

A decisão de investimento em hospitais privados do Brasil e Canadá sob a ótica da análise de desempenho

Isabel Cristina Panziera Marques

Tese para obtenção do Grau de Doutor em
Gestão
(3º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Zélia Maria da Silva Serrasqueiro Teixeira
Coorientadora: Professora Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira

Presidente do júri
Prof. Dr. Joaquim Mateus Paulo Serra

Membros do júri
Prof. Dr. Mário António Gomes Augusto
Prof. Dr. Sérgio Pereira dos Santos
Prof. Dr. João Dionísio Monteiro
Prof. Dr. Ivo Dinis de Oliveira

Covilhã, 08 de setembro de 2021

Este trabalho contou com o apoio financeiro do Santander Universidades (BID / ICI / CSH - Management /Santander Universidades - UBI / 2018).



Dedicatória

Este estudo é dedicado a meu amado esposo, por todo incentivo, apoio e companheirismo.

Agradecimentos

Sou grata a todos os professores que contribuíram para a evolução de meu aprendizado. Em especial, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Zélia Serrasqueiro e à minha coorientadora, Professora Doutora Fernanda Nogueira por compartilharem conhecimentos, pela orientação e por toda a motivação durante meu processo de aquisição de conhecimentos.

Gostaria de agradecer a todos os parceiros anônimos por seus comentários construtivos e sugestões que me permitiram melhorar a qualidade de minha pesquisa.

Tenho o prazer de reconhecer o apoio financeiro à minha pesquisa do Santander Universidades (BID / ICI / CSH - Management / Santander Universidades - UBI / 2018).

Obrigado a todos por fazerem parte da minha jornada!

Resumo

A mudança de paradigma na gestão dos serviços de saúde produz uma constante pressão social, política e económica, para a prestação de serviços de qualidade e eficientes, ao custo mais reduzido. Tal fato, representa um desafio para os gestores das organizações, tanto públicas como privadas. As decisões de investimento envolvem todo o processo de identificação, avaliação e seleção das alternativas de aplicações de recursos. Neste contexto de mudança, o gestor hospitalar é uns dos principais atores, por assumir compromissos com a organização, com o utente e com os demais profissionais. Nos hospitais privados a manutenção do equilíbrio económico-financeiro da instituição torna-se maior conforme a sustentabilidade financeira dependa da relação entre os gastos e os valores recebidos pelo hospital. Diferentes sistemas nacionais de saúde podem afetar na forma como as necessidades de investimento são detetadas, como as análises de desempenho são realizadas, bem como podem influenciar nas possíveis fontes de financiamento destes investimentos.

O propósito deste estudo é o de verificar se, na tomada de decisão de investimento, os gestores dos hospitais privados brasileiros e canadenses decidem por projeto de investimento sob a ótica da análise de desempenho, como suporte à decisão. Quanto a gestão dos recursos, o Brasil possui descentralização incompleta, centrados no âmbito federal, com participação das esferas estaduais e municipais e com coexistência de serviços de saúde públicos e privados. O Canadá, por sua vez, foi o país escolhido para comparação com o Brasil devido ao fato de possuir uma gestão dos recursos de saúde completamente descentralizada, tendo as províncias e territórios a responsabilidade da sua gestão.

Para alcançar este macro objetivo, três fases distintas foram delineadas. A primeira fase, qualitativa, uma revisão sistemática da literatura (RSL), que propiciou o levantamento dos temas relevantes da investigação, por meio do uso da meta-análise Prisma, do *software* VOSviewer culminando com a proposta de um modelo conceitual, com o uso do *Grounded Theory*. Para tal, foram utilizadas as bases de dados *Scopus* e *ISI Web of Science*, com busca pelos artigos em novembro de 2019. A segunda fase, também qualitativa, deu-se com estudos de caso envolvendo o Brasil e Canadá. Foram realizadas entrevistas, em abril de 2020, com gestores administrativos ou financeiros de dois hospitais privados. Por intermédio do *software* NVivo 11, as variáveis despontadas foram analisadas e estruturadas de forma a destacar os temas emergidos das entrevistas. Estes temas, serviram de referência para a construção de um questionário, utilizado na fase três deste estudo. Desta forma, a

fase empírica, envolvendo também os hospitais privados brasileiros e canadenses, foi norteada pelos critérios de elegibilidade como dimensão e complexidade dos hospitais. A coleta de dados foi realizada durante todo o mês de novembro de 2020. Utilizado o *software SPSS Statistic* para as análises de 111 respondentes (taxa de resposta 20,16% e 21,87% do Brasil e Canadá, respetivamente).

A partir de diferentes níveis do meio envolvente, o meio ambiente meso (formado pelas instituições hospitalares) foi destacado na RSL. A rede de coocorrência de palavras-chave, com uso do VOSviewer, apontou para quatro principais linhas de pesquisa que vêm sendo conduzidas, referente a governação em saúde: (i) qualidade dos cuidados em Saúde, (ii) responsabilidade social corporativa em Saúde, (iii) gestão de riscos em Saúde e, (iv) governação global na Saúde. Neste contexto, o modelo conceitual que emergiu da RSL, a partir da aplicação *Grounded Theory*, ressalta a importância de se observar o meio envolvente onde os principais aspectos da governação corporativa em Saúde se inserem. Na sequência, o estudo de casos, fase dois, aponta para as perceções dos diretores sobre os conceitos de governação quando se fala da inter-relação entre as partes clínica e administrativa da gestão hospitalar, que se complementam, cada uma com enfoques distintos, como o atendimento de qualidade ao utente (clínica) e a gestão adequada dos processos administrativos e das relações entre as partes interessadas. Quanto a financiamentos e investimentos nas organizações, são observadas as semelhanças e diferenças, tanto nas escolhas de financiamento como nas análises de desempenho realizadas como suporte a decisão de investimento. A fase qualitativa, com entrevistas aos gestores, culmina com a proposta de um modelo para integrar o envolvimento e as competências dos gestores hospitalares em instituições privadas no Brasil e no Canadá, para identificar os fatores específicos que influenciam a tomada de decisão sobre o investimento. A fase três, empírica, completa o estudo caracterizando as instituições hospitalares. No Brasil, em sua maioria, como hospital geral, de média dimensão, com internamento integral de longa permanência e mista, alta complexidade, com corpo clínico aberto, constituição de sociedade por quotas. O Canadá difere do Brasil quanto a caracterização pelo fato da maioria dos hospitais serem de grande dimensão e média complexidade. Quanto ao perfil dos gestores brasileiros, estes estão na faixa etária entre 45 e 59 anos, são médicos em sua maioria e atuam como administradores, enquanto os gestores canadenses enquadram-se na faixa etária acima dos 60 anos, graduados em Gestão, com a função de administradores. Nos dois países, a principal fonte de capital é o capital próprio quando se trata de investimento. O *business intelligence*, *balanced scorecard* e indicadores de desempenho clínico são as análises de desempenho mais utilizadas antes da decisão de investimento. Uma questão importante, diz respeito, na opinião dos respondentes, qual deve ser a

formação do gestor hospitalar, se a mesma deve ter origem na medicina. Neste aspecto, 61,7% e 74,8% dos respondentes do Brasil e Canadá, respectivamente, defendem que o gestor, não necessariamente, deva ser médico. Apontam para um cenário ideal, onde a formação de uma equipe multidisciplinar, pode trazer inúmeros benefícios para a gestão, tanto clínica como administrativa, ao apropriar de maneira mais adequada as alocações de recursos.

Neste contexto, após a identificação das necessidades de investimentos, a análise de desempenho assume o papel central ao disponibilizar recursos através de diferentes métodos de avaliação, tais como cobertura, comparabilidade, mensurabilidade e compatibilidade dos processos. No setor privado, a capacidade de investimento dos hospitais e busca por retornos financeiros acaba por se tornar um fator importante enquanto item de receita. No Brasil, uma das fontes de lucro dos hospitais é a comercialização de materiais e medicamentos, junto a operadoras de planos de saúde e seguradoras ou diretamente aos utentes. Tal modelo está esgotado e os hospitais precisarão ter capacidade de cobrar pela assistência prestada, seguindo (por exemplo) o modelo canadense, com os grupos de diagnósticos homogêneos (GDHs) que agrupa os casos homogêneos pautados nos diagnósticos primários e secundários. Dever-se-ia buscar alguma complementaridade, como a chamada contratualização entre parceiros. O modelo vigente faz com que, pelas carências de visão, pelo imediatismo da gestão, pela falta de conhecimento dos custos, a cadeia de valor do setor tenha um comportamento autofágico, com baixa tendência a construir movimentos sinérgicos. Os resultados da investigação demonstram que a tomada de decisão de investimento hospitalar é fortemente afetada pelas características do sistema de saúde de um país, em particular a cobertura de seguro saúde, método de financiamento, método de reembolso para hospitais e propriedade do hospital.

Embora a literatura apresente referências atuais sobre governação e aspectos regulatórios em saúde, uma limitação identificada refere-se ao período analisado (5 anos), pois este pode ser estendido, permitindo assim uma maior abrangência na determinação de *clusters* e dos determinantes que influenciam as regulamentações sanitárias, tanto nos níveis macro (governamental), meso (instituições) e micro (unidades de atenção ao utente). As entrevistas, fase dois deste estudo, foram realizadas em dois importantes hospitais do Brasil e Canadá e na interpretação dos achados reconhecemos essa limitação em termos quantitativos, não podendo generalizar os resultados aqui obtidos. Contudo, uma maior abrangência foi obtida com a realização do estudo empírico. Embora o estudo empírico tenha tido o horizonte de tempo transversal, espera-se que tais análises, pautadas nos hospitais privados brasileiros e canadenses sirvam de inspiração para novas investigações que incluam estudos longitudinais, envolvendo, inclusive, amostras de outros países com

sistemas nacionais de saúde díspares e que sejam realizadas também a comparação de decisão de investimento entre hospitais públicos e privados.

Importante contribuição para a literatura advém da estrutura e interações nas diferentes esferas, níveis do ambiente de saúde e seu impacto na assistência ao utente. No plano político, inclui a perspectiva da influência das políticas públicas nos resultados, em última instância, no internamento e atendimento ao utente. Este estudo é um dos poucos que comparou a importância das competências dos gestores para a tomada de decisão de investimento em hospitais privados no Brasil e Canadá. Ao contribuir com um modelo de envolvimento de gestores, específico para hospitais, várias equipes intra-hospitalares podem trabalhar para implementar novas intervenções para um maior envolvimento de funcionários, média gerência e diretores na gestão institucional e, desta forma, melhorar o desempenho das organizações, delineando a importância das competências dos gestores de hospitais privados.

Palavras-chave

Análise de Desempenho; Competências dos Gestores; Financiamento; Gestão; Governança; Hospital Privado; Investimento; Meio Ambiente; Saúde; Tomada de Decisão.

Abstract

The changing paradigm in health service management produces constant social, political and economic pressure to provide efficient, quality services at the lowest cost. This is a challenge for the managers of both public and private organisations. Investment decisions involve the whole process of identifying, assessing and selecting alternatives for resource applications. In this context of change, the hospital manager is one of the main actors, having commitments to the organisation, users and other professionals. In private hospitals, there is a greater need to maintain the institution's economic-financial balance as financial sustainability depends on the relation between the hospital's expenditure and its income. Different national health systems can affect the way investment needs are detected, how performance analyses are carried out, and can have an influence on the possible sources of finance for these investments.

The aim of this study is to determine whether, in investment decision-making, the managers of private hospitals in Brazil and Canada decide on investment projects from the performance analysis perspective, to support decisions. Regarding resource management, Brazil has incomplete decentralization, centred at the federal level, with the participation of state and municipal entities and the existence of public and private health services. Canada was the country chosen to make a comparison with Brazil, due to having completely decentralized management of health resources, with provinces and territories being responsible for this.

To achieve this macro-objective, three distinct phases were defined. The first, qualitative, phase consisted of a systematic literature review (SLR), which surveyed the relevant research topics, through use of the Prisma meta-analysis and VOSviewer software, culminating in a proposal of a conceptual model, using Grounded Theory. To do so, the Scopus and ISI Web of Science databases were used, searching for articles in November 2019. The second phase, also qualitative, involved case studies in Brazil and Canada. In April 2020, interviews were held with the administrative or financial managers of two private hospitals. Using NVivo 11 software, the variables emerging were analysed and structured in order to highlight the topics arising from the interviews. These topics served as references to build a questionnaire, used in the third phase of the study. Therefore, the empirical stage, also involving Brazilian and Canadian private hospitals, was guided by eligibility criteria such as size and hospital complexity. Data were collected during the whole

of November 2020. SPSS Statistic software was used for analysis of the 111 respondents (response rate of 20,16% and 21,87% in Brazil and Canada, respectively).

Of the different environmental levels, the meso-environment (formed by hospital institutions) was highlighted in the SLR. The key-word co-occurrence network and use of VOSviewer indicated four main lines of research being followed regarding governance in health: (i) quality of healthcare, (ii) corporate social responsibility in health, (iii) risk management in health, and (iv) global governance in health. In this context, the conceptual model emerging from the SLR, from application of Grounded Theory, underlines the importance of observing the environment where the main aspects of corporate governance in health are located. Subsequently, the second phase, of case studies, indicates directors' perceptions of the concepts of governance when speaking about the inter-relation between the clinical and administrative aspects of hospital management. These are complementary, each one with different focuses, such as quality service for patient (clinical) and appropriate management of administrative processes and stakeholder relations. As for financing and investment in organisations, similarities and differences are observed, both in financing choices and in the performance, analyses made to support decision-making. The qualitative phase, with interviews with managers, culminates in a proposed model to integrate the involvement and competences of hospital managers in private institutions in Brazil and Canada, to identify the specific factors influencing investment decision-making. The third phase, which is empirical, completes the study by characterising hospital institutions. In Brazil, most hospitals are general, medium-sized, equipped for long and mixed stays, highly complex, with an open clinical body, and are private limited companies. Canada differs from Brazil in that most hospitals are large and of medium complexity. As for the profile of Brazilian managers, these are aged between 45 and 59, are mostly doctors and act as administrators, while Canadian managers tend to be over 60 and are Management graduates holding the post of administrator. In both countries, the main source of capital is equity when dealing with investment. Business intelligence, balanced scorecard and clinical performance indicators are the performance analyses most commonly used before investment decisions. An important question regards what the hospital manager's training should be, in respondents' opinion, whether this should originate in medicine. Here, 61,7% and 74,8% of respondents in Brazil and Canada, respectively, believe the manager should not necessarily be a doctor. They indicate an ideal scenario, where the formation of a multi-disciplinary team could bring numerous benefits for management, both in clinical and administrative terms, by resolving the most suitable allocation of resources.

In this context, after identifying investment needs, performance analysis has a central role by providing resources through different methods of evaluation, such as coverage,

comparability, measurability and compatibility of processes. In the private sector, hospitals' investment capacity and the search for financial return becomes an important factor. In Brazil, one of hospitals' sources of profit is the sale of material and medicine to health plan operators or insurance companies or directly to patients. This model is exhausted and hospitals will need to be able to charge for the service provided, following (for example) the Canadian model with Diagnosis-Related Groups (DRGs) which group homogeneous cases classed in primary and secondary diagnostics. Some complementarity should be sought, such as so-called contracting partners. The current model means that, due to a lack of vision, the immediate nature of management and the lack of knowledge about costs, the sector's value chain presents autophagy, with little tendency to build synergistic movements. The results of the research demonstrate that investment decision-making in hospitals is strongly affected by the characteristics of a country's health system, in particular health insurance coverage, financing method, method of refunding hospitals and hospital ownership.

Although the literature contains current references to governance and regulatory aspects in health, a limitation identified concerns the period analysed (5 years), as this can be extended, to allow greater coverage in determining clusters and the factors that influence sanitary regulations, at the macro (governmental), meso (institutions) and micro (patient care units) levels. The interviews in the second stage of this study were held in two important hospitals in Brazil and Canada and in interpreting the findings we recognise that limitation in quantitative terms, preventing generalization of the results obtained. However, greater coverage was achieved by carrying out the empirical study. Although the empirical study was transversal in the period analysed, it is hoped that these analyses, in private hospitals in Brazil and Canada, serve to inspire new research including longitudinal studies, even involving samples from other countries with different national health systems, also comparing investment decision-making in public and private hospitals.

An important contribution to the literature lies in the structure and interactions in the different spheres, levels of the health environment and their impact on patient care. At the political level, it includes the perspective of the influence of public policies on the results, ultimately, hospital stays and patient care. This study is one of the few to compare the importance of managers' competences in investment decision-making in private hospitals in Brazil and Canada. By contributing a model of manager involvement, specific to hospitals, various intra-hospital teams can work on implementing new interventions for greater involvement of employees, middle-management and directors in institutional management, and in this way improve organisations' performance, delineating the importance of private hospital managers' competences.

Key-words

Performance Analysis; Managers' Competences; Financing; Management; Governance;
Private Hospital; Investment; Environment; Health; Decision-Making.

Índice

1	Introdução	1
1.1	Motivação e Justificativa	4
1.2	Objetivos de Investigação	
1.2.1	Objetivos Específicos Qualitativos	4
1.2.2	Objetivos Específicos Quantitativos	5
1.3	Estrutura Global da Tese	6
2	Revisão da Literatura	8
2.1	Governança Corporativa e Governança em Saúde	8
2.1.1	Governança Corporativa em Saúde e o Meio Ambiente	13
2.1.2	Estilos de Gestão, Elementos Formadores da Competência e a Importância das Competências para o Gestor em Saúde	14
2.2	O Sistema Nacional de Saúde no Brasil e Canadá	17
2.2.1	O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil	19
2.2.2	O Sistema de Saúde Canadense: <i>Canadian Health Care (CHC)</i>	20
2.2.3	O Sistema de Saúde Público <i>versus</i> o Setor Privado e as Parcerias Público-Privadas (PPP)	23
2.2.4	Sistemas de Classificação dos Hospitais	29
2.3	Financiamento, Investimento, Risco e Desempenho em Saúde	31
2.3.1	Estrutura de Capital e Opções de Financiamento em Saúde	31
2.3.2	Investimento em Saúde: Evidências Empíricas	36
2.3.3	Risco de Dívida e Risco a Nível de Investimento	41
2.3.4	Análises de Desempenho como Suporte à Tomadas de Decisão de Investimento	43
3	Metodologia da Investigação	46
3.1	Tipo de Estudo	46
3.1.1	Etapa Qualitativa	49
3.1.2	Etapa Quantitativa	51
4	Resultados e Discussão	54
4.1	Governança Corporativa e o Meio Ambiente no Setor da Saúde: Revisão Sistemática da Literatura	54
4.1.1	Análises Gerais	54
4.1.2	Governança Corporativa na Saúde com o uso da Meta-análise Prisma e Enfoque no Meio Envolverte	57
4.1.3	Análise de Coocorrência de Palavras-chave	62
4.2	Competências dos Gestores e o Processo de Análise de Desempenho na Tomada de Decisão de Investimento em Hospitais Privados: Estudo Qualitativo	72

4.2.1	Características dos Hospitais, Perfil e Competências dos Gestores	73
4.2.2	Governança em Saúde	75
4.2.3	Financiamento e Investimento Hospitalar	76
4.2.4	Análises de Desempenho e Tomada de Decisão de Investimento	78
4.3	Análises de Desempenho como Suporte para Tomada de Decisão de Investimento no Brasil e no Canadá: Estudo Quantitativo	81
4.3.1	Caracterização das Instituições Hospitalares Privadas do Brasil e Canadá	81
4.3.2	Perfil dos Gestores dos Hospitais do Brasil e Canadá	85
4.3.3	Análises de Desempenho como Apoio a Tomadas de Decisão	88
4.3.4	A Estrutura de Capital, Investimentos Realizados nos Últimos Cinco Anos e as Análises Antes da Decisão de Investimento	91
4.3.5	Métodos de Custeamento Utilizados e as Práticas Empregadas para Gestão de Risco e Análise de Desempenho Hospitalar	92
4.3.6	Cruzamento Dos Dados entre o Brasil e Canadá	93
4.3.7	A Formação dos Gestores Hospitalares, na Opinião dos Respondentes	99
5	Conclusões, Limitações, Sugestões para Futuras Investigações e Contribuições	100
	Referências	108
	Apêndices	129
	Apêndice A. Principais semelhanças e diferenças entre o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil e o <i>Canadian Health Care</i> (CHC), Canadá.	129
	Apêndice B. Guião das entrevistas, fase dois, etapa qualitativa	130
	Apêndice C. Questionário utilizado para estudo empírico	132

