

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
URI - CAMPUS DE SANTO ÂNGELO / RS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ESTRATÉGICA DE
ORGANIZAÇÕES – MESTRADO PROFISSIONAL

ANDRÉIA DA SILVA BARZ

**O *BALANCED SCORECARD* COMO INSTRUMENTO DE APOIO À GESTÃO: UM
ESTUDO NO HOSPITAL SANTO ÂNGELO**

SANTO ÂNGELO (RS)

2014

ANDRÉIA DA SILVA BARZ

O *BALANCED SCORECARD* COMO INSTRUMENTO DE APOIO À GESTÃO: UM
ESTUDO NO HOSPITAL SANTO ÂNGELO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Estratégica de Organizações sob a linha de pesquisa Estratégias Organizacionais como parte dos requisitos de qualificação para obtenção do grau de Mestre em Gestão Estratégica de Organizações pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Santo Ângelo / RS.

ORIENTADOR: PROFESSOR Dr. VILMAR ANTONIO BOFF

CO-ORIENTADORA: PROFESSORA Ms. ROSANE MARIA SEIBERT

SANTO ÂNGELO (RS)

2014

B296b Barz, Andréia da Silva

O Balanced Scorecard como instrumento de apoio à gestão : um estudo no hospital Santo Ângelo / Andréia da Silva Barz. – Santo Ângelo : URI, 2014.

90 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Santo Ângelo. – Programa de Pós-Graduação em Gestão Estratégica de Organizações, 2014.

1. Balanced Scorecard 2. Planejamento estratégico 3. Indicadores I. Título.

CDU: 65.012.2:614

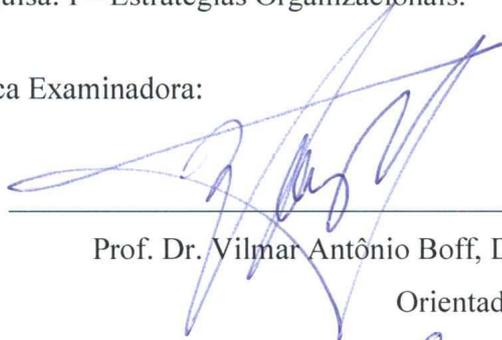
Responsável pela catalogação: Fernanda Ribeiro Paz - CRB 10 / 1720

ANDRÉIA DA SILVA BARZ

O *BALANCED SCORECARD* COMO INSTRUMENTO DE APOIO À GESTÃO: UM
ESTUDO NO HOSPITAL SANTO ÂNGELO

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão Estratégica de Organizações – Mestrado Profissional da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – *Campus* de Santo Ângelo – RS, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Gestão Estratégica de Organizações, Área de Concentração: Desenvolvimento, Gestão e Organizações, Linha de Pesquisa: I – Estratégias Organizacionais.

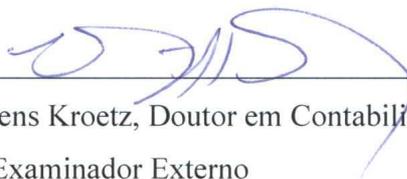
Banca Examinadora:



Prof. Dr. Vilmar Antônio Boff, Doutor em Desenvolvimento Regional
Orientador/Presidente



Profa. Ms. Rosane Maria Seibert, Mestre em Administração de Empresas
Co-Orientadora



Prof. Dr. Cesar Eduardo Stevens Kroetz, Doutor em Contabilidade e Finanças
Examinador Externo



Profa. Dra. Vanusa Andrea Casarin, Doutora em Engenharia de Minas, Metalúrgica e de
Materiais
Examinadora Interna

Santo Ângelo (RS), 04 de agosto de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu esposo Adriano, meu filho Eduardo e a minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai do universo, que nos concede vida, saúde, paz, sempre iluminando nosso caminho e nos dando força em todos os momentos.

Ao professor Doutor Vilmar Antonio Boff e à professora Mestre Rosane Maria Seibert, por orientar a minha dissertação, pelos ensinamentos transmitidos, pelo apoio e incentivo.

À direção da Associação Hospital de Caridade de Santo Ângelo.

Ao Adriano, meu companheiro de todas as horas, por estar sempre presente, pronto para ajudar, buscando entender minhas angústias e ausências. Ao meu filho Eduardo, pela compreensão nesta fase.

Aos meus colegas de mestrado e a Gabriella da secretaria do mestrado por estar sempre pronta a ajudar.

A todos, muito obrigada.

*“Nós conhecemos quando o novo conhecimento
se conecta com o velho num sentido em que
ambos se transformam.”*

(CARL JUNG)

RESUMO

O presente estudo trata do *Balanced Scorecard* (BSC) como instrumento de apoio à gestão, bem como discute sua aplicação e procedimentos operacionais no setor de serviços. Tem como objetivo principal analisar as contribuições da metodologia do *Balanced Scorecard* para a gestão estratégica da instituição denominada Associação Hospital de Caridade de Santo Ângelo, de natureza filantrópica. Com relação a problemática, a criação e interpretação de indicadores são discutidos de forma comparada, no sentido de evidenciar as atuais limitações e disponibilizar um conjunto de dados e informações visando o aperfeiçoamento dos processos de gestão, na perspectiva de contribuir para o aumento da qualidade e produtividade. A metodologia da pesquisa, quanto aos fins, é descritiva em razão de investigar as características específicas do Hospital Santo Ângelo, e explicativa por discutir propor inferências relacionadas ao BSC. Quanto aos meios é bibliográfica, documental, de campo com o estudo de caso. Foram desenvolvidos indicadores nas quatro perspectivas do BSC. Os resultados da triangulação dos dados teóricos e empíricos levantados na pesquisa, apontam indicadores nas perspectivas do BSC para contribuir com a melhoria da gestão hospitalar. A seguir, destacam-se os principais: na perspectiva financeira levantou-se indicadores em relação ao objetivo da receita; ao percentual de receita por convênio, a receita por paciente dia; ao superávit mensal, dentre outros; na perspectiva cliente salientam-se os indicadores relativos ao objetivo responsabilidade social que são o número de cirurgia por convênio, a satisfação do cliente, o percentual de satisfação por convênio e o motivo da insatisfação; já na perspectiva processos internos são sugeridos indicadores relacionados ao objetivo da utilização do sistema de informação, ao percentual de prescrições pelo sistema em relação ao total de prescrições e ao percentual de prescrições efetuadas; quanto à perspectiva do aprendizado e crescimento os indicadores são referentes ao objetivo satisfação do colaborador, sendo o percentual de satisfação do funcionário, o percentual de vagas preenchidas com reaproveitamento interno em relação ao total de admissões; para finalizar a sugestão de indicadores apresentou-se os relacionados a perspectiva social, sendo os principais o número de funcionários por leito, o percentual de mulheres que ocupam cargo de chefia o percentual de satisfação dos funcionários em relação ao uso do sistema de informação.

Palavras chave: *Balanced Scorecard*, indicadores, estratégia.

ABSTRACT

This study deals with the Balanced ScoreCard as an instrument to support management, as well as to discuss its application and operational procedures within the service department. Its principle objective is to analyze the contributions of Balanced Score Card methodology to the philanthropic institution, Charity Hospital Association of Santo Angelo. In regards to the problematic, the creation and interpretation of indicators are discussed comparatively in order to demonstrate current limitations and gives a set of data aimed to improve management processes, and contribute to overall quality and productivity. The methodology of the study is described to investigate specific characteristics of Santo Angelo Hospital, and to propose inferences related to the BSC. The study is bibliographic, documented, both in the field and within the case study. Indicators were developed in all four sections of the BSC. The results of the triangulation of theoretical and empirical data found in the study point out indicators in the BSC's sections that help to improve hospital management. From a financial perspective, indicators rise in relation to total revenue; as a percentage of insurance revenues, the revenue from patients, and the monthly surplus among others. In the clients section, the indicators are relative to social responsibility, being the number of surgeries per insurance policy, client satisfaction, percentage of satisfaction for each policy, and the reasons for dissatisfaction. In the internal processes section, indicators show the utilization of information systems as a percentage of requests of the system in relation to total requests, and as a percentage of requests made. As to the section regarding learning and development, the indicators are related to contributor satisfaction goals, being a percentage of employee satisfaction, and the percentage of filled vacancies with internal appropriations in relation to total admissions. Finally, the indicators suggest that relationships present themselves in the social section, those being the number of employees per bed, the percentage of women who occupy management positions, the percentage of satisfied employees, related to the use of the information system.

Keywords: Balanced Scoreboard, indicators, strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: A gestão estratégica como uma atividade contínua	23
Figura 02: Traduzindo a missão em resultados almejados	28
Figura 03: O <i>Balanced Scorecard</i> como estrutura para ação estratégica	29
Figura 04: Mapas estratégicos: o modelo simples de criação de valor	31
Figura 05: Gráfico número de funcionários por departamento	49
Figura 06: Hospitais no país	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Os 5 Ps da estratégia	22
Quadro 02: Os Princípios do posicionamento estratégico	24
Quadro 03: Modelo balanço social IBASE	43
Quadro 04: Modelo DVA	44
Quadro 05: Atendimentos por município	50
Quadro 06: Demonstrativo de receita e despesa	52
Quadro 07: Diárias por convênio	53
Quadro 08: Internações por convênio	53
Quadro 09: Atendimento ambulatorial por convênio	53
Quadro 10: Indicadores do primeiro semestre de 2011	58
Quadro 11: Indicadores do segundo semestre de 2011	60
Quadro 12: Indicadores do primeiro semestre de 2012	62
Quadro 13: Indicadores do segundo semestre de 2012	64
Quadro 14: Indicadores do primeiro semestre de 2013	66
Quadro 15: Indicadores do segundo semestre de 2013	68
Quadro 16: Indicadores desempenho da perspectiva financeira	75
Quadro 17: Indicadores desempenho perspectiva do cliente	76
Quadro 18: Indicadores desempenho perspectiva processos internos	77
Quadro 19: Indicadores desempenho perspectiva aprendizado e crescimento	79

Quadro 20: Resumo financeiro consolidado comparativo	87
Quadro 21: Apropriador contábil/gerencial	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BSC – *Balanced Scorecard*

CNES – Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde

CPC – Comitê de Pronunciamentos Contábeis

DVA – Demonstração do valor adicionado

HSA – Hospital Santo Ângelo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

IBASE – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas

MS – Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 TEMA.....	15
1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA	15
1.3 PROBLEMA DE PESQUISA	15
1.4 OBJETIVOS.....	16
1.4.1 Objetivo Geral	16
1.4.2 Objetivos específicos.....	16
1.5 JUSTIFICATIVA	16
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	18
2.1.1 Instituições Filantrópicas Hospitalares	19
2.2 ESTRATÉGIA	21
2.3 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	27
2.4 <i>BALANCED SCORECARD</i> COMO UMA FERRAMENTA ESTRATÉGICA	28
2.5 O <i>BALANCED SCORECARD</i>	29
2.5.1 Perspectiva financeira	31
2.5.2 Perspectiva Cliente	32
2.5.3A Perspectiva dos Processos Internos.....	34
2.5.4A Perspectiva do Aprendizado e crescimento.....	34
2.6 MEDIDAS ESTRATÉGICAS X INDICADORES DE DIAGNÓSTICO.....	35
2.7 BALANÇO SOCIAL	37
2.7.1 Origem do Balanço Social.....	37
2.7.2 Responsabilidade Social.....	38
2.7.3 Balanço Social	40
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	46
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA	47
3.3 COLETA DE DADOS	47
3.4 TRATAMENTO DE DADOS	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO.....	49
4.1.1 Missão, Visão e Serviços Prestados.....	50
4.1.2 Atendimentos Hospitalares.....	50
4.1.3 O Hospital Santo Ângelo em números.....	52

4.1.4 Situando o Hospital Santo Ângelo no contexto nacional	54
4.2 INDICADORES UTILIZADOS NA INSTITUIÇÃO	54
4.2.1 Descrição dos Indicadores	54
4.2.2 Demonstração dos indicadores por período.....	57
4.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO ATUAL.....	72
4.4 PROPOSTA DE INDICADORES	73
4.4.1 Indicadores da Perspectiva Financeira	73
4.4.2 Indicadores da Perspectiva do cliente.....	75
4.4.3 Indicadores da Perspectiva Processos Internos	76
4.4.4 Indicadores Perspectiva do Aprendizado e crescimento.....	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICES	86

1 INTRODUÇÃO

Na contabilidade tradicional, todos os programas, iniciativas e processos de gerenciamento de mudanças das empresas são implantados num ambiente regido por relatórios financeiros, no qual o processo de gestão continua atrelado a um modelo contábil, desenvolvido para um ambiente de transações isoladas entre entidades independentes. O recomendado é que o modelo da contabilidade financeira, que vem sendo utilizado por empresas na era da informação, se amplie de forma a incorporar a avaliação de ativos intangíveis e intelectuais, como produtos e serviços de alta qualidade; funcionários motivados e habilitados, processos internos eficientes e consistentes e clientes satisfeitos e fiéis. Pensando neste desafio, o conceito de organização das informações traduz as estratégias da empresa em um conjunto organizado de informações, que são agrupadas em perspectivas financeiras, operacionais, de mercado e ligadas à infraestrutura. Esse modelo foi chamado de BSC – *Balanced Scorecard* (KAPLAN E NORTON, 1997).

Segundo Kaplan & Norton (1997), o *Balanced Scorecard* tem como objetivo oferecer a executivos os instrumentos necessários para alcançar o sucesso. Hoje, as empresas competem em ambientes complexos; é fundamental que exista uma perfeita compreensão de suas metas e dos métodos para atingir os resultados. Ele traduz a missão e a estratégia das empresas, num conjunto abrangente de medidas de desempenho que serve de base para um sistema de medição e gestão estratégica. Enfatiza a busca por objetivos financeiros, mas também inclui os vetores de desempenho desses objetivos, pois mede o desempenho organizacional sob quatro perspectivas equilibradas: financeira, do cliente, dos processos internos da empresa e do aprendizado e crescimento. Permite que as empresas acompanhem o desempenho financeiro, monitorando, ao mesmo tempo, o processo na construção de capacidades e na aquisição dos ativos intangíveis necessários para o crescimento futuro.

As entidades hospitalares filantrópicas, nos últimos anos, vêm apresentando resultados negativos em suas Demonstrações Financeiras, e estas têm sido as únicas balizadoras de informações e indicadores de desempenho das organizações. As empresas não estão dando a importância necessária ao planejamento estratégico das mesmas e não estão realizando o acompanhamento necessário, para que estes se tornem indicadores de resultado (Federação dos hospitais filantrópicos).

O *Balanced Scorecard* é uma ferramenta que se mostrou capaz nas implementações de novas estratégias para empresas e na criação de valor para o cliente, tornando-se uma ferramenta gerencial e estratégica.

1.1 TEMA

Este trabalho trata do *Balanced Scorecard* como estratégia de apoio à gestão, por meio de um estudo de caso aplicado a uma entidade Hospitalar.

1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Realizar um estudo de caso no Hospital Santo Ângelo, na perspectiva de utilização do *Balanced Scorecard* como ferramenta gerencial.

1.3 PROBLEMA DE PESQUISA

Os indicadores são ferramentas que permitem um acompanhamento das operações da instituição. Na área hospitalar, há necessidade de aprender a construir e interpretar indicadores e representá-los para poder controlar de maneira mais eficaz a qualidade e produtividade de seus processos e resultados. (SILVA, 1998)

Os sistemas de informações geram grande quantidade de dados, mas faltam elementos que permitam uma organização para compreensão e utilização, transformando dados em informações gerenciais, para auxiliar na tomada de decisão.

Segundo Stevenson (1986):

Em sua forma não processada, os dados podem quase não ter sentido. Grandes quantidades de números tendem a confundir, ao invés de esclarecer, simplesmente porque nossa mente não é capaz de abranger a variedade e os detalhes inerentes a grandes conjuntos de números. [...] o processamento transforma os dados em informações organizando-os [...] os quais, então, nos transmitem sua essência (p.15).

Na prática, observa-se que muito é realizado no sentido de medir a qualidade e produtividade dos processos e resultados nos hospitais. Existem trabalhos voltados à avaliação de desempenho pela criação de sistemas de indicadores; são realizados de forma desintegrada entre os setores das organizações, não trazendo informação eficiente ou porque os gestores não sabem interpretá-los, não visualizam os resultados de forma clara. A prática de mensuração pode ser observada em poucas instituições; sua frequência é pequena ou inexistente; a mensuração é realizada de forma informal. O uso eficiente dos indicadores não faz parte do cotidiano da maioria das instituições; não há consciência sobre as interdependências setoriais (SILVA, 1998).

As instituições hospitalares são altamente complexas e, como resultado do cenário aqui apresentado, surge a questão a ser pesquisada. Quais as contribuições dentro das

perspectivas do *Balanced Scorecard* para a Gestão Estratégica da Associação Hospital de Caridade de Santo Ângelo?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar as contribuições da metodologia *Balanced Scorecard* para a gestão estratégica da entidade Associação Hospital de Caridade de Santo Ângelo.

1.4.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos desta proposta de pesquisa são:

- Estudar a evolução teórica da metodologia *Balanced Scorecard*;
- Estudar os objetivos, metas e indicadores que a instituição utiliza como ferramentas que impactam na gestão;
- Propor indicadores, a partir do que preconizam Kaplan e Norton indicadores específicos à entidade hospitalar Associação Hospital de Caridade de Santo Ângelo.

1.5 JUSTIFICATIVA

O presente estudo apoia-se na permanente necessidade de aprimorar os processos de gestão, especialmente em uma instituição hospitalar que necessita de informações confiáveis e atualizadas para a tomada de decisões. Nesse sentido, a importância de estudar novos procedimentos gerenciais, a partir do *Balanced Scorecard*, destaca a relevância do tema em questão, tanto para a pesquisa quanto para a contribuição no processo gerencial de um bem público, conforme a natureza de um complexo hospitalar comunitário.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

A estrutura do trabalho apresenta-se a seguir:

Capítulo 1: Introdução com desdobramento em problema de pesquisa, objetivos e justificativa.

Capítulo 2: Fundamentação teórica com a conceituação de organização hospitalar e instituições filantrópicas, definição de estratégia, planejamento estratégico, *Balanced Scorecard*, Medidas Estratégicas X Indicadores de diagnóstico, Balanço Social.

Capítulo 3: Procedimentos metodológicos da pesquisa com seus referenciais teóricos, os sujeitos da pesquisa, com método de abordagem, coleta de dados e análise dos resultados.

Capítulo 4: Resultados e discussões

Capítulo 5: Considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a construção do referencial teórico desta dissertação, optou-se por desenvolver os conceitos de Organização Hospitalar, Instituições Filantrópicas Hospitalares, Estratégia, Planejamento Estratégico, *Balanced Scorecard*, Medidas Estratégicas X Indicadores de diagnóstico, Balanço Social. Estes conceitos estão relacionados com as concepções e estudos já realizados sobre o tema, de forma a contribuir com o atingimento dos objetivos e à resposta da pergunta da pesquisa.

2.1 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

A definição de hospital é dada pela Organização Mundial da Saúde, em seu relatório de nº. 122 de 1957, como:

O hospital é um elemento de Organização de Carácter Médico-Social, cuja função consiste em assegurar Assistência Médica completa, curativa e preventiva à determinada população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa biossocial (OLIVA & BORDA, 2004, p.20).

Portanto, o Hospital é uma entidade que tem comprometimento com a comunidade em que está inserida, não só no aspecto curativo e preventivo, mas em seu aspecto social. Ele se envolve com o homem, com o grupo familiar e social de relacionamento. A instituição deve investigar a causa de insatisfação de seus clientes, aprofundando a investigação de pesquisa científica, a solução dos problemas de saúde que afligem à sociedade, levar os resultados das descobertas a todos os interessados.

