes interessadas e sua modelagem de interação.

Nos EUA essas atividades são formalmente incorporadas na legislação Sarbanes-Oxley na Seção 404 e se aplicam a empresas com fins lucrativos. A questão é de tal interesse que a legislação proposta para muitos dos Estados Americanos procura implementar uma maior supervisão dos sem “fins lucrativos”, com organizações de endereços, controles internos sobre relatórios financeiros, relatórios para instituições sem fins lucrativos, incluindo a criação de comitês de auditoria (VIACAVA et al., 2005).

No Brasil o sistema político-legal e regulatório possui poucas ferramentas práticas de fiscalização, ainda está longe de criar um mecanismo efetivo para monitorar o comportamento gerencial dentro das organizações sem fins lucrativos (MENDONÇA e MACHADO FILHO, 2004).

Conforme Dolabella (2011), a nova “Lei da Filantropia” além de impor medidas de eficácia duvidosa, ainda manteve graves defeitos que estavam presentes em leis anteriores. Dentre os vários pontos que são polêmicos, merece destaque a questão da exigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas) como condição para que as instituições sem fins lucrativos possam ter certos benefícios fiscais.

2.3.3 Prestação de Contas dos Hospitais Filantrópicos

A Lei da Filantropia dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regulamenta os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social e dá outras providências.

Para fazer jus à certificação, os hospitais filantrópicos precisam firmar a prestação de serviços ao SUS, por meio de convênios ou instrumento congênere. Conforme Art. 4º a entidade de saúde, deverá nos termos do regulamento:

- I - comprovar o cumprimento das metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere celebrado com o gestor local do SUS;
- II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);
- III - comprovar, anualmente, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base no somatório das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados.

A entidade deverá informar obrigatoriamente ao Ministério da saúde o número de atendimentos SUS e não SUS, conforme art. 5º da Lei da Filantropia, na forma estabelecida:

- I - a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para os pacientes não usuários do SUS;
- II - a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para os pacientes usuários do SUS; e
- III - as alterações referentes aos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES.

O Art. 11 da lei da Filantropia diz que a entidade de saúde que for reconhecida como de excelência, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para dar cumprimento ao art. 4º inciso II, poderá desenvolver projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, sem ocorrer em prejuízos as atividades beneficentes, nas seguintes áreas:

- I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;
- II - capacitação de recursos humanos;
- III - pesquisas de interesse público em saúde; ou
- IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

Conforme Art. 6º da Lei da Filantropia, as atividades desenvolvidas em cada projeto devem ser apresentadas no relatório anual e encaminhadas ao Ministério da Saúde, sem prejuízo das atribuições dos órgãos de fiscalização tributária.

Conforme o CFC (2011), a NBC T 10.19 - Entidades sem finalidade de Lucros, estabelece os critérios e procedimentos para registro dos componentes patrimoniais, estruturação dos demonstrativos e informações a serem divulgadas nas notas explicativas pelas entidades sem fins lucrativos, a qual se enquadram os hospitais filantrópicos. Pode-se destacar alguns pontos importantes que trata a NBC T 10.19, conforme a seguir:

- Orienta quanto ao cumprimento das exigências contábeis legais que devem ser cumpridas pelas entidades jurídicas de direito privado sem finalidade de lucros, isenta de impostos e contribuição para seguridade social, para obterem o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS);

- Define o entendimento de diversas nomenclaturas com exemplo: *Imunidade* como sendo a desoneração tributária por disposição constitucional;

- Estabelecem os critérios de reconhecimento e registro contábil das receitas, custos/despesas, subvenções, gratuidades, doações e outras comuns no processo operacional dos hospitais filantrópicos;

- Estabelece a demonstrações contábeis que devem ser elaboradas pelas entidades sem fins lucrativos, são: o Balanço Patrimonial, a Demonstração do Resultado, a Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido e a Demonstração dos Fluxos de Caixa e Notas Explicativas.

Observa-se que a Lei da Filantropia, estabelece algumas normas para certificação das entidades e prestação de contas das atividades operacionais. O CFC estabelece os critérios para registro dos eventos e divulgação das demonstrações contábeis.

Capítulo 3

3 METODOLOGIA

3.1 TIPOLOGIA E ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

A metodologia utilizada no trabalho foi a pesquisa exploratória. Conforme Vergara (2004) esse método tem como finalidade um caráter de sondagem, por existir pouco conhecimento acumulado e sistematizado a respeito do tema de pesquisa. Gil (2002) afirma que “pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”.

Foram utilizados como instrumento de coleta de dados várias fontes, questionário, respondido pelos representantes da diretoria dos hospitais filantrópicos, análise dos demonstrativos contábeis, fornecidos pelos gestores hospitalares, e análise da *web site* dos hospitais. Conforme Yin (2001), a investigação evolve uma estratégia de pesquisa abrangente, com diversos instrumentos de coleta de dados, que deve convergir de várias fontes de evidências e incorporar diferentes abordagens particulares para coleta e análise de dados.

Quanto a amostra estudada, segundo a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Espírito Santo – FEHOFES (2010) existem 47 hospitais filantrópicos, que disponibilizam 3.353 leitos, que formam uma rede de assistência hospitalar que respondem por 60% do atendimento do SUS à população capixaba.

Durante a pesquisa verificou-se, por meio de contato telefônico com o principal gestor dos hospitais filantrópicos, que 15 hospitais filantrópicos localizados

no interior do Estado são mantidos pelos municípios. Devido a dificuldades financeiras e falta de recursos para investimentos, não possuem um modelo de gestão independente, seguindo a legislação municipal. Dessa forma não fizeram parte da amostra da pesquisa. Em 04 hospitais localizados no interior do Estado conseguiu-se contato. Em outros 07 hospitais os gestores não responderam ao questionário e não disponibilizaram as informações contábeis, alegando a necessidade de autorização superior. Assim, a amostra compreende 21 hospitais filantrópicos, distribuídos em todas as regiões do Estado do Espírito Santo, que disponibilizam 2.029 leitos, representando 60,5% da estrutura de leitos dos hospitais filantrópicos do Espírito Santo.

A metodologia adotada no desenvolvimento deste trabalho é proveniente do trabalho de Coy e Dixon (2004) voltados para as universidades da Nova Zelândia, replicado por Rezende, Facure e Dalmácio (2009) voltados para os clubes de futebol brasileiros. Está organizada conforme as seguintes etapas:

- **Identificação dos Relatórios e informações de Interesse sobre Hospitais Filantrópicos.**

Nesta etapa buscou-se identificar se os hospitais possuem: demonstrativos contábeis que atendam as normas brasileiras de contabilidade e a forma de divulgação dessas informações, as ações para resolução de conflitos de interesses no conselho, conselho administrativo em funcionamento, planejamento estratégico e auditorias, ações sociais e a transparência dessas ações. Acredita-se que o nível de aderência às práticas de governança está evidenciado nas ações e na transparência para com os *stakeholders*.

Para calcular o Índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos - IGHF foi desenvolvido um questionário de pesquisa (ANEXO I), adaptado dos trabalhos de Coy e Dixon (2004) e de Rezende, Facure e Dalmácio (2009), cujas questões foram distribuídas de acordo com as seguintes dimensões:

Evidenciação – foi verificado se os hospitais possuem e divulgam os demonstrativos contábeis, relatórios de auditoria, relatórios administrativos e parecer de auditoria independente conforme legislação e na *web site*.

Estrutura e Funcionamento do Conselho – foi verificado se os hospitais possuem Conselho Administrativo seu funcionamento e formação, se possuem planejamento estratégico formalizado e auditoria interna e independente em funcionamento;

Ética e Conflito de Interesses – nesta dimensão foi verificado se o estatuto contempla ações para resolução de conflitos de interesses em votações, o endividamento com tributos estaduais e federais e a disponibilidade do código de ética ou conduta na *web site*;

Direitos e Propriedade – verificou-se nesta dimensão a autonomia da assembléia que compõe o conselho dos hospitais em tomar decisões e a divulgação da carta dos direitos dos usuários da saúde nos hospitais e na *web site*.

Retorno Social – verificou-se o retorno social dos hospitais, as ações voltadas para a cultura, educação, meio ambiente, as certificações, referência em alguma especialidade na região e para o estado e retorno aos usuários por meio de ouvidoria.

- **Respostas às questões**

O questionário para formulação do IGHF foi respondido pelos representantes dos hospitais filantrópicos, em visita a cada instituição pesquisada e posteriormente com análise da *web site* de cada hospital.

- **Pontuações das Questões**

A pontuação de cada questão foi baseada nas indicações de Beattie, McInnes e Fearnley, (2004) em que a pontuação igual a 1 (um) quando a prática de governança corporativa foi identificada plenamente; 0,5 (meio) quando esta prática foi verificada parcialmente; e 0 (zero) quando não havia ou não foi possível identificar a determinada prática. Esse modelo de pontuação das questões também foi utilizado por Coy e Dixon (2004) e Rezende, Facure e Dalmácio (2009).

As dimensões do IGHF possuem número de questões diferentes umas das outras, dessa forma foi necessário atribuir pesos as dimensões de governança no sentido de não fazer uma análise enviesada do *score*, dando maior ênfase a uma dimensão em detrimento da outra.

O peso de cada questão foi determinado conforme Rezende, Facure e Dalmácio (2009, p.7):

Para determinar o peso de cada questão, foi utilizado critério de que quanto maior o número de questões para avaliar uma dimensão, menor seria o peso individual de cada questão. Isso foi obtido por meio do inverso resultado, arredondado sem casas decimais, da razão entre o número de questões de uma dimensão e o número total de questões do índice. Esse é o resultado do peso da dimensão, o mesmo que foi atribuído a cada questão inerente àquela dimensão. Essa formulação está detalhada na Equação 1.

$$PD = \frac{N_{-}QD}{TQ_{-}IGHF} \quad (1)$$

Equação 1 – Cálculo do Peso das Questões de Cada Dimensão do IGHF
Fonte: Adaptado de Rezende, Facure e Dalmácio (2009, p. 7)

Onde:

- PD - representa o peso por dimensão;
- N_QD - representa o número de questões por dimensão do IGHF;
- TQ_IGHF - refere-se ao total de questões do IGHF.

