

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

Thais Regina Godoi Valente Alves da Costa

**Alternativas de financiamento para investimentos em organizações
públicas de saúde
Caso HCFMRP-USP**

**Ribeirão Preto
2017**

THAIS REGINA GODOI VALENTE ALVES DA COSTA

**Alternativas de financiamento para investimentos em organizações
públicas de saúde
Caso HCFMRP-USP**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Finanças

Orientador: Prof. Dr. Alberto Borges Matias

**Ribeirão Preto
2017**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Valente, Thais Regina Godoi.
Alternativas de financiamento para organizações públicas de saúde - Caso HCFMRP-USP / Thais Regina Godoi Valente Alves da Costa; orientador Prof. Dr. Alberto Borges Matias – Ribeirão Preto, 2017.

186 f.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

1. Gestão em saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Finanças Hospitalares.

Nome: VALENTE, Thais Regina Godoi

Título: Alternativas de financiamento para investimentos em organizações públicas de saúde - Caso HCFMRP-USP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas*

*E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar*

*“Caminhos do Coração”
(Gonzaguinha)*

Agradeço primeiramente a Deus, que não apenas trilhou meu caminho, mas me acompanha em cada passo, mesmo quando eu me perco. E a Jesus, único e verdadeiro Mestre, pelos ensinamentos que procuro seguir e transmitir.

Ao meu filho Thiago, minha razão de viver, pela compreensão quando a mamãe não podia brincar por causa da “lição de casa” que não acabava nunca. Lições de casa nunca acabam, meu filhote! A vida é uma escola!

Aos meus pais, Roberto e Cida, que tanto abdicaram por mim. Pelos princípios e valores, pelo amor e carinho, pela exigência para que eu estudasse e me superasse.

Ao meu pai, a quem segui não apenas na profissão, mas a quem seguirei sempre como exemplo. À minha mãe, que só pude compreender plenamente com quase 32 anos, aquela que sofre e sonha comigo, que me carrega no colo até hoje.

À minha avó Neta (em memória), que em sua simplicidade, deu a mim e ao Thiago como último ensinamento: viver com emoção, sempre! Às minhas irmãs, Aline e Lilian que estão ao meu lado em todos os momentos.

Ao meu esposo, Leandro, pelo apoio neste e em todos os projetos da minha vida!

Ao professor Alberto, meu respeito e admiração, muito mais do que pelo inegável conhecimento técnico, pelos ensinamentos de vida, de persistência e de confiança.

À Universidade de São Paulo, instituição que mais uma vez me recebeu de braços abertos, e da qual me orgulho de fazer parte.

A toda equipe de professores, funcionários e alunos do Mestrado Profissional, em especial à Maria Cláudia, pela paciência e auxílio em todos os momentos. A diversidade de ideias, projetos e profissionais, foi fundamental para meu crescimento e para o resultado desse projeto.

“O mundo financeiro é regido pela lei do acaso. Alguns sonhos conquistam crédito, recebem da sociedade, na pessoa do intermediário financeiro, licença para tentar se tornar realidade. Outros sonhos continuam sendo sonhados. Os sonhos tornados projetos viram novas empresas, novos produtos, novas técnicas ou novas candidaturas, novas pesquisas tecnológicas, novos filmes ou peças de teatro. Na medida em que se agregam ao mundo econômico ou político real, geram empregos, mercadorias, rendas, impostos. E desta forma se viabilizam reciprocamente.”

(Paul Singer)

Que o sonho da saúde para todos
conquiste o crédito de que necessita.

RESUMO

VALENTE, T.R.G. **“Alternativas de financiamento para investimentos em organizações públicas de saúde - Caso HCFMRP-USP”**. 2017. 186 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o acesso universal e igualitário à saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. No entanto, observa-se que, com dados atualizados e fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), há um baixo percentual de destinação dos recursos financeiros em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil para a saúde, em contraste com realidades de outros países com sistemas de saúde universais e públicos. Devido ao repasse insuficiente, as organizações hospitalares, em geral, não apresentam desempenho econômico-financeiro satisfatório, com destaques para as que dependem de recursos governamentais, como os hospitais filantrópicos e públicos. Por outro lado, o sistema privado tem interesse em atuar no setor da saúde, seja por meio da oferta de serviços de saúde, seja através do mercado de crédito e de capitais. Sendo assim, garantir a universalidade e integralidade na prestação dos serviços de saúde diante de restrições orçamentárias e financeiras faz com que a discussão sobre o financiamento da saúde seja preocupação constante dos gestores e demais envolvidos na construção de um sistema de saúde. E, analisar a estrutura de capital e a captação de recursos do HCFMRP-USP e compará-la às estruturas de outros hospitais referência, públicos e privados, nacionais e internacionais, tem como objetivo propor formas inovadoras de financiamento para os investimentos que se fazem necessários e que atualmente dependem de liberações de recursos públicos.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Finanças Hospitalares.

ABSTRACT

VALENTE, T.R.G. “**Financial alternatives for public health organization investments – HCFMRP-USP case**”. 2017. 186 f. Thesis of Master’s Degree – Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

The Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988 assures universal and equal access to health services as a right of all Brazilian people and residents, independently of any aspect or condition and it is a duty of the Government, ensuring it throughout social and economical politics. However, according to recent data provided by the World Health Organization (WHO), a low percentage of financial resources related to the Brazilian Gross Domestic Product (GDP) is destined to the health system, in contrast with the reality of other countries that count with universal and public health systems. Due to the insufficient financial funding, hospital organizations, in general, do not exhibit a satisfactory economic-financial performance, highlighting the organizations which rely on government resources such as public and philanthropic hospitals. On the other hand, the private system wishes to intervene in the health sector, whether by offering health services or through credit and capital markets. Therefore, ensuring universality and integrality of the provision of health care when dealing with financial and budget restrictions, is a concern for managers and involved staff responsible for building a health system.

In addition, analyzing capital structure and raising funds of the HCFMRP-USP and comparing it to the structure of other reference hospitals, whether public or private, and national or international, has the aim of proposing innovative ideas for funding investments that are essential and, at this moment, greatly rely on availability of public resources.

Keywords: Health Management. Brazil's Unified Public Health System (SUS). Public Finances.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCR – Associação Brasileira de Captadores de Recursos
AC – Ativo Circulante
ACC – Adiantamentos sobre Contrato de Câmbio
ANC – Ativo Não Circulante
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ARLP – Ativo Realizável a Longo Prazo
BCB – Banco Central do Brasil
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BP – Balanço Patrimonial
BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CE – Composição do Endividamento
CMN – Comitê Monetário Nacional
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNSP – Comitê Nacional de Seguros Privados
CPC – Comitê de Pronunciamentos Contábeis
CRA – Certificado de Recebíveis do Agronegócio
CRI – Certificado de Recebíveis Imobiliários
CVM – Comissão de Valores Mobiliários
DRE – Demonstração de Resultados do Exercício
ELP – Exigível a Longo Prazo
FAEPA – Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FAP – Fundação de Amparo à Pesquisa
FII – Fundos de Investimentos Imobiliários
FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos
FNDCT – Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FUNTEL – Fundo para o Desenvolvimento Tecnológico das Telecomunicações
HCB – Hospital do Câncer de Barretos
HCFMRP – USP – Hospital das Clínicas de Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein
HU – Hospital Universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEG – Índice de Endividamento Geral
IIRS – Instituto Israelita Albert Einstein
IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPL – Imobilização do Patrimônio Líquido
IRNC – Imobilização dos Recursos Não Correntes
JCI – *Joint Comission International*
LCI – Letras de Crédito Imobiliário
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OSS – Organizações Sociais de Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PC – Passivo Circulante
PL – Patrimônio Líquido
PFI – *Private Finance Initiative*
PPA – Plano Plurianual
PPP – Parcerias Público Privadas
PREVIC – Superintendência Nacional de Previdência Complementar
PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
RCTP – Relação de Capital de Terceiros e Próprio
SBIBAE – Sociedade Brasileira Israelita Brasileira Albert Einstein
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SFN – Sistema Financeiro Nacional
SIOP – Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSEP – Superintendência e Seguros Privados
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA – Unidades de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Perfil Populacional Brasileiro	24
Figura 2: Como atingir a cobertura universal da saúde?	25
Figura 3: Fontes de Receitas Estaduais e Municipais da Saúde.....	49
Figura 4: Representação Gráfica da DRE	55
Figura 5: Financiamento dos Investimentos (2011-2014).....	60
Figura 6: Instituições financeiras do SFN	71
Figura 7: Matriz de Produto/Mercado.....	75
Figura 8: Volume de CRI emitidos	84
Figura 9: Estrutura Organizacional Johns Hopkins Medicine	136
Figura 10: Organograma Funcional - HCFMRP-USP	145

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização das organizações nacionais	95
Quadro 2: Fórmula de Cálculo dos Indicadores de Desempenho	97
Quadro 3: Princípios Organizacionais – Rede D’or São Luiz	99
Quadro 4: Princípios Organizacionais - Santa Casa.....	105
Quadro 5: Princípios Organizacionais – Hospital Israelita Albert Einstein.....	110
Quadro 6: Princípios Organizacionais – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	120
Quadro 7: Princípios Organizacionais – Hospital do Câncer de Barretos	129
Quadro 8: Princípios Organizacionais – Johns Hopkins Hospital.....	136
Quadro 9: Princípios Organizacionais – HCFMRP-USP.....	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores Síntese da População	23
Tabela 2: Gastos com Saúde.....	29
Tabela 3 Crédito Bancário para Empresas	67
Tabela 4: Linhas de Financiamento do BNDES para a Saúde.....	79
Tabela 5: Balanço Patrimonial - Rede D'or São	101
Tabela 6: Demonstrativo de Resultados do Exercício – Rede D'or São Luiz	102
Tabela 7: Fluxo de Caixa dos Empréstimos - Rede D'or São Luiz	103
Tabela 8: Investimentos - Rede D'or São Luiz	104
Tabela 9: Balanço Patrimonial – Santa Casa	106
Tabela 10: Demonstração de Resultados do Exercício – Santa Casa	107
Tabela 11: Fontes de Receitas – Santa Casa	108
Tabela 12: Fluxo de Caixa de Empréstimos – Santa Casa	109
Tabela 13: Investimentos – Santa Casa	109
Tabela 14: Balanço Patrimonial – Hospital Israelita Albert Einstein	114
Tabela 15: Demonstração de Resultados do Exercício - Hospital Israelita Albert Einstein	115
Tabela 16: Fontes de Receitas - Hospital Israelita Albert Einstein	116
Tabela 17: Fluxo de Caixa dos Empréstimos - Hospital Israelita Albert Einstein	117
Tabela 18: Composição dos Financiamentos - Hospital Israelita Albert Einstein.....	118
Tabela 19: Estrutura Física - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	122
Tabela 20: Balanço Patrimonial – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	123
Tabela 21: Demonstração de Resultados do Exercício – Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	124
Tabela 22: Fontes de Receitas - Hospital de Clínicas de Porto Alegre	125
Tabela 23: Investimentos – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	126
Tabela 24: Índice de renovação permanente - Hospital de Clínicas de Porto Alegre	127
Tabela 25: Balanço Patrimonial - Hospital do Câncer de Barretos.....	130
Tabela 26: Demonstração de Resultados do Exercício – Hospital do Câncer de Barretos	131
Tabela 27: Fontes de Receitas - Hospital do Câncer de Barretos.....	132
Tabela 28: Doações para Custeio - Hospital do Câncer de Barretos	132
Tabela 29: Fluxo de Caixa dos Empréstimos – Hospital do Câncer de Barretos	134
Tabela 30: Investimentos - Hospital do Câncer de Barretos	134
Tabela 31: Balanço Patrimonial – Johns Hopkins Hospital	137
Tabela 32: Demonstração de Resultados do Exercício – Johns Hopkins Hospital	138
Tabela 33: Investimentos – Johns Hopkins Hospital	139
Tabela 34: Princípios Organizacionais – University College London Hospital	140
Tabela 35: Balanço Patrimonial – University College London Hospital	141
Tabela 36: Demonstração de Resultados do Exercício – University College London Hospital	142

Tabela 37: Fontes de Receitas – University College London Hospital	142
Tabela 38: Fluxo de Caixa dos Empréstimos – University College London Hospital	143
Tabela 39: Investimentos – University College London Hospital	144
Tabela 40: Balanço Patrimonial – FAEPA	149
Tabela 41: Demonstração de Resultados do Exercício – FAEPA	150
Tabela 42: Fontes de Receitas – HCFMRP- USP / FAEPA	151
Tabela 43: Consultas e Procedimentos – HCFMRP- USP	151
Tabela 44: Investimentos em Equipamentos HCFMRP-USP	153
Tabela 45: Investimentos em Obras HCFMRP-USP:	153
Tabela 46: Índice de Endividamento Geral	156
Tabela 47: Relação Capital de Terceiros e Próprio	157
Tabela 48: Imobilização do Patrimônio Líquido	158
Tabela 49: Composição do Endividamento	159

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	ANÁLISE SETORIAL - SAÚDE.....	22
3	A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO HOSPITAL	34
3.1	Hospitais – classificações.....	36
4	FINANÇAS PÚBLICAS EM SAÚDE.....	39
4.1	O orçamento como ferramenta de gestão	40
4.1.1	Orçamento – do clássico ao contemporâneo	40
4.1.2	Orçamento Público no Brasil	43
4.1.3	Receita Pública, Despesa Pública e as Fases do Processo Orçamentário	45
4.1.3.1	Receita Pública	45
4.1.3.2	Despesa Pública	45
4.1.3.3	Fases do Processo Orçamentário.....	46
4.1.4	Orçamento Público e a Saúde no Brasil.....	46
4.1.4.1	O sistema de partilha dos recursos financeiros para a saúde	48
4.1.4.2	Financiamento da Saúde	49
5	FINANÇAS ORGANIZACIONAIS.....	51
5.1	Demonstrações contábeis – informações financeiras e gerenciais	51
5.1.1	Balanço Patrimonial (BP)	53
5.1.2	Demonstração de Resultado do Exercício (DRE)	54
5.2	Decisões de investimentos	55
5.3	Decisões de Financiamento.....	58
5.3.1	A Estrutura de Capital como fonte de informação gerencial	61
5.4	Captação de recursos financeiros	63
5.4.1	Os Sistemas Financeiros	64
5.4.1.1	Sistemas financeiros baseados em crédito.....	65
5.4.1.2	Sistemas financeiros baseados em mercado de capitais	68
5.4.1.3	O sistema financeiro e o mercado de capitais brasileiro	68
6	ALTERNATIVAS DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA O SETOR DE SAÚDE.....	73
6.1	Vendas de produtos ou serviços.....	75
6.2	Mercado financeiro – Produtos Bancários	76
6.3	Agências de Fomento e Bancos de Desenvolvimento.....	77
6.3.1	BNDES.....	78
6.3.2	Desenvolve SP.....	80

6.3.3	Agências de Fomento fora do SFN	80
6.4	Mercado de capitais	81
6.4.1	Debêntures.....	83
6.4.2	Certificados de Recebíveis Imobiliários – CRI.....	83
6.4.3	Fundos de investimentos imobiliários – FII.....	84
6.5	Fundraising – Captação de Recursos	85
6.5.1	Investimento Social.....	86
6.5.2	O Fenômeno do Crowdfunding - Financiamento Coletivo.....	87
6.6	Parcerias Público Privadas (PPP)	87
7	OBJETIVO DO TRABALHO.....	90
7.1	Objetivos Específicos:.....	90
7.2	Inovação Financeira – por que inovador?	90
8	MÉTODOS APLICADOS	92
9	AMOSTRA E COLETA DE DADOS	94
10	DISCUSSÃO	98
10.1	Rede D’or São Luiz	98
10.1.1	Fontes de Receitas.....	101
10.1.2	Fontes de Recursos Financeiros.....	102
10.1.3	Aplicação de Recursos.....	103
10.2	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Casa)	104
10.2.1	Fontes de Receitas.....	108
10.2.2	Fontes de Financiamento	108
10.2.3	Aplicação de Recursos.....	109
10.3	Hospital Israelita Albert Einstein	109
10.3.1	Fontes de Receitas.....	116
10.3.2	Fontes de Financiamento	117
10.3.3	Aplicação de Recursos.....	118
10.4	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	119
10.4.1	Fontes de Recursos.....	124
10.4.2	Fontes de Financiamento	126
10.4.3	Aplicação de Recursos.....	126
10.5	Hospital do Câncer de Barretos - HCB	127
10.5.1	Fontes de Receitas.....	131
10.5.2	Fontes de Financiamento	134
10.5.3	Aplicação de Recursos.....	134
10.6	The Johns Hopkins Hospital	134
10.6.1	Fontes de Receitas.....	138
10.6.2	Fontes de Financiamento e Aplicação de Recursos	139
10.7	University College London Hospitals	139
10.7.1	Fontes de Receitas.....	142
10.7.2	Fontes de Recursos.....	142

10.7.3	Aplicação de recursos	143
10.8	HCFMRP – USP / FAEPA	144
10.8.1	FAEPA - Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência	147
10.8.2	Dados Financeiros e Contábeis	148
10.8.2.1	Fontes de Receitas	150
10.8.2.2	Aplicação de Recursos	152
10.8.3	O HC Criança	153
11	ANÁLISE DA ESTRUTURA DE CAPITAL DOS HOSPITAIS SELECIONADOS.....	155
11.1	Índice de Endividamento Geral (IEG)	155
11.2	Relação de Capital de Terceiros e Próprio (RCTP).....	157
11.3	Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL)	158
11.4	Composição do Endividamento (CE)	159
12	ALTERNATIVAS DE FINANCIAMENTO PARA PROJETOS HC / FAEPA	160
12.1	Captação por Receitas.....	160
12.2	Captação de Recursos no mercado financeiro.....	161
13	CONCLUSÕES	164
14	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	166
15	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167

1 INTRODUÇÃO

Souza *et al.* (2013) afirmam que “as organizações hospitalares, em geral, não apresentam desempenho econômico-financeiro satisfatório, com destaque para aquelas que dependem de recursos governamentais, como os hospitais públicos e filantrópicos”. Para os autores apud Raimundini *et al.*, 2004, essa situação ocorre, dentre outros aspectos, devido ao baixo percentual de destinação dos recursos financeiros em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) para a saúde. De fato, dados atualizados de 2014 da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que o Brasil destina de recursos públicos apenas 3,82% do PIB para a saúde, enquanto na maioria dos países desenvolvidos tal percentual é superior a 8% (OMS, 2014).

Garantir a universalidade e integralidade na prestação dos serviços de saúde, conforme determina a Constituição Federal de 1988, diante de restrições orçamentárias e financeiras faz com que a discussão sobre o financiamento da saúde seja preocupação constante dos gestores e demais envolvidos na construção de um sistema de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), em mais de 20 anos desde a sua implementação, consolidou-se como uma das mais importantes políticas sociais do Estado brasileiro. Falta, porém, evoluir o debate e construir um novo modelo de financiamento capaz de dar sustentabilidade ao sistema, suportando as pressões de custos e evitando a obsolescência da rede de atendimento.

Pode-se assegurar que muitos dos problemas identificados na prestação de serviços de saúde podem ser solucionados através de boas práticas de gestão, porém não apenas. Nos últimos 50 anos, o avanço da tecnologia é inquestionável, fazendo com que a cada dia surjam novas técnicas de diagnóstico que podem, a custos elevados, identificar problemas que antes permaneciam ocultos. A cada dia, novas e caras terapias de cura e novas e igualmente caras técnicas cirúrgicas prolongam a vida dos pacientes que há algum tempo teriam expectativa zero de sobrevivência. A velocidade com que novas tecnologias são incorporadas ao segmento de medicina faz com que a necessidade de investimentos e a consequente busca por fontes de financiamento também se faça necessária de forma ágil e assertiva.

Segundo Assaf Neto (1997), “qualquer que seja a natureza de sua atividade operacional, uma empresa é avaliada como tomadora de duas grandes decisões: decisão de investimento – aplicação de recursos – e decisão de financiamento – captação de recursos.” Tais decisões, por sua vez, devem ser tomadas com os dados e as informações viabilizados pela contabilidade, levantados pelo comportamento do mercado e desempenho interno da organização.

Ainda segundo o autor, as decisões de investimento envolvem a identificação, avaliação e seleção das alternativas de aplicações de recursos, conforme identificadas nos ativos. As decisões de financiamento envolvem a natureza dos fundos aplicados, ou seja, a estrutura das fontes de capital demandadas pelas decisões de investimento.

A decisão de investimento em saúde vai muito além de uma decisão financeira, uma vez que o objetivo primário é o de salvar vidas e promover o bem estar social, enquanto de acordo com a Teoria de Finanças, um investimento se torna atrativo apenas quando contribui para a organização com retorno financeiro positivo, isto é, o retorno do capital investido excede o custo de suas fontes de financiamento.

Apesar da inovação tecnológica no setor de saúde ser considerada uma das principais razões para o crescimento dos gastos do setor, uma vez que um hospital moderno consome altos investimentos na compra de equipamentos, há evidências que identificam elementos redutores de custos ao se analisar o impacto do progresso tecnológico sobre a prática médica (ALBUQUERQUE E CASSIOLATO, 2002).

Sendo assim se não queremos abandonar a defesa dos valores conquistados através da Constituição de 1988, devemos superar o desafio de construir dispositivos para o financiamento público do SUS, de forma a assegurar sua viabilidade e sustentabilidade (MATTOS, 2003).

Para melhor análise do estudo de caso a ser apresentado, é importante compreender, além do histórico da gestão da saúde pública no Brasil, como os sistemas de gestão organizacional e as teorias financeiras podem auxiliar na busca por soluções para o problema do financiamento da saúde. Para isso, as considerações teóricas foram divididas em cinco capítulos, além desta introdução.

O primeiro capítulo apresenta uma análise do setor de saúde, no Brasil e em outros países, em especial buscando compreender as diversas estruturas e

sistemas de saúde, como são organizados e de que forma se financiam. O segundo capítulo descreve o histórico dos hospitais, para melhor entendimento dos tipos de serviços prestados, atividades desenvolvidas e do papel dessas instituições no cenário da saúde. O terceiro capítulo tem como objetivo analisar a natureza do componente financeiro no serviço público, em especial nos serviços de saúde, compreendendo como os recursos financeiros são distribuídos e administrados.

Pelas particularidades dos setores público e privado, fez-se necessário também compreender a atuação das finanças nas organizações privadas, o que foi descrito no quarto capítulo. O último capítulo descritivo apresenta as opções e alternativas disponibilizadas no mercado de crédito e de capitais para que as organizações captem recursos financeiros que suportem seus projetos de investimentos.

Na sequência, compreendidos os aspectos que basearam as análises deste trabalho, serão descritos os objetivos do trabalho, métodos de pesquisa aplicados, bem como a amostra e coleta dos dados e análise dos resultados.

2 ANÁLISE SETORIAL - SAÚDE

Compreender como avançar nos progressos em direção ao cumprimento da constituição constitui um aspecto central para este trabalho, uma vez que um dos pilares para a eficiência do sistema público de saúde é um modelo de financiamento adequado, mas o escopo é ainda mais amplo. Por modelo de financiamento, vale esclarecer que no caso da saúde pública, não se refere apenas à captação de recursos no mercado financeiro, mas também como o governo federal e estadual custeiam a operação hospitalar. Nesse sentido mais amplo, o financiamento se torna adequado, quando atende à dinâmica da operação, o que requer que os repasses ocorram nos prazos, os investimentos sejam frequentes e o fluxo de caixa atenda necessidades emergenciais.

À medida que as condições de saúde da população melhoram, podemos buscar maneiras de oferecer e gerenciar os serviços de saúde de forma mais eficiente, ou seja, fazendo mais e melhor, utilizando menos ou o mesmo recurso.

A OMS (2015) considera que dois indicadores-síntese da saúde da população refletem a melhoria nas condições gerais de um país e a expansão das ações em saúde: os coeficientes de sobrevivência na infância e a expectativa de vida ao nascer. No Brasil, a cada 1000 crianças nascidas vivas, 9,6 não sobrevivem ao parto e 16,2 morrem antes dos 5 anos. A expectativa de vida ao nascer dos brasileiros é de 76,2 anos. A Tabela 1 compara essas informações com os de países desenvolvidos que possuem sistema de saúde público universal e também com os demais BRICSs (Rússia, Índia, China e África do Sul).

País	Mortalidade ao nascer *	Mortalidade antes dos 5 anos *	Expectativa de vida ao nascer (anos)
Alemanha	2,2	3,8	81
Áustria	2,2	3,7	81,5
Bélgica	2,2	4,2	81
Canadá	3,3	5	82,5
Dinamarca	2,6	3,6	79,5
França	2,3	4,4	82,3
Holanda	2,3	3,9	81,5
Islândia	1	2,1	83,3
Japão	1	2,8	85,9
Noruega	1,6	2,7	81,9
Nova Zelândia	3,2	5,8	81,7
Reino Unido	2,5	4,4	81
Suécia	1,6	3	83
Uruguai	5,3	10,6	77,3
África do Sul	11,1	41,4	61
Rússia	5,2	9,9	70,5
Índia	28,6	49,8	65
China	5,9	11,4	76
Brasil	9,6	16,2	76,2

* por 1000 nascidos vivos

Tabela 1: Indicadores Síntese da População

Fonte: OMS (2015) – elaborado pela autora

Apesar dos indicadores terem evoluído nos últimos anos no Brasil, ainda está aquém dos países considerados com os melhores sistemas de saúde. Por este motivo, entre outros, garantir o atendimento universal e a sustentabilidade econômico-financeira em um setor fortemente impactado pelo envelhecimento populacional, urbanização acelerada, expansão do uso da tecnologia e alterações climáticas é o desafio que vem sendo enfrentado por governos e empresas quando o assunto é saúde.

Ganhar produtividade, controlar custos, humanizar atendimento, incorporar novas tecnologias, estimular governos a estabelecer ajustes regulatórios e enfrentar disputas judiciais são temas em pauta de todos os envolvidos no setor.

As significativas mudanças observadas no perfil social, demográfico e epidemiológico nas últimas décadas (IBGE, 2015) impõem uma profunda reavaliação das propostas de organização e desenho de modelos assistenciais.

Ouverney e Noronha (2013) afirmam que o Brasil, sem deixar inteiramente para trás as “doenças da pobreza” devido a disparidades regionais, já se vê frente a frente com o amplo predomínio das doenças crônico-degenerativas, agravado por um elevado contingente de causas externas em seu perfil de mortalidade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013a).

Dados da OMS (2015) e do IBGE (2015) demonstram que a expectativa de vida ao nascer cresce de maneira sustentada, a fecundidade se reduz também de maneira regular e a proporção de idosos na população cresce (Figura 1). De acordo com o IBGE, os dados populacionais do brasileiro aproximam-se do observado em países mais desenvolvidos. Esses processos, entretanto, se dão de maneira desigual entre regiões e grupos sociais, obrigando que o ordenamento da atenção à saúde dê conta dessa desigualdade em um país de dimensões continentais.

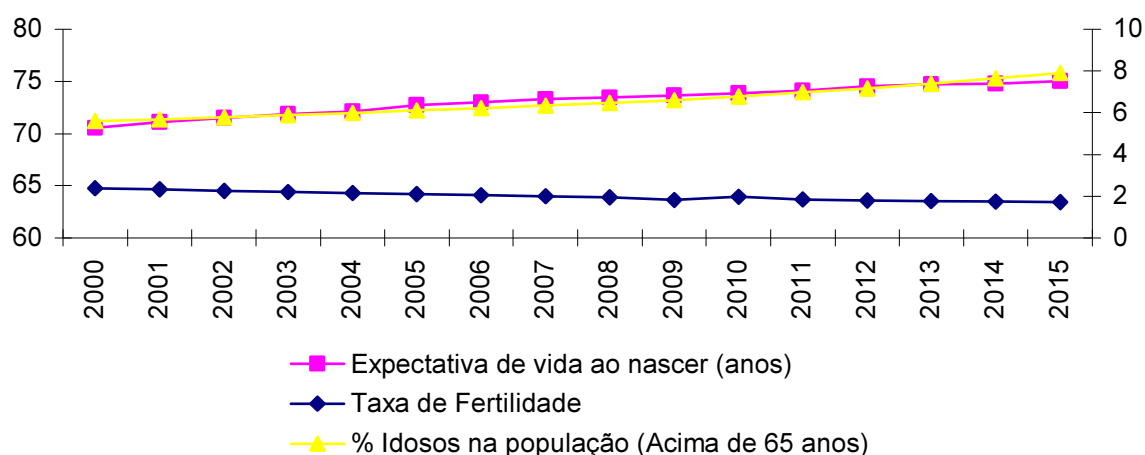


Figura 1: Perfil Populacional Brasileiro

Fonte: OMS e IBGE (2017) – elaborado pela autora
(<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) também se utiliza de indicadores populacionais acima para analisar o progresso dos países membros em relação à saúde de população. Para a organização, entre as principais razões para que o progresso desses indicadores não ocorra na velocidade adequada estão a falta de financiamento, a má utilização de recursos e fluxos financeiros fragmentados e pouco flexíveis.

Desde 2005, os Estados Membros da OMS firmaram compromisso (Resolução OMS 58.33) no intuito de atingir a cobertura universal de saúde, o que

inclui a prestação e o acesso a serviços de saúde de alta qualidade e proteção contra riscos financeiros para pessoas que necessitam desses serviços. Apesar do acordo, ainda há uma distância significativa entre a atual cobertura dos serviços de saúde e a cobertura efetivamente universal. Para a OMS, a definição de cobertura universal de saúde parte do princípio que “todas as pessoas elegíveis tem acesso aos serviços de que necessitam” (OMS, 2010). Isso significa que cada país deve determinar suas prioridades para melhorar as condições de saúde, devido à limitação de recursos financeiros, com o objetivo de obter um equilíbrio entre a proporção da população coberta, o leque de serviços incluído e os custos. Para atender o acordo firmado, os países enfrentam as seguintes questões (Figura 2):

1. Como deve ser financiado o sistema de saúde?
2. Como proteger as pessoas das consequências financeiras da falta de saúde e do pagamento pelos cuidados de saúde?
3. Como otimizar a utilização dos recursos disponíveis?
4. Como assegurar a cobertura equitativa?

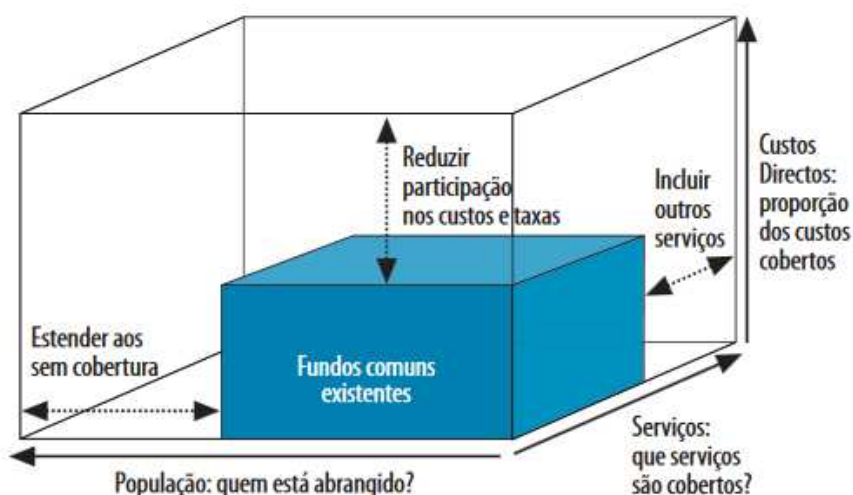


Figura 2: Como atingir a cobertura universal da saúde?

Fonte: (OMS, 2010)

Anterior ao acordo da OMS supracitado, a Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196, já considera três aspectos que impactam diretamente em como deve ser a prestação do serviço de saúde ao usuário: a relação direito e dever; a

saúde como resultante de políticas sociais e econômicas; e o acesso universal e igualitário.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”
(BRASIL, 1988a)

Um ano antes, em 1987, o Banco Mundial publicou um documento intitulado *Financing health services: an agenda for reform* (Banco Mundial, 1987) que recomendava exatamente o que seria conquistado com a reforma sanitária brasileira. O documento em questão criticava os governos que concebiam a saúde como direito universal e buscavam oferecer serviços de saúde gratuitos ao conjunto da população, com a justificativa que a pressão sobre a demanda por serviços assistenciais, aliada às dificuldades de se elevar os recursos públicos destinados à saúde, terminariam por inviabilizar políticas baseadas naquela concepção universalista.

Para além do texto constitucional, o conhecimento da atual situação do sistema de saúde brasileiro é condição necessária para sua compreensão. Para isso, nesta seção serão discriminados e comparados dados relacionados aos gastos com saúde entre o Brasil e outros países e seus diferentes sistemas de saúde.

Os objetivos dos sistemas de saúde, em geral, baseiam-se em quatro grandes pilares: promoção à saúde, pilar que envolve iniciativas de comunicação e saneamento básico; prevenção de doenças, item que diz respeito à aplicação de ações prévias da estrutura de saúde junto ao cidadão para impedir a instalação de problemas de saúde que podem ser evitados; assistência em saúde, ou prestação imediata e emergencial de atendimento médico e recuperação da saúde, que envolve o acompanhamento do indivíduo após a conclusão do atendimento para que o resultado alcançado seja o mais eficiente possível (BRASIL; 2000).

É importante verificar primeiramente as principais formas como os países regem suas políticas de saúde. Diversos autores (Lobato, 2000; Boschetti, 2006; Fleury, 2008;) classificam três principais enfoques de sistemas de proteção social: o “modelo residual, o modelo de seguro social e o modelo universal”. As principais

diferenças entre os modelos estão no papel do Estado e do Mercado na oferta do serviço de saúde e na forma de financiamento e regulação dos serviços prestados. O primeiro modelo, o qual também pode ser chamado de liberal, concebe que a ação estatal só se justifica quando a população não consegue resolver suas necessidades sociais através da compra de serviços no setor privado. O modelo conhecido como seguro social ou “bismarckiano” admite a prestação de serviços somente àqueles que possuem vínculo com trabalho e renda ou realizem contribuição prévia ao sistema, ou seja, há um desembolso compulsório e os benefícios são financiados via contribuições pagas por trabalhadores e empregadores. O terceiro modelo, também conhecido como universal ou “beveridgiano”, propõe um sistema nacional de saúde gratuito como um direito de cidadania.

Outra abordagem em relação às formas de financiamento da saúde é descrita por Médici (1994), que resume em três modelos básicos nos países latinos: o assistencialista, que é voltado para a população de baixa renda; o previdencialista, voltado para grupos específicos de trabalhadores formais; e o universalista unificado, voltado para toda a população.

O modelo universalista unificado é o mais completo do ponto de vista social, pois ele atende a toda a população nacional e seus custos são cobertos exclusivamente com recursos governamentais oriundos de impostos coletados. O modelo assistencialista é incompleto por dedicar-se exclusivamente às ações preventivas e de pequena complexidade, excluindo a intervenção médica das atribuições do sistema de saúde. Por sua vez, o modelo previdencialista também é incompleto, pois incorpora a intervenção médica em suas atribuições, mas exclui do sistema a população sem emprego formal.

O modelo universalista unificado é de alto custo para o Estado. Uma estratégia que pode ser empregada para estabelecer maior equidade social no financiamento desse modelo é diversificar as formas de colaboração financeira de acordo com a população atendida: por exemplo, a população de baixa renda teria cobertura total de assistência médica financiada pelos recursos fiscais do Estado; os assalariados e a classe média contribuiriam parcialmente com cobrança compulsória sobre o salário e demais rendas; a classe de alta renda financiaria totalmente os seus gastos com assistência médica, com pagamento direto, sem incentivo fiscal.

Apesar de o modelo ser concebido para ser financiado exclusivamente com recursos de impostos gerais do Estado, a maioria dos atuais sistemas universalistas foi composta com a contribuição sobre a folha de salários. No modelo assistencialista as ações de saúde são financiadas com percentuais pré-estabelecidos de recursos fiscais, e, geralmente, contempla auxílio de organismos internacionais. No previdencialista, as ações são financiadas por contribuições dos funcionários e empresas. É comum a participação do Estado nos custos de administração desses dois sistemas.

Convém destacar que nenhum país, independentemente do grau de riqueza, foi capaz de assegurar que toda população tenha acesso imediato a todas as tecnologias e intervenções que podem melhorar a saúde e prolongar a vida. (OMS, 2010) Além disso, poucos países possuem um sistema de saúde predominantemente público e universal, que se caracteriza pelo financiamento público com recursos de impostos e acesso universal aos serviços que são prestados por fornecedores públicos.

Para caracterizar um sistema de saúde como público e universal é importante perseguir uma meta de financiamento majoritariamente público da saúde de ao menos 70%, com proporção de gastos privados de no máximo 30%. (PIOLA, SERVO, SÁ et al., 2012). Além da proporção de gasto público superior ao privado, a OMS considera que os países devam buscar atingir o gasto mínimo de 15% do PIB em saúde e de pelo menos US\$ 1.000 anuais per capita. (OMS, 2010)

Considerando tais indicadores como mínimos para que o sistema de saúde de um país possa ser classificado como público e universal, dos 190 países membro da OMS analisados em 2014, apenas 14 se enquadram nessa categoria. São eles: Alemanha, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, França, Holanda, Islândia, Japão, Nova Zelândia, Noruega, Reino Unido, Suécia e Uruguai. Os governos destes países gastaram no período analisado com saúde em média 18,36% de seus gastos totais, sendo que o gasto per capita médio em 2014 foi de US\$ 4.894,92. Nesse mesmo estudo, verificou-se que o governo brasileiro gastou com saúde 6,78% de seus gastos totais, sendo que o gasto per capita foi de US\$ 1.056,47. Importante ressaltar que apenas 46,04% do gasto total (R\$ 450 bilhões, em 2014) com saúde no Brasil é desembolsado pelo setor público enquanto nos 14 países selecionados em média 80,32% dos gastos com saúde provém de recursos públicos. (Tabela 2)

País	Região	Gasto Total com Saúde (% PIB)	Gasto <i>per capita</i> com saúde (US\$)	Gasto público com saúde (% Gasto Público Total)	% Gasto Público / Gasto Total com Saúde	Classificação OMS
Alemanha	Europa	11,3	4.683,18	19,7	77,0	25
Áustria	Europa	11,2	5.407,46	16,3	77,9	9
Bélgica	Europa	10,6	4.710,63	15,1	77,9	21
Canadá	América	10,5	5.292,00	18,8	70,9	30
Dinamarca	Europa	10,8	6.303,73	16,8	84,8	34
França	Europa	11,5	4.959,00	15,7	78,2	1
Holanda	Europa	10,9	5.736,98	20,9	87,0	17
Islândia	Europa	8,9	3.872,18	15,7	81,0	15
Japão	Western Pacific Region	10,2	4.751,61	20,3	83,6	10
Noruega	Europa	9,7	9.055,35	18,2	85,5	11
Nova Zelândia	Western Pacific Region	11,0	3.291,75	23,4	82,4	41
Reino Unido	Europa	9,1	3.935,00	16,5	83,1	18
Suécia	Europa	11,9	6.808,00	19,0	84,0	23
Uruguai	América	8,6	1.318,44	20,8	71,2	65
Brasil	América	8,3	947,00	6,8	46,0	125

Tabela 2: Gastos com Saúde

Fonte: OMS (2014) – elaborado pela autora

Sumariamente, pode-se dizer que o Brasil é o único país do mundo com sistema público universal de saúde cuja participação privada supera o gasto público. O grande peso dos gastos privados em saúde no país é pouco condizente com o modelo público e universal representado pelo SUS, refletindo problemas estruturais das relações público-privadas. Relevante destacar também que o gasto público em saúde no Brasil é menor do que a média mundial, que inclui países com sistemas predominantemente privados.