Atualmente, a instituição hospitalar se vê obrigada a reestruturar-se, tanto administrativa quanto tecnicamente, para se tornar autosustentável e enfrentar o mercado. Desta forma, os conceitos, bem como suas instalações e estruturas físicas, passam por modificações para atender à legislação. Há alguns anos, as instituições hospitalares poderiam cobrir grande parte de seus custos, trabalhando com convênio como o SUS (Sistema Único de Saúde). Atualmente, o SUS tornou-se inviável e o cliente particular não tem mais recursos suficientes para pagar seu tratamento; a opção são os convênios com os planos de saúde, que têm uma grande abrangência (OLIVA & BORDA, 2004).

Segundo o mesmo autor, a definição empresarial de hospital é definida como organizações complexas, com a missão de prestar serviço de atividades altamente importantes para a sociedade. De acordo com Organização Mundial de Saúde, os hospitais devem ter

como objetivos básicos: prevenir, diagnosticar, restaurar as doenças; educar e desenvolver pesquisas para a geração da saúde. Para cumprir esses objetivos, o hospital deve ser dinâmico, mantendo-se atualizado, testando e pesquisando novas tecnologias nos serviços médicos e de apoio biossocial.

Ainda, segundo Oliva & Borda (2004, p. 27), “ E o custo da assistência hospitalar tem aumentado, a saúde pública está falida e a necessidade é cada vez mais crescente”. A despeito da questão de saúde, Vassalo, (175), (Apud Oliva & Borba, 2204, p. 27) diz que:

Analisando a situação dos hospitais nos dias de hoje, conclui: a alta tecnologia que deveria facilitar a vida da população, por enquanto aumentou os preços dos serviços hospitalares pelo aumento de seus custos, mas devemos considerar que o aumento do custo tem muitas vezes a sua causa na ineficiência da administração.

Para Oliva & Borda (2004), a administração hospitalar tem como objetivo manter o equilíbrio entre receitas, despesas e custos, para que a instituição se mantenha no mercado, prestando serviço de excelência. A função administrativa é importante para planejar, organizar, controlar e determinar o conjunto de ações que viabilizem a prestação de serviço com valor para o cliente. É importante, também, remunerar adequadamente a equipe multiprofissional e proporcionar condições vantajosas para as organizações, possibilitando novos investimentos na situação de sociedades filantrópicas biossociais.

Na era da tecnologia, as entidades hospitalares terão êxito se investirem em seus ativos intelectuais e sua gestão, pois nestas entidades os recursos recebidos pelos convênios públicos, na maioria dos casos, não comportam os custos para prestação destes serviços. Há falta de planejamento e, na maioria das vezes, sem acompanhamento de indicadores econômicos e assistenciais.

2.1.1 Instituições Filantrópicas Hospitalares

Consta na lei 12.101 de 27 de novembro de 2009, que as instituições filantrópicas, também denominadas de terceiro setor, atualmente, desempenham atividades relevantes na sociedade, são consideradas entidades sem fins lucrativos. A entidade que apresenta superávit em sua contabilidade deve destinar este resultado integralmente à manutenção e ao desenvolvimento dos seus objetivos sociais. As entidades são constituídas a partir de um grupo de pessoas da comunidade que se propõe a prestar serviço à sociedade; este grupo adquire personalidade jurídica, gozando dos benefícios inerentes às entidades filantrópicas, pois as mesmas não visam lucro. Não podem distribuir resultados entre seus sócios,

conselheiros, diretores, empregados ou doadores, os excedentes operacionais; a diretoria não pode receber qualquer tipo de remuneração.

Para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade deverá: comprovar o cumprimento das metas estabelecidas em convênio celebrado com o gestor local do SUS, ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual de sessenta por cento da capacidade operacional do hospital, comprovar anualmente da forma regulamentada pelo Ministério a prestação de serviço com base nas internações e atendimentos ambulatoriais podendo ser utilizado para comprovar o percentual de sessenta por cento, dez por cento dos atendimentos ambulatoriais. A entidade deverá informar ao Ministério da Saúde a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para os pacientes não usuários do SUS e usuários do SUS a as alterações referentes aos registros no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde – CNES.

Na Constituição Federal, em seu art.150, é vedado instituir impostos sobre patrimônio, renda ou serviços de instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, desde que atendidos os requisitos da lei.

No contexto Constitucional as entidades filantrópicas:

1) estão isentas da contribuição para a seguridade social, as entidades beneficentes de assistência social que *atendam às exigências fixadas em lei* (art.195, §7º);

2) a assistência à saúde é livre à iniciativa privada; entidades privadas podem participar de forma complementar do sistema único de saúde, tendo preferência entidades filantrópicas e entidades sem fins lucrativos; é vedada destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às entidades privadas com fins lucrativos (art.199).

Apresentam condições para o gozo da isenção da contribuição previdenciária patronal às entidades filantrópicas que são reconhecidas como de utilidade pública federal e estadual ou do Distrito Federal ou municipal; ser portador do registro e do certificado de Entidade Beneficente, promover a assistência social beneficente, inclusive educacional ou de saúde, a menores, a idosos, a excepcionais ou a pessoas carentes (Constituição Federal art.195, III). As isenções das contribuições sociais usufruídas pela pessoa jurídica de direito privado beneficente de assistência social são extensivas às entidades mantidas, suas obras de construção civil. A existência de débito em nome da entidade requerente impede o deferimento do pedido, até que seja regularizada a situação da entidade, pois a existência de débito constitui motivo para o cancelamento da isenção.

2.2 ESTRATÉGIA

O tópico contempla as origens do termo estratégia aos debates sobre as abordagens estratégicas e serve para apresentar a lógica da abordagem no qual o *Balanced Scorecard* se apoia.

Nos estudos administrativos a estratégia pode ser entendida como um plano geral, abrangente, integrado e tem como assegurar que os objetivos sejam alcançados. Mintzberg e Quinn (2001, p.20) ensinam que:

Estratégia é o padrão ou plano que integra as principais metas, políticas e sequência de ações de uma organização em um todo coerente. Uma estratégia bem formulada ajuda a ordenar e alocar os recursos de uma organização para uma postura singular e viável, com base em suas competências e deficiências internas relativas, mudanças no ambiente, antecipadas e providências contingentes realizadas por oponentes inteligentes.

Na atualidade, a estratégia é considerada uma ferramenta gerencial imprescindível; a responsabilidade pela formulação da estratégia deixou de ser responsabilidade do principal executivo para se tornar responsabilidade de todos na empresa, na era do conhecimento todos os colaboradores são considerados estrategistas (HERRERO, 2005). Segundo TZU (2001), na formulação da estratégia, é vital o conhecimento de seis fatores para obter resultado: a influência do líder, os valores da organização, a liderança visionária, as forças do ambiente externo, o conhecimento dos espaços vazios de mercado e o domínio dos princípios da doutrina da estratégia. O sucesso da estratégia está associado ao caráter de seu líder e seus valores como sabedoria, sinceridade, humanidade, coragem e disciplina. A suprema excelência na estratégia é atacar os planos do concorrente, obter informações sobre o concorrente, identificar os pontos fortes e fracos e atacar onde ele é mais vulnerável; é fundamental conhecer o concorrente e a si mesmo, para atingir o resultado.

Para o desenvolvimento de uma estratégia competitiva, o ponto de partida eficaz é obter um excelente retorno sobre o investimento, para os acionistas e demais pessoas ou um grupo pessoas que podem afetar ou ser afetadas pela organização, ao longo do tempo. Estratégia competitiva é a busca de uma posição competitiva favorável em uma indústria; a arena fundamental, onde ocorre a concorrência, visa estabelecer uma posição lucrativa e sustentável contra as forças que determinam a concorrência na indústria; consiste em se diferenciar dos concorrentes, significa escolher deliberadamente um conjunto diferente de atividades em relação aos concorrentes para fornecer um mix único de valor (PORTER, 1986). A estratégia é mais frequentemente um processo irregular, descontínuo, repleto de

ajustes e recomeços (MINTZBERG E QUINN, 2001). Segundo TZU (2001), as manobras estratégicas significam escolher os caminhos mais vantajosos para vencer os inimigos ou avançar no campo de batalha. Para Kaplan e Norton (1997):

Estratégia é um conjunto de hipóteses sobre causas e efeitos. O sistema de medição deve tornar explícitas as relações (hipóteses) entre os objetivos (e as medidas) nas várias perspectivas, para que elas possam ser gerenciadas e validadas (p.30).

Estratégia como Plano	Algum tipo de curso de ação conscientemente engendrado, uma diretriz (ou conjunto de diretrizes) para lidar com uma determinada situação.
Estratégia como Pretexto	Utilizada apenas com uma manobra específica, com a finalidade de enganar o concorrente ou o competidor.
Estratégia como Padrão	Definição que abranja o comportamento resultante, especificamente um padrão em fluxo de ações.
Estratégica como Posição	Uma maneira de colocar a organização no que os teóricos da organização gostam de chamar de ambiente. Por esta definição, a estratégia se torna a força da mediação ou harmonização. Olha para fora da organização, procurando posiciona-la no ambiente.
Estratégia como Perspectiva	Olha para dentro, na verdade para dentro das cabeças dos estrategistas, coletivamente. É para a organização o que a personalidade é para o indivíduo. Estratégica é um conceito, que todas as estratégias são abstrações que existem na mente das pessoas interessadas. A estratégia é uma perspectiva compartilhada pelos membros da organização. Estamos entrando no campo da mente coletiva.

Quadro 01: Os 5 Ps da estratégia
Fonte: Mintzberg e Quinn (2001, p. 26-31)

Com base nos cinco Ps, as instituições desenvolvem planos para o futuro e extraem padrões do seu passado. A gestão estratégica é um processo contínuo porque a estratégia realizada de uma organização nem sempre coincide com a estratégia pretendida, devido às mudanças que ocorrem no ambiente de negócios; a gestão estratégica precisa realizar um contínuo monitoramento dos resultados da organização, para executar as constantes adaptações da empresa, requeridas pelo seu ambiente de negócios. A estratégia emergente precisa ser flexível e criativa para superar a incertezas, os riscos e aproveitar as novas oportunidades do mercado (MINTZBERG E QUINN, 2001).

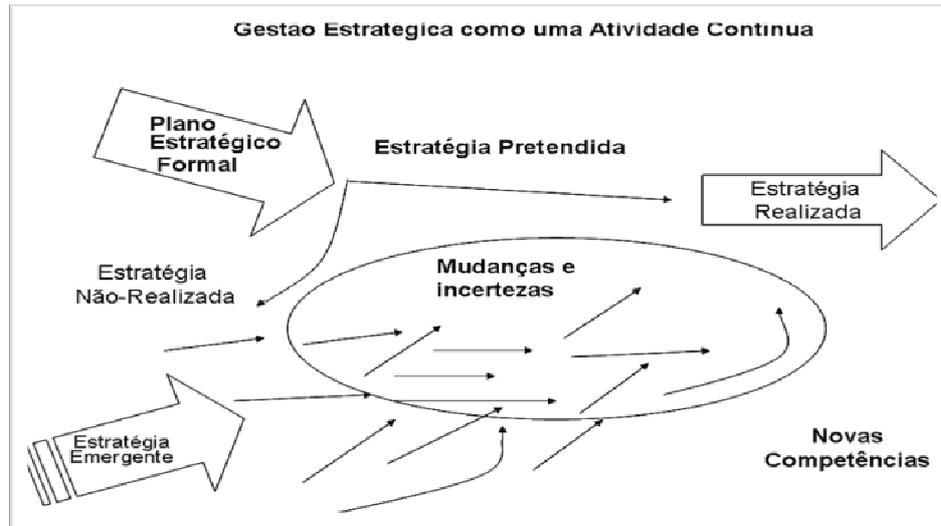


Figura 01: A gestão estratégica como uma atividade contínua
 Fonte: Mintzberg, Ahlstrand, Lampel (2001, p.29).

A estratégia trata de mudança; ela, na verdade trata de continuidade, o processo de geração da estratégia possa de dispor a mudar a direção para onde uma organização está indo, as estratégias resultantes estabilizam essa direção. E a escola da configuração faz isso: descreve a estabilidade relativa da estratégia dentro de determinados estados, interrompida por saltos ocasionais e drásticos para novos estados (MINTZBERG, AHLSTRAND, LAMPEL, 2010, p.290).

Segundo Herrero (2005), a gestão estratégica precisa realizar um monitoramento contínuo dos resultados da organização, para realizar as constantes adaptações requeridas pelo seu meio ambiente. Desta forma, a estratégia é emergente, sendo flexível e criativa para superar as incertezas, os riscos e aproveitar as novas oportunidades nos mercados. A mudança, a incerteza, a novidade e a criação de novos conhecimentos, estabilidade em menor escala, fazem parte do processo de estratégico.

A eficácia operacional significa realizar atividades semelhantes ou melhores que o concorrente; em contraste, o posicionamento estratégico significa realizar atividades diferentes daquelas dos concorrentes ou realizar atividades diferentes dos concorrentes ou de maneira diferente. A principal consequência da eficiência operacional é que leva convergência competitiva (PORTER, 1990).

- | |
|---|
| 1 - O posicionamento estratégico deve começar com o objetivo certo: superioridade no longo prazo do retorno sobre o investimento. |
| 2 - A estratégia da empresa deve possibilitar o cumprimento de uma proposição de valor, ou um conjunto de benefícios para os clientes, diferente do oferecido pelo concorrente. |
| 3 - A estratégia deve refletir-se numa cadeia de valor específica. Para desenvolver vantagem competitiva sustentável, a empresa precisa executar atividades diferentes dos rivais ou executar de maneira diferente as mesmas atividades dos rivais. |

4 – As estratégias poderosas envolvem trade-offs. As empresas precisam fazer escolhas, elas devem abandonar ou abrir mão de algumas características dos produtos, serviços, ou atividades, a fim de serem inigualáveis em outras.
5 – A estratégia define o modo como se encaixam os elementos das atividades da empresa. A estratégia envolve o exercício de escolhas interdependentes, ao longo de toda a cadeia de valor; todas as atividades da empresa devem ser mutuamente reforçadoras.
6 – A estratégia requer continuidade de direção. A empresa deve definir uma proposição de valor a ser sustentada no longo prazo, mesmo que isso signifique a renúncia a certas oportunidades.

Quadro 02: Os princípios do posicionamento estratégico

Fonte: Porter. A estratégia e a Internet(2002), apud (Herrero 2005, p. 16)

A estratégia competitiva consistem em ser diferente, significa escolher um conjunto diferente de atividades em relação aos concorrentes para fornecer um mix único de valor. (PORTER, 1990).

De acordo com Kaplan e Norton (2000), a estratégia não pode ser considerada um atributo da alta direção; na era dos trabalhadores do conhecimento, estratégias devem ser executadas em todos os níveis da organização. É preciso mudar conhecimentos e adotar novos valores, pois para executar a estratégia todos devem compreendê-la e não há como compreendê-la sem primeiro descrevê-la; a implementação da estratégia exige que todas as unidades de negócios estejam alinhados e conectados com a estratégia.

Ainda, segundo Kaplan e Norton (2000) estratégia é a escolha dos segmentos de mercado e clientes que as unidades de negócios pretendem servir, identificando os processos internos críticos, nos quais a unidade deve atingir a excelência para concretizar suas propostas de valor aos clientes dos segmentos-alvo, e selecionando as capacidades individuais para atingir os objetivos internos, dos clientes e financeiros. O foco da estratégia consiste em identificar e buscar a excelência nos poucos processos críticos que reforçam a criação de valor para os clientes. A estratégia exige mudança, em praticamente todas as partes da organização; demanda trabalho em equipe para a coordenação das mudanças. A estratégia define a lógica de concretização da visão; visão e estratégia são complementos essenciais. A estratégia precisa ser mensurada, todos os objetivos e indicadores do *Balanced Scorecard*, financeiros e não financeiros – devem estar baseado da visão e da estratégia da organização. A proposição de valor para o cliente e a maneira como se converte em crescimento e rentabilidade para os acionistas são os fundamentos da estratégia.

Uma das melhores formas de saber se a organização tem estratégia definida é verificar se tomou decisões claras a respeito do que não pretende fazer, pois a estratégia consiste em não satisfazer às necessidades de todos os clientes, pois a estratégia é significado de escolha. É preciso ter definidas quais as necessidades de quais clientes a empresa quer

satisfazer. Desta forma, está agindo estrategicamente e vai deixar clientes insatisfeitos para que seu público definido fique verdadeiramente contente (PORTER, 1986).

Para facilitar o processo de execução da estratégia, a estratégia precisa ser vista como um conjunto de conceitos integrados entre si:

a) A estratégia é um passo de um processo contínuo: o processo da estratégia se inicia com a definição da missão e de maneira contínua deve ser desdobrado para as ações dos colaboradores da organização, que têm que elaborar seus objetivos e metas individuais alinhados a ela, é processo contínuo que deve ser monitorado constantemente.

b) A estratégia é uma hipótese: reconhece que o movimento da organização de sua situação atual para o futuro; é uma situação inédita e marcada pelas incertezas existentes no âmbito da sociedade como do ambiente competitivo.

c) A estratégia consiste em temas estratégicos complementares e simultâneos: reconhece que a estratégia é desdobrada em temas estratégicos para estimular a análise, o debate de novas ideias.

d) A estratégia significa forças contraditórias: reconhece que o objetivo de toda estratégia é a criação de valor para o acionista; esse objetivo somente será atingido se a organização gerar em primeiro lugar, valor para os clientes e para os demais stakeholders.

e) A estratégia descreve uma proposição de valor diferenciada: reconhece que a organização precisa fazer uma escolha sobre qual segmento de clientes é mais importante para ela, e desenvolver uma proposta de valor diferenciada, que estimule esses clientes a fazer negócio com a empresa.

f) A estratégia alinhada às atividades internas com a proposição de valor: reconhece que a proposta de valor somente chegará até os clientes se os processos internos de negócios e atividades internas da organização estiverem alinhados a ela.

g) A estratégia transforma ativos intangíveis: a perspectiva do aprendizado e crescimento é fundamento de toda a estratégia e do processo de criação de valor, o desafio é promover o alinhamento entre os recursos humanos, a tecnologia da informação e o clima organizacional e a estratégia de diferenciação aos clientes os quais a empresa elegeu como importante (KAPLAN & NORTON, 2000).

Segundo Johnson, Scholes, Whittington (2011), a estratégia é a orientação e o alcance de uma organização a longo prazo, que conquista vantagem sobre seus concorrentes num ambiente competitivo, adaptando a estratégia no ambiente de negócios por meio de configurações de recursos e competências com a expectativa de atender às expectativas dos stakeholders.

Nas instituições sem fins lucrativos, o desempenho precisa ser planejado; este processo se inicia com a definição da missão sem a qual o desempenho se torna impossível, uma vez que ela define quais são os resultados desejados em cada organização (DRUCKER, 1994).

O vocabulário da estratégia define: Missão é um propósito geral da organização, alinhada com os valores e expectativas da maioria dos stakeholders; Visão ou plano estratégico é o estágio futuro que a organização deseja; Meta é a declaração geral de um alvo ou objetivo; Objetivo é a quantificação ou uma declaração mais específica sobre a meta; Capacidade estratégica são os recursos e competências que uma organização usa a fim de alcançar vantagem competitiva que a diferencia de seus concorrentes; Estratégias são orientações a longo prazo; Modelo de negócios descreve a estrutura dos fluxos de produtos, serviços e informações e os papéis das partes; Controle estratégico envolve o monitoramento de que até que ponto a estratégia está alcançando os objetivos e as sugestões de ações corretivas. (JOHNSON, SCHOLLES, WHITTINGTON, 2011).