Conforme o critério utilizado as questões de cada dimensão receberam os seguintes pesos: Evidenciação (peso 2,83); Conselhos - Estrutura e Funcionamento (peso 3,92); Ética e Conflito de Interesses (peso 12,75); Direitos e Propriedade (peso 10,20); e Retorno Social (peso 4,64). Sendo assim, cada dimensão tem o mesmo peso total, cinquenta (51). A Equação 2 exemplifica o cálculo feito.

$$PD_Evidenciação = \frac{N_QD}{TQ_IGHF} = \frac{18}{51} = 0,35 \Rightarrow \frac{1}{0,35} = 2,83(Peso) \quad (2)$$

Equação 2 – Cálculo do Peso de Cada Questão da Dimensão de Evidenciação
Fonte: Adaptado de Rezende, Facure e Dalmácio (2009, p. 8).

Para Rezende, Facure e Dalmácio (2009, p. 8) “o objetivo do cálculo exemplificado na Equação 2 é extrair o viés sobre as dimensões que abrangiam um maior número de questões”.

O Índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos (IGHF) é composto por 51 questões, cujas respostas foram obtidas por meio de questionário respondido pelos representantes dos hospitais e da análise dos relatórios contábeis disponibilizados e da *web site* da instituição, conforme demonstrado na Tabela 4.

Em relação ao questionário desenvolvido por Rezende, Facure e Dalmácio (2009), manteve-se as dimensões de governança, pois conforme o referencial teórico estudado essas dimensões são aplicáveis aos hospitais filantrópicos. Dessa forma as perguntas para compor o IGHF foram adaptadas de forma geral, onde faziam referência a clubes passaram a fazer referência a hospitais e algumas

questões foram substituídas para atenderem a proposta de pesquisa, conforme a seguir:

TABELA 4: PERGUNTAS PARA COMPOSIÇÃO DO IGHF

Dimensões da Governança	QUESTIONÁRIO	Pontuação 0 0,5 1	Peso Quest.	Peso Dimensão
1 - Evidenciação	1 O <i>web site</i> do Hospital disponibiliza as demonstrações contábeis?		2,83	51,0
	2 O <i>web site</i> do Hospital disponibiliza o estatuto?		2,83	
	3 O <i>web site</i> do Hospital é disponibilizado em inglês?		2,83	
	4 O <i>web site</i> do Hospital divulga a relação completa de todos os membros dos conselhos?		2,83	
	5 O web do Hospital possui seção sobre ações sociais?		2,83	
	6 O <i>web site</i> do Hospital possui seção acessível de contato direto com o hospital?		2,83	
	7 Os demonstrativos contábeis foram elaborados ou publicados dentro prazo legal?		2,83	
	8 Os demonstrativos contábeis são apresentados de acordo com as normas Brasileiras vigentes?		2,83	
	9 Os demonstrativos contábeis apresentam: Balanço Patrimonial - BP, Demonstração de Resultado do Exercício - DRE, Demonstração da Mutações do Patrimônio Social - DMPS?		2,83	
	10 Os demonstrativos contábeis apresentam o Parecer dos Auditores independentes?		2,83	
	11 Os demonstrativos apresentam a DFC?		2,83	
	12 Os demonstrativos apresentam DVA		2,83	
	13 Os demonstrativos contábeis apresentam alguma demonstração adicional, além das mencionadas anteriormente?		2,83	
	14 Os demonstrativos contábeis apresentam o Balanço Social (BS), de acordo com as normas de algum instituto?		2,83	
	15 Os demonstrativos contábeis apresentam o parecer do Conselho Fiscal?		2,83	
	16 Os demonstrativos contábeis apresentam o Relatório da Administração (RA), com breve resumo dos pontos relevantes?		2,83	
	17 O Relatório da Administração possui informações sobre o orçamento?		2,83	
	18 O Relatório da Administração possui informações sobre a implementação de práticas de governança corporativa?		2,83	
2 - Conselhos - Estrutura e Funcionamento	19 Existe o Conselho de Administração na estrutura organizacional, e atuante no hospital?		3,92	51,0
	20 O Conselho de Administração é eleito por representantes: população, governo, mantenedores, doadores e voluntários?		3,92	
	21 O Conselho de Administração é composto por 5 a 9 membros?		3,92	
	22 O Conselho de Administração possui algum de seus membros independente?		3,92	

	23	Os membros do Conselho de Administração possuem mandato com duração pré-determinada e preferencialmente de 1 ano?		3,92	
	24	Os membros do Conselho de Administração possuem formação técnica?		3,92	
	25	O principal executivo do hospital não é presidente do Conselho de Administração?		3,92	
	26	Existe o Conselho Fiscal, oficialmente e funcionalmente?		3,92	
	27	Existe o Conselho Consultivo, oficialmente e funcionalmente?		3,92	
	28	Existe o Comitê de Auditoria ou auditores internos, oficialmente e funcionalmente?		3,92	
	29	O hospital possui o seu Regimento Interno disponível em sua <i>web site</i> ?		3,92	
	30	O hospital possui planejamento estratégico formalizado e aprovado pelo conselho.		3,92	
	31	Os gestores são remunerados?		3,92	
3 - Ética e Conflito de Interesses	32	O hospital possui um código de ética ou conduta disponível em sua <i>web site</i> ?		12,75	51,0
	33	O estatuto determina resolução de conflitos entre membros dos conselhos, e entre membros do conselho e o hospital, por meio de arbitragem?		12,75	
	34	O estatuto determina o afastamento dos membros do conselho em casos de conflitos de interesse em votações?		12,75	
	35	O hospital possui dívidas vencidas referentes à tributos federais e contribuição previdenciária?		12,75	
4 - Direitos e Propriedade	36	Todos os membros da assembléia têm direito a voto?		10,20	51,0
	37	A Assembléia Geral é o órgão soberano do hospital, oficialmente e funcionalmente?		10,20	
	38	A Assembléia Geral é convocada com antecedência de 30 dias?		10,20	
	39	O hospital possui carta dos direitos dos usuários da saúde visível e disponível em sua porta de entrada?		10,20	
	40	O hospital possui carta dos direitos dos usuários da saúde disponível em seu <i>web site</i> ?		10,20	
5 - Retorno Social	41	O hospital tem a finalidade de promover atividades culturais?		4,64	51,0
	42	O hospital tem a finalidade de promover atividades educacionais?		4,64	
	43	O hospital tem a finalidade de realizar ações beneficentes para a comunidade?		4,64	
	44	O hospital tem a finalidade de realizar ações voltadas ao meio-ambiente?		4,64	
	45	O hospital possui alguma certificação em nível estadual?		4,64	
	46	O hospital possui alguma certificação em nível nacional?		4,64	
	47	O hospital é referência em alguma especialidade no seu município e para os municípios vizinhos?		4,64	
	48	O hospital é referência em alguma especialidade no Estado do Espírito Santo		4,64	
	49	O hospital desenvolve outras atividades relacionadas à saúde da população, além do atendimento hospitalar?		4,64	

	50	O hospital possui classificação de riscos para os atendimentos de urgência.		4,64	
	51	O hospital possui um serviço de ouvidoria com retorno efetivo aos clientes.		4,64	

Fonte: Adaptado de Rezende, Facure e Dalmácio (2009, p. 8)

✓ Nas dimensões de “Evidenciação”, “Ética e Conflito de Interesses” – mantiveram-se as questões e foram alteradas as referências a Clubes para Hospitais. Conforme o CFC (2011) as exigências contábeis devem ser cumpridas pelas entidades sem fins lucrativos.

✓ Na dimensão “Conselho - Estrutura e Funcionamento” – foi inserida uma questão sobre planejamento estratégico, com intuito de mensurar a capacidade de planejar as ações na instituição. Conforme Alexander (2000) a busca constante de inovação, expansão da estrutura e prestação de serviços para populações diferentes, tais como: instituições governamentais, instituições privadas e particulares, são estratégias necessárias a sobrevivência das organizações sem fins lucrativos. Para Alexander (2000) o planejamento estratégico é necessário para administrar as mudanças e ampliar as redes de relacionamentos, pois as relações entre os sem fins lucrativos e os *stakeholders* são firmados com base na reputação, confiabilidade e capacidade de prestação de contas.

✓ Na dimensão “Direitos e Propriedade” – a questão que fala de estatuto do torcedor foi substituída por questões que falam da carta de direitos do usuário da saúde, que conforme legislação vigente, o hospital é obrigado a deixá-la disponível aos usuários da saúde;

✓ Na dimensão que aborda sobre o “Retorno Social” – as questões que falavam sobre conquista de títulos, prática de esportes e atletas medalhistas em olimpíadas, foram substituídas por questões que representam retorno social em relação aos hospitais filantrópicos, conforme a seguir:

- **Certificações de Qualidade** – as certificações validam os processos operacionais, proporcionando ao usuário uma garantia de qualidade dos materiais e processos assistências da organização, dando segurança ao usuário dos hospitais certificados;
 - **Referência em Especialidade** – quando o hospital é referência em alguma especialidade, garante ao usuário o acesso ao serviço e um tratamento adequado naquela especialidade;
 - **Atividades** – se o hospital desenvolve atividades em relação à saúde da população fora deste, participando ou promovendo ações que melhorem a saúde da população;
 - **Classificação de Risco** – se o hospital pratica o protocolo de Manchester no serviço de atendimentos de Urgência, que representa o acolhimento com classificação de riscos, conforme Portaria GM/MS nº 1.020, de 13 de maio de 2009;
 - **Ouvidoria** – se o hospital possui serviço de ouvidoria em funcionamento para pacientes e acompanhantes, ou seja, um canal aberto com a população usuária dos serviços para ouvir sugestões e reclamações com retorno efetivo.
- **Indicadores de desempenho**

Nesta etapa buscou-se identificar indicadores, com objetivo de mensurar a força de suas relações no desempenho organizacional e que possam ser influenciados pelo nível do IGHF. Conforme Alexander e Lee (2006), a variável leito indica o tamanho da estrutura, assim essa foi incorporada no modelo para controlar as diferenças de tamanho dos hospitais. Foram utilizados os seguintes indicadores:

✓ Receita por Leito (RecLei) – receita total dividida pelo nº de leitos. A principal fonte de fluxo de caixa dos hospitais são suas operações, a geração de receita deve financiar os custos e despesas operacionais, (VIACAVA, et al., 2005). Assim, para mensurar a capacidade de geração de receita, considerando a variável tamanho da estrutura, analisou-se o indicador receita por leito dos hospitais.

