

Relação entre estrutura de custos e despesas com o desempenho: estudo em hospitais brasileiros

Kelly Cristina Mucio Marques (UEM) - kcmmarques@uem.br

Katia Abbas (UEM) - katia_abbas@yahoo.com.br

Joyce Menezes da Fonseca Tonin (UEM) - joycemftonin@gmail.com

Maury Leoncine (UFSC) - maury_leoncine@yahoo.com.br

Resumo:

O objetivo foi identificar a estrutura de custos e despesas e relacioná-las com o desempenho de hospitais. Foram avaliados 21 hospitais. Para a análise foi utilizada estatística descritiva e o teste qui quadrado. Os resultados mostraram que devido à maior proporção de custos fixos, a maioria dos hospitais, apresentou maior alavancagem. Em média os hospitais não apresentaram um bom resultado quanto aos índices, a margem operacional foi 0,06, o retorno sobre o ativo 0,01 e o retorno sobre o patrimônio líquido 0,04. Ao invés de a redução nos custos e despesas fixas aumentar a margem operacional, ocorreu o contrário.

Palavras-chave: *Estrutura de Custos. Desempenho Econômico-Financeiro. Hospitais*

Área temática: *Custos como ferramenta para o planejamento, controle e apoio a decisões*

Relação entre estrutura de custos e despesas com o desempenho: estudo em hospitais brasileiros

Resumo

O objetivo foi identificar a estrutura de custos e despesas e relacioná-las com o desempenho de hospitais. Foram avaliados 21 hospitais. Para a análise foi utilizada estatística descritiva e o teste qui quadrado. Os resultados mostraram que devido à maior proporção de custos fixos, a maioria dos hospitais, apresentou maior alavancagem. Em média os hospitais não apresentaram um bom resultado quanto aos índices, a margem operacional foi 0,06, o retorno sobre o ativo 0,01 e o retorno sobre o patrimônio líquido 0,04. Ao invés de a redução nos custos e despesas fixas aumentar a margem operacional, ocorreu o contrário.

Palavras-chave: Estrutura de Custos. Desempenho Econômico-Financeiro. Hospitais.

Área Temática: Área Temática: 2 – Custos como ferramenta para o planejamento, controle e apoio a decisões

1 Introdução

Consideradas empresas altamente complexas (SILVA; BORGERT; SCHULTZ, 2009; SOUZA *et. al* 2009, SENHORAS, 2007; ROTTA, 2004; BAKER, 2001; BITTENCOURT, 1999; AZEVEDO, 1993), os hospitais, responsáveis por serviços como prevenção, diagnóstico, tratamento e ensino, entre outros (SILVA *et. al* 2012), são compostos por diversos setores que se complementam, dentre eles, a lavanderia, o serviço de nutrição e dietética, a farmácia, o laboratório, o centro de tratamento intensivo, o centro cirúrgico e as unidades de internação.

Para o funcionamento desta estrutura são necessários recursos, que geram custos e despesas, os quais a literatura apresenta como muito elevados. Abbas e Leoncine (2014) ressaltam que os gastos crescentes na área de saúde são resultantes do aprimoramento e sofisticação das técnicas e materiais utilizados na prática da medicina. E, para Borgert, Richartz e Coelho (2013), um gerenciamento eficaz destes custos e despesas se reflete no lucro das organizações.

Segundo Souza (2011), existe uma faixa de estrutura de custos e despesas específica que pode permitir que algumas empresas obtenham melhor rentabilidade e lucratividade do que outras. Guerra, Rocha e Corrar (2007) ressaltam que esta proporção de custos e despesas afeta o nível de risco operacional e o lucro da empresa.

Assim, a estrutura de custos e despesas reflete a ênfase que uma empresa coloca em suas diferentes áreas e, conseqüentemente, dependendo do nível de utilização destes recursos, segundo Souza (2011), pode otimizar o seu desempenho. Para controle e gerenciamento destes custos e despesas e aumento da eficiência dos hospitais, Souza *et. al* (2010) citam a importância da utilização de instrumentos financeiros.

A literatura internacional apresenta diversos estudos que utilizam indicadores econômico-financeiros e operacionais para analisar o desempenho e tendências dos hospitais, bem como para comparar tipos de hospitais e apontar quais possuem melhor desempenho, dentre eles os trabalhos de Younis, Younies e Okojie (2006), Pink *et. al* (2007), Coyne e Singh (2008), Schuhmann (2008), Kaissi, Begun e Hamilton (2008), Janati, Valizadeh e Jafarabadi (2014). O grande número de publicações mostra a preocupação com a otimização na utilização dos recursos e conseqüentemente com a melhoria da produtividade dos hospitais.

A utilização de indicadores pode mostrar o comportamento dos recursos utilizados nos diversos setores que compõem um hospital, sendo também possível obter uma previsão destes recursos para o futuro. Proporciona uma gestão financeira eficiente um diagnóstico da situação atual bem como prevê os eventos futuros. Além disso, segundo Rosillón e Alejandra (2009) possibilitam comparar os resultados de uma empresa com outras do mesmo ramo.

No Brasil, há uma preocupação tímida, porém crescente sobre o assunto. Borba (2006) apresenta que um hospital é uma empresa que deve ser gerida e analisada como qualquer outra e que os indicadores de liquidez, estrutura de capital, rentabilidade, capital de giro e retorno do investimento podem auxiliar no estudo de sua viabilidade econômico-financeira.

Souza *et al.* (2009), por meio de uma revisão de literatura, identificaram quinze indicadores de desempenho econômico-financeiro para hospitais. A pesquisa de Souza, Lara, Neves e Moreira (2010) teve como objetivo verificar quais indicadores de desempenho apresentados na literatura internacional podem ser calculados por meio das informações disponíveis no Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e nas demonstrações publicadas pelos hospitais do Brasil.

Crispim (2010) analisou o comportamento dos custos segundo as diversas categorias hospitalares das instituições administradas pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos 2007 e 2008. Em estudo mais recente, Borgert, Richartz e Coelho (2013) analisaram o comportamento dos custos no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, mais especificamente, verificaram a correlação entre a produção e os custos incorridos.