Estudo de Tandon, Murray, Lauer et al (2000) para a OMS que avaliou a eficiência dos sistemas de saúde classificou o Brasil na 125ª posição entre 191 países em relação à eficiência em saúde. Os indicadores analisados no estudo foram: a melhora da saúde da população, tanto em atendimento quando em distribuição; a aprovação da população em termos de qualidade do sistema de saúde, que reflete o respeito ao cliente na prestação do serviço de saúde; e a justiça no financiamento da saúde e proteção ao risco financeiro. Pelos critérios do estudo, os 10 melhores sistemas de saúde classificados foram respectivamente França, Itália, San Marino, Andorra, Malta, Singapura, Espanha, Omã, Áustria, Japão.

Sem entrar em uma discussão sobre a qualidade dos sistemas de saúde, esses indicadores revelam o quanto o financiamento do SUS está aquém daquele feito por países que optaram por garantir acesso universal aos serviços de saúde

para seus cidadãos e que são reconhecidos mundialmente pela qualidade desses serviços (VIEIRA, 2016).

Além de comparar os sistemas e indicadores de saúde, é relevante analisar os agentes envolvidos no setor (público e privados), ou seja, quem presta o serviço para a sociedade e então identificar os objetivos das políticas públicas em cada setor, incluindo seus beneficiários (MACIEL, 2013). De acordo com autor, existem quatro possibilidades para prestação de serviços públicos:

- O setor público presta o serviço diretamente;
- O setor público contrata o setor privado para realização dos serviços;
- O setor privado presta o serviço diretamente, podendo o setor público prover *funding* ou subsidiá-lo;
- O setor público realiza a concessão de exploração econômica de um ativo público.

Ao tratar dos beneficiários do sistema, outro grande paradoxo é que, apesar de representar mais da metade dos recursos financeiros investidos no setor, o sistema privado de saúde atende apenas cerca de 28% da população brasileira, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (IBGE, 2015).

Segundo PIOLA, SERVO, SÁ et al. (2012), o sucesso na implantação de uma política de saúde que cumpra a universalidade e equidade que constam no texto constitucional dependeria da ação dos beneficiários, a quem o autor chama de atores estratégicos, entre eles a classe trabalhadora, militares e servidores públicos civis, além de seus dependentes. Estes, porém, preferem buscar nos planos privados o atendimento à saúde a defender seu direito constitucional.

Para Ribeiro (2005), apud PIOLA, SERVO, SÁ et al., (2012) pode-se considerar que no Brasil o sistema de saúde é pluralista tanto em termos institucionais quanto de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde:

- i. O Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais);

- ii. O segmento de planos e seguros privados de saúde, que atende 47,9 milhões de usuários, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto por 952 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e 345 de planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2017);
- iii. O segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos;
- iv. O segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato.

O sistema privado de saúde, também conhecido como suplementar, compreende os serviços prestados por seguradoras especializadas em seguros-saúde, empresas de medicina de grupo e odontologia de grupo, cooperativas especializadas em planos médico-hospitalares e/ou odontológicos, entidades filantrópicas, companhias de autogestão e administradoras de plano de assistência à saúde. Tais operadoras do serviço privado compram serviços dos prestadores da área de saúde – médicos, laboratórios, clínicas, hospitais, etc. e disponibilizam aos clientes, que remuneram as operadoras por meio de mensalidades. A regulação do mercado de planos e seguros de saúde vem sendo operada por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desde o início dos anos 2000.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2013) demonstra em estudo que, apesar de privado, o financiamento público ocorre de forma indireta, por meio de renúncias fiscais, da utilização de serviços públicos para os quais poderia caber ressarcimento de planos e seguros de saúde e de outros mecanismos de incentivos públicos ao setor privado. O imposto que o Estado deixa de recolher ao conceder deduções para famílias e empregadores declarantes de gastos com planos e serviços privados de saúde constitui a chamada renúncia de arrecadação fiscal. Tais desonerações, em sentido amplo, podem servir para diversos fins. Por exemplo:

- i. Simplificar e/ou diminuir os custos da administração;
- ii. Promover a equidade;
- iii. Corrigir desvios;

- iv. Compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo;
- v. Compensar ações complementares às funções típicas de estado desenvolvidas por entidades civis;
- vi. Promover a equalização das rendas entre regiões; e/ou,
- vii. Incentivar determinado setor da economia.

Nos casos das alíneas “iv”, “v”, “vi” e “vii”, essas desonerações irão se constituir em alternativas às Ações Políticas de Governo, ações essas que têm como objetivo a promoção do desenvolvimento econômico ou social, não realizadas no orçamento e sim por intermédio do sistema tributário.

No caso da saúde, as renúncias incluem as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, as deduções do imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos. O estudo em questão aponta que em 2013 houve renúncia de 25,4 bilhões de reais dos gastos federais em saúde.

Além das questões legais do financiamento da saúde, há ainda o impacto da mudança demográfica e epidemiológica que faz sentir de maneira significativa nos gastos atuais de operação do sistema de atenção à saúde. Em 2010, o Ministério da Saúde (MS) gastou quase 30 bilhões de reais apenas para o atendimento ambulatorial e hospitalar. Estudo da Fundação Oswaldo Cruz (2013) estima que para 2030, somente para dar conta do crescimento populacional seria necessário um incremento orçamentário de 3,4 bilhões de reais, a preços de 2010. A simples alteração do perfil demográfico, mesmo que sem alteração importante no perfil epidemiológico dos grupos etários, elevará a necessidade de recursos adicionais para 7,8 bilhões de reais de 2010, apenas para esse componente do gasto federal, incompatível com a estimativa de elevação inercial dos recursos federais pela variação nominal do PIB, como admitido pelo estudo de Piola e colaboradores (2012).

Equacionar questões relacionadas ao financiamento da saúde vai além do atendimento básico e envolve os fenômenos globais listados acima, principalmente o envelhecimento da população. Outro aspecto importante refere-se ao alto custo das

novas tecnologias de diagnóstico e terapêuticas que emergem em velocidade maior do que é possível expandir os recursos financeiros.

De acordo com Piola, Paiva, Sá et al (2013), com relação aos recursos para o SUS, no campo técnico-político, será necessário discutir novas fontes de recursos que permitiriam aumentar o financiamento público para a saúde. Até o momento, a defesa da necessidade de financiamento tem sido feita com base em comparações com países que possuem sistemas de saúde universais. Contudo, faz-se necessário dimensionar melhor os custos, o perfil epidemiológico e os gastos realizados para aprimorar o conhecimento sobre a necessidade de financiamento do SUS.

3 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO HOSPITAL

A evolução hospitalar caminha conjuntamente à evolução da civilização, que em seus primórdios, via nas doenças apenas componentes místicos e religiosos. A busca por tratamentos ocorria em templos, como os dedicados a Asclépio, deus da cura, que foram erguidos por toda a Grécia e que provavelmente influenciaram Hipócrates, pai da medicina empírica, em suas observações. Apesar da evolução, o componente religioso permaneceu durante a era Cristã, período em que os hospitais foram criados ao lado das igrejas para atender aos enfermos, em nome da caridade.

A ascensão do Iluminismo (século XVIII) também trouxe mudanças na Medicina, ao tirar da doença o caráter místico e torná-la um evento natural, possibilitando a aplicação de conhecimentos científicos sobre ela. Durante o Mercantilismo, período entre os séculos XV e XVIII, foram criados os hospitais e maternidades, para tratar doenças transmissíveis e proteger os nascimentos (ROSEN, 1958).

A Revolução Industrial agravou as condições de vida da população, pois a urbanização acelerada trouxe epidemias, fome e falta de saneamento. Contudo, era necessário proteger a saúde do trabalhador fabril, mão-de-obra geradora de lucros.

Além da questão sanitária, as mudanças da Revolução Industrial também afetaram a organização do trabalho médico. Com novos conhecimentos científicos e novas práticas da medicina, o médico de família foi dando lugar a um profissional especializado. A maleta de mão também foi sendo substituída por equipamentos que exigiam que o médico trabalhasse em um local apropriado, fazendo com que as instituições hospitalares crescessem em quantidade e importância (SIQUEIRA, 1985).

No Brasil, os hospitais surgiram durante o período de colonização com a ação catequizadora dos jesuítas, que implantaram hospitais de modelo europeu, caracterizado por instituições religiosas de cuidados aos doentes. Naquela época, o hospital era um local para abrigar pobres e isolar da população as pessoas com doenças contagiosas. As atividades dos hospitais eram executadas por pessoas interessadas em praticar boas ações, de cunho caritativo e religioso (CASTELAR, 1995).

O conceito de organização hospitalar segundo Almeida (1983) pode ser definido como:

“Uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados; os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins.”

Outra definição que auxilia na compreensão do objeto do estudo é elaborada por Rocchi (1982), ao estabelecer que uma instituição hospitalar se destina a cumprir cinco funções na área de saúde:

- i. A função preventiva, a qual deve servir à população serviços como educação sanitária, pré-natal, vigilância no parto normal, prevenção da invalidez mental e física, auxílio nas campanhas de vacinação;
- ii. A função curativa deve manter atividades de diagnóstico, propiciar tratamento curativo de enfermidade e oferecer assistência em casos de urgência;
- iii. A função restauradora preocupa-se com o restabelecimento do paciente de forma que ele possa voltar às suas atividades;
- iv. A função educativa promove cursos na área da saúde, ampliando o conhecimento dos trabalhadores da instituição, além de oferecer estágios e convênios para residência;
- v. A função de pesquisa promove e incentiva pesquisas clínicas.

Além do aspecto médico, o hospital também é definido como uma organização empresarial, conforme destaca Martins (2002):

“Do ponto de vista econômico, financeiro e social os hospitais podem ser descritos como grandes empresas, pois seus ativos, passivos,

custos diretos e indiretos e receitas médias somam milhões. Por isso são considerados recursos necessários à comunidade e devem ser administrados para gerarem serviços hospitalares resolutivos, qualitativos com menor custo possível, para que se perpetuem e remunerem adequadamente os fatores trabalho e capital de acionistas e comunidade.”

Dentro desse contexto, de forma simplificada e para facilitar a organização e gestão hospitalar, os mesmos hospitais são classificados quanto à sua natureza administrativa, finalidade, porte, especificidade e complexidade

3.1 Hospitais – classificações

a. Quanto à natureza administrativa:

A natureza administrativa e a gestão dos hospitais podem ser públicas, administrado por entidade governamental municipal, estadual ou federal ou privadas, pertencentes a pessoa jurídica de direito privado.

b. Quanto à finalidade:

As instituições hospitalares podem ser classificadas quanto à sua finalidade em com ou sem fins lucrativos. As organizações com fins lucrativos têm sua eficiência calculada pela maximização da riqueza dos proprietários ou acionistas e o lucro visa remunerar o capital investido a uma taxa satisfatória.

Por outro lado, organizações sem fins lucrativos procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis, sem a preocupação de remunerar o capital investido, seu lucro é reinvestido na própria organização, com o objetivo de crescimento satisfatório para a melhoria dos serviços e de atender a demanda crescente da comunidade.

c. Quanto ao porte:

A classificação quanto ao porte dos hospitais vinculados ao SUS se dá de acordo com um somatório de pontos obtidos que levam em consideração número de leitos, leitos de UTI, atendimento de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e número de salas cirúrgicas. Essa classificação é importante para o planejamento das ações dos programas de saúde.

Usualmente, em relação ao porte, os hospitais são classificados pelo número de leitos existentes, em: a) pequeno – até 50 leitos; b) médio – 51 a 150 leitos; c) grande – 151 a 500 leitos; d) extra grande – acima de 500 leitos.

d. Quanto à especificidade:

Em relação à especificidade, um hospital pode ser classificado como geral, quando se destina ao atendimento do paciente em todas as patologias, incluindo necessariamente as especialidades de ginecologia e obstetrícia, podendo também atender uma ou mais especialidade. Apesar de atender a todas as patologias, o hospital geral pode determinar a comunidade a ser atendida, trabalhando apenas com grupos etários ou categorias específicas, como os hospitais infantis ou militares.

Outro modelo hospitalar é do hospital especializado, aquele que se destina ao atendimento de uma ou mais especialidades ou de um grupo específico de patologias, como ocorre com as maternidades, os hospitais psiquiátricos e os hospitais oncológicos.

e. Quanto à complexidade:

A complexidade das ações de saúde está relacionada aos procedimentos, às tecnologias e à especialização dos recursos humanos do hospital. No Brasil, o sistema de saúde é organizado por níveis de atenção, sendo que cada um desses níveis corresponde a determinado conjunto de serviços assistenciais disponibilizados aos pacientes (Ministério da Saúde, 2009).

- i. Primário: Nesse nível de atenção estão as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), conhecidas popularmente como postos de saúde. Elas desempenham o papel de prevenção de doenças e preservação do bem-estar nas comunidades. Pode-se entender esse nível primário de atenção como a porta de entrada para o SUS. Nessa etapa, são realizadas consultas e exames básicos, além de também procedimentos considerados simples, como curativos. Na atenção primária, a tecnologia disponível não é necessariamente avançada. Os equipamentos são voltados para diagnóstico e terapêutica e a capacitação dos profissionais de saúde é ampla, com a fundamental presença de médicos de saúde da família e clínicos gerais. Estima-se que entre 80 e 85% dos casos

demandados à atenção primária são passíveis de ser resolvidos neste nível da atenção;

- ii. Secundário: No nível secundário de atenção à saúde do SUS estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade. Nesses estabelecimentos podem ser realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e de doenças agudas. Em termos de disponibilidade, os equipamentos presentes no nível secundário são mais sofisticados e os médicos são especializados. Na assistência à saúde prestada aos usuários no nível secundário também estão presentes os serviços de urgência e emergência;
- iii. Terciário: No nível terciário de atenção à saúde estão os hospitais de grande porte e alta complexidade, subsidiados pela esfera privada ou pelo Estado. Nessas instituições podem ser realizadas intervenções invasivas em situações nas quais a vida do paciente está em risco. No aparelhamento dos estabelecimentos do nível terciário estão presentes máquinas de tecnologia avançada. O objetivo nesse nível de atenção à saúde é garantir que procedimentos para a manutenção dos sinais vitais possam ser realizados, dando suporte mínimo para a preservação da vida sempre que preciso. Nessa etapa atuam médicos especialistas em áreas que exigem uma formação mais extensiva.

Os níveis secundários e terciários de atenção à saúde apresentam maior representatividade financeira no total do orçamento do Ministério da Saúde, pela necessidade de maior aparato tecnológico e profissionais qualificados. Em 2016, segundo dados do portal da transparência do MS, os repasses financeiros para média e alta complexidade foi de 62% do total.

4 FINANÇAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Entender de maneira crítica o contexto das finanças públicas de modo a auxiliar no objetivo do projeto requer a compreensão de alguns conceitos básicos: a natureza do componente público financeiro e o aspecto histórico da alocação dos recursos.

Nesse contexto, surge a necessidade de análise do componente financeiro, onde por meio do estudo das finanças públicas é possível buscar fontes de financiamento para realização das políticas públicas.

Tradicionalmente, utiliza-se a expressão “finanças públicas” para o estudo da forma como os recursos financeiros serão destinados para a cobertura das despesas públicas, levando-se em consideração o equilíbrio orçamentário. A disciplina também estuda os métodos, princípios e processos financeiros através dos quais os governos atuam.

A atuação do Estado no cumprimento de suas funções sob a perspectiva das Finanças Públicas é delineada em dois contextos históricos por Vargas (2012). O primeiro, que a autora chama de “disciplina fiscal fraca”, configurado no período de 1930 ao pós segunda guerra, tem como modelo prevalecente o combate à recessão através do uso do gasto público, no qual o Estado é visto como um ente que promove ações indutoras do bem-estar econômico e social a partir de políticas públicas, recorrendo a políticas de déficit público financiadas de maneira relevante por meio do crédito. Nesse contexto, a ampliação do gasto público com a aceitação social do déficit orçamentário funcionava como instrumento de promoção do pleno emprego, do crescimento econômico e da equidade.

O segundo contexto apresentado, o qual a autora denomina “disciplina fiscal forte”, foi desencadeado por crises financeiras ao longo da década de 70, que forçaram os governos a adotarem medidas para financiamento de seus déficits e dívidas crescentes pautadas na restrição orçamentária.

A visão de que as funções do governo deveriam ir além de alocar bens e serviços foi proposta por Musgrave (1980). Em sua análise, o autor apresenta que o plano orçamentário deve ser pautado sob três aspectos: o uso de instrumentos fiscais para assegurar ajustamentos na alocação de recursos, a organização eficiente da distribuição de renda e a garantia da estabilidade econômica. Tais aspectos ficaram conhecidos como as funções clássicas do Estado, a saber:

- **Função Alocativa:** processo pelo qual o governo divide os recursos para utilização no setor público e privado, oferecendo bens públicos, semipúblicos ou meritórios, como rodovias, segurança, educação, saúde, dentre outros, aos cidadãos.
- **Função Distributiva:** distribuição, por parte do governo, de rendas e riquezas buscando assegurar uma adequação àquilo que a sociedade considera justo, tal como a destinação de parte dos recursos provenientes de tributação ao serviço público de saúde.
- **Função Estabilizadora:** aplicação de diversas políticas econômica, pelo governo, a fim de promover o emprego, o desenvolvimento e a estabilidade, diante da incapacidade do mercado em assegurar o atingimento desses objetivos.

4.1 O orçamento como ferramenta de gestão

Para uma adequada gestão organizacional, seja a organização grande ou pequena, pública ou privada, é fundamental que haja algum tipo de planejamento. O planejamento consiste em estabelecer diretrizes, estratégias, metas, objetivos e ações que garantam a continuidade e o aumento do valor de tais organizações. Nesse sentido, o orçamento empresarial é o instrumento que contempla formalmente as metas e objetivos, funcionando como meio para comunicar de onde e para onde a empresa está caminhando.

Ao tratar do tema, Atkinson *et al.* (2011) considera o orçamento como a expressão quantitativa de como alocar recursos financeiros para cada subunidade organizacional, com base em suas atividades e nos objetivos de curto prazo, de forma a determinar se o plano financeiro atingirá as metas organizacionais. Ao elaborar um orçamento, ele também deve ser utilizado para comunicar aos membros das organizações, as metas de curto prazo, direcionando assim, ações e correções para que os objetivos sejam atingidos.

4.1.1 Orçamento – do clássico ao contemporâneo

“Orçamento é o ato por meio do qual são previstas a autorizadas as receitas e despesas do Estado e das demais entidades que por lei são submetidas a essas mesmas regras”

(Decreto de Regulação Francês – 1862)

“Orçamento é um plano que expressa em termos de dinheiro, para um período de tempo definido, o programa de operações do governo e os meios de financiamento desse programa.”

(Allan D. Manvel – 1943)

Diversos autores (Burkhead, 1971; Giacomoni, 1992; Lunkes, 2003; Pires, 2006) descreveram a evolução história do orçamento público em vários países do mundo, permitindo assim que o processo orçamentário avançasse de forma a atender às demandas da sociedade.

A *Bill of Rights*, ou Declaração dos Direitos, criada e aprovada pelo Parlamento Inglês em 1689 é tida como a base para as práticas contemporâneas de orçamento ao estabelecer que “a partir dessa data nenhum homem será compelido a fazer qualquer doação, empréstimo ou caridade, ou pagar impostos, sem o consentimento comum através da Lei do Parlamento”. De forma gradual, foi desenvolvida técnica para elaboração do orçamento formal, até que por volta de 1706, a Câmara dos Comuns, definiu duas regras básicas: a primeira estabelecendo que caberia ao Poder Executivo a responsabilidade pelas finanças do Governo e a segunda que caberia ao Parlamento aprovar, reduzir ou rejeitar a despesa proposta, além de exercer o controle da execução orçamentária. Em 1787, a Lei do Fundo Consolidado ajudou na organização financeira da Inglaterra ao estabelecer a criação de um fundo destinado a receber e registrar todas as receitas e despesas. Essa evolução permitiu que a partir de 1822, o primeiro orçamento público fosse redigido na Inglaterra.

Além da Inglaterra, França e Estados Unidos também foram precursores do processo de elaboração orçamentária. A Revolução Francesa, ao instituir a

Assembleia Nacional, que aprovou o direito dos representantes do povo de votar impostos, contribuiu para o avanço da técnica orçamentária. Princípios orçamentários instituídos àquela época perduram nos dias de hoje na elaboração do orçamento público no mundo todo, entre eles: anuidade – o orçamento deve ser votado anualmente; anterioridade – o orçamento deve ser votado antes do início do ano financeiro; universalidade – deve conter todas as previsões de receitas e despesas.

Nos Estados Unidos, a evolução da prática orçamentária governamental também se deu de forma gradual, a partir da independência da Inglaterra, com a aprovação de leis que formalizavam as entradas e saídas de recursos. Em meados do século XIX, a crescente economia americana permitia um certo descontrole das despesas públicas, o que gerou uma sequência de déficits e a consequente necessidade de criação de medidas que restringissem tais resultados negativos e tornasse o governo mais eficiente na gestão dos recursos. Como consequência, foi criada a Comissão de Economia e Eficiência, que realizou estudos nas áreas de orçamento, contabilidade, finanças, recursos humanos e administração, culminando na seguinte definição de orçamento público: *“documento para ação por parte do Governo, um instrumento de controle e de administração para o chefe do Executivo e uma base para o funcionamento dos departamentos e órgãos”*.

A partir de então foram desenvolvidos conceitos e uma série de práticas para planejamento e administração financeira que se tornaram conhecidas como o “movimento do orçamento público”, sendo que, em 1907, New York foi a primeira cidade a implementar o orçamento público (LUNKES, 2003).

Como consequência da Revolução Industrial, as empresas passaram a direcionar significantes somas de capital para seus processos, com o objetivo de melhorar a eficiência na utilização da mão-de-obra e da matéria-prima, utilizando técnicas orçamentárias para o planejamento e controle das operações.

Impulsionadas pelo movimento científico de administração empresarial, a partir de 1930, além dos governos, as empresas norte-americanas também passaram a utilizar o orçamento como ferramenta gerencial, ganhando relevância a partir dos anos 1950 e 1960, com a publicação de duas obras clássicas que abordam o assunto, *Budgeting: profit, planning and Control*, de Glenn A. Welsh (1957) e *Management Accounting Principles*, de Robert N. Anthony (1965).

A ideia principal da elaboração de um plano de negócios consiste em assegurar que os objetivos sejam atingidos, sendo que o orçamento é o instrumento que proporciona a visão financeira e numérica relativa às estratégias da organização.

4.1.2 Orçamento Público no Brasil

No Brasil, a administração pública também foi precursora na elaboração de orçamentos, desde a criação do Conselho da Fazenda em 1808 e posteriormente, com a Constituição de 1824, que disciplinava o Ministério da Fazenda, o qual recebia dos demais ministérios os orçamentos relativos às suas despesas. Com a proclamação da República e a segunda constituição do Brasil em 1891, o Poder Legislativo passou a ter competência para deliberação do orçamento após apresentação da proposta pelo Poder Executivo.

A cada nova constituição, mudanças do processo orçamentário eram realizadas de forma a atender os objetivos dos governos. Até 1964 utilizava-se o orçamento clássico ou tradicional, o qual se caracteriza por ser um documento onde apenas constava a previsão da receita e a autorização da despesa, sem preocupação com as reais necessidades da administração ou da população e sem serem levados em consideração objetivos econômicos e sociais.

Entretanto, a partir de 1964 com a Lei 4.320, o orçamento passou a ser utilizado como o principal instrumento orientador e disciplinador das políticas públicas, com a introdução do orçamento-programa, que pode ser entendido como “um plano de trabalho, um instrumento de planejamento da ação do governo, através da identificação dos seus programas de trabalho, projetos e atividades, além do estabelecimento de objetivos e metas a serem implementados, bem como a previsão dos custos relacionados” (BRASIL, 2011a).

A Constituição de 1988, em vigor atualmente, atribuiu ao processo orçamentário uma seção especial: Título VI – Da Tributação e do Orçamento, Capítulo II das Finanças Públicas, Seção II dos Orçamentos.

Ao extrapolar a fronteira político-legal e invadir o universo do planejamento e gestão, o orçamento público passou a ter como princípios: a simplificação, baseando-se em elementos de fácil compreensão; descentralização, onde é

preferível que a execução das ações ocorra no nível mais próximo de seus beneficiários; e responsabilização, exigindo que os administradores / gestores assumam a responsabilidade pelo desenvolvimento do programa.

No Brasil, o sistema de Planejamento e Orçamento Federal é de responsabilidade do Ministério do Planejamento e compreende as atividades de elaboração, acompanhamento e avaliação de planos, programas e orçamentos, e de realização de estudos e pesquisas socioeconômicas. O Sistema tem por finalidade formular o planejamento estratégico nacional, os planos nacionais, setoriais e regionais de desenvolvimento econômico e social e o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais. Também se destina a gerenciar o processo de planejamento e orçamento federal e promover a articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, visando a compatibilização de normas e tarefas afins aos diversos Sistemas. Para alcançar seus objetivos, é utilizado como ferramenta o SIOP – Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento (BRASIL, 2011b).

A Constituição Federal de 1988 trata das funções de planejamento em vários dos seus dispositivos, mais especificamente nos artigos 165 a 169, instituindo três documentos básicos a serem estabelecidos por leis de iniciativa do Poder Executivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1988b):

I – Plano Plurianual (PPA) - estabelece, de forma regionalizada, o plano de ação do Governo para um período de quatro anos, reunindo os programas, ações e metas da Administração Pública e incorporando as diretrizes do Plano Estratégico de Governo;

II – Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) - instrumento legal que estabelece critérios para a elaboração dos Orçamentos Públicos. De acordo com a Constituição Federal de 1988, compete à LDO dispor sobre: as metas e prioridades da administração pública de cada ente, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente; a orientação ao elaborar a lei orçamentária anual, as alterações na legislação tributária; o estabelecimento da política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. Ela estabelece parâmetros para a aplicação do recurso orçamentário anual para garantir o objetivo fim, expresso no Plano Plurianual, ou seja, norteia a elaboração do orçamento de forma a adequar às diretrizes e objetivos estabelecidos no plano plurianual, restrito ao ano a que se refere, definindo as metas em termos de programas;

III – Lei Orçamentária Anual (LOA) - lei especial que contém a discriminação da estimativa da receita e da despesa pública, de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios da unidade, universalidade e anualidade.

4.1.3 Receita Pública, Despesa Pública e as Fases do Processo Orçamentário

4.1.3.1 Receita Pública

A receita pública, de modo geral, representa todos os ingressos de recursos financeiros nos cofres públicos. Elas se desdobram em receitas orçamentárias, quando representam disponibilidades de recursos financeiros para o erário, tais como impostos, taxas e contribuições, entre outras; e em ingressos extra orçamentários, quando representam apenas entradas compensatórias. O Manual Técnico de Orçamento da União (BRASIL, 2014) adota a definição de receita pública somente para as receitas orçamentárias.

Para efeitos de orçamento, a estimativa da Receita Orçamentária é amparada pela Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000a), que exige que nas previsões de receita sejam observadas as normas técnicas e legais, considerados os efeitos da legislação, da variação de preços, do crescimento econômico ou de qualquer outro fator relevante, além de serem acompanhadas de demonstrativos da evolução da sua arrecadação nos últimos três anos e projeção para os dois seguintes àquele a que se referirem, assim como da metodologia de cálculo e premissas utilizadas.

4.1.3.2 Despesa Pública

A despesa pública pode ser entendida como a parte do orçamento direcionada ao custeio de determinado setor administrativo. A escolha de qual necessidade será satisfeita pelo serviço estatal está a critério do poder político. O art. 12 da Lei 4.320/64 (BRASIL, 1964) classifica a despesa em despesas correntes, subdividindo-se em despesas de custeio e transferências correntes, e em despesas de capital, que por sua vez englobam os investimentos, as inversões financeiras e as transferências de capital.

As despesas de custeio se destinam à manutenção de serviços públicos, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis.

4.1.3.3 Fases do Processo Orçamentário

O ciclo do processo orçamentário público é dividido em quatro etapas, a saber: elaboração, aprovação, execução e controle.

Na primeira etapa, é redigida uma proposta orçamentária e encaminhada pelo Chefe do Poder Executivo ao Poder Legislativo, em datas determinadas, para apreciação e aprovação, com a finalidade de orçar a receita e fixar a despesa para o exercício seguinte.

Após o encaminhamento da proposta, cabe ao Poder Legislativo examiná-la, emendá-la onde entender necessário e finalmente aprová-la. A etapa da execução ocorre dentro do exercício financeiro, que coincide com o ano civil e tem como objetivo o cumprimento dos programas estabelecidos no plano de governo.

Finalmente, o controle do orçamento visa verificar o cumprimento dos programas de trabalho sob o ponto de vista legal e pode ser realizado pelo próprio Poder Executivo ou pelo Poder Legislativo com o auxílio do Tribunal de Contas (GIACOMONI, 1994).

4.1.4 Orçamento Público e a Saúde no Brasil

De acordo com Machado (2013) o planejamento em saúde, abrange a identificação de necessidade, prioridades, diretrizes de ação, elaboração de estratégias e planos de intervenção, articulação entre atores e mobilização de recursos necessários e, portanto constitui uma macro função fundamental para o direcionamento da política de saúde.

Para a autora, a trajetória histórica da política de saúde das décadas de 1930 a 1980 foi marcada por uma fragmentação institucional que não possibilitava o planejamento nacional integrado. A instituição do SUS, apesar de inicialmente ter sido prejudicada pela falta de planejamento adequado, principalmente de médio e longo prazo, teve a partir do final dos anos 1990 uma retomada de estratégias que permitiu melhoria no planejamento.

Entre as propostas desenvolvidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a universalização, descentralização, hierarquização dos serviços e controle social foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, como princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, 1988a)

Diante da euforia do retorno à democracia, um sistema de saúde como o proposto – universal, integral e gratuito – deveria ser financiado por aportes do Tesouro, impostos e contribuições sociais, sem levar em consideração a escassez de recursos, agravados por fatores como crises econômicas, necessidades de ajustes fiscais, envelhecimento e crescimento da população e incorporação de novas tecnologias (CONASS, 2011).

A Constituição, apesar de garantir a saúde como direito universal e dever do Estado (BRASIL, 1988a), não detalhou a forma de destinação dos recursos financeiros, o que ocorreu nos anos seguintes através de leis complementares. A primeira delas foi a Lei Federal nº 8080 (BRASIL, 1990a), que regula o funcionamento do SUS; seguida pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros entre as esferas de governos.

Somente, em 1995, fruto da Reforma da Gestão Pública elaborada por Bresser Pereira, foi apresentada a proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, que se baseou na necessidade da descentralização dos serviços de saúde para entidades regionais e na formação de uma espécie de mercado, promovendo assim a competição entre os supridores de serviços de saúde, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados (BRESSER PEREIRA, 1995).

De acordo com ele, o problema fundamental enfrentado pela medicina ambulatorial e hospitalar é a baixa qualidade dos serviços, que não estão disponíveis à população nem na quantidade, nem na qualidade minimamente aceitável, principalmente devido a problemas de natureza financeira, causado pelas políticas de redução do gasto público em conjunto com a elevação de custos advinda do aumento da complexidade tecnológica dos tratamentos médicos.

Tais medidas propostas permitiram que novos modelos de gestão se configurassem no sistema de saúde brasileiro a partir de então, entre eles as organizações sociais, as parcerias público-privadas para investimentos na atenção à saúde e as fundações estatais de direito privado (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

Foi estabelecido pela Constituição de 1988, que a Seguridade Social (Previdência, Assistência Social e Saúde) deveria ser financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos municípios e de contribuições sociais. Entretanto, não foi estabelecido percentual mínimo de aplicação dos recursos pelos diversos níveis da federação, fazendo com que várias propostas de vinculação de recursos para a saúde passassem a tramitar no Congresso Nacional. (PIOLA *et. al*, 2012)

4.1.4.1 O sistema de partilha dos recursos financeiros para a saúde

A função de financiamento se relaciona ao papel do Estado de prover recursos para permitir a oferta de serviços sociais, o que depende da arrecadação de receitas e da execução do orçamento público.

A regulamentação do financiamento da Saúde teve início com a Lei Federal nº 8080 (BRASIL,1990a), que regula o funcionamento do SUS; seguida pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL,1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros entre as esferas de governos. Já os montantes de recursos a serem destinados ao setor nas três esferas de governo só foi definido com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000b), que estabeleceu os seguintes limites mínimos para aplicação em saúde:

- Pela União

No ano de 2000 foi estabelecida a obrigatoriedade de aplicação do valor equivalente ao empenhado no exercício financeiro de 1999, acrescido de 5%. Nos anos seguintes, o valor anual a ser aplicado passou a ser calculado com base no “valor apurado no ano anterior”, corrigido pela variação nominal do PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária.

- Pelos Estados e Municípios

RECEITAS ESTADUAIS (12%)	RECEITAS MUNICIPAIS (15%)
I Receitas de Impostos Estaduais ICMS IPVA ITCMD (causa mortis e doação de bens e direitos)	I Receitas de Impostos Municipais ISS IPTU ITBI
II Receitas de Transferências da União cota-parte do FPE cota-parte do IPI - Exportação Transferências Lei Complementar 87/96 - Lei Kandir	II Receitas de Transferências da União cota-parte do FPM cota-parte do ITR Transferências Lei Complementar 87/96 - Lei Kandir
III Imposto de Renda Retido na Fonte	III Imposto de Renda Retido na Fonte
IV Outras Receitas Correntes Receita da dívida ativa de impostos Multas, juros de mora e correção monetária de impostos	IV Receitas de Transferências do Estado cota-parte do ICMS cota-parte do IPVA cota-parte do IPI - Exportação
menos (-)	V Outras Receitas Correntes Receitas da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária de impostos
V Transferências Financeiras Constitucionais e Legais a Municípios 25% do ICMS 50% do IPVA 25% do IPI Exportação	
VI = Total mínimo vinculado à saúde = (I + II + III + IV - V) x 0,12	VI = Total mínimo vinculado à saúde = (I + II + III + IV + V) x 0,15

Figura 3: Fontes de Receitas Estaduais e Municipais da Saúde

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) – elaborado pela autora

A partir da determinação de que os três entes federativos têm responsabilidade na participação do financiamento na saúde, juntamente com o movimento de descentralização apresentado na Reforma Administrativa, o peso relativo da esfera federal no gasto público em saúde decresceu de mais de 70 % no início dos anos 1990 para cerca de 45% em 2008 e 24% em 2000 (SIOPS, 2017), devido ao aumento da participação das outras esferas de governo, com destaque para os municípios nos anos 1990 e, mais recentemente, para os estados. Esse movimento se relacionou ao processo de descentralização e à definição das regras mais rígidas listadas acima para vinculação das receitas para a saúde para as esferas subnacionais a partir de 2000.

4.1.4.2 Financiamento da Saúde

De acordo com o Manual de Gestão Financeira do SUS (BRASIL, 2003), elaborado pelo Ministério da Saúde, as ações e serviços de saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no Orçamento da Seguridade Social.

Os recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares.

A transferência fundo a fundo caracteriza-se pelo repasse de recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros. Os recursos financiam as ações e serviços de saúde:

- Da atenção básica dos municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica e dos municípios não habilitados, quando realizadas por estados habilitados na Gestão Avançada do Sistema Estadual;
- Da assistência de média e alta complexidade realizado por estados e municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual;
- Por serviços produzidos, que é a modalidade de transferência caracterizada pelo pagamento direto aos prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS nos estados e municípios não habilitados em Gestão Plena de Sistema – Rede Cadastrada;
- Por convênios, que são celebrados com órgãos ou entidades interessados em projetos específicos na área de saúde. O repasse dos recursos é realizado de acordo com o cronograma físico-financeiro aprovado como parte do Plano de Trabalho.

5 FINANÇAS ORGANIZACIONAIS

No primeiro capítulo, verificou-se que o sistema de saúde brasileiro ainda que seja “por força da lei” considerado único e gratuito, trata-se de um sistema misto. Isso porque, ao lado dos serviços públicos, financiados com recursos da União, Estados e Municípios, há variados serviços e sistemas privados. De fato, boa parte do sistema público é executado por instituições privadas, especialmente as filantrópicas, que possuem uma importante atuação na prestação dos serviços de saúde no país.

Por este motivo, é relevante analisar não somente a estrutura e o papel das finanças públicas, mas também o papel e o comportamento das finanças organizacionais nesse complexo sistema.

Ross e Westerfield (1995) elencam quatro principais áreas a serem estudadas em finanças: finanças corporativas, investimentos, instituições financeiras e finanças internacionais. A primeira delas, finanças corporativas, aborda os princípios da administração financeira, incluindo as decisões cotidianas do administrador na busca pelos resultados das organizações. A segunda questão diz respeito a como a empresa obtém os financiamentos necessários para gerenciar sua necessidade de capital de giro e sustentar os investimentos a longo prazo. Nesse contexto, conhecer os produtos e serviços disponibilizados pelas instituições financeiras e também como as organizações são afetadas pelo mercado externo são de extrema relevância.

Nessa seção do trabalho, serão abordados temas relacionados a finanças corporativas e o impacto das decisões no planejamento das organizações e no setor de saúde.

5.1 Demonstrações contábeis – informações financeiras e gerenciais

A contabilidade é uma ciência social que objetiva prover demonstrações e análises de natureza econômica, financeira e de produtividade a fim de efetuar o controle patrimonial e apoiar o processo de decisão da pessoa física ou jurídica, podendo ser dividida em dois grandes ramos: a contabilidade financeira e a contabilidade gerencial.

Essa divisão se deve principalmente aos diferentes públicos (*stakeholders*) interessados nas informações que são disponibilizadas através dos relatórios contábeis. Para Ludícibus *et al* (2005), a ramificação ocorre devido ao surgimento da figura do gestor ou gerente como agente separado do proprietário, com o objetivo de reduzir a assimetria informacional que existe entre os conhecedores da situação da empresa (agentes internos) e os demais interessados.

A contabilidade gerencial tem como enfoque especial os usuários internos e tem caráter confidencial, procurando suprir os gestores de uma gama maior de informações, com o objetivo exclusivo da tomada de decisões.

Silva (2012) afirma a respeito da contabilidade gerencial:

“Contabilidade Gerencial é um sistema de informação necessário para a boa administração de qualquer organização e tem como objetivo principal fornecer informações para que os empreendedores e gestores possam decidir qual o melhor caminho para sua organização.”

Já na contabilidade financeira é feita a escrituração, ou seja, o registro de todos os fatos contábeis ocorridos, possibilitando a estruturação das demonstrações. Ela fornece informações básicas aos seus usuários, que podem ser os administradores, investidores, fornecedores, bancos, governos ou quaisquer interessados e é obrigatória para fins fiscais.

De acordo com o Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC), as demonstrações financeiras visam fornecer informações sobre a posição patrimonial e financeira, o desempenho e as mudanças de uma organização, além de dar suporte à tomada de decisão econômica de um grande número de usuários (CPC, 2011). Por sua vez, Marion (2009) conceitua as notas explicativas como um conjunto de informações relevantes e complementares às demonstrações financeiras.