✓ Ativo por Leito (AtivLei) – total do ativo dividido pelo nº de leitos. O volume de ativos relaciona-se com a capacidade de sobrevivência atual e em longo prazo dos hospitais (ALEXANDER; LEE, 2006).

✓ Imobilizado por Leitos (ImobLei) – total dos ativos imobilizados divididos pelo nº de leitos. Os hospitais necessitam de grandes volumes de recursos para manutenção e compra de equipamentos, para acompanhar as evoluções tecnológicas (VIACAVA et al., 2005). Busca-se com esse indicador mensurar a capacidade de prestação de serviços relacionados à estrutura física e tecnológica dos hospitais.

✓ Endividamento por Leito (EndLei) – total do endividamento dividido pelo nº de leitos. O endividamento é uma medida de desempenho que representa a solidez financeira do hospital, as informações podem ser usadas pelos membros do conselho e por outros *stakeholders* externos para avaliar os hospitais (VIACAVA et al., 2005).

✓ Internações por Leito (IntLei) – nº total de internações no ano dividido pelo nº de leitos. Na avaliação do desempenho, as internações ajustadas ao número de leitos é uma medida de eficiência hospitalar (ALEXANDER; LEE, 2006).

✓ Resultado Líquido por Leito (ResLei) - resultado líquido dividido pelo nº de leitos. O resultado líquido representa o excedente e deve ser reinvestido pelas instituições hospitalares em ações estratégicas (VIACAVA et al., 2005). O indicador busca mensurar a capacidade de reinvestimento dos hospitais ajustado ao número de leitos.

O saldo excedente é reinvestido pela instituição para financiar seu capital e iniciativas clínicas estratégicas. Um hospital sem fins lucrativos tem grandes necessidades de capital para manutenção, compra de equipamentos e outros investimentos. Os Membros do conselho também devem ser capazes de entender e articular os riscos dos investimentos que estão sendo considerados.

Os indicadores foram coletados por meio de análise dos demonstrativos contábeis e do relatório anual de 2010 dos hospitais pesquisados.

- **Analisar o desempenho hospitalar por meio dos indicadores e a relação dos resultados com IGHF**

A amostra de pesquisa foi composta por 21 hospitais de todas as regiões do Espírito Santo, de pequeno, médio e grande porte, com estrutura de internação acima de 30 leitos. Para desenvolver a análise dos indicadores de desempenho, no primeiro momento, foram analisadas as medidas estatísticas de dispersão, média, mediana, desvio padrão, correlação e *p-valor* das variáveis. No segundo momento foi realizado o teste de médias de “*mann-whitney*”, com objetivo de testar estatisticamente se as médias dos indicadores de desempenho dos hospitais que tem os maiores índices do IGHF são diferentes das médias dos indicadores de desempenho dos hospitais que tem menores índices do IGHF. Para realizar o teste a amostra foi dividida em dois grupos: 1 – os dez hospitais com os menores índices

do IGHF e 2 – os dez hospitais com os maiores índices do IGHF, assim o hospital L que encontra-se no centro da amostra não participou do teste (TABELA 7).

As medidas foram definidas considerando a limitação da pequena amostra de pesquisa, que impossibilitou o uso de uma análise mais robusta como, por exemplo, a regressão.

Para coletar os dados da pesquisa, no primeiro momento foram encaminhadas aos representantes dos hospitais filantrópicos as questões do IGHF (Tabela 4), menos as questões que se referem às informações disponíveis em *web site*. No segundo momento foram solicitados os relatórios contábeis publicados e o relatório da administração. Observou-se que muitos hospitais não fazem o relatório da administração, limitando-se as demonstrações contábeis exigidas pela lei do município, não disponibilizando essas informações para a sociedade. E no terceiro momento verificou-se as informações da Tabela 4, referente às informações que os hospitais disponibilizaram na *web site*.

Os indicadores de desempenho, conforme propostos nos objetivos da pesquisa, foram calculados fazendo o cálculo da divisão dos dados levantados no Balanço Patrimonial e na Demonstração de Resultados pelo número de leitos de cada hospital.

Para investigar a relação do IGHF com os indicadores de desempenho foi feito o cálculo da correção entre as variáveis e o *p-valor*, com um nível de significância de 5%. O coeficiente de correlação mede a força de uma relação ou associação entre duas variáveis em uma amostra, os valores se estendem desde -1 para uma correlação perfeita negativa e +1 para uma correção perfeita positiva. Perfeita significa que todos os pontos poderiam ser interligados por uma linha reta em um diagrama de dispersão da amostra (LEVINE et al., 2005).

Conforme Levine et al. (2005) o *p-valor* representa o nível descritivo do teste de significância, representa o valor da probabilidade de se obter o efeito observado, dado que a hipótese nula é verdadeira, se o valor do *p-valor* for menor que o nível de significância estipulado, rejeita-se a hipótese nula. Ao contrário, se o *p-valor* for maior, aceita a hipótese nula.

Na análise dos indicadores de desempenho foram utilizadas as medidas de dispersão média, mediana, mínimo, máximo, desvio padrão e coeficiente de correlação. Conforme Levine et al. (2005) a média aritmética e a mediana, são medidas de localização ou tendência central, que podem descrever todo um conjunto a partir de um valor típico. O mínimo e o máximo representam os dois extremos da amostra, o menor e o maior valor. O desvio padrão mede a dispersão média em torno da média, ou seja, como as observações maiores flutuam acima da média e as observações menores se distribuem abaixo dela. O coeficiente de correlação mede a proporção da variação total de y que pode ser atribuída a sua relação com x .

Os resultados obtidos no cálculo do IGHF e dos indicadores de desempenho também foram analisados sob a ótica do porte hospitalar, ou seja, considerando as diferenças de estrutura física de disponibilidade de leitos de cada hospital.

Capítulo 4

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DO INDICE DO IGHF

Por solicitação dos gestores que responderam as questões de pesquisa e disponibilizaram os valores dos demonstrativos contábeis, manteve-se o sigilo quanto ao nome dos hospitais. Dessa forma, identifica-se a instituição na análise de dados conforme as letras do alfabeto de A até U.

Ao analisar as informações obtidas junto aos hospitais, verifica-se que apenas um hospital conseguiu ultrapassar 50% da pontuação máxima que poderia ser alcançada no IGHF. Dentre os hospitais analisados o hospital A obteve o melhor desempenho, com *score* de 144,2 pontos, ou seja, aproveitamento de 56,5% da pontuação máxima conforme (TABELA 5).

O menor desempenho ficou com o Hospital U, com *score* de 18,9 pontos, com aproveitamento de 7,4% da pontuação máxima. Com relação às dimensões de governança destaca-se positivamente Direitos e Propriedade com 38,1% de aproveitamento da pontuação. Por outro lado destaca-se negativamente a dimensão de Ética e Conflito de Interesses com 20,2% de aproveitamento da pontuação máxima. O *score* do IGHF dos hospitais pode ser verificado na Tabela 5, que está organizada por ordem decrescente do IGHF.

4.2 RESULTADO DAS ANÁLISES POR DIMENSÃO DO IGHF

Na Tabela 5 é evidenciado o ranking dos hospitais pelo IGHF.

TABELA 5: RANKING DOS HOSPITAIS PELO SCORE DO IGHF EM % DE APROVEITAMENTO

Posição	ID	Score por Dimensão										Total Score Com pesos	IGHF %
		1	1%	2	2%	3	3%	4	4%	5	5%		
1º	A	32,6	63,9	37,3	73,1	19,1	37,5	20,4	40,0	34,8	68,2	144,2	56,5
2º	B	28,3	55,6	11,8	23,1	25,5	50,0	30,6	60,0	32,5	63,6	128,7	50,5
3º	C	28,3	55,6	19,6	38,5	12,7	25,0	25,5	50,0	39,4	77,3	125,6	49,3
4º	D	28,3	55,6	27,5	53,8	12,8	25,0	25,5	50,0	30,1	59,1	124,2	48,7
5º	E	21,3	41,7	29,4	57,7	12,8	25,0	20,4	40,0	18,5	36,4	102,4	40,1
6º	F	19,8	38,9	11,8	23,1	25,5	50,0	10,2	20,0	18,5	36,4	85,8	33,7
7º	G	19,8	38,9	7,8	15,4	12,8	25,0	30,6	60,0	9,3	18,2	80,3	31,5
8º	H	22,7	44,4	11,8	23,1	12,8	25,0	10,2	20,0	16,2	31,8	73,6	28,9
9º	I	12,8	25,0	27,5	53,8	0,0	0,0	25,5	50,0	7,0	13,6	72,7	28,5
10º	K	18,4	36,1	18,5	36,3	0,0	0,0	30,6	60,0	0,0	0,0	67,5	26,5
11º	L	17,0	33,3	7,8	15,4	6,4	12,5	25,5	50,0	9,3	18,2	66,0	25,9
12º	M	12,8	25,0	11,8	23,1	0,0	0,0	30,6	60,0	9,3	18,2	64,4	25,3
13º	N	14,2	27,8	7,8	15,4	12,8	25,0	20,4	40,0	7,0	13,6	55,7	24,4
14º	J	8,5	16,7	11,8	23,1	19,1	37,5	20,4	40,0	2,3	4,5	62,1	24,4
15º	O	17,0	33,3	15,7	30,8	0,0	0,0	20,4	40,0	4,6	9,1	64,1	22,6
16º	P	14,2	27,8	19,6	38,5	12,8	25,0	10,2	20,0	0,0	0,0	50,4	22,2
17º	Q	11,3	22,2	3,9	7,7	19,1	37,5	0,0	0,0	7,0	13,6	41,3	16,2
18º	S	4,3	8,3	3,9	7,7	12,8	25,0	20,4	40,0	0,0	0,0	41,3	16,2
19º	R	9,9	19,4	7,8	15,4	0,0	0,0	20,4	40,0	2,3	4,5	40,5	15,9
20º	T	8,5	16,7	3,9	7,7	0,0	0,0	10,2	20,0	0,0	0,0	22,6	8,9
21º	U	7,1	13,9	11,8	23,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,9	7,4
Média		17,0	33,3	14,7	28,8	10,3	20,2	19,4	38,1	11,8	23,2	73,0	28,7