Souza, Avelar, Tormin e Silva (2013), com o objetivo de realizar uma análise financeira do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência do Pará entre os anos de 2006 a 2010, utilizaram indicadores de liquidez, estrutura de capital e rentabilidade.

A tese de Souza (2011), embora não tenha sido aplicada no ambiente hospitalar, estimou a estrutura de custos e despesas de empresas dos setores têxtil e siderúrgico/metalúrgico e identificou as que obtiveram rentabilidade e lucratividade acima da média com o objetivo de verificar sua relação com a estrutura de custos e despesas.

Assim, tendo em vista os gastos crescentes na área de saúde; os diversos setores compostos cada um por sua estrutura de custos e despesas; a crise fiscal do Estado, que não consegue atender crescente demanda por mais recursos para o setor; e também à competitividade do mercado e à necessidade de prestar serviços de qualidade aos pacientes (SOUZA *et al.*, 2009), o objetivo deste trabalho é identificar a estrutura de custos e despesas e relacioná-las com o desempenho em hospitais brasileiros.

Para tanto, além desta introdução, este artigo está dividido em mais quatro seções. A segunda seção apresenta a revisão de literatura que discorre sobre a estrutura de custos e o desempenho. Em seguida, a terceira seção, apresenta a metodologia do trabalho. A quarta seção apresenta o trabalho empírico realizado nos hospitais. Por fim, a quinta seção apresenta as conclusões e recomendações do estudo.

2 Revisão de Literatura

Este tópico apresenta os conceitos utilizados no decorrer do trabalho.

2.1 Gestão estratégica de custos

Independente de a empresa ser uma fábrica ou uma prestadora de serviços, a informação de custos é chave para identificar possibilidades para a criação de valor e para melhorar a lucratividade (OLIVER, 2004). Nesse sentido, para que as estratégias sejam implementadas a contento pelas organizações existe a necessidade das informações de custos para apoiar esse desenvolvimento.

Shank (1989) argumenta que a gestão de um empreendimento é um processo cíclico de quatro estágios, sendo composto pela formulação da estratégia, pela comunicação dessas estratégias através da organização, pelo desenvolvimento e execução de táticas para implementar as estratégias e o desenvolvimento e implementação de controles para monitorar se os objetivos estratégicos foram atingidos. Com base nesse processo, Shank (1989) define a gestão estratégica de custos como sendo o uso gerencial da informação de custo explicitamente direcionada a um ou mais desses quatro estágios.

Para Blocher *et. al* (2007) a gestão estratégica de custos se refere ao desenvolvimento da informação de gestão de custos com o objetivo de facilitar a principal função de gestão, a estratégica. Por essas afirmações percebe-se a importância das informações de custos no contexto estratégico. Por isso, a proposta deste trabalho de analisar a estrutura de custos e despesas hospitalares e sua relação com o desempenho pode auxiliar a gestão na criação de valor para as organizações de acordo com as estratégias implementadas, estando no âmbito da gestão estratégica.

2.2 Estrutura de custos e despesas

Entender o comportamento dos custos e a sua estrutura é de suma importância para as organizações, uma vez que essa informação auxilia em decisões como análise de investimentos e lucratividade. Para Guerra, Rocha e Corrar (2007) a estrutura de custos pode ser entendida como a proporção de custos fixos e variáveis em relação aos custos totais de uma organização e sua importância está em afetar, diretamente, o nível de risco operacional, o lucro e, como consequência, a sobrevivência das empresas. Por isso, os gestores tentam, geralmente, encontrar a combinação mais rentável da estrutura de custos (HORNGREN *et al.*, 2004a) para a organização, dado que essa estrutura varia de empresa para empresa.

Para ponderar a variedade de efeito das mudanças nos custos fixos e variáveis é necessário considerar os índices entre os mesmos, o que é chamado de alavancagem operacional (HORNGREN; SUNDEM; STRATTON, 2004). Desse modo, a identificação do percentual de custos fixos e variáveis que forma a estrutura de custos da organização vai mostrar de que maneira a variação afeta a lucratividade.

De acordo com Martins (2010) estruturas diferenciadas em termos de composição de custos e despesas fixas e variáveis provocam diferenciadas condições de resistências a oscilações nos volumes e preços de venda. Em empresas com maior alavancagem (altos custos fixos e baixos custos variáveis), uma pequena mudança no volume de vendas resulta em grandes variações do lucro; já aquelas com menor alavancagem (custos fixos baixos e custos variáveis altos) não são tão afetadas pelas variações nos volumes de venda (HORNGREN *et al.*, 2004). Possuir maior ou menor nível de risco operacional está atrelado ao resultado (lucro/prejuízo) estar mais ou menos sensível às variações das vendas (GUERRA *et al.*, 2007).

Decisões que envolvem custos fixos e variáveis impactam a estrutura de custos. A opção pela aquisição de tecnologia de produção, por exemplo, pode reduzir alguns custos variáveis e aumentar os custos fixos. Desse modo, a troca eficaz entre os tipos diferentes de custos e despesas também é um ponto chave para a estrutura de custos e para a lucratividade.

A pesquisa de Souza (2011) avaliou a estrutura de custos nos setores de siderurgia/metalúrgica e têxtil e chegou à conclusão de que a proporção de custos e despesas fixas no primeiro (30,34% a 30,60%) foi maior do que no segundo (20,15% a 20,76%), verificou ainda uma correlação forte e negativa entre os custos e despesas fixas e os indicadores de desempenho usados no estudo. Desse modo, quanto maior os custos e despesas fixas, menor o desempenho (margem e retorno operacional) das organizações.

2.3 Classificação de custos e despesas

A utilização de custos e despesas em conjunto neste trabalho tem o objetivo de evidenciar o montante de gastos da organização num período de tempo, sem levar em consideração a natureza dos mesmos. O custo representa a expressão monetária do consumo, utilização ou transformação de recursos no processo de produção de bens ou serviços e a despesa representa a expressão monetária do consumo, utilização ou transformação de recursos no processo de administração geral da empresa e outros processos que ocorrem após a produção de bens e serviços (MARTINS; ROCHA, 2010). Desse modo, o custo e a despesa total representam todo gasto desde a fabricação ou prestação de serviço até a venda dos mesmos, incluindo a administração da organização.