Lista de Figuras

- Figura 1 – Enquadramento teórico da Tese
- Figura 2 – Governança Corporativa, responsabilidade social e a sustentabilidade intergovernamental na Saúde, adaptado de Bodolica (2019)
- Figura 3 - Organização do sistema nacional de saúde no Brasil, extraído de Massuda et al. (2018)
- Figura 4 - Organização do sistema nacional de saúde do Canadá, extraído de Allin et al. (2020)
- Figura 5 – Protocolo do estudo
- Figura 6 – Classificação dos hospitais. Fonte: adaptado de DataSUS (2019)
- Figura 7 – O processo de pesquisa, adaptado de Allen (2017)
- Figura 8 - Triagem dos artigos da RSL
- Figura 9 – Percentagem de hospitais por região do Brasil (IBGE, 2020) e províncias do Canadá (CIHI, 2018)
- Figura 10 – Distribuição dos hospitais privados brasileiros por objetivo financeiro (IBGE, 2020)
- Figura 11 – Quantitativo de artigos publicados por ano
- Figura 12 – Revistas com os maiores números de publicações
- Figura 13 – Países com maior número de publicações
- Figura 14 – Número de publicações/ citação, por ano
- Figura 15 – Meta-análise Prisma, adaptado de Liberati et al. (2009)
- Figura 16 - Quantitativo de estudos por nível de meio envolvente
- Figura 17 – Quantidade de artigos por nível do meio envolvente e ano de publicação
- Figura 18 – *Clusters* de coocorrência de palavras-chave, extraído do VOSviewer
- Figura 19 – Quantitativo de estudos por atributo e por ano
- Figura 20 – Modelo conceitual de governança corporativa em saúde
- Figura 21 – Temas emergentes das entrevistas apontados por meio do NVivo 11
- Figura 22 – Modelo de integração entre gestores hospitalares e análise de desempenho para tomadas de decisão de investimentos
- Figura 23 – Número de empregados dos hospitais do estudo, por país
- Figura 24 – Perfil do gestor hospitalar
- Figura 25 – Periodicidade, tipos de análises de desempenho e indicadores utilizados pelos hospitais privados
- Figura 26 – Tipos de investimentos realizados pelos hospitais, nos últimos cinco anos
- Figura 27 – Tipo de pessoa jurídica (%) e os tipos de análises utilizadas para suporte a tomadas de decisão de investimentos (%) no Brasil e Canadá
- Figura 28 – Formação do gestor hospitalar e os tipos de análises realizadas para suporte a tomadas de decisão de investimento
- Figura 29 – Faixa etária dos gestores *versus* tipos de análises para tomadas de decisão de investimento
- Figura 30 – Dimensão do hospital *versus* tipos de investimentos realizados
- Figura 31 – Formação do gestor hospitalar, na opinião dos respondentes

Lista de Tabelas

- Tabela 1 – Principal método de pagamento para internamento hospitalar no Brasil e Canadá
- Tabela 2 – Principais métodos e contribuições para análise de desempenho
- Tabela 3 – Gastos em Saúde no Brasil e Canadá
- Tabela 4 – Características dos hospitais, estabelecidas para a coleta de dados, etapa quantitativa da investigação
- Tabela 5 – Revistas com os maiores fatores de impacto e quantitativo de artigos
- Tabela 6 – Artigos mais citados
- Tabela 7 – Meta-análise Prisma aplicada ao estudo, adaptado de Liberati et al. (2009)
- Tabela 8 – Resumo dos artigos de acordo com a categoria do meio envolvente e autores conforme ano de publicação
- Tabela 9 – Número de coocorrência das palavras-chave e força de ligação (VOSviewer)
- Tabela 10 – Síntese dos autores/ano envolvidos no atributo “qualidade dos cuidados em Saúde”
- Tabela 11 – Síntese dos autores/ano envolvidos no atributo “responsabilidade social corporativa em Saúde”
- Tabela 12 – Síntese dos autores/ano envolvidos no atributo “gestão de riscos em Saúde”
- Tabela 13 – Síntese dos autores/ano envolvidos no atributo “governança global na Saúde”
- Tabela 14 – Características dos hospitais em estudo e perfil dos gestores
- Tabela 15 – Citações qualitativas de gestores sobre a percepção de governança
- Tabela 16 – Citações qualitativas dos gestores sobre investimento
- Tabela 17 – Citações qualitativas dos gestores sobre análises de desempenho para tomada de decisão de investimento
- Tabela 18 – Caracterização dos hospitais privados no Brasil e Canadá
- Tabela 19 – Análise do quadro de pessoal quanto ao número de empregados e dimensão dos hospitais
- Tabela 20 – Características desejáveis e o perfil para o gestor hospitalar, na opinião dos respondente
- Tabela 21 – Estrutura de capital e tipos de análises antes da decisão de investimento
- Tabela 22 – Métodos de custeamento utilizados e práticas para a gestão de risco
- Tabela 23 – Tipo de pessoa jurídica e a periodicidade da análise de desempenho realizadas nos hospitais em estudo
- Tabela 24 – Dimensão do hospital *versus* tipos de análises para decisão de investimento
- Tabela 25 – Complexidade hospitalar *versus* tipos de investimentos realizados
- Tabela 26 – Complexidade hospitalar *versus* tipos de análises para tomadas de decisão de investimento

Lista de Acrónimos

ABC	<i>Activity Based Costing</i>
AE	Administração Estratégica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ATS	Avaliação das Tecnologias de Saúde
AD	Avaliação de Desempenho
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
BI	<i>Business Intelligence</i>
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CHC	<i>Canadian Health Care</i>
CIHI	<i>Canadian Institute for Health Information</i>
CEOs	<i>Chief Executive Officers</i>
PDCA	Cycle PLAN - DO - CHECK - ACT
CE	Comissão Europeia
CGP	Comitê Gestor da Parceria Público-Privada
DataSUS	Departamento de Informática do Serviço Único de Saúde
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
GBR	Diretor no Brasil
GCAN	Diretor no Canadá
GDHs	Grupos de Diagnósticos Homogêneos
DC	Doenças Crônicas
ERM	<i>Enterprise Risk Management</i>
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia Saúde da Família
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
GRC	<i>Governance, Risk and Compliance</i>
HFA	<i>Health for All</i>
HSC	<i>Health Services Circular</i>
HD	Hospital Dia
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
I&D	Inovação e Desenvolvimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHF	<i>International Hospital Federation</i>
LSS	<i>Lean Six Sigma</i>
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>

OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
OCDE	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PPP	Parcerias Público-Privadas
PB	Período de <i>Payback</i>
PDH	Plano de Desenvolvimento Hospitalar
PIB	Produto Interno Bruto
PHAC	<i>Public Health Agency of Canada</i>
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
RCPSC	<i>Royal College of Physicians and Surgeons of Canada</i>
SEC	<i>Securities and Exchange Commission</i>
SADT	Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapêutico
SIPAC	Sistema Integrado de Patrimônio, Administração e Contratos
SUS	Sistema Único de Saúde
TIR	Taxa Interna de Retorno
TMA	Taxa Mínima de Atratividade
RSC	Responsabilidade Social Corporativa
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VPL	Valor Presente Líquido
VBM	<i>Value Based Management</i>
WSICP	<i>Western Sydney Integrated Care Program</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

1 Introdução

1.1 Motivação e Justificativa

O ambiente competitivo onde hoje se inserem as empresas demonstra a necessidade de reconhecimento dos valores intangíveis, bem como dos riscos representados por estes (Longo, 2012). Quando da decisão por um investimento, verifica-se que uma eficaz gestão do risco pode aumentar a solidez e novas oportunidades (Dalla Valle & Giudici, 2008). Processos, política e estruturas são elementos fundamentais para o conhecimento do nível empresarial de todos os riscos que podem expor uma organização como resultado de uma má gestão de alguns ativos intangíveis (Longo, 2012). As decisões de investimento envolvem todo o processo de identificação, avaliação e seleção das alternativas de aplicações de recursos, conforme identificadas nos Ativos. Além disso, envolvem a definição da natureza dos fundos aplicados e que está relacionada com as fontes de capital demandadas pelas decisões de investimento. Com relação a este assunto, Modigliani & Miller (1958) demonstram que a empresa não se valoriza pelo uso, mesmo que bastante sensato, de capital de terceiros. Não existe, de facto, uma combinação econômica ótima em termos de maximização do valor da empresa, entre capitais próprios e de terceiros, sendo a empresa avaliada prioritariamente com base na qualidade de suas decisões de investimento.

No setor da saúde evidencia-se uma estreita relação entre os ressarcimentos e os gastos da prestação dos serviços médico e hospitalares que representa uma das medidas de risco do setor. Hospitais privados, muitas vezes, mantêm contratos de prestação de serviços com seguradoras, planos de saúde privados e até mesmo com o setor público (parcerias público-privado), onde a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da instituição hospitalar privada torna-se maior conforme a sustentabilidade financeira dependa da relação entre os gastos e os valores recebidos pelo hospital. Conhecer os custos dos hospitais privados e sua gestão financeira são elementos fundamentais para a análise de investimentos como suporte a tomada de decisão de investimentos, tanto para a qualidade dos serviços prestados como para uma eficiente alocação de recursos. Para Martins (2001), a administração financeira apresenta técnicas capazes de otimizar as decisões de investimento e financiamento de curto e longo prazo nas instituições de saúde. Segundo o autor (Martins, 2001), a base em problemas de revisão e autoavaliação, o impacto das operações do hospital em seu patrimônio líquido, a determinação e a análise dos custos da produção médica para comparação com respectivos preços de vendas, as técnicas de administração de investimento e financiamento, enfatizam, por exemplo, a administração dos estoques, a administração de contas a receber e a administração do ciclo de caixa dos hospitais. Desta forma, visa a redução das necessidades de financiamentos externos de curto prazo, ampliando, neste sentido o contexto da governação da organização. O conceito de governação em saúde está mais voltado, historicamente, para as questões relativas à prática clínica (governança clínica) e para as questões estabelecidas nas relações entre os órgãos de governo das organizações (governança integrada e governança hospitalar) alojando, adotando e adaptando princípios da governação empresarial. Decisões de investimento em hospitais

são afetadas principalmente pelo sistema de saúde, pelo contexto socioeconômico e cultural e pela missão da organização (Wernz & Zhang, 2014). Variações nas decisões e processos de decisão resultam de diferenças na estrutura organizacional, estilo de liderança e dados epidemiológicos. Diversos autores (Oliver, 1992; DiMaggio & Powell, 1991) abordam que o comportamento organizacional é influenciado por fatores funcionais (foco estratégico dos hospitais e as forças de mercado), políticos (características do sistema de saúde, regulamentos e políticas de um país) e sociais (normas sociais) e que interferem nas decisões de investimento. De acordo com Hansson (1994), a teoria da decisão normativa aborda como as decisões devem ser tomadas. Também refere como um indivíduo racional deverá agir para decidir, em certas condições, precisamente definidas, envolvendo escolha de ações ou alternativas. A teoria descritiva alude como decisões são realmente feitas (Hansson, 1994) e propõe-se a descrever como um indivíduo realmente se comporta ou, durante o tempo, como irá se comportar em situações que, supostamente, poderão ser descritas de maneira suficientemente precisas.

De uma perspectiva normativa, os objetivos de decisão devem ser derivados da missão da organização, tais como liderança, lucratividade e valor para o utente (Greenberg et al., 2005). Na teoria da decisão normativa, as abordagens de otimização matemática são usadas para identificar as melhores alternativas, por exemplo, programação de metas (Keown e Martin 1976), avaliação econômica (Birch & Gafni 1992). A teoria da decisão prescritiva alavanca abordagens normativas para ajudar os tomadores de decisão a tomar melhores decisões, reconhecendo as limitações dos modelos matemáticos, mas também as idiosincrasias dos processos humanos e organizacionais (Wernz et al., 2013).

Este estudo focaliza o Brasil por possuir descentralização incompleta no que tange a gestão de recursos de saúde, centrados no âmbito federal e com participação das esferas estaduais e municipais, com coexistência de serviços de saúde públicos e privados. O Canadá, por sua vez, foi o país escolhido para comparação com o Brasil devido ao fato de possuir gestão dos recursos de saúde completamente descentralizada, tendo as províncias e territórios a responsabilidade da gestão. Ao governo federal canadense cabe o papel de fixar e administrar os princípios e as normas nacionais do sistema de saúde, o financiamento da assistência provincial por meio de transferências fiscais e a prestação direta de serviços de saúde. A gestão e a prestação de serviços de saúde cabem, individualmente, a cada província ou território que planejam os investimentos e as prioridades para os serviços de saúde, financiam e alocam os recursos entre as regiões provinciais, concedem licenças, cadastram e pagam os profissionais médicos, destinam recursos orçamentários globais para os hospitais, controlam os custos e avaliam a prestação da assistência médica, de outros serviços correlatos e certos aspetos do fornecimento de medicamentos e da saúde pública. A ideia predominante nas decisões de regionalização da saúde é centrada na obtenção de resultados positivos do ponto de vista da produtividade e da eficiência devido ao fato de levar a maior responsabilização e competitividade. Os serviços mais próximos respondem melhor às reais necessidades da população. Com o objetivo de facilitar a identificação e a visualização entre os modelos de atenção à saúde do Brasil e do Canadá, alguns parâmetros devem ser considerados, tais como os princípios do sistema

de saúde, a organização do sistema de saúde e a relação público-privado de forma a permitir a verificação das principais semelhanças, discrepâncias e influências na estruturação dos serviços de saúde.

No Brasil, o Departamento de Informática do Serviço Único de Saúde (DataSUS, 2019) elencou que, dos 5.099 hospitais registrados no país, 63,67% são privados (3.247 hospitais) e correspondem a 63,55% (260.695) das camas disponíveis, sendo a densidade de camas por 1.000 habitantes, em 2019, 1,95 cama¹. O *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) (2018) informa haver 1.417 hospitais distribuídos pelas províncias e territórios canadenses, sendo 3 camas hospitalares per capita (camas/ 1.000 habitantes), num total de 71.412 camas em 2017-2018 (CIHI, 2018). Embora não exista uma recomendação oficial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, globalmente, uma média de 3,2 camas por 1.000 habitantes seja a ideal.

Em relação ao Brasil, poder-se-ia pensar que as semelhanças que o país tem com o Canadá, como grande extensão territorial e o mesmo sistema Econômico – capitalismo –, poderiam ter influência decisiva sobre a organização dos serviços, pelos efeitos gerados na acessibilidade geográfica aos serviços e no financiamento, por exemplo (Santos & Melo, 2018). Entretanto, há de se considerar, além da extensão territorial, que a população é distinta em ambos países. A população do Brasil é quase seis vezes maior do que a do Canadá, esta realidade é expressiva quando se trata de investimentos, recursos, acesso e políticas públicas em saúde. À medida que o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vai recuando (mesmo não sendo posto em causa o seu carácter universal), por insuficiência de recursos face a crescentes necessidades e expectativas populacionais, é natural que o setor privado vá ganhando uma importância maior, quer em termos de número de atendimentos, quer de diversidade de produtos e serviços ofertados, ou agilidade nos atendimentos. Este crescimento acaba por aliviar os encargos do SUS, pois alguns grupos da população, embora continuem a contribuir com o SUS, tendem a recorrer ao serviço público com menor assiduidade. Diferentemente do que ocorre em países com sistemas de saúde similares, universais e públicos, o Brasil possui uma menor participação do gasto público em saúde e, o gasto com saúde privada, é relevante no orçamento familiar (Figueiredo et al., 2018). Os hospitais canadenses também são privados, geridos por fundações, associações ou estruturas semelhantes, e igualmente prestam serviços a toda a população, sendo remunerados pelo governo provincial. A principal origem dos recursos é provincial, com importante parcela (mas decrescente) vinda do Governo Federal (CIHI, 2018).

¹ Valor inferior ao preconizado pela Portaria GM/MS nº 1101/2002, vigente até outubro de 2015, com parâmetros de camas hospitalares totais, de 2,5 a 3,0 camas/1000 habitantes. A partir da Portaria nº 1631, de 1º de outubro de 2015, passou a vigorar o documento Critérios e parâmetros para o planeamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS”, que substituiu o parâmetro anterior por uma fórmula de cálculo a ser aplicada por cada especialidade de cama e que combina múltiplas variáveis.

Neste contexto, em função do crescente número de hospitais privados brasileiros e da representatividade dos hospitais privados canadenses, se observa uma oportunidade de investigação referente as necessidades de investimento, avaliação de desempenho organizacional e os processos decisórios sobre investimento, tais como ampliações nas estruturas hospitalares, instalação de novos serviços, aquisição de máquinas e equipamentos (novos e/ ou para reposição), investimentos em inovação e desenvolvimento (I&D).

Tais investimentos auxiliam na manutenção da qualidade de atendimento, levando-se em consideração que estes devem ser norteados por estudos que busquem minimizar risco e incerteza de investimento, por meio de técnicas de análise metodológica acadêmica e cientificamente reconhecidos.

Analisar a gestão no âmbito hospitalar privado é de fundamental importância para a manutenção do equilíbrio financeiro das instituições prestadoras de serviços de saúde e, até onde se tem conhecimento, poucos estudos têm abordado esta temática. Integrar estudos envolvendo custeamento, análise de desempenho e risco na gestão financeira possibilita uma abordagem de equilíbrio inovadora neste setor o que permite elencar indicadores diretos, análises que tendem a minimizar efeitos negativos dessa relação. Espera-se com este estudo tornar mais claro e dar maior qualidade ao processo de tomada de decisão em investimento hospitalares privados em função do atual cenário de expansão e maior competitividade do setor, além de contribuir com o arcabouço teórico analisando a tomada de decisão em investimentos, por parte dos gestores na área hospitalar, comparando Brasil com o Canadá. Desta forma, a questão central de investigação é:

“Na tomada de decisões de investimento, os gestores dos hospitais privados brasileiros e canadenses decidem por projeto de investimento sob a ótica da análise de desempenho, como suporte à decisão?”

1.2 Objetivos da Investigação

O propósito deste estudo, de modo geral, é o de realizar uma análise do processo de tomada de decisão de investimento, tais como os de ampliação das estruturas, aquisição de novas tecnologias, implantação de novos serviços, investimento em I&D de instituições hospitalares privadas de saúde do Brasil e Canadá e verificar quais são as análises de desempenho realizadas como suporte para tomada de decisão de investimento.

1.2.1 Objetivos Específicos Qualitativos

Pautado em uma revisão sistemática da literatura (RSL) e estudos de caso, pretende-se:

RSL:

- Explorar as diferentes formas de governação corporativa no setor saúde, como elas se interagem e, se as mesmas, influenciam na regulação e formação de políticas, bem como na qualidade da assistência fornecida aos utentes com uso do *software* VOSViewer e por intermédio da meta-análise Prisma (Liberati et al., 2009);
- Desenvolver um modelo conceitual, enfatizando os principais atributos que influenciam a governação nos níveis macro, meso e micro do meio envolvente na área da saúde.