1 - Evidenciação 2 - Conselhos - Estrutura e Funcionamento 3 - Ética e Conflito de Interesses 4 - Direitos e Propriedade 5 - Retorno Social

Fonte: Adaptado de Rezende, Facure e Dalmácio (2009, p. 9)

4.2.1 Evidenciação

Verificou-se que na dimensão Evidenciação os maiores pontuadores foram os hospitais: A, com score de 32,6 pontos, alcançando 63,9% de aproveitamento; B, C e D com score de 28,3 pontos, alcançando um 55,6% de aproveitamento. O menor desempenho ficou com o hospital S, com score de 4,3 pontos, um aproveitamento de apenas 8,3% dos pontos na dimensão, conforme observado na Tabela 5.

Na média geral, observa-se que a segunda maior pontuação do IGHF foi obtida nessa dimensão, que está relacionada aos aspectos legais de publicação dos demonstrativos contábeis. Da pontuação máxima do score 51,0 pontos, constata-se que os hospitais conseguiram 33,3% da pontuação máxima (TABELA 5).

A pontuação em evidenciação relaciona-se ao acesso a informação contábil, verificou-se que apenas os hospitais A e E divulgam essas informações via *web site*, mas há ausência de informações complementares e não obrigatórias, que implicam em maior aderência às boas práticas de governança. Nenhum dos hospitais mencionou em relatórios, sobre a prática orçamentária e acerca da adoção explícita de ações voltadas a prática de governança corporativa na instituição.

4.2.2 Conselho e Estrutura de Funcionamento

Verificou-se nesta dimensão que a maior pontuação observada foi do hospital A, com score de 37,3 pontos, o que representa 73,1% de aproveitamento. O menor desempenho ficou com o hospital Q, S e T com score de 3,9 pontos. Destaca-se que poucos hospitais adotam os princípios dessa dimensão, pode-se observar um baixo desempenho médio, com score de 14,7 pontos, representando 28,8% de aproveitamento (TABELA 5).

Nessa dimensão somente oito hospitais apresentam conselho de administração, que atendem parcialmente as atividades recomendadas de boas práticas de governança corporativa. Nenhum hospital atende plenamente a todas as práticas recomendadas para o Conselho de Administração, tais como: composição, representação e formação.

Em relação à formação técnica nenhum hospital disponibiliza integralmente informação sobre formação técnica dos membros do conselho. O conselho consultivo não foi identificado em nenhuma instituição. Em relação ao conselho fiscal, dezessete hospitais declararam possuir esse órgão.

Ressalta-se que a remuneração dos conselheiros (dirigentes) é vedada pela legislação, exceto o reembolso das despesas ocorridas em função do cargo, mas a remuneração dos executivos (gestores) não é vedada pela legislação. Todos os hospitais declararam que remuneram seus gestores, em apenas um hospital o presidente da associação possui cargo de atuação no hospital e é remunerado, o que foge a legislação.

4.2.3 Ética e Conflito de Interesses

Analisando-se esta dimensão, verificou-se que o melhor desempenho foi obtido pelos hospitais B e F, com *score* de 25,5 pontos, que representa 50% de aproveitamento. Em relação ao menor desempenho destaca-se os hospitais I, K, M, O, R, T e U com *score* 0,0. Pode-se destacar o baixo desempenho médio dos hospitais nessa dimensão, da pontuação máxima de 51,0 que poderia ser atingida, apenas 10,3 foram conseguidos (TABELA 5).

Esta dimensão representa o grupo com pior desempenho entre as dimensões analisadas, com aproveitamento médio de apenas 20,3% da pontuação máxima do *score*. Esse fato demonstra a fragilidade dos hospitais em relação a conduta dos agentes participantes e do reflexo desses comportamentos no processo de gestão dos processos operacionais do hospital.

Em nossa análise nenhum código de ética dos hospitais está disponível nos *web sites* e nenhum hospital deixa claro em seu estatuto o afastamento de membros dos conselhos, na qual haja interesse pessoal em votações. Nenhum hospital menciona sobre mecanismos de resolução de conflitos com membros do conselho por meio de arbitragem.

4.2.4 Direitos e Propriedade

Nesta dimensão verifica-se que os maiores desempenhos ficaram com os hospitais B, G, K e M, cada um com *score* de 30,6 pontos que representa 60% de aproveitamento. O menor desempenho ficou com os hospitais Q e U com *score* de 0,0 pontos. O desempenho médio em 38,1% da pontuação total da dimensão. Pode-se destacar o alto desempenho médio dos hospitais nessa dimensão, da pontuação máxima de 51,0 que poderia ser atingida, 19,4 pontos do *score* foram conseguidos (TABELA 5).

Esta dimensão demonstra que o hospital possui assembleia geral atuante, o que na governança corporativa representa um fator positivo no processo de monitoramento dos agentes. Esse fato pode gerar maior credibilidade na captação de recursos públicos e privados.

Outro fator nessa dimensão é a divulgação da carta dos direitos dos usuários da saúde. De acordo com legislação precisa ficar exposta e acessível na porta de entrada dos hospitais, apenas um hospital atendeu a portaria e nenhum disponibilizou a carta no *web site*. Observa-se que alguns hospitais possuem estatutos antigos que necessitam ser revisados para atender as necessidades operacionais e as disposições legais.

4.2.5 Retorno Social

Verificou-se nesta dimensão que a maior pontuação foi do hospital C, com *score* de 39,4 pontos, o que representa 77,3% de aproveitamento. O menor desempenho ficou com os hospitais K, P, S, T e U com nenhum ponto no *score*. Pode-se observar um baixo desempenho médio, com *score* de 11,8 pontos, representando 23,2% de aproveitamento (TABELA 5).

Cinco hospitais desenvolvem ações voltadas à cultura e educação a comunidade. Em relação o meio ambiente apenas um hospital possui um trabalho diferenciado, os demais limitam-se a coleta seletiva do lixo hospitalar dentro da instituição. Observa-se que apenas um hospital filantrópico possui certificação, o hospital C, recebida em 2010 de “Organização Social” a nível estadual.

Oito hospitais são considerados de referência em alguma especialidade em sua região, ou seja, que pode prestar um serviço diferenciado a população. Classificação de risco representa um atendimento rápido e humanizado a quem realmente necessita no serviço de urgência, foi identificado em sete hospitais esse tipo de atendimento. O serviço de ouvidoria, ou seja, ouvir os pacientes e acompanhantes e dar um retorno efetivo as sugestões e críticas, foi verificado em cinco hospitais.

Diante das diferenças estruturais percebidas nos hospitais, sentiu-se a necessidade de examinar os resultados considerando o porte dos hospitais, o que permitiu uma análise mais aprofundada do IGHF.

4.2.6 Análise por dimensão versus porte dos hospitais

Na análise das dimensões do IGHF por porte hospitalar, verificou-se o nível de aderência às práticas de governança corporativa de acordo com o tamanho da estrutura, ou seja, conforme o número de leitos disponibilizados para internação hospitalar. Pequeno porte representa os hospitais com até 50 leitos; médio porte hospitais de 51 a 100 leitos; grande porte hospitais acima de 100 leitos. Observa-se que 4, dos 7 hospitais de porte grande apresentaram mais alto *score* no IGHF, ou seja, quanto maior for a estrutura maior o número de interessados na entidade, maior a preocupação com mecanismos de governança (TABELA 6).

Em relação aos hospitais de grande porte observa-se um IGHF médio de 42,1% com *score* de 107,3 pontos de aproveitamento, ressalta-se que os hospitais G e J ficaram com o *score* muito abaixo da média do grupo com 80,3 e 60,1 pontos respectivamente. Em todas as dimensões o *score* dos hospitais de grande porte ficou acima da média geral. Na dimensão conselho – estrutura e funcionamento teve a menor diferença entre a média geral do índice 28,8% e a media dos hospitais de grande porte 35,7%. Na dimensão retorno social observa-se a maior diferença entre a média geral do índice 23,2% e a média dos hospitais de grande porte 46,8% (TABELA 6).

Os hospitais de grande porte pesquisados estão localizados em grandes centros do Espírito Santo, Vitória, Vila Velha e Cachoeiro de Itapemirim. Alguns possuem convênios com faculdades para formação de enfermeiros, médicos, e outros profissionais da área hospitalar, desenvolvem projetos junto com o poder público e tornam-se referencia em ações voltadas para a saúde da população. Nesse sentido conseguem implementar programas de controle nas prestações de

contas, relatórios gerenciais, melhoria no atendimento e qualificação profissional, dando um melhor retorno social e maior aderência as práticas de governança.