Segundo Herrero (2005, p. 12) apud Hamel e Prahalad (1995):

Os executivos dedicam pouco tempo à criação do futuro de suas empresas porque estão armadilhados com questões operacionais do dia-a-dia e têm reduzida compreensão do processo de criação e implementação da estratégia. Para eles, “não basta que uma empresa diminua seu tamanho e aumente sua eficiência e rapidez; por mais importantes que sejam essas tarefas, a empresa também precisa ser capaz de se reavaliar, regenerar suas estratégias centrais e reinventar seu setor”.

De acordo com Hamel e Prahalad (1995), critica a forma com a estratégia é utilizada em muitas empresas e a forma como é ensinada nas escolas. Parece estar preocupada em posicionar produtos e empresas dentro da estrutura existente do que criar setores de amanhã; o maior desafio é pensar diferente o significado da estratégia.

As instituições sem fins lucrativos necessitam de uma estrutura de controle clara e funcional; precisam de liderança e gerências efetivas, por três motivos: elas carecem dos lucros que a instituição tem, devem ter uma missão clara que se traduza em metas operacionais e propicie diretrizes para ação efetiva; necessitam de uma clara definição dos resultados que busca atingir; parte dos recursos financeiros da instituição, é obtido de doadores é dado em troca de promessas, as instituições são as curadoras do dinheiro que gastam (DRUCKER, 1996).

2.3 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Drucker (1998) define o planejamento estratégico como um processo contínuo, com conhecimento possível no futuro, tomar decisões atuais que envolvam organizar as atividades necessárias à execução dessas decisões e através de uma retroalimentação, organizada e sistemática, medir o resultado em conforto com as expectativas almejadas. Para Fischmann, 1991:

O planejamento estratégico é uma técnica administrativa que, através da análise do ambiente da organização, cria a consciência das suas oportunidades e ameaças dos seus pontos fortes e fracos para o cumprimento da sua missão e, através desta consciência, estabelece o propósito de direção que a organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades e evitar riscos (p.25).

O motivo central do planejamento estratégico é a determinação da missão da empresa, determina estabelecer o rumo a ser seguido; deve ser definido em termos de satisfazer alguma necessidade do ambiente externo. A responsabilidade pela elaboração do planejamento é, normalmente, dos níveis mais altos da empresa e diz respeito à formulação dos objetivos quanto à seleção dos cursos de ação a serem seguidos para a sua consecução, levando em conta as condições externas e internas. Considera premissas básicas que a empresa, como um todo, deve respeitar e trabalhar, alinhadas ao planejamento para que tenha sustentação e alcance dos objetivos esperados (OLIVEIRA, 1997).



Figura 02: Traduzindo a missão em resultados almejados

Fonte: Kaplan e Norton (2000, p.85).

2.4 BALANCED SCORECARD COMO UMA FERRAMENTA ESTRATÉGICA

Balanced Scorecard surgiu como ferramenta de gestão de mensuração e não de estratégia, apoiada em indicadores financeiros, a qual estava induzindo as empresas em opções errôneas. A abordagem é mais que um sistema de mensuração de desempenho, já que é de gestão estratégica, pois mantém a abordagem de mensuração desempenho financeiro e busca converter a estratégia em processo contínuo, a ser executado não somente pela alta administração, mas uma atividade pluralista e participativa (KAPLAN & NORTON, 2000).

Segundo Kaplan e Norton (1997), o *Balanced Scorecard* é utilizado por empresas, como um sistema de gestão estratégica para administrar a estratégia em longo prazo; adotaram a filosofia do Scorecard para viabilizar processos gerenciais críticos como:

- * Esclarecer e traduzir a visão e a estratégia;
- * Comunicar e associar objetivos e medidas estratégicas;
- * Planejar, estabelecer metas e alinhar iniciativas estratégicas;
- * Melhorar o feedback e o aprendizado estratégico.

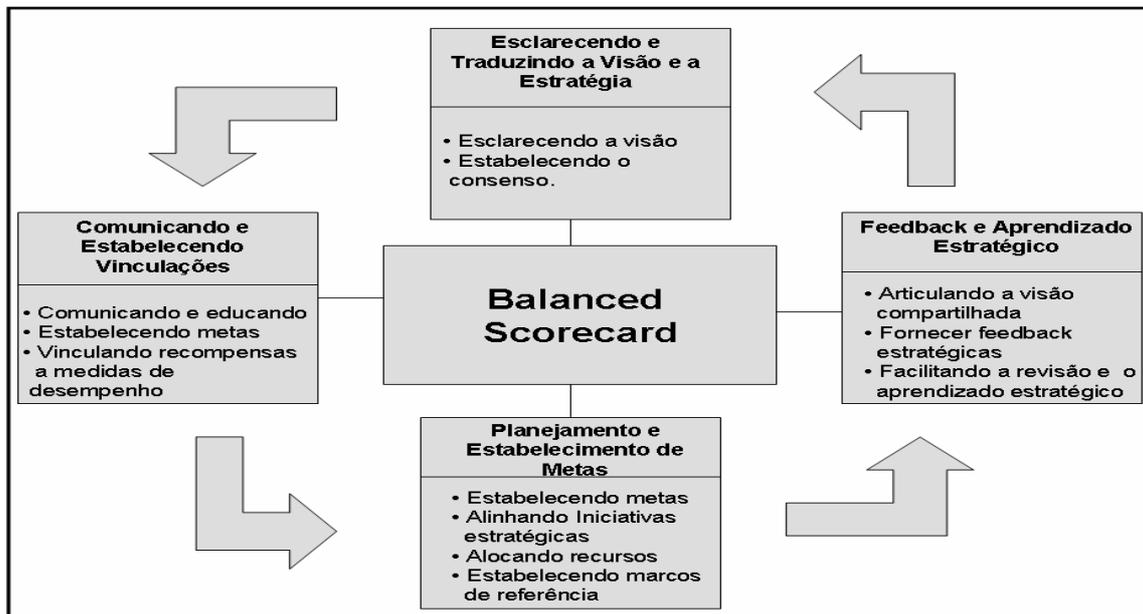


Figura 03: O *Balanced Scorecard* como estrutura para ação estratégica
Fonte: Kaplan e Norton (1997, p.12).

Uma ferramenta gerencial utilizada para implementar a estratégia é o *Balanced Scorecard*; oferece um mecanismo de tradução desta em objetivos, medidas e metas. O BSC surgiu como uma alternativa para as principais deficiências dos sistemas gerenciais tradicionais, a dificuldade de integrar e sintonizar a estratégia com as ações e resultados de

todos os setores da empresa. Muitas empresas não conseguem os resultados esperados porque o problema não é a má formulação da estratégia, mas as falhas existentes em sua implantação.

No processo de elaboração da estratégia competitiva algumas condições precisam ser atendidas: toda a organização precisa participar da criação da estratégia, não deve ser considerada uma área exclusiva da alta administração, mas uma atividade pluralista e participativa. As discussões referentes à estratégia devem abranger todos os setores da organização, pois todos devem ter seus objetivos alinhados com o planejamento da instituição, para possibilitar uma combinação inovadora de conhecimentos; as pessoas devem estar envolvidas com as mudanças estratégicas e reavaliar seus objetivos, realinhando a nova estratégia (Herrero apud Hamel, 2005).

Na visão de Herrero (2005, p.23 – 24):

A gestão estratégia baseada no *Balanced Scorecard* tem como desafio a construção de uma estratégia competitiva que gera valor superior aos stakeholders, utilizando este modelo de gestão como instrumento, são os seguintes: tornar a formulação e a implementação da estratégia um processo contínuo de aprendizagem que envolva todos os profissionais em todas as fases de desenvolvimento; colocar a estratégia no centro no negócio e no interior do processo gerência; integrar a estratégia no dia a dia operacional dos colaboradores; assegurar a compreensão da estratégia por todos os colaboradores da organização, para um melhor desempenho dos seus papéis; descrever a estratégia da organização numa linguagem de fácil entendimento e explicação, com a finalidade de estimular troca de ideias e envolvimento das pessoas; traduzir a estratégia em um conjunto de indicadores financeiros e indicadores qualitativos para medir a eficiência e a eficácia do uso dos ativos tangíveis e intangíveis, na geração de valor para organização.

Um dos maiores desafios do *Balanced Scorecard* é a criação de um conjunto de objetivos estratégicos, qualitativos e quantitativos integrados entre si.

2.5 O *BALANCED SCORECARD*

Uma ferramenta de apoio para acompanhar e monitorar as evoluções das decisões da empresa é o BSC, baseadas em indicadores-chave. Cada colaborador deve entender o aspecto ligado à estratégia, para alcançar o sucesso; o sistema deixou de ser um sistema de medição para transformar em um sistema gerencial.

Segundo o autor, o *Balanced Scorecard* oferece aos executivos instrumentos necessários para alcançar o sucesso. As empresas competem em ambientes complexos e é fundamental que estejam claras as suas metas e os métodos para alcançá-las, pois a ferramenta traduz a missão e a estratégia da empresa num conjunto abrangente de medidas de desempenho que serve como base para um sistema de medição e gestão estratégica. O

Balanced Scorecard continua enfatizando a busca de objetivos financeiros, mas inclui os vetores de desempenho desses objetivos (KAPLAN & NORTON, 1997).

O *Balanced Scorecard* coloca a visão em movimento, a missão fornece o ponto de partida e a visão define as metas gerais e a trajetória da organização. Os mapas estratégicos e o BSC fornecem ferramentas para traduzir as declarações estratégicas genéricas em hipóteses, objetivos, indicadores e metas específicas. O BSC cria a consciência estratégica nos colaboradores, as organizações envolvem todos os colaboradores para que compreendam a estratégia e conduzam suas tarefas de forma a contribuir para o êxito da estratégia. A ferramenta incentiva o diálogo entre as unidades de negócio e os executivos da empresa, em relação aos objetivos financeiros de longo prazo e, também, a formulação e implementação da estratégia destinada a produzir um desempenho excepcional no futuro (KAPLAN & NORTON, 2004, 1997).

Está dividido em quatro aspectos: finanças, processos internos, clientes, aprendizado e crescimento; todas as dimensões devem ter seus objetivos, indicadores, metas e iniciativas bem definidas e explícitas. Finanças: como ser bem sucedido financeiramente, qual a imagem perante os acionistas; Processos internos: para satisfazer os acionistas e clientes, em qual processo de negócio se é excelente; Clientes: para alcançar a visão, como deve ser visto pelos clientes; Aprendizado e crescimento: para alcançar a visão como sustentar a ideia de mudar e melhorar (HERRERO, 2005).

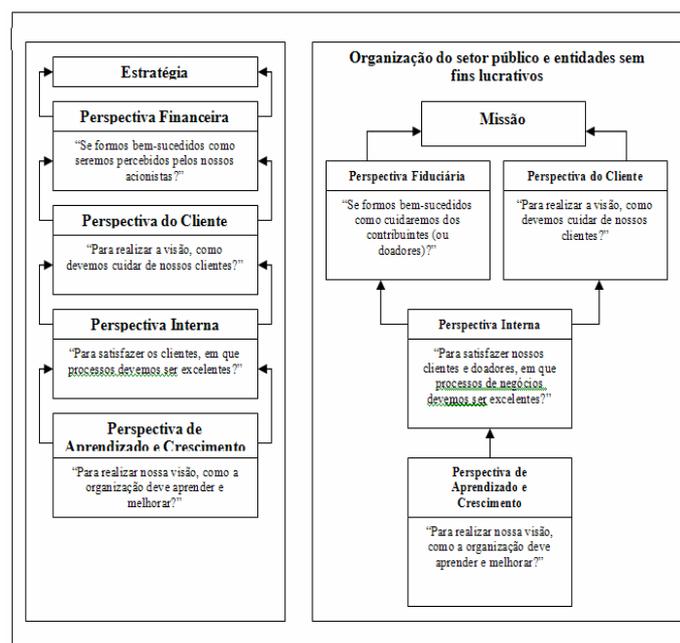


Figura 04: Mapas estratégicos: o modelo simples de criação de valor
Fonte: Kaplan e Norton (2004, p. 8).

As entidades filantrópicas não consideram a perspectiva financeira a mais importante, porém trabalham nesta, pois é essencial à instituição ser sustentável, para, desta forma garantir que a instituição atinja seus objetivos sociais, a figura anterior as perspectiva do BSC (Kaplan e Norton, 2004).

2.5.1 Perspectiva financeira

As instituições sem fins lucrativos empenham-se cumprir sua missão em vez de gerar resultados financeiros acima da média; portanto, essas organizações precisam de um sistema abrangente de indicadores financeiros e não financeiros para motivar e avaliar seu desempenho. Para Kaplan e Norton (2004):

O Scorecard deve contar a história da estratégia, começando pelos objetivos financeiros a longo prazo e relacionando-se depois à sequência de ações que precisam ser tomadas em relação aos processos financeiros, dos clientes, dos processos internos e, por fim, dos funcionários e sistemas, a fim de que, em longo prazo seja produzido o desempenho econômico desejado (p. 49).

A ferramenta utiliza objetivos financeiros tradicionais como aumento de receita, retorno sobre ativos, melhoria dos custos e produtividade; as medidas financeiras indicam se a empresa está alcançando êxito com as estratégias definidas, implementadas e executadas. O êxito é medido pela lucratividade, pelo crescimento e pelo incremento de valor para o acionista; as medidas de desempenho indicam se a estratégia, sua implementação e execução estão contribuindo para melhoria dos resultados financeiros (KAPLAN & NORTON, 1997).

Conforme Kaplan e Norton (1997) os objetivos financeiros das unidades de negócio devem estar alinhados à estratégia da empresa, mas as metas financeiras não devem ser idênticas para as suas divisões ou unidades de negócio, pois podem ter diferentes estratégias. Por isso, é improvável uma única meta financeira para unidades de negócios distintas; ao iniciar o desenvolvimento da perspectiva financeira, os executivos devem identificar as medidas financeiras adequadas à sua estratégia para cada unidade do negócio. Os objetivos e medidas financeiros devem desempenhar papel duplo: definir o desempenho financeiro esperado da estratégia e servir de meta principal para os objetivos e metas de todas as outras perspectivas do BSC.

O BSC permite tornar os objetivos financeiros explícitos e ajustar às unidades de negócio nas diferentes fases do ciclo de vida: crescimento, sustentação e colheita. As empresas em fase de crescimento têm como objetivo financeiro o percentual de crescimento da receita e de aumento de vendas para determinados mercados, classe de clientes e regiões.

Já as empresas em fase de sustentação têm como objetivos financeiros a lucratividade e as empresas em fase de colheita têm como principal meta maximizar o fluxo de caixa e a diminuição da necessidade de capital de giro (KAPLAN & NORTON, 1997).

A perspectiva financeira deverá ser montada a partir de três itens:

a) Crescimento e mix de receita: ampliação da oferta de produtos e serviços, conquista de novos clientes e mercados, alterações do mix de produtos e serviços para itens de maior valor agregado e a modificação dos preços de produtos e serviços. A medida mais comum de aumento de receita, tanto para unidades de negócio na fase de crescimento quanto para aquelas que se encontram na fase da colheita, são os percentuais de aumento de vendas e participação de mercado para mercado, regiões e clientes selecionados. No que se refere às instituições hospitalares, pode-se considerar como exemplo o aumento da oferta de novos serviços, como os novos tipos de cirurgias (bariátrica, cirurgia por vídeo, serviço de hemoterapia), atendimento de novas especialidades médicas, novos procedimentos ambulatoriais.

b) Redução de custos e aumento da produtividade: ações que busquem reduzir o custo de produtos e serviços e otimizar a utilização de recursos. As empresas na fase de crescimento devem focalizar no crescimento da receita, como forma de incentivar a transição para produtos e serviços que ofereçam maior valor agregado e elevar a qualificação dos recursos físicos e humanos da entidade.

c) Utilização dos ativos / estratégias de investimentos: utilização de forma adequada dos ativos financeiros e físicos (KAPLAN & NORTON, 1997).

2.5.2 Perspectiva Cliente

Segundo Kaplan e Norton (1997), a perspectiva do cliente do BSC, deve responder à seguinte pergunta: Para alcançarmos nossa missão, como deveríamos ser vistos pelos nossos clientes? Na instituição sem fins lucrativos para realizar a visão, como devemos cuidar dos nossos clientes? Na perspectiva do cliente do BSC, as empresas identificam os segmentos de clientes e mercado ao qual desejam atingir; esses representam as fontes que irão produzir a receita dos objetivos financeiros da empresa.

A perspectiva dos clientes permite que a empresa alinhe suas medidas essenciais de resultados relacionadas aos clientes – satisfação, fidelidade, retenção, captação e lucratividade – com segmentos específicos de mercado. Além disso, permite a clara identificação e avaliação das propostas de valor dirigidas a esses segmentos. As propostas de valor são os vetores, os indicadores de tendências, para as medidas essenciais de resultados na perspectiva do cliente (KAPLAN & NORTON, 1997, p.67).

No passado, as empresas podiam desenvolver seus produtos e serviços enfatizando o desempenho dos produtos e a inovação tecnológica, as empresas que não compreenderam as necessidades dos clientes acabam perdendo mercado para os concorrentes que oferecem produtos e serviços alinhados às necessidades destes clientes; por isto as empresas estão voltando seu foco para os clientes (KAPLAN & NORTON, 1997).

Atualmente, o mercado é altamente competitivo as empresas devem dar atenção aos clientes que os concorrentes tomaram, podendo definir e calcular seu índice de retenção; identificar as causas de problemas com clientes e identificar o que pode ser melhorado para satisfazer destes clientes; estimar quanto de lucro ele deixa de ter ao perder estes clientes e calcular quanto custaria para reduzir o índice de abandono (KOTLER E ARMSTRONG, 1998).

Para obter um desempenho financeiro superior, a longo prazo, as unidades de negócio precisam criar e oferecer produtos e serviços valorizados pelos clientes, além de satisfazer e encantar as empresas devem traduzir suas declarações de missão e estratégia em objetivos específicos, baseados no mercado e nos clientes (KAPLAN & NORTON, 1997).

Segundo Kaplan e Norton (1997), as instituições selecionam dois grupos de medidas para esta perspectiva. O primeiro constitui-se de medidas essenciais, tais como: participação de mercado; é a proporção de negócios num determinado mercado; a retenção de clientes controla em termos absolutos ou relativos à retenção ou manutenção do relacionamento contínuo da organização com seus clientes: a captação de clientes mede, em termos absolutos ou relativos, a conquista de novos clientes ou negócios ; a satisfação de clientes mede o nível de satisfação, de acordo com a proposta de valor, a lucratividade de clientes mede o lucro líquido de clientes ou segmentos, após deduzidas as despesas específicas para sustentar esses clientes. O segundo conjunto de medidas refere-se às propostas de valor apresentada aos clientes, que são os atributos que os fornecedores oferecem através de seus produtos e serviços para gerar fidelidade e satisfação em segmento alvo. Proposta de valor é o conceito para o entendimento dos vetores das medidas essenciais de satisfação, captação e retenção e participação de mercado e de conta. Atributos podem ser divididos em três categorias: Atributos dos produtos e serviços abrangem a funcionalidade, seu preço e qualidade; relacionamento com os clientes refere-se à entrega do produto ou serviço ao cliente; inclui a dimensão do tempo de resposta e o conforto do cliente na relação de compra.

2.5.3 A Perspectiva dos Processos Internos

A perspectiva dos processos internos identifica os processos críticos em que a empresa deve buscar a excelência, com a finalidade de atender aos objetivos dos clientes e acionistas. Como se reporta Kaplan e Norton (1997):

Os sistemas de medida de desempenho da maioria das empresas focalizam a melhoria dos processos operacionais existentes. Para o *Balanced Scorecard*, recomendamos que os executivos definam uma cadeia de valor completa dos processos internos que tenha início com o processo de inovação – identificação das necessidades atuais e futuras dos clientes e desenvolvimento de novas soluções para essas necessidades -, prossiga com os processos de operações – entrega dos produtos e prestação dos serviços aos clientes existentes – e termine com os serviços pós-venda – oferta de serviços pós-venda que contemplem o valor proporcionando aos clientes pelos produtos ou serviços de uma empresa (p.97 e 98).