Estudos de caso:

- Realizar dois estudos de caso, Brasil e Canadá, com o objetivo de verificar os principais temas identificados, relacionados com a governação em saúde, por meio de análise de conteúdo, com o uso do *software* NVivo 11;
- A partir das análises qualitativas realizadas, propor um modelo que integre o envolvimento e as competências dos gestores hospitalares de instituições privadas no Brasil e no Canadá, para identificar os fatores específicos que influenciam a tomada de decisão sobre investimento;
- Verificar quais são as características dos hospitais, perfil e competências dos gestores;
- Conhecer quais são as perceções dos gestores quanto as diferentes formas de governação em saúde;
- Verificar como são identificadas as oportunidades de investimentos, limitações e os tipos de investimentos realizados nos hospitais;
- Verificar quais as principais análises de desempenho realizadas para tomadas de decisão de investimentos.

1.2.2 Objetivos Específicos Quantitativos

Para as análises quantitativas foi elaborado um questionário, estruturado a partir dos resultados das análises qualitativas (RSL e estudos de caso). O questionário foi encaminhado aos hospitais privados do Brasil e Canadá, após validação por estudo piloto. O *SPSS Statistic* foi utilizado para análises descritivas. Os objetivos, nesta fase, são:

- Identificar e classificar as instituições hospitalares, públicas e privadas, brasileiras (segundo os dados do Departamento de Informática do Serviço Único de Saúde - DataSUS) e canadenses (pelo Instituto Canadense de Informação em Saúde - CIHI) de acordo com a dimensão e a complexidade dos atendimentos;
- Estabelecer critérios para seleção da amostra a ser estudada;
- Identificar o perfil dos gestores dos hospitais privados;
- Verificar quais são as análises de desempenho realizadas como apoio a tomadas de decisão de investimento;
- Verificar como está formada a estrutura de capital e quais os investimentos realizados nos últimos cinco anos por estes hospitais;
- Visualizar quais os métodos de custeamento utilizados e as práticas empregadas para gestão de risco de investimento e análise de desempenho hospitalar;

- Realizar cruzamentos dos dados obtidos entre os hospitais do Brasil e do Canadá e averiguar possíveis diferenças e semelhanças;
- Saber, na opinião dos respondentes, se a formação do gestor hospitalar deve ter origem na Medicina.

1.3 Estrutura Global da Tese

A estrutura desta tese assenta em quatro partes distintas: na primeira parte, procura-se delinear a fundamentação teórica do problema a estudar; na segunda parte pretende-se, com o recurso a Revisão da Literatura, verificar revisão sistemática da literatura, analisar as diferentes formas de governação corporativa no setor saúde e elaborar um modelo conceitual que exponha os principais atributos que influenciam a governação nos níveis macro, meso e micro do meio envolvente; por meio de dois estudos de caso, a parte três, com o uso do NVivo 11 e análise de conteúdo, visa indicar um modelo que agregue o envolvimento e as competências dos gestores hospitalares de instituições privadas no Brasil e no Canadá, para identificar os fatores específicos que influenciam a tomada de decisão sobre investimento, que serve de base para a quarta parte, um estudo empírico, expor e inferir a realidade sobre o perfil de gestão e o processo de análise de desempenho para auxílio na tomada de decisão de investimento hospitalar.

Na primeira parte da investigação, apresenta-se um primeiro capítulo designado por **Introdução**. Este capítulo inicia-se com o subcapítulo *Motivação e Justificativa* que tem como propósito, em linhas gerais, evidenciar a importância do adequado uso dos recursos para a manutenção do equilíbrio económico-financeiro da instituição hospitalar privada a partir do perfil dos gestores e dos processos decisórios sobre investimento. Sucede-se o subcapítulo *Objetivos de Investigação*, onde se apresentam de uma forma sumária os objetivos do presente estudo, divididos em duas fases: qualitativa e quantitativa. Por último, apresenta-se o subcapítulo designado por *Estrutura Global da Tese* que retrata, de uma forma geral, a estrutura que dá corpo à investigação.

Em seguida, é exposto o capítulo designado por **Revisão da Literatura**, com o propósito de delinear as principais teorias e conceitos considerados na presente investigação, para enquadramento teórico do problema.

A terceira parte da tese, inicia-se com o capítulo intitulado **Metodologia da Investigação**. Neste capítulo, procede-se à formulação do objetivo geral e dos objetivos específicos qualitativos e quantitativos. Além disso, apresenta-se a metodologia de investigação, onde se estabelece que o tratamento da informação se baseia na meta-análise Prisma (Liberati et al., 2009) e *software* VOSviewer, para a RSL e, no *software* NVivo 11, para análises de dados qualitativos oriundos das entrevistas. As técnicas estatísticas descritivas são utilizadas para dados quantitativos, originários dos respondentes do questionário.

No capítulo intitulado **Resultados e Discussão**, apresenta-se a informação recolhida, após o uso do NVivo 11, meta-análise Prisma (Liberati et al., 2009) e tratamento estatístico. Assim, numa

primeira parte deste capítulo, procede-se com os estudos qualitativos (RSL e resultados das entrevistas com gestores de hospitais privados brasileiros e canadenses) seguido por estudo empírico, com base nos dados obtidos e uso de técnicas estatísticas descritivas.

O capítulo da tese designado por **Conclusões, Implicações Práticas, Limitações e Sugestões para Futuras Investigações**, consubstancia o contributo da presente investigação para o atual estado do conhecimento no domínio das análises de desempenho de hospitais privados realizadas como suporte a tomadas de decisão de investimentos, considerando o perfil dos gestores brasileiros e canadenses e termina com a apresentação de consequências práticas e sugestões para investigações futuras nesta matéria. A Figura 1 apresenta o esboço do enquadramento teórico da tese.

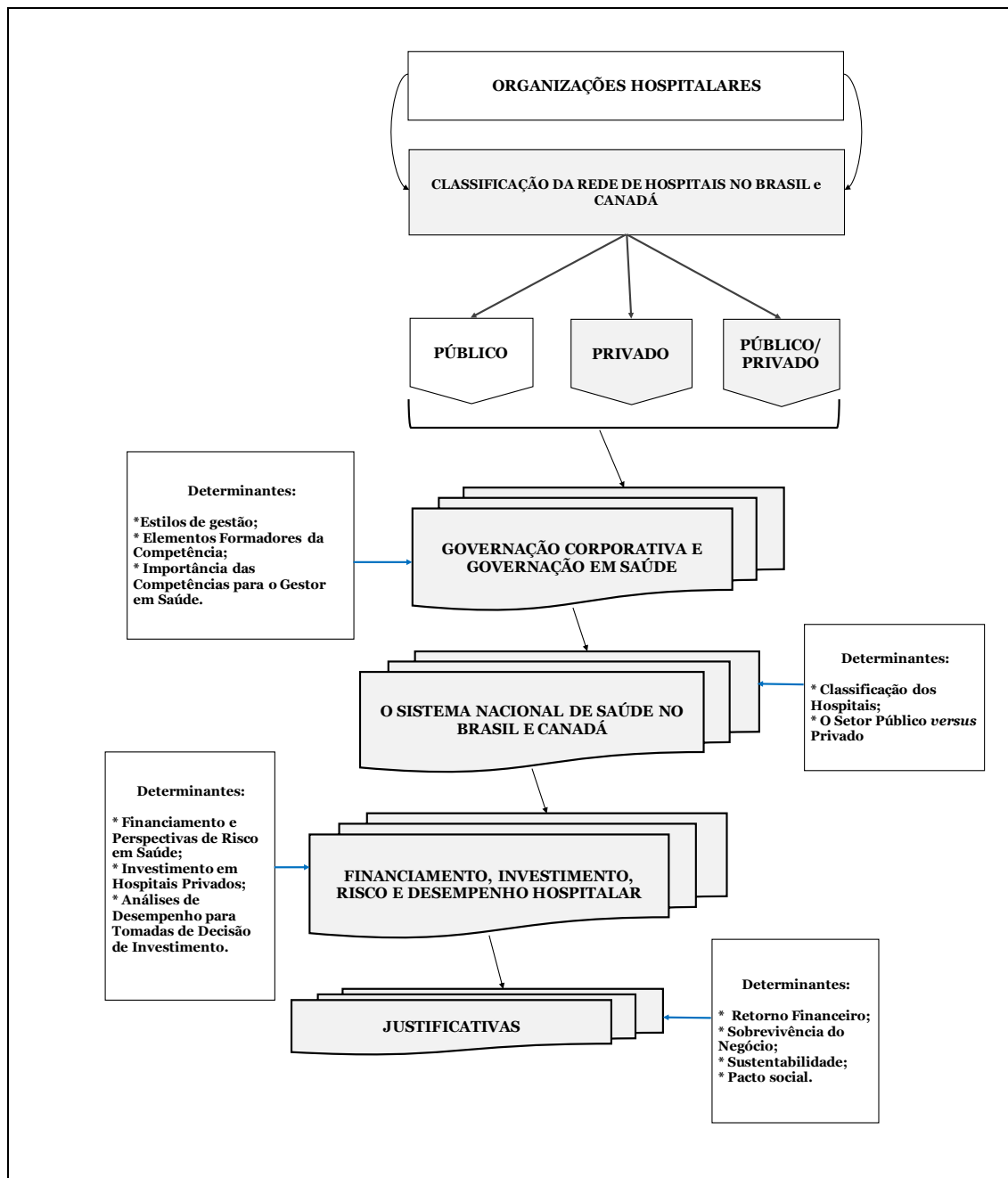


Figura 1: Enquadramento teórico da Tese

2 Revisão da Literatura

2.1 Governança Corporativa e Governança em Saúde

Grinblatt & Titmann (1998) definem governança corporativa como um arquétipo de relacionamento de poder entre os vários interesses e personagens envolvidos com o controle das organizações. Para Diniz (2000) governança pode ser definida como a capacidade do governo de tomar e executar decisões, garantindo seu efetivo acatamento pelos segmentos afetados.

Em grandes corporações o objetivo principal da governação corporativa é o de assegurar o alinhamento entre os interesses dos gestores aos dos proprietários, de forma a produzir vantagem competitiva para a organização (Mitchell et al., 1997). Com a divisão estabelecida entre propriedade e gestão é exequível identificar uma série de evidências de disfunções decorrentes da situação de agenciamento do processo de poder organizacional (Tosi & Gomez-Mejia, 1997), tais como a concentração de decisões no principal executivo, ações que favoreçam o interesse organizacional de curto prazo em detrimento de ações de longo prazo que propiciem maior retorno aos acionistas, laços mais acanhados entre os altos executivos e os empregados, consumidores e fornecedores.

Kirat (2015) aborda sobre críticas elencadas em relação a habitual composição dos conselhos de administração nos Estados Unidos da América (EUA) devido ao fato dessas instâncias serem passíveis de controle pelo corpo gerencial interno da instituição e sugere um gradativo aumento da participação de elementos externos nos conselhos de empresas americanas. Com esta postura se torna possível a construção de um modelo de interposição que reduza a ênfase dada aos papéis executivos (Kirat, 2015). Exemplificando, os empregados na Alemanha dispõem de dispositivos legais que possibilitam a participação do processo de gestão corporativa, enquanto no Japão o acesso ao controle empresarial é inexistente como mecanismo de interferência (Johnston, 1995).

O controle e o gerenciamento das empresas são delineados pelos seus fundadores ou sucessores. À medida que estas crescem e se tornam mais complexas, observa-se uma tendência de separação da propriedade das funções de gestão das instituições. Empresas de grande porte, com capital aberto, possuem uma acentuada dispersão da propriedade por agentes que se distanciam da atividade de gerenciamento da operação, com o aparecimento de conflitos de interesse entre o corpo proprietário e a alta administração da empresa (Jensem & Meckling, 1976). Para Fontes (2018) estudos têm se concentrado nas possibilidades teórico-metodológicas da análise das redes sociais para a pesquisa das políticas empresariais. Definido a partir da articulação complexa entre os *stakeholders*, o fenômeno das redes sociais tem uma característica relacional, diferente daquela vista nas análises tradicionais, onde as características dos atributos dos *stakeholders* são ingredientes essenciais para sua compreensão. Além disso, sabe-se que as redes são flexíveis e o estudo de sua dinâmica assume características próximas a modelos de sistemas complexos. A imprevisibilidade ou não-linearidade de seu comportamento representa desafios substanciais para pesquisadores.

O termo Governação Corporativa ou o movimento pela governação corporativa passa a despontar no cenário mundial a partir do início da década de 80 nos EUA, como consequência dos abusos de alguns dirigentes de empresas (Carlsson, 2001). O significado da expressão “Governação Corporativa” visa conceituar como um sistema, pelo qual os acionistas de uma empresa “governam”, ou seja, tomam conta de sua empresa (Steinberg, 2003; MacVane Phipps, 2020). Outras definições emergem na literatura, tais como, de caráter normativo e diz serem “arranjos institucionais que regem as relações entre acionistas (ou outros grupos) e as administrações das empresas” (Lethridge, 1997, p. 210) ou, o conjunto de práticas que tem por objetivo melhorar o desempenho de uma instituição, protegendo todos os *stakeholders*, tais como investidores, empregados e credores, facilitando o acesso ao capital,

como definido pela *Securities and Exchange Commission* (SEC, 2002). Desde então, variadas definições vêm sendo empregues para conceituar Governança Corporativa, muitas com visão de foco mais econômico e, na atualidade, com foco na sustentabilidade e responsabilidade social.

Neumann e Sending (2007) definem governação global como sendo um complexo de instituições, mecanismos, relacionamentos e processos formais e informais entre estados, mercados, cidadãos e organizações, intergovernamentais e não governamentais, através dos quais os interesses coletivos no plano global são articulados, direitos e obrigações são estabelecidos e as diferenças são mediadas. A governação global em saúde é distinta e é definida por Fidler (2010) como o uso de instituições, regras e processos formais e informais pelos estados, instituições intergovernamentais e atores não estatais para lidar, de maneira eficaz, com os desafios à saúde que exigem ação coletiva transfronteiriça.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998a) considera que uma definição mais abrangente e mais específica deve ser colocada quando se discute no contexto da saúde. Para tal, aprecia a definição apresentada no documento “*Health for All (HFA) in the 21st Century*” como o sistema através do qual uma sociedade organiza e gere os assuntos dos diversos setores e parceiros de forma a atingir os seus objetivos. Para tal, a boa governação para a saúde deve permitir a participação de todos os preocupados com a formulação e o desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde equitativos e sustentáveis. Envolve o apoio e o desenvolvimento de instituições, grupos ou indivíduos mais indicados para a efetiva administração, consulta e fornecimento de serviços. A boa governação coloca os utilizadores, mais do que os prestadores de cuidados, no centro dos sistemas de saúde. Definida desta forma, a governação envolve um conjunto alargado e diversificado de atores como, por exemplo, governo, setor privado, organizações não governamentais, sociedade civil, utilizadores dos serviços de saúde, e prestadores.

As reformas implementadas (OMS, 2002) e o desenvolvimento dos sistemas de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS, 2003) têm sido influenciados pela questão da governação em saúde. As organizações prestadoras de cuidados de saúde têm utilizado o conceito de governação de forma recorrente, embora o termo esteja mais orientado para as questões relativas à prática clínica (governação clínica) e para as questões estabelecidas nas relações entre os órgãos de governo das organizações (governação integrada e governação hospitalar) recolhendo, adotando e adaptando princípios da governação empresarial.

A nível global, a OMS (1998b) emite o documento “*Good Governance for Health, do Department of Health Systems*”, que discute a crise dos sistemas de saúde, os problemas ao nível das comunidades e da (má) governação onde as causas apontadas para a crise relacionam-se com recursos inadequados (humanos, técnicos e financeiros) (Lisk & Šehović, 2020; McKinney & Aguilar, 2020), dificuldades de acesso e iniquidade por alguns serviços de saúde, descontentamento com os serviços e prestadores de cuidados de saúde (Chun & Nam, 2020; Malakoane et al., 2020) e o gradual decréscimo da capacidade do setor público expressa em quantidade (serviços e cuidados de saúde), qualidade e

reposta às necessidades das populações (Reddy et al., 2020; Diaconu et al., 2020; Jones, Clavier & Potvin, 2020).

Tyler & Biggs (2001) abordam aspectos da governação corporativa em instituições de saúde e identificam comportamentos singulares, bem como um desenho funcional que possibilita identificar as características que mais robustecem a obtenção de resultados positivos pelas instituições hospitalares nos EUA e divide tais particularidades em relação aos presidentes de conselhos (maior disponibilidade para o trabalho junto ao grupo, assertividade decisória e a predisposição para a ação, e busca de objetivos estratégicos de forma direta, e responsável) e seus membros (predisposição para o trabalho, estabelecimento de políticas e diretrizes, ações para a correção dos desvios de metas) e aos executivos principais (habilidade de compreender as suscetibilidades individuais dos membros do conselho, transparência na comunicação, capacidade de educação contínua dos representantes do conselho quanto a operação, papéis e possibilidades, capacidade de correr riscos calculados).

Neste contexto, a governação em saúde surge como um novo paradigma para resolver os problemas dos sistemas de saúde e assume um papel cada vez mais influente no desenvolvimento dos sistemas de saúde (Sakellarides, 2003; Shephard et al., 2019). A abordagem de governação em saúde inclui por um lado a interação entre os diferentes atores da sociedade (Estado, sociedade civil e setores público e privado) (Gordon et al., 2020) e, por outro lado, a mudança do papel do governo dentro dos ambientes sociais (Fleet et al., 2017). A governação pode situar-se a vários níveis ambientais (do macro ao micro) tais como a nível local, nacional, regional, internacional ou a nível global, podendo ainda ser pública, privada ou uma combinação das duas. A governação em saúde estende-se às organizações, como a título de exemplo, os hospitais onde os conceitos de governação clínica centram-se nas práticas clínicas e a governação integrada e hospitalar, por sua vez, centram-se nas relações e nos equilíbrios estabelecidos entre os órgãos de governo da instituição (Iriyandy et al., 2018).

A governação integrada é explicada como o conjunto de sistemas e processos através dos quais as organizações de saúde orientam, dirigem e verificam as suas funções de modo a atingir os objetivos organizacionais, segurança e qualidade dos serviços (Degeling, 2006; Kennedy et al., 2017; Zhu et al., 2019). Os órgãos de administração voltam suas decisões ao envolvimento dos cidadãos e dos doentes devendo estas serem tomadas à luz do seu impacto global na comunidade (Deighan e Bullivant, 2006; Helmers & Harper, 2019). Esta aproximação visa associar os princípios da boa governação em saúde com os princípios da governação empresarial e da governação clínica.

Quanto a governação hospitalar, é preciso ter em mente que o hospital é uma organização complexa e peculiar, que faz uso ativo de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento e desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserida, relacionado com o tipo específico de bem que produz — prestação de cuidados de saúde (De Pourcq et al., 2018). A governação hospitalar refere ao conjunto complexo de verificações e equilíbrios que determinam a tomada de decisão dos órgãos de governo do hospital para conduzir o funcionamento global e o desempenho efetivo por meio da definição da sua missão, da fixação de objetivos e do suporte a nível operacional (Eeckloo et al., 2004;

Moll, Decavel & Merlet 2009) permitindo um acesso integrado de suporte e monitorização de todas as atividades do hospital, incluindo o desempenho clínico (Torres et al., 2018).

A governação clínica foi introduzida pela primeira vez em 1997 no *National Health Service* (NHS) no Reino Unido, traduzindo uma estratégia de modernização e de melhoria da qualidade do sistema de saúde (HSC, 1999). Baseia-se no Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) que se guia pelos princípios da Qualidade Total e que constitui um marco de referência para estruturar, avaliar e melhorar a qualidade das organizações (Roland & Backer, 1999; Allen, 2000; Degeling, 2006; Jiang et al., 2012; Gualtieri et al., 2020; Uddin, Mori & Shahadat, 2020) onde destacam-se os princípios fundamentais da excelência: orientação para os resultados, orientação para o cliente, liderança e coerência dos objetivos, gestão de processos e atividades, desenvolvimento e envolvimento dos colaboradores, aprendizagem, inovação e melhoria contínua, desenvolvimento de parcerias e responsabilidade social (Smits & Champagne, 2020; Chen et al., 2020). A grande contribuição do modelo da governação clínica foi trazer a decisão clínica para o contexto gerencial e organizacional (Spigelman & Rendalls, 2015; Price et al., 2020).