Conforme a Resolução nº 1282/2010 do Conselho Federal de Contabilidade, alguns princípios fundamentais representam a essência das doutrinas e teorias relativas à ciência da contabilidade. São eles:

- Princípio da entidade – reconhece o patrimônio como objeto da contabilidade e afirma a autonomia patrimonial, a necessidade da

diferenciação de um patrimônio particular no universo dos patrimônios existentes.

- Princípio da continuidade – pressupõe que a Entidade continuará em operação no futuro e, portanto, a mensuração e a apresentação dos componentes do patrimônio levam em conta esta circunstância.
- Princípio da oportunidade – refere-se ao processo de mensuração e apresentação dos componentes patrimoniais para produzir informações íntegras e tempestivas.
- Princípio do registro pelo valor original – determina que os componentes do patrimônio devem ser inicialmente registrados pelos valores originais das transações, expressos em moeda nacional.
- Princípio da competência – determina que os efeitos das transações e outros eventos sejam reconhecidos a que se referem, independentemente do recebimento ou pagamento.
- Princípio da prudência – determina a adoção do menor valor para os componentes do ativo e do maior para os do passivo, sempre que se apresentem alternativas igualmente válidas para a quantificação das mutações patrimoniais que alterem o patrimônio líquido.

Em complemento aos princípios contábeis acima, a Comissão de Valores Mobiliários (CVM), através da Deliberação nº 539/2008, apresenta postulados, princípios e convenções contábeis, entre eles a uniformização dos relatórios contábeis, o que contribui para que seja possível efetuar a comparação entre diversas empresas. Com o advento da lei 11.638/07 e 11.941/09, a contabilidade brasileira vem passando pelo processo de convergência às Normas Internacionais de Contabilidade (IFRS), fazendo com que alguns relatórios contábeis, regra geral, devam ser obrigatoriamente apresentados de forma ordenada, resumida e periódica, entre eles:

5.1.1 Balanço Patrimonial (BP)

Marion (2009) afirma que “o Balanço Patrimonial é a principal peça contábil”. Tal afirmação é amplamente apoiada uma vez que ele evidencia o patrimônio da

organização, em um determinado momento, apresentando ao público interessado os bens e direitos, que formam o ativo, e as obrigações, que compõem o passivo. A diferença entre os dois grupos de contas é chamada de patrimônio líquido (PL) e que representa a riqueza líquida dos proprietários investida na empresa.

A ordem na apresentação das contas do Balanço Patrimonial ocorre de acordo com o grau de liquidez das mesmas, sendo que o ativo é composto pelo Ativo Circulante (AC), onde são alocadas as contas que se realizarão em período menor que o exercício social, e pelo ativo não-circulante, composto pelas contas de longo prazo, que são classificadas em ativo realizável a longo prazo (ARLP), investimentos, imobilizado, e intangível.

Seguindo o mesmo critério, o passivo é composto pelo passivo circulante (PC), ou as obrigações exigíveis no curto prazo e pelo passivo não-circulante ou exigível a longo prazo (ELP), conta composta por dívidas de longo prazo.

O patrimônio líquido (PL) representa as obrigações não exigíveis, pois diz respeito ao capital aplicado pelos proprietários na empresa, somente podendo ser exigido após o encerramento das atividades da organização, e após as outras dívidas terem sido pagas (MARION, 2009).

5.1.2 Demonstração de Resultado do Exercício (DRE)

Outra demonstração contábil importante para análise das contas das organizações é a DRE, pois é ela que apresenta as transações que alteram a riqueza dos proprietários dentro de um determinado período de tempo. Através dela, observa-se um importante indicador de eficiência, o resultado dos investimentos feitos pelos proprietários, que pode ser lucro ou prejuízo (MARION, 2009).

Desde 1976, com a Lei das Sociedades por Ações (Lei 6.404/76) a divulgação da DRE é obrigatória juntamente com o BP. A demonstração deve ser estruturada de tal forma que contenha as seguintes informações sobre a empresa no ano fiscal:

(+)	Receita Operacional Bruta
	• Receita Bruta de Vendas de Mercadorias
	• Receita Bruta de Prestação de Serviços
(-)	Deduções sobre Vendas
	• Impostos sobre vendas
	• Devoluções de Vendas
(=)	Receita Operacional Líquida
(-)	Custos sobre Vendas
	• Custo sobre mercadorias vendidas
	• Custos sobre Prestação de Serviços
	• Custos sobre Produtos elaborados
(=)	Resultado Bruto
(-)	Despesas Operacionais
	• Despesas com Vendas (ou Comerciais)
	• Despesas Administrativas
	• Despesa Financeira
	• Outras
(+)	Receitas Financeiras ou outros ganhos
(=)	Resultado líquido antes da CSLL e IR
(-)	Contribuição Social sobre o lucro e o imposto de renda
	• Contribuição Social sobre o lucro apurada
	• Imposto de Renda Sobre o Lucro apurado
(-)	Participações
	• Empregados
	• Sócios e Acionistas
(=)	Lucro Líquido do Exercício (LLE)

Figura 4: Representação Gráfica da DRE

Fonte: Marion (2009) – elaborado pela autora

A DRE, assim como as demais demonstrações contábeis, é utilizada pelos administradores para prestação de contas sobre os aspectos públicos de responsabilidade da empresa, perante acionistas, credores, governo e a comunidade em geral. Tem, portanto por objetivo revelar, a todas as pessoas interessadas, as informações sobre os resultados da empresa.

5.2 Decisões de investimentos

De maneira geral, para organizações com fins lucrativos, um investimento é uma aplicação de recursos visando à obtenção de lucros. Diante disso, as decisões de investimento são tomadas de modo a aumentar as atividades da empresa, com maior produção de bens e serviços, ampliando seus lucros e, conseqüentemente, aumentando o valor da riqueza para os acionistas.

Segundo Assaf Neto (2009), “as decisões de investimentos envolvem a elaboração, avaliação e seleção de propostas de aplicações de capital efetuadas com o objetivo, normalmente de médio e longo prazos, de produzir determinados retorno aos proprietários de ativos”.

As decisões de investimento exercem, portanto, papel fundamental no desempenho de uma empresa, uma vez que delas dependem o sucesso ou o fracasso da organização. Por isso, antes de se colocar em prática um projeto de

investimento, a relação risco e retorno merece atenção especial. Segundo Ross e Westerfield (1995), o retorno de um investimento é uma espécie de prêmio pelo risco assumido na sua execução. Ainda segundo os autores supracitados, a um maior risco está geralmente associado um maior retorno, o que leva à conclusão que investimentos de maior risco provavelmente apresentarão retornos maiores que investimentos de baixo risco.

Além da relação risco e retorno, outro aspecto que precisa ser analisado ao se tomar uma decisão de investimento é o custo de oportunidade associado a ele. As tomadas de decisões muitas vezes vêm seguidas da necessidade de se escolher entre duas ou mais alternativas, de forma que escolhendo uma, os benefícios esperados de se escolher as outras não mais existirão. Ou seja, o custo de oportunidade se refere ao sacrifício de uma alternativa em detrimento da escolha de outra.

De acordo com Denardin (2004), se o retorno de um projeto de investimento for melhor que os benefícios esperados da melhor alternativa rejeitada, tem-se que a escolha foi a correta. Caso contrário, presume-se que a alternativa escolhida não agregou valor à organização.

Pelas instabilidades a que são obrigadas a conviver, se faz necessário às organizações constantes mudanças que devem ocorrer de forma ágil e eficaz, além de manter o equilíbrio financeiro da organização. Para isso, a análise de investimentos de capital visa avaliar a viabilidade de projetos desenvolvidos por empresas dos mais variados portes e setores da economia. Com base nas informações disponíveis, administradores e gestores financeiros podem tomar as decisões de investir ou não.

As teorias do processo decisório são abordadas por Gonçalves *et al* (2010). Segundo os autores, pode-se afirmar que os estudos sobre o processo decisório compreendem três correntes distintas. A primeira delas, que parte dos pressupostos da economia neoclássica, sugere a adoção de uma racionalidade econômica, sem entrar em julgamentos de valor. Esse enfoque, com destaque para Banfield (1973) apud Gonçalves *et al* (2010)., identifica o processo decisório como uma questão de maximização de utilidades, numa situação onde as alternativas e suas consequências podem ser antecipadas. A escolha final envolve a seleção do curso em ação ou alternativas que maximizam a probabilidade de obter maior valor em

termos de preferência. Conforme esse modelo o tomador de decisão se depara com um problema específico, que pode ser isolado em relação aos outros problemas.

O segundo enfoque se traduz numa postura comportamental das decisões e privilegia aspectos mais complexos da natureza humana. De acordo com esse enfoque, que tem como seu maior expoente Simon (1965) apud Gonçalves *et al* (2010), as decisões que regem as ações dos indivíduos devem ser pautadas na racionalidade, segundo a qual os esforços com menor custo são empregados para a obtenção dos melhores resultados. Essa racionalidade, entretanto, é limitada pela impossibilidade de se analisar todas as alternativas que podem ser utilizadas e na falta de conhecimento prévio de todas as consequências possíveis. O indivíduo, na maioria das vezes, toma uma decisão satisfatória e não uma decisão ótima, em virtude das limitações existentes.

O terceiro enfoque postula que a decisão é tomada também por uma corrente política, sugerindo que as decisões são o resultado de negociações e interesses dos diversos atores envolvidos muito mais do que uma ação racional. O termo utilizado para identificar a tomada de decisão pelo ajustamento que resulta dessas negociações foi definido por Lindblom (1972) apud Gonçalves *et al* (2010). Conforme o trabalho do referido autor, a organização se defronta com um ambiente muito complexo e o indivíduo não consegue adaptar a organização a esse ambiente com as suas decisões. Dessa forma, o poder de decisão está dividido entre diferentes pessoas com objetivos diversos. O processo de formulação estratégica torna-se um sistema contínuo de “barganha”, com cada estrategista tentando conquistar seus próprios objetivos.

Na instituição hospitalar, o projeto de investimento deve ser fundamentado na determinação dos objetivos próprios da área, na viabilidade da sua execução, tanto do ponto de vista social e econômico, quanto da correta administração dos recursos e tarefas determinadas para a execução.

Para Delgado (1985), o custo não pode ser o único fator a ser considerado nas decisões de investimentos nos hospitais. As necessidades da comunidade, a qualidade e a capacidade da organização de executar as várias alternativas de investimento, devem ser ponderadas no processo decisório. Segundo a autora, “para que a administração possa tomar uma decisão sábia e imparcial, deve estar plenamente ciente das implicações de capital, recursos humanos, materiais, infraestrutura, organização etc., das diferentes alternativas. Esse conhecimento

pode ser obtido somente através do uso das técnicas utilizadas no desenvolvimento lógico de um projeto.”

5.3 *Decisões de Financiamento*

Decisões de investimentos que gerem benefícios futuros aos agentes envolvidos, especialmente as que visam a alcançar benefícios em longo prazo, carecem de análises que considerem ponderadamente o risco, a necessidade de financiamento e a vida útil dos ativos. Dessa forma, fica claro que tais decisões integram o processo de planejamento empresarial, tanto no âmbito estratégico quanto orçamentário.

Paul Singer (2000) resume o papel das finanças na economia capitalista como a antecipação das transações para ganhar tempo, permitindo dissociar os períodos de produção e de distribuição da movimentação de valores. Em outras palavras, as finanças permitem que os consumidores, mesmo que ainda não tenham recursos para utilizar ou consumir um bem, o façam mediante pagamento de aluguel ou de juros.

A abordagem convencional sobre o papel dos financiadores de investimentos, conhecida como “teoria dos fundos emprestáveis” trata o mercado financeiro como um agente de intermediação entre poupadores e investidores, reafirmando que o crédito se limita a uma mera transferência da poupança dos agentes superavitários para os deficitários, ou seja, para que haja investimentos, é necessário haver poupança disponível (Studart, 1993).

O desenvolvimento do sistema monetário e financeiro atual oferece uma visão mais complexa para a compreensão do papel do crédito e da poupança nos investimentos produtivos. Na abordagem Keynesiana o investimento consiste na aquisição ou compra de um ativo, por um indivíduo ou empresa, mesmo que não haja poupança disponível. A decisão de investimento na produção considera a rentabilidade esperada, ou melhor, se os rendimentos ao longo da vida útil do equipamento superarão seus custos de investimento, incluindo as condições de financiamento. A taxa de juros é determinante nessa decisão.

Para realizar investimentos, uma empresa pode se financiar de várias maneiras, pelo uso de recursos próprios ou pela busca de recursos de terceiros, tomando crédito bancário ou colocando títulos ou ativos no mercado de capitais. Os custos das operações de curto prazo são normalmente mais elevados, podendo comprometer a saúde financeira do agente tomador. Por este motivo é importante alinhar os custos e prazos dos financiamentos ao prazo esperado de retorno do investimento.

Algumas alternativas de financiamento de longo prazo são (Baer, 1993):

- i. Aplicações individuais ou por meio de fundos de poupança privada em mercado de capitais
- ii. Intermediação de recursos via sistema de crédito privado
- iii. Reinvestimentos dos lucros das próprias empresas
- iv. Fundos de poupança compulsória administrados pelo estado e canalizados para crédito de longo prazo

O autor esclarece ainda que reaplicação dos recursos gerados nas próprias empresas tende a ser a mais importante fonte de financiamento de longo prazo. No entanto, em países com economias desenvolvidas, essa fonte de financiamento é complementada por intenso e desenvolvido mercado de capitais, que canaliza uma parte significativa das demandas de investimentos de carteira dos poupadores individuais, dos fundos privados de pensão e das companhias de seguro.

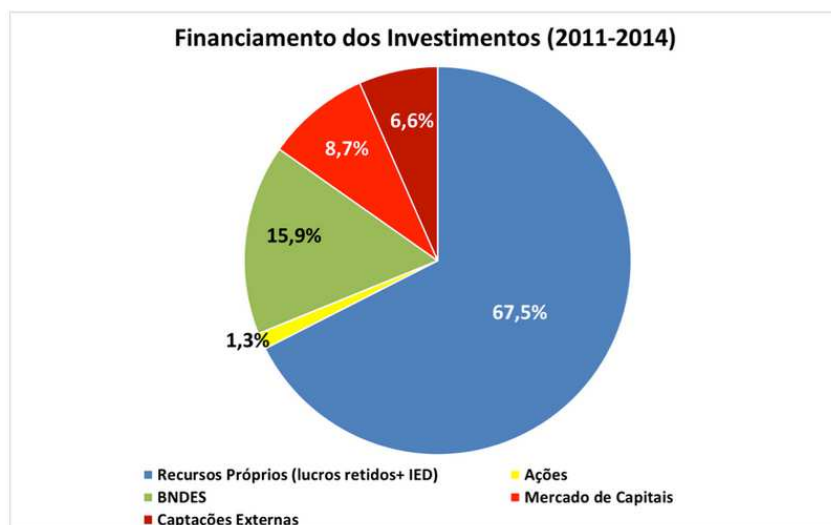
Os autores estudados argumentam que, quando uma economia não conta com um mercado financeiro organizado, no sentido de disponibilizar *finance* (recursos de curto prazo, predominantemente capital de giro) com o mínimo de estabilidade nas taxas de juros; e com um mercado de capitais atraente tende a enfrentar problemas para estimular os investimentos.

Porém, na maioria das economias em desenvolvimento, onde a falta de financiamento privado de longo prazo é uma constante, tanto o investimento produtivo quanto o financiamento das famílias são bastante prejudicados, fazendo com que o Estado acabe por assumir esse papel, através das instituições financeiras públicas, sobrecarregando sobremaneira o orçamento, deixando para segundo plano os gastos sociais, que conforme acentua Studart (1993).

Dentro do contexto apresentado, podemos classificar as fontes de financiamento disponíveis em:

- i. financiamento próprio;
- ii. financiamento originário de empresas relacionadas (subsidiárias ou associadas);
- iii. financiamento de outras empresas (não-financeiras);
- iv. financiamento de empresas financeiras (empréstimos bancários, capitais de risco, etc.);
- v. financiamento do governo (empréstimos, subvenções, etc.);
- vi. financiamento de organizações supranacionais ou internacionais;
- vii. outras fontes

No Brasil, conforme destacado na Figura 5, a maior fonte de financiamento para os investimentos das empresas ainda são os recursos próprios, provenientes das receitas ou lucros retidos.



Fonte: CEMEC (Centro de Estudos do Instituto IBMEC)

Figura 5: Financiamento dos Investimentos (2011-2014)

Fonte: (<http://ibmec.org.br/financiamento/>)

Entre as funções do administrador financeiro corporativo estão a decisão sobre quais investimentos a longo prazo deverão ser efetuados e como será obtido o financiamento para tais investimentos. O chamado “orçamento de capital” é a busca por oportunidades de investimentos com valores superiores ao seu custo de aquisição, onde se avalia também a magnitude do fluxo de caixa, a distribuição no

tempo e o risco. A forma como a empresa obtém os financiamentos necessários para sustentar suas operações é denominada estrutura de capital, isto é, a proporção entre o capital próprio e o capital de terceiros utilizado para que a empresa se financie. Além da estrutura de capital ideal, outra decisão é sobre onde e a que custo os recursos de terceiros serão obtidos.

5.3.1 A Estrutura de Capital como fonte de informação gerencial

Em finanças, “[...] estrutura de capital é a combinação de todas as fontes de financiamento de longo prazo, dívida ou capital próprio, utilizadas pela empresa” (LEMES JUNIOR; CHEROBIM; RIGO, 2005, p. 200). O conceito compreende todas as fontes de capital de terceiros utilizadas pela empresa no longo prazo e a parcela de capital próprio, montante aportado pelos sócios da empresa. Sendo assim, dentro das categorias de dívida e de patrimônio líquido, existem diferentes instrumentos de financiamento que podem ser utilizados. Mais especificamente, as alternativas de financiamento das empresas se constituem em fontes internas e externas. As internas dizem respeito ao reinvestimento de fluxo de caixa gerados pelos ativos existentes de uma empresa, em termos de lucros retidos e depreciações. As externas são compostas por emissões de títulos no mercado de capitais, financiamento bancário, contratos de arrendamento mercantil e financiamento em mercados internacionais (DAMODARAN, 2004).

Diversas teorias foram propostas para explicar variações nas taxas de endividamento das organizações. A discussão sobre a decisão da estrutura de capital ideal ou ótima de um lado advoga que a estrutura de capital dentro de um mercado perfeito é irrelevante (Modigliani e Miller, 1958). Por outro lado, há quem defenda que dada a existência de imperfeições de mercado, também exista um nível ótimo de endividamento que maximiza o valor da empresa (Graham, 2000).

Segundo Ross e Westerfield (1995), a utilização de dívidas na estrutura de capital da empresa pode trazer enormes benefícios. Uma boa compreensão dos efeitos do financiamento por meio de capital de terceiros é importante, uma vez que o papel do endividamento é mal compreendido, fazendo com que empresas e indivíduos sejam conservadores no uso desse capital. Ainda de acordo com os

autores, a estrutura ótima de capital é aquela que maximiza o valor da empresa e minimiza o custo total de capital.

Especialmente nos casos das empresas privadas, a definição de uma estrutura ótima de capital torna-se importante devido ao benefício fiscal do uso de capital de terceiros, uma vez que os juros pagos são dedutíveis do imposto de renda, porém não há consenso sobre o impacto no valor da empresa determinado pela estrutura de capital, uma vez que o uso de dívidas também aumenta o risco financeiro (OLIVEIRA, TABAK, LARA RESENDE, CAJUEIRO, 2012).

Estudo efetuado no Brasil com o objetivo de pesquisar o comportamento de 161 grandes empresas no tocante a custos e estrutura de capital concluiu que tais empresas aproveitam as oportunidades de captação no mercado, buscando fontes de recursos economicamente mais vantajosas no momento, sem levar em consideração o impacto na alteração da estrutura de capital, cuja teoria tradicional de finanças propõe uma relação estática entre fundos próprios e de terceiros (ELD JUNIOR, 1996).

A pesquisa observou também que, apesar das elevadas taxas de juros, os empréstimos bancários são a primeira fonte de captação a ser obtida no caso de aprovação de novos projetos, contrariando também a *Pecking Order Hypothesis*, desenvolvida por Myers e Majluf (1984) e que propõe uma hierarquia na captação de recursos, começando pela utilização de seus lucros retidos, passando pelos empréstimos bancários e como última alternativa, emitindo ações.

Estudos posteriores (Barros e Silveira, 2008; Brito, Corrar e Batistella, 2007) que analisaram empresas que atuam no Brasil também indicam que a estrutura de capital é fortemente influenciada pelas oportunidades de mercado (*Market timing*) e que o tipo de capital não se mostra relevante para a forma como as empresas se financiam. Os resultados indicam que risco, tamanho, composição dos ativos e crescimento são fatores determinantes da estrutura de capital.

Verifica-se então, que independente da teoria, a existência de um sistema financeiro adequado às necessidades empresariais permite a conformação de uma estrutura de capital mais flexível, independente de poupança prévia e favorável às decisões de investimentos. Isso ocorre porque a teoria econômica demonstra que não é necessário constituir poupança para investir, desde que o empreendedor tenha à sua disposição recursos para iniciar a produção (Freitas, 2009).

5.4 Captação de recursos financeiros

Conforme observado ao longo do estudo, verifica-se que os recursos de origem governamental não são suficientes para atender plenamente a demanda social. Em face das limitações de recursos dos financiadores “tradicionais”, ampliar e diversificar as fontes de recursos tornou-se crucial para que as organizações públicas possam, além de sobreviver, desempenhar um papel relevante com o seu público e a sociedade em geral.

A receita dos hospitais públicos depende fundamentalmente da capacidade de arrecadação dos governos, a qual depende também da capacidade produtiva da economia do país. As fontes de receitas dos hospitais privados são provenientes de convênios com o SUS, com operadoras de planos de saúde ou de atendimentos particulares. Na maioria dos casos, o preço do serviço prestado não é determinado pelo hospital, mas sim pelos convênios ou pelo SUS, que possuem tabelas fixas previamente definidas. Entre as fontes de recursos dos hospitais filantrópicos estão os fundos públicos repassados para executar funções que usualmente cabem ao Estado, geração de receita própria por meio de venda de produtos/serviços a conveniados ou terceiros e doações de empresas e de indivíduos.

Nas três situações, as receitas oriundas dos pacientes do SUS, na grande maioria dos casos, não permitem a obtenção de qualquer resultado econômico para a instituição, pois, o valor pago pelo através da chamada tabela SUS está abaixo dos custos que os hospitais têm no atendimento de cada paciente.

Em resumo, na busca incessante por recursos, as instituições hospitalares podem recorrer às seguintes fontes:

- i. Receitas governamentais: repasses mediante recursos do orçamento da Seguridade Social e do orçamento fiscal dos entes federados, com base em % mínimos de aplicação, conforme detalhado no capítulo 4.1.4.1;
- ii. Receitas particulares e de convênios;
- iii. Doações de empresas, indivíduos e órgãos internacionais;
- iv. Sistema Financeiro Nacional.

5.4.1 Os Sistemas Financeiros

Para que se compreenda a origem dos recursos financeiros na busca de formas de captação é imperativo que se conheça o funcionamento dos sistemas financeiros, bem como as diferentes categorias de financiamento, de acordo com a necessidade do agente deficitário.

Carvalho, Souza e Sicsú (2001) definem sistemas financeiros como um conjunto de mercados composto pelas classes de ativos transacionados, as instituições financeiras participantes e os regulamentos e regras de intervenção do poder público na inter-relação entre estes mercados.

De Carvalho (2005) enumera os diversos canais pelos quais uma empresa com planos de investimento pode obter financiamento. Segundo o autor, o modo mais óbvio é a obtenção de receitas monetárias pela venda de bens e serviços, seguido por lucros de vendas passadas retidos sob a forma de reservas líquidas e pela venda de ativos. O autor também cita, o endividamento junto a outros detentores de riqueza, fazendo com que o estoque de moeda existente mude de mãos. Finalmente, um subgrupo destas últimas é o endividamento junto ao sistema bancário, cuja consequência não é fazer meios de pagamento simplesmente mudarem de mãos, mas efetivamente criar novos meios de pagamento (sob a forma de depósitos à vista). Para o autor, não é a origem das reservas que importa, mas sua forma: financiamento é a obtenção de poder de compra sob a forma de meio de pagamento por parte do investidor.

Diferentemente da aquisição de um bem, caracterizada pela transferência definitiva de valor, uma transação financeira gira ao redor de crédito, ou da promessa de devolução valores acrescidos de juros ou outro tipo análogo de rendimento, como dividendos, aluguéis, arrendamentos etc.

Paul Singer (2000) resume as transações financeiras em 3 principais, a saber: empréstimos de dinheiro, empréstimos de bens e seguros. A primeira forma de transação financeira são empréstimos em dinheiro, que tomam a forma de títulos financeiros. Nessa modalidade, o devedor geralmente emite um título de dívida, sendo que muitos podem ser negociáveis em mercados secundários. Assim, por exemplo, o governo emite títulos da dívida pública, empresas emitem debêntures e consumidores emitem notas promissórias.

Outra modalidade se dá na forma de contratos de aluguel, arrendamento ou *leasing*, onde o dono do bem o aluga, arrenda ou dá em *leasing* ao locatário ou arrendatário, que em troca paga uma quantia por tempo de empréstimo. Estes pagamentos são feitos em troca do uso do bem. No fim do prazo contratado, o bem é devolvido ao proprietário. A devolução marca o fim da transação financeira. Aluguel, renda ou *leasing* são análogos aos juros, ou seja, constituem pagamentos pelo tempo de uso do bem ou dinheiro cedido em empréstimo.

Um terceiro tipo de transação financeira são contratos condicionais, como são os seguros ou compra de ações de sociedades anônimas. Nestes casos, o credor é o segurado, que paga um prêmio ao segurador em troca do recebimento do seguro, se e quando ocorrer o sinistro; ou o acionista que recebe seu dinheiro da empresas em forma de dividendos.

Esta seção pretende apresentar as possibilidades existentes no sistema financeiro no que se refere ao comportamento dos agentes superavitários na concessão de crédito, ao padrão de financiamento das empresas brasileiras e ao papel assumido pelo governo, sempre com foco nas condições de financiamento ao investimento de longo prazo.

5.4.1.1 Sistemas financeiros baseados em crédito

Nos sistemas financeiros baseados em crédito, as instituições financeiras operam como intermediários, captando recursos dos chamados agentes superavitários e, a partir da definição de critérios e análise de risco, repassando na forma de empréstimos. A presença de instituições financeiras bancárias, capazes de criar moeda de forma fiduciária, por meio da operação do multiplicador das reservas, permite que cada banco administre seus depósitos ao mesmo tempo em que exige da autoridade monetária que regule o volume de reservas e a oferta de moeda disponível para tais empréstimos.

Sistemas de financiamento baseados no crédito trazem a necessidade de algum grau de direcionamento de recursos quando são assumidos compromissos de financiamento de longo prazo, o que implica a concentração e certo desequilíbrio crônico de mercados. Tanto o setor público como o privado podem atuar neste sentido. A constituição de instrumentos de *funding* pode ser capitaneada por iniciativas públicas - o governo intervém na sustentação da oferta de empréstimos e

na gestão de alguns preços essenciais de acordo com suas prioridades. De outra maneira, esta função pode ser exercida por grandes grupos financeiros privados, que atuam sobre a oferta de recursos de longo prazo sem dependerem plenamente do Estado. Neste caso, os mercados e não medidas administrativas influenciam os preços essenciais, cujo comportamento espelha os efeitos desta concentração financeira (ZYSMAN, 1983).

No Brasil, o saldo das operações de crédito, ou seja, a soma do saldo devedor dos contratos de crédito ao final de um período, correspondeu em 2015 a 55% do PIB, conforme dados do BCB consolidados pelo IPEA. (OLIVEIRA e WOLF, 2016). Apesar de relevante, ainda está muito aquém de países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos e do Japão, cujos saldos de crédito correspondem a 195% e 188% do PIB destes países.

A expansão do crédito bancário no Brasil é um fato recente. O setor bancário brasileiro, em seu processo de maturação e modernização, teve como marco a abertura para atuação estrangeira em 1995. O objetivo da abertura era ampliar e estabilizar os fluxos de capital externo para a economia brasileira, devido à maior integração das instituições estrangeiras com o mercado financeiro internacional; melhorar os níveis de eficiência operacional do setor bancário brasileiro, uma vez que os bancos entrantes seriam mais eficientes em seus países de origem; ampliar a oferta de crédito e de serviços financeiros para a economia de destino, diluir riscos e monitorar projetos e investidores, com efeitos positivos para o crescimento de longo prazo (FUCIDJI e DE PRINCE, 2006).

Em conjunto à abertura para o capital estrangeiro, a partir de 1999 após a implantação do Regime de Metas de Inflação, da adoção do câmbio flutuante e do estabelecimento de um superávit primário a ser cumprido pelo governo, o crédito bancário passou a ser mais acessível. No período anterior a 1999, dada a instabilidade monetária e a falta de competitividade do setor bancário, o crédito era ainda mais escasso e caro.

FUCIDJI e DE PRINCE (2006) observam que a instabilidade econômica, bem como as ações do BCB para frear a expansão do crédito nesses momentos de instabilidade, fazem com que os bancos adotem um comportamento de maior preferência pela liquidez e de aversão ao risco. Para o autor, tal comportamento torna o setor bancário altamente eficiente e lucrativo, mas disfuncional ao desenvolvimento.

Atualmente o crédito bancário para as empresas, conforme descrito por diversos autores e demonstrado através da tabela 3, se restringe a produtos de curto e médio prazos, atendendo principalmente a demanda por capital de giro.

Discriminação	R\$ bilhões		
	2012	2013	2014
Recursos Livres	707,3	764	793,8
Capital de Giro	363,6	385,2	392,4
Conta garantida	44,1	44	45,5
ACC	45,9	42,5	52,5
Financiamentos a exportador	36,9	50,3	57,5
Demais	216,8	242	245,9
Recursos Direcionados	586,9	701,5	811,9
BNDES	446,7	514,5	595,2
Imobiliário	42,9	53,8	66,2
Rural	50,2	69,6	74,3
Demais	47,1	63,6	76,2
Total	1294,2	1465,5	1605,7

Tabela 3 Crédito Bancário para Empresas

*Fonte: BCB – Relatório de Economia Bancária e Crédito – elaborado pela autora
(http://www.bcb.gov.br/pec/depep/spread/rebc_2014.pdf)*

Os dados divulgados pelo BCC até o ano de 2014 demonstram a predisposição do setor bancário pelo financiamento de curto prazo às pessoas jurídicas. No ano de 2014, 37% de todo valor financiado ocorreu via BNDES. Dos recursos livres, observa-se que mais de 60% destinam-se a capital de giro (incluindo ACC e conta garantida).

Segundo Prates *et al* (2000), não se desenvolveu na história do país um sistema financeiro de longo prazo, fazendo com que o desenvolvimento econômico dependesse de fundos de poupança compulsória, administrados pelo BNDES e da captação de recursos externos.

Além disso, outra característica predominante do setor de crédito brasileiro é a concentração dos recursos financeiros e um número pequeno de

instituições. Segundo dados do BCB, os quatro maiores bancos do país concentram 79% dos depósitos bancários e 73% dos ativos do sistema financeiro.

5.4.1.2 Sistemas financeiros baseados em mercado de capitais

No sistema de financiamento baseado no mercado de capitais, os títulos privados (ações, debêntures, emissões primárias) são as principais fontes de financiamento dos investimentos de longo prazo.

Inicialmente, as operações de mercados de capitais ocorrem quando os agentes e operadores atuam na prestação de serviços que auxiliem na concretização das captações primárias. Posteriormente, com um mercado mais maduro, a maior parte das operações se dá nos mercados secundários. Nestes, apesar de não serem criados novos investimentos, é possível transferir riqueza, o que permite aos investidores realizar lucros ou ajustar seus portfólios. Além disso, ainda servem de referência no estabelecimento dos termos para captações futuras (ZYSMAN, 1983).

Por ser mais dinâmico, as transações do mercado de capitais envolvem uma larga gama de instrumentos financeiros, diferentes prestadores de serviços e instituições financeiras, além de sistemas de informação que permitem a interação entre ofertantes e demandantes de recursos. Sua superioridade em relação ao sistema de crédito permite que mecanismos de financiamento de longo prazo sejam facilitados. Isso ocorre de três maneiras: ao disponibilizar alternativas de aplicação da poupança, ao diminuir o custo do capital e ao permitir maior diversificação do risco (AGLIETTA, 2004).

Em um mercado de capitais maduro, a função principal dos empréstimos bancários é prover recursos para atender apenas às necessidades de curto prazo.

5.4.1.3 O sistema financeiro e o mercado de capitais brasileiro

Como apresentado nos capítulos anteriores, o conjunto de instituições financeiras e instrumentos financeiros que compõem um Sistema Financeiro Nacional visa primordialmente transferir recursos dos agentes econômicos superavitários para deficitários. Embora não seja objetivo deste trabalho fazer uma

análise das etapas do desenvolvimento do sistema financeiro brasileiro, é importante abordar de que maneira suas transformações refletem nas práticas correntes de financiamento dos investimentos de longo prazo.

No Brasil, até 1964, ano da chamada Reforma Bancária, o sistema financeiro brasileiro era composto basicamente por bancos comerciais, em especial o Banco do Brasil e as Caixas Econômicas; os bancos de fomento, com destaque para o BNDE (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico); as sociedades de crédito, financiamento e investimento; institutos de previdência corporativos e empresas seguradoras e de capitalização. Nesse período, os bancos estatais funcionavam como instituições criadoras de moedas, sendo que o Banco do Brasil era praticamente a única fonte de financiamento, complementada por recursos do Tesouro Nacional e do BNDE, ou seja, de bases exclusivamente públicas. Enquanto isso, os bancos comerciais atuavam basicamente em operações de empréstimos de curto e médio prazo.

Para Cruz (1998), o sistema financeiro privado não dispunha de escala financeira para alavancagem de operações de longo prazo, considerando o volume e o ritmo dos investimentos programados no setor industrial naquele período, por conta do processo de industrialização. Por este motivo, o governo optou pelas seguintes fontes de financiamento:

- i. as empresas estatais e autarquias contavam com os fundos do BNDE;
- ii. as empresas privadas nacionais, com os incentivos e isenções fiscais e o crédito subsidiado proveniente de bancos públicos; e,
- iii. as empresas estrangeiras, com empréstimos externos e investimento de risco lastreados em importações de bens de capital sem cobertura cambial.

A partir de 1964, o sistema passou a ser estruturado e regulado pela Lei de Reforma Bancária (Lei nº 4.595/1964) que criou o Conselho Monetário Nacional e o Banco Central do Brasil, pela Lei do Mercado de Capitais (Lei nº 4.728/1965) que disciplina o mercado de capitais e estabelece medidas para o seu desenvolvimento e também pela Lei de Criação dos Bancos Múltiplos (Resolução 1.524/1988).

Sob a ótica da economia, o Sistema Financeiro Nacional (SFN) é composto por entidades que fixam as diretrizes e atuam na política monetária, de crédito e cambial, fiscalizando a intermediação financeira e estabelecendo normas para a

emissão e negociação de emissões de capital. O SFN divide-se em três subsistemas, o subsistema normativo, o subsistema de supervisão e o subsistema de intermediação financeira ou de operação.

Os órgãos normativos determinam regras gerais para o bom funcionamento do SFN e é composto pelo Conselho Monetário Nacional (CMN), Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e Conselho Nacional de Previdência Complementar (CNPc).

As entidades supervisoras trabalham para que os cidadãos e os integrantes do SFN sigam as regras definidas pelos órgãos normativos. Fazem parte das entidades a CVM, a Superintendência de Seguros Privados (Susep) e a Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc).

Os operadores do SFN são as instituições que lidam diretamente com o público, no papel de intermediário financeiro. Compõe esse subsistema (figura 7) os bancos e caixas econômicas, administradoras de consórcios, bolsa de valores, seguradoras e resseguradores, fundos de pensão, cooperativas de crédito, corretoras e distribuidoras, bolsas de mercadorias e futuro, entidades abertas de previdência, instituições de pagamento, sociedades de capitalização e demais instituições não bancárias.

Quadro 1 - Quantitativo de instituições autorizadas³ por segmento

Segmento	Sigla	2011	2012	2013	2014	2015
		Dez	Dez	Dez	Dez	Dez
Banco Múltiplo	BM	139	138	132	130	132
Banco Comercial ^{1/}	BC	21	23	23	22	21
Banco de Desenvolvimento	BD	4	4	4	4	4
Caixa Econômica Federal	CE	1	1	1	1	1
Banco de Investimento	BI	14	14	14	14	13
Banco de Câmbio	B Camb	2	2	3	3	3
Sociedade de Crédito, Financiamento e Investimento	CFI	60	59	58	55	53
Sociedade Corretora de Títulos e Valores Mobiliários	CTVM	100	95	93	92	87
Sociedade Corretora de Câmbio	CC	49	57	62	66	63
Sociedade Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários	DTVM	127	118	116	108	102
Sociedade de Arrendamento Mercantil	SAM	31	30	29	27	27
Sociedade de Crédito Imobiliário ^{2/} e Associação de Poupança e Empréstimo	SCI e APE	14	12	11	9	8
Sociedade de Crédito ao Microempreendedor e à Empresa de Pequeno Porte	SCM	42	40	38	40	40
Agência de Fomento	AG FOM	16	16	16	16	16
Companhia Hipotecária	CH	8	7	8	7	8
subtotal		628	616	608	594	578
Cooperativa de Crédito	COOP	1.328	1.269	1.209	1.163	1.113
subtotal		1.956	1.885	1.817	1.757	1.691
Sociedade Administradora de Consórcio	CONS	284	222	199	186	172
Total		2.240	2.107	2.016	1.943	1.863

Fonte: Unicad

1/ Inclui os bancos estrangeiros (filiais no país)

2/ Inclui sociedades de crédito imobiliário (Repassadoras / SCIR) que não podem captar recursos junto ao público.

3/ Foram consideradas as instituições nas seguintes situações: "Autorizadas sem Atividade"; "Autorizadas em Atividade"; "Em Adm. Especial Temporária"; "Em Intervenção" e "Paralisadas".

Figura 6: Instituições financeiras do SFN

Fonte: BCB (<http://www.bcb.gov.br/fis/info/instituicoes.asp>)

Nessa configuração, reservou-se aos bancos de investimentos as funções de intermediação e apoio técnico e financeiro nas operações de financiamento de médio e longo prazo, através do mercado de crédito e de capitais. Apesar disso, é praticamente unânime entre os especialistas em economia brasileira, que, não existem mecanismos de financiamento privado adequados ao desenvolvimento de um sistema de financiamento do investimento de longo prazo. Entre as razões apontadas para isso, está a questão da gestão da dívida pública e o papel que ela exerce sobre as taxas de juros, que encarecem as opções de financiamentos.

Considerando as configurações apresentadas, é possível verificar que o sistema financeiro brasileiro adota um modelo baseado no crédito no qual os preços são administrados pelo governo. O acesso a operações de mercado de capitais é mais difícil do que as operações de empréstimos bancários e a presença do agente público no sistema financeiro como tomador de recursos é relevante.

Neste contexto, vale citar o papel histórico e a importância do BNDES, conforme destacam Prates e Biancareli (2009) ao afirmar que ele foi por muito tempo fonte praticamente exclusiva de recursos de longo prazo para o investimento.

Somente nos últimos anos ocorreram avanços na estrutura do sistema financeiro brasileiro que permitiram a diversificação instrumentos de financiamento, entre eles a entrada de bancos estrangeiros no sistema financeiro nacional (1995) e o crescimento da abertura de capital das empresas no mercado de ações (2004-2006).