A análise dos processos internos faz com que a empresa tenha condições de avaliar a sua governança corporativa, assim como toda sua cadeia de valor.

2.5.4 A Perspectiva do Aprendizado e crescimento

A perspectiva do aprendizado e crescimento oferece uma infraestrutura que torna possível a consecução de objetivos ambiciosos nas outras três perspectivas. A última perspectiva desenvolve objetivos e medidas para orientar o aprendizado e crescimento organizacional.

Os objetivos estabelecidos nas perspectivas financeiras, do cliente e dos processos internos revelam onde a empresa deve se destacar para obter um desempenho excepcional (KAPLAN & NORTON, 1997, p. 131).

Os objetivos da perspectiva de Aprendizado e crescimento são os vetores de resultados nas três primeiras perspectivas. Apresenta três principais fontes: funcionários, sistemas e alinhamento organizacional. A capacidade dos funcionários demonstra que os mesmos, para manter a posição atual no mercado se veem obrigados a melhorar continuamente. Para o crescimento, não basta obedecer a procedimentos organizacionais, pois as ideias que permitem melhorar os processos e o desempenho para os clientes cada vez mais surgem dos funcionários de linha de frente, que se encontram mais próximos dos processos internos e dos clientes da empresa. Os indicadores que devem ser considerados são: nível de satisfação de funcionários, rotatividade e lucratividade por funcionário. No que se refere à capacidade dos sistemas de informação, para que os funcionários desempenhem com eficácia suas funções no ambiente competitivo do mercado, são necessárias informações precisas

sobre clientes, processos internos e as consequências financeiras de suas ações. O alinhamento organizacional tem como vetores de desempenho para o alinhamento individual e organizacional; estão voltados para determinar se as metas dos departamentos ou colaboradores estão com os objetivos estratégicos da empresa (KAPLAN & NORTON, 1997).

2.6 MEDIDAS ESTRATÉGICAS X INDICADORES DE DIAGNÓSTICO

Na visão de Kaplan e Norton (1997), as empresas encontram dificuldades em fazer a distinção de medidas de diagnóstico que são aquelas que monitoram se a empresa continua no controle da situação, e são capazes de alertar quando estão ocorrendo acontecimentos que exijam atenção imediata, e medidas estratégicas que são aquelas que definem uma estratégia projetada para a excelência competitiva.

Kaplan e Norton (1997) dão um exemplo simples que facilita a compreensão da diferença de indicadores estratégicos e indicadores de diagnóstico:

Muitos aspectos das funções de nosso corpo devem ser exercidos dentro de parâmetros operacionais relativamente restritos para que possamos sobreviver. Se a temperatura de nosso corpo cai de 37 graus centígrados para 1 ou 2, ou se a nossa pressão desce ou sobe a níveis extremos, estamos sujeitos a problemas sérios. Nessas circunstâncias, todas as nossas energias (e as de outros profissionais habilitados) são mobilizadas no sentido de fazer retornar esses parâmetros aos seus níveis normais. Mas não dedicamos a mesma energia à otimização da temperatura do corpo ou da pressão arterial. A capacidade de controlar a temperatura do corpo dentro de uma faixa de 0,01 do nível ótimo não será um dos fatores estratégicos de sucesso a determinar se chegaremos a principal executivo de uma empresa, sócio principal de uma empresa internacional de consultoria ou professor titular de uma grande universidade. Outros fatores são mais decisivos para determinar se alcançaremos nossas metas específicas pessoais e profissionais. A temperatura do corpo e a pressão arterial são importantes? Sem dúvida. Se essas medidas excederem determinados limites de controle, temos indícios de um problema sério que merece atenção e solução imediata. Mas embora necessárias, essas medidas não são suficientes para a realização de nossas metas a longo prazo (p.170).

As empresas devem possuir centenas de indicadores que são capazes de monitorar seu funcionamento esperado e advertir para a necessidade de medidas corretivas. Estes indicadores não representam os vetores do sucesso competitivo, são necessários para a operação da empresa e devem ser monitoradas de forma diagnóstica, nos quais os desvios de expectativas sejam notados (KAPLAN & NORTON, 1997).

Os executivos das empresas não acreditam que um BSC com menos de 24 indicadores possa ser suficiente para medir suas operações; as empresas têm razão, mas não conseguem fazer a distinção de medidas de diagnóstico e medidas estratégicas (KAPLAN & NORTON, 1997).

A medição de desempenho fornece aos gestores das instituições dados e fatos necessários à tomada de decisões e ações de melhoria de qualidade e produtividade da entidade. O setor de Saúde, mais especificamente a área hospitalar, é pouco habituado à prática de medição, encontra-se carente de dados que possam fornecer aos gestores as informações quanto ao desempenho global de suas atividades. O autor afirma que tomar decisões acertadas significa conhecer com precisão os fatores que envolvem a questão, dominar os dados e fatos. A instituição deve dispor de um sistema de acompanhamento dos fatos e medição dos resultados que mais interessam a seu negócio que são na maior parte indicadores de qualidade e produtividade. Um sistema de medição consistente resulta e benefícios aos gestores, pois fornece informações confiáveis, sobre o que é certo ou errado; após os pontos prioritários serem conhecidos, induzem o esforço concentrado a eles, fornecendo a base para o consenso sobre problemas, soluções e procedimentos (SILVA, 1998).

Silva (1998), sugeriu os seguintes indicadores como ferramentas úteis para a produção de informações:

Aspectos econômicos:

Margem de resultado econômico;

Índice de liquidez imediata;

Índice de liquidez corrente;

Índice de liquidez global;

Níveis de caixa:

Período médio de cobrança;

Taxa de ocupação dos leitos disponíveis;

Média de permanência;

Volume de exames de diagnóstico por imagem;

Taxa de absenteísmo;

Aspectos de gerenciamento de infraestrutura:

Taxa de ocupação;

Média de permanência;

Taxa de infecção hospitalar;

Coeficiente de mortalidade;
Taxa de cesariana;
Número de cirurgias.
Aspectos relativos ao nível técnico dos serviços prestados:
Volume cirúrgico por especialidade;
Taxa de infecção hospitalar;
Taxa de ocupação;
Estoque de medicamentos;
Coeficiente de funcionário por leito.
Aspectos referentes à qualidade:
Taxa bruta de infecções;
Taxa de infecção hospitalar;
Taxa de cesariana;
Taxa de cirurgia desnecessária;
Taxa de complicações ou intercorrências;
Taxa de mortalidade hospitalar;
Pata de mortalidade operatória.
Aspectos relativos à imagem do hospital e nível de satisfação dos clientes:
Índice de erros de medicação;
Número de reclamações trabalhistas;
Tempo de espera por leito;
Índice de resolutividade;
Número de reclamações dos clientes;
Índice de preferência:
Tempo de equipamento em manutenção;
Demora no atendimento de enfermagem.

2.7 BALANÇO SOCIAL

2.7.1 Origem do Balanço Social

A partir dos anos 60 nos Estados Unidos da América e no início da década de 70 na Europa - particularmente na França, Alemanha e Inglaterra - que a sociedade iniciou uma cobrança por maior responsabilidade social das empresas e consolidou-se a própria necessidade de divulgação dos chamados balanços ou relatórios sociais.

Na França, concebe-se inicialmente o Balanço Social como um método global de investigação social para o diagnóstico da 'saúde social' desta e planificação estratégica do futuro, sob proposta do 'Institut de l'Entrepise' em colaboração com uma equipe de investigadores dirigida por Alian Chevalier, mais tarde surge o relatório Sudreau, que deu origem, em 1977, a lei sobre Balanço Social. (CARVALHO apud KROETZ, 2000, p. 55).

No Brasil, essa mudança de mentalidade empresarial pode ser notada na "Carta de Princípios do Dirigente Cristão de Empresas" desde a sua publicação, em 1965, pela Associação de Dirigentes Cristãos de Empresas do Brasil (ADCE Brasil). Na década de 80, a Fundação Instituto de Desenvolvimento Empresarial e Social (FIDES) chegou a elaborar um modelo. Porém, só a partir do início dos anos 90 é que algumas empresas passaram a levar a sério essa questão e divulgar sistematicamente em balanços e relatórios sociais as ações realizadas em relação à comunidade, ao meio ambiente e ao seu próprio corpo de funcionários.

Na França, várias experiências consolidaram a necessidade de uma avaliação mais sistemática por parte das empresas no âmbito social. Até que em 12 de julho de 1977, foi aprovada a Lei nº 77.769, que tornava obrigatória a realização de Balanços Sociais periódicos para todas as empresas com mais de 700 funcionários. Este número caiu posteriormente para 300 funcionários (SILVA, 2001).

Na realidade das organizações brasileiras, são poucas que revelam preocupações em prestar à sociedade conta de suas ações; é possível atribuir pouco zelo ao desconhecimento do Balanço Social, ou ainda por ignorarem a responsabilidade social da entidade (KROETZ, 2000).

2.7.2 Responsabilidade Social

Há muito se fala em responsabilidade social da empresa. E, de fato, pode-se observar que algumas empresas, aqui no Brasil, têm levado a sério suas relações com a comunidade, com o meio ambiente e com seu próprio corpo de funcionários. Até porque, nos últimos anos, essas relações tornaram-se uma questão de estratégia financeira e de sobrevivência empresarial. Isso sem falar, é claro, do lado ético e humano que a responsabilidade social envolve e, por sua vez, pode desenvolver. Para Kroetz (2000):

O Balanço Social é um instrumento amplo que engloba, além dos requisitos exigidos na proposição, outras medidas de desempenho profissional e produtivo, bem como o grau de comprometimento e satisfação dos funcionários, entre outros; dados esses qualitativos que serão alcançados mediante a utilização de técnicas de avaliação do desempenho e da

satisfação dos recursos humanos. Na verdade, são práticas usuais para as entidades que tratam o empregado como parceiro e buscam elevados padrões de qualidade (p.74).

De acordo com Grajew (2001), Diretor-Presidente do Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social, o conceito de responsabilidade social está se ampliando, passando de filantropia, que é a relação socialmente compromissada da empresa com a comunidade, para abranger todas as relações da empresa: com seus funcionários, clientes, fornecedores, acionistas, concorrentes, meio ambiente e organizações públicas e estatais.

As empresas são o resultado da própria vida em sociedade e que vem se modificando em tamanho, complexidade e desempenho e, desta forma, torna a contabilidade necessária e indispensável, como instrumento de gestão. Isso porque ela estuda, controla, avalia e analisa patrimônios, registrando todos os atos ocorridos e destinados a demonstrarem a qualquer momento as variações por elas apresentados.

Nesta modalidade se encontram as informações sociais realizadas pela empresa, que podem, e normalmente acontecem, mediante variações no patrimônio, visto que uma empresa pode apresentar prejuízo financeiro, mas apresenta pesados investimentos na qualificação da mão de obra dos funcionários, na aquisição de equipamentos não poluentes, ou apresentar lucro financeiro à custa de danos ambientais irreversíveis. Desta forma, a contabilidade apresenta a realidade e os pontos a serem estudados com maior profundidade, além de apresentar a participação da empresa no campo social.

O novo perfil técnico-econômico-social das empresas e pelas exigências da globalização, requer que a contabilidade evolua no sentido de prestar informações atualizadas, observando as mutações patrimoniais no ambiente social e ecológico e não somente de ordem financeira e patrimonial.

De acordo com Jacques Ehrtan, apud Kroetz (2000):

Os resultados da empresa dependem cada vez mais da eficiência e das motivações de todos que nela trabalham. O lucro continua indispensável para a nossa sobrevivência, mas não deve mais constituir nossa única finalidade; a ele é imprescindível que se somem objetivos de ordem humana, como a satisfação dos assalariados e dos clientes e a proteção e a melhoria do ambiente (p.42)

A definição de responsabilidade Social, durante o Encontro na Holanda, em setembro de 1998, o World Business Council for Sustainable Development, foi citada no livro Silva (2001).

É o comprometimento permanente dos empresários em adotar um comportamento ético e contribuir para o desenvolvimento econômico,

simultaneamente melhorando a qualidade de vida de seus empregados e suas famílias, da comunidade local e da sociedade como um todo (p.124).

A empresa socialmente comprometida é aquela que tem a capacidade de ouvir os interesses de acionistas, funcionários, prestadores de serviço, fornecedores, consumidores, comunidade, governo e meio ambiente e consegue incorporá-lo no seu planejamento estratégico, buscando atender a todos.

2.7.3 Balanço Social

Silva (2001) define o Balanço Social como um documento publicado anualmente, que reúne um conjunto de informações sobre as atividades desenvolvidas pela instituição, em promoção humana e social, dirigidas a seus funcionários e à comunidade.

Balanço Social representa a demonstração dos gastos e das influências das entidades na promoção humana social e ecológica, dirigidos aos gestores, aos empregados e à comunidade com que interage, no espaço temporal passado/ presente /futuro. (KROETZ (2000, p. 78).

Antes de ser uma obrigação, o Balanço Social é uma ferramenta gerencial, pelo qual se mostra a face interna e externa da instituição, o que permite sua avaliação, sua análise e os ajustamentos necessários (KROETZ, 2000).

Objetivos do Balanço Social, Kroetz (2000, p. 79):

- a) Revelar, conjuntamente com as demais demonstrações contábeis, a solidez da estratégia de sobrevivência e crescimento da entidade;
- b) Evidenciar com indicadores, as contribuições à qualidade de vida da população;
- c) Abranger o universo das interações sociais entre clientes, fornecedores, associações, governo, acionistas, investidores, universidade e outros;
- d) Apresentar os investimentos no desenvolvimento de pesquisas e tecnologias;
- e) Formar um banco de dados confiável para a análise e tomada de decisão dos mais diversos usuários;
- f) Ampliar o grau de confiança da sociedade na entidade;
- g) Contribuir para a implementação e manutenção de processos de qualidade, sendo a própria demonstração de Balanço Social um parâmetro para tal;
- h) Medir os impactos das informações apresentadas no Balanço Social perante a comunidade dos negócios, no amanhã da entidade, na marca, na goodwill, na imagem do negócio;
- i) Verificar a participação do quadro funcional no processo de gestão (fase de gestão participativa);
- j) Servir de Instrumento para negociações laborais entre a direção da entidade e sindicatos ou representantes dos funcionários;

k) Melhorar o sistema de controle interno, permitindo qualificar o ambiente organizacional, numa perspectiva de confirmar a regularidade da gestão identificada como o gerenciamento social e ecologicamente correto;

l) Clarificar os objetivos e as políticas administrativas, julgando a administração não apenas em função do resultado econômico, mas também dos resultados sociais.

Os usuários do Balanço Social são:

a) Trabalhadores: As informações Contidas no Balanço Social é uma ferramenta para negociações com a empresa no momento de negociações de dissídios, divulgar as ações desenvolvidas em benefício dos colaboradores; demonstra vários dados estatísticos do perfil dos funcionários como (Faixas salariais, nível de instrução, qualificação);

b) Acionistas: demonstra informações a respeito das ações da empresa na área social e ecológica, na base presente / passado / futuro;

c) Diretores/ Administradores: um instrumento de controle, planejamento e para tomada de decisão;

d) Fornecedores: demonstram as políticas implementadas na área social e ecológica;

e) Clientes: apresenta a entidade a seus clientes, demonstrando as ações da empresa na área social e ecológica, a relação com seus colaboradores;

f) Sociedade: demonstra as ações desenvolvidas pela organização, abusos praticados contra a mesma e ao meio ambiente;

g) Governos: Através do Balanço Social fornecem, ao poder público, dados estatísticos para geração de informações por segmento social, região, por atividades, etc...

h) Estudiosos: geram informações que servirá de subsidio para melhor compreensão da realidade, desencadeando o estudo e desenvolvimento de novas pesquisas;

i) Concorrentes: Aproveitam os dados para investigar a vida da entidade;

j) Sindicatos: Devem aproveitar as informações do Balanço Social para obter subsídios para negociações com a classe empresarial (KROETZ, 2000).

Apesar da falta de um modelo padrão, alguns princípios gerais devem contribuir para a organização da informação contida no Balanço social, para que seja útil e credível:

- Pertinência: a informação deve ser relevante, clara e concisa, deve refletir a realidade da organização;

- Objetividade: a informação deve expressar os fatos de uma forma independente e neutra;

- Continuidade: as práticas de coleta, registro e demonstração devem manter-se de um período para o outro; a falta de continuidade diminui a comparabilidade dos dados;

- Uniformidade: a informação deve permitir comparações, usando dados de exercício anterior; a comparabilidade demonstra um grau de padronização, em casos de alterações de procedimentos, devem ser explicadas em notas específicas;

- Certificação: a informação de ser susceptível de ser confirmada e certificada por uma entidade independente da organização (KROETZ, 2000).

Segundo Kroetz (2000):

Como pontos comuns encontrados nos balanços analisados, é possível mencionar que todas as entidades: divulgam dados quantitativos e qualitativos, com predominância para os qualitativos; apresentam valores gastos na remuneração de: funcionários, administradores, acionistas, terceiros e governos; revelam preocupação com o quadro funcional, e são dados que compõem a maioria das informações contidas nos Balanços Sociais; demonstram o apoio e investimentos a programas de educação, cultura, esporte e lazer, no âmbito interno e externo à organização; desenvolvem projetos na área de saúde, procurando divulgar tais resultados; divulgam valores investidos e iniciativas implementadas na área do meio ambiente; apresentam outras contribuições à comunidade (p.127 e 128).

O Balanço Social deve-se constituir em um instrumento adequado às atividades de planejamento, acompanhamento, avaliação, e divulgação do desempenho sócio-ambiental da empresa. O Balanço Social é ser uma adesão voluntária por parte das empresas; é a solução ideal e reflete uma disposição extremamente positiva por parte das empresas. No entanto, a vantagem de uma lei representa legitimidade institucional. Tudo depende da aceitação do empresariado. Com essa tese, é cada vez maior a consciência social nas empresas. Tanto para fora, nas relações com a sociedade e o meio ambiente, como para dentro, nas relações de trabalho.

As empresas realmente comprometidas com o social e seus colaboradores devem dar exemplo tornando-se transparentes a dimensão social.

O Balanço Social não pode ser uma peça de marketing, mas uma demonstração responsável de investimentos sociais realizados pelas empresas.

O Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) desenvolveu um modelo, é um dos mais difundidos no Brasil e apresenta as seguintes informações:

1. Base de cálculo	Itens Incluídos
Receita Líquida	Receita Bruta excluída dos impostos, contribuições, devoluções, abatimentos e descontos comerciais.
Resultado Operacional	Lucro ou prejuízo apresentado pela empresa no período
Folha de Pagamento Bruta	Valor total da folha de pagamento
2. Indicadores Laborais	
Alimentação	Gastos com restaurante, vale refeição, lanches, cestas básicas e outros relacionados à alimentação dos

Previdência privada	empregados.
Saúde	Planos especiais de aposentadoria, fundações previdenciárias, complementações de benefícios aos aposentados e seus dependentes.
Educação	Plano de saúde, assistência médica, programas de medicina preventiva, programas de qualidade de vida e outros gastos com saúde, inclusive dos aposentados.
Cultura	Gastos com ensino regular em todos os níveis, reembolso de educação, bolsas, assinaturas de revistas, gastos com biblioteca e outros gastos com educação.
Capacitação e desenvolvimento profissional	Gastos com eventos e manifestações artísticas e culturais (música, teatro, cinema, literatura e outras artes).
Creche ou auxílio-creche	Recursos investidos em treinamentos, cursos, estágios (excluídos os salários) e gastos voltados especificamente para capacitação relacionada com atividade desenvolvida pelos empregados.
Participação nos lucros ou resultados	Creche no local ou auxílio-creche aos empregados.
Outros benefícios	Participações que não caracterizam complemento de salários.
	Seguros(parcela paga pela empresa), empréstimo (só o custo) gastos com atividades recreativas, transportes, moradia e outros benefícios oferecidos aos empregados podem ser aqui enumerados.
3. Indicadores Sociais	
Total das contribuições para a sociedade	Somatório de investimentos na comunidade que aparecem discriminados. Não incluir os gastos declarados nos indicadores laborais. Os itens na tabela aparecem discriminados. Os itens na tabela aparecem como indicação de setores importantes em que a empresa deve investir, porém podem aparecer aqui somente os investimentos e contribuições que a empresa realizar regularmente (ação focalizada em educação, por exemplo).
Tributos (excluídos encargos sociais)	Impostos, contribuições e taxas federais, estaduais e municipais.
4. Indicadores Ambientais	
Relacionados com a operação da empresa	Investimentos, monitoramento da qualidade dos resíduos /efluentes, despoluição, gastos com a introdução de métodos não poluentes, auditorias ambientais, programas de educação ambiental para funcionários e outros gastos com o objetivo de incrementar a qualidade ambiental na operação da empresa.
Em programas/projetos externos	Despoluição, conservação de recursos ambientais, campanhas ambientais, educação ambiental para a comunidade externa e para sociedade.
5. Indicadores do Corpo Funcional	
Número de negros que trabalham na empresa	Considerar como trabalhadores negros o somatório de indivíduos classificados como pretos e pardos (conforme a Rais).
6. Informações Relevantes	
Número entre maior e a menor remuneração	Resultado da divisão da maior remuneração pela menor.
7. Outras Informações	
	Este espaço está disponível para que a empresa agregue outras informações importantes quanto ao exercício da responsabilidade social e da cidadania empresarial.

Quadro 03: Modelo balanço social IBASE.
Fonte: Silva e Freire (2001, p.112-113).

A Demonstração do Valor Adicionado é uma forma de Balanço Social, tem como principal objetivo a apresentação do valor da riqueza gerada pela entidade e a forma de redistribuí-la. Com alteração da Lei 11.638 de 28 de dezembro de 2007, a demonstração do valor adicionado se torna obrigatória para empresas S.A; no entanto, às entidades Filantrópicas é facultativo. O Comitê de Pronunciamentos técnicos do Conselho Federal de Contabilidade através do Pronunciamento técnico 09 define um modelo apresentado no quadro abaixo.

DESCRIÇÃO	Ano 2	Ano 1
1 – RECEITAS		
1.1) Vendas de mercadorias, produtos e serviços		
1.2) Outras receitas		
1.3) Receitas relativas à construção de ativos próprios		
1.4) Provisão para créditos de liquidação duvidosa – Reversão / (Constituição)		
2 - INSUMOS ADQUIRIDOS DE TERCEIROS (inclui os valores dos impostos – ICMS, IPI, PIS e COFINS)		
2.1) Custos dos produtos, das mercadorias e dos serviços vendidos		
2.2) Materiais, energia, serviços de terceiros e outros		
2.3) Perda / Recuperação de valores ativos		
2.4) Outras (especificar)		
3 - VALOR ADICIONADO BRUTO (1-2)		
4 - DEPRECIAÇÃO, AMORTIZAÇÃO E EXAUSTÃO		
5 - VALOR ADICIONADO LÍQUIDO PRODUZIDO PELA ENTIDADE (3-4)		
6 - VALOR ADICIONADO RECEBIDO EM TRANSFERÊNCIA		
6.1) Resultado de equivalência patrimonial		
6.2) Receitas financeiras		
6.3) Outras		
7 - VALOR ADICIONADO TOTAL A DISTRIBUIR (5+6)		
8 - DISTRIBUIÇÃO DO VALOR ADICIONADO (*) CPC_09 17		
8.1) Pessoal		
8.1.1 – Remuneração direta		
8.1.2 – Benefícios		
8.1.3 – F.G.T.S		
8.2) Impostos, taxas e contribuições		
8.2.1 – Federais		
8.2.2 – Estaduais		
8.2.3 – Municipais		
8.3) Remuneração de capitais de terceiros		
8.3.1 – Juros		
8.3.2 – Aluguéis		
8.3.3 – Outras		
8.4) Remuneração de Capitais Próprios		
8.4.1 – Juros sobre o Capital Próprio		
8.4.2 – Dividendos		
8.4.3 – Lucros retidos / Prejuízo do exercício		

8.4.4 – Participação dos não-controladores nos lucros retidos (só p/ consolidação)		
---	--	--

Quadro 04: Modelo DVA
Fonte: Comitê de Pronunciamentos Cont

3 METODOLOGIA

A seguir, estão detalhados os métodos e técnicas utilizados para a realização do presente trabalho. Segundo Gil (2010), a investigação científica processa-se de acordo com métodos, fundamentados em bases lógicas e técnicas. Por sua vez, Demo (2000, p.11) define que metodologia “significa, na origem do termo, estudo de caminhos, dos instrumentos usados para se fazer ciência”. Quanto às técnicas, pode-se dizer que são os instrumentos operacionais que o pesquisador utiliza para atingir os resultados esperados.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

a) Quanto aos fins a pesquisa foi descritiva e explicativa:

Descritiva, pois teve por objetivo estudar características específicas do Hospital Santo Ângelo nos aspectos relacionados à metodologia do *Balanced Scorecard* e também estabeleceu correlações entre variáveis para definir sua natureza. Para Vergara (2011):

A pesquisa descritiva expõe característica de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (p.42).

A pesquisa também foi explicativa porque se pretende explicar cada variável descrita para se obter o resultado de qual a contribuição que a metodologia traz para a organização.

b) Quanto aos meios de investigação a pesquisa foi:

Bibliográfica, pois é o estudo que foi desenvolvido em material já elaborado, com base em livros, revistas, jornais, artigos científicos e balanços já publicados; a vantagem desta pesquisa é o fato de permitir ao pesquisador uma cobertura mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

A pesquisa também foi documental, de campo e estudo de caso.

A pesquisa documental é semelhante à pesquisa bibliográfica, sendo que a única diferença está na natureza das fontes. É realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados; a pesquisa foi feita com o uso de documentos internos do Hospital Santo Ângelo, que não estão disponíveis para consulta pública.

“A pesquisa de campo é investigação empírica, realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-los” (VERGARA, 2011, p.43).

Estudo de caso é o estudo profundo e detalhado que investiga um fenômeno atual dentro de seu contexto de realidade, quando os limites entre fenômenos e o contexto são claramente definidos e no qual são utilizadas várias fontes de evidência (YIN, 2010).

O estudo de caso é um método de pesquisa comum para a psicologia, administração e educação, utilizado para contribuir para o conhecimento de fenômenos individuais, de grupo, empresas, comunidade.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os gestores da instituição hospitalar.

3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica em livros, revistas especializadas, teses e dissertações; também foram utilizados dados coletados em documentos internos da entidade. Ainda outros dados foram coletados por meio de observação no ambiente.

3.4 TRATAMENTO DE DADOS

Os dados foram tratados de forma qualitativa e quantitativa.

Qualitativa por meio de análise de conteúdo (Vergara, 2010) quando de procedeu à comparação da teoria versus os dados levantados. Logo a seguir, foi feita a triangulação dos dados (Trivinos, apud YIN, 2010) com a junção do que preconiza a teoria, e o que a instituição pratica para formular a proposta de BSC do Hospital composto pelo que se conclui como o modelo adequado, a partir da extração feita.

A triangulação se completa com a análise quantitativa quando do teste da proposta no hospital, quantificando os indicadores por meio de cálculos feitos com o auxílio do Excel.

A triangulação pode ser definida como uma estratégia de pesquisa baseada na utilização de diversos métodos para investigar um mesmo fenômeno, ou seja, refere-se ao uso dos métodos quantitativos e qualitativos, ao mesmo tempo. Neste caso, a interação entre os métodos, durante a coleta de dados é reduzida, mas eles se complementam no momento da conclusão do estudo (VERGARA, 2010, p. 242 e 243).

A análise volta a ser qualitativa por meio da metodologia reflexiva. “Reflexão significa pensar sobre as condições os quais algo é construído. Implica investigar os modos pelos quais o contexto teórico, cultural, político afeta a interação com o que esteja sendo

pesquisado”(Vergara, 2010,p.172). Assim, foram avaliadas as contribuições da metodologia do BSC para a entidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para apresentar os resultados e discutir o tema proposto neste trabalho, inicia-se com a caracterização da organização denominada Associação Hospital de Caridade de Santo Ângelo. Em seguida, faz-se a apresentação dos dados e informações que permitem inferências para as avaliações dos atuais indicadores financeiros utilizados na instituição, bem como das considerações sobre a análise atualmente utilizada e, por fim, apresenta-se um conjunto de indicadores e dados objetivando a otimização do processo gerencial da entidade.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A Associação Hospital de Caridade de Santo Ângelo, fundada no dia 04 de fevereiro de 1932 é uma instituição filantrópica constituída com o objetivo de acolher as pessoas doentes independente de sua condição social, econômica e religiosa, suprimindo a necessidade da população de Santo Ângelo e região. Classificada como hospital regional, recebe pacientes da 12ª Coordenadoria de Santo Ângelo. A instituição possui 174 leitos, com média mensal de 830 internações e no ambulatório são atendidos mensalmente em torno de 9500 pessoas, sendo que 35% dos atendimentos são de urgência/ emergência e 65% dos atendimentos restantes são de natureza ambulatorial. A instituição possui UTI Adulto e UTI Neonatal que é regulada pela central de leito da Secretaria da Saúde do estado do Rio Grande do Sul e que recebe pacientes de todo o estado do Rio Grande do Sul, de acordo com disponibilidade de leitos. O Corpo Clínico é composto por 102 médicos de diversas especialidades. O quadro funcional é composto de 729 funcionários, conforme demonstra a figura 05.

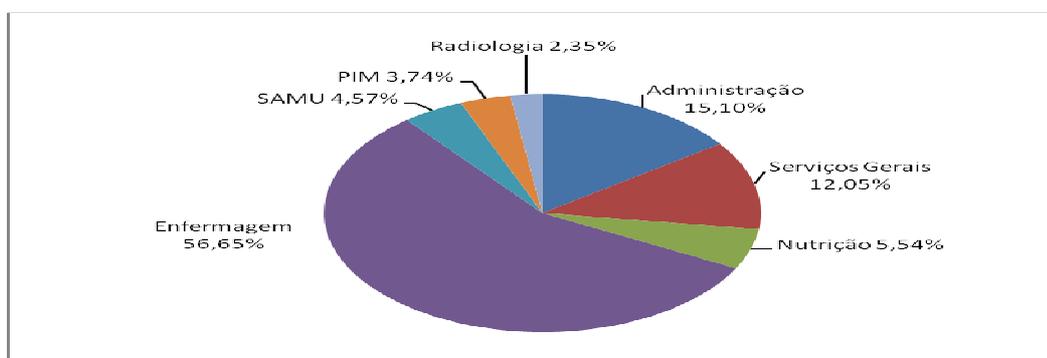


Figura 05: Gráfico número de funcionários por departamento

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital, 2014.

4.1.1 Missão, Visão e Serviços Prestados

A seguir apresenta-se a visão e a missão da organização hospitalar, bem como a meta para o negócio.

A meta para o negócio hospitalar estabelecida para o período de 2010 a 2014 é **Promover e Preservar a vida.**

A Visão Hospital Santo Ângelo é: **Ser referência e preferência na prestação de serviço de media e alta complexidade com assistência humanizada, qualificada e resolutiva com responsabilidade social.**

A missão do Hospital Santo Ângelo é: **Disponibilizar uma infraestrutura autosustentável, com desenvolvimento tecnológico e qualificação profissional, promovendo ações em saúde que contribuam para uma melhor qualidade de vida da comunidade e região.**

4.1.2 Atendimentos Hospitalares

Considerando todos os serviços prestados pelo hospital, o seu horizonte de atuação abrange vários municípios, conforme demonstrado no quadro 5, com dados de 2013.

Município	Internações
Abadia de Goiás, Capão do Cipo, Condor, Crissiumal, Farroupilha, Faxinal do saturno, Guarulhos, Passo Fundo, Pelotas, Redentora, Santa Barbara do Sul, São Sebastião do Cai, Seberi, Serafina Correa, Sobradinho, Tucunduva, Uruguaina, Venâncio Aires	2
Ajuricaba	3
Alecrim	4
Bossoroca	39
Caibaté	149
Candelária	3
Carazinho	9
Catuípe	14
Cerro Largo	332
Coronel Barros	4
Cruz Alta	6
Dezesseis de Novembro	15
Entre-Ijuís	676
Eugênio de castro	158
Flores da Cunha	3
Garruchos	20
Girúá	74
Guarani das Missões	206
Horizontina	7

Ibirubá	3
Ijuí	13
Independência	5
Itacurubi	9
Itaqui	4
Marau	4
Mato Queimado	34
Miraguaí	4
Palmeira das Missões	4
Palmitinho	3
Panambi	7
Pirapó	24
Porto Alegre	3
Porto Xavier	157
Rodeio Bonito	4
Rolador	30
Roque Gonzáles	59
Salvador das Missões	111
Santa Cruz do Sul	3
Santa Maria	4
Santa Rosa	20
Santiago	5
Santo Ângelo	6431
Santo Antônio das Missões	81
Santo Augusto	4
Santo Cristo	5
São Borja	67
São Luiz Gonzaga	263
São Miguel das Missões	321
São Nicolau	37
São Paulo das Missões	13
São Pedro do Butiá	70
Sede Nova	3
Senador Salgado filho	3
Sete de Setembro	55
Três de maio	12
Três Passos	4
Tupanciretã	3
Tuparendi	8
Ubiretama	41
Vitória das Missões	197
Outros municípios do Brasil	61
Total Geral	9947

Quadro 05: Atendimentos de internações por município.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital, 2013.

Os serviços que o hospital presta são: Acolhimento, Ambulatório de Egresso, Anestesiologia, Análises clínicas, Anatomia Patológica, Assistência Farmacêutica, Assistência Social, Assistência Psicológica, Assistência Nutricional, Bucomaxilofacial, Banco de Sangue, Cirurgia Geral, Cirurgia Bariátrica, Clínica Médica, Cardiologia, Controle de Infecção Hospitalar, CAMMI, Dermatologia, Enfermagem, Endoscopia, Ginecologia/Obstetrícia, Casa da Gestante, Hematoterapia, Hemodiálise, Higienização, Imagem Radiologia Geral, Ecografia Geral/3D/Doppler Fluxometria/Ecocardiograma, Ecografia Intervencionista/ Biópsias (mama. Próstata...), Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Manutenção, Mastologia, Neurologia, Neurocirurgia, Nutrição Enteral e Parenteral, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Obesidade Mórbida, Psiquiatria, Pediatria, SAMU, Serviço de Diagnóstico, Traumatologia, Urologia, Urgência/Emergência, UTI Adulta Nível II, UTI Neonatal, Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Vascular, Unidade Canguru, CIHDOT– Comissão IntraHospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (HSA).

A pesquisa efetuada no Hospital Santo Ângelo, também demonstra que o atendimento ao SUS nas diárias representa 74% e atendimento ambulatorial representa 82%, acima do exigido pela legislação da filantropia; a obrigatoriedade é de 60% dos pacientes-dia de acordo com a lei 12.101 de 27 de novembro de 2009.

A instituição, durante o ano de 2013, apresentou um superávit de R\$ 2.043.240,39, a evolução do resultado final da instituição a partir do ano de 2010 se deve ao número de incentivos recebidos pelo SUS; sem este complemento financeiro a instituição apresentaria déficit operacional.

4.1.3 O Hospital Santo Ângelo em números

Nesse tópico apresenta-se a receita do hospital, nos últimos 5 anos, suas despesas e o resultado do exercício versus o cumprimento da exigência legal com a filantropia e os atendimentos efetuados pelos demais convênios, no ano de 2013.

Ano	Receitas	Despesas	Déficit/superávit
2009	17.745.773,76	19.520.241,37	(1.774.467,61)
2010	24.757.599,46	23.506.378,22	1.251.221,24
2011	28.983.033,06	27.216.308,28	1.766.724,78
2012	37.529.272,01	33.098.549,42	4.430.722,59
2013	40.967.311,79	38.924.071,40	2.043.240,39

Quadro 06: Demonstrativo de Receita e despesa

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital.

CONVÊNIOS	Nº PACIENTES	PERCENTUAL
SUS	33209	74%
IPE	7610	17%
UNIMED	1916	4%
PARTICULAR	889	2%
OUTROS	1495	3%
TOTAL	45119	100%

Quadro 07: Diárias por convênios

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital.

O quadro 07 demonstra o total de atendimentos realizados no ano de 2013 pelo hospital apresentado como paciente dia, que significa o total de internações multiplicado pelo número de dias que o paciente permaneceu internado. Este indicador é o utilizado para comprovação do percentual de atendimento SUS, a condição de entidade filantrópica que deve ser no mínimo 60% do total de paciente dia ou 50% e utilizando mais 10% de atendimento ambulatorial, conforme Lei 12.101 de 27 de novembro de 2009.

CONVÊNIOS	Nº PACIENTES	PERCENTUAL
SUS	6882	69%
IPE	1965	20%
UNIMED	404	4%
PARTICULAR	367	4%
OUTROS	329	3%
TOTAL	9947	100%

Quadro 08: Internações por convênio

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital.

O quadro 08 demonstra o total de internações realizadas no ano de 2013 por convênio.

CONVÊNIOS	Nº PACIENTES	PERCENTUAL
SUS	93892	82,7%
IPE	9165	8,1%
UNIMED	3016	2,7%
PARTICULAR	3157	2,8%
OUTROS	4315	3,8%
TOTAL	113545	100,0%

Quadro 09: Atendimento ambulatorial por convênio

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital.

O quadro 09 demonstra o total de atendimento ambulatorial realizado no período, sendo consultas no pronto atendimento, exames laboratoriais, exames radiológicos e qualquer tipo de atendimento que não necessita de internação.

4.1.4 Situando o Hospital Santo Ângelo no contexto nacional

O Hospital Santo Ângelo é um dos 4.548 hospitais do Brasil; porém é um dos 2.132 hospitais classificados como entidade sem fins lucrativos pelo IBGE em 2010 (IBGE, 2010).