A eficácia da governação corporativa dos hospitais pode afetar a estabilidade fiscal do sistema de saúde e, indiretamente, a política de saúde para todo o país (Pirozek et al., 2015; Iriyandy et al., 2018). De acordo com a *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OCDE), as abordagens baseadas em risco buscam apenas limitar aqueles que excedem níveis aceitáveis de risco, conforme determinado por meio de avaliações formais de probabilidade e consequências (OCDE, 2010). Para esse fim, princípios e instrumentos de políticas baseados em risco podem ser usados para focar não apenas os objetivos da regulamentação, mas também as práticas de inspeção e aplicação relacionadas, nos riscos de maior prioridade (Demeritt et al., 2015; Rossi, Nerino & Capasso, 2015).

Discutindo os predicados de uma abordagem de governação integrada (clínica e corporativa) e sua contribuição para aprimorar a prestação de serviços de saúde, Delaney (2015) verifica uma maior compreensão das estratégias de saúde e objetivos organizacionais e a disseminação deles por toda a organização. A definição de risco aqui verificada, é ampla e observada em diferentes contextos, tais como os comportamentais e éticos (Kesselheim et al., 2015; Mais & Sari, 2015; Hasan et al., 2016), risco na qualidade da fonte de coleta de dados e informações gerenciais (McNulty & Akhigbe, 2015; Aragón & Iturrioz Landart, 2016) para manutenção de um bom controle interno, risco clínico associado à segurança do utente (Sendlhofer et al., 2015; Van Schalkwyk & Steenkamp, 2015; Ho et al., 2017), risco de implantação de más políticas regulatórias que impactem em benefícios duvidosos para a sociedade (Cumming et al., 2016; Vainieri et al., 2016), que afetem o desempenho financeiro das instituições (Kuntz et al., 2016; Ngo et al., 2016; Stathopoulos & Voulgaris, 2016; Ch & Jola, 2017) e a volatilidade do retorno das ações das empresas (Jizi & Nehme, 2017), bem como riscos associados a tomada de decisões organizacionais sobre investimentos e custo da agência devido a detenção de informação (Ouyang & Hilsenrath, 2017; Shan et al., 2018; Thaiyalnayaki & Divakara, 2018; Hsu et al., 2019).

Em contraponto, esforços multidirecionados têm sido feitos com o objetivo de minimizar esses riscos por meio de controles internos organizacionais mais rígidos e precisos (Ames et al., 2018; Thompson, 2018), instituindo comitês ou auditores internos que atuem no gerenciamento dos riscos (Mais & Sari, 2015; Aragón & Iturrioz Landart, 2016; Da Silva et al., 2018; Mustafa & Nimer, 2018; Nazir et al., 2018), implantando novas formas de regulamentação de governação para maior controle, uso do conhecimento e responsabilidade corporativa (Van Erp, 2017; Carter et al., 2019; Ishikawa et al., 2019; Lai et al., 2019) tendo em comum meios para alcançar princípios com resultados orientados a valores (Etges et al., 2019; Waring, 2019).

2.1.1 Governação Corporativa em Saúde e o Meio Ambiente

Inúmeras abordagens à governação corporativa em saúde foram seguidas por diferentes autores: qualidade da saúde (Brown, Dickinson & Kelaher, 2018; Erwin, Landry, Livingston & Dias, 2018; Berland, 2019; Kong, Shi & Yang, 2019; Kooli, 2019; Pather & Mash, 2019; Roller, 2019; Sheard, Clydesdale & Maclean, 2019), responsabilidade social corporativa (Cousins, Richter, Cordner, Brown & Diallo, 2019; Do Nascimento Ferreira Barros, Rodrigues & Panhoca, 2019; Hepworth, 2019; Lee, 2019), gestão de risco em saúde (Ames, Hines & Sankara, 2018; Da Silva Etges, Grenon, de Souza, Kliemann Neto & Felix, 2018; Carter, Meinert & Brindley, 2019) e governação global em saúde (Delany, Signal & Thomson, 2018; Brems & McCoy, 2019; Bugbee, 2019; Gonenc & Scholtens, 2019).

Diferentes setores e organizações discutem como definir e ampliar o conhecimento sobre o impacto da pesquisa na tentativa de combinar resultados económicos e sociais, como ocorre no setor saúde (Adam et al., 2018). De várias maneiras, muitos autores usam a análise do ambiente (Harper, Maden, & Dickson, 2019; Bodolica, 2019; Lim, Schoo, Lawn, & Litt, 2019; Naderi, Gholamzadeh, Zarshenas e Ebadi, 2019) como explicações ou demonstrações de consequências refletidas nas interações entre indivíduos, organizações e sociedade e o nível de análise predominante.

Bodolica (2019) analisa diversos artigos sob a ótica de aspetos relevantes para o domínio da governação corporativa e liderança que podem ser agrupados a partir de seu nível de análise predominante. Para o autor, (i) as consultas no nível macro examinam os avanços gerais na infraestrutura de governação corporativa e desenvolvimentos regulatórios, (ii) a pesquisa no nível micro concentra-se em um conjunto de estratégias e práticas bem definidas de governação e liderança que está adotado em organizações com o objetivo de elevar o desempenho da empresa e alcançar resultados e, por fim, (iii) a pesquisa no nível meso fornece umnexo viável entre os outros dois níveis, analisando a eficácia das iniciativas de governação lideradas pelo estado por meio do impacto de sua implementação em microprocessos e dinâmicas nas empresas (Bodolica, 2019).

Outros estudos classificam diferentes questões nos níveis micro, meso, exo e macro na tentativa de compreender fenómenos multidimensionais (Field et al., 2018; Harper & Dickson, 2019; Naderi et al., 2019). Os estudos realizados pelos autores, em diferentes níveis de elaboração, buscam criar conhecimentos relacionados à governação por meio de análises individuais, organizacionais, nacionais e internacionais para estimar possíveis correlações entre elas. O alinhamento e

compatibilidades de particularidades institucionais e culturais estão diretamente ligados ao sucesso na adoção de políticas de governação corporativa (Bodolica & Spraggon, 2009). A Figura 2 ilustra os diferentes níveis do ambiente, de acordo com a definição adaptada de Bodolica (2019). Os aspetos de governação corporativa, responsabilidade social e sustentabilidade intergovernamental em saúde são os meios que abrangem os níveis macro (governamental), meso (nível da empresa) e micro (nível do corpo funcional), influenciando as interações entre eles, de forma sistémica, num processo contínuo.

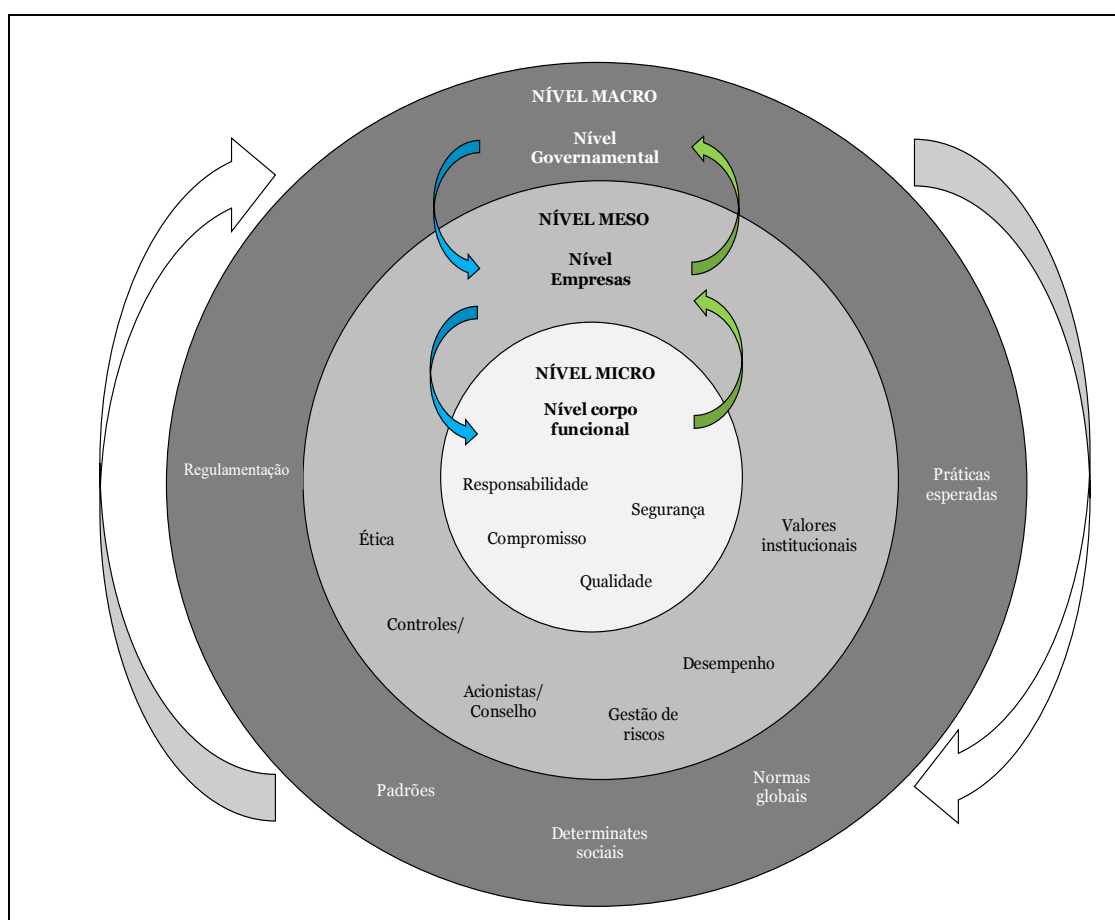


Figura 2: Governação Corporativa, responsabilidade social e a sustentabilidade intergovernamental na Saúde, adaptado de Bodolica (2019)

2.1.2 Estilos de Gestão, Elementos Formadores da Competência e a Importância das Competências para o Gestor em Saúde

Proposta por Meyer & Rowan (1977), a teoria institucional procura colocar que uma estrutura, ao se oficializar, passa a ser considerada pelos componentes do grupo social como eficaz e necessária na medida em que se determina como uma força causal de padrões estáveis de comportamento. Os hospitais são organizações complexas decorrente de uma grande gama de processos e interesses, os quais necessitam de diferentes aspectos administrativos e ferramentas de gestão (Barbosa, 2003).

Liderar, neste tipo de instituição, antevê o conhecimento técnico e envolve uma dinâmica peculiar de tomadas de decisão onde as questões geralmente estão subordinadas aos critérios definidos pelos especialistas (Mintzberg, 1983). Os hospitais apresentam uma tendência de tratar a solução de problemas onde a urgência/emergência se sobrepõe a todas as outras formas de conduta habitual. Neste contexto, é comum as instituições de saúde manterem profissionais com formação híbrida, envolvendo conhecimentos técnicos e administrativos para a função de executivo principal com o objetivo de reduzir possíveis atritos entre o corpo clínico médico e os demais profissionais de saúde (McConnel, 2002).

Em princípio, a compreensão dos mecanismos gerenciais instalados em organizações hospitalares pode ser melhor entendida utilizando o paradigma da teoria da contingência estrutural que identifica a inexistência de uma estrutura organizacional única efetiva para todas as organizações. O cerne do pensamento nesta teoria é que tarefas de baixa incerteza pedem estruturas hierarquicamente mais centralizadas, enquanto as tarefas nas quais o grau de incerteza aumenta, o controle hierárquico perde espaço para estruturas que favorecem os atores na ponta do processo produtivo (Donaldson, 1999).

Quando a complexidade interna é elevada, como é o caso dos hospitais, verifica-se sempre uma acentuada assimetria de informação entre a gestão operacional e os acionistas. A atuação de um conselho que integre peritos de diversas áreas (econômico-financeira, funcional, operacional), se adequadamente avaliado e incentivado, reduzirá os problemas dos acionistas e da gestão (Alves, 2011).

Com os novos conhecimentos acerca dos mecanismos sobre o processo de equilíbrio entre saúde e doença tem ocorrido um acentuado crescimento dos custos com a manutenção dos sistemas de saúde que passam a adquirir outras características específicas decorrentes do maior conhecimento da população sobre de suas condições, necessidades e direitos, com conseqüente pressão por melhores serviços, maior resolutividade e acessibilidade ao sistema (Picchiali, 1998). Estas transformações passam a influenciar o profissional envolvido com o gerenciamento de instituições de saúde onde novas habilidades e conhecimentos tornam-se necessários (Brown III, 2003), tais como (i) competência no gerenciamento de sistemas de informações, (ii) conhecimento da população alvo quanto a fatores sociodemográficos, comportamentais, (iii) conhecimentos acerca de administração financeira, de gestão de recursos, (iv) habilidade para reconhecimento e gerenciamento da qualidade dos serviços que sua organização oferece à comunidade e, (v) predisposição para o aprendizado e mudança.

Chanes (2006) refere que são percebidas necessidades entre os gestores de saúde de desenvolvimento de fatores como liderança, inovação, tomadas de decisão, comunicação e clareza de objetivos organizacional. Para o autor, a formação generalista do administrador pode afetar o entendimento da aplicabilidade dos conceitos a administração para este segmento causando morosidade na formação desses profissionais. A investigação conduzida por Grohmann et al. (2012) identifica que as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) percebidas como ideais ao

profissional gestor de saúde, estão mais relacionadas com o tratamento direto ao utente tais como serviços desenvolvidos, perfil epidemiológico e normas e procedimentos.

Em 2009, o Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) para o Mediterrâneo Oriental enfatizou a importância do gerenciamento e da liderança nos hospitais por constituírem uma parte importante do sistema de saúde e representam cerca de 70 a 80% dos custos com saúde. Boas práticas de gestão têm sido adotadas como uma forma de os hospitais criarem valor e melhorarem os resultados em saúde (Bloom et al., 2009). Os gerentes da área de saúde, em particular, precisam lidar com um número muito maior de desafios de difíceis de tomada de decisão e resolução de problemas que estão ligadas ao pensamento estratégico (Toygar & Akbulut, 2013a).

A compreensão dos fatores que afetam a adoção das melhores práticas de gerenciamento é fundamental para melhorar os resultados nos hospitais. Características específicas de um hospital podem afetar a qualidade das melhores práticas de gerenciamento, tais como tamanho, educação e as habilidades de seus funcionários, autonomia e capacidades das equipes de saúde, habilidades de comunicação gerencial, a hierarquia organizacional que podem orientar reformas direcionadas à assistência médica, destinadas a fornecer serviços de saúde de alta qualidade nos hospitais (Agarwal et al., 2016; Holá et al., 2020). O foco do papel do gestor continua a crescer em importância, à medida que o setor de assistência à saúde evolui e se concentra mais no gerenciamento da população (perfil epidemiológico) e nas relações com pagadores e fornecedores da comunidade (Toygar & Akbulut, 2013b; Bankston & Birmingham, 2015; Stark, 2020). Os gestores podem melhorar a eficiência, eficácia, capacidade de resposta e sustentabilidade dos serviços de saúde, quer seja público ou privado (Pillay, 2010; Kakemam & Dargahi, 2019).

Embora ocorra extensas reformas do setor da saúde em muitos países argumenta-se que os médicos conseguiram deter expressiva autonomia profissional e, portanto, controlam o uso e a alocação de recursos nos hospitais (Dent, 2003) e, por esse motivo, muitos gerentes clínicos, mesmo quando ocupam cargos de gerência administrativa, não são avaliados como estando nas vanguardas da mudança e da melhoria da qualidade necessárias para elevar o desempenho de outros médicos quando resultados e metas são impostos (Owen & Phillips, 2000; Fulop, 2012). Por outro lado, muitas são as vezes em que existe um sentimento de perda para muitos clínicos quando eles assumem cargos de gerência / liderança em tempo integral ou um sentimento de “ir para o lado obscuro” e “deixar a família profissional”, em especial quando se verifica que nos hospitais e em outras organizações de assistência à saúde percebe-se uma estrutura de poder invertida, na qual as pessoas abaixo da alta gestão geralmente têm maior influência na decisão (Ham et al., 2011, p. 117).

Estudiosos têm relatado diferentes dificuldades encontradas entre o corpo diretivo dos hospitais e os médicos; a título de exemplo, Aleksandrova et al. (2019) apresentam resultados de investigação realizada na Suécia sobre gestão de médicos que mostram que os *Chief Executive Officers* (CEOs) falam sobre "como estão os médicos", em vez de descrever seu próprio comportamento ou estratégias gerenciais ou de seus subordinados. Os autores identificaram três tipos de descrições dos médicos: possuem alto status e conhecimento; não têm conhecimento do sistema de gestão; fazem o que

querem na organização. Contudo, os CEOs raramente expõem que estratégias gerais de gerenciamento são utilizadas para gerenciar médicos. Neste cenário, torna-se relevante que os gerentes usem estilos de colaboração, comprometimento e acomodação para interagir melhor com diferentes partes interessadas, adquirindo o treinamento necessário e usando as estratégias corretas de resolução de conflitos, para que estes fiquem situados em um nível construtivo nos hospitais (Mosadeghrad & Mojibafan, 2019).

Por outro lado, os médicos estão cada vez mais assumindo posições de liderança / gerência em organizações de saúde (Carsen & Xia, 2006) e muitos líderes médicos podem possuir habilidades, qualidades ou abordagens de gerenciamento que afetam positivamente a qualidade do hospital e o valor dos cuidados prestados (Tasi et al., 2019). Os hospitais que almejam aumentar a inclusão dos médicos na melhoria do desempenho clínico e financeiro por meio da liderança médica precisam se convergir na seleção e no desenvolvimento de líderes que sejam estrategistas fortes (Huhs et al., 2019), socialmente qualificados e aceitos pelos colegas clínicos (Van de Riet et al., 2019).

A necessidade de ampliar e promover a profissionalização da gestão da saúde está refletida nos líderes das organizações que representam o governo, o setor privado, as associações de saúde e as instituições acadêmicas com o desenvolvimento de um Diretório Global de Competências, em 2013 (IHF, 2015) e representa as principais competências exigidas dos gerentes da área de saúde, independentemente da posição, configuração ou país. Cinco domínios principais foram elencados como competências globais: comunicação e gestão de relacionamentos, ambiente de saúde e tratamento, responsabilidade profissional e social, negócios e liderança. A promoção do uso sistemático do Diretório Global de Competências é reconhecida como chave para melhorar o gerenciamento da saúde (Hahn & Lapetra, 2019). O valor compartilhado de todos os participantes é profissionalizar a liderança e o gerenciamento dos sistemas de saúde globalmente.

Evidências e experiências de diferentes setores indicam que o preparo de pessoas para a gestão leva a uma equipe mais eficiente, propicia uma maior satisfação do utente e fornece maior responsabilidade e transparência dos resultados (Dwyer et al., 2006). Da mesma forma, no setor saúde, almeja-se que os gerentes agreguem práticas modernas de gerenciamento de negócios com o conhecimento clínico dos cuidados de saúde e adquiram boas competências e habilidades de gerenciamento (Pillay, 2010) e, neste contexto, os formuladores de políticas, a alta cúpula diretiva das instituições de saúde privada e tomadores de decisão do setor de saúde em geral devem analisar os programas que visam o treinamento e o empoderamento dos gerentes hospitalares, de modo que as pessoas certas, com as competências certas, ocupem tais posições (Sarabi et al., 2019). As principais emergências que envolvem baixas em massa são eventos raros, mas criam um ônus significativo para a preparação e a resposta de um sistema de saúde (Veenema et al., 2019).

2.2 O Sistema Nacional de Saúde no Brasil e Canadá

Diferentes sistemas de saúde originam da interação de um conjunto de elementos, tais como a população coberta e os serviços envolvidos, das fontes de financiamento e disponibilização dos recursos, bem como da organização da oferta e prestação dos serviços onde a forma de financiamento e o tipo de fornecimento são características importantes que os distinguem e que, em ambos os casos, percorrem uma escala ampla desde o predomínio público ao predomínio privado, associados a uma componente assistencial (Braun & Centeno, 2018).