Apesar do avanço, no caso do Brasil, o mercado de capitais ainda não tem participação expressiva na estrutura financeira nacional, o que se explica, segundo alguns autores, no fato do sistema ter se apoiado no crédito bancário. Outro aspecto característico do mercado de capitais brasileiro é o chamado efeito *crowding out*, no qual os títulos do governo acabam por deslocar os recursos destinados ao setor produtivo. Isso porque, para a rolagem da dívida pública, o governo lança títulos remunerados por elevadas taxas de juros, atraindo para si os recursos e, inclusive, contribuindo para que haja uma redução dos meios de pagamento em poder do público, com impactos sobre o consumo e a renda.

6 Alternativas de Captação de Recursos para o Setor de Saúde

A busca por alternativas na captação de recursos para a saúde é preocupação constante em praticamente todos os países, devido principalmente às já citadas condições de envelhecimento populacional e declínio da população economicamente ativa.

Em 2010, a OMS elaborou relatório em que descrevia opções com potencial capacidade de angariação de fundos. Tal relatório cita alternativas que alguns países propuseram ou implementaram em seus sistema de saúde como forma de aumentar a arrecadação de recursos. Entre as alternativas propostas, pode-se citar como exemplo:

- i. Taxa especial sobre empresas grandes e lucrativas: a proposta é taxar empresas que queiram operar no país. Segundo o relatório, tal alternativa foi imposta na Austrália com as companhias mineradoras, no Gabão para as empresas de telefonia e no Paquistão junto às empresas farmacêuticas.
- ii. Taxa sobre transações cambiais.
- iii. Títulos da diáspora: venda de títulos governamentais para nascidos no país e que vivam no exterior. De acordo com o relatório, Índia, Israel e Sri Lanka são exemplos de países que fazer uso desse tipo de captação de recursos, que poderia ser utilizado na área da saúde.
- iv. Taxa sobre transações financeiras: o exemplo citado no relatório é o da CPMF brasileira.
- v. Contribuição voluntária através da fatura telefônica.
- vi. Impostos sobre o consumo de tabaco e álcool
- vii. Taxa sobre o turismo e aeroportos.

Para diversos autores, ao contrário do proposto pela ONU, que apesar de apresentar o relatório como opções inovadoras não propõem nada diferente do que aumento de impostos, o financiamento de projetos para a saúde deveria contar com recursos específicos, levantados diretamente no mercado. Nessa estratégia de captação de recursos, caberiam operações de crédito contratadas em bancos e recursos levantados em fundos de investimento, ou mesmo por meio de emissão de títulos contra recebíveis.

Como resultado, haveria três efeitos importantes para o país: economizaria tempo na viabilização de projetos assistenciais; iniciaria a remontagem de uma nova estrutura de financiamento ao setor público e permitiria que o mercado financeiro desenvolvesse práticas e instrumentos compatíveis com o financiamento destas operações, além de proporcionar crescimento e equilíbrio fiscal.

Ibañez e Vecina Neto (2007) comentam que a administração hospitalar pública, no contexto de organização pública, tem dificuldades de introdução de política de incorporação tecnológica, informatização, modernização, administrativa e práticas empreendedoras. Eles comentam ainda, que “gerir é fundamental, mas sem recursos, é inócuo”. Nesse contexto, a revisão das formas de financiamento para investimento público se torna crucial.

De acordo com Biasoto e Afonso (2007), embora todo o controle e a burocracia prejudiquem o processo, acredita-se que não faltam recursos disponíveis no setor privado para tais parcerias. Fundos de pensão, por exemplo, são uns dos principais candidatos para isso. Ainda de acordo com os autores, é cada vez mais necessário pensar em alternativas, mais ousadas e ambiciosas, para enfrentar uma questão tão grave como o reduzido investimento público no Brasil.

Outra alternativa à escassez de recursos para a saúde é a terceirização. De acordo com Vecina Neto e Malik (2007), identificam-se dois movimentos de terceirização na área hospitalar. O primeiro, com vistas a reduzir custos, costuma ser utilizado para áreas de baixa especialidade e mão-de-obra intensiva, como nos casos de limpeza, segurança e recepção. Para estes casos, o modelo habitual é a contratação de empresas prestadoras de serviços. O outro modelo ocorre quando duas empresas trabalham associadas para a finalidade de realizar uma tarefa, necessária para uma e realizada com qualidade por outra, que já efetuou os investimentos necessários. Isto costuma acontecer na área de serviços complementares, como laboratórios, imagens, hematologia e outras atividades especializadas. Esta situação permite que hospitais não se preocupem com investimentos em unidades complementares.

Diante das possibilidades e para melhor compreensão da proposta final do estudo, faz-se necessário detalhar algumas opções:

6.1 Vendas de produtos ou serviços

No capítulo anterior verificou-se que a principal fonte de recursos no Brasil é o financiamento próprio. Nesse sentido, observa-se a necessidade de buscar opções de aumentar receitas através do aumento de oferta ou lançamento de novos produtos ou serviços.

Amplamente conhecida, a Matriz de Ansoff (1979) é um modelo que auxilia organizações a determinar oportunidades de crescimento. A matriz, também conhecida como produto/mercado busca, através de quatro estratégias distintas, aprimorar o oferta de produtos ou serviços da organização.

		PRODUTOS	
		EXISTENTES	NOVOS
MERCADOS	EXISTENTES	PENETRAÇÃO DE MERCADO	DESENVOLVIMENTO DE PRODUTOS
	NOVOS	DESENVOLVIMENTO DE MERCADO	DIVERSIFICAÇÃO

Figura 7: Matriz de Produto/Mercado

Fonte: Ansoff (1979)

Os eixos produtos e mercados podem formar quatro diferentes estratégias:

- **Penetração de mercado:** ampliar as vendas de produtos com os quais a organização já trabalha para o mercado em que já atua, convencendo seus a adquirir mais dos produtos da empresa, aumentando a sua fatia de mercado.
- **Desenvolvimento de mercado:** conquistar clientes da concorrência, introduzir produtos ou serviços existentes em mercados externos ou introduzir novas marcas no mercado.
- **Desenvolvimento de produtos:** desenvolver produtos para o mercado em que já atua, diversificando-os.

- **Diversificação de produto:** a última – e a mais arriscada – opção é desenvolver novos produtos para novos mercados.

6.2 Mercado financeiro – Produtos Bancários

Conforme apresentado no capítulo 5.4.1.1, o crédito assume importante papel nas economias ao financiar investimentos dos diferentes setores produtivos bem como do consumo realizado pelas famílias. Apesar de o Brasil possuir um Sistema Financeiro bem regulado, o crédito como porcentagem PIB ainda é baixo quando comparado a países com sistemas de crédito mais desenvolvidos.

Segundo o BCB, as modalidades de crédito podem ser divididas em: operações de crédito livre e operações de crédito direcionado.

As operações de crédito livre são aquelas tem como principal característica a livre negociação das taxas de juros entre as instituições financeiras e os tomadores de recursos. Os principais produtos bancários disponíveis para pessoa jurídica nesse tipo de operação são:

- Adiantamentos sobre contratos de câmbio (ACC): antecipação parcial ou total de recursos vinculados a contratos de exportação, com o objetivo de financiar a produção das mercadorias a serem exportadas;
- Antecipação de fatura de cartão de crédito: adiantamento de recursos as pessoas jurídicas com base em fluxo de caixa futura vinculado a direitos creditórios sob a forma de faturas de cartão de crédito;
- Arrendamento mercantil: operações de *leasing* financeiro, em que o arrendador concede ao arrendatário a utilização do objeto do contrato de arrendamento, com opção de compra ao final do contrato;
- Aquisição de bens: financiamentos para compra de bens destinados a manutenção ou ao aumento da capacidade produtiva das pessoas jurídicas contratantes, configurando-se como investimento;
- Capital de giro: crédito de curto, médio ou longo prazo destinado a financiar as atividades operacionais das empresas, vinculado a um contrato específico que estabeleça prazos, taxas e garantias;
- Compras: operações de crédito voltadas para o financiamento das compras (produtos ou serviços), caracterizada pelo fato de que o desembolso inicial

ocorre com o pagamento à vista das compras, pela instituição financeira, diretamente ao fornecedor;

- Conta garantida: crédito rotativo vinculado à conta bancária de pessoas jurídicas, em que determinado limite de recursos é disponibilizado para utilização pelo cliente, por meio de movimentação da conta corrente;
- Desconto de duplicatas: adiantamento de recursos com base em fluxo de caixa vinculado a duplicatas mercantis e a outros tipos de recebíveis, exceto cheques e faturas de cartão de crédito;
- Desconto de cheques: adiantamento de recursos com base em fluxo de caixa vinculado a cheques custodiados;
- Financiamento à exportação: financiamentos para a venda de bens e serviços ao exterior e que não ACC;
- Financiamento à importação: financiamentos destinados à compra de bens ou serviços no exterior, vinculado a linhas de crédito externas;
- Repasse externo: linha de crédito com recursos captados no exterior por instituição financeira;
- Vendor: operações de financiamento de vendas baseadas no princípio da cessão de crédito, que permite à empresa tomadora do empréstimo vender seus produtos à prazo e receber o pagamento à vista da instituição financeira;

As operações de crédito direcionados são aquelas destinadas a determinados setores ou atividades, realizados com recursos regulados em lei ou normativo. Entre elas, destacam-se as seguintes operações:

- Crédito rural
- Financiamento imobiliário
- Capital de giro com recursos do BNDES
- Financiamento de investimentos com recursos do BNDES
- Microcrédito: operações de microcrédito contratadas com recursos lastreados em depósitos à vista.

6.3 Agências de Fomento e Bancos de Desenvolvimento

Dentro do Sistema Financeiro Nacional, as agências de fomento são juridicamente constituídas sob a forma de sociedade anônima de capital fechado e são definidas como instituições com o objetivo principal de financiar capital fixo e de giro para empreendimentos previstos em programas de desenvolvimento, na unidade da Federação onde estiver sediada. (BCB, 2017)

No caso das agências de fomento, os potenciais beneficiários do financiamento são projetos de infraestrutura, profissionais liberais e micro e pequenas empresas. As agências de fomento podem inclusive abrir linhas de crédito para municípios de seu estado, voltadas para projetos de interesse da população.

A Resolução nº 3.757, do CMN, de 1º de julho de 2009, a qual as autorizou as agências de fomento, entre outras coisas, a: *i*) captar depósitos interfinanceiros vinculados a operações de microfinanças; *ii*) utilizar recursos de organismos e instituições internacionais de desenvolvimento, desde que tenha obtido classificação de risco igual ou superior à União por agência internacional reconhecida; e *iii*) efetuar participação acionária direta ou indireta em empresas não financeiras, desde que em posição minoritária e em empresa não controlada pelo Estado.

Essas agências se diferenciam ainda de outras instituições que compõem o Sistema Financeiro Nacional (SFN) por não terem acesso à poupança financeira e por não possuírem a prerrogativa de captar depósitos do público nem do mercado de capitais.

Os bancos de desenvolvimento podem ser definidos como instituições financeiras destinadas a acelerar o desenvolvimento econômico e social, principalmente provendo ou facilitando o financiamento de longo prazo de projetos que geram externalidades positivas, mas que não encontram financiadores privados.

O Sistema Público Nacional de Fomento é composto pelo BNDES além de dois bancos estaduais de desenvolvimento e 16 agências estaduais de fomento (BCB, 2017).

Para fins deste estudo, serão detalhadas as atuações do BNDES e da agência de fomento do Estado de São Paulo – Desenvolve SP.

6.3.1 BNDES

Criado em 1952, o BNDES sempre teve sua atuação vinculada às diretrizes governamentais, atuando como instituição financeira de fomento e, principalmente

durante as décadas de 50 e 70, constituindo-se um dos principais instrumentos do modelo desenvolvimentista vigente. Com plano de desestatização dos anos 90 e o processo de estabilização inflacionária, foi-se consolidando no país uma nova política de investimentos e reestruturação industrial. Nesse contexto, o BNDES tornou-se agente financeiro de infraestrutura e tecnologia, além dos setores comerciais, de serviços e empresas multinacionais

Ainda hoje, o BNDES é a única fonte de crédito de longo prazo em moeda nacional. Segundo Prates *et al* (2000), “na ausência de uma política financeira que priorize o alongamento dos prazos das aplicações financeiras e das operações de crédito, não surgirão mecanismos para o financiamento do desenvolvimento econômico e social.”

No âmbito da saúde, o BNDES tem atualmente três linhas específicas para o setor, cada uma com objetivos e características específicas, conforme destacado na tabela 3:

	BNDES Saúde - Atendimento SUS	BNDES Finem - Educação, Saúde e Assistência Social	BNDES Saúde - desenvolvimento institucional
Quem pode solicitar	Instituições de saúde que apresentem Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, entre outros requisitos.	Empresas sediadas no País; empresários individuais (pessoa física ou jurídica); entidades e órgãos públicos; fundações e associações de direito privado.	Instituições de saúde que apresentem Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, entre outros requisitos.
O que pode ser financiado.	Projetos de investimento voltados à melhoria da gestão e à implantação, ampliação e modernização das instituições de saúde. São financiáveis itens como: estudos e projetos; obras civis; montagens e instalações; móveis e utensílios, não isoladamente; treinamento; despesas pré-operacionais; máquinas e equipamentos nacionais novos credenciados no BNDES; aquisição de softwares nacionais, cadastrados no âmbito do Programa BNDES Prosoft - Comercialização; máquinas e equipamentos importados sem similar nacional; gastos com: qualidade e produtividade, pesquisa e desenvolvimento; capacitação técnica e gerencial, atualização tecnológica da informação.	Investimentos na melhoria e expansão de serviços de educação e saúde prestados pelo Poder Público ou por instituições privadas e serviços de assistência social prestados pelo Poder Público. São financiáveis itens como: estudos e projetos; obras civis; montagens e instalações; móveis e utensílios; treinamento; despesas pré-operacionais; máquinas e equipamentos nacionais novos credenciados no BNDES; e máquinas e equipamentos importados sem similar nacional	Projetos de investimento voltados à melhoria da infraestrutura de instituições de Saúde. São financiáveis itens com estudos e projetos; obras civis; montagens e instalações; móveis e utensílios, não isoladamente; treinamento; despesas pré-operacionais; máquinas e equipamentos nacionais novos credenciados no BNDES; aquisição de softwares nacionais, cadastrados no âmbito do Programa BNDES Prosoft - Comercialização; máquinas e equipamentos importados sem similar nacional; gastos com: qualidade e produtividade, pesquisa e desenvolvimento; capacitação técnica e gerencial, atualização tecnológica da informação.
Taxa de Juros	TJLP + 2,1% a.a. + Taxa do Agente Financeiro *	TJLP + 2,1% a.a. + Taxa do Agente Financeiro *	TJLP + 2,1% a.a. + Taxa do Agente Financeiro *
Valores	Não determinado	A partir de R\$ 20 milhões	Não determinado
Prazos	Até 12 anos	Determinado em função da capacidade de pagamento do empreendimento e do beneficiário, da empresa e do grupo econômico.	Até 12 anos
Garantias	Garantias reais	Garantias reais	Garantias reais

* Taxa para apoio indireto

Tabela 4: Linhas de Financiamento do BNDES para a Saúde

Fonte: BNDES – elaborado pela autora

Além dessas, o BNDES também direciona uma parcela de seus lucros anuais através do BNDES Fundo Social, apoiando com recursos não reembolsáveis investimentos de caráter social, nas áreas de inclusão produtiva, serviços urbanos, saúde, educação, desportos, justiça, meio ambiente, entre outras.

6.3.2 Desenvolve SP

A Desenvolve SP (Agência de Desenvolvimento Paulista), é uma instituição financeira vinculada ao governo do Estado de São Paulo e à Secretaria da Fazenda que foi instituída pela Lei Estadual nº 10853/2001, regulamentada pelo Decreto nº 52142/2007, criada em março de 2009 (depois da venda do Banco estadual “Nossa Caixa”) e que entrou em operação em julho de 2009, quando realizou seu primeiro financiamento.

A agência tem como objetivo promover o desenvolvimento sustentável do Estado por meio de operações de crédito de longo prazo para as pequenas e médias empresas paulistas, com faturamento anual entre R\$ 360 mil e R\$ 300 milhões bem como para os municípios do estado. A Desenvolve SP já financiou projetos em 264 municípios do estado, estando inclusas nesse número as linhas voltadas às empresas e ao setor público, totalizando mais de 1.500 operações de crédito. Segundo a agência, em 2015 o desembolso total acumulado totalizou mais de R\$ 2,4 bilhão, direcionados a projetos de investimento e ao desenvolvimento sustentável do Estado de São Paulo nas diversas linhas disponibilizadas pela instituição. (Desenvolve SP, 2017)

A Desenvolve SP possui três grandes eixos de financiamento que envolvem agentes distintos:

i) “Programas de governo”, onde atua em parceria com o governo do estado de São Paulo em projetos que visam o “estímulo ao desenvolvimento social e regional”;

ii) “Empresas”, onde atua financiando projetos, investimento, aquisição de máquinas e capital de giro para as pequenas e médias empresas paulistas que faturam a partir de R\$ 360 mil até R\$ 300 milhões;

iii) “Municípios”, onde oferece linhas de financiamento para o setor público, a juros baixos e prazos longos, para apoiar a administração municipal na realização dos investimentos necessários à infraestrutura da cidade sem comprometer o orçamento do município.

6.3.3 Agências de Fomento fora do SFN

Diversos programas governamentais foram criados para alavancar o desenvolvimento do país, por meio do apoio a projetos de inovação e tecnologia.

Esses programas atuam através três estratégias de fomento: recursos subvencionados (não-reembolsáveis); instrumentos tradicionais de financiamento, mas com prazos e taxas especiais, abaixo das praticadas no mercado financeiro (recursos reembolsáveis); e o apoio governamental à utilização do *Venture Capital* e *Private Equity* (capital de risco).

Os recursos financeiros são disponibilizados por órgãos dos Governos Federal e Estaduais, gerenciados por agências de fomento, que fazem a gestão de todo o processo de liberação dos recursos, desde a abertura de inscrições até o repasse e acompanhamento. No Brasil, as agências de fomento federais de destaque no crédito são: a Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP; o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. No âmbito estadual, as operações de fomento à Ciência e Tecnologia ocorrem por meio das Fundações de Amparo à Pesquisa – FAPs.

Para fins deste estudo será descrita a atuação da FINEP, uma vez que se trata da agência mais adequada ao objetivo do trabalho de buscar recursos para investimentos. A FINEP, também conhecida como Agência Brasileira de Inovação, é um órgão subordinado ao Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços e tem como missão promover o desenvolvimento econômico e social do Brasil por meio do fomento público à Ciência, Tecnologia e Inovação em empresas, universidades, institutos tecnológicos e outras instituições públicas ou privadas.

As linhas de ação da FINEP destinam-se ao atendimento de demanda espontânea pelas organizações, bem como de programas com objetivos específicos, de acordo com o interesse do órgão, concedendo financiamentos reembolsáveis e não reembolsáveis a instituições de pesquisa e empresas brasileiras.

Os recursos da FINEP são originados do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), do Fundo para o Desenvolvimento Tecnológico das Telecomunicações (FUNTTEL), e de convênios de cooperação com Ministérios, Órgãos e Instituições setoriais.

6.4 Mercado de capitais

É imperativo que o Brasil busque alternativas de captação de recursos de longo prazo. O desinteresse dos bancos privados e as críticas aos desembolsos subsidiados e do BNDES tornam ainda mais importante e necessária um novo caminho, que pode ter como ponto de partida o mercado de capitais.

Como visto no capítulo 5.4.1.2, o mercado de capitais, além de ser um instrumento de intermediação financeira, ao proporcionar a capitalização das empresas, também gera retorno aos seus investidores.

O mercado de capitais é representado pelas bolsas de valores e pelos mercados de balcão organizados, os quais contemplam as operações com valores mobiliários de médio e longo prazos. O mercado de capitais pode ser dividido em ações, para as empresas de capital aberto; renda fixa privada, composto por Certificado de Recebíveis do Agronegócio (CRA), Certificado de Recebíveis Imobiliários (CRI), Debêntures e Letras Financeiras e por Fundos de Investimentos, com destaque para o propósito desse estudo aos Fundos de Investimentos Imobiliários (FII).

Para que o mercado de capitais seja atraente para tomadores e investidores, é função do mercado de capitais transformar volumes expressivos de recursos, aplicados a prazos longos e com risco considerável em investimentos líquidos, menos arriscados e mais atraentes (PEROBELLI, 2007).

Para a autora, empresas maduras no Brasil remuneram melhor seus acionistas quando optam pelo endividamento em detrimento do mercado de capitais, uma vez que o capital investido pelos acionistas é menor, proporcionando maior retorno e devido à isenção de tributação sobre as despesas financeiras, além do alto custo de agência.

Por estes motivos, as empresas brasileiras que atuam no mercado de capitais dão preferência às emissões de títulos de dívida – debêntures e *commercial papers* em detrimento das ofertas primárias de ações.

Na década de 90, a securitização imobiliária surgiu no Brasil como opção para captação de recursos financeiros. De forma resumida, securitização significa “o processo de emissão de títulos de investimento ou quaisquer outros valores mobiliários (*securities*, em inglês), a serem transacionados no mercado de capitais, os quais estão associados a ativos, empréstimos, créditos ou fluxo de pagamentos” (AMATO, 2009).

Gitman (1984) destaca a redução de um ativo através da securitização com uma das opções para obter ou liberar caixa. O autor ressalta que esta forma de captação é a única alternativa que não representa a entrada de novos recursos, mas a troca de ativos não-líquidos por ativos mais líquidos. Por outro lado, empréstimos e debêntures representam o aumento de um passivo.

6.4.1 Debêntures

A debênture é um título de dívida que gera um direito de crédito ao investidor. Ou seja, o mesmo terá direito a receber uma remuneração do emissor (geralmente juros) e periodicamente ou quando do vencimento do título receberá de volta o valor investido (principal). No Brasil, as debêntures constituem uma das formas mais antigas de captação de recursos por meio de títulos.

Todas as características das debêntures são descritas na sua escritura de emissão que, entre outras questões, poderá estabelecer, inclusive, em quais projetos a companhia irá aplicar os recursos captados.

As debêntures são emitidas por sociedades anônimas de capital aberto ou fechado e utilizadas para financiar projetos ou reestruturar dívidas da empresa, tendo como vantagens na captação de recursos a diminuição do seu custo médio, o alongamento e a adequação do seu perfil e a diminuição significativa das garantias utilizadas.

Desta forma, uma companhia em vez de tomar um empréstimo junto ao banco, pode realizar uma emissão de debêntures para captar recursos e aplicar em projetos que, por exemplo, aumentarão a sua capacidade produtiva ou permitirão a sua entrada em um novo segmento de negócios.

A companhia pode realizar várias emissões e cada emissão pode ser dividida em séries. As debêntures da mesma série têm o mesmo valor nominal e conferem aos seus titulares os mesmos direitos. Adicionalmente, a companhia pode incluir nas suas debêntures características para atrair mais compradores como, por exemplo, conversibilidade em ações e participação nos lucros.

As debêntures podem ser admitidas à negociação no mercado de bolsa e de balcão organizado, e negociadas no mercado secundário através da plataforma da BM&FBOVESPA.

6.4.2 Certificados de Recebíveis Imobiliários – CRI

O CRI foi criado pela Lei nº 9.514, de 20 nov. 1997, e é definido como um “título de crédito nominativo, de livre negociação, lastreado em créditos imobiliários e que constitui promessa de pagamento em dinheiro”. Sua emissão é escritural e exclusiva de companhias securitizadoras, que são instituições não financeiras

constituídas sob a forma de ações, e com registro de companhia aberta junto à CVM.

A estruturação de um CRI depende, fundamentalmente, da originação de um crédito imobiliário, que consiste na celebração de contrato entre um credor, que terá créditos a receber, e um devedor, que assume a obrigação de pagamento em contrapartida ao recebimento de serviços e/ou bens imóveis. O contrato deve envolver necessariamente operações com imóveis, como compra e venda, aluguel, e outras modalidades. Originado o crédito, a estruturação do CRI envolve a cessão desses créditos à securitizadora, operação realizada também mediante contrato. Nele deve conter a descrição completa dos créditos cedidos e as responsabilidades do cedente junto à securitizadora, tais como a possibilidade de coobrigação assumida pelo credor (cedente) de assumir o fluxo de pagamentos em caso de inadimplência do devedor ou deterioração do lastro.

Apesar de novo no Brasil, o crescimento exponencial nas emissões de CRIs nos últimos anos demonstra que, apesar da estruturação complexa, é um eficaz instrumento de funding, porém segundo a Anbima, ainda é concentrado e pouco líquido.

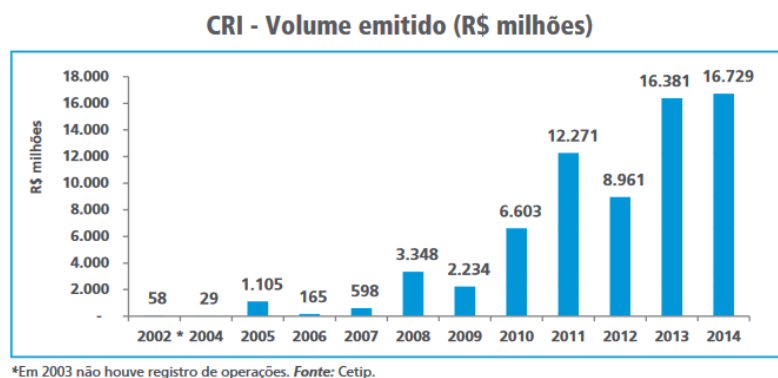


Figura 8: Volume de CRI emitidos

Fonte: Anbima (www.anbima.com.br)

6.4.3 Fundos de investimentos imobiliários – FII

Os FII foram criados pela Lei 8.668/93 e regulamentados pela CVM em 1994. O FII é um condomínio de investidores que destinam seus recursos com o objetivo de aplicar em ativos relacionados a empreendimentos imobiliários ou de base imobiliária, a serem construídos ou já concluídos. A administração do fundo é feita

por instituição financeira, que constitui o fundo e realiza o processo de captação através da venda de cotas a investidores.

Os recursos captados na venda das cotas poderão ser utilizados para a aquisição de imóveis rurais ou urbanos, construídos ou em construção, destinados a fins comerciais ou residenciais, bem como para a aquisição de títulos e valores mobiliários ligados ao setor imobiliário, tais como cotas de outros FIs, Letra de Crédito Imobiliário (LCI), Certificado de Recebíveis Imobiliários (CRI), ações de companhias do setor imobiliário etc.

Todo FI possui um regulamento que, dentre outras disposições, determina a política de investimento do fundo. A política pode ser específica e estabelecer, por exemplo, que o FI invista apenas em imóveis prontos destinados ao aluguel de salas comerciais, ou ser genérica e permitir ao fundo adquirir imóveis prontos em geral ou em construção, os quais poderão ser alugados ou vendidos.

Com a aquisição dos imóveis, o fundo obterá renda com sua locação, venda ou arrendamento. Caso aplique em títulos e valores mobiliários, a renda se originará dos rendimentos distribuídos por esses ativos ou ainda pela diferença entre o seu preço de compra e de venda (ganho de capital). Os rendimentos auferidos pelo FI são distribuídos periodicamente aos seus cotistas.

O FI é constituído sob a forma de condomínio fechado, em que não é permitido ao investidor resgatar do próprio fundo as cotas antes de decorrido o prazo de duração do fundo. A maior parte dos FIs tem prazo de duração indeterminado, ou seja, não é estabelecida uma data para a sua liquidação. Nesse caso, se o investidor decidir sair do investimento, somente poderá fazê-lo através da venda de suas cotas no mercado secundário (BM&F BOVESPA).

6.5 Fundraising – Captação de Recursos

De acordo com a Associação Brasileira de Captadores de Recursos (ABCR), captação de recursos, ou *fundraising* em inglês, “é o processo estruturado desenvolvido por uma organização para pedir contribuições voluntárias de que ela precisa, sejam eles financeiros ou outros recursos, buscando as doações com indivíduos, empresas, governos, outras organizações e etc.”

MAKIYAMA (2010), em estudo sobre a captação de recursos em hospitais filantrópicos do município de São Paulo listou os seguintes meios utilizados pelos

hospitais para captar recursos financeiros: projetos, doações, campanhas, eventos beneficentes, mala direta, telemarketing e internet.

O estudo em questão concluiu que em média 3% da receita dos hospitais analisados provém de captação de recursos. A autora observa que nos Estados Unidos, esse percentual é muito maior, explicado pela melhor estruturação do terceiro setor e pela melhor situação econômica dos cidadãos. Outra conclusão foi que os hospitais têm atuação passiva na busca por recursos.

Apesar de ainda ser considerada uma forma obsoleta e muitas vezes assistencialista e até amadora na busca pelo aumento de receitas, acredita-se que a substituição da visão de caridade para a ideia de mérito e relevância social da ação financiada tem aumentado a receptividade e melhorado o relacionamento entre financiadores e financiados (FALCONER e VILELA, 2001). Nesse sentido, destacam-se o investimento social e o *crowdfunding* como boas opções.

6.5.1 Investimento Social

O investimento social é um conceito que visa a ampliar a ideia de filantropia empresarial: além de doar os recursos, a empresa se compromete com a causa. O investimento social é o financiamento feito de maneira consciente, sistematizada e comprometida com o desenvolvimento social, as ações definidas de acordo com a necessidade da comunidade e não com a estratégia de atuação e negócios da empresa.

ANDRADE (2002) em estudo sobre a forma como terceiro setor capta recursos na iniciativa privada, descreveu o desafio da sustentabilidade organizacional e financeiro vivido pelas instituições. Segundo a autora, “movidas pela consciência de responsabilidade social, as empresas brasileiras passam a considerar as organizações do terceiro setor como canais para viabilizar o investimento do setor privado empresarial na área social.” Porém, pelo fato das empresas privadas gerirem seus negócios com foco em resultados, elas esperam que seus investimentos sociais também tenham seus resultados medidos por indicadores e métricas de eficiência. Tal expectativa pode levar as empresas a avaliarem as organizações apenas do ponto de vista quantitativo, sem levar em consideração as peculiaridades do setor. A autora conclui que o sucesso na captação de recursos junto à iniciativa privada depende de da elaboração de

projetos que contemplem as estratégias da organização e os indicadores sociais que serão impactados, bem como o desempenho satisfatório para manutenção da parceria. Nesse sentido vale destacar que “as parcerias implicam muito mais do que dar e receber doações. Elas implicam mobilizar e combinar múltiplos recursos e capacidades para gerar benefícios para ambos os parceiros e valor social para a comunidade”.

6.5.2 O Fenômeno do Crowdfunding - Financiamento Coletivo

Crowdfunding é uma iniciativa criada a partir de 2006 que consiste no financiamento de um projeto a partir da colaboração de um de pessoas que investem recursos financeiros por meio de uma plataforma online.

O conceito deriva da popularmente conhecida “vaquinha” e tem como meta arrecadar dinheiro para um objetivo, uma realização de uma pessoa, de um grupo ou de uma organização.

O surgimento do *crowdfunding* foi motivado pela capacidade colaborativa das pessoas ao acreditarem em um novo produto ou projeto e até mesmo na intenção de ajuda mútua. O avanço do acesso à internet, principalmente após as ferramentas de interação terem se consolidado, facilitou que uma boa ideia/projeto se espalhasse para muito mais gente do que a rede de pessoas próximas, extrapolando os limites geográficos que restringiam de onde viria o financiamento.

Normalmente os projetos de *crowdfunding* são hospedados em sites que avaliam e aprovam os projetos. Em seguida, são definidos o prazo de captação, a meta financeira e as recompensas (produtos e serviços oferecidos para quem apoiar o projeto, de acordo com o valor colaborado). Se o projeto atinge a meta no prazo estipulado, ele é considerado bem-sucedido, e o realizador recebe o dinheiro. Se não, o valor é devolvido para os apoiadores.

6.6 Parcerias Público Privadas (PPP)

Uma alternativa fora do SFN que tem sido muito abordada para o problema do investimento público são as Parcerias Público-Privadas. O projeto de lei envolve não somente investimentos em infraestrutura, como também em serviços de educação, saúde e assistência social. Essas parcerias apareciam como a melhor

solução para atrair investimentos em áreas nas quais o retorno não era suficientemente alto para o investidor.

Brito e Silveira (2005) apontam para o fato dos governos de diversos países, devido às diversas crises financeiras pelas quais passaram a partir dos anos 1980, estarem incapacitados de dar continuidade a uma tradição histórica de financiamento fiscal para investimentos públicos, viram no setor privado uma alternativa para viabilizar tais projetos. Como apontado acima, a iniciativa se deu no Reino Unido, com o lançamento do PFI, e foi seguida por diversos países com o objetivo de prover recursos para os investimentos em infraestrutura e serviços públicos.

Em um trabalho comparativo entre as experiências britânica e brasileira sobre parcerias público-privadas, Peci (2007) cita o *PFI (Private Finance Initiative)*, lançado no Reino Unido em 1992 e que consiste em um programa do governo que visa encorajar a realização de obras e a gestão de serviços públicos mediante o apoio do financiamento privado. Até 2003, o Ministério da Saúde do Reino Unido era responsável por 16% dos projetos que utilizavam o *PFI*, o que tem permitido empreender mais projetos de serviços públicos, sem aumentar a despesa pública e antecipando o tempo de realização dos projetos

No Brasil, as PPP tiveram início a partir de 2004, quando a lei nº 11.079 foi aprovada. A principal característica desse tipo de parceria é a contratação de uma empresa privada responsável pela elaboração de um projeto, construção, financiamento e operação recebendo em contrapartida uma remuneração parcial ou integralmente efetuada pelo poder público.

Além do princípio fundamental citado acima, os contratos de parceria público-privada devem contemplar outros três critérios principais: (i) prazo de vigência de 5 a 35 anos, a ser determinado conforme o volume de investimento privado e a ser amortizado; (ii) valor total deve ser superior a 20 milhões de reais, diluídos em todo o período contratual; (iii) contrato não pode ter como objeto exclusivo o mero fornecimento de mão-de-obra, nem o simples fornecimento/instalação de equipamentos, tanto menos a execução de obra pública – tais objetos podem ser cumulados entre si ou com outros, tornando a PPP viável.

Outra possibilidade prevista na lei é de que os agentes privados participem da fase de estruturação do projeto, com estudos, pesquisas, levantamentos e documentos técnicos, jurídicos e financeiros necessários a sua implantação. Essa

participação é importante para que o projeto de parceria seja econômica e tecnicamente interessante para a iniciativa privada.

Alguns autores (Brito, 2005) defendem que o uso da PPP deve ser motivado não para solucionar o problema de financiamento, mas principalmente por razões de eficiência na prestação do serviço e no uso do recurso público. Porém outros autores (Malik e Barbosa, 2015; Cintra, 2014) argumentam que o problema do financiamento pode ser solucionado através da PPP uma vez que a mesma é capaz de antecipar um benefício econômico e social que só seria possível no longo prazo.

No setor de saúde, a experiência com PPPs está concentrada na atenção terciária, sendo que a maioria das parcerias envolve a construção ou reforma e operação dos serviços não assistenciais. Segundo Carrera (2012), isso se deve à histórica deficiência de infraestrutura que atinge o setor e também devido à complexidade contratual e de engenharia econômico-financeira para contratos de serviços clínicos.

Diante do exposto nos capítulos iniciais, é possível compreender a relevância do estudo, cujo objetivo será descrito a seguir.

7 OBJETIVO DO TRABALHO

Analisar a estrutura de capital e a captação de recursos do HCFMRP-USP e compará-la às estruturas de outros hospitais referência, públicos e privados, nacionais e internacionais, com o objetivo de propor formas inovadoras de financiamento para os investimentos que se fazem necessários e que atualmente dependem de liberações de recursos públicos.

7.1 *Objetivos Específicos:*

- Caracterizar a organização em estudo;
- Analisar os resultados das demonstrações financeiras;
- Identificar as práticas de gestão financeira;
- Relacionar os resultados obtidos e práticas de gestão financeira.

7.2 *Inovação Financeira – por que inovador?*

O Manual de Oslo (OCDE, 1997) define inovação como “a implementação de um produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado, ou um processo, ou um novo método de marketing, ou um novo método organizacional nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas”.

A definição corrobora com a de Schumpeter (1982), que caracterizou a inovação como sendo a introdução de novo produto, método de produção, abertura de mercado, conquista de fonte de matérias-primas, ou seja, uma novidade tanto para a organização empresarial como para o ambiente em que está inserida.

Dentro do contexto apresentado, marcado por mudanças sociais, econômicas, legais e organizacionais, faz-se necessário que instituições públicas ou privadas busquem inovações para manutenção ou crescimento organizacional. A literatura aponta diversas teorias e conceitos sobre inovação. Sem a pretensão de esgotar a discussão conceitual e para que as conclusões deste trabalho estejam de acordo com o objetivo proposto, o conceito do termo inovação partirá do princípio de “fazer diferente”, ou “propor e implementar novas combinações de fatores que rompem o equilíbrio existente” (Schumpeter, 1998).

O conceito de inovação é utilizado em diversos setores, entre eles o de tecnologia, gestão e finanças. Herskovic (2008) descreve que as inovações monetárias e financeiras são uma constante na história econômica, sendo a primeira

a incorporação do papel-moeda às relações de comércio, passando pela evolução dos bancos e sistemas de crédito e também pelo surgimento das sociedades por ações e das bolsas de valores.

Para Herskovic apud Levine (1997) o desenvolvimento do sistema financeiro e os efeitos de seus instrumentos diminuem os custos e as assimetrias de informações incitando a acumulação de capital e a alocação mais eficiente dos recursos. O sistema financeiro gera maior liquidez e dilui os riscos dos investimentos, portanto, atividades custosas e arriscadas, como as de pesquisa e inovação, tornam-se mais viáveis.

8 MÉTODOS APLICADOS

Pesquisa é o conjunto de métodos formais que transforma ideias promissoras em soluções práticas para a melhoria dos serviços de saúde.

(OMS, 2010)

Para este estudo será utilizada a abordagem de pesquisa qualitativa, uma vez que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, do tipo exploratória, visto que analisa exemplos práticos para compreensão do problema pesquisado, o que de acordo com Gil (2008) por ser um tipo de pesquisa muito específica, quase sempre assume a forma de um estudo de caso, como é também o caso deste trabalho. O método adotado é considerado o mais adequado para investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos, e no qual múltiplas fontes de evidências são adotadas. (Yin, 2005; Gil, 2008)

Além disso, observa-se que o estudo de caso oferece oportunidades para a administração, uma vez que permite a compreensão de problemas de difícil abordagem por outros métodos pela dificuldade de isolá-los de seu contexto na vida real. (Yin, 2005)

Na maioria dos casos, a pesquisa exploratória assume a forma de uma pesquisa bibliográfica. No entanto, além de uma pesquisa bibliográfica, este trabalho realizou uma pesquisa documental, baseada em dados secundários – as demonstrações financeiras de instituições hospitalares.

O processo de obtenção dessas demonstrações financeiras necessárias para a análise da estrutura de capital e do endividamento das organizações deu-se por meio de pesquisa nos endereços eletrônicos (*sites*) das próprias organizações hospitalares na internet e no site do Diário Oficial do Estado de São Paulo.