Existem várias formas de classificar custos, mas como este trabalho analisa o comportamento dos mesmos em relação à sua estrutura, a classificação usada foi a separação entre custos e despesas fixos e variáveis. Essa classificação é importante nesse contexto por estar ligada ao volume de produção, quando for um custo, e ao volume de vendas, quando for uma despesa, permitindo cálculos e análises como a margem de contribuição e a alavancagem operacional, além de fornecer informações sobre o nível eficaz da estrutura. Segundo Martins (2010), essa classificação é a mais importante e considera a relação entre o valor total de um custo e o volume de atividade numa unidade de tempo.

O custo variável é aquele que varia com o volume de produção, quanto maior a produção maior a utilização do mesmo, já o custo fixo independe do volume, não variando com a produção. Esta análise leva em consideração o nível de atividade da empresa, ou seja, sua capacidade produtiva instalada, pois se esta aumentar o custo fixo também aumenta. Horngren, Datar e Foster (2004) comentam que um custo fixo é fixo apenas em relação a determinada faixa relevante da atividade ou volume total e por um dado período de tempo. Para os mesmos autores a faixa relevante representa a banda do nível ou volume normal de atividade em que há um relacionamento específico entre o nível de atividade ou volume e o custo em questão.

A despesa variável é aquela que varia em função das vendas, como a comissão de vendedores e, as despesas fixas, são aquelas que independem do volume de vendas, como os salários do pessoal administrativo.

2.4 Desempenho econômico-financeiro

Silva (2005) comenta que a utilização de indicadores de desempenho para hospitais, especialmente aqueles atrelados ao desempenho econômico-financeiro, pode contribuir expressivamente para a eficiência da gestão. Para Schuhmann (2008), indicadores podem ser utilizados para examinar tendências para hospitais por vários anos. Os indicadores auxiliam na identificação de quais áreas o desempenho é satisfatório e em quais existem aspectos a melhorar.

De acordo com Martins (2005) a utilização das demonstrações financeiras hospitalares serve como fonte de informações para a análise financeira de hospitais. Estes podem ser feitos por meio de quatro categorias: índice de liquidez, índices de atividades, índices de endividamento e índices de lucratividade.

Para Souza *et al.* (2009), os indicadores de liquidez são compostos por índices que medem a liquidez de um hospital, verificando a capacidade de o hospital pagar suas obrigações de curto prazo no vencimento. Já a análise de atividades é composta por índices para medir a velocidade em que as contas circulantes do hospital são convertidas em caixa.

Os mesmo autores mencionam que a análise de endividamento diz respeito ao montante de recursos de terceiros que estão financiando os investimentos do hospital. A análise de rentabilidade permite avaliar os resultados financeiros do hospital em relação às

receitas médicas, aos investimentos e aos retornos dos proprietários, ou seja, essa categoria permite a avaliação da lucratividade hospitalar (SOUZA *et al.*, 2009).

Em relação aos índices de lucratividade ou de desempenho, foram analisados nesse trabalho a margem operacional, o retorno sobre o ativo e o retorno sobre o patrimônio líquido. Estes foram escolhidos pelo fato de terem sido usados em outros trabalhos como o de Souza *et al.* (2010) e Souza (2011), podendo resultar em comparações.

A margem operacional indica quanto de lucro operacional um hospital gerou para cada R\$ 1,00 de receita operacional líquida, ou seja, mensura a capacidade em pagar as despesas operacionais com a sua receita. Quanto maior a margem operacional, melhor para a empresa. A fórmula margem operacional é a seguinte:

$$\text{Margem operacional} = \frac{\text{Lucro Operacional}}{\text{Receita Operacional Líquida}}$$

O estudo empírico de Schuhmann (2008) apontou que o indicador margem operacional permaneceu, em média, negativo durante os cinco anos analisados, o que pode ameaçar a estabilidade do setor caso continue essa tendência; além disso, o estudo verificou que as melhorias nos indicadores não foram uniformes entre os diferentes tipos de hospitais.

O Retorno sobre o Ativo ou *Return on Assets* (ROA) indica quanto de rentabilidade um hospital propiciou em relação aos seus ativos totais e o Retorno sobre o Patrimônio Líquido ou *Return on Equity* (ROE) indica a rentabilidade que um hospital propiciou em relação ao patrimônio líquido dos investidores, acionistas ou sócios. O grupo de índices de rentabilidade é uma medida de eficiência que está relacionada sob a ótica dos ativos, patrimônio líquido ou investimento (CANAZARO, 2007). Silva *et al.* (2009) salientam que esse grupo permite avaliar os resultados financeiros do hospital em relação aos investimentos realizados e aos retornos dos proprietários, ou seja, apresentando o grau de êxito econômico no hospital. Para esses índices, quanto maior o valor encontrado, melhor.

A fórmula do ROA é a seguinte:

$$\text{Retorno sobre o Ativo} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Ativo Total}}$$

O ROE tem a seguinte fórmula:

$$\text{Retorno sobre o Patrimônio Líquido} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Patrimônio Líquido}}$$

Em geral, os hospitais enfrentam um ambiente competitivo sendo que a gestão por indicadores pode facilitar a avaliação financeira e a tomada de decisões no sentido de melhorar os indicadores.

3 Metodologia

De acordo com as peculiaridades desta pesquisa, a mesma pode ser classificada como descritiva, quantitativa, bibliográfica e de levantamento.

Quanto aos objetivos, é classificada como descritiva, pois visa descrever as características de determinada população ou estabelecer relações entre as variáveis pesquisadas (GIL, 2002). Neste caso, são descritas as relações entre a estrutura de custos e despesas com o desempenho de hospitais brasileiros.

Do ponto de vista da forma de abordagem do problema, ou seja, para a interpretação,

descrição e explicação dos dados coletados, foi utilizada a pesquisa quantitativa, que, segundo Richardson (1999) tem como propósito garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, assim, uma margem de segurança nos resultados. Na visão de Scharf (2008, p. 59), este tipo de pesquisa “utiliza amplamente ferramentas estatísticas”, o que ocorre nesta pesquisa.