TABELA 6: SCORE DO IGHF POR DIMENSÃO VERSUS PORTE

POR-TE	ID	Nº Leitos	Score por Dimensão										Total Score pesos	Total %
			1	1%	2	2%	3	3%	4	4%	5	5%		
Grande - GP	C	172	28,3	55,6	19,6	38,5	12,8	25,0	25,5	50,0	39,4	77,3	125,6	49,3
	A	223	32,6	63,9	37,3	73,1	19,1	37,5	20,4	40,0	34,8	68,2	144,2	56,5
	B	226	28,3	55,6	11,8	23,1	25,5	50,0	30,6	60,0	32,5	63,6	128,7	50,5
	D	179	28,3	55,6	27,5	53,8	12,8	25,0	25,5	50,0	30,1	59,1	124,2	48,7
	F	231	19,8	38,9	11,8	23,1	25,5	50,0	10,2	20,0	18,5	36,4	85,8	33,7
	G	120	19,8	38,9	7,8	15,4	12,8	25,0	30,6	60,0	9,3	18,2	80,3	31,5
	J	144	8,5	16,7	11,8	23,1	19,1	37,5	20,4	40,0	2,3	4,5	62,1	24,4
	Média	185	23,7	46,4	18,2	35,7	18,2	35,7	23,3	45,7	23,8	46,8	107,3	42,1
Médio - MP	E	60	21,3	41,7	29,4	57,7	12,8	25,0	20,4	40,0	18,5	36,4	102,4	40,1
	H	75	22,7	44,4	11,8	23,1	12,8	25,0	10,2	20,0	16,2	31,8	73,6	28,9
	L	92	17,0	33,3	7,8	15,4	6,4	12,5	25,5	50,0	9,3	18,2	66,0	25,9
	I	70	12,8	25,0	27,5	53,8	0,0	0,0	25,5	50,0	7,0	13,6	72,7	28,5
	N	54	14,2	27,8	7,8	15,4	12,8	25,0	20,4	40,0	7,0	13,6	55,7	24,4
	Q	55	11,3	22,2	3,9	7,7	19,1	37,5	0,0	0,0	7,0	13,6	41,3	16,2
	K	56	18,4	36,1	18,5	36,3	0,0	0,0	30,6	60,0	0,0	0,0	67,5	26,5
	Média	66	16,8	32,9	15,3	29,9	9,1	17,9	18,9	37,1	9,3	18,2	68,5	27,2
Pequeno - PP	M	47	12,8	25,0	11,8	23,1	0,0	0,0	30,6	60,0	9,3	18,2	64,4	25,3
	O	42	17,0	33,3	15,7	30,8	0,0	0,0	20,4	40,0	4,6	9,1	64,1	22,6
	R	36	9,9	19,4	7,8	15,4	0,0	0,0	20,4	40,0	2,3	4,5	40,5	15,9
	S	34	4,3	8,3	3,9	7,7	12,8	25,0	20,4	40,0	0,0	0,0	41,3	16,2
	P	48	14,2	27,8	19,6	38,5	12,8	25,0	10,2	20,0	0,0	0,0	50,4	22,2
	T	35	8,5	16,7	3,9	7,7	0,0	0,0	10,2	20,0	0,0	0,0	22,6	8,9
	U	30	7,1	13,9	11,8	23,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,9	7,4
	Média	39	10,5	20,6	10,6	20,9	3,7	7,1	16,0	31,4	2,3	4,5	43,2	16,9

1 - Evidenciação 2 - Conselhos - Estrutura e Funcionamento 3 - Ética e Conflito de Interesses 4 - Direitos e Propriedade 5 - Retorno Social

Fonte: Adaptado de Rezende, Facure e Dalmácio (2009, p. 9)

Em relação aos hospitais de médio porte verifica-se um IGHF médio de 27,2% com *score* de 68,5 pontos de aproveitamento, ressalta-se que o hospital Q ficou com o *score* muito abaixo da média do grupo, com 60,1 pontos respectivamente. Na dimensão conselho – estrutura e funcionamento a média dos hospitais de Médio Porte ficou acima da média geral. Nas outras dimensões a média dos hospitais de Médio Porte ficou abaixo da média geral; pode-se destacar a dimensão de retorno social onde a média dos hospitais Médio Porte ficou 5,0% abaixo da média geral (TABELA 6).

Os hospitais de médio porte pesquisados estão localizados em sua maioria nas cidades interioranas do Espírito Santo, com exceção do hospital H que está localizado em Vitória. Observou-se que os hospitais de médio porte não possuem um perfil definido de atendimento, ou seja, fazem procedimentos cirúrgicos diversos, clínica médica, atendimentos de urgência, ambulatorial e muitas vezes maternidade, para atender a necessidade das cidades onde se localizam, dessa forma, tornam-se uma espécie de concorrentes uns dos outros, pelos recursos governamentais. Nos hospitais de Médio Porte apenas o hospital E possui planejamento estratégico formalizado e aprovado pelo conselho.

Verificou-se que nos hospitais pequeno porte um IGHF médio é de 16,9% com *score* de 43,2 pontos de aproveitamento, destaca-se que o hospital T e U ficaram com o *score* muito abaixo da média do grupo, com 22,6 e 18,9 pontos respectivamente, o hospital M apresentou um IGHF de 25,5% bem acima da média do grupo. Em todas as dimensões o *score* dos hospitais de PP ficaram abaixo da média geral. Na dimensão retorno social teve a maior diferença entre a média geral do índice 28,8% e a media dos hospitais de pequeno porte 4,5% (TABELA 6).

Pode-se observar que nos hospitais S, P, T e U, a pontuação na dimensão retorno social é igual a zero, ou seja, não promovem nenhuma ação em relação ao ambiente social, além da atividade hospitalar. Os hospitais M, O, R, T e U na dimensão ética e conflito de interesses apresentaram pontuação igual a zero, não possuem no estatuto regras que regule o interesse da assembleia em votações, também possuem dividas com tributos federais ou previdenciários (TABELA 6).

Observa-se que os hospitais de pequeno porte estão localizados nas pequenas cidades do interior do Espírito Santo e dependem do financiamento municipal e ajuda da comunidade para manter as portas abertas. Verifica-se nesse grupo dificuldades em formalizar os conselhos, gerar relatórios de gestão operacional e falta de sistemas de informação para controle operacional.

4.3 ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

A outra vertente do trabalho foi verificar a associação entre o IGHF e os indicadores de desempenho. Os resultados foram classificados por ordem decrescente do IGHF, conforme (TABELA 7).

Observa-se que o hospital A com índice do IGHF de 56,6% apresenta os melhores indicadores de ImobLei, AtivLei e ResLei; o hospital C com IGHF de 49,3% apresenta a melhor RecLei; o hospital H com IGHF de 28,9% apresenta a maior IntLei. Destaca-se o hospital U com o menor IGHF de 7,4% apresenta o menor desempenho em: AtivLei, ImobLei, IntLei. O hospital U apresenta o menor EndLei; a menor RecLei foi do hospital I que apresenta um IGHF de 28,5% e o menor ResLei aparece com o hospital H que apresentou um IGHF de 28,9% (TABELA 7).

TABELA 7: INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR

ID	Grupo	IGCHF	RecLei	AtivLei	ImobLei	EndLei	IntLei	ResLei
A	2	56,5%	400.484	493.558	295.182	174.344	62,0	77.422
B	2	50,5%	295.285	125.594	66.237	58.666	57,1	-7.086
C	2	49,3%	452.169	195.540	75.501	156.780	36,5	9.874
D	2	48,7%	259.429	247.007	196.824	192.638	65,8	22.337
E	2	40,1%	152.369	142.367	85.690	63.011	40,0	8.562
F	2	33,7%	208.520	260.465	188.218	158.785	51,8	9.045
G	2	31,5%	115.947	50.780	20.977	21.596	55,2	-7.701
H	2	28,9%	122.542	71.484	8.233	58.044	91,6	-11.862
I	2	28,5%	21.991	62.103	10.817	62.103	38,6	-729
K	2	26,5%	36.092	14.788	14.915	2.617	33,4	1.829
L	-	25,9%	62.190	21.094	16.605	14.045	24,6	5.658
M	1	25,3%	60.936	19.521	15.322	25.330	55,7	5.218
N	1	24,4%	68.014	30.360	144.062	44.433	34,6	-4.028
J	1	24,4%	50.160	35.659	45.236	53.258	38,0	-5.231
O	1	22,6%	61.026	20.652	12.020	13.160	62,3	-1.551
P	1	22,2%	80.638	122.275	62.768	11.704	47,3	3.867
Q	1	16,2%	51.175	18.091	14.132	34.389	32,9	-1.122
S	1	16,2%	38.824	39.525	26.784	252.381	14,0	-6.353
R	1	15,9%	25.660	50.967	49.151	17.315	15,7	-4.700
T	1	8,9%	34.514	24.421	9.336	76.654	10,6	-9.653
U	1	7,4%	48.311	1.975	773	93	10,3	1.034

Fonte: Elaborado pelo Autor

Para explicar a associação entre o IGHF e os indicadores de desempenho foi utilizada a medida de correlação e o *p-valor* (TABELA 7).

Verifica-se que os indicadores RecLei e AtivLei apresentam uma forte correlação com o IGHF, 0,88 e 0,78 respectivamente; os indicadores ImobLei, ResLei e IntLei apresentam uma correlação moderada com o IGHF. A menor correlação foi do indicador EndLei de 0,44, que nesse caso a fraca correlação indica uma associação positiva (TABELA 8). Observa-se que o *p-valor* das variáveis é menor que o nível de significância de 0,05 indicando que o Z das observações está na região crítica, rejeitando a hipótese nula, de que os indicadores de desempenho

não são significantes para o IGHF. Isto é, aceita-se a hipótese de que há uma grande probabilidade dos indicadores de desempenho serem significantes para o IGHF.

TABELA 8: CORRELAÇÃO DO IGHF E OS INDICADORES DE DESEMPENHO

Índice Governança	Correlação	Indicadores	P-valor
IGHF	0,88	RecLei	1,56E-07
IGHF	0,78	AtivLei	3,24E-05
IGHF	0,67	ImobLei	0,00086
IGHF	0,61	ResLei	0,00354
IGHF	0,59	IntLei	0,00476
IGHF	0,44	EndLei	0,04388

Fonte: Elaborado pelo Autor

Para analisar os indicadores de desempenho dos hospitais filantrópicos, foram utilizadas as medidas de dispersão, média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão (TABELA 9).