A OCDE (2016) reconhece quatro grandes modelos de organização da oferta de cuidados de saúde primários: i) sistema nacional de saúde, ii) sistema local de saúde, iii) sistema de seguro de saúde com seguradora única, e iv) sistema de seguro de saúde com múltiplas seguradoras. Os cuidados de saúde primários disponibilizados e predominantes em cada país é o sistema nacional de saúde como modelo de organização da oferta dos serviços. O sistema local de saúde cobre quer sistemas estritamente locais quer sistemas regionais, de acordo com o sistema de organização administrativa do território dos diferentes Estados-Membros e, no caso de sistemas de seguro de saúde com múltiplas seguradoras, estas podem ou não ser objeto de escolha por parte dos beneficiários.

Referente a prestação dos cuidados de saúde, a realização pode se dar por intermédio de entidades públicas ou privadas, entretanto, para fins de categorização, distingue-se as que são realizadas no âmbito dos cuidados de saúde primários (frequentemente realizados por instituições públicas) das dos cuidados de saúde especializados onde a prestação privada pode ser predominante. No campo de ação dos cuidados de internamento hospitalar, comumente podem ser realizados tanto por instituições públicas, como por organizações privadas, com e sem fins lucrativos ou por parcerias público-privadas (PPP). Quanto ao método de pagamento pelos serviços prestados, em cada sistema de saúde, pode ser feito *a priori* ou *a posteriori*. No ressarcimento pelos cuidados de saúde por orçamento antecipado normalmente é definido um limite de despesas advindas da prestação dos cuidados, num determinado período de tempo, podendo ocorrer, entretanto, uma combinação de orçamento antecipado com uma componente baseado no volume de serviço esperado (CE, 2016) visando a promoção do acesso, qualidade e controle de custos. Os meios de pagamentos resultam da busca por um método de financiamento eficaz, que propicie a contenção dos custos, atenda a necessidade de acesso da população e promova a qualidade do atendimento (Braun & Centeno, 2018). Na Tabela 1 é exposta a principal forma de pagamento em internamento hospitalar dos países em estudo.

Tabela 1: Principal método de pagamento para internamento hospitalar no Brasil e Canadá

Tipo de pagamento	Pública	Privada (sem fins lucrativos)	Privada (com fins lucrativos)
Orçamento	Brasil, Canadá,	Canadá	Canadá
Procedimento	(n.a.)	Brasil	Brasil

Fonte: OECD *Health Systems Characteristics Survey* 2016 e DataSUS (2019)

Os utentes utilizam as unidades de cuidados primários como o primeiro nível de acesso ao sistema de saúde por meio de médicos especialistas em medicina geral e familiar, os quais examinam condições que não exigem elevada tecnologia e têm a responsabilidade de desenvolver e promover atividades de prevenção e referenciar os utentes para outros níveis de cuidados, quando necessário.

Com relação aos modelos de gestão, nenhum país tem um modelo puro, único; porém, em alguns se observa uma grande hegemonia de determinada forma de organização e financiamento da saúde que caracteriza o modelo. Assim, quando se diz que um país adota um determinado tipo de sistema, está se falando, na verdade, do sistema que predomina naquele país.

2.2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

No Brasil, três fatos históricos contribuíram para melhorar as políticas públicas de acesso à saúde sendo, respectivamente, a Constituição Federal de 1988, a promulgação das Constituições Estaduais em 1989 e a Lei no 8080/1990 denominada de “Lei Orgânica da Saúde”. A partir de 1989 com as novas Constituições Estaduais, o acesso à saúde foi ampliado e as Leis foram estabelecendo novas ações, que resultaram na criação do SUS - Sistema Único de Saúde.

Reforma no sistema de saúde brasileiro. Na década de 1990, inicia a contenção dos gastos com racionalização da oferta por meio de políticas focais através do pacote básico para a saúde, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, redução do financiamento da saúde. O Estado passa a ter o dever de assegurar a saúde da população o qual se baseia em princípios de justiça social, alicerçando-se na ideia de que o sistema de saúde deve proteger os cidadãos mais vulneráveis e atuar de modo universal. A saúde humana é vista sob uma perspectiva integral, na medida em que determinam tanto a necessidade de ações de assistência como de promoção, prevenção e reabilitação. Coexistência de serviço público e privado, inspirado no modelo inglês. O SUS é organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território brasileiro com direção única em cada esfera de governo, conforme Lei Federal n. 8.080/1990 (Brasil, 1990).

Referente ao modelo de gestão, o Sistema de Saúde brasileiro é baseado no princípio de universalidade (acesso garantido a toda população), equidade (igualdade de assistência) e integralidade (ações de saúde que atendam a todas as necessidades do indivíduo), contando com a atuação de organizações públicas e privadas variadas (Paim et al., 2011). O SUS possui gestão descentralizada incompleta e participada, e tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva.

O modelo de financiamento é solidário entre as três esferas federativas de governo (42% União, 26% Estadual e 31% Municipal), definido no orçamento público, advém do setor público por meio da coleta de impostos da população. De acordo com o tamanho da população, nas diferentes regiões do país, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços é repassado para os municípios, por um critério *per capita* (Almeida, 2001), os valores que financiam o setor. Não possui taxa de utilização (coparticipação) no momento da prestação do serviço de saúde. A organização do sistema de saúde no Brasil é exposta na Figura 3.

Quanto ao modelo assistencial, possui a Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado no que o governo denomina Atenção Primária à Saúde (APS) com acesso aos cuidados domiciliares, da atenção à saúde

da mulher e da criança, especialmente no pré-natal de baixo risco e puericultura e no cuidado especial com idosos e com as doenças crônicas. Possui uma tendência de reprodução que conflita com os modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privado (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitaria (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária) (Teixeira et al., 1998).

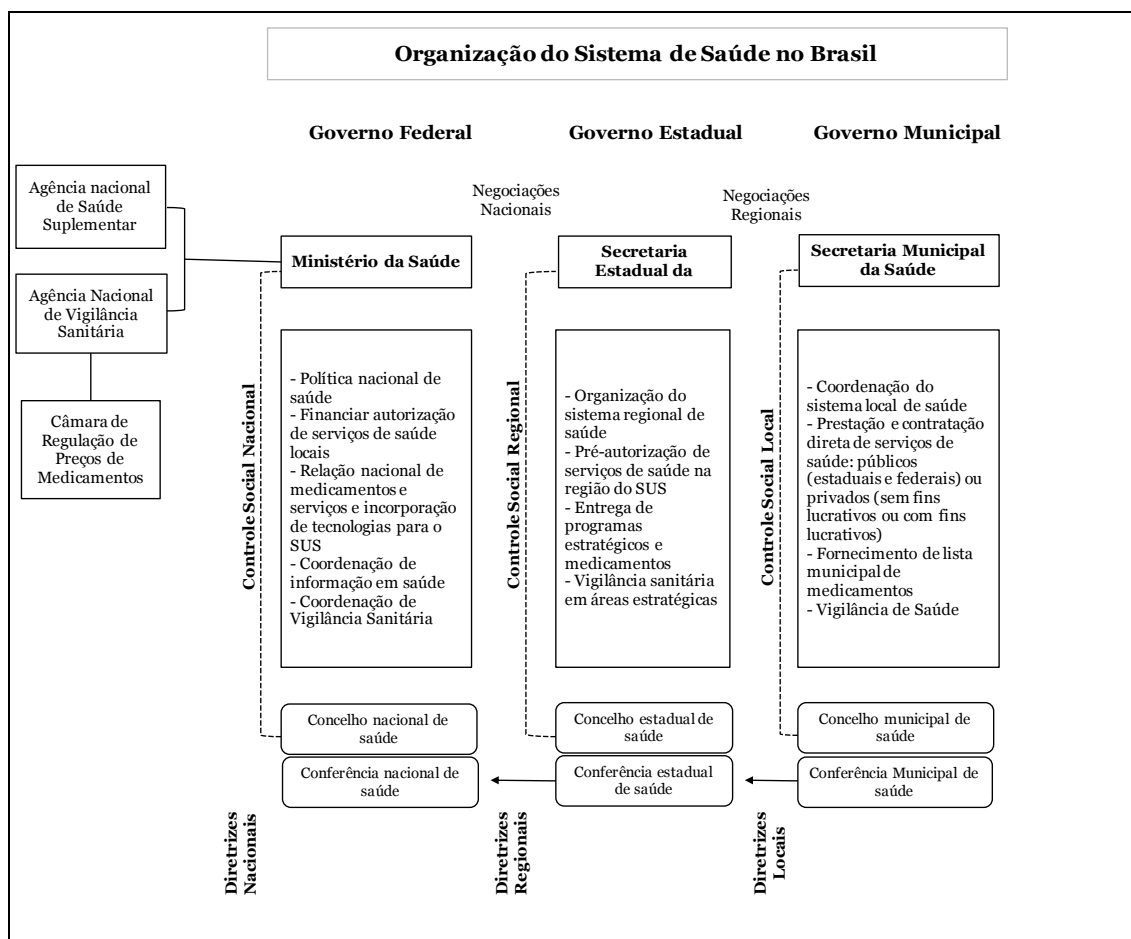


Figura 3: Organização do sistema nacional de saúde no Brasil, extraído de Massuda et al. (2018)

2.2.2 O Sistema de Saúde Canadense: *Canadian Health Care* (CHC)

O entendimento legal existente no Canadá é de que o Estado deve ser o provedor. O Sistema de Cuidados de Saúde canadense funciona como um seguro público de saúde de caráter universal, diferente de outros sistemas nacionais de saúde, que são os casos europeus, do modelo americano, brasileiro, baseado nos seguros de saúde públicos e privados.

Em 1984 foi publicado o “*Canada Health Act*” (1985) onde as maiores mudanças introduzidas foram a clarificação dos critérios para os planos das províncias e a provisão de uma penalidade mais aparente para a cobrança extra dos usuários. Cinco princípios básicos governam a organização e o financiamento do sistema de cuidados de saúde no Canadá: i) a administração pública do plano de

seguro da província, em uma base não lucrativa; ii) uma cobertura compreensível, que significa a prestação de todos os serviços de internamento necessários, assim como de remédios, testes e diagnósticos e de atendimento ambulatorial e cuidado de enfermagem domiciliar; iii) a universalidade do atendimento, estendida a todos os residentes legais no país; iv) a portabilidade dos benefícios, que representa a continuidade da cobertura mesmo em outras províncias; e v) a acessibilidade, que é a provisão de todos os recursos médicos necessários sem a imposição de qualquer barreira financeira (*Canada Health Act*, 1985). Estes requerimentos são monitorados pelo Departamento Nacional de Saúde e Bem-estar como condições para o substancial subsídio federal. Os programas de seguro médico, hospitalar e ambulatorial, são administrados pelas províncias, porém, sob condições básicas estabelecidas pelo governo federal. O sistema de saúde canadense se baseia em dez esquemas de seguros públicos, com características diferentes de acordo com as dez províncias e territórios.

Os hospitais, muitos deles privados, recebem pagamentos dos governos das províncias e são administrados por conselhos de administração que incluem médicos, administradores e representantes da comunidade. Enquanto o financiamento dos mesmos era baseado nos gastos incorridos e efetivamente informados, as despesas governamentais elevaram-se exponencialmente forçando o estabelecimento de novas modalidades de pagamento como os prospectivos e por orçamentos globais.

Uma importante proposta de mudança da iniciativa de reforma canadense é a reorientação da atenção à saúde a partir de um modelo médico para um modelo de cuidado ao utente. O suporte dessa transformação tem sido o “*Patient’s Bill of Rights*”, estabelecido pela Associação dos Consumidores do Canadá em 1989. A ênfase no cuidado comunitário tem refletido tanto na realização de uma nova prática sanitária, com maior importância à atenção preventiva e primária, quanto na transformação da rede de saúde local, através de uma maior integração e racionalização da infra-estrutura existente.

Como é de praxe nos sistemas de saúde mais desenvolvidos, a rede de atenção primária é a base do modelo e o profissional médico, por excelência dessa rede, é o médico de família (Brandão, 2018). A interação com outros profissionais dá-se no ambiente ambulatorial, eminentemente, mediante referência e contrarreferência. Por mais que o sistema seja público, os médicos ainda agem de maneira autônoma, nos moldes dos profissionais liberais. Funcionários contratados diretamente pelo governo são minoria e estão em geral concentrados em centros de saúde comunitários (*Community Health Centers*), prestando serviço para populações mais vulneráveis. O pagamento aos médicos ainda ocorre, maioritariamente, por procedimento/consulta (*fee for service*). A Figura 4 apresenta a organização do sistema nacional de saúde do Canadá.

Os hospitais, geridos por fundações ou estruturas semelhantes, prestam serviços a toda a população, sendo remunerados pelo governo. A principal origem dos recursos é provincial, com importante parcela (mas decrescente) vinda do governo federal. Verba municipal é virtualmente inexistente, ao contrário do modelo brasileiro. Os especialistas, por exemplo, são maioria em algumas províncias

embora em número apenas ligeiramente superior ao dos médicos de família (a título de exemplificação, em Ontário (por exemplo), 109 especialistas/100 mil habitantes *versus* 96 médicos de família/100 mil) (CIHI, 2018). Mais de um quarto dos médicos de Ontário é formado em outros países (GBD 2015, 2017) e, segundo o *Canadian Institute for Health Information* (CIHI, 2018), o número de médicos em relação à população vem aumentando nos últimos dez anos. A função de *gatekeeper* do médico de família leva as pessoas a não procurar de modo direto os especialistas, característica de racionalidade aceita em quase todos os sistemas de saúde universais do mundo.

Os seguros de saúde privados não podem concorrer na faixa de serviços disponíveis na rede pública, mas podem competir no mercado dos benefícios suplementares para quartos privados, despesas com medicamentos, cirurgias estéticas, cuidados domiciliares, tratamentos dentários e serviços de optometria. O *Canada Health Act* de 1984 não impede diretamente a entrega privada ou seguro privado para serviços de segurados publicamente, mas fornece desincentivos financeiros para fazê-lo. A amplitude da ação estatal na oferta de serviços de saúde leva o sistema canadense a ser, efetivamente, o único em que a palavra suplementar é realmente aplicável para a participação privada no conjunto da assistência à saúde da população. O segmento privado é proeminente apenas em ações que não são consideradas de grande relevância para as autoridades sanitárias e pode ser dividido em cinco categorias: seguros de vida, seguros residenciais e de acidentes, sociedades religiosas ou filantrópicas, sociedades não lucrativas e empregadores.

Entretanto, o modelo canadense de assistência a saúde também possui vulnerabilidades reconhecidas. Martin (2017) sugere seis melhorias para a saúde da população canadense: (1) garantia de atenção primária baseada em “relação” (profissional de atenção primária disponível para todos; desafio maior nas remotas áreas do Norte do país, particularmente nas reservas indígenas); (2) cobertura de medicamentos no sistema universal; (3) diminuição do número de testes e intervenções (estima-se que até 30% dos testes e intervenções em saúde que acontecem no Canadá são desnecessários); (4) reorganização e fornecimento de cuidados de saúde para redução de tempos de espera e melhora da qualidade do serviço (sugere melhor coordenação de cuidados, potencialmente com diminuição de custos, incluindo utilização de instrumental da área de qualidade, uso de tecnologia e mudança da estrutura do sistema de referência e contrarreferência); (5) implementação de um programa de renda mínima; (6) adoção, em âmbito nacional ou provincial, de soluções exitosas desenvolvidas localmente.

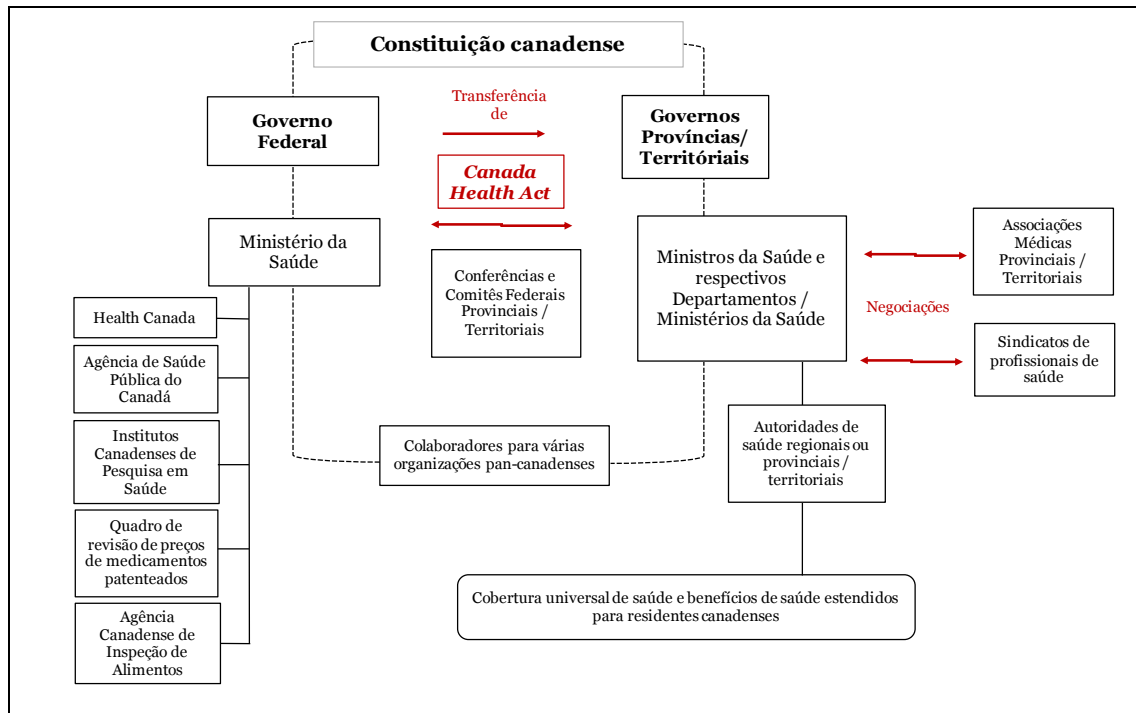


Figura 4: Organização do sistema nacional de saúde do Canadá, extraído de Allin et al. (2020)

2.2.3 O Sistema de Saúde Público *versus* o Setor Privado e as Parcerias Público-Privadas (PPP)

Para Gandhi & Sharma (2018) o aumento da demanda por atendimentos médico-hospitalares, busca por serviços de saúde de melhor qualidade e com custo-efetividade compatíveis propicia o crescente aumento no número de hospitais privados em parte devido a forma como são gerenciados em termos de uso de recursos para gerar receita, em outra parte, no que tange a agilidade no atendimento, sem que o utente se submeta a longas filas de espera. Os autores referem que as pontuações de eficiência de hospitais privados, muitos deles especializados, são melhores que os muitos hospitais públicos devido ao uso eficiente de recursos, infra-estrutura e boas escolhas de financiamento para novos investimentos.

Brasil. No Brasil, referente a participação do setor privado e a relação com o setor público, conforme o Artigo 199 da Constituição Federal de 1988, as instituições privadas podem participar do SUS, de forma complementar, seguindo as diretrizes deste. A Lei no 9.565, de 1998 (Brasil, 1998), criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que deve controlar, avaliar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde. A iniciativa privada tem liberdade para dar cobertura aos mesmos serviços de saúde cobertos pelo SUS e, na prática, têm grande abrangência, principalmente, no que se refere à atenção ambulatorial. A Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990) também estabelece que o SUS pode celebrar convênios ou contratos de direito público com a iniciativa privada, a fim de garantir a cobertura assistencial à população. Segundo a Agência Nacional de Saúde há uma tendência de crescimento no número de beneficiários em planos privados de assistência médica no país de 24,5% em dezembro de 2020 (Brasil, 2020).