Ressalta-se, porém, que apesar de predominar a pesquisa quantitativa, também foi realizada a análise qualitativa, no tocante à descrição e interpretação dos resultados obtidos.

Quanto aos procedimentos técnicos, essa pesquisa pode ser classificada como bibliográfica, que segundo Martins e Theóphilo (2009) é necessária para qualquer pesquisa científica. Seu objetivo é explicar e discutir um assunto com base em referências publicadas em livros, periódicos, dissertações, teses e anais de congressos. Ainda em relação aos procedimentos técnicos é classificada como de levantamento, pois segundo Silva e Menezes (2001) procura descrever características de populações cujo comportamento se deseja conhecer. A amostra foi composta por hospitais selecionados por conveniência dos autores, ou seja, por terem seus dados acessíveis. Os dados foram coletados nos relatórios gerenciais de custos dos hospitais e referem-se ao ano de 2012.

Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva através de médias. Para verificar a significância dos achados foi utilizado o teste não paramétrico qui quadrado (χ^2) com nível de significância de 5% (0,05), de modo a avaliar se existe ou não associação entre duas variáveis. Se o χ^2 for menor do que 0,05 pode-se rejeitar a hipótese nula de que não há associação entre as categorias de duas variáveis em estudo (FAVERO *et. al*, 2009). Embora as variáveis analisadas sejam quantitativas, o teste do χ^2 foi usado por não ser possível garantir que sua distribuição seja normal.

4 Análise e apresentação dos resultados

Foram avaliados os dados referentes a 21 hospitais do país, privados e filantrópicos. O Quadro 1 mostra as informações referentes à amostra investigada.

HOSPITAL	CIDADE	ESTADO	REGIÃO	TIPO	Nº LEITOS
1	São Luis	MA	Norte	Privado	108
2	Manaus	AM	Norte	Privado	155
3	São José dos Campos	SP	Sudeste	Privado	84
4	Curitiba	PR	Sul	Filantrópico	380
5	Campo Grande	MS	Centro Oeste	Filantrópico	120
6	Manaus	AM	Norte	Filantrópico	112
7	Bento Gonçalves	RS	Sul	Filantrópico	287
8	Vitória	ES	Sudeste	Privado	170
9	Belo Horizonte	MG	Sudeste	Privado	135
10	Belo Horizonte	MG	Sudeste	Filantrópico	60
11	Porto Alegre	RS	Sul	Filantrópico	244
12	Uberaba	MG	Sudeste	Filantrópico	150
13	Brasília	DF	Centro Oeste	Privado	91
14	Goiânia	GO	Centro Oeste	Filantrópico	212
15	Curitiba	PR	Sul	Filantrópico	136
16	São Paulo	SP	Sudeste	Filantrópico	24
17	Rio de Janeiro	RJ	Sudeste	Filantrópico	146
18	São Paulo	SP	Sudeste	Filantrópico	263
19	São Paulo	SP	Sudeste	Filantrópico	115
20	Blumenau	SC	Sul	Filantrópico	36
21	Teófilo Otoni	MG	Sudeste	Filantrópico	153

Quadro 1 - Características dos hospitais analisados

Os dados coletados junto aos hospitais foram: receita líquida, custos e despesas fixos, custos e despesas variáveis, lucro operacional, lucro líquido, ativo total e patrimônio líquido total. Todos os dados se referem aos valores médios do ano de 2012, ou seja, a média dos doze meses do ano.

Com esses dados foi possível calcular o percentual da estrutura dos custos e despesas fixos (CDF) de cada hospital bem como a margem operacional (MO) e o retorno sobre o ativo (RetAtivo) e sobre o patrimônio líquido (RetPL). Para auxiliar as análises os hospitais foram separados em dois grupos: os que possuem CDF abaixo da média e os que possuem CDF acima da média. Os resultados foram apresentados no Quadro 2. Quando comparados todos os hospitais, os valores médios foram os seguintes: CDF de 64%, MO de 0,06, RetAtivo de 0,01 e RetPL de 0,04.

Percebe-se que em relação à estrutura de custos os hospitais têm em média mais custos fixos do que variáveis (64%), sendo que apenas cinco hospitais apresentaram CDF menor do que 50%. Com isso, é possível verificar que a média de CDF dos hospitais é maior do que os encontrados no setor de siderurgia/metalmúrgica, em torno de 30% e no setor têxtil, na faixa dos 20%, conforme apresentado por Souza (2011). Embora os dados sejam relativos à amostra investigada e não a todos os hospitais brasileiros, percebe-se que as empresas possuem estrutura de custos e despesas diferentes, especialmente quando se trata de setores diferentes.

Pelos valores apresentados no Quadro 2, pode-se perceber que a situação da maioria dos hospitais não é satisfatória, apresentando baixos índices de MO e de RetAtivo e RetPL. Além disso, é interessante observar o elevado percentual de custos e despesas fixas na maioria dos hospitais analisados. Vários índices estão com valores negativos pelo fato de que muitos hospitais apresentaram prejuízos e/ou passivo a descoberto.

CDF abaixo da média				
Empresas	CDF	MO	RetAtivo	RetPL
7	0,3	0,01	0,03	0,06
16	0,41	0,04	0,00	0,01
1	0,45	0,10	0,01	0,04
6	0,46	-0,10	-0,02	-0,03
3	0,48	0,09	0,01	0,03
15	0,52	-0,05	0,00	-0,03
14	0,55	-0,09	-0,02	0,11
2	0,6	0,06	0,00	0,37
20	0,6	0,07	0,06	0,00
5	0,61	0,04	0,00	0,01
13	0,61	0,28	0,02	0,03
CDF acima da média				
Empresas	CDF	MO	RetAtivo	RetPL
19	0,7	0,01	0,08	0,11
4	0,7	-0,09	-0,01	-0,01
11	0,71	-0,07	0,00	0,00
8	0,76	0,10	0,00	0,01
10	0,76	0,00	0,00	0,00
21	0,79	-0,02	0,00	0,00
18	0,83	0,08	0,00	0,01
17	0,84	0,56	0,00	0,00
9	0,86	-0,03	0,00	0,00
12	0,86	0,02	-0,01	0,06

Quadro 2 - Grupos de hospitais e indicadores

Com os dados obtidos não foi possível estabelecer um intervalo de custos e despesas fixas em que as empresas com melhor desempenho pudessem ser agrupadas em relação ao desempenho medido pelos índices, a exemplo do trabalho de Souza (2011, p. 81). Por isso, as análises foram focadas em encontrar semelhanças e diferenças entre os hospitais analisados.