TABELA 9: MÉDIA, MEDIANA, MÍNIMO, MÁXIMO E DESVIO PADRÃO E COEFICIENTE DE CORREÇÃO DOS INDICADORES

Variáveis	Média (R\$)	Mediana (R\$)	Mínimo (R\$)	Máximo (R\$)	Desvio Padrão (R\$)	Coefficiente de Correção
RecLei	126.013	62.190	21.991	452.169	125.714	99,76%
AtivLei	97.535	50.780	1.975	493.558	118.787	121,79%
ImobLei	64.704	26.784	773	295.182	78.254	120,94%
EndLei	71.016	53.258	93	252.381	71.942	101,30%
IntLei	41,8	38,6	10,3	91,6	20,7	49,52%
ResLei	4.040	(729)	(11.862)	77.422	18.622	460,94%

Fonte: Elaborado pelo Autor

Observa-se na RecLei uma diferença considerável entre a média e a mediana, ou seja, um número menor de hospitais com receitas maiores que a grande maioria, o que pode ser também observado na diferença entre o mínimo e o

máximo; o desvio padrão é de 125.714 com um coeficiente de correlação de 99,76% (TABELA 9).

No indicador AtivLei pode-se observar uma grande diferenças entre os valores, o valor mínimo e máximo dão exata noção das diferenças estruturais dos hospitais. O desvio padrão é de 118.787 com um coeficiente de correlação de 121,79% (TABELA 9).

Demonstra-se nos valores do indicador ImobLei médio e mediano grandes diferenças de valores, reflexo das estruturas físicas das hospitais, o que pode ser comprovado no valor mínimo e máximo do indicador. O desvio padrão é de 78.254 com um coeficiente de correlação de 120,94% (TABELA 9).

Verifica-se no EndLei que a média e mediana estão próximas não havendo grandes diferenças; a distribuição mínima e máxima apresenta uma grade diferença no endividamento; o que pode ser observado no desvio padrão de 71.942 e coeficiente de correlação de 101,30% (TABELA 9).

No indicador IntLei não há um grande deslocamento dos valores da mediana em relação a média, mas podemos observar uma grande diferença entre o mínimo e o máximo, indica a diferença de giro de leitos, ou seja, a diferença do número de internações geradas por leito hospitalar. O desvio padrão de 20,7 e coeficiente de correlação de 49,52% (TABELA 9).

Observa-se no ResLei um distanciamento da mediana, com valores negativos em relação a média com valores positivos, também observado no valor mínimo (- 11.862) e máximo (+ 77.422). O desvio padrão é de 18.622 e coeficiente de correlação de 460,94% (TABELA 9).

4.3.1 Teste de Médias de Mann-Whitney

Stevenson (2001) afirma que “o teste Mann-Whitney é usado para testar se duas amostras independentes provêm de populações com médias iguais”.

Conforme Siegel (2006, p. 153):

O teste de Mann-Whitney é um dos testes não paramétricos mais poderosos, sendo uma alternativa muito útil para o teste paramétrico t quando o pesquisador deseja evitar as suposições do teste t ou quando a mensuração na pesquisa é mais fraca do que a dada em escala intervalar.

Este teste pode também ser utilizado como alternativa ao teste *t-Student* para amostras independentes, quando as amostras são de pequena dimensão ou muito diferentes, as distribuições são muito enviesadas ou as variâncias são muito heterogêneas. O pressuposto do teste de Mann-Whitney é que as duas amostras sejam independentes e aleatórias, e que as variáveis em análise sejam numéricas ou ordinais (FERREIRA, 2011).

Este teste foi desenvolvido por Mann e Whitney (1947) e testa as seguintes hipóteses:

H_0 - As duas amostras têm médias iguais;

H_1 - As duas amostras têm médias diferentes.

Ferreira (2011) afirma que a estatística de teste é calculada como se descreve a seguir:

- As observações das duas amostras são combinadas numa única variável de tamanho $N_1 + N_2$, sendo identificadas as respectivas proveniências
- O conjunto de observações assim constituído pela junção das duas amostras é ordenado por ordem crescente, atribuindo o número de ordem 1 à observação menor e o número de ordem $N_1 + N_2$ à observação maior. Caso

haja “empates” a cada uma das observações “empatadas” é atribuído o número de ordem médio que essas observações teriam se não estivessem “empatadas”.

- Em seguida, calcula-se as somas dos números de ordem das observações de cada amostra:

W_1 : soma dos números de ordem das observações da amostra 1;

W_2 : soma dos números de ordem das observações da amostra 2;

- Calcula-se a estatística de teste:

$$U_1 = N_1 \cdot N_2 + \frac{N_2 \cdot (N_2 + 1)}{2} - W_2 \quad (3)$$

$$U_2 = N_1 \cdot N_2 + \frac{N_1 \cdot (N_1 + 1)}{2} - W_1 \quad (4)$$

$$U = \min(U_1, U_2) \quad (5)$$

Para realizar os testes dividiu-se a amostra em dois grupos de dez (10) hospitais: 1 – hospital com menores índices do IGHF, 2 – hospitais com maior índice de governança (TABELA 7). As hipóteses estatísticas do teste de Mann-Whitney que estão sendo testadas são as seguintes:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 \quad H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

Onde:

- ✓ H_0 - Médias dos indicadores dos hospitais com maior índice do IGHF, do grupo 2 é igual a média dos indicadores dos hospitais com menor índice do IGHF, grupo 1(TABELA 7).

- ✓ H_1 - Médias dos indicadores dos hospitais com maior índice do IGHF, do grupo 2 é diferente da média dos indicadores dos hospitais com menor índice do IGHF, grupo 1(TABELA 7).

A aplicação do teste de Mann-whitney foi realizada para um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). As hipóteses testadas foram às seguintes:

- **AtivLei**

H_0 = Média do AtivLei do grupo 1 é igual a média do AtivLei do grupo 2.

H_1 = Média do AtivLei do grupo 1 é diferente da média do AtivLei do grupo 2.

- **RecLei**

H_0 = Média do RecLei do grupo 1 é igual a média do RecLei do grupo 2.

H_1 = Média do RecLei do grupo 1 é diferente da média do RecLei do grupo 2.

- **ImobLei**

H_0 = Média do ImobLei do grupo 1 é igual a média do ImobLei do grupo 2.

H_1 = Média do ImobLei do grupo 1 é diferente da média do ImobLei do grupo 2.

- **EndLei**

H_0 = Média do EndLei do grupo 1 é igual a média do EndLei do grupo 2.

H_1 = Média do EndLei do grupo 1 é diferente da média do EndLei do grupo 2.

- **IntLei**

H_0 = Média do IntLei do grupo 1 é igual a média do IntLei do grupo 2.

H_1 = Média do IntLei do grupo 1 é diferente da média do IntLei do grupo 2.

- **ResLei**

H_0 = Média do ResLei do grupo 1 é igual a média do ResLei do grupo 2.

H_1 = Média do ResLei do grupo 1 é diferente da média do ResLei do grupo 2.

TABELA 10: RANKS DO TESTE DE MANN-WHITNEY

Indicadores	Grupo IGHF	N	Rank Médio	Soma dos Ranks
RecLei	1	10	7,3	73
	2	10	13,7	137
	Total	20		
AtivLei	1	10	6,8	68
	2	10	14,2	142
	Total	20		
ImobLei	1	10	8,6	86
	2	10	12,4	124
	Total	20		
EndLei	1	10	8,2	82
	2	10	12,8	128
	Total	20		
IntLei	1	10	7,6	76
	2	10	13,4	134
	Total	20		
ResLei	1	10	8,8	88
	2	10	12,2	122
	Total	20		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Pode-se observar na Tabela 10 na coluna “grupo” a amostra foi dividida em grupos 1 e 2 do IGHF. O grupo 1 contempla os dez hospitais com os menores índices do IGHF e o grupo 2 com os hospitais que possuem os maiores índices do IGHF. O teste teve como objetivo testar estatisticamente se as médias de cada indicador dos hospitais do grupo 1 é igual a média dos indicadores dos hospitais do grupo 2 (TABELA 10).

Verifica-se nos resultados dos testes de Mann-whitney que as hipóteses nulas dos testes para os indicadores: RecLei, AtivLei e IntLei, foram rejeitadas, ou seja, as

médias são estatisticamente diferentes ao nível de 5% de significância (p -valor = 0,05). Para os indicadores de ImobLei, EndLei e ResLei, não rejeita-se a hipótese nula ao nível de 5% de significância, ou seja, as médias são estatisticamente iguais (TABELA 11).

TABELA 11: RESULTADOS DO TESTE ESTATÍSTICO DE MANN-WHITNEY

	RecLei	AtivLei	ImobLei	EndLei	IntLei	ResLei
Mann-Whitney U	18	13	31	27	21	33
Wilcoxon W	73	68	86	82	76	88
Z	-2,419	-2,797	-1,436	-1,739	-2,192	-1,285
<i>P</i> -valor	0,016	0,005	0,151	0,082	0,028	0,199

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.3.2 Análise dos indicadores por porte hospitalar

Verificaram-se na análise as estatísticas de dispersão, média, mediana, mínimo, máximo, desvio padrão e coeficiente de variação dos indicadores de desempenho geral dos hospitais em relação ao porte hospitalar.

Observa-se no indicador de RecLei que os hospitais de grande porte possuem a média, mediana acima dos valores gerais. Destaca-se que o maior desvio padrão está nos hospitais de porte médio, onde se verifica a menor receita por leito (TABELA 12).

Verifica-se no indicador AtivLei que a média e mediana dos hospitais de grande porte encontram-se com valores acima da média geral. Pode-se destacar o desvio padrão, por portes: pequeno 39.522, médio 45.833 e grande 156.451. O coeficiente de variação dos hospitais de pequeno porte é de 99,04 o maior no grupo (TABELA 12).