O Brasil possui um sistema de saúde heterogêneo complexo. Com 211 milhões de pessoas (IBGE, 2020), o sistema de saúde possui importantes diferenças que refletem não apenas sua epidemiologia e condições econômicas, mas também o papel desempenhado pelo setor público e privado na provisão de 26 Estados e do Distrito Federal da Capital. As recessões econômicas repercutem de maneira desigual em suas partes, pois os efeitos são mediados por gastos privados, estrutura de mercado e ajustes no financiamento público (Andrietta et al., 2020). Para Montenegro et al. (2020) o país corre um sério risco de ter milhões de brasileiros sem assistência médica caso a administração do atual Presidente Bolsonaro opte, junto ao Congresso altamente conservador, pelas acentuadas reduções no financiamento federal para saúde pública, educação e pesquisa, enquanto aumenta o tamanho do setor privado de saúde. Exemplificando, discussões sobre triagem mamográfica para câncer de mama é uma abordagem de saúde pública amplamente usada, mas é constantemente objeto de controvérsia e foi abordado no estudo de Da Silva Teixeira & Neto (2020) devido aspectos gerados pelas tensões entre os setores público e privado de saúde durante o período formativo do novo sistema de saúde brasileiro e pelo crescente papel dos atores da sociedade civil.

A influência do setor privado de saúde na definição de ações de saúde pública no Brasil, além da incapacidade do governo de regular efetivamente esse setor, contribui para esse impasse. Outro exemplo está registrado no estudo de Aranha Rossi et al. (2019) que evidenciam a expansão do mercado de planos odontológicos de 2,6 milhões de usuários em 2000 para 24,3 milhões em 2018, com um lucro de mais de R\$ 240 milhões ocasionado, em grande parte, pela austeridade fiscal exerce forte influência sobre o uso de serviços públicos de odontologia no Brasil, o que pode beneficiar o mercado privado e ampliar as desigualdades. As políticas de austeridade fiscal têm sido usadas como resposta a crises econômicas e déficits fiscais nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Embora variem em relação a seu conteúdo, intensidade e implementação, esses modelos recomendam reduzir as despesas públicas e os investimentos sociais, retraindo o serviço público e substituir o setor privado em vez do Estado para fornecer determinados serviços vinculados às políticas sociais (Paes-Sousa et al., 2019). No Brasil, a ocorrência de crises econômicas e políticas de austeridade fiscal pode produzir uma situação mais grave do que a vivida nos países desenvolvidos, tendo em vista que o país é caracterizado por níveis historicamente altos de desigualdade social, um setor de saúde subfinanciado, doenças degenerativas crônicas de alta prevalência e doenças infecciosas evitáveis persistentes (Paes-Sousa et al., 2019; Castro et al., 2019).

Uma combinação de fatores estruturais, agendas e interesses explica os avanços e os obstáculos à construção de um sistema universal em um país economicamente importante e desigual. A consolidação do SUS e a redução das desigualdades na saúde dependem das perspectivas incertas de democracia e desenvolvimento nacional, do aumento da coalizão política para apoiar um sistema de saúde público e universal e do fortalecimento da capacidade do Estado de regular o setor privado (Machado & Silva, 2019).

Investigação de De Souza et al. (2019) analisa estudos sobre o desenvolvimento das condições de saúde da população e do sistema de saúde brasileiro nos últimos 30 anos e identificam o fortalecimento do setor privado e do capital no setor da saúde, em detrimento do interesse público e do SUS, embora aspectos relevantes da saúde pública tenham sido desenvolvidos positivamente, tal como a promoção de medicamentos acessíveis e inovadores, visando que o Ministério da Saúde (MS) criou um fórum de consultoria onde produtores, acadêmicos e membros da sociedade civil poderiam participar e fornecer contribuições para o desenvolvimento de políticas (Da Fonseca et al., 2019).

Muitos usuários de planos de saúde privado fazem uso do SUS. Indivíduos com plano de saúde privado tendem a usar mais serviços médicos e odontológicos do que indivíduos sem esse tipo de plano (Pilotto & Celeste, 2019). Nas últimas décadas, a participação do setor privado aumentou inclusive na atenção terciária, serviços de alta complexidade, tais como cirurgias e procedimentos mais invasivos e que exigem tecnologias mais avançadas em saúde, gerando mudanças no SUS onde a relação público-privada na Política Nacional de Atenção Terciária indicam que, comparado ao setor público, o setor privado tem uma participação maior nos cuidados terciários e recebíveis por prestação de serviços de saúde o que aponta para uma contradição na gestão do sistema de saúde no Brasil, que, apesar de pública, orientada para toda a população e livre em sua concepção, privilegia o setor privado (De Oliveira et al., 2019). Outra questão é a dos servidores públicos civis e militares do Brasil que apresentaram alta e crescente proporção de adesão aos planos de saúde em relação aos demais trabalhadores. Os planos de saúde específicos para determinados grupos de servidores públicos têm aumentado refletindo nas crescentes iniquidades em saúde diante de um sistema público constituído de modo universal (Cunha et al., 2019).

Mais de um em cada quatro brasileiros têm seguro de saúde privado, mesmo que ele cubra os mesmos procedimentos que o SUS oferece. A utilização do SUS é mais frequente em regiões menos desenvolvidas, por pessoas com planos de saúde mais restritos e por pessoas com estado de saúde mais precário. Fontenelle et al. (2019) referem que, para os segurados particulares, o SUS desempenha apenas um papel secundário em seus cuidados de saúde e que, apesar dos planos privados assumirem parte da demanda de serviços de saúde do SUS, eles representam uma restrição do caráter universal e equitativo do SUS. Considerando atendimento ambulatorial e hospitalização, os segurados particulares no Brasil usam o SUS em aproximadamente 13% das vezes em que recebem assistência médica e aproximadamente 7% das pessoas que recebem assistência paga pelo SUS são seguradas em particular; esses achados variam dependendo do tipo de serviço estudado e dos métodos de estudo, bem como das regiões estudadas (Fontenelle et al., 2019). Importante ressaltar que, caso um utente com plano de saúde privado faça uso dos serviços de saúde público, é emitida uma fatura de ressarcimento ao plano de saúde a que este utente pertença. A análise de cenários futuros sugere a necessidade urgente de enfrentar desigualdades geográficas persistentes, financiamento insuficiente e colaboração acima do ideal do setor privado para o setor público (Castro et al., 2019; Alves & Gibson, 2019).

Referente as parcerias público-privadas (PPP), é sabido que a participação do setor privado no setor das infraestruturas tem vindo a aumentar em todo o mundo, sobretudo, através do modelo de PPP, que representa uma forma intermédia de gestão das infraestruturas entre a privatização e a gestão pública; através do modelo de PPP o Estado delega num parceiro privado a responsabilidade de desenvolvimento, gestão e operação de uma determinada infraestrutura, definindo níveis de serviço e qualidade, estabelecendo um referencial para a remuneração, sendo que, no final do contrato, o ativo retorna à esfera pública. As PPP são um modelo de contratação, alternativo à contratação tradicional, que permite ao Estado focar-se nos objetivos dos projetos e menos nos meios utilizados para atingir os objetivos.

Em relação à rede de assistência à saúde, muito pouco foi repassado desde 2011 para atendimentos de média e alta complexidade, cabendo o ônus de investimentos na rede hospitalar pública para os estados e municípios que nem sempre possuem capacidade orçamentária suficiente. Neste contexto, as PPP em saúde tornam-se alternativa viável de investimento no setor, passando a ser considerada como uma das possibilidades de resolução dos déficits estruturais do sistema (Barbosa, 2015). A lei brasileira institui também uma série de estruturas e procedimentos com vistas a garantir um ambiente político e econômico transparente e regulado. Entre eles está a instalação do Comitê Gestor da Parceria Público-privada (CGP) com as atribuições de selecionar prioridades, promover chamamentos e avaliação, aprovar editais, estabelecer contratos e processos licitatórios, e também a criação de fundos garantidores das PPPs com o propósito de assegurar aos parceiros privados a regularidade das contraprestações e obrigações pecuniárias assumidas. Esses fundos têm natureza privada e patrimônio próprio, formado pelos valores, bens e direitos integralizados pelos quotistas, no caso os parceiros públicos (Brasil, 2004).

Canadá. No Canadá, a criação da Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC) marca o início de uma nova abordagem à liderança federal e à colaboração com províncias e territórios nos esforços para renovar o sistema de saúde pública e apoiar um sistema de saúde sustentável. Concentrando-se em esforços mais efetivos para prevenir doenças crônicas e lesões e responder a emergências de saúde pública e surtos de doenças infecciosas, o PHAC trabalha em estreita colaboração com províncias e territórios para manter os canadenses saudáveis e ajudar a reduzir as pressões no sistema de saúde. O PHAC serve como centro nervoso da experiência e pesquisa do Canadá em saúde pública, coordenando efetivamente esforços com outros parceiros para identificar, reduzir e responder aos riscos e ameaças à saúde pública (Evans & Law, 1995).

O Canadá está antecipando uma fusão de atendimento privado para serviços essenciais em pelo menos algumas províncias - Alberta, Colúmbia Britânica e Quebec - e várias experiências combinando atendimento público e privado. Tais esforços visam reduzir o tempo de espera dos utentes para tratamento, bem como controlar os gastos públicos (Steinbrook, 2006). A visão de que um aumento da assistência médica privada beneficiará o sistema público de saúde é articulada por Brian Day, cirurgião ortopédico, presidente e diretor médico do *Cambie Surgery Center*, uma instituição de saúde privada de alto perfil em Vancouver. Em reportagem ao *The Canadian Press* (28

de fevereiro de 2020), Day refere que os médicos reconheceram que o *status quo* no Canadá não é uma opção e refere que a grande maioria dos médicos acredita que é necessária uma reforma significativa e que parte dessa reforma deve procurar sistemas alternativos, com um pequeno componente privado.

O sistema de saúde canadense é o único em que desestimula a cobertura de serviços básicos (médico e hospital) das companhias de seguros privadas, permitindo seguro suplementar apenas para requisitos como quartos de hospitais privados. Essa proibição restringe o surgimento de um setor médico ou hospitalar privado paralelo e pressiona as províncias a atender às expectativas dos canadenses de classe média. Detsky e Naylor (2003) referem que 70% do financiamento total em saúde no Canadá vem do setor público - menos de em muitos países europeus, mas consideravelmente mais do que nos Estados Unidos - reflete o fato de que pagamentos privados são comuns para outras despesas, incluindo medicamentos (Guo, Sweetman, & Guindon, 2020), serviços odontológicos, optometria e atendimento domiciliar (Duckett, 2018; Prémont & Verbauwhede, 2018). Seguro privado e atendimento privado também são comuns em áreas de nicho, como lesões relacionadas ao trabalho e cirurgia estética. Em setembro de 2016, um caso foi levado a julgamento na Colúmbia Britânica, que busca testar a constitucionalidade das leis provinciais (Duckett, 2018) que (1) proíbem o seguro de saúde privado para serviços hospitalares e médicos clinicamente necessários; (2) proíbem cobrança extra (os médicos não podem cobrar dos utentes mais do que a tarifa pública); e (3) exigem que os médicos trabalhem exclusivamente para o sistema público. Todas as províncias têm leis semelhantes que foram aprovadas para atender aos requisitos da legislação federal, a Lei de Saúde do Canadá (e, portanto, qualificam-se para fundos federais). Flood e Thomas (2018) referem que os governos provinciais poderiam permitir que a privatização minasse a equidade e o acesso, ou poderiam responder criativamente com novas soluções jurídicas e políticas para melhorar a equidade e o acesso e resolver alguns dos problemas que há muito prejudicam os canadenses, como o acesso a medicamentos. A capacidade de atendimento no contexto do sistema de saúde canadense é tida como bom e é bem financiado pelo governo, no entanto, há áreas geográficas que podem ser aprimoradas (exemplo: Nunavut) para aumentar a otimização deste atendimento (Lunney et al., 2019).

A privatização dos cuidados de saúde pode incluir a prestação privada de serviços essenciais financiados publicamente, como operações eletivas e estudos de imagem, financiamento privado de cuidados através de seguro de saúde ou pagamentos diretos pelos utentes por serviços. De acordo com a constituição canadense, o governo federal tem a responsabilidade primária pela tributação, mas as províncias têm a responsabilidade primária pelo gerenciamento dos cuidados de saúde (Steinbrook, 2006) o que leva a conflitos frequentes entre os dois níveis de governo. Dependendo de como é calculado, o financiamento federal é responsável por um terço ou um pouco mais dos gastos provinciais em saúde e os gastos com saúde são responsáveis por 27 a 45% dos orçamentos provinciais. Esmail e Walker (2005) dizem que existe a necessidade de apoiar o sistema público de saúde e também incentivar o sistema privado se o sistema público não estiver atendendo às

necessidades. Os utentes devem ter acesso a cuidados oportunos com base na necessidade e não na capacidade de pagamento.

Há uma pressão para que os contribuintes no Canadá, assim como outros países, contenham os custos com saúde (Thomson et al., 2019). Recentemente, foi proposto que os planos privados alavanquem o processo de avaliação da tecnologia de saúde pública em suas tomadas de decisão e Pericleous et al. (2019) verificam o uso dessas avaliações para reunir as perspectivas de especialistas de seguradoras públicas e privadas sobre essa prática e resumir quais parâmetros de valor de avaliações públicas podem ser usados para a tomada de decisões de pagadores privados, no entanto, ainda existem reservas sobre se o processo de avaliação da tecnologia de saúde no Canadá, projetado para um sistema público, pode atender às necessidades informacionais de pagadores privados.

O sistema de saúde canadense pode ser caracterizado como uma mistura de participação pública e privada, embora seja frequentemente descrito como um sistema público. No Canadá, os serviços "medicamente necessários" são cobertos com fundos públicos; no entanto, a Lei de Saúde do Canadá não fornece uma definição formal de necessidade médica. Os planos de seguro de saúde provinciais e territoriais decidem quais serviços são clinicamente necessários. Os planos de seguro privado, geralmente fornecidos pelos empregadores, são uma solução cara, embora a cobertura não seja suficiente. Os desempregados, autônomos ou informais e os portadores de doenças raras que requerem tratamentos e medicamentos caros frequentemente não são cobertos por nenhum plano e enfrentam dificuldades financeiras para pagar suas prescrições e tratamentos. Para Chowdhury e Chowdhury (2018) como resultado, muitos canadenses estão enfrentando dificuldades e desigualdades na aquisição de serviços médicos para doenças raras e medicamentos controlados ambulatoriamente.

A exemplo do que ocorre em Ontário, a província procurou explorar o uso de PPP para gerenciar a entrega e o gerenciamento da infraestrutura hospitalar. Uma questão delicada foi estruturar a PPP de uma maneira que não parecesse "privatizar" a prestação de cuidados de saúde, nem prejudicar a autonomia de conselhos, médicos e funcionários sindicalizados. A abordagem de novas construções hospitalares com o modelo PPP encontrou forte resistência inicial dos conselhos hospitalares, que viram isso como uma intervenção provincial direta em seus negócios (Cohn, 2008). No Canadá, as parcerias público-privadas estão cada vez mais sendo usadas com êxito para construir grandes projetos de infraestrutura que envolvem complexidade e risco, desde hospitais públicos a estações de tratamento de águas residuais, estradas e pontes e sistemas de transporte público. As PPP são uma abordagem baseada no desempenho, na qual o setor privado não apenas assume a responsabilidade por riscos e uma participação importante no financiamento de projetos, mas também seu *design*, construção e manutenção integrados a longo prazo (em todo o Canadá já foram usados com sucesso para fornecer 4.790 camas de hospital) (Deloitte, 2015). Para determinar se a aplicação de um modelo de PPP é o meio mais eficaz para a entrega de um projeto, o governo canadense realiza uma série de atividades qualitativas e quantitativas de *due diligence*, incluindo uma avaliação de valor por dinheiro. Tal avaliação visa quantificar e analisar o custo de entrega de

um projeto por meio de um modelo tradicional de compras em comparação com a entrega como um PPP e, se for considerado que o modelo de entrega PPP tem um custo total menor do que o modelo tradicional, diz-se que obtém um "valor agregado" positivo.

No setor saúde, a PPP é voltada principalmente para a gestão da construção da infraestrutura. O princípio de alocação de risco subjacente aos modelos PPP é geralmente expresso como alocação de risco para a parte mais capaz de gerenciá-lo (Brown, 2005). A nível prático, isso significa que os principais riscos relacionados à entrega do projeto dentro do prazo e do orçamento (por exemplo, coordenação do projeto, gerenciamento da construção) são transferidos para o setor privado e sustentados por um regime de pagamento por desempenho um recurso chave de definição de PPP.

No Apêndice A são expostas as principais semelhanças e diferenças entre os dois modelos de sistemas de saúde, o brasileiro e o canadense.

2.2.4 Sistemas de Classificação dos Hospitais

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, Portugal, Canadá, Inglaterra entre outros países, serviram de referência para a construção das políticas públicas de saúde brasileiras. Neste contexto, a classificação utilizada para categorizar os hospitais (Cherubin & Santos, 1997) leva em consideração: (i) finalidade ou tipo de Assistência, ligado à identificação da Complexidade, de acordo com a disposição do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Sistema Único de Saúde e DataSUS (2019); (ii) o tipo de Administração, por Região; (iii) classificação de acordo com a Dimensão (número de camas) de cada hospital; e (iv) de acordo com o objetivo financeiro.

Quanto à finalidade ou tipo de assistência, as instituições hospitalares podem ser de ordem Geral, assiste utentes de várias especialidades, tanto clínicas quanto cirúrgicas, podendo ser limitados a grupos etários (como os infantis ou geriátricos) ou grupos da comunidade (militar), ou ainda apresentar uma finalidade específica (hospital de ensino); ou Especializada, assiste predominantemente utentes com alguma patologia (doença) específica, entre eles estão os psiquiátricos, câncer, vírus da imunodeficiência humana (HIV), renais crônicos, entre outros. Quanto à administração ou entidade mantenedora, pode ser identificado como: pública, administrado por entidade governamental municipal, estadual ou federal, ou privada, pertencente à pessoa jurídica de direito privado. Referente a dimensão, a instituição pode ser denominada como de Pequena Dimensão, tem capacidade menor ou igual a 50 camas; Média, possui de 51 a 150 camas; Grande Dimensão, oferece de 151 até 500 camas; a Dimensão Especial, dispõe de quantidade superior a 501 camas.

No tocante ao objetivo financeiro, a instituição hospitalar pode ser classificada como Não Lucrativa, seus gestores não recebem remuneração ou benefícios, não visa ao lucro, mas se houver, reverte-o em projetos, manutenção e desenvolvimento; no caso de extinção, seu patrimônio é doado à outra instituição de mesmo objetivo social; filantrópica, entidade particular e não lucrativa, que

destina uma percentagem de seus rendimentos para assistência gratuita a utentes sem recursos ou cobertura de saúde; beneficente (ou caridosa), associação particular e não lucrativa voltada à assistência de grupos específicos e se mantém de contribuições de associados e de usuários; ou lucrativo: particular, objetiva lucro, compensa o emprego de seu capital com distribuição de dividendos.