A Lei No. 6404/76 exige que as empresas constituídas sob a forma de sociedade anônima (S.A.) publiquem suas demonstrações financeiras. Essa obrigação não se estende às empresas constituídas na forma de sociedades por cotas de responsabilidade limitada, pois, embora a Lei No. 11.638/07 tenha determinado que as denominadas sociedades de grande porte (ativo total superior a R\$ 240 milhões ou receita bruta anual superior a R\$ 300 milhões) obedeçam às

mesmas normas contábeis aplicadas às sociedades anônimas, ela não prevê a obrigatoriedade de publicação das demonstrações contábeis dessas empresas.

A publicação das demonstrações financeiras também é uma exigência da Lei Complementar No. 846, para o modelo de parceria adotado pelo Governo do Estado de São Paulo envolvendo as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Ainda no âmbito do Estado de São Paulo, as organizações que tenham sido consideradas como de utilidade pública estadual devem igualmente publicar suas demonstrações financeiras. Também devem publicar suas demonstrações financeiras os hospitais filantrópicos e beneficentes que tenham recebido subvenção federal e/ou considerados como de utilidade pública, conforme disposição do Decreto No. 50.517/10.

A pesquisa apresentada também é do tipo descritiva. A pesquisa descritiva, com base no que afirma Gil (2008), se caracteriza por buscar uma relação entre variáveis, como também descrever características de determinada amostra. Com o propósito de atingir os objetivos propostos, fez parte deste trabalho descrever e analisar também o histórico das organizações estudadas.

Para isso, realizou-se pesquisa histórica dos hospitais, em seus próprios endereços eletrônicos, artigos, livros e entrevistas para jornais e revistas. A amostra utilizada nessa análise foi não probabilística por conveniência. Segundo Alencar (1998, p.75), em uma amostra dessa natureza “os indivíduos são escolhidos simplesmente por serem mais acessíveis ou então por serem mais fáceis de serem avaliados”. Após a coleta dos dados e padronização das demonstrações foram analisadas as estruturas de capital, os níveis de endividamento e a captação de recursos financeiros.

9 Amostra e coleta de dados

A amostra definida para este estudo foi a intencional, não probabilística ou de intenção racional. Nesse tipo de estudo, o pesquisador busca intencionalmente grupos de elementos dos quais deseja saber a opinião. A amostra intencional não é representativa, portanto, não pode ser generalizada para o universo e seus resultados tem validade somente para aquele grupo específico (Barros; Lehfed, 1986).

Os dados foram coletados no período de abril de 2016 a junho de 2017. Todas as demonstrações financeiras foram acessadas ao menos duas vezes, como forma de checagem dos dados.

As fontes de dados foram revistas especializadas, artigos publicados, teses dissertações, livros e outras publicações. Além destes, normas, leis, regulamentações, decretos e outros instrumentos jurídicos também serviram como referência bibliográfica para o trabalho.

Para a finalidade deste trabalho, os hospitais foram classificados considerando-se os registros existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS e na ANS facilmente acessíveis por meio da internet.

O CNES fornece dados obrigatórios para todos os estabelecimentos de saúde do país. Trata-se de um conjunto de informações que cada instituição de saúde brasileira deve prestar ao Ministério da Saúde para obter um código a fim de atestar a regularidade de sua situação. O cadastro contém informações, relacionadas ao tipo de prestação de serviço de saúde, natureza da organização, denominação, personalidade jurídica, aspectos de recursos humanos, área física, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares sobre cada uma dessas unidades de saúde.

Os hospitais internacionais foram intencionalmente selecionados, um por ser considerado um dos melhores hospitais do mundo e o outro pela similaridade com o hospital objeto do estudo, um hospital universitário de atendimento predominantemente público e localizado no Reino Unido, país que possui um sistema de saúde no qual o SUS se baseou.

Trata-se de uma pesquisa exploratória e documental, com base em dados secundários: foram coletadas 39 demonstrações financeiras de 8 organizações de saúde com características específicas. A seguir são apresentadas as bases de

dados e a amostra dos hospitais nacionais classificados para alcançar os objetivos anteriormente propostos.

Hospital	Natureza administrativa	Atividade	Finalidade	Porte	Leitos	Especificidade	Complexidade	Atendimento	CNES
Hospital Israelita Albert Einstein	Privada	Ambulatorial e Hospitalar	Sem fins lucrativos	Grande	663	Geral	Atenção Básica, Média e Alta Complexidade	Particular e SUS	2058391
Hospital do Câncer de Barretos	Privada	Ambulatorial e Hospitalar	Sem fins lucrativos	Médio	231	Especilizado	Média e Alta Complexidade	Particular e SUS	2090236
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto	Fundação Privada	Ambulatorial e Hospitalar	Sem fins lucrativos	Grande	819	Geral	Média e Alta Complexidade	Particular e SUS	2082187
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Empresa Pública	Ambulatorial e Internação	Sem fins lucrativos	Grande	842	Geral	Média Complexidade	SUS	7145594
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Associação Privada	Ambulatorial e Hospitalar	Sem fins lucrativos	Grande	1051	Geral	Média e Alta Complexidade	Particular e SUS	2688689
Rede D'or São Luiz	Sociedade Anônima Fechada	Ambulatorial e Hospitalar	Com fins lucrativos	Grande	5100	Geral	Atenção Básica, Média e Alta Complexidade	Particular e Plano de Saúde Privado	5907594

Quadro 1: Caracterização das organizações nacionais

Fonte: CNES

Para cada hospital selecionado, foram coletadas informações com as características gerais para situar a entidade em relação às demais. Para isso, foram pesquisadas informações sobre a data de início das atividades, histórico, tipo de unidade hospitalar, finalidade, missão, visão, princípios, objetivo, quantidade de leitos, quantidade de empregados, fonte de recursos e constituição da administração.

Foram escolhidos os hospitais reconhecidos por sua posição de destaque, tanto em relação ao serviço prestado quanto em relação à gestão propriamente dita.

O Hospital Israelita Albert Einstein consolidou em 2015 a liderança no Ranking de Clínicas e Hospitais da América Latina, segundo pesquisa da Revista América Economia. O HIAE possui a mais importante certificação hospitalar do mundo, concedida pela *Joint Commission International* (JCI). Trata-se de um hospital sem fins lucrativos que atende convênio, particulares e SUS.

A Rede D'or São Luiz é atualmente a maior operadora independente de hospitais do Brasil, posição que conquistou através de uma diferenciada estratégia de aquisição de hospitais e crescimento orgânico, utilizando-se de recursos disponíveis nos mercados financeiro e de capitais. Entre os 26 hospitais da rede, quatro são certificados pela JCI e todos possuem o selo de acreditação da Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA)

O Hospital das Clínicas de Porto Alegre é uma instituição hospitalar pública e universitária que tem como característica ser uma empresa pública. Foi o pioneiro no Brasil entre os hospitais universitários a conquistar a acreditação da JCI em 2013.

O Hospital do Câncer de Barretos é referência em tratamento oncológico no Brasil, com atendimento 100% SUS e foi certificado em 2007 pela ONA. Possui como principal característica de gestão financeira a captação de recursos através de doações como complemento aos valores recebidos pelo SUS.

A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é uma instituição secular que atende pacientes de média e alta complexidade com base no compromisso filantrópico. Apesar de ser uma instituição com tradição no atendimento médico, passa por sérios problemas financeiros e de gestão.

O *Johns Hopkins Hospital* é um hospital universitário situado nos Estados Unidos e lidera diversos rankings que classificam os melhores hospitais do mundo. Trata-se de um hospital universitário que foi fundado com recursos de filantropia.

A *University College London Hospitals* é uma fundação autônoma da *National Health Service* do Reino Unido composta por hospitais e por uma faculdade de ciências médicas que atuam na prestação de serviços à saúde e ensino na cidade de Londres. Uma das principais características da gestão estratégica e financeira da instituição foi ter se utilizado de *PFI* para construção e gestão de um de seus hospitais.

Para analisar a estrutura de capital dos hospitais selecionados, o estudo utilizou os dados contábeis disponibilizados pelas organizações, relativos ao período de 2011 a 2015, exceto pelo HCB, que começou a apresentar seus demonstrativos a partir de 2013. Os dados foram obtidos através dos *sites* das organizações estudadas ou através de publicações no diário oficial, o que permitiu a realização de um estudo descritivo, quantitativo e com dados secundários.

Foi feito levantamento, por organização e por ano, no período estabelecido, dos seguintes dados:

- A estrutura organizacional das instituições analisadas foram pesquisadas em seus relatórios de atividades, bem como a definição da visão, missão e valores das organizações. Estas informações são importantes para o estudo, pois orientam na compreensão das metas e objetivos estratégicos.
- As demonstrações contábeis, com foco no Balanço Patrimonial, na Demonstração de Resultados e nas notas explicativas são fontes de pesquisa que fornecem informações sobre as fontes de receitas, as fontes

de captação de recursos e a forma como os recursos financeiros são aplicados.

- Para as análises foram feitas as reclassificações nos Balanços Patrimoniais e das Demonstrações de resultados utilizando-se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA referentes os anos analisados, objetivando dar a forma mais adequada para análise e permitindo a simplificação do balanço e a comparabilidade.
- Os demonstrativos dos hospitais internacionais foram apresentados em moeda estrangeira e não foram feitas reclassificações dos valores. As diferentes moedas não interferem na análise das demonstrações, uma vez que as mesmas foram realizadas através de indicadores e análise de variações percentuais.
- Os indicadores financeiros são utilizados para análises históricas e comparativas entre organizações, sendo importantes para auxiliarem na análise financeira tanto de empresas como de organizações hospitalares. Para as organizações analisados, foram calculados os indicadores de endividamento descritos no quadro 2. Além dos indicadores de cada organização, foi calculada a mediana dos hospitais, exclusive a FAEPA HCFMRP-USP.

Índice	Fórmula de Cálculo
Índice de Endividamento Geral (IEG)	$\frac{(\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante})}{(\text{Total do Passivo} + \text{Patrimônio Líquido})} \times 100$
Relação de Capital de Terceiros e Próprio (RCTP)	$\frac{\text{Capital de Terceiros}}{\text{Patrimônio Líquido}} \times 100$
Composição do Endividamento (CE)	$\frac{\text{Passivo Circulante}}{(\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante})} \times 100$
Imobilização do Patrimônio Líquido	$\frac{\text{Ativo Não Circulante}}{(\text{Patrimônio Líquido} + \text{Exigível a Longo Prazo})} \times 100$

Quadro 2: Fórmula de Cálculo dos Indicadores de Desempenho

Fonte: Ross e Westerfield (1995)

10 DISCUSSÃO

Os capítulos anteriores caracterizaram o setor da saúde no âmbito das finanças públicas. Dentro desse contexto encontram-se os hospitais, que além de responsáveis por ações de assistência médica, são parte integrante da estrutura complexa da gestão pública no Brasil. Por este motivo, analisar o hospital unicamente sob o ponto de vista de sua estrutura administrativa não é suficiente para explicá-lo em todos os seus aspectos.

Uma das particularidades que podem ser citadas refere-se aos hospitais universitários, cujos custos podem ser altamente elevados quando comparados a hospitais não universitários de alta tecnologia, tendo em vista as atividades docente-assistenciais e serviços básicos de saúde, quando sua estrutura é constituída para oferecer atividades de alta tecnologia. O atual sistema de reembolso do SUS, não admite ineficiência exigindo dos HUs um alto grau de eficácia e eficiência na gestão dos escassos recursos (MALIK; TELES, 2001).

Dada essa dinâmica, é importante ressaltar que não é intenção desse estudo comparar a gestão dos hospitais analisados, uma vez que eles possuem características distintas. O intuito de analisar estruturas tão diferentes visa exclusivamente buscar as melhores práticas que possam ser adaptadas ao objeto do estudo.

10.1 Rede D'or São Luiz

Desde sua fundação em 1977 com abertura da primeira unidade de diagnósticos Cardiolab, a Rede D'or São Luiz tinha como objetivo estratégico a expansão de suas atividades, sendo que por 20 anos, o foco da expansão foi em unidades de diagnóstico médico. Em 1988, o Grupo investiu na área hospitalar, com a inauguração do Hospital Barra D'or e manteve sua estratégia de crescimento no Rio de Janeiro até 2007, quando adquiriu hospitais na região nordeste. Novos hospitais foram inaugurados ao longo dos anos e em 2011, a rede adquiriu novos hospitais em São Paulo e Brasília. Todo esse crescimento transformou a rede na maior operadora de hospitais do Brasil, com 33 hospitais, quase 5.000 leitos e 3 milhões de atendimentos por ano.

Princípios Organizacionais - Rede D'or São Luiz

Visão

Ser referência em gestão hospitalar e na prestação de serviços médicos, com base nos mais elevados padrões éticos.

Missão

Prestar atendimento médico de alta eficácia, com equipes qualificadas e motivadas, respeitando a ética e o indivíduo em seu contexto social.

Valores

Competência, credibilidade, desenvolvimento, humanização, integridade e respeito.

Quadro 3: Princípios Organizacionais – Rede D'or São Luiz

Fonte: (www.rededor.com.br) – elaborado pela autora

Além das atividades hospitalares acima relacionadas, a Rede D'or São Luiz busca complementar sua ação social através de dois institutos. O primeiro, denominado Instituto D'or de Pesquisa e Ensino, é uma instituição sem fins lucrativos que tem por objetivo promover o avanço científico e tecnológico na área da saúde e a formação profissional de excelência.

Inaugurado em 2010, a sede do Instituto no Rio de Janeiro oferece instalações e equipamentos de última geração para o trabalho de 17 pesquisadores e mais de 50 alunos que contam com a excelência técnica e os recursos da Rede D'Or São Luiz, com pesquisas estratégicas e produção científica nas áreas de Medicina Intensiva, Medicina Interna, Neurociências e Pediatria.

O instituto oferece também, em parceria com a Rede D'Or São Luiz, cursos de Pós-Graduação *lato sensu*, como os programas de Residência Médica, além de outros cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização. Na pós-graduação *stricto sensu*,

O segundo instituto, denominado Instituto D'or de Gestão de Saúde Pública é o braço social da rede e foi constituído para atender à demanda do Estado do Rio de Janeiro em atendimento para o público infantil. O objetivo do instituto é efetuar a gestão de hospitais e entidade de saúde, promover gratuitamente a saúde de forma

complementar e prestar consultoria em saúde. Desde 2012, em parceria com o Governo do Rio de Janeiro, o instituto operacionaliza a gestão e executa ações a serviços de Saúde no Hospital Estadual da Criança.

As demonstrações contábeis apresentadas pela Rede D'or revelam o apetite da rede por crescimento, o que se explica nos últimos anos, pelo interesse das operadoras de saúde em possuir hospitais próprios e presença nacional, possibilitando maior controle das despesas médicas (VALOR, 2017).

Rede D'or São Luiz					
Balanço Patrimonial (em milhares de reais)					
Ano Fiscal	2011	2012	2013	2014	2015
Ativo					
Circulante					
Disponível	1.372.168	1.248.630	1.128.959	1.000.266	1.041.734
Contas a receber	627.294	1.037.567	1.235.675	1.402.453	1.911.681
Estoque	75.060	90.814	99.294	118.071	133.538
Nota Promissória	-	-	-	-	944.435
Outros	85.532	254.974	328.423	238.968	290.091
Total do Ativo Circulante	2.160.053	2.631.985	2.792.351	2.759.758	4.321.479
Não Circulante					
Realizável a Longo Prazo	634.994	792.199	436.970	502.498	478.844
Imobilizado	934.943	1.540.904	1.478.048	1.711.310	2.700.159
Intangível	1.153.447	1.498.549	1.930.534	1.996.095	2.668.471
Total do Ativo Não Circulante	2.723.384	3.831.652	3.845.552	4.209.903	5.847.474
Total do Ativo	4.883.437	6.463.637	6.637.904	6.969.661	10.168.953
Passivo e Patrimônio Social					
Circulante					
Fornecedores	158.908	309.105	312.594	269.607	248.247
Empréstimos e Financiamentos	9.832	71.131	33.733	26.190	50.964
Debêntures	32.475	249.052	65.225	63.860	521.483
Dividendos a pagar	25.225	36.883	98.347	176.605	316.004
Contas a pagar por aquisições	30.657	46.652	35.532	221.259	98.918
Outras Obrigações	237.692	377.245	443.726	539.557	613.785
Total do Passivo Circulante	494.790	1.090.069	989.157	1.297.078	1.849.401
Não Circulante					
Empréstimos e Financiamentos	170.200	123.907	104.013	89.105	1.124.550
Debêntures	2.428.758	3.325.255	3.317.496	3.335.035	2.539.505
Contas a pagar por aquisições	290.317	354.818	247.672	73.546	80.219
Outras Obrigações	256.397	467.101	601.156	547.750	675.195
Total do Passivo Não Circulante	3.145.671	4.271.080	4.270.336	4.045.436	4.419.469
Patrimônio Social					
Patrimônio Social	57.183	55.937	307.989	500.815	867.777
Reservas de Capital	249.516	205.065	201.711	287.087	2.381.551
Ações em tesouraria	-	161.635	185.027	179.196	257.597
Reservas de Lucros	129.543	247.870	331.095	336.588	814.074
Outras Reservas	792.046	748.343	706.584	664.020	-
Outros	14.688	6.908	16.059	17.833	94.278
Total do Patrimônio Líquido	1.242.976	1.102.489	1.378.411	1.627.148	3.900.083
Total do Passivo e Patrimônio Líquido	4.883.437	6.463.637	6.637.904	6.969.661	10.168.953

Tabela 5: Balanço Patrimonial - Rede D'or São

Fonte: (www.rededor.com.br) – elaborado pela autora

10.1.1 Fontes de Receitas

As receitas operacionais da Rede D'or provém exclusivamente de serviços prestados, através de atendimentos particulares ou de convênios. Observa-se o

crescimento de 133% nos últimos 5 anos enquanto as despesas operacionais aumentaram 105%, refletindo no aumento de 3 vezes no resultado operacional. O ganho de escala operacional ocorrido com as aquisições e com o crescimento orgânico da rede contribuiu para o resultado, uma vez que as despesas administrativas não cresceram no mesmo ritmo das receitas e das despesas operacionais.

Rede D'or São Luiz					
DRE (em milhares de reais)					
Ano Fiscal	2011	2012	2013	2014	2015
Receitas Operacionais	2.761.905	3.893.998	4.861.767	5.524.130	6.452.068
Despesas Operacionais	- 2.417.937	- 3.330.800	- 4.214.599	- 4.709.156	- 4.972.617
Resultado Operacional	343.968	563.198	647.168	814.974	1.479.451
RESULTADO FINANCEIRO	- 221.204	- 291.721	- 309.994	- 379.722	- 469.840
Imposto de Renda e CSSL	- 3.104	- 138.679	- 89.801	- 77.917	- 259.460
LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	119.661	132.797	247.374	357.335	750.151

Tabela 6: Demonstrativo de Resultados do Exercício – Rede D'or São Luiz

Fonte: (www.rededor.com.br) – elaborado pela autora

10.1.2 Fontes de Recursos Financeiros

A composição do Passivo da Rede D'or demonstra a estratégia de utilizar recursos de terceiros para financiar suas atividades e seus investimentos na expansão do negócio. O capital social da empresa é constituído de ações ordinárias e preferenciais e os recursos de terceiros são compostos principalmente por debêntures e empréstimos e financiamentos.

Como forma de minimizar o risco de liquidez, a rede busca alinhar o prazo de pagamento de suas dívidas com a expectativa de geração de fluxo de caixa, evitando necessidade de maior alavancagem financeira.

Financiamento (em milhares de Reais)	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Captações de Debêntures	1.768.937	795.680	200.000	200.000	-
Pagamento de Debêntures			- 17.466	- 159.132	7.304
Empréstimos	26.439	92.500	-	-	1.269.894
Amortizações de Empréstimos	- 23.795	- 377.836	- 48.607	- 73.140	- 369.287
Fluxo de caixa dos empréstimos	1.771.581	510.344	133.927	-32.272	907.911

Tabela 7: Fluxo de Caixa dos Empréstimos - Rede D'or São Luiz

Fonte: (www.rededor.com.br) – elaborado pela autora

Os empréstimos e financiamentos foram captados através do BNDES e do IFC (*International Finance Corporation*), braço do Banco Mundial que atua no setor privado de países em desenvolvimento. Tais captações efetuadas no último ano têm fluxo de pagamento alongado, sendo que 38% vencem entre 2 e 5 anos e 51% com vencimento acima de 5 anos. Como alguns financiamentos foram captados em moeda estrangeira, a companhia se utiliza também de instrumentos derivativos para proteção contra oscilação do câmbio.

A principal fonte de recursos é através da emissão de debêntures, cujo saldo ao final de 2015 foi de R\$ 2,9 bilhões. A primeira emissão ocorreu em 2011 e até o final de 2015, o grupo realizou outras 8 emissões, com diferentes condições de pagamento, como forma de financiar o crescimento através da construção ou aquisição de hospitais.

Algumas emissões permitem a conversão das debêntures em ações no vencimento. Tal opção foi exercida em 2015, o que refletiu no aumento de capital e redução da conta debêntures. Além disso, no último ano, houve investimento de um novo grupo, aumentando o capital da Rede D'or, que teve como contrapartida a entrada de recursos financeiros em caixa e recebíveis através de nota promissória.

10.1.3 Aplicação de Recursos

As principais adições ocorridas nos períodos analisados são referentes aquisições de participações, compra de máquinas e equipamentos hospitalares, assim como investimentos em benfeitorias nos imóveis próprios e de terceiros. Estes investimentos tem o intuito de manter o padrão avançado dos hospitais do Grupo, assim como fazem parte dos planos da Companhia para manter sua posição de destaque no ramo hospitalar.

O crescente investimento demonstra o apetite da Rede para crescer no setor, também de acordo com seus objetivos organizacionais. Somente em 2015, além das adições de máquinas e equipamentos, o principal investimento ocorreu na aquisição do Hospital Sino Brasileiro, com investimento de R\$ 345 milhões. Além deste, também foram adquiridos os hospitais Onco ABC, Villa-Lobos, Bartira e Santa Helena, estes últimos totalizando aproximadamente R\$ 300 milhões.

Investimentos	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Aquisição de Participação	145.831	11.396	14.931	164.669	703.478
Aumento de Capital			107.830	112.064	56.978
Máquinas e Equipamentos	47.921	119.191	83.772	67.495	120.771
Imóveis	65.666	131.271	122.503	98.692	35.160
Terrenos	78.383	92.033	52.343	22.548	-
Imobilizações em andamento	116.926	113.508	176.672	208.090	372.335
Outros	8.175	39.037	13.542	15.194	7.247
Total Equipamentos	462.902	506.436	571.593	688.752	1.295.969

Tabela 8: Investimentos - Rede D'or São Luiz

Fonte: (www.rededor.com.br) – elaborado pela autora

10.2 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Casa)

A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é uma instituição filantrópica e sem fins lucrativos fundada há mais de 4 séculos e é a sede da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Fazem parte da instituição, quatro unidades hospitalares de média e alta complexidade, um centro psiquiátrico e um centro de saúde escola, que atendem mais de 10 mil pessoas diariamente em todas as especialidades médicas. Além dos hospitais próprios, a Santa Casa também administra 11 Unidades Básicas de Saúde e 1 Centro de Apoio Psicossocial, através de contrato de gestão com a Prefeitura de São Paulo.

Sua estrutura física de atendimento é composta por 44 salas de cirurgia, 1590 leitos de internação, 290 salas ambulatoriais e 87 salas emergenciais. A alta estrutura administrativa é composta por voluntários e a gestão é feita por profissionais contratados, trabalhando com os seguintes objetivos organizacionais.

Princípios Organizacionais - Santa Casa
Visão "Ser reconhecida pela excelência no atendimento, ensino, pesquisa e gestão em saúde."
Missão "Promover o bem estar físico, psíquico e social do ser humano com profissionais qualificados e tecnologia atualizada, buscando atingir a excelência no atendimento, ensino e pesquisa."
Valores Respeito ao ser humano; ensino e pesquisa; valorização dos colaboradores; misericórdia; atendimento humanizado; excelência profissional; responsabilidade social; voluntariado; visão integrada e realista da assistência.

Quadro 4: Princípios Organizacionais - Santa Casa

Fonte: (www.santacasasp.org.br) – elaborado pela autora

As demonstrações contábeis apresentadas pela entidade nos últimos anos refletem a situação financeira amplamente divulgada pela mídia brasileira.

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo					
Balanço Patrimonial (em milhares de reais)					
Ano Fiscal	2011	2012	2013	2014	2015
Ativo					
Circulante					
Disponível	46.085	41.108	28.349	19.108	9.304
Contas a receber	110.377	150.287	202.957	114.113	85.790
Estoques	8.475	10.219	14.566	12.173	8.140
Outros	9.577	5.643	2.924	6.604	1.739
Total do Ativo Circulante	174.514	207.256	248.796	151.997	104.973
Não Circulante					
Realizável a Longo Prazo	11.499	21.732	25.333	103.773	126.610
Propriedades para investimentos	136.219	126.918	114.064	101.292	307.732
Imobilizado	411.402	412.846	425.998	412.515	319.262
Intangível	-	2	6.152	10.627	9.601
Total do Ativo Não Circulante	559.120	561.498	571.547	628.206	763.205
Total do Ativo	733.634	768.754	820.344	780.204	868.178
Passivo e Patrimônio Social					
Circulante					
Fornecedores	93.769	89.230	95.312	179.416	178.697
Empréstimos e Financiamentos	103.519	78.173	84.653	58.882	73.473
Outras Obrigações	179.409	188.368	202.161	283.840	409.272
Total do Passivo Circulante	376.697	355.771	382.126	522.138	661.442
Não Circulante					
Empréstimos e Financiamentos	214.456	264.153	332.784	274.041	196.845
Outras Obrigações	62.584	117.709	105.053	118.109	66.634
Total do Passivo Não Circulante	277.039	381.862	437.837	392.150	263.479
Patrimônio Social					
Reserva de Reavaliação	265.069	230.122	198.093	168.127	147.939
Ajuste de avaliação patrimonial	-	-	-	-	217.636
Déficits Acumulados	- 185.171	- 199.001	- 197.713	- 302.211	- 422.318
Total do Patrimônio Líquido	79.898	31.121	380	- 134.084	- 56.743
Total do Passivo e Patrimônio Líquido	733.634	768.754	820.344	780.204	868.178

Tabela 9: Balanço Patrimonial – Santa Casa

Fonte: (www.santacasasp.org.br) – elaborado pela autora

Observa-se a redução do ativo circulante, o que impacta diretamente a liquidez e a capacidade de pagamento da instituição. A conta de “propriedades para investimentos” refere-se a bens imóveis e terrenos utilizados como rendimento de aluguéis. A variação dessa conta deve-se à alteração da metodologia de cálculo, do método de custo para o método de valor justo, que foi efetuada apenas no ano de 2015, sem alteração retrospectiva.

O patrimônio social da irmandade é representado basicamente por bens imóveis adquiridos, construídos ou recebidos em doação ao longo de sua história.

Assim como o imobilizado, o PL também teve sua reavaliação realizada a valor justo em 2015.

O PL negativo da irmandade deve-se aos prejuízos acumulados, o que demonstra a preocupante situação da instituição. Essa situação ocorre quando o valor das obrigações com terceiros é superior ao dos ativos, isto é, quando a organização não possui recursos suficientes para liquidar seus deveres.

A DRE da irmandade também revela a preocupante situação financeira que ocorre há anos, demonstrando que não é uma situação circunstancial.

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo					
DRE (em milhares de reais)					
Ano Fiscal	2011	2012	2013	2014	2015
Receitas Operacionais	1.300.283	1.404.990	1.471.917	1.484.205	827.051
Despesas Operacionais	- 1.351.840	- 1.418.196	- 1.467.891	- 1.546.736	- 905.839
Resultado Operacional	- 51.557	- 13.206	4.026	- 62.531	- 78.788
RESULTADO FINANCEIRO	- 36.082	- 31.162	- 33.030	- 71.911	- 74.434
RESULTADO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	- 87.639	- 44.368	- 29.004	- 134.442	- 153.222

Tabela 10: Demonstração de Resultados do Exercício – Santa Casa

Fonte: (www.santacasasp.org.br) – elaborado pela autora

Tal situação obrigou a instituição a reduzir despesas, reestruturando quadro de funcionários, renegociando contratos de prestação de serviços e de fornecimento de materiais e insumos e melhorando o processo de faturamento e gestão. Desse modo, conclui-se que todos os indicadores contábeis indicam que a Irmandade da Santa Casa caminha para a Insolvência.

Tais medidas não impediram que a irmandade tivesse mais um prejuízo operacional, que adicionado ao resultado financeiro, gerou um resultado líquido negativo de R\$ 153, 2 milhões.

Vale ressaltar que em 2015, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) foi instaurada na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo com o objetivo de investigar denúncias referentes à situação econômico-financeira da irmandade. Segundo depoimento do provedor da instituição à época, o principal motivo da situação apresentada deve-se à não atualização da tabela SUS e à falta de repasses da União e do Estado.

Não obstante o subfinanciamento da saúde, já abordado nos capítulos iniciais deste trabalho, o relatório destaca a necessidade de melhoria na gestão da irmandade, não apenas de natureza administrativa, mas inclusive de gestão clínica e de padronização das técnicas cirúrgicas.

10.2.1 Fontes de Receitas

A maior parte (73% em 2015) das receitas recebidas pela irmandade provém de subvenções para custeio da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, contratos de gestão com a prefeitura da cidade de São Paulo e de Guarulhos e através do convênio com o SUS. Além destas, a Santa Casa atende outros convênios de saúde suplementar, particulares e recebe aluguéis e doações.

A significativa redução nas receitas em 2015 ocorreu devido ao cancelamento de inúmeros contratos de gestão da irmandade com hospitais municipais frutos de convênios rompidos entre a Santa Casa e a Prefeitura de São Paulo. Além disso, algumas operadoras de saúde cancelaram seus contratos de prestação de serviços com a irmandade. As fontes de receitas da entidade estão detalhadas na Tabela 11:

Receita (em milhares de Reais)	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Faturamento SUS	251.316	239.508	259.243	287.784	259.120
Subvenções para Custeio	827.716	939.368	933.074	817.654	342.275
Convênios e Particulares	158.884	161.379	216.153	229.099	123.798
Aluguéis	30.718	30.981	32.597	32.307	30.517
Outras receitas operacionais	14.394	11.238	20.158	99.737	61.626
Doações	17.255	22.514	10.692	17.624	9.715
Total Santa Casa	1.300.283	1.404.989	1.471.917	1.484.205	827.051

Tabela 11: Fontes de Receitas – Santa Casa

Fonte: (www.santacasasp.org.br) – elaborado pela autora

10.2.2 Fontes de Financiamento

A principal fonte de recursos financeiros além das receitas de serviços prestados é a captação de empréstimos bancários. Os empréstimos e financiamentos foram contratados com bancos comerciais a taxas que variam de 0,37% a.m. a 1,95% a.m. e prazos de vencimento até 2020. Para tais financiamentos, há garantia de aplicações financeiras e de direitos creditórios. É

objetivo da instituição, conforme notas explicativas, reestruturar a composição do endividamento da entidade. Para isso, deve ser elaborado planejamento de renegociação e reestruturação de dívidas junto a bancos de fomento e comerciais.

Empréstimos (em milhares de Reais)	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Captação	139.304	349.423	270.457	101.503	42.510
Pagamento	- 91.981	- 247.135	- 194.473	- 158.628	- 104.457
Fluxo de caixa dos empréstimos	47.323	102.288	75.984	-57.125	-61.947

Tabela 12: Fluxo de Caixa de Empréstimos – Santa Casa

Fonte: (www.santacasasp.org.br) – elaborado pela autora

10.2.3 Aplicação de Recursos

Apesar da situação crítica, a irmandade tem feito investimentos em seu parque tecnológico e em infra-estrutura, ainda que em alguns anos tais investimentos não superem a depreciação do imobilizado. O principal destaque é a construção no novo prédio da Faculdade de Ciência Médicas da Santa Casa de São Paulo, iniciada em 2012 e concluídas no início de 2015.

Investimentos (em milhares de Reais)	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Terrenos	-	-	-	-	255
Edificações	-	1.060	12.400	2.550	
Instalações	12	16	223	704	
Equipamentos de Informática	952	393	1.637	1.168	80
Mobiliário	1.362	2.917	953	1.036	74
Máquinas e Equipamentos	2.339	1.047	4.704	1.703	1.400
Veículos	19	473			
Benfeitorias	3.833	4.043	734	741	28
Imobilizado em andamento	18.317	26.939	27.519	21.122	4.111
Total Santa Casa	26.834	36.888	48.170	29.024	5.948

Tabela 13: Investimentos – Santa Casa

Fonte: (www.santacasasp.org.br) – elaborado pela autora

10.3 Hospital Israelita Albert Einstein

O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) é um hospital geral de alta complexidade, privado sem fins lucrativos inaugurado em 1971 com 100 leitos, após

inúmeras ações filantrópicas promovidas pela comunidade judaica que criou em 1955 a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

A SBIBAE é uma sociedade civil sem fins lucrativos de direito privado, que atualmente é composta pelo HIAE, o Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS) e a Medicina Diagnóstica e Preventiva Albert Einstein e atua em cinco focos estratégicos: assistência à saúde, ensino, pesquisa, consultoria e responsabilidade social. Para isso, busca gerir suas atividades com base nos seguintes princípios organizacionais:

Princípios Organizacionais - HIAE
Visão "Ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social".
Missão "Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira".
Valores Mitzvá (boas ações), Refuá (saúde), Chinuch (educação) e Tsedaká (solidariedade humana), Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Justiça, Altruísmo, Autonomia, Profissionalismo e Trabalho em equipe.

Quadro 5: Princípios Organizacionais – Hospital Israelita Albert Einstein

Fonte: (www.einstein.br) – elaborado pela autora

Em mais de 45 anos, o hospital teve um crescimento acelerado e transformou sua maior unidade em um complexo de seis prédios com 218.550m² de área construída e 644 leitos de internação.

Sediada na cidade de São Paulo – SP, além de operar no sistema de saúde suplementar, o HIAE tem presença no sistema público de saúde, ao fazer a gestão e/ou operação de unidades de atendimento e hospitais integrantes do SUS a partir de convênios com a Prefeitura de São Paulo ou do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS).

Além de ser conhecido pela excelência na atenção à saúde, o Einstein se destaca também por sua eficiente gestão organizacional. Em 1990 o HIAE implantou o Grupo de Estudo Organizacional, que promoveu a melhoria da gestão da organização e sua profissionalização. Até hoje, o HIAE é reconhecido pela excelente reputação alcançada no mercado e pelos elevados padrões de qualidade de atendimento percebidos pelos pacientes

O hospital possui um modelo de governança de caráter voluntário, sendo o órgão máximo de decisão a Assembleia Geral, composta por cerca de 800 integrantes, entre eles médicos e profissionais conceituados de diversos setores da economia do país. No âmbito executivo, a tomada de decisão fica a cargo de profissionais remunerados, cuja estrutura é composta por 17 diretorias.

A gestão financeira do HIAE visa assegurar a solidez por meio de forte controle de custos, busca por produtividade, preservação da solvência e manutenção de recursos em caixa para fazer frente a eventuais contingências. Por não ter fins lucrativos, todo resultado gerado é reinvestido na própria operação.

Este reconhecimento do mercado tem repercutido no desempenho positivo operacional e das receitas, em 2015 alcançaram R\$ 2.25 bilhão, com crescimento de 10,5% sobre o ano anterior.

Na questão financeira a sustentabilidade é assegurada pelo equilíbrio criterioso entre os aspectos financeiros, sociais, ambientais e de qualidade da instituição. A partir dos planos estratégicos elaborados anualmente, com um horizonte de visão de cinco anos, é elaborado o orçamento anual. Na definição e aprovação das metas de curtos e médios prazos que orientam as atividades.

Além da receita dos serviços prestados, a instituição conta com doações, e financiamentos obtidos com o BNDES.

Firmou parcerias com o poder público, de modo a promover o desenvolvimento institucional do SUS, por meio de ações como o Programa Saúde da Família, convênio com a Secretaria de Saúde da cidade de São Paulo, a realização de transplantes pelo SUS e a gestão do Hospital Municipal Dr. Moises Deutsch.

Ao longo de sua história, o HIAE recebeu diversas certificações, como: Acreditação JCI; ISO 14001; ISSO 9001:2000; Acreditação da Associação Americana de Bancos de Sangue, Certificação para o Cuidado a Doenças ou Condições Específicas; Acreditação do Colégio Americano de Patologia; Acreditação

do Colégio Americano de Radiologia, AVC – Joint Comissão Internacional e a Certificação Leed Gold, do U.S. Green Building Council. Também recebeu diversas premiações no Brasil e no exterior. No ano de 2007 foi apontado pela pesquisa Datafolha como o melhor hospital de São Paulo (SBIBAE, 2010; SBIBAE, 2011)

O IIEP foi criado para “ser referência em pesquisa, geração e difusão de conhecimentos na área da saúde para benefício da sociedade” (SBIBAE, 2011, p. 16). Por meio do IIEP são oferecidos cursos de captação e transplantes de órgãos para profissionais do SUS, cursos de treinamento, técnicos, de graduação e de pós-graduação *lato sensu*, residência médica, eventos científicos, pesquisa e publicação de artigos científicos em saúde, e ações voltadas à inovação tecnológica, além de estágios na própria instituição.

Através do IIRS realiza suas ações sociais e de voluntariado, como o Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis, “visto como um dos mais importantes e bem sucedidos exemplos de um empreendimento filantrópico vindo de uma instituição privada”, e o Programa Einstein na Comunidade Judaica, que auxilia instituições de caridade e mantém o Residencial Israelita Albert Einstein, Unidade Vila Mariana, por meio do qual atende aproximadamente 170 idosos, oferecendo moradia e cuidados médicos (SBIBAE, 2010).

Para a obtenção do CEBAS – Saúde (Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social), o Einstein realiza projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, como “projetos de assistência, capacitação, pesquisa, incorporação de tecnologias e apoio à gestão”. Destacam-se a gestão do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch, de Unidades Básicas de Saúde e de Assistências Médicas Ambulatoriais, além da revitalização do Hospital Municipal de Campo Limpo, e a realização do Programa de Transplantes, por meio do qual se tornou a instituição que mais realizou transplantes de fígado de adultos no mundo.

Realiza atendimentos de alta complexidade, de emergência e de diversas especialidades, além de serviços de diagnóstico, pesquisa e ensino. Dentre as várias especialidades médicas em que atua, o Einstein considera estratégicas as seguintes: Cardiologia, Ortopedia e Reumatologia, Neurologia, Transplantes, Oncologia e Hematologia e Cirurgia (SBIBAE, 2010).