No indicador ImobLei pode-se observar que os valores dos hospitais de grande porte estão muito acima da média e mediana geral. Ao contrário os hospitais

de pequeno porte apresentam valores muito da média e mediana, muito abaixo dos indicadores gerais. Destaca-se o maior coeficiente de variação, especialmente nos hospitais de médio porte 125,02% o que representa grande diferença de estrutura entre os hospitais (TABELA 12).

TABELA 12: MÉDIA, MEDIANA, MÍNIMO, MÁXIMO E DESVIO PADRÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO POR PORTE HOSPITALAR

RecLei	Média (R\$)	Mediana (R\$)	Mínimo (R\$)	Máximo (R\$)	Desvio Padrão (R\$)	Coeficiente de Variação
RecLei Geral	126.013	62.190	21.991	452.169	125.714	99,76%
Porte Grande	254.571	259.429	50.160	452.169	144.417	56,73%
Porte Médio	73.482	62.190	21.991	152.369	47.142	64,15%
Porte Pequeno	49.987	48.311	25.660	80.638	18.885	37,78%
AtivLei	Média (R\$)	Mediana (R\$)	Mínimo (R\$)	Máximo (R\$)	Desvio Padrão (R\$)	Coeficiente de Variação
AtivLei Geral	97.535	50.780	1.975	493.558	118.787	121,79%
Porte Grande	201.229	195.540	35.659	493.558	156.451	77,75%
Porte Médio	51.470	30.360	14.788	142.367	45.833	89,05%
Porte Pequeno	39.905	24.421	1.975	122.275	39.522	99,04%
ImobLei	Média (R\$)	Mediana (R\$)	Mínimo (R\$)	Máximo (R\$)	Desvio Padrão (R\$)	Coeficiente de Variação
ImobLei Geral	64.704	26.784	773	295.182	78.254	120,94%
Porte Grande	126.882	75.501	20.977	295.182	100.978	79,58%
Porte Médio	42.065	14.915	8.233	144.062	52.588	125,02%
Porte Pequeno	25.165	15.322	773	62.768	22.756	90,43%
EndLei	Média (R\$)	Mediana (R\$)	Mínimo (R\$)	Máximo (R\$)	Desvio Padrão (R\$)	Coeficiente de Variação
EndLei Geral	71.016	53.258	93	252.381	71.942	101,30%
Porte Grande	116.581	156.780	21.596	192.638	69.407	59,54%
Porte Médio	39.806	44.433	2.617	63.011	24.034	60,38%
Porte Pequeno	56.663	17.315	93	252.381	89.767	158,42%
IntLei	Média (R\$)	Mediana (R\$)	Mínimo (R\$)	Máximo (R\$)	Desvio Padrão (R\$)	Coeficiente de Variação
IntLei Geral	41,8	38,6	10,3	91,6	20,7	49,52%
Porte Grande	52,4	55,2	36,5	65,8	11,3	21,56%
Porte Médio	42,2	34,6	24,6	91,6	22,3	52,84%
Porte Pequeno	30,8	15,7	10,3	62,3	23,2	75,32%

ResLei	Média (R\$)	Mediana (R\$)	Mínimo (R\$)	Máximo (R\$)	Desvio Padrão (R\$)	Coefficiente de Variação
ResLei Geral	4.040	(729)	(11.862)	77.422	18.622	460,94%
Porte Grande	14.094	9.045	(7.701)	77.422	3.052	21,65%
Porte Médio	(242)	(729)	(11.862)	8.562	6.670	2756,20%
Porte Pequeno	(1.734)	(1.551)	(9.653)	5.218	5.481	316,09%

Fonte: Elaborado pelo Autor

Destaca-se nesse indicador que o valor mínimo e máximo encontra-se nos hospitais de pequeno porte, dessa forma, apresentam a maior dispersão de valores, observados no desvio padrão (TABELA 12).

No índice de IntLei os indicadores de média dos hospitais de grande e médio porte apresentam valores acima da média geral; a mediana dos hospitais de médio e pequeno porte ficaram abaixo da média geral. Destaca-se o desvio padrão dos hospitais de pequeno porte 23,2 apresentando a maior dispersão de valores (TABELA 12).

Observa-se no indicador ResLei grandes dispersões nos resultados, os hospitais de grande porte apesar de apresentarem média e mediana positiva, apresentam o mínimo negativo; os hospitais de pequeno e médio porte apresentam média, mediana e mínimo negativo com máximo positivo, dessa forma há uma grande dispersão, observada no desvio padrão (TABELA 12).

Capítulo 5

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta da pesquisa foi desenvolver e calcular um índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos – IGHF e Investigar se existe relação entre o IGHF com os indicadores de desempenho, Receita, Ativo Total, Ativo Imobilizado, Endividamento, Internações e Resultado Líquido.

Com base nos pressupostos de governança corporativa desenvolveu-se o Índice de Governança para os Hospitais Filantrópicos e calculou-se um nível médio de 28,7% do *score* total que poderia ser alcançado. Assim, demonstra-se que os hospitais podem aperfeiçoar as suas práticas de gestão na direção das boas práticas de governança.

Observa-se acerca dos relatórios contábeis e gerenciais, apesar de alguns apresentarem boa qualidade, uma carência expressiva na divulgação das informações e ações gerenciais no sentido de aderir às boas práticas de governança corporativa.

Verificou-se que os hospitais de grande porte (acima de 100 leitos) possuem um nível de aderência às práticas de governança, bem acima dos demais 42,1% do *score*. Acredita-se que esse desempenho ocorra devido a estes estarem localizados nos grandes centros do Estado e serem referências nas ações governamentais. Nesse sentido a divulgação de informações, prestação de contas e promoção de ações sociais para os *stakeholders* externos, governo e doadores, pode contribuir com a captação de recursos e melhorar o desempenho operacional.

Na análise da relação do IGHF com indicadores de desempenho, observa-se uma forte correlação, 0,88 e 0,78 os indicadores RecLei e AtivLei respectivamente, ou seja, o quanto as variações do IGHF podem ser acompanhadas por alterações na receita e nos ativos dos hospitais. Nesse sentido a aderência às práticas do IGHF indica para uma maior estrutura de ativos e maior geração de receita por leito. Essa correlação demonstra que os hospitais com maior IGHF possuem maior capacidade de prestação de serviços e geração de receitas, para cobrir os custos e despesas e fazerem reinvestimentos na instituição.

Verificou-se na análise do desempenho dos hospitais, uma grande dispersão em praticamente todos os indicadores, destacando o ResLei, com coeficiente de dispersão de 460,94% (TABELA 9). Esses indicadores refletem as diferenças de estrutura e serviços dos hospitais filantrópicos. Nesse sentido desenvolveu-se a análise dos indicadores de desempenho com medidas de dispersão por porte hospitalar conforme (TABELA 12), nessa análise a dispersão dos valores também é significativa, ou seja, as políticas organizacionais são distintas mesmo nos hospitais de mesmo porte.

No teste de médias verificou-se que ao nível de significância de 0,05 rejeita-se a hipótese nula, para os indicadores: RecLei, AtivLei, IntLei, indica que as médias desses indicadores para os hospitais com maior índice do IGHF é diferente das médias desses indicadores para os hospitais com menor índice do IGHF. Os resultados indicam que há evidências de que o índice do IGHF é significativo para a receita, ativo e internações por leito hospitalar.

Ao nível de significância de 0,05 aceita-se a hipótese nula, para os indicadores de: ImobLei, EndLe, ResLei, sinalizando que as médias desses indicadores para os hospitais com maior índice do IGHF são iguais estatisticamente,

às médias dos indicadores dos hospitais com menor índice do IGHF. Os resultados indicam que não há evidências de que o índice do IGHF é significativo para o imobilizado, endividamento e resultado por leito hospitalar.

O IGHF foi desenvolvido sob a ótica da teoria de agência, como forma de mensurar o nível de aderência as boas práticas de governança corporativa e reduzir a assimetria de informação entre agentes (gestores hospitalares) e principais (governo, doadores, voluntários e população). Os resultados indicam que a aderência as boas praticas de governança corporativa podem contribuir para melhores indicadores de AtivLei, RecLei e IntLei. Dessa forma há evidências de que um maior índice do IGHF reduz a assimetria de informações e pode fazer com que os recursos disponibilizados pelos principais sejam aplicados pelos agentes de forma mais eficiente, na estrutura de ativos, geração de receita e volume de internações por leito hospitalar.

Considerando a relevância dos hospitais filantrópicos no contexto da saúde da população, a pesquisa contribui com os gestores, governo, acadêmicos e outros *stakeholders* hospitalares, no sentido de refletir sobre as boas práticas de governança corporativa que podem ser aplicadas na gestão dos hospitais filantrópicos, como forma de melhorar o desempenho.

A possibilidade de desenvolver um estudo com análise mais robusta foi limitada pela pequena amostra de hospitais pesquisados (21). Muitos hospitais de pequeno porte do Estado não possuem uma gestão independente, são financiados exclusivamente pelos municípios onde estão localizados. A gestão desses hospitais está ligada as prefeituras, seguindo as regras de cada município, dessa forma, não desenvolvem práticas de governança corporativa.

Outra limitação encontrada foi à escassez de estudos científicos robustos sobre governança em hospitais filantrópicos no Brasil. Acredita-se que a dificuldade de levantamento de dados e a falta de padronização nos informes de desempenho dificultem o desenvolvimento de estudos.

Os hospitais filantrópicos podem ser grandes parceiros dos governos na solução de problemas básicos de saúde da população. Políticas adequadas, planejamento e investimentos nos filantrópicos podem amenizar a carência de acesso aos serviços de saúde. Um dos fatores que podem contribuir para facilitar o acesso é que os filantrópicos estão distribuídos em todas as regiões e principais municípios do Estado. Nesse sentido as ferramentas de governança corporativa podem contribuir e auxiliar o monitoramento dessas parcerias.