Num primeiro momento, os hospitais foram separados em privados e filantrópicos. No primeiro grupo, com CDF abaixo da média, encontram-se quatro hospitais privados e sete filantrópicos. Sete hospitais apresentaram MO acima da média e, destes, três são filantrópicos e quatro são privados. Já no grupo com CDF abaixo da média, oito são filantrópicos e dois são privados. Neste grupo dos hospitais com MO acima da média, dois são filantrópicos, incluindo o que apresentou a maior MO da amostra (0,56) e um é privado.

Quanto ao RetAtivo, cinco hospitais com CDF abaixo da média apresentaram este indicador acima da média, sendo dois filantrópicos e três privados. O RetPL neste grupo ficou acima da média em quatro hospitais, sendo um filantrópico e três privados. No grupo de hospitais com CDF abaixo da média, apenas um ficou com RetAtivo acima da média (19) e dois com RetPL acima da média (12 e 19) e ambos são filantrópicos.

Dessa forma, os resultados mostraram que não existe diferença estatística significativa entre o tipo de hospital e a MO ($p = 0,276$), entre o tipo de hospital e o RetAtivo ($p = 0,170$) e entre o tipo de hospital e o RetPL ($p = 0,139$). Em outras palavras, os resultados dos testes χ^2 evidenciaram que não existe associação entre o tipo de hospital e as variáveis de desempenho analisadas.

Outra análise empreendida foi verificar a associação entre os CDF e os resultados dos índices de acordo com o tamanho dos hospitais, medido pela receita líquida, mas também não foi possível agrupar os mesmos por este parâmetro, visto que nenhuma associação medida pelo χ^2 teve significância estatística. Desse modo, as análises para tentar segregar grupos nessa amostra ficaram prejudicadas devido aos resultados apresentados.

Para que outros elementos pudessem auxiliar as análises foram elaborados os gráficos de dispersão entre os CDF e os índices de desempenho de cada grupo de hospitais. A Figura 1 evidencia a dispersão das variáveis CDF e MO nos grupos que possuem CDF abaixo da média. Pode-se verificar que no geral, os maiores índices de MO estão no intervalo de CDF entre 45% a 61%, um intervalo relativamente grande se comparado com o encontrado por Souza (2011). O destaque é o hospital 13 que apresentou MO de 0,28 e CDF de 61%. Para esse grupo a média de CDF ficou em 51% e a de MO em 0,04.

Os resultados do trabalho de Souza (2011) evidenciaram que quanto menor o CDF maior a MO. Neste trabalho esse tipo de relação não pode ser confirmado tanto pelo gráfico de dispersão quanto pelo χ^2 ($p = 0,249$). Existem casos com CDF maiores em que a MO não diminuiu em relação às outras empresas, como o hospital 18, que apresentou CDF de 83% e MO de 0,08 (maior que a média do grupo de 0,04) e o hospital 8 com CDF de 76% e MO de 0,10.

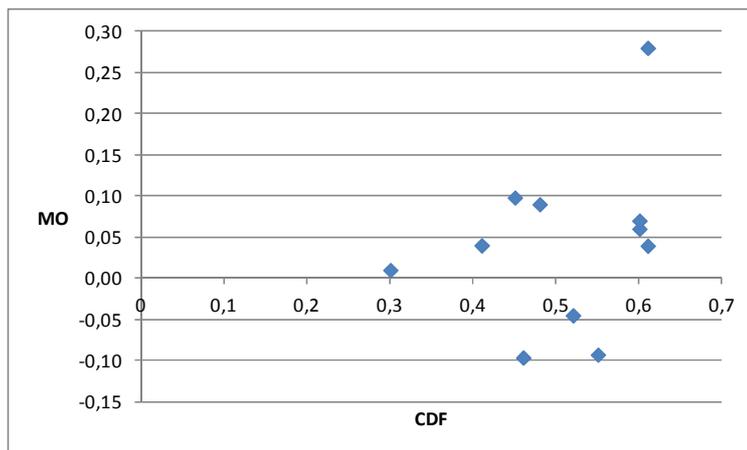


Figura 1 - Dispersão das variáveis CDF e MO dos hospitais com CDF abaixo da média

A Figura 2 apresenta a dispersão das variáveis CDF e MO entre os hospitais que apresentaram CDF acima da média. Nesse caso, o intervalo em que as empresas apresentaram a maior MO foi entre 76% e 84% de CDF, com destaque para o hospital 17 que apresentou CDF de 84% e MO de 0,56, sendo o hospital que apresentou a maior MO da amostra, mas por apresentar um prejuízo líquido teve os índices de RetAtivo e RetPL negativos. Para esse grupo, a média de CDF ficou em 78% e a MO em 0,06. Nesse caso também não foi possível estabelecer um tipo de associação entre as duas variáveis, como no trabalho de Souza (2011), pelos resultados do χ^2 ($p = 0,267$).