Hospitais no país

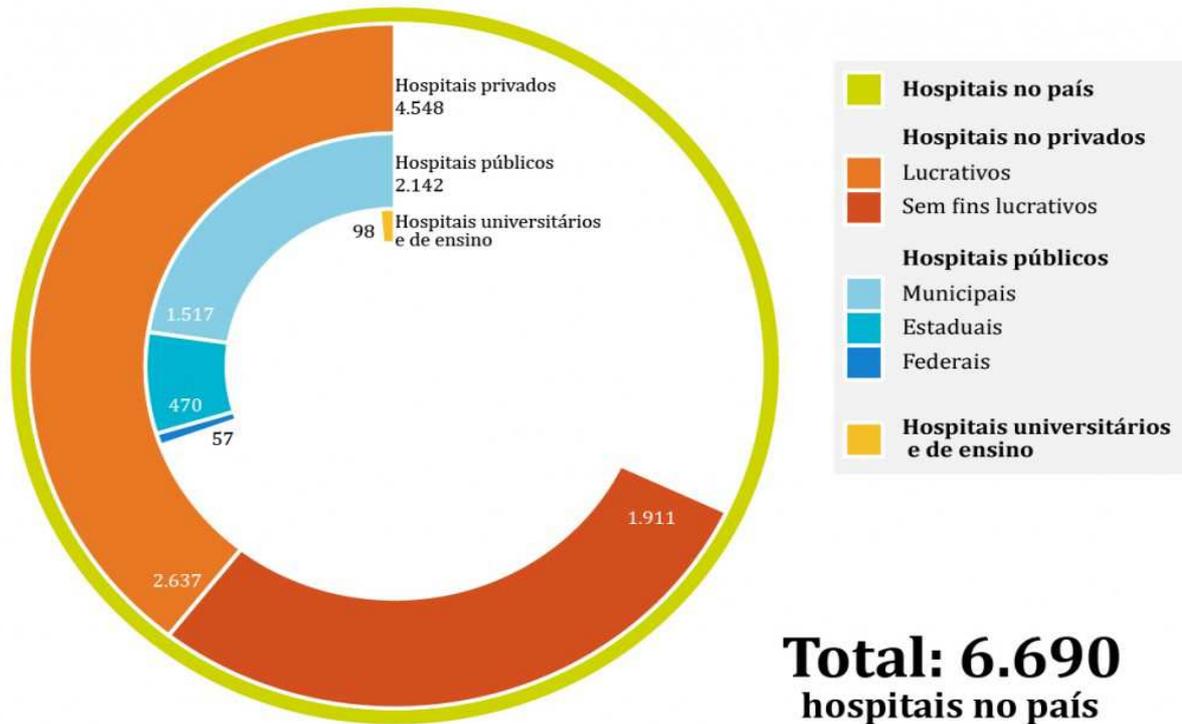


Figura 06: Hospitais no país
Fonte: CNES/MS-out/2012

4.2 INDICADORES UTILIZADOS NA INSTITUIÇÃO

Para atender ao objetivo da pesquisa, os indicadores utilizados pela instituição atualmente, estão apresentados a seguir.

4.2.1 Descrição dos Indicadores

Os indicadores utilizados pela instituição apresenta-se em três blocos, o primeiro são indicadores estatísticos, o segundo custos hospitalares e o terceiro receitas.

1 – Indicadores Estatísticos

Número de leitos: total de leitos disponíveis para internação no período;

Número de leitos ocupados: total de leitos ocupados no período;

Nível de ocupação: % de ocupação média do período;

Média de permanência: número de dias que o paciente permanece internado;

Número de internações: total de internações do período;

Número de atendimentos ambulatoriais: total de atendimentos ambulatorial do período;

Índice de rotação de leitos: número de internações no mês pelo número total de leitos disponíveis;

Número de altas: total de altas do período;

Número de funcionários ativos HSA: total de funcionários menos os funcionários afastados; SAMU e PIM do período;

Número de funcionários por leito: total de funcionários ativos do mês pelo número de leitos;

Número de funcionários SAMU: total de funcionários do serviço do SAMU;

Número de funcionários PIM: total de funcionários do serviço do PIM;

Número de funcionários ativos total: total de funcionários da instituição menos os funcionários afastados do período;

Variação de funcionários: a variação o número de funcionários em relação ao mês anterior;

2 – Custos Hospitalares

Custo direto: participação em percentual do custo direto sobre o custo total e sobre a receita total;

Custo Pessoal: participação em percentual do custo pessoal sobre o custo total e sobre a receita total;

Custo com materiais: participação em percentual do custo com materiais sobre o custo total e sobre a receita total;

Despesas não operacionais: participação em percentual das despesas não operacionais sobre o custo total e sobre a receita total;

Custo total: somatório de todos os custos;

Custo mensal por leito: custo mensal pelo número de leitos ativos;

Custo por leitos ocupados: custo mensal pelo número de leitos ocupados;

Custo pessoal por leitos fixos: o valor do custo pessoal pelo número de leitos fixos;

Custo da internação: custo mensal dividido pelo número de internações do período;

Custo paciente dia: custo mensal dividido pelo número de paciente dia do período;

Custo de energia elétrica por/m: custo da energia pela área construída;

Custo da água por/m: custo da água pela área construída;

Custo das refeições/paciente dia: custo total das refeições pelo total de pacientes-dia do período;

Custo de materiais de higienização/paciente dia: custo total dos materiais de higienização pelo total de paciente dia do período.

3 – Receitas

Receita total: total da receita no período;

Receita por leito: receita do período pelo número de leitos ativos;

Receita por internação: receita mensal pelo número de internações;

Receita por paciente dia: receita mensal pelo número de pacientes-dia;

O Ministério da Saúde na Portaria nº 312 de 02 de maio de 2002, estabeleceu a padronização da Nomenclatura no Censo Hospitalar, os indicadores hospitalares consistem em:

a) Média de pacientes–dia: relação entre o número de pacientes-dia e o número de dias, em determinado período. Representa o número médio de pacientes em um hospital;

b) Média de permanência: relação entre o total de pacientes-dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo o óbito. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital;

c) Taxa de ocupação hospitalar: relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras;

d) Taxa de ocupação operacional: relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período;

e) Taxa de ocupação planejada: relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período; porém, considerando-se para o cálculo dos leitos-dia no denominador todos os leitos planejados no hospital, inclusive os não instalados ou desativados;

f) Taxa de mortalidade hospitalar: relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar;

g) Taxa de mortalidade institucional: relação percentual entre o número de óbitos

ocorridos em pacientes após 24 horas de internação e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a mortalidade ocorrida até 24 horas após a internação hospitalar.

4.2.2 Demonstração dos indicadores por período

Eles estão subdivididos em indicadores estatísticos relativos aos custos e receitas hospitalares. Nos quadros, constam os períodos compreendidos pelos anos de 2011, 2012 e 2013 e são demonstrados mensalmente.

2011	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
1. ESTATÍSTICOS						
Nº de Leitos	175	173	173	175	174	175
Nº de Leitos ocupados	115	120	125	128	124	127
Nível de Ocupação	65%	69%	72%	73%	72%	72%
Média de permanência	4,0	3,8	4,0	4,0	4,1	3,9
Nº de Internações	924	918	999	948	1.005	993
Índice de rotação de leitos	5,3	5,3	5,8	5,4	5,8	5,7
Nº de funcionários ativos	518	543	537	543	544	541
Nº de funcionários/Leito	3,0	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
Nº de Internações/funcionário	1,8	1,7	1,9	1,7	1,8	1,8
Nº de funcionários ativos SAMU	35	34	35	35	33	34
Nº de funcionários ativos PIM	27	27	27	27	27	27
Nº de funcionários ativos – Total	580	604	599	605	604	602
Nº de funcionários afastados	39	36	42	39	37	38
Nº de funcionários Total	619	640	641	644	641	640
Variação n º de funcionários	1	21	1	3	-3	-1
2. CUSTOS HOSPITALARES						
% dos Custos Diretos						
Participação s/custo total	18,09%	18,53%	20,41%	23,90%	19,85%	18,33%
Participação s/receita total	19,17%	19,28%	22,09%	27,40%	19,71%	14,66%
% de Custo c/Pessoal						
Participação s/custo total	56,19%	62,47%	60,00%	58,45%	63,37%	64,67%
Participação s/receita total	59,56%	65,00%	64,92%	67,01%	62,94%	51,73%
% de Custo c/Materiais						
Participação s/custo total	2,48%	1,68%	2,24%	2,18%	1,15%	2,15%
Participação s/receita total	2,62%	1,75%	2,42%	2,50%	1,14%	1,72%
% de Custos Gerais+Dep+Prop						
Participação s/custo total	8,09%	8,37%	9,53%	8,06%	7,97%	7,95%
Participação s/receita total	8,57%	8,71%	10,31%	9,24%	7,92%	6,36%
% de Despesas não operacionais						

Participação s/custo total	15,16%	8,95%	7,81%	7,40%	7,65%	6,90%
Participação s/receita total	16,07%	9,31%	8,46%	8,49%	7,60%	5,52%
Custo mensal por leito	12.472,08	11.786,97	12.436,50	13.204,15	12.029,21	13.571,35
Custo leito ocupado	18.979,25	16.992,89	17.212,11	18.634,89	16.879,70	18.700,68
Custo Pessoal p/leito(fixos)	7.008,51	7.363,35	7.461,81	7.718,37	7.623,23	8.776,32
Custo da internação	2.362,14	2.221,29	2.153,67	2.437,47	2.082,67	2.391,73
Custo por paciente-dia	611,21	592,78	537,88	610,33	525,90	614,80
Custo de telefonia/funcionário	11,01	12,58	11,88	12,29	10,14	13,80
Custo das refeições/p/d	9,87	9,55	10,07	10,23	15,07	9,10
Custo de mat. higienização/p/d	6,35	3,98	5,89	4,13	-	0,38
3. RECEITAS						
<u>Diárias</u>	3571	3440	4000	3786	3980	3863
Receita por leito	11.767,95	11.328,97	11.493,46	11.518,40	12.112,79	16.967,11
Receita por leito ocupado	17.907,76	16.332,60	15.906,95	15.747,82	16.996,98	23.379,88
Receita por internação	2.228,78	2.134,98	1.990,36	2.126,29	2.097,14	2.990,18
Receita por paciente-dia	576,70	569,74	497,09	532,41	529,55	768,64

Quadro 10: Indicadores do primeiro semestre de 2011
Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital.

2011	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1. <u>ESTATÍSTICOS</u>						
Nº de Leitos	175	175	174	175	175	173
Nº de Leitos ocupados	126	130	132	123	116	131
Nível de Ocupação	72%	74%	76%	70%	66%	76%
Média de permanência	4,0	4,3	4,6	4,2	4,4	4,4
Nº de Internações	1.008	950	893	870	878	878
Índice de rotação de leitos	5,8	5,4	5,1	5,0	5,0	5,1
Nº de funcionários ativos	544	540	537	531	541	528
Nº de funcionários/Leito	3,1	3,1	3,1	3,0	3,1	3,1
Nº de Internações/funcionário	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,7
Nº de funcionários ativos SAMU	34	34	34	34	34	33
Nº de funcionários ativos PIM	26	26	26	26	27	26
Nº de funcionários ativos – Total	604	600	597	591	602	587
Nº de funcionários afastados	41	41	41	43	41	45
Nº de funcionários Total	645	641	638	634	643	632
Variação n º de funcionários	5	-4	-3	-4	9	-11
2. <u>CUSTOS HOSPITALARES</u>						
% dos Custos Diretos						
Participação s/custo total	15,13%	22,85%	18,59%	19,44%	16,65%	23,22%
Participação s/receita total	13,83%	23,01%	14,88%	13,62%	15,84%	23,32%
% de Custo c/Pessoal						
Participação s/custo total	65,89%	60,19%	64,13%	63,45%	66,17%	57,55%
Participação s/receita total	60,25%	60,61%	51,34%	44,87%	62,95%	57,79%
% de Custo c/Materiais						
Participação s/custo total	3,01%	1,48%	2,76%	2,21%	1,25%	2,39%
Participação s/receita total	2,75%	1,49%	2,21%	1,56%	1,19%	2,40%
% de Custos Gerais+Dep+Prop						

Participação s/custo total	8,25%	8,03%	6,26%	7,47%	8,89%	10,50%
Participação s/receita total	7,54%	8,09%	5,01%	5,29%	8,46%	10,55%
% de Despesas não operacionais						
Participação s/custo total	7,72%	7,44%	7,68%	7,22%	6,81%	6,33%
Participação s/receita total	7,06%	7,49%	6,14%	5,10%	6,48%	6,36%
Custo mensal por leito	12.907,23	14.230,14	12.982,44	13.116,52	13.545,10	14.501,65
Custo leito ocupado	17.926,71	19.155,95	17.113,21	18.661,71	20.434,41	19.151,03
Custo Pessoal p/leito(fixos)	8.504,79	8.565,45	8.614,67	8.565,45	8.565,45	8.345,81
Custo da internação	2.240,84	2.621,34	2.529,61	2.638,38	2.699,76	2.857,39
Custo por paciente-dia	544,67	615,79	559,28	601,36	627,75	642,62
Custo de telefonia/funcionário	11,78	12,46	9,69	11,92	12,08	11,47
Custo das refeições/p/d	9,41	11,63	10,43	13,25	10,95	11,48
Custo de mat. higienização/p/d	8,77	4,40	3,95	5,29	3,61	3,00
3. RECEITAS						
<u>Diárias</u>	4147	4044	4039	3817	3776	3904
Receita por leito	14.116,89	14.132,28	16.218,25	18.546,80	14.237,16	14.441,09
Receita por leito ocupado	19.606,79	19.024,23	21.378,60	26.387,73	21.478,47	18.926,58
Receita por internação	2.450,85	2.603,32	3.160,11	3.730,68	2.837,70	2.845,45
Receita por paciente-dia	595,72	611,56	698,68	850,33	659,83	639,94

Quadro 11: Indicadores do segundo semestre de 2011

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital.

	2012	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
1. <u>ESTATÍSTICOS</u>							
Nº de Leitos		173	173	173	173	173	175
Nº de Leitos ocupados		135	127	127	141	153	135
Nível de Ocupação		78%	73%	73%	81%	89%	77%
Média de permanência		4,5	4,4	3,9	4,4	4,8	4,3
Nº de Internações		930	854	968	924	1.006	950
Nº de atendimentos ambulatoriais		7.555	6.171	8.038	7.491	8.551	7.837
Índice de rotação de leitos		5,4	4,9	5,6	5,3	5,8	5,4
Nº de altas		888	827	1024	916		
Nº de funcionários ativos HSA		534	534	551	562	579	584
Nº de funcionários/Leito HSA		3,1	3,1	3,2	3,2	3,3	3,3
Nº de Internações/funcionário		1,7	1,6	1,8	1,6	1,7	1,6
Nº de funcionários ativos SAMU		34	33	32	33	33	35
Nº de funcionários ativos PIM		27	27	26	28	30	28
Nº de funcionários ativos – Total		595	594	609	623	642	647
Nº de funcionários afastados		41	45	42	42	42	41
Nº de funcionários Total		636	639	651	665	684	688
Variação n º de funcionários			3	12	14	19	4
2. <u>CUSTOS HOSPITALARES</u>							
		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
% dos Custos Diretos							
Participação s/custo total		20,28%	21,24%	21,48%	20,81%	22,50%	21,98%
Participação s/receita total		21,58%	21,29%	16,09%	18,38%	23,56%	20,42%
% de Custo c/Pessoal							
Participação s/custo total		59,36%	60,83%	63,04%	63,16%	62,33%	63,06%

Participação s/receita total	63,16%	60,96%	47,23%	55,78%	65,27%	58,58%
% de Custo c/Materiais						
Participação s/custo total	2,37%	1,91%	1,68%	2,79%	2,49%	2,26%
Participação s/receita total	2,53%	1,91%	1,26%	2,46%	2,60%	2,10%
% de Custos Gerais + Dep+ Prop						
Participação s/custo total	11,22%	9,28%	7,75%	7,72%	7,67%	7,42%
Participação s/receita total	11,93%	9,29%	5,81%	6,82%	8,03%	6,96%
% de Despesas não operacionais						
Participação s/custo total	6,78%	6,73%	6,05%	5,53%	5,01%	5,21%
Participação s/receita total	7,21%	6,75%	4,54%	4,88%	5,25%	4,84%
Custo mensal por leito	14.311,63	13.724,08	14.572,54	14.562,53	17.259,79	15.830,15
Custo leito ocupado	18.340,09	18.695,01	19.850,79	17.867,50	19.515,98	20.520,56
Custo Pessoal p/leito(fixos)	8.494,82	8.349,03	9.186,10	9.197,04	10.758,46	9.982,57
Custo da internação	2.662,27	2.780,17	2.604,39	2.726,53	2.968,14	2.916,08
Custo por paciente-dia	626,18	646,94	633,75	630,78	656,97	646,35
Custo da energia elétrica/m²	5,86	5,85	6,37	5,09	5,56	5,68
Custo da água/m²	0,11	0,08	0,09	0,08	0,08	0,09
Custo das refeições/p/d	12,48	12,33	11,77	13,50	11,59	12,39
Custo de mat. higienização/p/d	6,27	6,71	1,95	7,94	5,75	5,71
3. RECEITAS						
<u>Diárias</u>	3954	3670	3978	3994	4545	4286

Receita por leito	13.449,74	13.694,80	19.447,89	16.487,00	16.483,21	17.041,31
Receita por leito ocupado	17.235,60	18.655,12	26.492,01	20.228,74	18.637,88	22.090,59
Receita por internação	2.501,94	2.774,24	3.475,71	3.086,85	2.834,59	3.139,19
Receita por paciente-dia	588,47	645,56	845,77	714,13	627,41	695,81

Quadro 12: Indicadores do primeiro semestre de 2012
 Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital.

	2012	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1. <u>ESTATÍSTICOS</u>							
Nº de Leitos		175	175	174	174	174	174
Nº de Leitos ocupados		135	131	132	125	132	132
Nível de Ocupação		77%	75%	76%	72%	76%	76%
Média de permanência		4,4	4,1	4,4	4,3		4,3
Nº de Internações		951	964	833	917	885	830
Nº de atendimentos ambulatoriais		6.921	10.777	10.173	10.299	10.266	9.154
Índice de rotação de leitos		5,4	5,5	4,8	5,3		
Nº de altas							
Nº de funcionários ativos HSA		581	587	596	596	599	604
Nº de funcionários/Leito HSA		3,3	3,4	3,4	3,4	3,4	3,5
Nº de Internações/funcionário		1,6	1,6	1,4	1,5	1,5	1,4
Nº de funcionários ativos SAMU		34	33	33	34	33	33
Nº de funcionários ativos PIM		31	30	30	30	30	30
Nº de funcionários ativos – Total		646	650	659	660	662	667
Nº de funcionários afastados		49	39	38	41	39	37
Nº de funcionários Total		695	689	697	701	701	704

Variação n ° de funcionários	7	-6	8	4	0	3
2. CUSTOS HOSPITALARES						
	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
% dos Custos Diretos						
Participação s/custo total	20,36%	20,17%	17,75%	25,19%	21,40%	21,84%
Participação s/receita total	18,95%	17,75%	15,19%	21,55%	16,69%	16,85%
% de Custo c/Pessoal						
Participação s/custo total	64,70%	62,22%	65,32%	57,99%	59,34%	59,97%
Participação s/receita total	60,25%	54,77%	55,90%	49,60%	46,30%	46,27%
% de Custo c/Materiais						
Participação s/custo total	1,98%	2,00%	1,78%	3,21%	2,54%	2,77%
Participação s/receita total	1,84%	1,76%	1,52%	2,74%	1,98%	2,14%
% de Custos Gerais + Dep+ Prop						
Participação s/custo total	7,97%	8,67%	10,04%	9,49%	9,39%	10,94%
Participação s/receita total	7,42%	7,63%	8,59%	8,12%	7,33%	8,44%
% de Despesas não operacionais						
Participação s/custo total	4,99%	6,93%	5,12%	4,13%	7,33%	4,46%
Participação s/receita total	4,65%	6,10%	4,38%	3,54%	5,72%	3,44%
Custo mensal por leito	15.789,96	15.172,64	15.762,85	18.549,74	17.457,13	17.523,60
Custo leito ocupado	20.468,46	20.268,79	20.778,30	25.821,24	23.011,67	23.099,30
Custo Pessoal p/leito(fixos)	10.216,48	9.440,98	10.295,60	10.756,11	10.358,98	10.509,62
Custo da internação	2.905,62	2.754,37	3.292,60	3.519,80	3.432,25	3.673,62
Custo por paciente-dia	656,66	668,82	759,76	839,88	864,66	814,62
Custo da energia elétrica/m²	6,17	5,70	5,47	5,96	6,05	6,69
Custo da água/m²	0,08	0,09	0,21	0,22	1,23	0,95

Custo das refeições/p/d	13,30	11,84	11,52	15,84	12,63	14,58
Custo de mat. higienização/p/d	8,19	2,60	3,54	13,43	7,28	9,37
3. RECEITAS						
<u>Diárias</u>	4208	3970	3610	3843	3513	3743
Receita por leito	16.958,07	17.236,91	18.416,58	21.684,18	22.372,91	22.711,92
Receita por leito ocupado	21.982,68	23.026,41	24.276,41	30.184,37	29.491,56	29.938,44
Receita por internação	3.120,57	3.129,11	3.846,92	4.114,55	4.398,74	4.761,29
Receita por paciente-dia	705,24	759,81	887,67	981,80	1.108,14	1.055,80

Quadro 13: Indicadores do segundo semestre de 2012
 Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital.