No Canadá, de acordo com a Lei dos Hospitais Públicos (Canadá, 1990), R.R.O. 1990, Regulamento 964, consolidado a partir de 15 de agosto de 2001, os hospitais canadenses são classificados como:

1. Hospitais gerais, hospitais convalescentes, hospitais para utentes crônicos, hospitais psiquiátricos de tratamento ativo, hospitais de tratamento ativo para alcoolismo e dependência de drogas e hospitais regionais de reabilitação, e são estratificados da seguinte maneira:

(a) hospitais do Grupo A, sendo hospitais gerais que fornecem instalações para dar instruções a estudantes de medicina de qualquer universidade, como evidenciado por um contrato por escrito entre o hospital e a universidade à qual está afiliada e os hospitais aprovados por escrito pelo *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC)* por oferecerem educação de pós-graduação conducente a certificação ou bolsa de estudos em uma ou mais das especialidades reconhecidas;

(b) hospitais do Grupo B, sendo hospitais gerais com pelo menos 100 camas;

(c) hospitais do Grupo C, sendo hospitais gerais com menos de 100 camas;

(d) hospitais do Grupo D, hospitais que tratam utentes com câncer, que realizam pesquisas com relação às causas e tratamento do câncer e que fornecem instalações para a instrução de estudantes de medicina;

(e) hospitais do Grupo E, sendo hospitais de reabilitação geral;

(f) hospitais do Grupo F, sendo hospitais para utentes crônicos com não menos de 200 camas, mas não incluindo hospitais do Grupo R;

(g) hospitais do Grupo G, sendo hospitais para utentes crônicos com menos de 200 camas, mas não incluindo hospitais do Grupo R;

(cama) hospitais do Grupo CAMA, sendo hospitais psiquiátricos que oferecem instalações para dar instruções a estudantes de medicina de qualquer universidade;

(i) hospitais do Grupo I, sendo hospitais para o tratamento de utentes que sofrem de alcoolismo e dependência de drogas;

(j) hospitais do Grupo J, sendo hospitais designados para fornecer serviços especiais de reabilitação para pessoas com deficiência em uma região de Ontário, especificada pelo Ministro para cada hospital;

(k) hospitais do Grupo K, sendo instalações organizadas separadas aprovadas pelo Ministro como tais, para fornecer serviços locais de diagnóstico e tratamento em uma comunidade ou distrito a pessoas portadoras de deficiência ou deficientes que necessitam de serviços de restauração e adaptação em um programa integrado e coordenado;

- (l) hospitais do Grupo L, sendo hospitais para o tratamento de utentes que sofrem de alcoolismo e toxicodependência e fornecendo facilidades para dar instrução a estudantes de medicina de qualquer universidade, como evidenciado por um contrato por escrito entre o hospital e a universidade à qual está afiliado;
- (m) hospitais do Grupo M, hospitais que podem cobrar e aceitar pagamentos de outros hospitais pela realização de tomografias computadorizadas;
- (n) hospitais do Grupo N, sendo hospitais que podem adquirir e operar equipamentos de ressonância magnética e podem cobrar e aceitar pagamentos de outros hospitais pela realização destes exames;
- (o) hospitais do Grupo O, sendo hospitais usados como centros de transplante;
- (p) hospitais do Grupo P, sendo hospitais que podem adquirir e operar equipamentos extras de litotripsia por ondas de choque corporais;
- (q) hospitais do Grupo Q, sendo hospitais que podem fornecer serviços de fertilização *in vitro*;
- (r) hospitais do Grupo R, sendo instalações para utentes crônicos chamados centros de atendimento continuado;
- (s) hospitais do Grupo S, sendo hospitais que fornecem hormônios de crescimento humano bios sintéticos;
- (t) hospitais do Grupo T, hospitais que podem atuar como centros de distribuição de medicamentos para tratamento de fibrose cística e que fornecem terapia relacionada a medicamentos para tratamento de fibrose cística;
- (u) hospitais do Grupo U, hospitais que podem atuar como centros de distribuição de medicamentos para o tratamento da talassemia e que fornecem terapia relacionada a medicamentos para o tratamento da talassemia; e
- (v) hospitais do Grupo V, sendo hospitais que operam centros de atendimento ambulatorial.

2. Os hospitais, suas classificações e notas são apresentados na lista mantida pelo Ministro sob a subseção 32.1.

É notório que o formato de classificação dos hospitais do Brasil é simplificado, em relação ao formato canadense, sendo que aquele pode ser utilizado neste último e a recíproca não é de fácil aplicabilidade.

2.3 Financiamento, Investimento, Risco e Desempenho em Saúde

2.3.1 Estrutura de Capital e Opções de Financiamento em Saúde

As decisões sobre o financiamento resultam da escolha de várias fontes de recursos que maximizem o valor dos investimentos com a busca de uma estrutura ótima de capital que minimize o custo do

capital por meio de um *mix* entre o capital próprio e capital alheio. As razões que levam as empresas a escolherem determinadas fontes de recursos determinando a estrutura de capital ainda são divergentes sem que haja uma teoria que se possa considerar como consensual. Durant (1952) propôs que a forma como a estrutura de capital de uma empresa é constituída afeta nas decisões de investimento, tendo em vista que o custo do capital influenciaria no valor da empresa por ser o principal ponto na avaliação dos novos investimentos.

Modigliani & Miller (1958) analisam o impacto que a estrutura de capital exerce sobre o valor de Mercado da empresa. A análise analítica dos autores foi conduzida tendo em conta um mercado de capitais perfeitos, onde não existem impostos. No entanto, na economia real os impostos incidem quer sobre os rendimentos das pessoas quer sobre o rendimento das empresas levando Modigliani & Miller (1963) a uma revisão do modelo, incluindo neste o efeito dos impostos. Desde então, tendo-se como base as imperfeições que caracterizam o Mercado, novas abordagens investigativas evidenciam algumas das razões onde as decisões de estrutura de capital possuem influência sobre o valor da empresa. Correntes teóricas como a Teoria do *Trade-Off* (Myers, 1984) e a Teoria da *Pecking Order* (Myers & Majluf, 1984; Myers, 1984) surgiram para explicar como essas imperfeições podem influenciar a forma como as empresas decidem pela estrutura de capital.

A Teoria *Trade-Off* refere que a empresa deve buscar uma estrutura ótima de capitais que maximize os resultados e minimize os custos resultantes do endividamento. No trabalho proposto por Myers (1984) sobre a Teoria *Trade-Off*, Myers (1984) elucida que o financiamento da empresa por meio de capital de terceiros produz uma vantagem fiscal por meio da dedução das despesas com juros da base de cálculo dos tributos devidos, a incidência do imposto sobre lucros, volvendo conseqüentemente o custo efetivo do capital de terceiros à reflete este efeito fiscal, contrariamente ao tratamento que é dado ao menor que o custo do capital próprio em termos da fiscalidade. Contudo, à medida que o endividamento cresce, outros riscos, como de falência, reduz a margem da vantagem de manter uma estrutura de capitais financiada apenas pelo recurso ao endividamento de terceiros. Myers (1984) refere que o equilíbrio entre os efeitos que os impostos exercem nas dívidas e nos custos de falência voltados à alavancagem refletem na estrutura ótima de capital das empresas, ou seja, é aquela que maximiza os benefícios e minimiza seus custos de endividamento. Existe uma correspondência otimizada entre rentabilidade e endividamento, tendo em vista que as empresas que possuem mais lucro tributável são as mais rentáveis e utilizam a dívida numa maior proporção como fonte de financiamento se beneficiando da redução do montante de imposto sobre lucros a pagar (Albanez & Valle, 2009).

Segundo Myers (2001) as teorias de estrutura de capital no nível corporativo podem ser divididas em três categorias principais: os benefícios fiscais da dívida, as assimetrias de informação ou os custos de agência. Seguindo a Teoria do *Trade-Off*, as empresas contrabalançam os benefícios fiscais da dívida devido à dedução dos pagamentos fiscal dos juros (o imposto sobre juros), contra os custos de dificuldades financeiras (custos de falência ou reorganização, bem como custos de agência que surgem quando a solvabilidade da empresa é em dúvida).

No contexto da teoria *Trade-Off*, Myers & Majluf (1984) e Myers (1984) declinam a existência de uma estrutura ideal ótima de capital, contrapondo-se a teoria do *Trade-Off*, e defendem que a estrutura de capital das empresas resulta da escolha de fontes de financiamentos, segundo uma ordem hierárquica. Desta forma, salientam que as empresas preferem o financiamento com lucros retidos onde o grau de endividamento varia em função dos recursos internos disponíveis utilizando, em primeira instância, esses recursos internos (retenção de lucros), em seguida os recursos captados por meio de dívida e, por último, recursos captados por meio da emissão de ações junto de novos investidores. Os recursos obtidos por meio da retenção de lucros não estão expostos aos custos de transação, isentos de não corresponderem à assimetria de informação. Além disso, as empresas mais rentáveis não necessitam recorrer a financiamentos aumentando o risco de endividamento, controlando o risco financeiro e a probabilidade de falência (Myers, 1984; Myers & Majluf, 1984). A emissão de ações é a última escolha das fontes de financiamento, pois segundo a teoria da *Pecking Order* uma emissão de ações sinaliza informação negativa sobre a empresa para o mercado. A assimetria de informação pressupõe que os investidores podem possuir menos informação sobre o valor da empresa que os gestores, sinalizando que os preços das ações podem ser subavaliados pelo mercado (Myers & Majluf, 1984). Em resumo, a teoria *Pecking Order* considera que a assimetria de informação, os custos de emissões de novas ações e de títulos de dívida e os motivos de ordem fiscal resultam no conjunto de decisões ótimas para a estrutura do capital.

Para Morse (2008) a quantidade do capital a ser levantado, contraído como dívida, deve ser cuidadosamente avaliado, para se ter a quantia certa necessária nos vários estágios de desenvolvimento e de reembolso. É muito importante saber em que estágio solicitar financiamento adicional, porque os riscos envolvidos em um negócio variam em graus dependendo dos diferentes estágios de crescimento dos negócios (Morse, 2008). Na maioria dos casos, o fracasso de um negócio é atribuído à má gestão e pode estar relacionada a um financiamento inadequado e a um mau planejamento das finanças do negócio.

O negócio pode ser financiado usando dois métodos conhecidos, nomeadamente financiamento pelo recurso à dívida e financiamento de dívida ou ao capital próprio. O financiamento da dívida é obtido principalmente através de empréstimos bancários. Os juros sobre empréstimos comerciais são tratados como gastos para o negócio e, como tal, não estão sujeitos a impostos e isso tem o efeito de reduzir a taxa de juros, permitem poupança fiscal quando a apresentar resultados antes de impostos positivos. Para obter empréstimos de longo prazo, uma forma é de fornecer segurança ao credor através da hipoteca que pode recair sobre ativos reais da empresa. Isso provavelmente reduzirá a taxa de juros cobrada, mas pode ser difícil para empresas iniciantes obterem esse tipo de empréstimo, uma vez que podem não ter ativos para fornecer a garantia necessária para os empréstimos de que precisam (Rocha, Ferraz & Soares, 2017).

O financiamento por equidade é uma forma de operação em que se transfere parte do que é de propriedade da empresa para outros, para obter o financiamento necessário para iniciar ou expandir o negócio. Esse tipo de financiamento pode ser expansivo como forma de financiar o crescimento de

um negócio que já é bem-sucedido, mas pode ser mais barato e fornecer a única maneira de obter financiamento para iniciar novos negócios de natureza com especificidades, envolvendo tecnologia nova e não comprovada, conseqüentemente e podem não ser bem compreendidos e avaliados pelos credores tradicionais (Bloor, 2011).

Empréstimos e subvenções de outras fontes. Esses tipos de financiamento de agências governamentais, instituições privadas e públicas que apoiam certas atividades e tecnologias e causas como saúde e segurança humana são principalmente para empresas iniciantes que são vistas como tendo grande potencial de crescimento futuro e provavelmente contribuirão para melhorar o ambiente ou alguma outra causa digna (Anonymous, 2014).

No contexto de financiamento, Harris e Raviv (1991) referem a existência de uma correlação direta entre o custo da dívida e o custo do capital. Segundo aqueles autores, a reputação de uma empresa irá determinar que quanto mais longo for o histórico de pagamento da dívida de uma empresa, melhor será a sua reputação e menor será o seu custo da dívida.

No que se refere ao custo do capital, considera-se que dois métodos ou critérios são bastante recomendados e utilizados na análise de projetos de investimentos: o método do Valor Presente Líquido (VPL) e o método da Taxa Interna de Retorno (TIR). Além destes dois métodos, o critério de Período de *Payback* (PB) é bastante empregado devido ao seu processamento simples. Os critérios do VPL e da TIR baseiam-se em fluxos de caixa descontados a uma determinada taxa. Esta taxa é denominada de Taxa Mínima de Atratividade (TMA), ou seja, o retorno mínimo exigido para o projeto de investimento (Schroeder et al., 2005). Gitman (2001) observa o custo de capital como o retorno requerido pelos financiadores de capital para a empresa, e, portanto, a TMA que a empresa deveria considerar em seus projetos de investimento.

As empresas podem se financiar por meio de capital de terceiros (endividamento), capital próprio (emissão de novas ações ordinárias e/ou preferenciais), e de reinvestimento de lucros retidos, retendo parte ou todo dos dividendos devidos aos acionistas (retenção de lucros). Cada uma destas fontes de financiamento tem um custo específico para a empresa, que reflete as expectativas de retorno de longo prazo dos financiadores. Portanto, a taxa mínima de atratividade referenciada e que reflete o custo do capital da empresa, será determinante para aceitar ou não novos projetos de investimento que surjam na empresa.

No estudo de Sopper et al. (1995) os autores referem que modelos de financiamento instalados nas últimas décadas têm adotados mecanismos de controle de custos e gerenciamento de riscos e favorecem o aparecimento de novas formas de atuação dos hospitais quanto ao custeio dos serviços prestados com conseqüentes mudanças no processo gerencial. Para Barbosa (2003), o papel do gestor em instituições hospitalares demanda conhecimentos e articulação uma vez que as pressões que passam a atuar sobre este são diferentes daquelas que atuam sobre gerenciadores de outras organizações devido ao aspecto cultural de dissociação entre a assistência ao utente e os aspectos económico-financeiros da gestão.

Neste contexto, os modelos de governação podem influenciar na forma como a estrutura de capital é composta. A alavancagem financeira e a estrutura de capital estão intimamente ligadas aos conceitos relacionados com custo de capital e, também, às decisões quanto ao orçamento de capital (Campos, 2008). Morlock & Alexander (1986) apontam que os conselhos de administração corporativos tendem a ter mais influência sobre as questões orçamentárias do hospital do que em outros tipos de decisões no nível hospitalar.

Os sistemas de saúde apresentam, na sua grande maioria, graves problemas de financiamento, em grande parte devido à alteração do paradigma demográfico e da introdução de novas tecnologias, que resultam num contínuo aumento da despesa. Desta forma, os Estados são obrigados a adotar rigorosas políticas para contenção do crescimento da despesa, sendo que a que tem maior impacto na eficiência da prestação dos cuidados de saúde é o aperfeiçoamento do modelo de financiamento hospitalar.

Ainda sobre o financiamento, dois modelos de pagamentos aos hospitais, retrospectivo e prospetivo, emergem de acordo com sua natureza. O modelo retrospectivo apresenta-se na forma de reembolso das despesas incorridas pelos hospitais não existindo uma relação entre o financiamento e o nível de produção, bem como o desempenho obtido e, desta forma, não apresenta incentivos à eficiência nem ao controle de custos. Neste contexto, normalmente, insere-se os contratos de prestação de serviços hospitalares com as seguradoras e planos de saúde privados, mesmo que alguns dos itens de serviços negociados possuam valores fixos para pagamento, tais como valores de diárias e taxas de sala de centro cirúrgico. Contudo, apresenta a vantagem de possibilitar mais liberdade de atuação aos profissionais de saúde, potenciando a continuidade dos cuidados e, por vezes, aumentando a lucratividade hospitalar. O modelo prospetivo prevê o pagamento de uma quantia fixa, por doente, por tipo de atendimento (clínico ou cirúrgico) ou tipo de tratamento aos hospitais, independentemente dos custos incorridos por estes, incentivando a eficiência uma vez que transfere a responsabilidade financeira aos prestadores que devem promover os cuidados sem afetar a qualidade da prestação dos mesmos, como ocorre, por vezes, com os contratos de parceria público-privados onde, a título de exemplificação, um parto normal ou uma cirurgia cesariana possuem valores de pagamento pré fixados. Entretanto, este tipo de pagamento pode promover a seleção dos doentes potencializando a escolha dos casos de baixa severidade já que se torna vantajoso tratar de doentes com menores custos associados (Jegers et al., 2001). Quanto a forma como o dinheiro é atribuído aos prestadores de cuidados de saúde, observa-se:

- o modelo de pagamento baseado no ato, onde o pagamento é o somatório de todos os atos prestados ao utente;
- o pagamento por diária de internamento, que realiza o ressarcimento ao prestador de acordo com o número de dias que o doente esteve hospitalizado;
- o pagamento por caso clínico, cujo método mais utilizado é o Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDHs) que agrupa os casos homogêneos pautados nos diagnósticos primários e secundários;

- o pagamento por orçamento global, que atribui ao prestador um montante global que cobre todos os serviços prestados, durante um determinado período de tempo e é determinado com base na despesa histórica, volume de serviços prestados, população coberta e custos unitários fixos (Docteur & Oxley, 2003);
- a capitação, onde uma quantia fixa é atribuída por doente que integre um determinado nível de cuidados (Costa et al., 2008); e,
- o pagamento por desempenho, que recompensa financeiramente melhorias na eficiência dos hospitais pagando montantes diferentes com base nas diferenças de desempenho (Schneider, 2007).

Os sistemas de saúde estão sob enorme pressão de custos; tal fato não diz respeito apenas à Europa (Dlugosz, 2011), mas também à América do Norte (Knickman e Snell, 2002; Feierstein, 2012) e parte da Ásia (Chen et al., 2014) que experimentam exatamente o mesmo desafio. Hilmola & Henttu (2016) apontam que a produtividade e eficiência de custos são fatores importantes para as unidades de saúde e tem altos impactos nos desembolsos. Contudo, a importância de aplicar o capital com a expectativa de benefício futuro deve levar em conta não apenas os valores despendidos, mas a necessidade de resultados voltados a agregação de valor e à qualidade dos serviços prestados.

No setor hospitalar privado, o objetivo do lucro é essencial e, por vezes, um pequeno valor agregado não requer grandes investimentos (Lüleci et al., 2015). Para Siskou et al. (2008) o aumento do gasto privado em saúde e o desenvolvimento do setor privado estão associados ao aumento da demanda por serviços e a carência de recursos e financiamento público levando o setor privado a preencher a lacuna através do aumento do investimento.

2.3.2 Investimento em Saúde: Evidências Empíricas

O alinhamento entre a decisão de investir e o clima ou os valores locais são, em termos políticos, tidos pertinentes para a tomada de decisão (Kidholm et al., 2015). A tomada de decisão acerca de investimentos hospitalares é influenciada pelas características dos sistemas de saúde, nomeadamente em termos de seguro de saúde, métodos de financiamento e de reembolso (Wernz et al., 2014).

No ambiente competitivo os hospitais percebem que uma maneira importante de lidar com a concorrência é atraindo os utentes por meio de (i) instalação de novos serviços que permitam abranger o atendimento de uma ampla gama de utentes (Xue et al., 2008; Navarro et al., 2017), (ii) investindo em melhorias da estrutura física de forma que, aliada a boa qualidade de atendimento, possa transmitir organização dos serviços (Abedi et al., 2019), (iii) disponibilizar equipamentos modernos que auxiliem no diagnóstico e terapêutica (Shamayleh et al., 2020), bem como (iv) investimentos em Inovação e Desenvolvimento (I&D) que possibilitem, cada vez mais, utilizar bem os escassos recursos, melhorando o desempenho das instituições (Fasterholdt et al., 2017). A seguir, são apresentadas algumas evidências empíricas que focam no investimento em saúde.

Diferentes formas de investir no setor hospitalar são traduzidas em tecnologia e inovação (Pertile, 2006; Siskou et al., 2008; Naing et al., 2008; McGrady et al., 2010), mudanças na gestão de processos (Saleh et al., 2013; Van Katwyk et al., 2019), ampliação da infra-estrutura e instalação de novos serviços (Baker & Phibss, 2002; Van der Zwart, 2010), aquisição de novos equipamentos (Baker & Phibss, 2002; McGrady et al., 2010; Lee et al., 2019; Hai et al., 2020), entre outros, e reflete que o investimento pode levar à inovação, melhoria da eficiência e redução de custos, desde que os custos e benefícios das decisões sejam avaliados, em especial, quando se trata de parcerias público-privadas onde ocorre uma dependência intrínseca entre os montantes recebidos do Estado pelas prestações de serviços hospitalares privados e os investimentos à serem realizados.