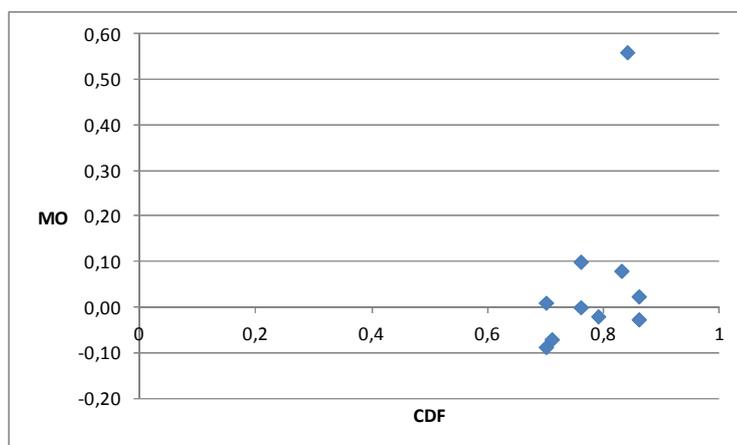


Figura 2 - Dispersão das variáveis CDF e MO dos hospitais com CDF acima da média

A figura 3 apresenta a dispersão das variáveis CDF e RetAtivo dos hospitais com CDF abaixo da média. O intervalo de CDF em que as empresas apresentaram os maiores índices ficou entre 30% e 60%, com destaque para os hospitais 7 e o 13. Também não foi possível estabelecer associação entre as duas variáveis, sendo o χ^2 ($p = 0,416$).

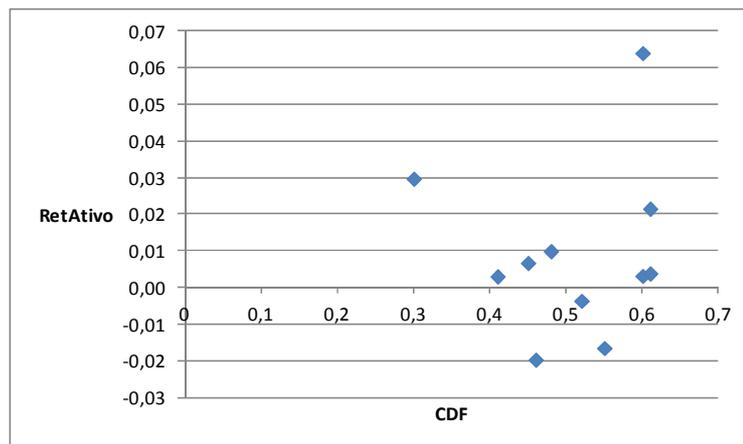


Figura 3 - Dispersão das variáveis CDF e RetAtivo dos hospitais com CDF abaixo da média

A Figura 4 apresenta a dispersão das variáveis CDF e RetAtivo dos hospitais com CDF acima da média. O intervalo de CDF em que as empresas apresentaram os maiores índices também ficou entre 70% e 83%, com destaque para o hospital 19. Não foi possível estabelecer associação entre as duas variáveis, sendo o χ^2 ($p=0,678$).

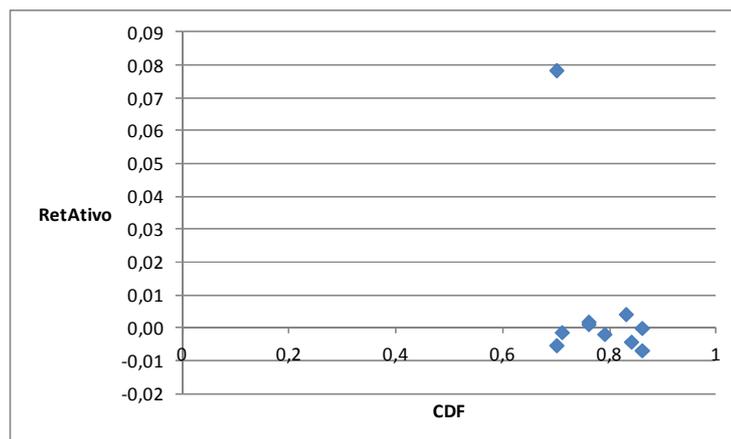


Figura 4 - Dispersão das variáveis CDF e RetAtivo dos hospitais com CDF acima da média

A Figura 5 apresenta a dispersão das variáveis CDF e RetPL dos hospitais com CDF abaixo da média. O intervalo de CDF em que as empresas apresentaram os maiores índices também ficou entre 30% e 60%, assim como para o RetAtivo, com destaque para o hospital 2. Não foi possível estabelecer associação entre as duas variáveis, sendo o χ^2 ($p=0,317$).

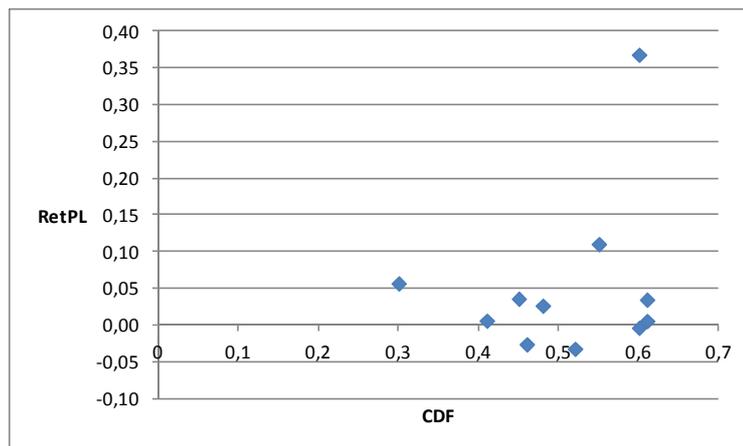


Figura 5 - Dispersão das variáveis CDF e RetPL dos hospitais com CDF abaixo da média

A Figura 6 apresenta a dispersão das variáveis CDF e RetPL dos hospitais com CDF acima da média. O intervalo de CDF em que as empresas apresentaram os maiores índices também ficou entre 70% e 86%, com destaque para o hospital 19. Não foi possível estabelecer associação entre as duas variáveis, sendo o χ^2 ($p=0,668$).