Apesar de ter “ênfase em procedimentos de alta complexidade”, trata-se de um Hospital Geral com mais de 50 especialidades, de grande porte, que possui serviços terceirizados e realiza internações, prestando atendimento 24 horas por dia,

“capaz de atender a todas as demandas do ciclo de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação” (SBIBAE, 2011)

Em 2015 atendeu a uma média de 167.389 pacientes-dia, mantendo uma taxa de ocupação de 83%. Foram realizadas 33.171 cirurgias, sendo 238 robóticas, em 68 especialidades diferentes, 3.448 partos e 172.934 consultas. Somando a Unidade Morumbi e os quatro centros avançados, foi realizado um montante de 2.979.245 exames. As consultas de pronto - atendimento, que são realizadas em todas as unidades, exceto em Jardins, totalizaram 179.548 atendimentos. Para a realização do diagnóstico foram coletados os sumários de informações contábeis da SBIBAE, que são publicados anualmente por meio dos Relatórios de Responsabilidade Corporativa, disponíveis no site da instituição. A partir destes dados foi realizada a análise do desempenho financeiro e econômico da entidade.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA - HOSPITAL ALBERT EINSTEIN					
Balanço Patrimonial (em milhares de reais)					
Ano Fiscal	2011	2012	2013	2014	2015
Ativo					
Circulante					
Disponível	3.049	7.510	5.968	8.959	7.531
Contas a receber	1.047.061	992.364	993.139	1.298.068	1.150.521
Estoques	41.969	48.500	51.079	61.813	87.885
Total do Ativo Circulante	1.092.080	1.048.373	1.050.186	1.368.840	1.245.937
Não Circulante					
Realizável a Longo Prazo	59.605	77.629	86.485	85.289	120.559
Imobilizado	1.594.488	1.579.145	1.511.762	1.492.303	1.472.801
Intangível	66.875	77.330	84.284	125.263	161.597
Total do Ativo Não Circulante	1.720.968	1.734.105	1.682.530	1.702.855	1.754.957
Total do Ativo	2.813.048	2.782.478	2.732.716	3.071.695	3.000.894
Passivo e Patrimônio Social					
Circulante					
Fornecedores	111.664	141.145	131.811	159.885	145.293
Empréstimos Bancários	48.679	94.519	98.418	76.716	80.251
Outras Obrigações	149.887	186.715	187.618	205.261	216.898
Total do Passivo Circulante	310.230	422.380	417.847	441.862	442.442
Não Circulante					
Financiamentos	368.524	257.875	185.236	411.518	314.461
Outras Obrigações	115.014	90.915	12.804	34.274	45.959
Total do Passivo Não Circulante	483.539	348.791	198.040	445.792	360.420
Patrimônio Social					
Patrimônio Social	2.019.279	2.011.308	2.116.829	2.184.040	2.198.032
Total do Patrimônio Líquido	2.019.279	2.011.308	2.116.829	2.184.040	2.198.032
Total do Passivo e Patrimônio Líquido	2.813.048	2.782.478	2.732.716	3.071.695	3.000.894

Tabela 14: Balanço Patrimonial – Hospital Israelita Albert Einstein

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo – Empresarial (elaborado pela autora)

As demonstrações contábeis apresentadas pelo HIAE ao longo dos anos analisados revelam consistência do crescimento da instituição, o que está de acordo com a estratégia de expansão descrita em seu relatório de atividades. Ao longo dos anos, novas unidades foram inauguradas e as já existentes também foram expandidas.

O patrimônio da Sociedade obteve crescimento anual ao longo do período. Até 2014, o AC vinha seguindo a tendência de crescimento, que não foi concretizado no ano de 2015. De acordo com a administração da instituição, tal fato se deve à

deterioração dos indicadores econômicos, que a impactaram a demanda por serviços. não seguiu esta tendência, sofrendo uma redução de mais de 22% no período. O ANC se manteve inalterado, com destaque para o aumento do intangível devido a aquisição de novo sistema de gestão.

A conta que mais sofreu mudanças foi o ativo permanente, que cresceu 122% em 2014, devido a captações de recursos, porém ao longo do período pesquisado, a variação não foi significativa.

A participação do ativo circulante na estrutura patrimonial tem crescido ao longo dos anos, o que é explicado por um aumento dos estoques, que no caso do HIAE representa o maior valor do contas a receber.

As contas do passivo e o PL sofreram poucas alterações em sua composição, com destaque para o ano de 2014, em que o HIAE captou recursos em valores expressivos. O PL sempre manteve um nível em torno de 72% de participação perante o passivo total, com exceção do ano de 2013, quando o HIAE reverteu contingências judiciais, o PC se manteve em 15%, e o PNC variou ao longo dos anos devido a captações de financiamento e reversões de contingências fiscais.

Demonstração de Resultados do Exercício					
Ano Fiscal	2011	2012	2013	2014	2015
Receitas Operacionais	1.822.127	1.986.039	2.111.934	2.256.324	2.253.254
Despesas Operacionais	- 1.728.720	- 1.904.009	- 1.976.552	- 2.090.985	- 2.064.001
Resultado Operacional	93.407	82.031	135.381	165.339	189.253
Despesas financeiras	- 29.176	- 38.005	- 30.912	- 27.891	- 55.225
Receitas financeiras	76.447	59.421	113.288	57.277	90.533
LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	140.678	103.447	217.757	194.725	224.561

Tabela 15: Demonstração de Resultados do Exercício - Hospital Israelita Albert Einstein

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo – Empresarial (elaborado pela autora)

Na análise da DRE, percebe-se que a estratégia de crescimento vem se consolidando. Verifica-se também que a gestão financeira está sendo bem sucedida, uma vez que as receitas estão crescendo em proporção maior que as despesas. O superávit operacional e o lucro líquido do exercício cresceram respectivamente 101% e 59% ao longo do período analisado.

Analisando a DRE, percebe-se um crescimento das receitas em praticamente todos os exercícios, se mantendo praticamente estável apenas em 2015, sendo que um incremento de 23% foi atingido de 2011 a 2015.

10.3.1 Fontes de Receitas

Em 2015, mais de 183 mil pacientes receberam atendimento hospitalar, além dos serviços de medicina diagnóstica, que realizou mais de 7,2 milhões de exames, resultando em uma receita de R\$ 2,1 bilhões para o HIAE.

Além do atendimento prestado pela saúde suplementar, mais de 3,6 milhões de atendimentos foram realizados através das 22 unidades do Sistema Público da Cidade de São Paulo administradas pelo IIRS, tendo recebido recursos do SUS e da Secretaria Municipal de Saúde no valor de R\$ 574,1 milhões.

As receitas de ensino e pesquisa provém da Escola Técnica e Faculdade de Enfermagem, do Mestrado Profissional, dos cursos de Pós Graduação *Latu Sensu*, dos cursos à distância e de eventos em geral realizados pelo HIAE.

Além das receitas operacionais, o HIAE recebe recursos de atividades não operacionais como aluguéis, estacionamento e doações. A tabela 16 indica a evolução das receitas anuais nos períodos analisados :

Receita (em milhares de Reais)	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Pacientes e convênios	1.716.449	1.866.764	1.988.244	2.126.476	2.107.687
PROADI-SUS	206.064	201.803	258.139	255.426	274.800
Sec. Municipal Saúde	241.178	253.688	265.322	301.022	299.300
Particulares e outros	1.269.208	1.411.272	1.464.783	1.570.028	1.533.587
Atividade de ensino	24.482	40.137	49.136	59.009	72.280
Estacionamento	0	0	19.101	21.883	23.325
Aluguéis	0	0	19.564	21.176	20.289
Contrato de exclusividade	0	0	5.939	2.833	3.000
Doações	0	0	13.484	11.221	10.955
Outras	81.195	79.138	16.466	13.726	15.718
Total	1.822.127	1.986.039	2.111.934	2.256.324	2.253.254

Tabela 16: Fontes de Receitas - Hospital Israelita Albert Einstein

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo – Empresarial (elaborado pela autora)

Verifica-se que, apesar da principal fonte de receita ser o atendimento de pacientes através da assistência suplementar (70% em média), as receitas de

convênios com órgãos públicos para atendimento através do SUS têm crescido proporcionalmente mais a cada ano. Nota-se também o crescimento do ensino e pesquisa como fonte de receita, apesar de ainda irrelevante no total arrecadado (2% em média).

10.3.2 Fontes de Financiamento

As agências de fomento são uma importante fonte de financiamento externo de longo prazo nas quais o HIAE se apóia para a estratégia de crescimento. Ao longo dos últimos anos, o HIAE tem utilizado como fonte de financiamento os empréstimos bancários, seja através do BNDES, da FINEP ou do bancos comerciais.

Financiamento (em milhares de Reais)	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Empréstimos	156.465	350	33.006	283.316	5.859
Amortizações de Empréstimos	- 28.743	- 33.276	- 75.782	- 84.206	- 68.971
Fluxo de caixa dos empréstimos	127.722	-32.926	-42.776	199.110	-63.112

Tabela 17: Fluxo de Caixa dos Empréstimos - Hospital Israelita Albert Einstein

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo – Empresarial (elaborado pela autora)

Em 2015, o HIAE captou o valor de R\$ 6 milhões para o projeto de Telemedicina, sendo o valor total do projeto apresentado e aprovado junto ao BNDES (Programa Inovação) da ordem de R\$ 20 milhões. A gestão do HIAE visa assegurar a solidez por meio de forte controle de custos, busca de produtividade, preservação da solvência e manutenção de recursos em caixa para fazer frente a eventuais contingências.

A composição dos financiamentos com saldo devedor vigente no ano de 2015 foi:

Financiador	Linha	Objetivo	Valor empréstimo (R\$mil)	Ano	Prazo (meses)	Taxa
BNDES	Inovação	Criação Plataforma Telemedicina	20.156	2015	110	6% a.a + TJLP
Banco Itaú ¹		Aquisição, construção e reforma de imóveis	250.000	2014		
BNDES	Finem	Infra-estrutura HIAE	248.944	2007	108	2,8% a.a + TJLP
BNDES	Finem	Infra-estrutura HIAE	127.666	2011	72	2,8% a.a + TJLP
BNDES	Finem	Construção Unidade Clínica – Perdizes	44.642	2011	84	3,55% a.a + TJLP
BNDES	BNDES Saúde	Modernização de instalações	55.837	2013	84	2,35% a.a + TJLP
FINEP ²	Reembolsável	Expansão do IIEP	200.585	2014	48	5% a.a + TJLP

1 - dados não disponíveis

2 - R\$ 18.145 mil liberados até 2015

Tabela 18: Composição dos Financiamentos - Hospital Israelita Albert Einstein

Fonte: Demonstrações Contábeis + BNDES + FINEP – elaborado pela autora

Observa-se que existe uma diferença entre os recursos captados ao longo dos anos e o valor do financiamento descrito na Tabela 18. Isso se deve ao fato dos recursos das modalidades FINEM e do FINEP serem liberados de acordo com o andamento da obra ou do projeto.

10.3.3 Aplicação de Recursos

Os financiamentos acima listados foram captados com o objetivo de financiar parte dos seguintes investimentos incorridos nos períodos analisados.

O ano de 2011 teve como principais destaques em termos de investimentos foram a conclusão do Edifício 3 da Unidade Morumbi, destinado ao Centro Administrativo, consultórios e às atividades de suporte, suprimento e logística do HIAE, a adição de 44 novos leitos, a conclusão da Unidade de Atenção ao Paciente Crônico, com 30 leitos e o início da construção da nova unidade avançada de Alphaville. Foram também investidos R\$ 45 milhões em tecnologia de informação e automação e R\$ 31,2 milhões em equipamentos médicos. No total, o dispêndio de capital no período foi de R\$ 157,9 milhões.

Em 2012, foram realizados dispêndios de capital de R\$178,0 milhões, sendo os principais destaques a conclusão da construção da nova Unidade Avançada de Alphaville, expansão da Unidade Ibirapuera, adição de 12 novos leitos para o hospital, início da construção do novo Centro de Oncologia e Hematologia e da Sala Cirúrgica Híbrida, continuidade da implantação do novo Centro de Intervenção Guiado por Imagem, bem como investimentos em equipamentos médicos, tecnologia de informação, infra-estrutura e nas atividades de Ensino e Pesquisa.

Os principais destaques de 2013 foram a conclusão da construção do novo Centro de Oncologia e Hematologia e da Sala Cirúrgica Híbrida, a continuidade da construção do novo Centro de Intervenção Guiado por Imagem e o início da substituição do Sistema de Gestão Hospitalar, bem como investimentos em equipamentos médicos, tecnologia de informação, infraestrutura e nas atividades de Ensino e Pesquisa. Para isso, foram realizados dispêndios de capital de R\$144,4 milhões no período.

Foram realizados R\$ 215 milhões em dispêndio de capital no ano de 2014, valor este composto pelos seguintes principais investimentos: R\$ 61,3 milhões em equipamentos médicos, R\$ 44,2 no desenvolvimento de um novo sistema de gestão hospitalar, R\$ 28,8 em infra-estrutura, R\$ 16,1 na transferência de áreas corporativas com o objetivo de liberar áreas na unidade Morumbi para atender ao aumento da demanda por serviços hospitalares e R\$ 12,1, milhões de investimento no Hospital Municipal Santa Marina.

O ano de 2015 também foi um ano de muitos investimentos. Foram realizados no período dispêndio de capital no total de R\$ 284,3 milhões, sendo os principais destaques R\$ 92,4 milhões em equipamentos médicos, R\$ 72,1 milhões em infra-estrutura, R\$ 40,5 milhões no desenvolvimento de um novo sistema de gestão hospitalar, R\$ 17,6 milhões em expansão de leitos, R\$ 14,5 milhões de investimento no Hospital Municipal Vila Santa Catarina e R\$ 9,1 milhões em instalações para a Faculdade de Medicina e Unidade de Ensino do Rio de Janeiro.

10.4 Hospital das Clínicas de Porto Alegre

O Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é uma instituição pública integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Desde 1971, o hospital de ensino atua na assistência pública à saúde da população gaúcha, além das atividades de ensino e pesquisa. Como muitas instituições públicas no Brasil, a inauguração do HCPA sofreu com atrasos e falta de recursos. O sonho de construir um hospital escola vinculado à Faculdade de Medicina teve início em 1931, com a criação de uma comissão e a concessão de um fundo financeiro para a construção do hospital, cuja obra foi aprovada somente dois

anos mais tarde e iniciada apenas em 1943, sendo que o primeiro atendimento ambulatorial ocorreu em 1972.

Com o diferencial de ser uma empresa pública de direito privado que desenvolve seus compromissos sociais com autonomia administrativa e patrimônio próprio, o HCPA tem como executa suas atividades as seguintes premissas organizacionais:

Princípios Organizacionais - HCPA	
Visão	"Transformar a realidade com inovação em saúde"
Missão	"Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno de cidadania"
Valores	Respeito à pessoa, competência técnica, trabalho em equipe, comprometimento institucional, austeridade, responsabilidade social e transparência.

Quadro 6: Princípios Organizacionais – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fonte: (www.hcpa.edu.br) – elaborado pela autora

Do ponto de vista assistencial, trata-se de um hospital terciário, inserido nas redes nacional, estadual e municipal da saúde, articulando-se com estas três esferas para prover atendimento de excelência à população, especialmente ofertando seus serviços ao SUS através de contrato com os gestores do município. O atendimento nas dependências do HCPA abrange consultas ambulatoriais, exames diagnósticos, procedimentos terapêuticos, partos, internações e transplantes. O Hospital dispõe ainda de uma UBS, que atende à população a ela adstrita e é localizada no mesmo terreno do Hospital.

Por ser constituído sob a forma de empresa pública de direito privado, a instituição possui autonomia administrativa e financeira, o que viabiliza a forma em que o atendimento no hospital é operacionalizado, seja via particular ou através de convênios, sendo que no caso do convênio com o SUS, o atendimento aos

pacientes é definido de acordo com os critérios estabelecidos pelo gestor do sistema, o município de Porto Alegre.

Em seu planejamento estratégico, três macro processos foram estabelecidos: a assistência à saúde, as atividades de ensino e a geração de conhecimentos através da produção de pesquisas científicas.

O macro processo de assistência à saúde consiste na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; na prevenção e tratamento de doenças; e na educação sanitária da comunidade. Isso ocorre através do atendimento assistencial em caráter de emergência, internação, e ambulatório, bem como programas voltados a comunidade.

As atividades acadêmicas dos cursos de graduação nas diversas áreas da saúde da UFRGS e de universidades conveniadas com o HCPA, além dos programas de residência e pós-graduação também são parte integrante do macro processo. Com cerca de 1.500 alunos de graduação, o Hospital de Clínicas oferta seus espaços acadêmicos para diversos cursos da área da saúde, especialmente da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem da UFRGS, além dos cursos de Nutrição, Farmácia, Biomedicina e Psicologia, entre outros.

O macro processo de pesquisas científicas tem como objetivos a definição das políticas para a pesquisa, avaliação ética e metodológica de projetos, captação e gestão de recursos financeiros; consultorias aos pesquisadores, auxílio financeiro à produção e divulgação científicas, promoção de cursos de atualização, desenvolvimento de equipamentos. Os recursos para investimentos em pesquisa são provenientes do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do HCPA, fundo este constituído pela destinação de 0,08% das receitas de serviços hospitalares e utilizados como fomento de projetos acadêmicos realizados na instituição e também oriundos de projetos financiados pela indústria farmacêutica através da cobrança de taxa administrativa.

Os dados da estrutura física dos anos analisados (Tabela 19) demonstram que a capacidade instalada do hospital, permanecem estáveis nos últimos anos. Este quadro reflete, segundo a administração do HCPA, que o hospital está atuando nos limites da capacidade de seus recursos humanos, físicos e tecnológicos.

	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Leitos (capacidade instalada)	795	845	841	843	842
Consultas	586.283	594.942	600.492	590.306	601.732
Internações	32.354	33.585	32.114	32.056	34.161
Procedimentos Cirúrgicos	45.326	45.768	45.643	46.847	48.092
Cirurgias	21.711	22.285	22.237	22.323	24.410

Tabela 19: Estrutura Física - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fonte: Relatórios de Gestão HCPA – elaborado pela autora

A partir das informações disponibilizadas pelo HCPA foi realizada a análise do desempenho financeiro e econômico da entidade.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA					
Balço Patrimonial (em milhares de reais)					
Ano Fiscal	2011	2012	2013	2014	2015
Ativo					
Circulante					
Disponível	80.699	86.535	40.927	37.731	15.757
Contas a Receber	200.872	222.197	264.846	244.875	208.867
Estoques	23.986	26.970	24.832	24.747	25.514
Total do Ativo Circulante	305.557	335.702	330.605	307.353	250.138
Não Circulante					
Realizável a Longo Prazo	76.209	281.947	250.734	220.030	225.173
Imobilizado	484.561	486.518	519.778	483.879	505.167
Intangível	2.091	3.619	3.276	2.259	1.523
Total do Ativo Não Circulante	562.861	772.084	773.788	706.168	731.863
Total do Ativo	868.418	1.107.786	1.104.393	1.013.520	982.001
Passivo e Patrimônio Social					
Circulante					
Fornecedores	19.824	24.029	34.816	53.908	40.759
Empréstimos Bancários	-	-	-	-	-
Outras Obrigações	111.675	170.324	184.237	171.930	150.143
Total do Passivo Circulante	131.498	194.353	219.053	225.839	190.902
Não Circulante					
Financiamentos	-	-	-	-	-
Outras Obrigações	165.373	360.431	345.303	361.536	407.994
Total do Passivo Não Circulante	165.373	360.431	345.303	361.536	407.994
Patrimônio Social					
Patrimônio Social	571.547	553.002	540.037	426.146	383.105
Total do Patrimônio Líquido	571.547	553.002	540.037	426.146	383.105
Total do Passivo e Patrimônio Líquido	868.418	1.107.786	1.104.393	1.013.520	982.001

Tabela 20: Balço Patrimonial – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fonte: (www.hcpa.edu.br) – elaborado pela autora

HCPA					
DRE (em milhares de reais)					
Ano Fiscal	2011	2012	2013	2014	2015
Receitas Operacionais	878.419	1.023.671	1.172.914	1.211.901	1.185.990
Despesas Operacionais	- 838.851	- 1.009.332	- 1.156.811	- 1.218.160	- 1.190.072
Resultado Operacional	39.568	14.338	16.103	- 6.259	- 4.082
Outras receitas / despesas	7.872	4.847	7.022	6.212	7.100
Resultado Financeiro	- 8.950	- 6.194	- 5.231	- 4.648	- 4.971
LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	38.489	12.991	17.894	- 4.696	- 1.953

Tabela 21: Demonstração de Resultados do Exercício – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fonte: (www.hcpa.edu.br) – elaborado pela autora

Através das demonstrações contábeis do HCPA pode-se concluir que a instituição encontra-se em processo de estabilidade organizacional. Isso porque ao longo dos anos, a mesma não sofreu alterações significantes em sua estrutura financeira.

A principal variação tem ocorrido no PL e deve-se ao fato do estudo ter atualizado as contas de acordo com o IPCA, uma vez que o capital social não sofre movimentações desde 2012, quando incorporou lucros acumulados de 2011.

10.4.1 Fontes de Recursos

Entre os objetivos do planejamento estratégico, elaborado periodicamente, consta a sustentabilidade financeira, que se baseia em dois pilares, a captação e o uso adequado dos recursos financeiros. O pilar de captação de recursos tem como principal objetivo prospectar fontes de recursos existentes no cenário público e privado e elaborar projetos para sua captação, enquanto o objetivo de uso adequado dos recursos consiste em gerenciar os processos assistenciais e administrativos buscando resultados financeiros que garantam a sustentabilidade do HCPA a longo prazo.

Anualmente o HCPA estabelece uma meta de captação para complementar os recursos provenientes do Tesouro Nacional. Este indicador mensura o montante financeiro captado através de projetos específicos fomentados pelos órgãos governamentais e não governamentais, no sentido de ampliar ou qualificar o

atendimento para a população, seja em termos de assistência, de pesquisa ou mesmo na formação de recursos humanos.

As receitas operacionais de tiveram em média ao longo dos 5 anos analisados a seguinte composição: 19% foram decorrentes de receitas provenientes de sua produção de serviços, sendo aproximadamente 80% SUS e 20% outros convênios e particulares e 80% foram decorrentes de subvenções governamentais recebidas do Tesouro do Estado para o custeio de suas atividades. As receitas são complementadas por doações, alugueis, entre outras, as quais representam 1% do total arrecadado, conforme se verifica na tabela 22.

Receita (em milhares de Reais)	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Serviços Prestados	215.525	215.299	218.323	227.126	226.746
SUS	183.013	184.077	176.042	183.250	180.891
Privado	32.512	31.222	42.281	43.876	45.855
Repasse (Tesouro Nacional)	727.501	834.287	976.192	1.035.910	1.032.769
Deduções	-64.607	-25.916	-21.601	-46.204	-73.525
Receita Operacional Líquida	878.419	1.023.671	1.172.914	1.211.902	1.185.990
Outras Receitas (exceto financeiras)	25.782	11.528	10.092	13.646	12.792
Leilões	29	75	41	3	34
Aluguéis	4.775	5.054	5.140	3.766	2.439
Doações	1.476	1.705	1.204	6.629	2.970
Outras	19.503	4.695	3.707	3.247	7.349
Total	904.201	1.035.199	1.183.006	1.225.547	1.198.782

Tabela 22: Fontes de Receitas - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fonte: (www.hcpa.edu.br) – elaborado pela autora

Observa-se um crescimento das receitas com convênios particulares. Esse crescimento é parte da estratégia de aumento de captação de recursos do HCPA, O HCPA mantém, em seu total de 795 leitos, 102 destinados ao atendimento de pacientes de outros convênios e privados. O faturamento desta produção assistencial está vinculado ao objetivo estratégico de “Ampliar fontes de recursos”, uma vez que estes valores faturados são reinvestidos em melhorias nas instalações do hospital, aquisição de novos equipamentos e pagamento de alguns tratamentos não disponibilizados pelo SUS, beneficiando diretamente a sociedade. No ano de 2015, 89,2% das internações realizadas ocorreram através do SUS e as demais (9,8%) através de convênios ou particulares.

10.4.2 Fontes de Financiamento

Os investimentos do HCPA, bem como as despesas de custeio são financiadas através de subvenções governamentais ou por receitas de serviços prestados. O HCPA não se utiliza de instrumentos financeiros na captação de recursos.

10.4.3 Aplicação de Recursos

O principal investimento em curso do HCPA é a construção de três prédios (anexos I, II e III), ampliando a área física do hospital em 70%. O projeto deu início no ano de 2011 com a elaboração, aprovação e comunicação das etapas do projeto. Em 2012 ocorreu o processo licitatório e as obras iniciaram em 2013, com previsão de término no final de 2017.

O anexo I será dedicado ao atendimento de pacientes criticamente enfermos, com ampliação das áreas de terapia intensiva para adultos, emergência, bloco cirúrgico e centro de materiais esterilizados. O anexo II abrangerá algumas áreas de atendimento ambulatorial, como fisioterapia, hospital-dia e hemodiálise, além de setores administrativos, que serão deslocados do prédio principal, cedendo espaço para ampliação das áreas assistenciais. O anexo III será destinado à ampliação das áreas dedicadas ao atendimento de pacientes oncológicos, aumento dos espaços acadêmicos e de residência e alocação de áreas de pesquisa multiuso.

Os investimentos, tais como a realização da obra de construção de dois anexos ao Prédio Central, no valor estimado de R\$ 464 milhões, tem os recursos oriundos do Tesouro Nacional, aportados pelo MEC.

Investimentos	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Equipamentos de Informática	2.123	2.374	2.606		2.258
Máquinas e Equipamentos	13.690	22.060	46.701	24.401	6.330
Imóveis	488	2.227	3.105	20	
Mobiliários	1.079	2.256	4.547	1.078	
Terrenos			956		
Imobilizações em andamento	4.589	7.247	8.047	57.525	81.839
Instalações	3.332	4.186	5.146	3.672	
Veículos	295	110	75		149
Total	25.596	40.460	71.183	86.696	90.576

Tabela 23: Investimentos – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fonte: (www.hcpa.edu.br) – elaborado pela autora

Além do investimento de ampliação, o HCPA tem preocupação em manter seu parque instalado atualizado. Para isso, tem como objetivo estratégico impedir o sucateamento de sua estrutura estabelecendo que para cada Real depreciado, no mínimo um Real seja investido. A essa estratégia, dá-se o nome de índice de renovação permanente, conforme tabela 24:

	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Bens incorporados (R\$ mil)	32.849	42.291	72.004	86.959	5.000
Depreciação contabilizada (R\$ mil)	16.182	18.719	17.566	21.395	22.764
Índice de Recuperação Permanente	2,03	2,26	4,10	4,06	0,22

Tabela 24: Índice de renovação permanente - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fonte: (www.hcpa.edu.br) – elaborado pela autora

Ressalta-se que, quanto maior for o resultado, mais significativo torna-se a capacidade de investimento. Ao longo dos anos, como consequência de uma política de investimentos ousada, que, além de direcionar recursos próprios, foi eficaz na captação de recursos externos para renovar o parque tecnológico e agregar novas tecnologias, o HCPA superou o objetivo proposto.

Em 2015, o valor necessário para a cobertura de despesas de capital era de R\$ 35 milhões, no entanto, no transcorrer do exercício verificou-se a inviabilidade de cumprimento da previsão feita para as alocações de despesas de capital, em função das restrições ocorridas nas descentralizações feitas pelo Fundo Nacional da Saúde (FNS).

10.5 Hospital do Câncer de Barretos - HCB

O Hospital do Câncer de Barretos foi idealizado pelo casal de oncologistas Paulo e Scylla Prata, que na década de 60 recebiam pacientes de todo Estado de São Paulo em busca de tratamento do câncer no Hospital São Judas de Barretos. Em 1967, percebendo que o Hospital São Judas de Barretos não seria capaz de continuar atendendo a todas as especialidades, foi decidido que mesmo passaria a tratar exclusivamente o câncer. Mais tarde, o Hospital alterou sua forma jurídica para Fundação Pio XII, o que facilitaria o processo de captação de recursos junto ao governo.

Inicialmente, com apenas quatro médicos e uma filosofia de trabalho que incluía dedicação exclusiva, tratamento personalizado e caixa único, por muitos anos, assim como outras instituições de saúde que atendem através do SUS, o HCB trabalhava com resultados deficitários. A busca constante por financiamento tinha como objetivo financiar um tripé de qualidade no tratamento de câncer: um pólo de prevenção, um pólo de tratamento e um pólo de pesquisa, porém naquele período só era possível prestar um serviço assistencial.

Durante os anos 80, uma grave crise financeira quase causou o fechamento do hospital. Neste período, a gestão passou a ser feita por um administrador, filho dos fundadores, que alterou a gestão financeira e de compras, renegociou contratos e criou em 1993 o departamento de Captação de Recursos, passando a promover atividades beneficentes como campanhas junto aos pecuaristas de Barretos, shows e leilões como forma de arrecadar recursos para sanar os compromissos financeiros.

A partir de então, o HCB ficou nacionalmente conhecido não apenas pela sua qualidade no atendimento e tratamento contra o câncer, mas também pelo envolvimento de personalidades famosas no auxílio financeiro da instituição.

Apesar de ser constituído sob a forma de empresa privada, seu atendimento ocorre praticamente 100% via SUS, uma vez que até mesmo os pacientes que buscam iniciar o tratamento particular ou por convênios, logo não conseguem arcar com os custos ou tem o tratamento recusado pelas prestadoras de serviço e passam a ser atendidos pelo SUS. Tal situação gera um déficit mensal na instituição próximo a 5,4 milhões de reais. O objetivo da administração é que esse déficit seja coberto através de doações efetuadas pela sociedade, enquanto as contribuições efetuadas por artistas e shows são geralmente direcionadas para investimentos.

Do início da década de 60 até os dias atuais, o HCB transformou-se num complexo gigantesco que realiza 1,2 milhões de atendimentos por ano. Atualmente são 134.000 metros quadrados de área construída em diferentes cidades. Além de Barretos, há um hospital em Jales, no interior de São Paulo e um em Porto Velho, Rondônia. Há também sete unidades fixas de prevenção ao câncer em Barretos (SP), Fernandópolis (SP), Jales (SP), Porto Velho (RO), Campo Grande (MS), Nova Andradina (MS) e Juazeiro (BA). Além de 11 unidades móveis – carretas equipadas com mamógrafos que em 2015, realizaram 98 mil exames em 200 municípios. Tal crescimento se deu baseado nos seguintes princípios e valores organizacionais.

Princípios Organizacionais - HCB

Visão

“Ser reconhecido a nível nacional e internacional pela excelência na prestação de serviços, com ênfase na humanização ao paciente do Sistema Único de Saúde em prevenção, diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa em oncologia.”

Missão

“Promover saúde através de atendimento médico hospitalar qualificado em oncologia, de forma humanizada, em âmbito nacional, para pacientes do Sistema Único de Saúde, apoiado em programas de prevenção, ensino e pesquisa.”

Valores

Amor, humanização, honestidade, humildade, ética, respeito, comprometimento, trabalho em equipe, gratidão aos doadores e responsabilidade social.

Quadro 7: Princípios Organizacionais – Hospital do Câncer de Barretos

Fonte: (www.hcancerbarretos.com.br) – elaborado pela autora

Apesar do crescimento, os princípios do HCB se mantêm, principalmente no que se refere ao trabalho exclusivo e em período integral por parte dos 380 médicos que atuam no HCB.

HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS - HCB				
Balço Patrimonial (em milhares de reais)				
Ano Fiscal	2012	2013	2014	2015
Ativo				
Circulante				
Disponível	18.529	70.877	117.664	129.141
Contas a receber	50.215	23.667	23.981	18.634
Estoques	24.947	18.747	23.821	18.450
Outros	6.510	4.627	9.044	13.154
Total do Ativo Circulante	100.201	117.918	174.510	179.379
Não Circulante				
Realizável a Longo Prazo	326	639	992	2.536
Imobilizado	412.606	426.996	431.384	455.510
Intangível	2.132	1.784	1.531	1.408
Total do Ativo Não Circulante	415.064	429.419	433.906	459.454
Total do Ativo	515.265	547.337	608.416	638.833
Passivo e Patrimônio Social				
Circulante				
Fornecedores	14.008	15.738	19.375	21.200
Empréstimos Bancários	22.141	10.857	19.272	1.406
Outras Obrigações	32.705	88.952	144.729	184.233
Total do Passivo Circulante	68.854	115.546	183.376	206.839
Não Circulante				
Financiamentos	-	-	282	188
Outras Obrigações	29.183	51.317	69.003	92.712
Total do Passivo Não Circulante	29.183	51.317	69.285	92.900
Patrimônio Social				
Patrimônio Social	417.229	380.474	355.755	339.094
Total do Patrimônio Líquido	417.229	380.474	355.755	339.094
Total do Passivo e Patrimônio Líquido	515.265	547.337	608.416	638.833

Tabela 25: Balço Patrimonial - Hospital do Câncer de Barretos

Fonte: (www.hcancerbarretos.com.br) – elaborado pela autora

HCB				
DRE (em milhares de reais)				
Ano Fiscal	2012	2013	2014	2015
Receitas Operacionais	220.764	221.631	220.171	207.866
Despesas Operacionais	- 372.439	- 428.645	- 481.474	- 492.989
Resultado Operacional	- 151.675	- 207.015	- 261.303	- 285.123
Outras receitas / despesas	218.076	200.700	262.653	306.868
Resultado Financeiro	- 2.689	- 1.948	- 2.926	- 4.106
LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	63.711	- 8.262	- 1.576	17.639

Tabela 26: Demonstração de Resultados do Exercício – Hospital do Câncer de Barretos

Fonte: (www.hcancerbarretos.com.br) – elaborado pela autora

As demonstrações contábeis do HCB indicam que a estratégia de captação de recursos através de doações tem sustentado a instituição, permitindo que ela alcance o objetivo de atendimento à população 100% gratuito.

Camargo et al. (2001) concordam que a organização sem fins lucrativos desenvolva um projeto para captação de recursos, como atualmente trabalha o departamento do HCB. Para que tais projetos tenham resultados satisfatórios, segundo os autores, a elaboração do projeto deve ser definida de maneira clara e motivadora ao público e à causa a ser atendida. Para a captação é recomendável definir metas, com cotas de captação definidas, e prazos para que ao final de cada período possam ser avaliados os resultados e, com base neles, planejar as ações para o período seguinte.

10.5.1 Fontes de Receitas

Além dos serviços prestados através do convênio com o SUS, a principal fonte de receitas do HCB são as doações.

Receita (em milhares de Reais)	2.012	2.013	2.014	2.015
Serviços Prestados	220.764	221.631	220.171	207.866
SUS	194.688	196.639	191.987	176.782
Convênios	2.176	2.122	1.861	1.526
Particulares	182	380	500	587
Convênio Pref. De Juazeiro	721	642	598	767
Pesquisa Clínica	4.049	3.206	3.223	3.335
Treinamentos	4.000	3.936	4.926	7.114
Gestão AME	14.916	14.578	16.917	17.314
Outras	32	128	159	441
Subvenções e Convênios Públicos	87.774	94.385	130.585	153.708
Doações - custeio	112.845	98.438	126.886	150.289
Doações - investimentos	16.326	2.740	2.444	-
Outras	1.130	5.137	2.738	2.871
Total	438.839	422.331	482.824	514.734

Tabela 27: Fontes de Receitas - Hospital do Câncer de Barretos

Fonte: (www.hcancerbarretos.com.br) – elaborado pela autora

Em 2010, foi inaugurado o novo prédio da Captação de Recursos e Desenvolvimento para que o espaço pudesse atender todos aqueles que estiverem interessados em ajudar a HCB das mais diversas formas. O departamento de Captação de Recursos tem como missão captar recursos para o hospital de forma ética, transparente e segura, em suas mais diversificadas formas. Com essa iniciativa, o HCB arrecada anualmente cerca de 26% de sua receita, conforme tabela 28:

Doações para custeio	2.012	2.013	2.014	2.015
Pessoa Jurídica	50.118	31.378	46.757	57.324
Pessoa Física	582	3.286	-	1.411
Doações CD/DVD	1.160	1.756	-	212
Promoção de Eventos	605	767	-	1.415
Doações de Captação	31.672	42.691	67.896	89.765
Outras	6.339	3.711	-	162
Total	90.476	83.589	114.653	150.289

Tabela 28: Doações para Custeio - Hospital do Câncer de Barretos

Fonte: (www.hcancerbarretos.com.br) – elaborado pela autora

Para atingir valores tão expressivos, o setor de projetos busca promover shows, jantares e eventos promocionais com artistas e patrocinadores no intuito de divulgar a instituição e arrecadar recursos para ajudar a suprir o déficit mensal ou construir novas instalações na instituição. Entre os principais projetos de captação atualmente em curso estão:

Clube “O Bom Samaritano”

Com mais de 200 mil pessoas cadastradas, o Clube “O Bom Samaritano” faz parte do projeto de captação de recursos do hospital. A cada dois meses, as pessoas que ajudam esta causa através de doações, recebem a Revista do Hospital de Câncer, órgão informativo do hospital, juntamente com um boleto bancário.

Leilões

Com o objetivo de arrecadar fundos para dar continuidade às obras do hospital, manutenção do complexo hospitalar e para ajudar no pagamento do déficit operacional mensal, são realizados mais de 500 eventos por ano em prol do HC. São leilões de gado, festas, quermesses e shows que acontecem nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Paraná e Tocantins.

Representantes

O Hospital de Câncer de Barretos conta com mais de 300 coordenadores espalhados por diversas cidades dos estados acima citados, para tratar dos interesses da instituição. São pessoas extremamente dedicadas e solidárias que se sacrificam buscando recursos para manter os bons serviços e as portas do hospital sempre abertas.

Esses e outros projetos, tais como o “Caminhada Passos que Salvam”, “Mc Dia Feliz” E “Outubro Rosa”, além de doações em espécie ou bens, complementam as receitas provenientes do SUS e demais convênios com órgão públicos, privados, incluindo empresas e indústria farmacêutica.

10.5.2 Fontes de Financiamento

Como alternativa na gestão do fluxo de caixa da organização, o HCB se utiliza de financiamentos bancários de curto prazo, em especial da conta garantida. Em 2014, o HCB captou R\$ 321.000,00 através do BNDES com prazo de vencimento em 2019.

Financiamento (em milhares de Reais)	2.012	2.013	2.014	2.015
Empréstimos	-	9.219	17.669	1.594
Amortizações de Empréstimos	- 1.761	- 17.752	- 9.219	- 17.669
Fluxo de caixa dos empréstimos	-1.761	-8.533	8.450	-16.075

Tabela 29: Fluxo de Caixa dos Empréstimos – Hospital do Câncer de Barretos

Fonte: (www.hcancerbarretos.com.br) – elaborado pela autora

10.5.3 Aplicação de Recursos

O HCB tem como objetivo estratégico utilizar somente recursos de doações de artistas e personalidades para seus investimentos e as demais fontes de receitas para custeio de suas atividades. Nos últimos anos, os recursos foram aplicados conforme descrito na tabela 30:

Investimentos	2.013	2.014	2.015
Equipamentos de Informática	3.435	1.087	1.488
Máquinas e Equipamentos	26.465	12.519	13.059
Terrenos	69		28
Imobilizações em andamento	30.306	18.439	31.915
Edificações	25	11	5.502
Veículos	718	2.655	431
Total	61.018	34.711	52.423

Tabela 30: Investimentos - Hospital do Câncer de Barretos

Fonte: (www.hcancerbarretos.com.br) – elaborado pela autora

10.6 The Johns Hopkins Hospital

O *Johns Hopkins Hospital* (JHH) é um hospital universitário, fundado em 1889, 4 anos antes da Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins, instituição que foi a precursora no ensino da medicina integrado a um hospital, através de um modelo extremamente exigente para aceitação de alunos, além da ênfase no estudo através do método científico e do ensino “beira-leito” (*bedside teaching*) e por pesquisa de laboratório.

A fundação do hospital ocorreu graças a Johns Hopkins, um empreendedor, banqueiro e filantropo que deixou em testamento US\$ 7 milhões para a criação da universidade e da escola de medicina que levam o seu nome, com a instrução de que as mesmas buscassem novos modelos e padrões no ensino e no cuidado médico.