Os testes realizados não são conclusivos, mas realização desta pesquisa abriu novas perspectivas para realização de trabalhos sobre os problemas de agência em torno da governança corporativa nos hospitais filantrópicos. Como sugestão para pesquisas futuras: a realização de uma pesquisa comparativa com hospitais filantrópicos de outros estados; pesquisar o IGHF em hospitais filantrópicos que desenvolvam atividades hospitalares semelhantes.

6 REFERÊNCIAS

AKERLOF, G. The markets for lemons: quality uncertainty and the market mechanism. **The Quarterly Journal of Economics**, [S.l.] p.488-500, Aug. 1970.

ALAM, Pevaz; ELSHAFIE, Essam; JARJOURA, David. The Effect of Ownership Structure on Performance of Hospitals. **Academy of Accounting and Financial Studies Journal**, Volume 12, Number 3, 2008.

ALEXANDER, J. Adaptive Strategies of Nonprofit Human Service Organization in an Era of Devolution and New Public Management. **Nonprofit Management and Leadership**, v.10, n.3, p. 287-303, 2000.

ALEXANDER, J.A., LEE, Shoou-Yih D. Does Governance Matter? Board Configuration and Performance in Not-for-Profit Hospitals. **The Milbank Quarterly**, Vol. 84, No. 4, (pp. 733–758), 2006.

BEATTIE, V.; MCINNES, W.; FEARNLEY, S. A methodology for analyzing and evaluating narratives in annual reports: a comprehensive descriptive profile and metrics for disclosure quality attributes. **Accounting Forum, Glasgow**, 28 (3): 205-236, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Legislação**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=31025&janela=1>. Acesso em: 05 de novembro de 2010.

_____, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Sala de Imprensa**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2010/julho/arquivos/decreto-no-7-237.pdf/view>>. Acesso em: 10 de agosto de 2011.

CADBURY, Adrian. The future for governance: the rules of the game. **Journal of General Management**, v. 24, n. 2, p. 1-14, 1998.

CARVALHO, H. Soares. As práticas da boa Governança Corporativa nas empresas e os reflexos destas ações no terceiro setor. Trabalho de Conclusão de Curso Pós Graduação “Lato-Sensu” Vitória, **UFES**, 2005.

CFC. Conselho Federal de Contabilidade. Disponível em: <<http://www.cfc.org.br/uparq/Entidadesemfinalidadedelucro.pdf>>. Acesso em: 04 de setembro de 2011.

CHIANCA, T. **Desenvolvendo a cultura de avaliação em organizações da sociedade civil**. São Paulo: Global, 2001.

CMB. CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSPITAIS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS. Disponível em: <<http://www.cmb.org.br>> acesso em: 15 de agosto de 2010.

CORNFORTH, C. J. (Ed.). *The Governance of Public and Non-profit Organizations: what do boards do?* London: **Routledge**, 2003.

COY, D.; DIXON, K. The public accountability index: crafting a parametric disclosure index for annual reports. **The British Accounting Review**, v. 36, p. 79-106, 2004.

DOLABELLA, R. Rede Nacional de Advogados. **Clippings Jurídicos**. A Nova Lei da Filantropia. Disponível em: <<http://www.advsauade.com.br/noticias.php?local=1&nid=5948>> . Acesso em 07 de setembro de 2011.

ELDENBURG, L., HERMALIN, B.E., WEISBACH, M.S., WOSKINSKA M. Hospital governance, performance objectives, and organizational form: Evidence from hospitals. **Journal of Corporate Finance**, 10: 527-548. 2004.

ESPÍRITO SANTO (ESTADO). Portal do Governo do Espírito Santo. **Rede de Comunicação**. Disponível em: <<http://www.es.gov.br/site/noticias/show.aspx?noticiald=99706160>>. Acesso em: 10 de outubro de 2010.

FAMA, E., JENSEN, M. Separation of ownership and control. **Journal of Law and Economics**, n. 26, p. 301–325. 1983b.

FASCINA L. P. Filantropia como estratégia em cinco organizações hospitalares privadas no município de São Paulo. São Paulo: **FGV**, 2009.

FEHOFES. FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS DO ESPÍRITO SANTO. **Boletim Informativo Anual**, Espírito Santo, 2010.

FEHOSP. FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS BENEFICENTES DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Sala de Imprensa**. Disponível em: <http://www.fehosp.com.br/v2/sala_imprensa/releases/exibir/?id=9>. Acesso em: 01 de agosto de 2010.

FERREIRA, A. A. C. Governança Corporativa e os impactos na Gestão Hospitalar e nos Arranjos Contratuais: um Estudo de Caso Numa S.A. Hospitalar Capixaba. Dissertação de Mestrado **FUCAPE**, 2006.

FERREIRA, A. Mateus. Métodos Estatísticos e Delineamento experimental: Testes não Paramétricos. Escola Superior Agrária Castelo Branco. Disponível em: <http://docentes.esa.ipcb.pt/mede/apontamentos/testes_ao_parametricos.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIMENES, E. R.; LEONARDO, V. S. Transparência na prestação de contas por entidades do Terceiro Setor: obrigação fiscal e social. **XII Convenção de Contabilidade do Rio Grande do Sul**. Bento Gonçalves, Setembro, 2009.

GRUNING, Michael. Capital markets implications of corporate disclosure: German evidence. In: **European Accounting Association Annual Congress, 31**, Rotterdam, 2008.

HERRERO, G.; CRUZ, N.; MERINO, E. The non residual claim problem in non profit organizations. In: **Annual Conference of in International Society for New Institutional Economics, 6.**, Cambridge, MA, 2002.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. **The Journal of Financial Economics**, Rochester, 3 (4): 305-360, october, 1976.

JEGERS, Marc. "Corporate" Governance in Nonprofit Organizations: A Non-Technical Review of the Economic Literature "The Third Sector and Sustainable Social Change: New Frontiers for Research" Barcelona (Spain). **8th ISTR International Conference; 2nd EMES-ISTR European Conference**. July 9-12, 2008

JENSEN, M.C. The modern industrial revolution: exit, and the failure of internal control systems. **The Journal of Finance**, Oxford, v.XLVIII, n.3, p. 831-880, July 1993.

KLEIN, Benjamim. Contracting Costs and Residual Claims: The Separation of Owership and Control. **Journal of Law e Economics**, v.26 p. 367-373, Jun, 1983.

LEAL, EDVALDA A.; FAMA, R. Governança nas Organizações do Terceiro Setor: um estudo de caso. In: **X SemeAd - Seminários em Administração FEA/USP**, 2007, São Paulo-SP. X SemeAd FEA/USP, 2007.

LEVINE, D.M., STEPHAM D., KREHBIEL T. C.. BERENSON M.. **Estatística: Teoria e Aplicações usando o Microsoft Excel em português**. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

MANN, H. B. and WHITNEY, D. R.. On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. **Ann. Math. Statist.** 18, 50-60, 1947 .

MENDONÇA, L. Rocha de; MACHADO FILHO, C. A.. Governança corporativa nas Organizações do Terceiro setor: considerações teóricas. **RAUSP**, V.39, N.4, P. 302-308, out-dez, 2004.

MISORELLI, C.L.. Governança corporativa nas organizações sem fins lucrativos. São Paulo, SP. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Administração. Universidade de São Paulo – **FEA-USP**, 77 p. 2003.

MURARO, Piero; LIMA, José Edmilson de S.. Terceiro setor, qualidade ética e riqueza das organizações. **Revista FAE**, v.6, n.1, Curitiba, p. 79-88. jan./abr. 2003.

POZZOBON, E.A.. **A filantropia**: uma ação gratuita de associações constituídas e legisladas pelo Código Civil, sob a proteção da constitucionalidade da Constituição. Santa Maria: Pallotti, 2003.

REZENDE, A. J. ; FACURE, F.E.C; DALMACIO, F. Z. . Práticas de Governança Corporativa em Organizações Sem Fins Lucrativos. In: **Congresso USP Controladoria e Contabilidade, 9**. São Paulo, 2009.

RODRIGUES, A. L.; MALO, M. C.. Estruturas de Governança e Empreendedorismo Coletivo: o Caso dos Doutores da Alegria. **RAC**, v. 10, n. 3, Jul./Set. 2006.

RODRIGUES, A. L.. Modelos de Gestão e Inovação Social em Organizações sem Fins Lucrativos: Divergências e Convergências entre Nonprofit Sector e Economia Social. **O&S**, vol. 14, n. 43, out./dez. 2007.

ROGERS, Pablo; SECURATO, José Roberto; RIBEIRO, Kárem Cristina de Sousa. Governança corporativa, custo de capital e retorno do investimento no Brasil. **REG-USP** [online]. vol. 15, no. 1, pp. 61-77. ISSN 1809-2276, 2008.

SÁ, Antônio Lopes de.. **Ética profissional**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2000.

SIEGEL, S. & CASTELLAN JR., N. J. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.

SOLDI, A. R.; HARTZ, C. R.; SANTOS, G. R.; SILVA, M. M.; FILHO, M. A. F. Transparência no Terceiro Setor: Um Estudo sobre as Organizações Filantrópicas. **Revista Jovens Pesquisadores**. Vol. 4, No 1 (6), jan.-jun./2007.

STEINBERG, Herbert. **Governança Corporativa**: Pessoas criam as melhores e as piores práticas. São Paulo: Editora Gente, 2003.

STEVENSON, William J. **Estatística aplicada à administração**; tradução Alfredo Alves de Farias. São Paulo: Harper e Row do Brasil, Ed. 2001.

UGA, Maria Alicia D. et al. Uma análise das operadoras de planos próprios de saúde dos hospitais filantrópicos no Brasil. Cad. **Saúde Pública** [online]. vol.24, n.1, pp. 157-168, 2008.

VIACAVA, Diane F.; GORDON, Bruce; GOLDSTEIN, Lisa; NELSON, John. Governance of Not-For-Profit Healthcare Organizations. **American Health Lawyers Association**. New York, June, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: Planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.