2013	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
1. ESTATÍSTICOS						
Nº de Leitos	174	174	174	174	174	174
Nº de Leitos ocupados	116	123	119	129	118	124
Nível de Ocupação	67%	71%	68%	74%	68%	71%
Média de permanência	4,5	4,5	6,2	4,6	4,4	4,5
Nº de Internações	837	757	813	865	823	826
Nº de atendimentos ambulatoriais	9.633	8.544	9.383	9.896	9.651	8.981
Nº de funcionários ativos HSA	586	596	608	605	619	620
Nº de funcionários/Leito HSA	3,4	3,4	3,5	3,5	3,6	3,6
Nº de Internações/funcionário	1,4	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3
Nº de funcionários ativos SAMU	32	34	32	32	31	31
Nº de funcionários ativos PIM	30	29	29	29	29	32
Nº de funcionários ativos – Total	648	659	669	666	679	683

Nº de funcionários em auxilio	46	45	36	38	38	35
Nº de funcionários Total	694	704	705	704	717	718
Varição n º de funcionários						
Área ocupada (m²)	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500
Área ocupada (m²) / leito	54,6	54,6	54,6	54,6	54,6	54,6
2. CUSTOS HOSPITALARES						
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
% dos Custos Diretos						
Participação s/custo total	22,71%	23,74%	21,51%	23,17%	20,74%	21,86%
Participação s/receita total	22,68%	23,60%	21,97%	20,06%	20,58%	23,89%
% de Custo c/Pessoal						
Participação s/custo total	61,29%	62,38%	64,21%	61,57%	66,43%	64,70%
Participação s/receita total	61,20%	62,02%	65,58%	53,30%	65,92%	70,68%
% de Custo c/Materiais						
Participação s/custo total	2,32%	2,26%	2,98%	2,70%	2,45%	2,86%
Participação s/receita total	2,32%	2,24%	3,04%	2,34%	2,43%	3,12%
% de Custos Gerais+Depr+Prop						
Participação s/custo total	9,45%	7,28%	6,98%	8,04%	5,86%	5,81%
Participação s/receita total	9,44%	7,24%	7,13%	6,96%	5,81%	6,35%
% de Despesas não oper						
Participação s/custo total	4,22%	4,33%	4,32%	4,52%	4,53%	4,58%
Participação s/receita total	4,21%	4,31%	4,42%	3,92%	4,49%	5,00%
Custo Total	<u>2.884.353,16</u>	<u>2.904.015,57</u>	<u>2.956.966,77</u>	<u>3.226.035,23</u>	<u>3.355.959,16</u>	<u>3.270.668,47</u>
Custo mensal por leito	16.576,74	16.689,74	16.994,06	18.540,43	19.287,12	18.796,95
Custo Pessoal p/leito(fixos)	10.160,67	10.411,85	10.911,41	11.415,04	12.813,00	12.161,73
Custo da internação	3.446,06	3.836,22	3.637,11	3.729,52	4.077,71	3.959,65
Custo por paciente-dia	799,65	841,74	803,96	835,98	917,18	881,82
Custo da energia elétrica/m²	6,19	5,08	4,26	4,69	4,79	4,52
Custo da água/m²	0,25	0,30	0,30	0,29	0,31	0,40

Custo das refeições/p/d	15,83	17,72	13,30	19,13	16,96	15,80
Custo de mat. higienização/p/d	11,40	10,94	15,51	14,31	10,45	15,70
3. RECEITAS						
<u>Receita Total</u>	<u>2.888.671,35</u>	<u>2.921.044,77</u>	<u>2.895.087,43</u>	<u>3.726.745,02</u>	<u>3.381.952,25</u>	<u>2.993.885,40</u>
<u>Diárias</u>	3607	3450	3678	3859	3659	3709
Receita por leito	16.601,56	16.787,61	16.638,43	21.418,07	19.436,51	17.206,24
Receita por internação	3.451,22	3.858,71	3.560,99	4.308,38	4.109,30	3.624,56
Receita por paciente-dia	800,85	846,68	787,14	965,73	924,28	807,19

Quadro 14: Indicadores do primeiro semestre de 2013
 Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital.

2013	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1. ESTATÍSTICOS						
Nº de Leitos	174	174	174	174	174	174
Nº de Leitos ocupados	126	128	134	136	123	117
Nível de Ocupação	73%	74%	77%	78%	70%	67%
Média de permanência	4,7	4,7	4,9	4,4	4,4	4,3
Nº de Internações	857	819	816	898	825	811
Nº de atendimentos ambulatoriais	9.308	9.254	9.192	9.800	9.682	9.859
Nº de funcionários ativos HSA	624	614	605	613	617	611

Nº de funcionários/Leito HSA	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
Nº de Internações/funcionário	1,4	1,3	1,3	1,5	1,3	1,3
Nº de funcionários ativos SAMU	32	32	32	33	32	32
Nº de funcionários ativos PIM	29	29	29	29	28	27
Nº de funcionários ativos – Total	685	675	666	675	677	670
Nº de funcionários em auxilio	36	39	41	37	31	37
Nº de funcionários Total	721	714	707	712	708	707
Variação n ° de funcionários						
Área ocupada (m²)	9.500	9.500	9.500	9.500	9.509	9.510
Área ocupada (m²) / leito	54,6	54,6	54,6	54,6	54,6	54,7
2. <u>CUSTOS HOSPITALARES</u>						
	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
% dos Custos Diretos						
Participação s/custo total	23,64%	23,82%	22,60%	25,60%	24,80%	23,68%
Participação s/receita total	19,72%	25,25%	22,28%	21,41%	27,28%	18,54%
% de Custo c/Pessoal						
Participação s/custo total	62,14%	62,28%	63,99%	60,45%	61,41%	61,60%
Participação s/receita total	51,83%	66,00%	63,09%	50,55%	67,55%	48,23%

% de Custo c/Materiais						
Participação s/custo total	3,21%	3,35%	2,51%	2,65%	2,95%	2,78%
Participação s/receita total	2,68%	3,55%	2,47%	2,22%	3,25%	2,18%
% de Custos Gerais+Depr+Prop						
Participação s/custo total	7,15%	6,41%	7,09%	7,59%	7,33%	7,68%
Participação s/receita total	5,96%	6,79%	6,99%	6,35%	8,06%	6,01%
% de Despesas não oper						
Participação s/custo total	3,86%	4,14%	3,81%	3,63%	3,52%	4,26%
Participação s/receita total	3,22%	4,39%	3,76%	3,04%	3,87%	3,34%
<u>Custo Total</u>	<u>3.335.907,52</u>	<u>3.369.302,02</u>	<u>3.315.425,71</u>	<u>3.527.315,47</u>	<u>3.475.237,35</u>	<u>3.386.779,68</u>
Custo mensal por leito	19.171,88	19.363,80	19.054,17	20.271,93	19.972,63	19.464,25
Custo Pessoal p/leito(fixos)	11.912,46	12.059,44	12.192,70	12.253,80	12.264,20	11.989,44
Custo da internação	3.892,54	4.113,92	4.063,02	3.927,97	4.212,41	4.176,05
Custo por paciente-dia	851,21	846,13	854,05	867,51	945,39	932,48
Custo da energia elétrica/m ²	4,85	4,76	4,55	3,97	4,93	4,71
Custo da água/m ²	0,62	0,38	0,26	1,27	1,43	1,25
Custo das refeições/p/d	16,65	15,01	15,25	15,81	15,25	16,37
Custo de mat. higienização/p/d	18,57	16,59	12,45	15,12	17,71	18,25
3. <u>RECEITAS</u>						
<u>Receita Total</u>	<u>3.999.313,81</u>	<u>3.179.410,17</u>	<u>3.362.790,95</u>	<u>4.218.074,19</u>	<u>3.159.004,19</u>	<u>4.325.226,97</u>

<u>Diárias</u>	3919	3982	3882	4066	3676	3632
Receita por leito	22.984,56	18.272,47	19.326,38	24.241,81	18.155,20	24.857,63
Receita por internação	4.666,64	3.882,06	4.121,07	4.697,19	3.829,10	5.333,20
Receita por paciente-dia	1.020,49	798,45	866,25	1.037,40	859,36	1.190,87

Quadro 15: Indicadores do segundo semestre de 2013
 Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados disponibilizados pelo hospital.

4.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO ATUAL

Os indicadores utilizados atualmente pela instituição são medidos mensalmente; demonstram a situação financeira da entidade, detalhando a participação dos diversos tipos de custo em relação ao resultado. O detalhamento da receita demonstra a participação de cada convênio sobre o faturamento total da instituição; engloba indicadores de produção como o total de leitos, o que demonstra a capacidade da instituição de gerar diárias que se transformam em receita. Também evidencia o grau de utilização dos leitos disponíveis, os atendimentos ambulatoriais realizados e reflete os atendimentos realizados à população, no ambulatório.

O modelo de indicadores utilizados atualmente pela instituição apresenta uma lacuna entre clientes e processos, não mede o grau de satisfação dos clientes e não tem o conhecimento dos motivos das reclamações atuais. Esta lacuna de informações não possibilita acompanhar os processos por inteiro e identificar desvios, dificultando na tomada de decisão com mais precisão.

Os indicadores apresentados pelo HSA são todos relevantes, porém, refletem o viés econômico e financeiro de qualquer organização com fins lucrativos. Neste sentido, fica evidente a necessidade de complementação deles.

Medir a qualidade, uso e satisfação dos processos internos de uma organização é sempre importante para subsidiar a melhoria deles por meio da tomada de decisões baseadas nas informações advindas dos indicadores estabelecidos.

Considera-se a lacuna com clientes a maior deficiência do hospital dado a sua origem de instituição social, os seus indicadores devem refletir os resultados mecanizados pela sua visão e missão, como também pela meta de negócios. Além disso, deve considerar o pressuposto de cumprir com o contrato social assumido junto à sua comunidade. Para tanto, precisa medir a eficiência de sua responsabilidade social por meio de indicadores que devem responder se os públicos de interesse estão satisfeitos com os resultados dos serviços que o hospital entrega para a sua comunidade.

A seguir, apresenta-se a proposta de indicadores para o HSA, resultado da triangulação da pesquisa teórica e empírica com o estudo de caso feito no hospital.

4.4 PROPOSTA DE INDICADORES

Os pilares para elaboração dos indicadores foram a missão, visão e negócio, pois a instituição não tem o ciclo do planejamento estratégico completo. O objetivo do estabelecimento dos indicadores é contribuir como ferramenta para acompanhamento dos processos para controlar, identificar desvios e buscar o equilíbrio social e econômico. Na missão, o hospital busca ser autosustentável e o tripé da sustentabilidade é composto pelos pilares social, ambiental e econômico, isto serviu de base para a elaboração da proposta.

4.4.1 Indicadores da Perspectiva Financeira

Na perspectiva financeira normalmente os indicadores relacionados têm a finalidade de satisfazer a necessidade dos acionistas nas organizações com fins lucrativos. No caso da instituição sem fins lucrativos, não há acionistas, mas sim, públicos interessados eles podem ser internos ou externos à organização. Considera-se o governo como um dos principais públicos, pois ele concede a isenção tributária. Nesse sentido, é preciso identificar os principais públicos para prestar contas, pois não se consegue atender a todos, como visto na teoria (Parmar et al 2010). Os hospitais filantrópicos prestam serviços ao SUS e, dessa forma, auxiliam o governo no atendimento da população. Sem a existência dos mesmos seria necessário o aumento do número de hospitais públicos no país para atender toda a população que usa os seus serviços.

A aplicação do *Balanced Scorecard* nas organizações sem fins lucrativos tem o objetivo principal de contribuir para o cumprimento da sua missão. Nessas organizações o BSC tem sido uma das extensões mais gratificantes; essas organizações se empenham em cumprir a missão, em vez de gerar resultados financeiros acima da média (KAPLAN & NORTON, 2004).

Os indicadores da receita indicarão o público que a instituição está atendendo através do indicador diária por convênio, relacionando o retorno deste convênio em receita através do indicador % de receita por convênio, receita paciente dia, monitorando o percentual das diárias do SUS. A instituição tem a necessidade de atender 50% deste convênio para cumprir a legislação para manutenção da filantropia, desta forma manter o gozo da isenção tributária.

O superávit mensal foi estabelecido em 15% da receita considerada certa que hoje está em torno de R\$ 3.000.000,00 a mesma sofre variações de um mês para o outro,

ocorre que em alguns meses a instituição recebe verbas extras do governo que são em forma de incentivos baseados no número de atendimentos que a instituição está realizando pelo SUS e tipos dos serviços que a instituição está disponibilizando para a comunidade.

O fluxo de caixa positivo tem o objetivo de monitorar todas as contas que estão liberadas para faturamento que ocorre no momento da alta do paciente; se foram faturadas para cobrança, afeta diretamente a receita e o fluxo de caixa.

O gerenciamento das glosas busca monitorar os valores que estão sendo glosados, quais os convênios e os motivos das glosas desta forma, detectando os motivos que estão ocorrendo às mesmas para correção do processo.

O gerenciamento da ociosidade é essencial, pois avalia o grau de utilização dos leitos como um todo, identifica quais os convênios que estão utilizando o serviço da instituição e quais os centro de custos que estão com baixa ocupação; a taxa de ocupação recomendada é de 75% a 85% e mede a eficiência da gestão dos leitos da instituição.

O bloco cirúrgico é um dos centro de custos importantes na geração de receita para a instituição, a relevância de gerenciar sua produção e os tipos de cirurgias realizadas.

O custo dos insumos é o terceiro grupo de custos mais relevantes, dada a importância de controlar os valores gastos mensalmente. A variação deverá ocorrer quando aumentar o número de pacientes-dia; outros motivos deverão ser detectados através de problemas nas compras e no gerenciamento dos estoques.

A instituição gerando um resultado econômico positivo cumpre sua missão de ser sustentável, pois o resultado positivo é aplicado em investimentos na instituição, conforme Lei 12.101 de 27 de novembro de 2009. O equilíbrio econômico é um dos primeiros pilares para que a instituição cumpra seus objetivos sociais, com a obtenção do superávit possibilita a busca de satisfazer outras necessidades da sociedade, o objetivo dos indicadores é oferecer uma visão da realidade, fornecendo subsídios para tomada de decisões estratégicas e operacionais.

No quadro está apresentado os dos indicadores da perspectiva financeira.

Objetivos	Indicador
Receita	% de receita por convênio % de diária por convênio Receita por paciente dia Receita por funcionário Retorno de investimento/ grau de imobilização total Valor do superávit exercício anterior investido no imobilizado
Superávit Mensal	15% sobre a receita bruta certa
Fluxo de caixa Positivo	Percentual de aumento da receita Número de altas/número de contas faturadas
Gerenciamento das glosas	% de glosas sobre o total do faturamento % de glosas por convênio % de glosas recusadas em relação ao recebido
Gerenciamento da ociosidade do hospital	% de ocupação operacional % de ocupação por centro de custo % de ocupação por convênio
Gerenciamento do bloco cirúrgico	Número de cirurgias por convênio Número de cirurgias por tipo % de ocupação do bloco cirúrgico das salas disponíveis
Manter o custo com insumo 19% da receita de serviços	Custo por paciente dia % do aumento do valor de estoque em relação a média estabelecida por unidade estocadora % de compras emergenciais % de compras sem cotação % de compras em distribuidoras em relação ao total do mês Valor de perda do inventário por unidade estocadora Motivo da perda

Quadro 16: Indicadores desempenho – Perspectiva Financeira

4.4.2 Indicadores da Perspectiva do cliente

Os indicadores relacionados nesta perspectiva buscam dar respostas às seguintes perguntas: como o hospital está sendo visto pelos seus clientes? Estão satisfeitos com os serviços? É objetivo dos indicadores da responsabilidade social demonstrar o número de atendimentos do SUS, identificando qual é a abrangência dos municípios atendidos e o crescimento dos atendimentos dos municípios da região. Através destas informações obtêm-se dados para negociação dos valores repassados através de convênios para o hospital. Ocorrem muitos atendimentos pela unidade de UTI Adulto e UTI Neonatal a municípios que não estão na abrangência da 12ª Coordenadoria de Saúde. Os leitos são monitorados pela Central de leitos da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e de acordo com a disponibilidade de leitos e, ocorrendo necessidade de internação de pacientes de outras coordenadorias, eles são encaminhados para o hospital. O hospital, como entidade filantrópica, tem o dever de oferecer à população serviços especiais, obtendo novos credenciamentos junto ao SUS. Busca subsídio financeiro para implantação destes serviços

para atender aos pacientes, aqui no município sede do hospital, reduzindo os deslocamentos para outros hospitais de referência.

A categoria satisfação do paciente busca identificar qual é o grau de satisfação do atendimento dos serviços prestados pelo hospital e quais os motivos da insatisfação, quando houver. Através da avaliação dessas informações, poderão ser tomadas medidas para corrigir alguns processos que possam estar apresentando falhas e, sendo percebidas pelos clientes, para posterior retorno ao cliente. Identificar os médicos que são parceiros da instituição; a indicação médica é um dos principais motivos da opção do cliente pelos serviços do hospital e conhecer estes parceiros é importante para as estratégias da organização.

No quadro está apresentado os indicadores da perspectiva do cliente.

Objetivos	Indicador
Responsabilidade Social	Número de Internações por convênio Número de Atendimento ambulatorial por convênio Internações por município Número de cirurgias por convênio Número de cirurgias por região
Satisfação do paciente	% de satisfação dos clientes por convênio % de reclamações recebidas em relação ao total das internações Motivo de insatisfação % de reclamações com retorno para o cliente % de clientes que utilizaram o serviço por indicação de outro cliente % de cliente que utilizaram o serviço por indicação do médico Os dez primeiros médicos que indicam o serviço do hospital

Quadro 17: Indicadores desempenho – Perspectiva cliente

4.4.3 Indicadores da Perspectiva Processos Internos

Os indicadores da perspectiva dos processos internos buscam identificar as falhas que podem ocorrer nos processos operacionais.

A utilização do sistema de informação busca identificar se o processo de prescrições efetuadas está sendo feitos no sistema; são as prescrições realizadas pelos médicos e pela equipe de enfermagem. Estas informações estão diretamente ligadas ao controle de custos da instituição. Quando o processo ocorre completo, no momento da liberação da medicação os mesmos já estão na conta do paciente e no respectivo centro de custos, no qual este paciente está sendo atendido. Desta forma, a margem de erro é reduzida significativamente. As requisições por centro de custos são os materiais utilizados que não são custos relacionados diretos à conta do paciente; desta forma são requisitados pela unidade e setores

administrativos. Quando realizados pelo sistema, o almoxarifado entrega os itens e libera no sistema; assim, não ocorre lançamento manual, reduzindo a margem de erro e evitando desvios de produtos. Estes dois processos são os primários e importantes para que a instituição obtenha sucesso na implantação do sistema de custos. O sistema de informação, sendo utilizado, plenamente, em todas as etapas do processo, mantém todos os desvios sob controle e reduz o trabalho nos setores que recebem as informações.