Desde então a instituição preza pela inovação em pesquisa e se destaca por ser o berço da engenharia genética, por ter sido a primeira a realizar uma infinidade de procedimentos cirúrgicos, por ter promovido a pesquisa vencedora do prêmio Nobel que descobriu restrições de enzima, por ter realizado a primeira cirurgia de mudança de sexo e por ter identificado três tipos de vírus da poliomielite, entre outros.

Para isso, investe em alta tecnologia médica e em profissionais gabaritados para o atendimento médico e pesquisa, fazendo com que seja classificado há 22 anos como o melhor hospital dos Estados Unidos pela *US News & World Report* além de constar entre os melhores do mundo em diversos outros rankings.

Para alcançar tais conquistas, o JHH faz parte de um gigantesco conglomerado (*Johns Hopkins Medicine* – JHM) dedicado à assistência a saúde, o que inclui mais dois hospitais universitários e três hospitais filantrópicos, entre outras atividades ligadas ao setor de saúde (Figura 9)

A *Johns Hopkins Health System Corporation* é o braço da organização que formula as políticas organizacionais e centraliza a gestão da JHM, o que inclui o compartilhamento de setores administrativos, tais como, recursos humanos, compras, financeiro e jurídico.

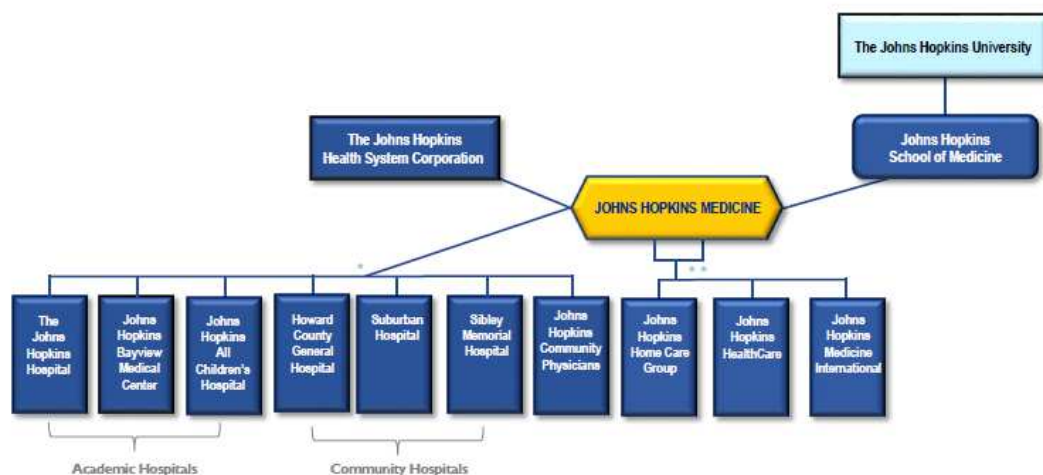


Figura 9: Estrutura Organizacional Johns Hopkins Medicine

Fonte: www.hopkinsmedicine.org

Todas essas atividades são pautadas nos seguintes princípios organizacionais:

Princípios Organizacionais - JHH	
Visão	"Juntos, cumprimos a promessa da medicina"
Missão	"Melhorar a saúde da comunidade e do mundo, definindo um padrão de excelência em educação médica, pesquisa e cuidados clínicos."
Valores	Excelência e Descoberta; Liderança e Integridade; Diversidade; Respeito e Colegialidade.

Quadro 8: Princípios Organizacionais – Johns Hopkins Hospital

Fonte: www.hopkinsmedicine.org – elaborado pela autora

A gestão financeira também é uma preocupação da organização que entende que para que a tríplice missão de educação, pesquisa e atendimento médico sejam cumpridas, há primeiramente a necessidade de atingir os objetivos financeiros.

The Johns Hopkins Hospital					
Balanço Patrimonial (em milhares de dólares)					
Ano Fiscal	jun/12	jun/13	jun/14	jun/15	jun/16
Ativo					
Circulante					
Disponível	50.024	111.105	108.113	113.189	122.889
Contas a receber	210.413	294.327	287.163	316.159	325.156
Estoques	45.272	51.205	49.849	57.655	65.692
Outros	101.344	72.262	77.044	75.241	109.157
Total do Ativo Circulante	407.053	528.899	522.169	562.244	622.894
Não Circulante					
Realizável a Longo Prazo	841.979	849.788	1.037.634	1.029.310	1.053.973
Imobilizado	1.520.816	1.472.269	1.433.723	1.379.989	1.361.066
Total do Ativo Não Circulante	2.362.795	2.322.057	2.471.357	2.409.299	2.415.039
Total do Ativo	2.769.848	2.850.956	2.993.526	2.971.543	3.037.933
Passivo e Patrimônio Social					
Circulante					
Fornecedores	197.090	178.681	182.170	192.789	207.946
Empréstimos e Financiamentos	162.625	25.865	76.872	23.220	18.633
Outras Obrigações	140.068	135.979	192.095	143.809	176.393
Total do Passivo Circulante	499.783	340.525	451.137	359.818	402.972
Não Circulante					
Empréstimos e Financiamentos	708.198	784.261	717.321	702.437	596.034
Outras Obrigações	590.399	483.859	485.568	619.820	941.827
Total do Passivo Não Circulante	1.298.597	1.268.120	1.202.889	1.322.257	1.537.861
Patrimônio Social					
Patrimônio Social	971.468	1.242.311	1.339.500	1.289.468	1.097.100
Total do Patrimônio Líquido	971.468	1.242.311	1.339.500	1.289.468	1.097.100
Total do Passivo e Patrimônio Líquido	2.769.848	2.850.956	2.993.526	2.971.543	3.037.933

Tabela 31: Balanço Patrimonial – Johns Hopkins Hospital

Fonte: www.hopkinsmedicine.org – elaborado pela autora

The Johns Hopkins Hospital					
DRE - equivalente (em milhares de dólares)					
Ano Fiscal	jun/12	jun/13	jun/14	jun/15	jun/16
Receitas Operacionais	1.756.969	1.948.222	1.995.127	2.096.729	2.235.649
Despesas Operacionais	- 1.671.742	- 1.878.003	- 1.909.030	- 2.028.260	- 2.154.758
Resultado Operacional	85.227	70.219	86.097	68.469	80.891
Resultado não operacional	- 323.681	200.624	11.092	- 118.501	- 273.259
LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	- 238.454	270.843	97.189	- 50.032	- 192.368

Tabela 32: Demonstração de Resultados do Exercício – Johns Hopkins Hospital

Fonte: www.hopkinsmedicine.org – elaborado pela autora

O ano fiscal norte americano encerra-se em junho, por este motivo os balanços são apresentados de julho do ano anterior a junho do ano fiscal. Para fins desse trabalho, não há necessidade de equiparar moedas, uma vez que apenas a estrutura de capital e as variações anuais são analisadas. Por este motivo os mesmos são apresentados em US\$.

Observa-se através dos dados disponibilizados um aumento no ativo circulante, o que favorece a liquidez da organização. De acordo com as notas explicativas, a redução do imobilizado se deve à reavaliação dos valores dos imóveis do JHH.

O realizável a longo prazo do JHH também apresentou crescimento, o que é representado em grande parte por fundos mútuos entre as empresas do grupo.

De acordo com a instituição, o desafio de todo setor de manter a saúde financeira também tem sido enfrentado pela JHM, que tem mantido suas receitas estáveis enquanto suas despesas continuam crescendo. Apesar dessa variação não ser tão considerável no JHH, é uma preocupação da JHM as variações negativas no PL do hospital.

10.6.1 Fontes de Receitas

As fontes de receitas da prestação dos serviços de saúde realizados pelo JHH são em média:

- 19% Medicare – Sistema de seguro saúde gerido pelo Governo dos Estados Unidos da América destinado a pessoas com idade acima de 65 anos ou que atendam a critérios relacionados à renda;

- 23% Medicaid – Programa social do Governo dos Estados Unidos que oferece atendimento a saúde para cidadãos com renda insuficiente para pagar um seguro saúde;
- 13% Blue Cross and Blue Shield – associação de planos de saúde que atende cerca de 106 milhões de norte-americanos;
- 46% Particulares ou outros planos de saúde.

10.6.2 Fontes de Financiamento e Aplicação de Recursos

Como principal fonte de financiamentos de terceiros o JHH recorre à emissão de *bonds*, que são títulos de dívida similares às debêntures apresentadas no capítulo 6.4.1. As principais diferenças entre os *bonds* e as debêntures são caracterizadas pelo prazo de pagamento mais longo dos *bonds* e por estes serem considerados mais seguros devido às garantias oferecidas. A operacionalização das emissões é similar e em alguns países não são consideradas diferenças entre as operações.

O JHH emite *bonds* com prazos de até 45 anos para financiar seus investimentos. De acordo com a instituição, em 2015, cerca de 20% de seus investimentos foram financiados através de emissão de dívida. Do restante, 5% vieram através de doações e 75% de receitas operacionais.

Investimentos (em milhares de US\$)	jun-12	jun-13	jun-14	jun-15	jun-16
Imóveis e Equipamentos	136.404	100.566	98.069	139.687	124.851
Total Santa Casa	136.404	100.566	98.069	139.687	124.851

Tabela 33: Investimentos – Johns Hopkins Hospital

Fonte: www.hopkinsmedicine.org – elaborado pela autora

10.7 University College London Hospitals

O *National Health Service* (NHS) do Reino Unido é um sistema de saúde público e gratuito que serviu de base para as diretrizes do SUS. Por este motivo, e

pelo fato de ser um grupo de hospitais universitários, foi selecionado o *University College London Hospitals (UCLH)* para análise deste estudo.

O UCLH está localizado na região central de Londres e atende pacientes do centro-norte da cidade. Fazem parte do conglomerado fundado em 2004 o *University College Hospital, National Hospital for Neurology and Neurosurgery at Cleveland Street, Eastman Dental Hospital, Royal National Thorat, Nose and Ear Hospital* e o *Royal London Hospital for Integrated Medicine*.

Por se tratar de uma fundação, o UCLH faz parte do NHS (*NHS Foundation Trusts*), porém gerencia seu próprio orçamento além de gerir a prestação de serviços aos 170.000 pacientes atendidos por ano pelos 7.500 funcionários, tudo isso em parceria com a *University College London (UCL)* e com os seguintes princípios organizacionais (Quadro X).

Princípios Organizacionais - UCLH	
Missão	Prestar atendimento ao paciente com alta qualidade, excelência em educação e pesquisa de alto nível.
Valores	Segurança, gentileza, trabalho em equipe e melhoria contínua.

Tabela 34: Princípios Organizacionais – University College London Hospital

Fonte: www.uclh.nhs.uk – elaborado pela autora

As principais características das *NHS Foundation Trusts* são a maior liberdade de acesso a capital, pois são permitidas captações de empréstimos e outras formas de captação de recursos, dentro de limites fixados de acordo com o fluxo de caixa previsto e a possibilidade de reter lucros gerados por melhorias na gestão.

Assim como o SUS, o NHS está passando por um momento sem precedentes que combina pressões financeiras e aumento do número de pacientes. (UCLH Annual Report, 2016) Os hospitais ingleses também enfrentam remuneração abaixo do custo para os serviços prestados e o cancelamento de subsídios que usualmente eram creditados a eles. Como forma de minimizar os impactos de reduções nas receitas, o UCLH tem revisto seus processos operacionais internos e investido em sistemas de suporte e tecnologia da informação. Os impactos financeiros podem ser melhor visualizados nas demonstrações contábeis abaixo:

University College London Hospitals					
Balanco Patrimonial (em milhares de libras)					
Ano Fiscal	mar/12	mar/13	mar/14	mar/15	mar/16
Ativo					
Circulante					
Disponível	110.252	150.388	129.937	92.816	68.570
Contas a receber	58.716	56.890	87.204	128.261	128.369
Estoques	17.641	19.132	19.660	20.760	17.348
Outros					
Total do Ativo Circulante	186.609	226.410	236.801	241.837	214.287
Não Circulante					
Realizável a Longo Prazo	19.917	22.769	25.684	31.033	14.762
Imobilizado	631.214	609.060	623.314	660.596	650.418
Intangível	490	414	337	438	633
Total do Ativo Não Circulante	651.621	632.243	649.335	692.067	665.813
Total do Ativo	838.230	858.653	886.136	933.904	880.100
Passivo e Patrimônio Social					
Circulante					
Fornecedores	103.286	117.608	123.042	131.648	146.228
Empréstimos e Financiamentos	5.415	6.541	6.789	7.053	6.089
Outras Obrigações	19.891	11.078	17.430	21.399	24.196
Total do Passivo Circulante	128.592	135.227	147.261	160.100	176.513
Não Circulante					
Empréstimos e Financiamentos	305.633	319.092	312.303	316.750	329.167
Outras Obrigações	10.092	10.428	8.070	7.436	7.061
Total do Passivo Não Circulante	315.725	329.520	320.373	324.186	336.228
Patrimônio Social					
Patrimônio Social	393.913	393.906	418.502	449.618	367.359
Total do Patrimônio Líquido	393.913	393.906	418.502	449.618	367.359
Total do Passivo e Patrimônio Líquido	838.230	858.653	886.136	933.904	880.100

Tabela 35: Balanco Patrimonial – University College London Hospital

Fonte: www.uclh.nhs.uk – elaborado pela autora

University College London Hospitals					
DRE - equivalente (em milhares de libras)					
Ano Fiscal	mar/12	mar/13	mar/14	mar/15	mar/16
Receitas Operacionais	774.104	842.992	912.630	945.944	940.272
Despesas Operacionais	- 751.379	- 798.800	- 855.804	- 895.756	- 955.566
Resultado Operacional	22.725	44.192	56.826	50.188	15.294
Resultado não operacional	- 22.283	- 45.799	- 35.005	- 26.711	- 88.116
LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	442	1.607	21.821	23.477	103.410

Tabela 36: Demonstração de Resultados do Exercício – University College London Hospital

Fonte: www.uclh.nhs.uk – elaborado pela autora

Como resultado do prejuízo do último ano, o UCLH se utilizou de recursos disponíveis, reduzindo seu saldo em caixa. O contas a receber tem aumentado significativamente, o que segundo o UCLH refere-se a débitos da NHS.

10.7.1 Fontes de Receitas

A principal fonte de receitas do UCLH são recursos do governo através do NHS e de outras fontes governamentais de custeio. Uma parcela de receita importante também é gerada através de pesquisa e desenvolvimento e da Universidade.

Receita (em milhares de Libras)	mar-12	mar-13	mar-14	mar-15	mar-16
NHS	557.467	610.793	684.539	733.295	697.076
Subvenções para Custeio	19.968	20.043	11.000	23.306	25.300
Convênios e Particulares	15.333	20.487	23.895	18.040	21.427
Aluguéis	5.248	4.862	5.653	3.685	4.241
Pesquisa e Desenvolvimento	37.738	46.278	39.033	44.300	45.652
Educação e Treinamento	48.182	51.705	49.586	46.128	46.374
Venda de Medicamentos	37.121	30.142	29.050	28.353	29.266
Outras receitas operacionais	37.741	50.374	60.795	44.435	65.170
Doações	15.306	8.308	9.079	4.402	5.766
Total UCLH	774.104	842.992	912.630	945.944	940.272

Tabela 37: Fontes de Receitas – University College London Hospital

Fonte: www.uclh.nhs.uk – elaborado pela autora

10.7.2 Fontes de Recursos

Os empréstimos e financiamentos referem-se a dois modelos de captações utilizados pelo UCLH. O primeiro, através de financiamento bancário é utilizado como forma de captação de recursos para investimentos, com destaque para dois empréstimos com prazos de 25 e 8 anos, que financiaram parcialmente a construção do *UCH Macmillan Câncer Centre*, que foi inaugurado em 2012 e a reforma da Emergência.

Empréstimos (em milhares de Libras)	mar-12	mar-13	mar-14	mar-15	mar-16
Captação através de PFI	-	-	-	-	-
Pagamento de PFI - principal	- 3.290	- 3.507	- 4.096	- 4.451	- 4.485
Captação de empréstimos	25.000	20.000	-	11.500	43.800
Pagamento de empréstimo	-	- 1.908	- 2.801	- 2.801	- 28.101
Fluxo de caixa dos empréstimos	25.000	18.092	-2.801	8.699	15.699

Tabela 38: Fluxo de Caixa dos Empréstimos – University College London Hospital

Fonte: (www.uclh.nhs.uk) – elaborado pela autora

O segundo refere-se a diversos financiamentos através de PFI, sendo um no valor de L\$ 87 milhões para instalação e gerenciamento de toda infraestrutura de rede do UCLH assinado em 2003, outro no valor de L\$ 422 milhões para construção e operação do UCH assinado em 2000 com prazo de 40 anos, quando enfim o prédio passa a ser de posse do UCLH.

Segundo a diretoria financeira do UCLH informou no relatório de gestão de 2015, novas captações devem ocorrer nos próximos anos uma vez que estão sendo construídos dois novos hospitais além da necessidade de recursos para cobrir os déficits previstos.

10.7.3 Aplicação de recursos

O foco da gestão financeira do UCHL nos últimos anos é equalizar os resultados sendo que os novos investimentos estão sendo realizados através do *PFI*.

Investimentos (em milhares de Libras)	mar-12	mar-13	mar-14	mar-15	mar-16
Edificações	82	338	2.623		
Equipamentos de Informática	2.526		51		
Mobiliário	2.731				
Máquinas e Equipamentos	6.152			1.090	286
Imobilizado em andamento	40.593	23.154	28.014	36.686	89.201
Total	52.084	23.492	30.688	37.776	89.487

Tabela 39: Investimentos – University College London Hospital

Fonte: (www.uclh.nhs.uk) – elaborado pela autora

10.8 HCFMRP – USP / FAEPA

A instituição objeto do estudo é o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), uma autarquia pública estadual, vinculada administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e associada à Universidade de São Paulo para servir como campo de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares para a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. O hospital iniciou suas atividades em junho de 1956, está inserido desde 1988 no Sistema Único de Saúde (SUS) como referência terciária/quaternária e abrange uma população de cerca de quatro milhões de habitantes, atendendo à demanda principalmente da região de Ribeirão Preto – São Paulo.

Para assegurar que seus objetivos sejam atingidos, o HCFMRP-USP pauta seu trabalho nos seguintes princípios organizacionais:

Princípios Organizacionais - HCFMRP - USP

Visão

"Ser reconhecido nacional e internacionalmente como referência em atenção à saúde, geração de conhecimento, formação e capacitação profissional para a valorização da vida".

Missão

"Desenvolver a prática assistencial, ensino e pesquisa em saúde, por meio da busca permanente da excelência, melhoria da qualidade de vida da população".

Valores

Ética, Humanismo, Responsabilidade Social, Pioneirismo e Inovação, Competência Pessoal, Comprometimento Institucional, Compromisso com a Qualidade

Quadro 9: Princípios Organizacionais – HCFMRP-USP

Fonte: (www.hcrp.fmrp.usp.br) – elaborado pela autora

A estrutura hierárquica do hospital é organizada funcionalmente, conforme figura 10:



Figura 10: Organograma Funcional - HCFMRP-USP

Fonte: Relatório de Atividades HCFMRP-USP (2015)

Entre os processos de apoio administrativo, está a elaboração dos planos e propostas orçamentárias, e posterior avaliação quantitativa e qualitativa dos serviços prestados. O HCFMRP-USP elabora seu planejamento estratégico para 4 anos com participação dos diversos setores da instituição, onde se avalia o ambiente interno e externo e se definem os objetivos com foco nos 5 principais eixos da organização: Atenção à Saúde, Urgência e Emergência, Ensino e Pesquisa, Gestão Hospitalar e Gestão de Pessoas.

O Hospital proporciona atenção à saúde para o tratamento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar, que compreende cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação, de natureza clínica e/ou cirúrgica, serviços complementares de diagnóstico e tratamento, nas mais diversas especialidades médicas. Esta assistência é prestada por equipe multiprofissional que compreende médicos, pessoal de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, dentre outras. Por ano são realizados cerca de 670.000 consultas e procedimentos em 881 leitos disponíveis. Mais de 6.000 servidores trabalham diariamente no Hospital.

Além disso, o HCFMRP-USP também é campo de Ensino para os alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia e Informática Biomédica da USP de Ribeirão Preto.

O atendimento aos usuários do SUS está previsto na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 no artigo 45 prevê a “parceria” entre o SUS e os hospitais universitários.

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram -se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990a).

Através dessa parceria, os pacientes SUS representam a grande maioria dos atendimentos. Em 2015, os pacientes particulares e conveniados, corresponderam a 6,6% das consultas, 3,8% das internações, 4,1% das cirurgias, 1,5% dos exames

laboratoriais, 4,2% dos exames especializados e 2,2% dos procedimentos do total de atendimentos prestados pelo HCFMRP-USP.

Levando em consideração o trinômio que norteia as ações do Hospital, Assistência, Ensino e Pesquisa, os clientes são segmentados entre pacientes, alunos e pesquisadores. Os pacientes são segmentados de acordo com a especialidade médica do atendimento e de sua procedência sendo que, no caso dos pacientes SUS, usuários são referenciados ao HCFMRP-USP a partir das Unidades Básicas de Saúde, por intermédio do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII, que realiza a regulação dos casos.

Relaciona-se também com os Departamentos Regionais de Saúde de Franca, Barretos e Araraquara, principalmente no que diz respeito à prestação da assistência médica, por meio da regulação do fluxo de pacientes de acordo com as necessidades assistenciais da população.

Nos casos de pacientes do SUS, os critérios dos encaminhamentos e dos agendamentos das consultas para os novos pacientes são estabelecidos, de acordo com a complexidade do caso e do enquadramento aos protocolos de acesso.

Para atendimento a pacientes usuários de convênios médicos e particulares. O HCFMRP- USP conta com uma Clínica de Convênios e uma Clínica Civil ambos sob a gestão da FAEPA (Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência).

10.8.1 FAEPA - Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência

A FAEPA é uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, certificada como entidade beneficente e qualificada como Organização Social pelo Governo do Estado de São Paulo. Foi criada em 1988, por iniciativa de um grupo de pessoas físicas e jurídicas de direito privado atuantes na área da saúde, com a finalidade especial de colaborar com o HCFMRP-USP, objetivando a implantação de mecanismos gerenciais e projetos que permitissem agilizar o aprimoramento da instituição hospitalar para ampliar e melhorar a assistência prestada à população.

Para que esse objetivo fosse atingido, a partir de 1993, foi firmado Convênio de Cooperação entre a SES de São Paulo e o HCFMRP-USP, no qual a FAEPA passou a processar e gerenciar o faturamento dos serviços médico-hospitalares prestados no âmbito o HCFMRP-USP aos beneficiários do SUS, permitindo maior

flexibilidade e aperfeiçoamento funcional do HCFMRP-USP graças ao apoio técnico, administrativo e financeiro.

Com o passar do tempo, a FAEPA ampliou sua atuação em projetos direcionados à estruturação da rede de saúde em Ribeirão Preto e Região ao estabelecer contratos similares ao do HCFMRP-USP com outras unidades hospitalares. Essa ampliação tem como principal objetivo formar um Complexo Hospitalar de Atenção Integral à Saúde, permitindo que o HCFMRP-USP se consolide como hospital terciário.

Este processo teve início em 2008, com a inauguração do Hospital Estadual de Ribeirão Preto. Em 2009 foi inaugurado o Centro Estadual de Referência a Saúde da Mulher – MATER e em 2010, o Hospital Estadual de Américo Brasiliense que passaram a integrar o Complexo de Saúde HCRP/FMRP/FAEPA/USP.

A Diretoria da FAEPA elabora o Plano Anual de Aplicação de Recursos para os projetos gerenciados pela instituição e o submete para aprovação do conselho de curadores e de administração.

10.8.2 Dados Financeiros e Contábeis

O capítulo 4.1 detalhou o processo e a importância do orçamento público para o setor público. Por se tratar de uma autarquia, os repasses de recursos financeiros ao HCFMRP-USP, exceto os gerenciados pela FAEPA, são efetuados pelo Governo Estadual com base no orçamento aprovado. Entre os princípios da LOA estão a unidade, princípio que estabelece um único orçamento para cada exercício financeiro e a universalidade, que compreende todas as receitas e despesas em um único orçamento. Por este motivo, as informações contábeis do HCFMRP-USP estão consolidadas no Balanço Geral do Estado de São Paulo.

Para fins deste estudo, no caso do HCFMRP-USP serão analisadas as informações financeiras disponíveis no Relatório de Atividades dos anos de 2011 a 2015 para as receitas provenientes do Tesouro do Estado. As demais receitas terão como base as demonstrações contábeis disponibilizadas pela FAEPA.

A FAEPA gerencia os recursos advindos do faturamento SUS, convênios com agências públicas de fomento à pesquisa científica, entre outros e apresenta anualmente as demonstrações contábeis, conforme Tabelas 40 e 41:

HCFMRP-USP - FAEPA					
Balanço Patrimonial (em milhares de reais)					
Ano Fiscal	2011	2012	2013	2014	2015
Ativo					
Circulante					
Disponível	83.864	92.701	126.791	151.068	161.763
Contas a receber	33.865	33.285	33.408	32.057	23.918
Estoques	-	-	-	-	-
Total do Ativo Circulante	117.729	125.986	160.199	183.125	185.680
Não Circulante					
Realizável a Longo Prazo	274	259	245	94	81
Imobilizado	20.319	18.847	20.059	28.583	35.972
Intangível	-	-	-	-	-
Total do Ativo Não Circulante	20.593	19.106	20.304	28.677	36.053
Total do Ativo	138.322	145.092	180.503	211.802	221.733
Passivo e Patrimônio Social					
Circulante					
Fornecedores	10.852	10.021	7.475	9.462	10.258
Empréstimos Bancários	12	-	-	-	-
Outras Obrigações	24.625	22.885	22.774	18.873	21.585
Total do Passivo Circulante	35.489	32.906	30.249	28.335	31.843
Não Circulante					
Financiamentos	-	-	-	-	-
Outras Obrigações	14.315	11.782	10.221	9.285	8.940
Total do Passivo Não Circulante	14.315	11.782	10.221	9.285	8.940
Patrimônio Social					
Patrimônio Social	65.576	83.634	94.801	131.597	157.418
Superávits Acumulados	22.943	16.769	45.232	42.585	23.532
Total do Patrimônio Líquido	88.518	100.404	140.033	174.183	180.950
Total do Passivo e Patrimônio Líquido	138.322	145.092	180.503	211.802	221.733

Tabela 40: Balanço Patrimonial – FAEPA

Fonte: (www.faepe.br) – elaborado pela autora

HCFMRP-USP - FAEPA					
DRE (em milhares de reais)					
Ano Fiscal	2011	2012	2013	2014	2015
Receitas Operacionais	250.440	245.308	244.290	263.444	242.583
Despesas Operacionais	- 235.218	- 234.937	- 207.168	- 234.925	- 236.921
Resultado Operacional	15.222	10.371	37.122	28.519	5.662
RESULTADO FINANCEIRO	7.721	6.398	8.110	14.066	17.870
LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	22.943	16.769	45.232	42.585	23.532

Tabela 41: Demonstração de Resultados do Exercício – FAEPA

Fonte: www.faepa.br – elaborado pela autora

A análise das demonstrações contábeis da FAEPA, apesar de não representarem a reação situação econômico-financeira do HCFMRP-USP, demonstra uma tendência de estabilidade em seu resultado operacional. Ao se avaliar os superávits dos exercícios, nota-se a significativa participação das receitas financeiras Segundo a FAEPA, “este resultado tem origem em reservas constituídas pela Fundação há mais de uma década, as quais são destinadas à manutenção de cauções necessárias para garantir a sustentabilidade em determinadas conjunturas, principalmente para cobrir despesas de custeio quando há intercorrências nos repasses dos diversos convênios e contratos celebrados, bem como sustentar os investimentos que estão sendo realizados”.

De fato, manter um adequado nível de liquidez, que permita à organização se manter por um período determinado em casos de imprevistos financeiros preserva o equilíbrio da organização, principalmente quando existe imprevisibilidade do recebimento de receitas.

10.8.2.1 Fontes de Receitas

Conforme descrito no capítulo anterior, as receitas do SUS são complementadas com repasses do governo do Estado de São Paulo e convênios, além de outras atividades executadas pelo HCFMRP-USP e gerenciadas pela FAEPA. Tais receitas estão discriminadas na tabela 42:

Receita (em milhares de Reais)	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Faturamento SUS	185.021	177.224	174.724	189.167	171.989
SES - T.A / Incentivo SUS	15.700	15.702	9.312	1.872	3.502
FAEPA - HCFMRP	49.719	52.381	60.254	72.405	67.093
Convênios Públicos - Municipal	6.652	4.663	4.187	4.321	5.968
Convênios Públicos - Estadual	897	117	1.032	9.894	5.143
Convênios Públicos - Federal	-	-	841	1.344	-
Renda Hospitalar - Convênios	17.078	20.100	23.912	27.270	27.615
Renda Hospitalar - Particulares	8.015	9.543	8.601	8.524	8.224
Projetos e Pesquisas	4.543	4.266	4.662	4.361	5.067
Receitas com estacionamento	916	896	2.039	2.525	2.212
Centro de Convenções	1.438	1.298	979	1.024	746
Outras receitas operacionais	10.180	11.499	14.001	13.143	12.118
Ressarcimento Custeio Adm	5.053	4.900	5.041	5.136	4.070
Receitas com cursos e concursos	3.167	3.252	2.970	3.209	3.565
Doações	555	1.336	1.369	514	868
Locações	772	637	1.082	1.064	1.284
Receita Recuperada	-	-	345	429	522
Patrocínios	486	183	709	1.497	1.563
Reversão de Contingências	14	745	995	415	-
Outras	132	445	1.490	882	248
Total FAEPA	250.440	245.308	244.290	263.444	242.583
Tesouro do Estado	278.784	319.756	414.557	454.166	446.104
Total HCFMRP-USP	589.122	628.943	733.103	803.158	767.898

Tabela 42: Fontes de Receitas – HCFMRP- USP / FAEPA

Fonte: (www.hcrp.fmrp.usp.br) e (www.faepe.br) – elaborado pela autora

Assim como os demais hospitais conveniados com o SUS, o HCFMRP-USP é remunerado com base nos valores apurados de serviços de saúde prestados e realizados conforme programação e contrato efetuado.

Os dados atualizados de acordo com o IPCA refletem uma redução na receita SUS. A tabela 43 demonstra que o número de consultas e procedimentos aumentou ao longo do ano. Tal fato, entre outras hipóteses, pode ser explicado pela defasagem da tabela SUS.

Consultas e Procedimentos	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Campus	562.192	591.327	609.900	632.365	652.278
Unidade de Emergência	41.145	40.575	37.718	37.910	36.104
Total Equipamentos	603.337	631.902	647.618	670.275	688.382

Tabela 43: Consultas e Procedimentos – HCFMRP- USP

Fonte: (www.hcrp.fmrp.usp.br) – elaborado pela autora

As receitas com estacionamentos referem-se a três estacionamentos gerenciados pela FAEPA, sendo um anexo ao Centro de Convenções e dois localizados ao redor do prédio do HC-Campus.

Desde 2001, a FAEPA também gerencia um Centro de Convenções, o qual é utilizado para eventos científicos e também alugado para eventos sociais e corporativos, como fonte de receita.

90% das receitas de cursos e simpósios são utilizadas para cobrir os custos de tais eventos, os quais se caracterizam por atividades técnicas e científicas organizadas pelos profissionais que atuam no HCFMRP-USP.

A FAEPA também gerencia os recursos provenientes de pesquisas clínicas. Nos três últimos anos analisados, cerca de 50 novos estudos por ano foram iniciados com o objetivo de avaliar a eficácia, tolerabilidade e segurança de medicamentos.

O HCFMRP-USP e a FAEPA também organizam ações para captação de doações em dinheiro, principalmente com o objetivo de finalização da construção do HC Criança.

10.8.2.2 Aplicação de Recursos

O plano de expansão do HCFMRP-USP inclui projetos que visam atender o objetivo estratégico de fortalecer a missão hospitalar, especialmente na organização dos atendimentos, de acordo com a hierarquização do SUS. Tais projetos prevêm equipamentos e infraestrutura adequados à atenção hospitalar terciária e quaternária.

De acordo com as informações do Relatório de Atividades (2015) o HCFMRP-USP possui um parque tecnológico de equipamentos estimado em, US\$ 45 milhões e vem apresentando crescimento, que se explica em função do aumento de demanda por serviços de saúde e pela constante disponibilização de novos equipamentos lançados no mercado. Esse parque tecnológico inclui equipamentos adquiridos pelo hospital e também equipamentos alugados ou disponibilizados em comodato ou para pesquisa.

Nos últimos anos, quase R\$ 50 milhões foram investidos em equipamentos, incorporando ao HCFMRP-USP novas tecnologias.

Investimentos em Equipamentos	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Tesouro	6.437.838	7.137.077	6.374.916	11.000.034	325.906
FAEPA	1.965.075	1.806.810	1.302.494	4.059.202	8.884.670
Total Equipamentos	8.402.913	8.943.887	7.677.410	15.059.236	9.210.576

Tabela 44: Investimentos em Equipamentos HCFMRP-USP

Fonte: Relatório de Atividades HCFMRP-USP (2015)

Além do investimento em equipamentos, o HCFMRP-USP aplica seus recursos também na execução de obras. Nos últimos 5 anos, foram investidos mais de R\$ 100 milhões em obras, com destaque para a construção do HC Criança, para as reformas do Centro de Reabilitação, da nova Unidade Coronariana e das enfermarias de Cirurgia do 9º pavimentos e para a implantação da Unidade de Transplantes de Órgãos Sólidos, entre outras.

Investimentos em Obras	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Tesouro	3.529.635	5.673.579	32.353.006	45.122.470	5.773.251
FAEPA	1.203.259	639.423	-	3.579.306	10.202.076
FINEP			1.536.575		
Total Equipamentos	4.732.894	6.313.002	33.889.581	48.701.776	15.975.327

Tabela 45: Investimentos em Obras HCFMRP-USP:

Fonte: Relatório de Atividades HCFMRP-USP (2015)

10.8.3 O HC Criança

Segundo Benevides (2005), a discussão sobre o tema “humanização da saúde” iniciou no Brasil no ano 2000 e teve sua primeira grande conquista em 2003, quando foi lançado o Programa Nacional da Humanização da Atenção Hospitalar com ações que objetivavam melhorar a qualidade de atenção ao usuário dos serviços de saúde, bem como aos trabalhadores. Tal política, conhecida como HumanizaSUS, tem como propósitos a redução de filas e de tempo de espera, com ampliação de acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; gestão participativa nos serviços. (HumanizaSUS, 2014)

Com esse intuito foi idealizada a construção do HC Criança, hospital anexo ao HCFMRP-USP. O objetivo era centralizar a assistência à criança e ao adolescente num espaço único, tornando possível a prestação de serviço de qualidade e integrado. (PEDRO *et al*, 2016).

Através de uma parceria entre o governo federal e estadual, com a colaboração da iniciativa privada e da sociedade civil através de doações, as obras do HC Criança deram início em agosto de 2005 com previsão de construção de um Hospital de 6 pavimentos com 234 leitos, proporcionando o atendimento integral e acolhimento adequado às crianças e adolescentes com expectativa de fazer 25 mil atendimentos por ano.

O prédio do HC Criança deve contar com enfermarias, Centro Obstétrico, Berçário, Alojamento Conjunto, CTI Pediátrica e CTI Neonatal, além do Centro de Cirurgia em Epilepsia e Apoio Acadêmico. Com a construção, além de um tratamento mais adequado às crianças e adolescentes, um terço do espaço do HCFMRP-USP será liberado, gerando mais de 100 vagas para outras áreas prioritárias, dentre elas, Oncologia, Cardiologia e CTI.

Após a conclusão da primeira fase do projeto, foi feita nova licitação no início de 2010, com previsão de término para meados de 2011. No entanto, ocorreu a rescisão do contrato por falta de atendimento dos prazos estabelecido e no ano de 2011 as obras foram paralisadas e retomadas em 2013.

Somente 10 anos depois de iniciadas as obras, em maio de 2015 teve início o atendimento ambulatorial nas novas instalações do HC Criança, para onde foram transferidos os ambulatórios Pediátricos de especialidades clínicas e cirúrgicas. Os investimentos realizados pelo governo do Estado com o HC Criança foram de R\$ 91 milhões, sendo R\$ 57 milhões em obras e R\$ 34 milhões em equipamentos. Vale questionar se este histórico poderia ser diferente.

11 Análise da estrutura de capital dos hospitais selecionados

Martins (2002) afirma que a avaliação por meio de indicadores de desempenho é adequada para análises históricas e também para análises comparativas entre organizações. Assim, percebe-se a importância da utilização de indicadores de desempenho para auxiliar a análise financeira tanto de empresas como de organizações hospitalares.

A técnica de Análise de Indicadores Econômico-Financeiros se utiliza dos diversos demonstrativos contábeis como fonte de dados e informações, que posteriormente são compilados em índices e indicadores, facilitando a análise e possibilita identificar a evolução do desempenho econômico-financeiro da empresa.

Três grupos de indicadores são os mais comumente utilizados com esse propósito. Os grupos liquidez e endividamento avaliam a situação financeira da empresa, enquanto o grupo rentabilidade busca compreender a situação econômica (Marion, 2009). Para fins desse estudo, serão destacados os indicadores de endividamento, uma vez que eles fazem referência à forma pela qual a empresa obtém os financiamentos que necessita para sustentar os investimentos, ou seja, se a empresa vem financiando o seu Ativo com Recursos Próprios ou de Terceiros e em que proporção.

11.1 Índice de Endividamento Geral (IEG)

O IEG apresenta a proporção dos ativos totais do hospital que é financiado por credores. Ao interpretar o índice isoladamente, o analista financeiro avalia que quanto maior a relação, maior o risco da empresa. Do ponto da empresa, muitas vezes um maior endividamento pode representar maiores ganhos, porém, passa a ser um fator de risco quando a empresa se torna extremamente dependente dessa fonte de recursos.

Índice de Endividamento Geral (IGE)	2011	2012	2013	2014	2015
Rede D'or São Luiz	75%	83%	79%	77%	62%
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	89%	96%	100%	117%	107%
Hospital Israelita Albert Einstein	28%	28%	23%	29%	27%
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	34%	50%	51%	58%	61%
Hospital do Câncer de Barretos		19%	30%	42%	47%
Johns Hopkins Hospital	65%	56%	55%	57%	64%
University College Londons Hospitals	53%	54%	53%	52%	58%
Mediana IGE	59%	54%	53%	57%	61%
FAEPA / HCFMRP-USP	36%	31%	22%	18%	18%

Tabela 46: Índice de Endividamento Geral

Fonte: Demonstrativos Contábeis - elaborado pela autora

Pode-se verificar que a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e a Rede D'or São Luiz são os hospitais que apresentam maiores índices de endividamento geral. Visto que, para análise desse indicador, considera-se que “quanto maior, pior”, podemos observar entre os hospitais analisados que a Santa Casa encontra-se em situação mais delicada, o que já foi descrito no capítulo 10.2.

Muitas organizações têm como estratégia utilizar uma parcela maior de capital de terceiros, como é o caso da Rede D'or. Empresas que se utilizam dessa estratégia o fazem quando concluem que o custo do capital próprio é maior do que o de terceiros. Isso ocorre porque o investidor ou instituição financeira não corre o risco operacional do negócio, recebendo o capital investido acrescido de juros independentemente da situação financeira da empresa, desde que haja capacidade de pagamento. Ou seja, o terceiro deve analisar principalmente o risco de crédito.