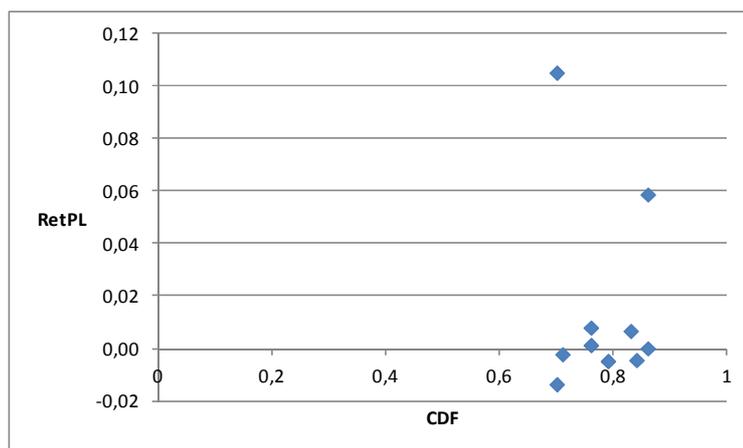


Figura 6 - Dispersão das variáveis CDF e RetPL dos hospitais com CDF acima da média

Na sequência foram apresentadas as conclusões e recomendações do trabalho.

5 Conclusões e Recomendações

Conhecer a estrutura de custos e despesas é importante para qualquer tipo de empresa, uma vez que influencia vários aspectos ligados à administração e à tomada de decisões. Por isso, o objetivo deste trabalho foi identificar a estrutura de custos e despesas e relacioná-las com o desempenho em uma amostra de hospitais brasileiros.

Os resultados mostraram que, em média, os hospitais apresentaram uma estrutura de custos e despesas fixas de 64%. Devido à maior proporção de custos fixos, os hospitais da amostra, em sua maioria, apresentam maior alavancagem, de modo que uma pequena mudança no volume de vendas resulta em grande variação do lucro. Conforme pontuado por Guerra *et al.* (2007), se o resultado está mais sensível às variações nas vendas, o risco operacional é maior. Essa questão é importante quando da análise para investimentos neste tipo de empresa, pois devido a essa característica podem apresentar variações bruscas no lucro

ou no prejuízo.

Quanto aos índices de desempenho, pode-se verificar que, em média, os hospitais da amostra não apresentaram um bom resultado, ficando a MO com 0,06, o RetAtivo com 0,01 e o RetPL com 0,04. A situação em relação aos índices encontrada na pesquisa difere um pouco do encontrado no estudo de Souza *et al.* (2010), segundo o qual os indicadores analisados demonstraram uma situação de fragilidade financeira para a maioria dos hospitais, sendo a média da MO de -0,03, o retorno sobre o ativo de 0,01 e o retorno sobre o PL de -0,66. Já o trabalho de Souza (2011) não avaliou hospitais, mas para as empresas do setor têxtil a MO teve média de -7,63 e no setor de siderurgia/metalurgia ficou 2,56. Esses resultados se mostram bem diferentes daqueles encontrados nos hospitais.

Um resultado interessante foi decorrente da separação dos hospitais entre os que possuem CDF abaixo da média e acima da média. No primeiro grupo, os achados mostraram que a média de CDF caiu para 51% (média geral foi de 64%), a MO também caiu para 0,04, o RetAtivo ficou no mesmo patamar com 0,01 e o RetPL aumentou para 0,05. Desse modo, ao invés de a redução nos custos e despesas fixas aumentar a MO, ocorreu o contrário.

Já no segundo grupo, a média de CDF aumentou para 78%, a MO permaneceu a mesma com 0,06, o RetAtivo permaneceu o mesmo com 0,01 e o RetPL caiu para 0,04. Novamente, o aumento no CDF ao invés de diminuir a MO deixou a mesma na média geral e acima daquela dos hospitais com CDF abaixo da média. Esse resultado exemplifica o fato de que nesse trabalho não foi encontrada uma relação inversa entre CDF e MO, como no trabalho de Souza (2011).

Quanto à separação dos hospitais em privados e filantrópicos, não foi encontrada associação com os indicadores nem com a estrutura de custos, sendo possível perceber que as melhorias nos indicadores foram uniformes entre essas classes de hospitais. Corroborando esse resultado, o trabalho de Veloso e Malik (2010) também mostrou que não existe distinção significativa entre hospitais com e sem finalidade lucrativa no que diz respeito à margem líquida e o retorno sobre os ativos totais. Uma possível explicação segundo Veloso e Malik (2010) é que provavelmente os hospitais sofrem as mesmas pressões técnicas e de mercado, independente da natureza dos mesmos.

Quanto à separação por tamanho, medido pela receita líquida, não foram encontradas associações significantes neste trabalho. Resultado diferente foi encontrado no estudo de Veloso e Malik (2010), em que o tamanho da receita foi um fator que teve influência na rentabilidade das empresas analisadas.

Em relação aos intervalos de CDF em que os hospitais apresentaram os maiores índices de desempenho, destaca-se que no grupo com CDF abaixo da média o intervalo foi de 45% a 61% para a MO, e de 30% a 60% para o RetAtivo e RetPL e, no grupo com CDF acima da média, o intervalo foi de 76% a 84% para a MO, 70% a 83% para o RetAtivo e 70% a 86% para o RetPL. Com isso, pode-se observar novamente que hospitais que possuem maior proporção de custos e despesas fixas também podem ter desempenhos semelhantes aos do outro grupo. Cabe ressaltar, que o hospital 17, que está no grupo dos acima da média de CDF, apresentou a maior MO da amostra (0,56) e isso contribuiu para o aumento da média desse indicador no grupo.

Com os resultados encontrados, especialmente a utilização dos indicadores financeiros aliados à estrutura de custos e despesas, espera-se poder contribuir com subsídios que auxiliem a tomada de decisões pelos gestores dos hospitais e também pelos possíveis investidores dessas empresas.

Como limitação destaca-se o tamanho da amostra utilizada, de modo que os resultados são específicos para a mesma e não podem ser extrapolados para a população. No entanto, também é importante frisar a dificuldade na obtenção de dados nesse tipo de empresa, por isso, mesmo sendo uma representação pequena, acredita-se que os resultados sejam úteis tanto

para a academia quanto para as empresas.

Um ponto que chamou a atenção neste trabalho foi o fato de que empresas com alta proporção de custos e despesas fixas apresentaram índices dentro da média e às vezes até acima, por isso, uma recomendação é que outros trabalhos possam estudar a relação entre a estrutura de custos e verificar esse tipo de efeito. Outra recomendação é o estudo mais aprofundado, estudo de caso, dos hospitais que tiveram resultados contraditórios para avaliar o motivo dessas ocorrências.