A qualidade tem como indicador assistencial o percentual de infecção hospitalar mensal; o crescimento desse indicador sugere que pode estar ocorrendo uma falha no processo assistencial e tem a finalidade de alertar, para detectar as causas, que podem ter origem em vários fatores. O indicador de óbito por infecção hospitalar demonstraria o percentual de ocorrências de casos que não foi possível combater.

No quadro está apresentado os indicadores da perspectiva processos internos.

Objetivos	Indicador
Utilização do sistema de informação	% de prescrições efetuadas pelo sistema em relação ao total de prescrições % de requisição efetuada pelo sistema em relação ao total das prescrições
Faturamento	% de contas prontas no sistema em relação ao total de contas faturadas por centro de custo % de aumento do valor médio das contas em relação a média do ano anterior por centro de custo
Qualidade	% de infecção hospitalar por centro de custo % de óbitos por infecção em relação ao total de óbitos % de cesariana em relação ao total de nascimentos

Quadro 18: Indicadores desempenho – Perspectiva Processos Internos

4.4.4 Indicadores Perspectiva do Aprendizado e crescimento

Na perspectiva do aprendizado e crescimento, a importância de investir no futuro e não apenas em áreas tradicionais de investimentos, como novos equipamentos e pesquisa de novos produtos, são importantes, mas dificilmente serão suficientes por si só. As empresas devem investir também na infraestrutura, pessoal, sistemas e procedimentos para alcançar objetivos de crescimento financeiro a longo prazo (KAPLAN & NORTON, 1997).

Uma das mudanças que ocorreram no pensamento gerencial dos últimos anos foi a transformação do papel do funcionário na organização. A passagem revolucionária do pensamento na era industrial para o pensamento na era da informação de que os funcionários contribuem para a empresa.

O objetivo da satisfação dos funcionários reconhece que o ânimo do funcionário e o grau de satisfação com o emprego, são aspectos considerados importantes pela maioria das empresas. Funcionários satisfeitos são uma pré-condição para o aumento da produtividade, capacidade de resposta, qualidade e melhoria dos serviços ao cliente. O grau de satisfação e motivação é importante para empresa de serviços nas quais os funcionários menos habilitados e com os menores salários interagem diretamente com os clientes (KAPLAN & NORTON, 1997).

Os indicadores relacionados na perspectiva aprendizado e crescimento buscam assegurar que os funcionários tenham ambiente de trabalho propício ao desenvolvimento; detectar o grau de satisfação dos funcionários em relação ao ambiente de trabalho. A forma de reaproveitamento está ocorrendo com a valorização do pessoal interno, o grau de rotatividade dos funcionários para detectar os motivos da ocorrência e quais centros de custos que estão ocorrendo. Por meio da avaliação de desempenho também será possível avaliar a satisfação do colaborador enquanto componente de uma equipe de trabalho, enquanto colega e superior ou subordinado, na escala hierárquica da gestão hospitalar.

Segundo Kaplan & Norton(1997), os funcionários dos setores de operações da empresa necessitam de um retorno sobre o serviço que acabou de ser prestado; somente com este retorno pode-se esperar que sustentem programas de melhorias onde sejam eliminados sistematicamente os defeitos e excessos de custos, tempo e desperdício dos sistemas de produção. O sistema de informação excelente é aliado para que os funcionários melhorem os processos.

Na categoria social, o número de funcionários por leito, por sexo e portador de necessidades especiais, é importante para dimensionar o envolvimento do hospital com a comunidade onde está inserido, por meio do seu quadro funcional. Já em relação aos acidentes de trabalho e motivos pelos quais estão ocorrendo, quais os tipos e quantos funcionários estão afastados por acidente, é relevante para avaliar a necessidade de revisão nos procedimentos operacionais para minimização destes, dado que a entidade hospitalar tende a ter altos riscos de acidentes graves.

No que tange à capacitação e acompanhamento dos níveis de formação dos funcionários, monitorar os investimentos que a instituição aplica na capacitação é relevante para contribuir com o desenvolvimento dos funcionários.

A satisfação dos funcionários em relação ao sistema de gestão utilizado pela instituição servirá para avaliar se o uso do sistema corresponde às expectativas, tanto da organização hospitalar, quanto as dos funcionários. Caso não se confirme que a satisfação

pelo uso corresponde às necessidades do hospital, podem-se tomar medidas para reversão do quadro. O sistema está no segundo ano de uso, ou seja, em fase de amadurecimento. Nesse sentido, identifica-se que, em muitas etapas, o sistema não é utilizado por completo; então é necessário observar os motivos pelos quais alguns processos são efetuados manualmente.

No quadro está apresentado os indicadores da perspectiva aprendizado e crescimento.

Objetivos	Indicador
Satisfação Colaborador	% de satisfação do funcionário % de rotatividade de pessoal por centro de custo % de vagas preenchidas com reaproveitamento interno em relação ao total de admissões % de demissões em relação ao total de admissões Absentéismo Avaliação de desempenho
Social	Número de funcionários por leito Número de funcionários por sexo Número de funcionários portador de necessidades especiais % de mulheres que ocupam cargo de chefia Número de acidente de trabalho por centro de custo Número de acidente de trabalho por tipo % de colaboradores afastados por acidente de trabalho em relação ao total de funcionários
Capacitação	% de recursos com treinamento em relação a receita de serviços Número horas de treinamento por número de funcionário ano Nível de escolaridade dos funcionários
Sistema de Informação	% de satisfação do funcionário em relação ao uso do sistema Motivos de insatisfação

Quadro 19: Indicadores desempenho – Perspectiva Aprendizado e crescimento

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve o objetivo de analisar as contribuições da metodologia do *Balanced Scorecard* para a gestão estratégica da entidade Associação Hospital de Caridade de Santo Ângelo. A pesquisa, quanto aos fins, foi descritiva e explicativa. Quanto aos meios, foi uma investigação bibliográfica, documental, pesquisa de campo e estudo de caso. A revisão da literatura objetivou aprofundar conhecimentos relativos à metodologia do *Balanced Scorecard*, os elementos da metodologia da gestão estratégica, os indicadores e Balanço Social.

Constataram-se deficiências nos indicadores do hospital em áreas que não estavam sendo contempladas e foram supridas, desenvolvendo a proposta de indicadores baseados na metodologia do *Balanced Scorecard*, considerando a necessidade do Hospital Santo Ângelo e respondendo à questão de pesquisa. Os indicadores devem ser aplicados, após a obtenção dos resultados de um determinado período, pois para estabelecer metas é preciso ter um histórico mínimo. Só assim a instituição poderá utilizar estes indicadores de forma gerencial para conhecer informações, que na atualidade não estão contempladas nos indicadores utilizados pela instituição.

O sistema de informação utilizado é crucial para a criação de valor na organização e é considerado uma ferramenta essencial para melhorar e acelerar os processos organizacionais. O acompanhamento dos indicadores evidenciará a satisfação e o grau de utilização do sistema, contribuindo para a tomada de decisão, no sentido de aumentar o uso do mesmo. A conscientização dos usuários para com o uso do sistema é um dos aspectos que merece atenção por parte dos gestores.

Considerando que o Hospital - estudo de caso dessa pesquisa é uma instituição comunitária, é importante proceder à prestação de contas para a comunidade onde está inserido. Assim, além da avaliação da sua efetividade por meio dos indicadores aqui elaborados, sugere-se que ele amplie as suas demonstrações financeiras e sociais elaborando o Balanço Social da entidade, pois é uma forma de prestar contas à comunidade.

Observando as lacunas dessa pesquisa, fazem-se sugestões para futuras pesquisas que poderão ser desenvolvidas por estudiosos do tema como evolução da teoria ou por interessados em aprofundar os estudos empíricos na área. Para as empresas do terceiro setor, há a necessidade de desenvolvimento de uma pesquisa teórica da metodologia do *Balanced Scorecard* específica para estas entidades. A instituição hospitalar, objeto desta pesquisa, apresenta uma lacuna na área do planejamento estratégico formal que, também, pode ser

objeto de futuros trabalhos. Além disso, considerando a relevância da metodologia do BSC, todos os tipos de organizações merecem ter sua efetividade medida por ela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECKER, Brian E.; HESELID, Mark A.; ULRICH, Dave. **Gestão estratégica de pessoas com “Scorecard”**: interligando pessoas, estratégia e performance. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

BITTAR, Olímpio J. N. V. **Produtividade em hospitais**. São Paulo: Escola de Saúde Pública, 1994, USP, Tese de Livre Docência.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf225.htm>. Acesso em: 10 junho. 2013

BRASIL, Lei 11.638, 28 de dezembro de 2007. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111638.htm>. Acesso em: 10 junho. 2014

BRASIL, Lei 12.101, 27 de novembro de 2009. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 nov. 2009. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/leis/2009/lei12101.htm> >. Acesso em: 10 agosto. 2013

BRASIL, Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar - **Portaria n.º 312, de 02 de Maio de 2002**. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-312.htm>>. Acesso em: abril. 2014

CERTO, Samuel C; PETER, Paul; MARCONDES, Reynaldo Cavalheiro; CESAR, Ana Maria Roux. **Administração estratégica**: planejamento e implantação da estratégia. 2.ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2005.

DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa**. São Paulo: Autores Associados, 2000.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Administração de organizações sem fins lucrativos**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Administrando para o futuro**. São Paulo: Pioneira, 1996.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Introdução à administração**. 3.ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

FISCHMANN, Adalberto Américo; ISNARD, Martinho. **Planejamento estratégico na prática**. São Paulo: Atlas, 1991.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas técnicas para o trabalho científico: elaboração e formatação**. Explicitação das normas da ABNT. 15.ed. Porto Alegre: s.n., 2010

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOLLO, Paulo Roberto. **Balanced Scorecard: a utilização do BSC como ferramenta de gestão para o desenvolvimento autossustentável de instituições de ensino sem fins lucrativos**. Erechim: Edifapes, 2006.

HERRERO, Emílio. **Balanced Scorecard e a gestão estratégica: uma abordagem prática**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

JOHNSON, Gerry; SCHOLE, Kevan; WHITTINGTON, Richard. **Fundamentos da estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

JULIO, Carlos Alberto; SALIBI NETO, José. **Estratégia e planejamento**. São Paulo: Publifolha, 2002. (Coletânea HSM Management)

KAPLAN, Robert. S.; NORTON, David P. **Organização orientada para a estratégia: como as empresas que adotam o *Balanced Scorecard* prosperam no novo ambiente de negócios**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

KAPLAN, Robert. S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação: *Balanced Scorecard***. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

KAPLAN, Robert. S.; NORTON, David P. **Kaplan e Norton na prática**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

KAPLAN, Robert. S.; NORTON, David P. **Mapas estratégicos – *Balanced Scorecard*: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de marketing**. 7.ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1998.

KROETZ, César Eduardo Stevens. **Balanco social: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2000.

MANSUR, Ricardo. **Balanced Scorecard: revelando SEPV. Estudo de casos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2008.

MATOS, Afonso José de. **Gestão de custos hospitalares: técnicas análise e tomada de decisão**. São Paulo: STS, 2002.

MINTZBERG, Henry; QUINN, James Brian. **O processo da estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári da estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

OLIVA, Flávio Alberto; BORDA, Valdir Ribeiro. **BSC – *Balanced Scorecard***: ferramenta gerencial para organizações hospitalares. São Paulo: Iátria, 2004.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico**: conceitos, metodologias e práticas. 11.ed. São Paulo: Atlas, 1997.

PARMAR, Bidhan L.; R. Edward Freeman; Jeffrey S. Harrison; Andrew C. Wicks; Lauren Purnell; Simone de Colee. **Stakeholder theory**: the state of the art. *The academy of management annals*, 2010:403-445.

PINTO, Francisco José Simões. **Balanced Scorecard**: adaptações ao setor público e às organizações privadas sem fins lucrativos. 2005. Disponível em <http://franciscojspinto.com/pdf/seminternestrat.pdf> Acesso em 22 de junho de 2014.

PORTER, Michael E. **Estratégia competitiva**. Técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PORTER, Michael E. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA, César Augusto Tibúrcio; FREIRE, Fátima de Souza. **Balanco social**: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2001.

STEVENSON, Willian J. **Estatística**: aplicada à administração. São Paulo: Harbra, 1986.

SILVA, U. S.. Indicadores de qualidade e produtividade: um estudo nos hospitais de Santa Maria/RS. São Paulo; EAESP/FGV, 1998, 103p. **Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Administração da EAESP/FGV**. Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde.

TAKASHINA, N. T. **Indicadores da qualidade e do desempenho**. Disponível em: <<http://www.ubq-rj.com.br/artigos/iqid.htm>>. Acesso em: 20 junho. 2013

TZY, Sun. **A arte da guerra**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 13.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

SITES

<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index> - CNES/MS-out/2012 Acesso em: 20 junho. 2013

<http://www.cnes.datasus.gov.br> Acesso em: 20 junho. 2013

<http://www.cpc.org.br> Acesso em: 30 julho. 2014

<http://www.ibase.br> Acesso em: 20 junho. 2014

<http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 20 junho. 2014

APÊNDICES

	2012	2013	Variação	Percentual
Resultado do Ano	4.430.722,59	2.043.240,39	(2.387.482,20)	
RECEITAS	37.529.272,01	40.967.311,79	3.513.485,52	9,36%
S.U.S.	14.398.460,67	16.105.684,16	1.707.223,49	11,86%
IPE	6.697.048,30	5.985.706,06	(711.342,24)	-10,62%
UNIMED	2.771.003,24	1.753.496,45	(1.017.506,79)	-36,72%
PARTICULAR	1.017.781,91	812.877,37	(204.904,54)	-20,13%
PARTICULAR/SERV IMAGEM	232.922,81	339.536,42	106.613,61	45,77%
OUTROS CONVENIOS	1.733.877,56	1.857.593,33	123.715,77	7,14%
LOCACAO	365.734,38	371.377,37	5.642,99	1,54%
OUTRAS RECEITAS	328.566,47	244.172,34	(84.394,13)	-25,69%
(-) GLOSAS	(249.071,55)	(148.361,12)	100.710,43	-40,43%
(-) FAT INDEVIDO SUS	-	(334.571,06)	(334.571,06)	100,00%
INTEGRASUS/	557.339,64	557.339,55	(0,09)	0,00%
IAC	1.721.019,38	2.393.061,08	672.041,70	39,05%
INCENTIVO CASA DA GESTANTE	120.000,00	120.000,00	-	0,00%
INCENTIVO SAÚDE MENTAL	329.400,00	568.000,00	238.600,00	72,43%
INCENTIVO BÁSICO	-	46.527,64	46.527,64	100,00%
INCENTIVO SAMU	469.800,00	540.000,00	70.200,00	14,94%
INCENTIVO EGRESSO/CANGURU	142.527,64	288.000,00	145.472,36	102,07%

INCENTIVO AGAR	-	30.000,00	30.000,00	100,00%
CONVÊNIOS PREFEITURAS	2.804.689,20	3.130.453,74	325.764,54	11,61%
CONVÊNIOS PREFEITURA - SAMU	1.316.263,44	1.375.194,72	58.931,28	4,48%
CONVÊNIOS PREFEITURA - PIM	390.337,92	390.337,92	-	0,00%
OUTRAS DOACOES	271.523,38	242.504,63	(29.018,75)	-10,69%
RECEITA CAMPANHA	6.894,36	6.388,56	(505,80)	-7,34%
CONVÊNIO ESTADO/CONS.POPULAR	-	483.497,99	483.497,99	100,00%
CONVÊNIO ESTADO/NF GAÚCHA	-	9.227,97	9.227,97	100,00%
CONVÊNIO ESTADO/EXTRAS	1.968.404,59	3.739.963,74	1.771.559,15	90,00%
SUBVENÇÃO GOV. MUNICIPAL	-	-	-	0,00%
SUBVENÇÃO PATRIMONIAL	-	43.842,77		100,00%
SUBVENÇÃO GOV. FEDERAL	134.748,67	28.050,55	(106.698,12)	-79,18%
(-) RESSARCIMENTO CONVÊNIOS	-	(12.590,39)	(12.590,39)	100,00%
DESPESAS	(33.098.549,42)	(38.924.071,40)	(5.825.521,98)	17,60%
CUSTO SERV.	(5.055.819,83)	(6.524.382,98)	(1.468.563,15)	29,05%
ADMINISTRATIVAS	(1.136.377,98)	(811.961,66)	324.416,32	-28,55%
TELEFONE	(78.125,58)	(77.618,04)	507,54	-0,65%
ENERGIA ELÉTRICA	(668.976,25)	(544.611,60)	124.364,65	-18,59%
MANUTENCAO	(552.315,90)	(809.550,69)	(257.234,79)	46,57%
DEPRECIACÃO	(33.150,87)	(35.788,37)		7,96%

			(2.637,50)	
OUTRAS DEPENDAS OP	(573.411,24)	(470.665,64)	102.745,60	-17,92%
PERDA BAIXA BENS NO IMOB	(87.791,17)	-	87.791,17	-100,00%
PESSOAL	(14.368.547,55)	(17.172.674,72)	(2.804.127,17)	19,52%
PESSOAL - SAMU	(1.175.345,64)	(1.306.250,30)	(130.904,66)	11,14%
PESSOAL - PIM	(355.063,31)	(401.539,89)	(46.476,58)	13,09%
DESPESAS FINANCEIRAS	(1.731.534,01)	(1.527.351,73)	204.182,28	-11,79%
REPASSES PLANTÕES	(4.469.323,39)	(5.482.223,45)	(1.012.900,06)	22,66%
REPASSES PRODUÇÃO	(2.724.904,23)	(3.655.059,44)	(930.155,21)	34,14%
CUSTO ENDIVIDAMENTO	(87.862,47)	(104.392,89)	(16.530,42)	18,81%

Quadro 20: Resumo financeiro consolidado comparativo

Fonte: Elaborador pelo autor, a partir dos dados disponibilizados pelo hospital, 2014.

RECEITA BRUTA	30.165.685,14
Glosas	148.637,78
Faturamento indevido	346.884,79
Descontos concedidos	
Gratuidades	
Créditos incobráveis	1.096,46
DEDUÇÕES DA RECEITA	496.619,03
RECEITA LÍQUIDA	29.669.066,11
Medicamentos	1.472.209,49
Material médico-hospitalar	3.193.710,63
Órteses e próteses	
Gases medicinais	
Material radiológico/radioativo	
Gêneros alimentícios	725.597,97
Comissões	3.655.059,44
CUSTOS DIRETOS	9.046.577,53
MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO	20.622.488,58
Salários/encargos	18.366.126,08
Salários/encargos gratuitos	
Cursos e treinamentos	92.268,90
Benefícios obrigatórios	427.307,39
Benefícios espontâneos	50.117,80
Outros custos com pessoal	5.519.137,09
Custos com Pessoal	24.454.957,26
Instrumental cirúrgico	
Material acessório paciente	
Material costura/rouparia/uniformes	125.460,31
Material limpeza/higienização	667.638,93
Material escritório/expediente	120.112,77
Outros materiais	163.702,60
Custos com Materiais	1.076.914,61
Serviços de terceiros	224.669,82
Manutenção	1.016.165,46
Energia elétrica	544.611,60
Água e esgoto	66.953,26
Telefone	84.896,13
Outros custos gerais	816.330,17
Custos Gerais	2.753.626,44
Depreciações/amortizações	35.788,37
Propaganda e publicidade	27.759,00
CUSTOS FIXOS	28.349.045,68
RESULTADO OPERACIONAL	(7.726.557,10)
Receitas não-operacionais	11.382.140,39
Despesas não-operacionais	1.612.342,90
RESULTADO GERENCIAL	2.043.240,39

Quadro 21: Apropriador contábil/gerencial

Fonte: Elaborador pelo autor, a partir dos dados disponibilizados pelo hospital, 2014.