A FAEPA é o hospital analisado com menor IEG, seguida pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Apesar de terem baixos índices de endividamento, a composição do capital de terceiros é diferente entre eles. Enquanto em média 50% do capital de terceiros do Hospital Israelita Albert Einstein é composto por empréstimos e financiamentos, a FAEPA não se utiliza dessa fonte de financiamento, sendo que o passivo é composto por pagamentos e fornecedores, obrigações sociais ou tributárias e provisões.

11.2 Relação de Capital de Terceiros e Próprio (RCTP)

Assim como o IEG, o indicador Relação de Capital de Terceiros e Próprio (RCTP), também chamado de Participação de Capitais de Terceiros, relaciona as duas grandes fontes de recursos da empresa, o capital de terceiros e o próprio e retrata a dependência da empresa em relação aos recursos externos.

Relação Capital de Terceiros e Próprio (RCTP)	2011	2012	2013	2014	2015
Rede D'or São Luiz	293%	486%	382%	328%	161%
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	818%	2370%	215566%	-682%	-1630%
Hospital Israelita Albert Einstein	39%	38%	29%	41%	37%
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	52%	100%	105%	138%	156%
Hospital do Câncer de Barretos		23%	44%	71%	88%
Johns Hopkins Hospital	185%	129%	123%	130%	177%
University College Londons Hospitals	113%	118%	112%	108%	140%
Mediana RCTP	149%	118%	112%	108%	140%
FAEPA / HCFMRP-USP	56%	45%	29%	22%	23%

Tabela 47: Relação Capital de Terceiros e Próprio

Fonte: Demonstrativos Contábeis - elaborado pela autora

Entre os hospitais analisados podemos observar, assim como no indicador anterior, que a Santa Casa é o hospital que apresenta maior dependência de recursos de terceiros. No caso da irmandade, que se encontra com PL negativo, a organização está se utilizando somente de recursos de terceiros para financiar suas operações.

Até 2014, a utilização de capital de terceiros da Rede D'or São Luiz estava 4 vezes maior do que a de capital próprio. Em 2015, um grupo empresaria que possuía debêntures da Rede optou por convertê-las em ações da organização, o que pode ser verificado na queda do índice.

Entre os demais hospitais analisados, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o *Johns Hopkins Hospital* e o *University College London Hospitals* utilizam perto de 2,5 vezes mais recursos de terceiros do que próprios. A utilização desses recursos se torna especialmente vantajosa quando os mesmos são não onerosos.

Assim como apresentado no IEG, a FAEPA e o Hospital Israelita Albert Einstein são os hospitais com menor dependência de recursos de terceiros. A

utilização de recursos de terceiros do Hospital do Câncer de Barretos tem aumentado ano a ano devido ao aumento das subvenções governamentais, que são contabilizadas no passivo até que sejam efetivamente recebidas e utilizadas.

11.3 Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL)

O IPL indica a proporção do Patrimônio Líquido que está sendo aplicada em ativos permanentes pela empresa. O valor calculado indica o quanto a empresa está aplicando seus recursos próprios em ativos permanentes, fazendo que ela seja obrigada a buscar recursos de terceiros para financiar o ativo circulante.

O ideal para uma melhor gestão financeira pressupõe que os prazos das aplicações dos recursos estejam de acordo com os prazos das fontes de recursos captadas. Situações em que a empresa capta financiamentos de longo prazo para novos investimentos eleva o índice.

Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL)	2011	2012	2013	2014	2015
Rede D'or São Luiz	168%	276%	247%	228%	138%
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	515%	1327%	113611%	-316%	-580%
Hospital Israelita Albert Einstein	82%	83%	76%	74%	74%
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	85%	89%	97%	114%	132%
Hospital do Câncer de Barretos		99%	113%	122%	135%
University College Londons Hospitals	160%	155%	149%	147%	177%
Johns Hopkins Hospital	157%	119%	107%	107%	124%
Mediana IPL	158%	119%	113%	114%	132%
FAEPA / HCFMRP-USP	23%	19%	14%	16%	20%

Tabela 48: Imobilização do Patrimônio Líquido

Fonte: Demonstrativos Contábeis - elaborado pela autora

Entre as organizações analisadas, podemos observar que a FAEPA é a que menos aplica recursos próprios em ativos permanentes. Pelas particularidades das demonstrações contábeis da FAEPA, que não incluem as receitas, despesas e investimentos realizados pelo Governo do Estado de São Paulo, não é possível fazer uma análise isolada do índice, porém demonstra que o investimento da FAEPA

em imobilizado é baixo e que alternativas para captação de recursos devem ser analisadas, diminuindo a dependência de recursos do governo.

11.4 Composição do Endividamento (CE)

O indicador em questão representa o % da dívida total da empresa que deverá ser liquidado em curto prazo, ou seja, até o próximo exercício. Quanto maior o indicador, mais delicada a situação para a empresa, pois a mesma deverá dispor de recursos para honrar seus compromissos em um curto período.

Como todos os índices, a CE deve ser analisada em conjunto com outros indicadores financeiros. Ela é considerada uma medida de qualidade do passivo da empresa e deve ser analisado em conjunto com sua capacidade de geração de recursos e de renovação de dívidas junto aos credores.

Composição do Endividamento (CE)	2011	2012	2013	2014	2015
Rede D'or São Luiz	14%	20%	19%	24%	30%
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	58%	48%	47%	57%	72%
Hospital Israelita Albert Einstein	39%	55%	68%	50%	55%
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	44%	35%	39%	38%	32%
Hospital do Câncer de Barretos		70%	69%	73%	69%
University College Londons Hospitals	29%	29%	31%	33%	34%
Johns Hopkins Hospital	28%	21%	27%	21%	21%
Mediana CE	34%	35%	39%	38%	34%
FAEPA / HCFMRP-USP	71%	74%	75%	75%	78%

Tabela 49: Composição do Endividamento

Fonte: Demonstrativos Contábeis - elaborado pela autora

Entre os hospitais analisados, a Santa Casa, a FAEPA e o Hospital do Câncer de Barretos apresentam maior percentual de pagamento de suas obrigações em curto prazo. Tal situação por impactar negativamente a liquidez das instituições e sua capacidade de pagamento. O Johns Hopkins Hospital, a Rede D'or e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre apresentam CE mais confortáveis, com prazo de pagamento alongado, o que facilita a gestão do fluxo de caixa das organizações.

12 ALTERNATIVAS DE FINANCIAMENTO PARA PROJETOS HC / FAEPA

Diante da situação apresentada no capítulo 2 pode-se afirmar que o gasto público em saúde no Brasil está aquém do necessário. As propostas que serão apresentadas neste estudo são pragmáticas, porém algumas são de complexa implantação, necessitando de um empenho maciço na adequação da atual estrutura organizacional para poderem ser efetivamente utilizadas.

12.1 *Captação por Receitas*

Uma das diretrizes estratégicas estabelecidas pelo planejamento estratégico do HCFMRP-USP de 2015 é a ampliação das fontes de receitas. Para esta diretriz, o objetivo a ser alcançado foi o de “articular politicamente e definir estratégias e modelos para ampliar os recursos do Hospital, captando recursos públicos e privados.”

No âmbito público, a ação a ser tomada para atingir o objetivo foi “articular com a SES e deputados para recompor o teto e ampliar a dotação orçamentária” e no âmbito privado foi “realizar estudo preliminar da viabilidade de implementação de um serviço de captação de recursos”.

O parecer da Superintendência do HCFMRP-USP sobre o Relatório de Atividades em 2016 revela a preocupação da instituição com a “progressiva redução da participação do estado no financiamento do HCFMRP-USP, uma vez que desde 2014 não houve aumento das verbas mais substanciais do hospital oriundas do Tesouro do Estado e do Faturamento SUS”.

Inovar na ampliação das fontes de receitas e transformar o modo de gerir as instituições públicas de saúde impõe o enfrentamento de um *modus operandi*. Porém, ao fazer este movimento de mudança na gestão financeira e organizacional, sempre poderá incorrer no risco da resistência interna e externa.

A primeira alternativa é que já está em análise pela administração do HCFMRP-USP é ampliar a captação de recursos através de doações. Tal opção não altera a estrutura patrimonial, uma vez que as doações são consideradas receitas não operacionais. Entre os hospitais analisados, a melhor prática de captação de recursos é o HCB, que possui um departamento dedicado a esta função. É importante analisar que todos os demais hospitais estudados, exceção da Rede D’or, recebem doações ou se utilizam de trabalho voluntário, sendo que as receitas

oriundas da caridade não são significativas e não ultrapassam 1% do total. Nesse sentido, para a viabilização de projetos de investimentos específicos, o *crowdfunding*, surge como uma oportunidade inovadora. A desvantagem desse tipo de captação é que ela depende da disponibilidade de capital e do interesse dos financiadores.

Outra alternativa que não altera a estrutura de capital é o aumento de receitas através da ampliação de serviços oferecidos. Ampliar o atendimento de convênios e particulares é uma opção, uma vez que atualmente o atendimento a este público corresponde a apenas 2,2% do total de procedimentos realizados no hospital enquanto o termo de ajustamento de conduta firmado entre a FAEPA / HCFMRP-USP e o Ministério Público permite até 6%. Oferecer cursos e treinamentos, *on line* ou presenciais, utilizando-se da *expertise* do corpo docente do hospital também é uma forma de aumentar receitas. A Santa Casa de Misericórdia é uma instituição que, além dos cursos de graduação a pós-graduação, oferece diversos aperfeiçoamentos e aprimoramentos

12.2 Captação de Recursos no mercado financeiro

A utilização de recursos privados para fins públicos ainda sofre resistência de alguns grupos, porém Nascimento e Freitas (2017) destacam que a participação privada no setor público altera a condição do governo de provedor para consumidor de serviços, impõe racionalidade de mercado ao Estado, cria novas oportunidades de lucro alinhadas ao compartilhamento de riscos, consolida um planejamento orientado por interesses privados e viabiliza grande projetos e respectivos ganhos indiretos relacionados.

Nesse sentido, conforme observado no capítulo 11, todos os indicadores de endividamento da FAEPA permitem concluir que há possibilidades de mudanças na estrutura patrimonial de modo a ampliar a participação de capital de terceiros na instituição.

Dentro das opções que alteram a estrutura de capital do HCFMRP-USP, conforme já apresentado no capítulo 5.4.1, estas podem ser divididas em opções do mercado de crédito e de capitais. O mercado de crédito oferece empréstimos e financiamentos que podem ser adequados ao prazo e ao tipo de investimento programado. É importante salientar que a aquisição de um bem financiado através

de empréstimos deve atender critérios objetivos de análise de retorno sobre o investimento. Para isso, deve-se optar por projetos com Taxa Interna de Retorno positivas ou que apresentem garantias,. Entre os hospitais analisados, o Hospital Israelita Albert Einstein se utiliza de financiamentos através do BNDES para diversos projetos de expansão de suas unidades.

Unir o empreendedorismo social ao mercado financeiro também é uma abordagem que tem sido utilizada. A Fundação Bill & Melinda Gates dá garantia para empréstimos a projetos sociais que apóia, permitindo que os juros sejam menores uma vez que reduz o risco da operação (Harvard Business Review, 2012). As garantias de empresas que já possuem histórico positivo de crédito facilitam principalmente em momentos de crise, quando as instituições financeiras limitam a concessão de empréstimos

O empreendedorismo social abre um amplo leque de oportunidades para organizações e fundações sem fins lucrativos não apenas no mercado de crédito. O mercado de capitais também é uma alternativa viável, porém além da dimensão econômico-financeira, os aspectos legais de cada produto oferecido devem ser avaliados.

A emissão de títulos de impacto social é uma realidade no Reino Unido desde 2010, segundo a Harvard Business Review. O título é vendido a investidores privados que recebem um retorno financeiro apenas se o projeto público tiver sucesso. Dessa forma, o investidor assume o risco em busca do lucro e o poder público remunera somente quando tiver resultados positivos, ficando com qualquer economia adicional. No caso do HCFMRP-USP, os títulos poderiam ser emitidos para médicos e demais interessados em projetos específicos de seus departamentos sob possibilidade de ressarcimento pelo Estado.

Tais títulos são similares às debêntures, que também poderiam ser emitidos pelo HCFMRP-USP para projetos de longo prazo. Entre os hospitais analisados no estudo, a Rede D'or se utiliza das duas fontes de recursos em seu bem sucedido plano de expansão e o Johns Hopkins Hospital também emite títulos de dívida que financiam sua operação. A emissão de títulos é especialmente interessante em momentos de incerteza, quando o mercado de crédito fica mais restrito.

A construção de um hospital com recursos públicos, por exemplo, leva anos, como o caso da HC Criança e imobiliza recursos públicos que poderiam ser utilizados de forma mais produtiva. Para investimentos como este, a PPP e a criação

de um fundo de investimento imobiliário são alternativas disponíveis e que permitem maior agilidade na entrega do projeto sem um grande investimento inicial. O Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, adquirido em 2012 pela Rede D'or, captou recursos com a venda do empreendimento imobiliário a um FII em 2006. A *University College London Hospitals* construiu uma de suas unidades hospitalares através de modelo similar à PPP no Brasil.

A engenharia financeira pode, portanto, ser um forte motor de mudança, permitindo a alocação de mais capital para investimento do que normalmente haveria. Pode abrir belas oportunidades para o financiamento de projetos que melhorem a saúde e a vida das pessoas.

13 CONCLUSÕES

A presente dissertação teve como objeto de estudo as demonstrações contábeis de hospitais nacionais e internacionais com o objetivo de ampliar as possibilidades de financiamento aos investimentos do HCFMRP-USP.

O financiamento da saúde é tema amplamente discutido no Brasil, por se tratar de um dos assuntos mais complexos devido à crescente demanda da sociedade por atendimento médico em conjunto com a escassez de recursos financeiros. O direito constitucional da saúde integral e para todos torna o desafio ainda maior para o gestor público.

Instintivamente, a melhor forma de solucionar a equação seria multiplicar o gasto público com a saúde. Conforme destacado no capítulo 2, o gasto de setor público com saúde não chega a 4% do PIB enquanto nos países com saúde pública universal analisados no capítulo 1, este índice supera os 8%. Aumentar o gasto público sem racionalizar a gestão, no entanto, não resolveria o problema.

Em 2015, de acordo com o Portal da Transparência do Governo Federal, 42,8% do gasto público federal foi destinado a pagamentos relacionados à dívida pública e outros 23,4% foram destinados à previdência social. Restam 33,8% que devem atender todos os demais serviços públicos, saúde, educação, infra-estrutura, segurança, transporte, meio ambiente, cultura, etc.

Este trabalho não teve a pretensão de discutir o papel do Estado como garantidor dos recursos para a saúde, porém ao observar suas dificuldades e falhas no cumprimento de seus deveres, há que se pesquisar alternativas à situação atual.

O estudo apresentado tratou de demonstrar quais são os instrumentos financeiros utilizados por hospitais selecionados e que podem ser adaptados ao HCFMRP-USP de forma que este atinja sua diretriz estratégica de aprimorar a infra-estrutura hospitalar na busca da excelência.

Ao mesmo tempo em que apresentou a complexidade dos problemas, o estudo demonstrou a riqueza das soluções disponíveis, porém é sempre importante destacar que as contribuições oriundas de diferentes instituições devem ser analisadas a luz das condições legais e da dinâmica econômica de cada organização. Não há um modelo único de financiamento privado para o sistema público de saúde. Estabelecer novos padrões dentro da organização e unir forças

entre o setor público e privado é o desafio para viabilizar a melhor alternativa para cada investimento necessário.

Sobretudo este estudo identificou a necessidade de ampliar o debate sobre o assunto, não apenas de forma ideológica, mas considerando também o ponto de vista técnico, seus riscos e benefícios.

14 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Após a realização deste trabalho, cabe ressaltar algumas limitações. Ao utilizar o tipo de amostra intencional, não podem ser feitas generalizações. Além disso, uma vez que o estudo limita-se a analisar as demonstrações contábeis, trata-se de uma visão parcial da estratégia das organizações. Para uma compreensão mais abrangente, sugerem-se futuras pesquisas que abordem entrevistas com os gestores.

Outra restrição foi o fato de não ser de conhecimento da autora os projetos de investimentos necessários ao HCFMRP-USP, fazendo que as sugestões apresentadas não sejam específicas e necessitem de adaptações na estrutura organizacional da instituição

Diante do material estudado, pode-se sugerir algumas novas possibilidades de pesquisa, entre as quais se destacam:

- Acompanhamento dos projetos de investimentos no HC, elaborando análise de retorno e sugerindo fontes de financiamento específicas.
- Pesquisa sobre aceitabilidade da comunidade do HCFMRP-USP de investir recursos financeiros em projetos que gerem retorno à instituição.
- Análise do custo do atendimento de atenção primária e secundária em instituição com infra-estrutura terciária.

15 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGLIETTA, M.; **Macroeconomia Financeira I - Mercado financeiro, crescimento e ciclos**. Edições Loyola, 2004.

ALBUQUERQUE, E.M.; CASSIOLATO J.E. **As especificidades do Sistema de Inovação do Setor de Saúde**. Revista de Economia Política, vol. 22, nº 4 (88), outubro-dezembro, 2002.

ALENCAR, E.; GOMES, M. A. **Metodologia de pesquisa social e diagnóstico participativo**. Lavras: UFLA/FAEPE, 1998. 212 p.

ALMEIDA, T.R.R.; **Perspectivas de sobrevivência do hospital**. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, p.104:113, 1983.

AMATO, F. B.; **Implantação de empreendimentos de base imobiliária por meio de fundos de investimento imobiliário: critérios de governança dos recursos financeiros para mitigação de riscos capaz de potencializar a captação de investimentos privados com car.** 2009. Tese (Doutorado em Engenharia de Construção Civil e Urbana) - Escola Politécnica, University of São Paulo, São Paulo, 2009. doi:10.11606/T.3.2009.tde-01062009-171952. Acesso em: 21 jun. 2017.

ANDRADE, M. G. V.; **"Organizações do terceiro setor: estratégias para captação de recursos junto às empresas privadas."** Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S.; **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000300499&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 mai. 2016.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar; **Dados Consolidados da Saúde Suplementar**. Ministério da Saúde, 2017 Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 02 mai. 2017.

ANSOFF, I.; **Strategic Management**. John Wiley & Sons, 1979.

ARAÚJO, Victor Leonardo (et al.) O sistema brasileiro de instituições financeiras subnacionais para o desenvolvimento: um panorama.

ASSAF NETO, A.; **A dinâmica das decisões financeiras**. Cad. estud., São Paulo, n. 16, p. 01-17, Dec. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-92511997000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2016.

ATKINSON, Anthony A.; et al. **Contabilidade Gerencial**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BAER, M., **O Rumo Perdido: a crise fiscal e financeira do Estado brasileiro**, RJ: Paz e Terra, 213 p., 1993.

BANCO MUNDIAL. **"Financing health services in developing countries: an agenda for reform."** Washington, DC, Banco Mundial, 1987.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S.; **Fundamentos da Metodologia: um guia para a iniciação científica**. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

BARROS, L. & SILVEIRA, A. **Excesso de confiança, otimismo gerencial e os determinantes da estrutura de capital**. *Revista Brasileira de Finanças*, 6:293–334. 2008.

BASTOS, H.G.; **O papel dos fundos de pensão na formação de funding no Brasil** – Campinas, SP, 2015.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E.; **"Humanização na saúde: um novo modismo?"** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 9.17 (2005).

BIASOTO JR, G.; AFONSO, J. R. R.; **Investimento público no Brasil: propostas para desatar o nó.** *Novos estud. - CEBRAP* [online]. 2007, n.77, pp. 7-26. ISSN 0101-3300.

BOSCHETTI, I.; **Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil.** Brasília, Letras Livres, Editora UNB, 2006.

BURKHEAD, J.; **Orçamento Público.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2011a. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/ManualdeOrcamento.pdf> Acesso em: 26 mai. 2016.

BRASIL. **Lei das Sociedades por Ações.** Dispõe sobre as Sociedades por Ações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6404consol.htm. Acesso em: 26 set. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988a. Cap. II – Da Seguridade Social – Seção II: Da Saúde (art. 196 a art. 198). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2011a. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/ManualdeOrcamento.pdf> Acesso em: 26 mai. 2016.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>. Acesso em: 26 mai. 2016.

BRASIL. Comissão de Valores Imobiliários. <http://www.cvm.gov.br/export/sites/cvm/legislacao/deli/anexos/0500/deli539.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Contabilidade. **Resoluções e emendas do CFC**. Disponível em: http://www2.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes_sre.aspx?codigo=2010/001282. Acesso em: 28 mai. 2016.

BRASIL. Banco Central do Brasil. **Relação de Instituições em Funcionamento no País**. Disponível em: <http://www.bcb.gov.br/fis/info/instituicoes.asp>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Diário Oficial do Estado de São Paulo. **Comissão parlamentar de inquérito constituída com a finalidade de investigar denúncias sobre a situação econômico-financeira das Santas Casas**. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/arquivoWeb/com/com3312.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS: Princípios e conquista**. Brasília: MS; 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Planejamento Estratégico 2012 - 2015**. Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/publicacoes/130314_planejamento_estrategico.pdf. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. **Transparência de recursos por função orçamentária**. Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.gov.br/PortalFuncoes.asp?Exercicio=2015&Pagina=1BRAS>. Acesso em: 26 mai. 2016.

BRASIL. Portal da Saúde. **A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizasus/l1-humanizasus/12416-objetivos>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRASIL. Valor Econômico. Planos dobram rede própria em cinco anos. Disponível em: <http://www.valor.com.br/empresas/5002182/planos-dobram-rede-propria-em-cinco-anos>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Datasus. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 04 jun. 2017.

BRASIL. CNS, Confederação Nacional de Saúde (CNS)/ Organizado por Cláudio José Allgayer. Porto Alegre: Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988b. Cap. II – Das Finanças Públicas – Seção II: Dos Orçamentos (art. 165 a art. 165). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. **Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Manual técnico de orçamento MTO**. Edição 2015. Brasília, 2014. Disponível em: http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/mto_2015_1a_edicao-150514.pdf . Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101 de 04 de maio de 2000a. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm . Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a: Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26 set. 2015.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.142, de 29 de dezembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 1990b: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8142.htm . Acesso em: 26 set. 2015.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000b. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 26 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Manual de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**. – 3ª Edição ver. e ampl. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf. Acesso em: 26 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores e Dados básicos. – IDB - Brasil – 2004. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004>>. Acesso em: jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIOPS – Brasil – 2017. Disponível em: <siops.datasus.gov.br/>. Acesso em: jun. 2006.

BRASIL. Lei nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13097.htm>. Acesso em: 05 nov. 2015.

BRESSER PEREIRA, L. C.; **Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, Buenos Aires, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1995/97.ReformaSistemaSaude.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2016.

BRITO, B. M. B.; SILVEIRA, A. H. P.; **Parceria Público-Privada: compreendendo o modelo brasileiro**; Revista do Serviço Público Brasília 56 (1): 7-21 Jan/Mar 2005.

BRITO, G. A. S.; CORRAR, L. J.; BATISTELLA, F. D.; **Fatores determinantes da estrutura de capital nas maiores empresas que atuam no Brasil**. R. Cont. Fin. USP, São Paulo, n. 43, p. 9 –19, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-70772007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2016.

BUGG-LEVINE, A.; KOGUT, B.; KULATILAKA, N.; “Um novo jeito de financiar empreendimentos sociais”; **Harvard Business Review**; 2012 Disponível em: <http://hbrbr.uol.com.br/um-novo-jeito-de-financiar-empreendimentos-sociais/> Acesso em: 20/06/2017

CAMARGO, M. F. et al.; **Gestão do Terceiro Setor no Brasil**. São Paulo: Futura, 2001.

CARRERA, M. B. M.; **Parceria Público - Privada na Saúde no Brasil: Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia**. 2012. 106f. Dissertação Mestrado em Administração em saúde – Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

CASTELAR, R.M.; **O hospital no Brasil**. In: CASTELAR, MODELET& GRABOIS: Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Brasil/França, Ed. ENSP, 1995.

CARVALHO, F. J. C.; Sistema financeiro, crescimento e inclusão. **Brasil em desenvolvimento: Economia, tecnologia e competitividade**, v. 1, p. 23, 2005.

CARVALHO, M.; PAULUS J. A.; CORDONI J. Luiz. **Financiamento público da saúde pelo governo do Estado do Paraná, Brasil, 1991-2006**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.11, pp. 2532-2540. ISSN 0102-311X.

CARVALHO, F.J.C.; SOUZA, F. E.P.; SICSÚ, J., Economia Monetária e Financeira: teoria e política, Rio de Janeiro: Campus, 2001.

CINTRA, M.; **Modelagem de PPP: pré-requisitos fundamentais e suas implicações**. Cadernos FGV Projetos, v. 9, n. 23, p. 44-53, jan. 2014.

COMITÊ DE PRONUNCIAMENTOS CONTÁBEIS – CPC. Pronunciamento Conceitual Básico (R1) Estrutura Conceitual para Elaboração e Divulgação de Relatório Contábil-Financeiro. 2011. Disponível em: http://www.cpc.org.br/pdf/CPC00_R1.pdf. Acesso em: 8 jul. 2016.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde; **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

CORDER, Solange; SALLES FILHO, Sérgio. **Aspectos Conceituais do Financiamento à Inovação**. *Revista Brasileira de Inovação*, [S.l.], v. 5, n. 1 jan./jun., p. 33-76, aug. 2009. ISSN 2178-2822. Disponível em: <<http://ocs.ige.unicamp.br/ojs/rbi/article/view/297/214>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

CRUZ, P. D. C.; **Notas sobre o endividamento externo brasileiro nos anos 70**. In: *Desenvolvimento Capitalista no Brasil: Ensaio Sobre a Crise*. BELLUZZO, L. G. M. & Coutinho, R. (Org.), Campinas, Unicamp, IE, 1998.

DAMODARAN, A.; **Finanças Corporativas: teoria e prática**. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

DELGADO, L. C. **Os projetos de Investimento ao Serviço de Uma Instituição Hospitalar**. São Paulo, FGV/EAESP, 1985.

DENARDIN, A. A.; **"A importância do Custo de Oportunidade para a avaliação de empreendimentos baseados na criação de valor econômico (Economic Value Added–EVA)**. *ConTexto* 4.6, 2004.

DESENVOLVE SP. Mais de R\$ 1 bilhão em financiamentos em quatro anos, 2014. Disponível em: <<http://desenvolvesp.com.br/a2sitebox/arquivos/documentos/129.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

ELD J., W. Custo e estrutura de capital: o comportamento das empresas brasileiras. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 51-59, Dec. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475901996000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2016.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Medicaid. Disponível em: <https://www.medicaid.gov>. Acesso em: 24 mai. 2016.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Health Insurance. **A brief history of Medicare in America**. Disponível em: <https://www.medicareresources.org/basic-medicare-information/brief-history-of-medicare/>. Acesso em: 24 mai 2016.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Johns Hopkins Medicine. **Establish a transparent financial reporting system available and understood by all Johns Hopkins Medicine constituencies**. Disponível em: http://www.hopkinsmedicine.org/news/publications/docs/operating_capital_budget_infographic.pdf. Acesso em: 25 mai. 2016.

FALCONER, A.P.; VILELA, R.; **Recursos privados para fins públicos: as grantmakers brasileiras**. São Paulo: Peirópolis: Grupo de Institutos, Fundações e Empresas, 2001,174p.

FLEURY, S; OUVÉRY, A. M.; **"Política de Saúde: uma política social."** Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, P. 23-64, 2008.

FREITAS, M. C. P. **Projeto de Estudos sobre as perspectivas da indústria financeira brasileira e o papel dos bancos públicos**, coordenado por Ricardo de M. Carneiro e financiado pelo BNDES. Instituto de Economia/Unicamp, 2009.

FREITAS, M.C.P. **“Os fundos de pensão e o financiamento da infraestrutura”**, in Rezende, F.; De Paula, T. B. (coord.), *Infraestrutura: perspectivas de reorganização; financiamento*, Brasília: IPEA, 1998.

FUCIDJI, J. R.; DE PRINCE, D.; Determinantes do crédito bancário: uma análise com dados em painel para as maiores instituições. **Análise Econômica**, v. 27, n. 52, 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013a. Vol. 3. 271 p. ISBN 978-85-8110-017-3. Disponível em SciELO Books<<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ IPEA /Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Diversos Volumes, 2013.

GIACOMONI J. **Orçamento Público**. São Paulo, Atlas, 5ª ed., 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GITMAN, L. J. **Princípios da administração financeira**. São Paulo: Hbra, 1984.

GONÇALVES, P.; ÁLVARES M. A. S., COELHO, C. A. **As decisões de investimento na Fundação Hospitalar de Minas Gerais**. *RAHIS* 1, 2010.

GRAHAM J. R.; **How big are the tax benefits of debt?** *The Journal of Finance*, 55(5): 1901–1942, 2000.

HERSKOVIC, B.; **Efeitos recíprocos entre finanças e inovação** / Bernard Herskovic; Leonardo Costa Ribeiro; Eduardo da Motta e Albuquerque. - Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2008.

IBANEZ, N.; VECINA NETO, G. **Modelos de gestão e o SUS**. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, suppl., pp. 1831-1840. ISSN 1413-8123.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências**, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/indicadores_2017.php. Acesso em: 02 mai. 2017.

IBGE; **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2015/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 35) <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf> 02/05/2017.

IPEA: Texto para Discussão, nº 1626. Brasília: jun. 2011.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013**. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160530_nt_19_radiografia_gasto_tributario_saude_2003_2013.pdf. Acesso em: 02 mai. 2017.

IUDICIBUS, S.; MARTINS, E.; CARVALHO, L. N.; **Contabilidade: aspectos relevantes da epopeia de sua evolução**. Rev. contab. finanç., São Paulo, v. 16, n. 38, p. 7-19, Aug. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151970772005000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2016.

LEMES JÚNIOR, A. B.; RIGO, C. M.; CHEROBIM, A. P. M.; **Administração financeira: princípios, fundamentos e práticas brasileiras – aplicações e casos nacionais**. 2.ed. São Paulo: Campus, 2005.

LEVINE, R.; **Financial development and economic growth: views and agenda**. Journal of Economic Literature, v. XXXV, pp. 688-726. 1997.

LOBATO, L. V. C.; **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços**. Tese de Doutorado, 2000.

LORENZETTI, J et al. **Health management in Brazil: dialogue with public and private managers**. Texto contexto - enferm. [online]. 2014, vol.23, n.2, pp. 417-425. ISSN 0104-0707.

LUNKES R. J.; **Manual de orçamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

MACHADO, C. V.; **"O papel federal no sistema de saúde brasileiro."** A saúde no Brasil em 2030. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013

MACIEL, P. J.; **Finanças públicas no Brasil: uma abordagem orientada para políticas públicas**. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, p. 1213-1241, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122013000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2017.

MAKIYAMA, M. N.; **Análise da captação de recursos em hospitais filantrópicos do município de São Paulo**. Dissertação de Mestrado, FGV. 2010.

MALIK; A. M., BARBOSA, A. P.; Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612136177> Acesso: 22/04/2016

MALIK, A. M., TELES J. P.; "Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo." **Revista de Administração de Empresas** 41.3 (2001): 51-59.

MANVEL, A. D.; MACHADO JR, J. T. **Teoria e Prática do Orçamento Municipal**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1962. P.5.

MARTINS, D. S.; **Custeio hospitalar por atividades: activity based costing**. São Paulo: Atlas, 2002.

MARION, J. C.; **Contabilidade empresarial**. 15. Ed., São Paulo: Atlas, 2009.

MATTOS, R. A. de; COSTA, N. R. **Financiando o SUS: algumas questões para o debate**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 315-333, set. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462003000200008&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 08 jun. 2017.

MC GREEVEY, W. P.; BAPTISTA, L. P. M.; PINTO, V. G.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: Uma perspectiva internacional. (Ipea, Série Estudos para o Planejamento, 26). Brasília, 1984. 199 p.

MEDICI, A. C.; **"Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização."** AdSAUDE - Série Temática. Vol. 3. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Atualizado em: 14 mar. 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portaltv4/site/home/default.asp>. Acesso em: 15 mar. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNES.Net. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Atualizado em: 15 jun. 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=1024&bro=Microsoft%20Internet%20Explorer>. Acesso em: 15 jun. 2017.

MYERS, S. C. & MAJLUF, N. S.; **Corporate financing and investment decisions when firms have information that investors do not have.** In: *Journal of Financial Economics*, n. 13, p. 187–221, 1984.

MODIGLIANI F. & MILLER M.; **The cost of capital, corporation finance and the theory of investment.** *American Economic Review*, 53:261–297, 1958.

MUSGRAVE, R. A.; MUSGRAVE, P. B. **Finanças públicas: teoria e prática.** São Paulo: Campus, 1980.

NÓBREGA, M. da; Loyola, G.; Guedes Filho, E.M.; Pasqual, D., **O Mercado de Capitais: sua importância para o desenvolvimento e os entraves com que se defronta o Brasil.** São Paulo: BOVESPA, maio, 2000 (Estudos para o Desenvolvimento do Mercado de Capitais).

OCDE – ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Manual de Oslo: diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação.** 3. ed. Trad. FINEP. Rio de Janeiro: OCDE; Eurostat; FINEP, 1997. Disponível em: <http://www.finep.gov.br/images/apoio-e-financiamento/manualoslo.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

OCDE. National systems for financing innovation, Paris: Head of Publications Service, 1995.

OECD. Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en. Acesso em: 24 mar. 2017.

OECD. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en. Acesso em: 2015.

OLIVEIRA, G. C.; WOLF P. J. W.; **"A dinâmica do mercado de crédito no Brasil no período recente (2007-2015)."** Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

OLIVEIRA, G.R.; TABAK, B. M.; LARA RESENDE J. G.; CAJUEIRO D. O. – **Determinantes da Estrutura de Capital das Empresas Brasileiras: uma abordagem em regressão quantílica** – Trabalhos para discussão nº 272 – Banco Central do Brasil. Disponível em: <http://www.bcb.gov.br/pec/wps/port/TD272.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Financiamento dos Sistemas de Saúde – O caminho para a cobertura universal**. OMS: Relatório Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/en/>. Acesso em: 27 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance** [online] WHA58.33 World Health Assembly, 2005. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20383/1/WHA58_33-en.pdf. Acesso em: 23 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS; **Global Health Observatory Data Repository [Internet]**. Geneva: WHO; 2014/. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.home>. Acesso em: 03 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **World health statistics 2015**. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/. Acesso em: 15 jun. 2017.

OUVERNEY, A.M.; NORONHA, J.C.; **Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

PECI, A.; SOBRAL, F. **Parcerias público-privadas: análise comparativa das experiências britânica e brasileira**. *Cad. EBAPE.BR* [online]. 2007, vol.5, n.2, pp. 01-14. ISSN 1679-3951.

PEDRO, I.C.S.; ANDRADE, R.F.; CAMARGO C.; LIMA, A. E. U.; **Ambulatório HC Criança: espaço exclusivo para crianças e adolescentes como diferencial na qualidade da assistência** – Revista Qualidade HC – Ribeirão Preto, 2016

PEREIRA, J. Glossário de economia da saúde. In: PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M. (Org.) Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) Brasília.

PEROBELLI, F. F. C.; **Mercado de capitais**. GV-executivo, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 25-30, 2007. ISSN 1806-8979. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/view/34317/33124>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

PIOLA, S.F; BIASOTO JÚNIOR, G. **Financiamento do SUS nos anos 90**. In: NEGRI, B; GIOVANNI, G. (Org.). Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: Unicamp/ Instituto de Economia, 2001.

PIOLA S.F.; SERVO L.M.S.; SÁ E.E.; PAIVA A.B.; JAKOB A.C. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema de saúde brasileiro**. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz / Ipea / Ministério da Saúde / Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro**. Análise Econômica, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012.

PIOLA S.F.; PAIVA A.B.; SÁ E.E.; PAIVA A.B.; SERVO L.M.S.; **Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo**. Rio de Janeiro: IPEA 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1846.pdf. Acesso em: 03 mai. 2017.

PIRES J.S.; MOTTA W.F.; **A evolução histórica do orçamento público e sua importância para a sociedade.** Maringá, 2006.

PRATES, D.M.; BIANCARELI, A.M.; **Panorama do ciclo de crédito recente: condicionantes e características gerais.** Projeto de Estudos Sobre as Perspectivas da Indústria Financeira Brasileira e o Papel dos Bancos Públicos. Subprojeto Mercado de Crédito Bancário. CONVÊNIO BNDES/FECAMP/CECON–IE–UNICAMP/IE-UFRJ. Campinas, 2009.

PRATES, D. M.; CINTRA M. A. M.; FREITAS M. C. P. **O papel desempenhado pelo BNDES e diferentes iniciativas de expansão do financiamento de longo prazo no Brasil dos anos 90.** *Economia e Sociedade* 9.2: 85-116, 2000 Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643113/10664>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

ROCCHI, C. A.; Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n. 41, p.19-27, 1982.

ROSEN, G.; **A history of public health.** New York: M. D. Publications, 1958.

ROSS, S. A.; WESTERFIELD, R. W.; JAFFE, J. F. **Administração financeira.** São Paulo: Atlas, 1995.

SANTOS, A. J.; **ORÇAMENTO PÚBLICO E OS MUNICÍPIOS – Alguns conceitos de orçamento e suas repercussões na administração pública municipal.** 2001 – Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19441/000305177.pdf?sequence=1> . Acesso em: 30 set. 2015.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juros e o ciclo econômico.** São Paulo: Abril Cultural, 1982.

SBIBAE - SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN; **Relatório de Sustentabilidade**. Disponível em: www.einstein.br. Diversos anos.

SILVA, A. A.; **Estrutura, análise e interpretação das demonstrações contábeis**. São Paulo: Atlas, 2012.

SINGER, P.; **Para Entender o Mundo Financeiro**, São Paulo: Editora Contexto, 2000.

SIQUEIRA, M. M.; **Organização dos serviços de saúde: trajetória de pacientes e metas operacionais em hospitais**. Tese de Doutorado em Administração. Faculdade de Economia e Administração/USP. São Paulo, 1985.

SOUZA, A. A. et al.; **"Análise financeira de hospitais: um estudo sobre o hospital metropolitano de urgência e emergência."** Revista Evidenciação Contábil & Finanças, v. 1, n. 2, p. 90-105, 2013.

STUDART, R.; **"O sistema financeiro e o financiamento do crescimento: uma alternativa pós-keynesiana à visão convencional."**, in Lima, G.T.; Sicsú, J.; DePaula, L.F. (org.), **Macroeconomia Moderna: Keynes e a economia contemporânea**, Rio de Janeiro: Editora Campus, p.151-170, 1993.

TANDON A.; MURRAY C.J.L.; LAUER J.A.; EVANS D.B.; **Measuring Overall Health Systems Performance for 191 Countries**. Geneva, Switzerland. World Health Organization, 2000 (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No 30).

VARGAS N.C.; **Finanças públicas e evolução recente da noção de disciplina fiscal**. Econ. soc., Campinas, v. 21, n. 3, p. 643-666, Dec. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2017.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M.; **Tendências na assistência hospitalar**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.825-839, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2016.

VIEIRA, F. S.; **Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042016000200187&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2017.

YIN, R.K.; **Estudo de caso - Planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZYSMAN, J.; **Governments, Markets and Growth**. London: Cornell University Press, 1983.