Referências

ABBAS, K.; LEONCINE, M. Cálculo dos custos dos procedimentos médicos hospitalares em hospitais brasileiros. **RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 1, p. 1-11, 2014.

BAKER, G. R. Healthcare managers in the complex world of healthcare. **Frontiers of Health Services Managers**, v. 18, n. 21, p. 23-32, 2001.

BITTENCOURT, O. N. **O emprego do método de custeio baseado em atividades: activity-based costing – como instrumento de apoio à decisão na área hospitalar**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/2803>>.

BLOCHER, E. J.; CHEN, K. H.; COKINS, G.; LIN, T. W. **Gestão estratégica de custos**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2007.

BORBA, V. R. **Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

COYNE, J. S.; SINGH, S. G. The early indicators of financial failure: a study of bankrupt and solvent health systems. **Journal of Health Care Management**, v. 53, n. 5, p. 333-345, 2008.

CRISPIM, C. H. **Comportamento dos custos em hospitais administrados pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) - Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93882>>.

FAVERO, L. P.; BELFIORE, P.; SILVA, F. L.; CHAN B. L. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERRA, A. R.; ROCHA, W.; CORRAR, L. J. Análise do impacto das variações de receitas nos lucros das empresas com diferentes estruturas de custos. **Revista de Administração**, v. 42, n. 2, p. 227-238, 2007.

HORNGREN, C. T.; DATAR, S. M.; FOSTER, G. **Contabilidade de custos, v. 1: uma abordagem gerencial**. São Paulo: Prentice-Hall, 2004.

HORNGREN, C. T.; SUNDEM, G. L.; STRATTON, W. **Contabilidade gerencial**. São Paulo: Prentice-Hall, 2004.

JANATI, A.; VALIZADEH, S.; JAFARABADI, M. A. Development of Financial Indicators of Hospital Performance. **Journal of Clinical Research & Governance**, n. 3, p. 92-98, 2014.

KAISSI, A. A.; BEGUN, J. W.; HAMILTON, J. A. **Strategic Planning Processes and Hospital Financial Performance**. *Journal of Healthcare Management*, v. 53, n. 3, maio/jun. 2008.

MARTINS, D. **Administração financeira hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, E.; ROCHA, W. **Métodos de custeio comparados: custos e margens analisados sob diferentes perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, G. A.; THEÓFILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

OLIVER, L. **Designing strategic cost systems: how to unleash the power of cost information**. New Jersey: John Wiley & Sons Inc., 2004.

PINK, G. H.; DANIEL, I.; MCGILLIS, L.; McKILLOP, I. Selection of key financial indicators: a literature, panel and survey approach. **Longwoods Review**, v. 4, n. 4, 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSILLÓN, N.; ALEJANDRA, M. Análisis financiero: una herramienta clave para una gestión financiera eficiente. **Revista Venezolana de Gerencia**, v. 14, n. 48, p. 606-628, 2009.

ROTTA, C. S. G. **Utilização de indicadores de desempenho em hospitalar como instrumento gerencial**. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-14122009-115012/pt-br.php>>.

SCHARF, L. **Análise estatística do comportamento dos custos indiretos de produção em uma empresa de malharia: uma contribuição ao estudo do “custo exato”**. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) - Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em:
<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/91725>>.

SCHUHMANN, T. M. Hospital financial performance: trends to watch. **Healthcare Financial Management**, v. 62, n. 7, p.59-66, July 2008. Disponível em:
<http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/results/external_link_maincontentframe.jhtml?_DARGS=/hww/results/results_common.jhtml.42>.

SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inov. Saúde**, v.

1, n. 1, 2007.

SHANK, J. Strategic cost management: new wine, or just new bottles? **Journal of Management Accounting Research**, fall, p. 47-65, 1989.

SILVA, D. S.; LEONARDO, V. S.; ABBAS, K.; GONÇALVES, M. N.; LEONCINE, M. Os custos do serviço de processamento de roupas de um hospital: manter o serviço ou terceirizar? IN: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO, 2012, Ponta Grossa, **Anais...**

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3a ed. Florianópolis: UFSC/PPGEP/LED, 2001.

SILVA, M. A. Breves comentários sobre a acreditação dos prestadores de serviços de hemoterapia. **Jus Navigandi**, v. 9, n. 592, 2005. Disponível em: <<http://jus2.ol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6250>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

SILVA, M. Z.; BORGERT, A.; SCHULTZ, C. A. Sistematização de um método de custeio híbrido para o custeamento de procedimentos médicos: uma aplicação conjunta das metodologias ABC e UEP. **Revista de Ciências da Administração**, v. 11, n. 1, p. 46-57, 2009.

SOUZA, A. A.; AVELAR, E. A.; TORMIN, B. F.; SILVA E. A. Análise financeira de hospitais: um estudo sobre o hospital metropolitano de urgência e emergência. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**, v. 2, n. 1, p. 90-105, 2013.

SOUZA, A. A.; LARA, C. O.; NEVES, A. P. T. P.; MOREIRA, D. R. Indicadores de desempenho para hospitais: análise a partir dos dados divulgados para o público em geral. In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 10, 2010, São Paulo, **Anais...**

SOUZA, A. A., RODRIGUES, L. T., LARA, C. O., GUERRA, M., & PEREIRA, C. M. Indicadores de desempenho econômico-financeiro para hospitais: um estudo teórico. **RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, n. 3, 2009.

SOUZA, B. C. **Relação da estrutura de custos e despesas com a rentabilidade e lucratividade operacional nos setores têxtil e siderúrgico/metalúrgico no Brasil no período de 2005 a 2009**. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-13022012-204418/pt-br.php>>.

VELOSO, G. G.; MALIK, A. M. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. **RAE - eletrônica**, v. 9, n. 1, 2010.

YOUNIS, M.Z.; YOUNIES, H.Z.; OKOJIE, F. Hospital financial performance in the United States of America: a follow-up study. **La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale**, v. 12, n. 5, set. 2006. Disponível em: <http://applications.emro.who.int/emhj/1205/12_5_2006_670_678.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2014.