Instalação de novos serviços. O setor saúde encontra-se em constante transformação em busca de melhor alocar seus recursos em conjunto com o fornecimento de melhores resultados na qualidade dos atendimentos. Recentemente, serviços diversos são planejados e instituídos tanto a nível hospitalar como em cuidados primários.

À nível hospitalar, Kosmisky et al. (2019) reviram a implementação e desenvolvimento de serviços de telefarmácia que garantem o acesso a um farmacêutico treinado em cuidados intensivos em um sistema de saúde, onde o uso da tecnologia para geração personalizada de alertas e proposta de intervenção com pedidos de medicamentos e notação gráfica é único. Ao mesmo tempo, o farmacêuticos da unidade de tratamento Tele-Intensivo (Tele UTI) empregam recursos limitados para fornecer experiência em farmácia de cuidados intensivos a vários locais dentro de um sistema de saúde, com benefícios clínicos e financeiros. Seguindo o uso de ferramentas digitais, uma Unidade de Tratamento Tele-Intensivo (Tele UTI), atendimento prestado a utentes críticos por médicos remotos, utilizando comunicações de áudio e vídeo e recursos de rede para obter informações em tempo real do utente a partir de monitores fisiológicos e do prontuário eletrônico, foi estudada por McLeroy et al. (2020) e utilizada para reduzir a mortalidade, melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados, diminuir o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva (UTI) e os dias de uso de ventilação mecânica dos utentes.

A recuperação aprimorada após a cirurgia é um atendimento multimodal focado na redução do estresse fisiológico e psicológico que envolvem reuniões educacionais e administrativas onde foi observado que os resultados dos utentes foram melhorados, como demonstrado pela diminuição do tempo de permanência, morbidade e mortalidade (Slakey et al., 2020). Artigo de Kingsnorth et al. (2020) descreve a evolução da infraestrutura de tradução de conhecimento em um hospital de reabilitação pediátrica para abordar barreiras à tomada de decisão com base em evidências e acelerar a captação de pesquisas para influenciar o atendimento clínico. O projeto, conhecido como Ciclo de Conhecimento em Ação, demonstram exemplos tangíveis de melhoria da qualidade da assistência médica por meio do investimento em recursos de tradução de conhecimento, processos e produtos de evidência personalizados.

Referente aos cuidados primários ambulatoriais, a atenção primária à saúde é uma força motriz para avançar em direção à cobertura universal de saúde e os sistemas de saúde orientados para a atenção

primária à saúde trazem enormes benefícios, mas requerem investimentos financeiros substanciais (Stenberg et al., 2019). Na Irlanda, um serviço de consulta do departamento médico virtual do ambulatório virtual, estabelecido em um departamento de cirurgia geral de um hospital universitário ajuda a reduzir a demanda de serviços ambulatoriais, reduzindo visitas de retorno desnecessárias, aumentando assim a capacidade de novos encaminhamentos (Meehan et al., 2019).

Outros factos relevantes residem no envelhecimento da população, uma crescente prevalência de doenças crônicas, maiores expectativas para atendimento de qualidade e custos crescentes com orçamentos limitados para a saúde onde a integração da assistência à saúde é vista como uma solução para esses desafios, como ocorre no Canadá (Trankle et al., 2019). Segundo estes autores, procura-se, que busca aprimorar a atenção primária e os resultados e experiências dos utentes com diabetes, doenças cardíacas e respiratórias implantando o *Western Sydney Integrated Care Program* (WSICP). Concluiu-se que este melhora a experiência dos utentes e prestadores de cuidados de saúde e a capacidade dos clínicos gerais de prestar cuidados na comunidade.

Serviços inovadores buscam reduzir os internamentos por meio de melhores acompanhamentos na atenção primária à saúde como é o caso relatado por Roberge et al. (2019) de um programa de navegação virtual do utente em saúde comportamental de 45 dias. Este permitiu a diminuição da hospitalização entre utentes que apresentam ao pronto-socorro uma crise ou necessidade de saúde comportamental. Outro programa de artes visuais de 12 semanas aplicado a utentes com demência na Inglaterra e no País de Gales aborda, pela primeira vez, a análise do retorno social do investimento (Jones et al., 2020) demonstrando os principais ganhos. Por sua vez, para Alves et al. (2020) o telemonitoramento obstétrico pode melhorar o atendimento gestacional, reduzindo a necessidade de locomoção, e pode ser usado em diferentes contextos para permitir a detecção precoce de complicações e a prevenção de intercorrências, fornecendo intervenção local antes da hospitalização. Hospitalizações potencialmente evitáveis entre utentes com câncer de próstata, no modelo de atendimento oncológico, foi transferido para um modelo de atendimento agudo no ambulatório mostrando que o investimento em serviços de atendimento intensivo ambulatorial especializado para utentes oncológicos pode levar a uma economia de custos substancial (Smith et al., 2020).

Melhorias/ ampliação da estrutura física. No século XIX e no primeiro semestre do século XX, as acomodações hospitalares consistiam em grandes enfermarias com várias camas com até 20 utentes e salas semiprivadas ou privadas para aqueles que podiam pagar. Os utentes receberam atendimento nessas instalações por décadas após o *design* se tornar obsoleto. A maioria dos hospitais modernos possui declarações públicas de valor sobre segurança, dignidade, privacidade e atendimento centrado no utente e uma maneira tangível de demonstrar comprometimento com esses valores seria dar aos utentes sua cama com seu próprio banheiro em um quarto individual (Detsky, 2008). As condições de infraestrutura devem ser levadas em consideração ao projetar e implementar diferentes tipos de programas de prevenção, cuidados primários e à nível hospitalar (Krug et al., 2014).

O Plano de Desenvolvimento Hospitalar (PDH) trata-se de um instrumento gerencial e organizacional do espaço físico, do uso e ocupação do território, aplicações dos padrões legais, a fim

de interagir as ações dos gestores, dos operadores e dos usuários (Góes, 2011) e tem como produto final, um conjunto de diretrizes de desenvolvimento, englobando a programação, as edificações, a infra-estrutura, os equipamentos e a programação de investimentos. Para a elaboração do Plano Estratégico é necessário a coleta e análise de informação que determinem o perfil financeiro e patrimonial do estabelecimento, situação econômica, perfil social (usuários e funcionários), infra-estrutura e serviços públicos disponíveis (segurança, transporte e suprimento), situação ambiental e áreas livres, ocupação e estrutura espacial, aspectos jurídicos institucionais e administrativos (Adegbesan, 2009; Wang et al., 2017).

A ampliação de um hospital está vinculada principalmente à opção pelo crescimento, entendendo-se que este crescimento seja menos uma opção e mais uma necessidade da empresa hospitalar de alta complexidade de ter porte suficiente para viabilizar os investimentos e o custeio dos recursos que precisa dispor para manter um padrão de qualidade que a mantenha competitiva no mercado. Não ter condições de atualizar-se tecnologicamente é mortal neste negócio. Nesta linha poderíamos então dizer que escala é um recurso estratégico que estas empresas precisam incorporar tempestivamente na busca de vantagem competitiva no futuro, ou no mínimo para que, no futuro não se coloquem em uma situação de desvantagem competitiva (Porter & Teisberg, 2006). Outra face da questão do crescimento que pôde ser percebida neste estudo foi o das empresas que têm a visão de que precisam fortalecer as posições que detêm, principalmente em mercados locais, contra eventuais ameaças de novos entrantes. Crescer também significa maior poder de negociação junto às operadoras de planos de saúde, compradores de serviços, bem como junto a fornecedores (Timpka et al., 2009). Novas frentes de pesquisa têm sido adotadas com o objetivo de melhor utilizar dos recursos disponíveis, a exemplo de Zhang e Augenbroe (2018) que fizeram uso de uma combinação ideal de medidas operacionais e de *design* em um projeto de modernização para oferecer a maneira mais eficaz de reduzir os encargos de demanda de energia, aumentando a flexibilidade energética e a eficiência de edifícios em hospitais.

Aquisição de máquinas e equipamentos. A existência de recursos financeiros no hospital é relevante para a aquisição de tecnologias e equipamentos necessários para atender as necessidades do utente sendo que cortes no investimento de capital de um hospital têm implicações negativas para os resultados dos utentes. Para Choi (2017) os hospitais privados são menos propensos a enfrentar restrições de financiamento porque podem diversificar os riscos obtendo receita de uma ampla gama de serviços advindos de diferentes contratos, onde ter diversas fontes de receita também significa que é menos provável que os hospitais sejam afetados pelas interrupções nas linhas de serviço ou pelas flutuações na demanda por serviços. Além disso, os hospitais, principalmente de alta complexidade e/ ou grande dimensão, podem ter maior poder de negociação com pagadores e fornecedores para gerar lucro maior.

Alguns autores apontam para a disponibilidade da tecnologia de ponta, estar disponível no setor privado e em alguns hospitais do setor público, dificultando muitas vezes o acesso dos utentes (Lee et al., 2013; Callea et al., 2017; Edger, 2017), a exemplo do que decorre na investigação de Grover et

al. (2017) ao verificarem que mais 75% dos usuários do setor público na Índia não têm acesso a radioterapia tornando necessário um compromisso do governo com a compra de máquinas e o desenvolvimento de recursos humanos no setor público para melhorar o acesso. Os hospitais têm que lidar com tomadas de decisão sobre o desenvolvimento inicial e o investimento em tecnologias. Neste sentido, FASTERHOLDT et al. (2017) fornecem uma visão geral dos modelos para avaliação precoce em diferentes organizações de saúde e discute quais modelos são mais promissores para os tomadores de decisão do hospital e observam que a maioria dos estudos de avaliação eram variantes da análise tradicional de custo-efetividade e a incerteza foi tratada principalmente por simples sensibilidade ou análise de cenário. Muitas são as tecnologias traduzidas em equipamentos que trazem inovação dentro dos hospitais como um sistema eletrônico de monitoramento de higienização das mãos que rastreia, em média, mais de 220.000 eventos (taxa de conformidade de 85%) mostrando que os benefícios de investimentos em sistemas de monitoramento eletrônico como este dependem de um ambiente colaborativo e do comprometimento das lideranças (Edmisten et al., 2017). Ainda, a implantação de um equipamento de distribuição automatizado de medicamentos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado no Brasil (De-Carvalho et al., 2017) que reduziu o tempo de trabalho entre os enfermeiros, auxiliares administrativos e farmacêuticos e permitiu a recuperação do investimento inicial, em cinco anos, apenas com a economia de recursos humanos.

O aumento dos investimentos em novos equipamentos gera resultados positivos, como diagnósticos detalhados, tratamentos bem-sucedidos e prevenção eficaz de doenças, bem como na expansão da lucratividade com relação ao gerenciamento de negócios (Clou et al., 2018; Dubas-jakóbczyk et al., 2018; Mesma et al., 2019). Por outro lado, a adoção de novas tecnologias médicas podem gerar perdas de eficiência associadas à aquisição excessiva ou insuficiente de novos equipamentos (Shishkin & ZASIMOVA, 2018; ÅHMAN et al., 2018). Estudo de HONG (2018) verifica que após a aquisição de scanner de tomografia computadorizada, houve um aumento significativo nas solicitações de exames, possivelmente associado a necessidade de restituir com brevidade o capital investido (Imai et al., 2019; Botwe et al., 2020). Para AVDEYEV et al. (2019) descrever o desenvolvimento e as atividades para avaliar a implantação de tecnologia em saúde hospitalar proporciona uma base para tomar decisões gerenciais informadas, identificar as principais direções para o desenvolvimento estratégico e melhorar a gestão hospitalar. A título de exemplo, estudo de PEREIRA-ARIAS et al. (2019) que verificaram desvantagens financeiras para um hospital que investiu altos valores numa plataforma de cirurgia robótica e teve dificuldades de reaver o capital investido devido ao baixo volume de cirurgias realizadas pela qualificação de poucos profissionais médicos evidenciando que a carência prática de membros das equipes cirúrgicas podem trazer resultados negativos na implantação de novos equipamentos (ASTOLFI et al., 2020; MEDCALF et al., 2020; KIWANUKA et al., 2020).

Inovação e Desenvolvimento (I&D). Novas intervenções necessitam de maior desenvolvimento em relação ao custo-benefício, valor do investimento e do treinamento necessários para disponibilizar certas tecnologias, como no uso de ultrassom endoscópico intervencionista para a prática gastroenterológica em países subdesenvolvidos (LESMAÑA et al., 2017). A inovação tecnológica origina melhores resultados, mas também suscita gastos com a saúde, gerando a necessidade de

manutenção de um equilíbrio adequado entre o acesso do utente aos cuidados modernos e a sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde. Adicionalmente, exige a Avaliação das Tecnologias de Saúde (ATS) e as compras centralizadas para governar a introdução e difusão de novas tecnologias (Callea et al., 2017). Scott et al. (2017) avaliaram uma inovação em Dakota do Norte onde um projeto de telefarmácias foi desenvolvido, financiado com subsídios federais, criando a infraestrutura necessária para apoiar o desenvolvimento de sites de telefarmácia.

Melhorar a qualidade de atendimento, levando a uma redução de hospitalizações desnecessárias, readmissões e visitas a departamentos de emergência, além de uma economia total de custos foi o objetivo de modelos inovadores de pagamento e prestação de serviços nos EUA. Neste âmbito, surgiu com o programa de assistência médica coordenada a crianças com complexidade médica fornecendo uma combinação de intervenções de alta e baixa tecnologia para conectar utentes, partes interessadas e fornecedores (Glassgow et al., 2017).

As tecnologias também representam um desafio significativo para a inovação no setor de saúde. Van De Wetering (2018) desenvolve um modelo que explica como a "troca de informações sobre saúde" e a "capacidade de informação" aprimorada coletivamente conduzem a "capacidade de suporte à decisão clínica" de um hospital. Ideias inovadoras fluem no âmbito hospitalar com enfermeiros que utilizam e desenvolvem novas ações gerenciais para o desenvolvimento do capital estrutural (Cordeiro et al., 2018) e identificam os componentes que precisam ser otimizados para seu uso e desenvolvimento. Recentemente, foi desenvolvida uma calculadora de valor do farmacêutico de saúde da população que visa reduzir 30 dias evitáveis e relacionados com medicamentos por todas as causas, readmissões hospitalares e visitas ao departamento de emergência para utentes idosos e melhorar o desempenho de qualidade relacionado a medicamentos para utentes não controlados com diabetes e hipertensão (Sacro et al., 2020). Também num departamento de emergência um *design* do componente do fluxo de produção de serviços, seguindo ideias de modularidade, que determinam a sequência de ações necessárias para gerar um serviço eficiente e de alta qualidade foi estudado por Barros (2019). Este autor, identificou uma redução de 80% no tempo de espera para a realização de exames e, com isso, um aumento na resolução da consulta para utentes cardiológicos de 24%, o que significa um aumento significativo na qualidade.

Outra abordagem (Murray et al., 2020) leva em consideração que fatores sociais influenciam nos resultados de saúde dos indivíduos, o que levou os autores a verificar as organizações de prestação de contas que estão trabalhando para atender às necessidades sociais de seus utentes e integrar serviços sociais a cuidados médicos. A inovação foi restringida pelas dificuldades das organizações de prestação de contas em determinar a melhor forma de abordar o retorno do investimento, uma vez que, em se tratando de determinantes sociais, existe dificuldade em se medir os ciclos de financiamento para apurar o retorno dos investimentos.

2.3.3 Risco de Dívida e Risco a Nível de Investimento

A preferência pelas formas de financiamento das atividades tem um alto impacto nos tipos de projetos almejados, bem como nas respectivas partes interessadas (Turner et al., 2015). Essas decisões são altamente complexas e podem ser influenciadas por custos de agência (Jensen & Meckling 1976; Myers 1977), informações assimétricas (Myers 1984; Myers & Majluf 1984), interações produto / insumo (Sarig, 1998) e considerações de controle corporativo (Jensen 1986; Turner 2014). A estrutura de capital também é claramente influenciada por índices históricos e desempenho financeiro projetado (Lemmon et al., 2008).

Para hospitais de propriedade privada, o uso da alavancagem tem o potencial de ampliar os retornos para os acionistas, desde que o retorno dos ativos seja superior ao custo da dívida. Estes hospitais, por vezes, dependem mais fortemente da dívida, como fonte de financiamento para suas operações financeiras de longo prazo. Assim, as decisões de estrutura de capital podem ser direcionadas para reduzir a carga tributária, o que se torna possível pela dedução dos juros da dívida à matéria coletável. Turner et al (2015) indicam que os gerentes de empresas de hospitais privados devem considerar os benefícios fiscais compensatórios e os custos de falência ao decidir sobre os ajustes em sua atual estrutura de capital. Hospitais de propriedade privada têm maiores incentivos fiscais para usar dívida em sua estrutura de capital, mas o maior uso de dívida coloca mais risco financeiro nesses hospitais.

Muitos hospitais ainda enfrentam uma infinidade de opções sobre como financiar seus investimentos. Para um projeto, orientado para imóveis ou equipamentos, um hospital pode optar por estruturar o projeto por meio de opções de financiamento de taxa fixa ou variável. Os resultados do estudo de McCue e Kim (2007) indicam que hospitais que emitem dívida de taxa variável em seus investimentos têm menor alavancagem financeira, porém, obtêm maiores lucros das operações mesmo tendo, por vezes, uma alta taxa de camas desocupadas. Possivelmente são hospitais que tratam de casos com maior complexidade e que resultaram em pagamentos mais altos apontando que, no geral, gerentes de hospitais e membros de conselhos de hospitais que possuem um forte desempenho financeiro têm interesse em utilizar dívidas de taxa variável para reduzir seu custo de capital.

Para Becker e Koch (2006) os hospitais devem acolher o conceito de alocação como estratégia dominante ou seja, muitas vezes, os hospitais investem significativamente em uma linha ou categoria de serviço. Observa-se que os hospitais que fazem investimentos em certos tipos de linhas de serviço, como cirurgia, imagem, oncologia, ortopedia ou neurocirurgia, têm um desempenho muito bom e, embora a estratégia de diversificação tenda a mitigar os riscos associados aos recebimentos, torna-se também relevante os hospitais foquem em uma linha de serviço ou uma especialidade em que possam se tornar conhecidos e reconhecidos como um fornecedor-chave em sua comunidade e se tornar o fornecedor de escolha distinto. Em essência, eles devem desenvolver algum motivo específico para a existência, à medida que as linhas de receita mudam e a concorrência se desenvolve.

Na análise de um investimento, segundo De Marco et al. (2012) os tipos de fontes de risco que podem influenciar a participação percentual do financiamento, ou seja, o risco econômico ligado ao nível de endividamento que afeta a disponibilidade de recursos para realizar o investimento total; o risco

financeiro associado à solidez; o risco de construção em virtude das dimensões e complexidade do escopo do projeto; e o risco de mercado através do prazo de duração da concessão e da variedade de serviços concedidos. Em outras palavras, o nível de financiamento inicial é a principal forma de reduzir o ônus dos riscos do projeto sobre os ombros dos hospitais privados. Além disso, sendo que, a avaliação de risco de projetos no setor de assistência médica, é comprovadamente central na definição do tipo de financiamento do projeto de investimento (Akintoye & Chinyio, 2005). Assim, o risco financeiro está associado ao tipo de financiamento utilizado e, conseqüentemente, ao nível de endividamento do hospital. Brealey e Myers (1992) salientam que os acionistas das empresas com um nível de capital alheio moderado tendem a desvalorizar o risco financeiro, não alterando a rentabilidade exigida, ou seja, a remuneração do capital próprio exigida. Somente exigirão uma rentabilidade maior quando esse nível começar a tornar-se excessivo.

2.3.4 Análises de Desempenho Hospitalar como suporte à Tomadas de Decisão de Investimento

Os hospitais apresentam serviços complexos, vitais que consomem uma parte significativa dos recursos financeiros do setor de saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Mohammadkarim et al., 2011; Markazi-Moghaddam et al., 2016). O gerenciamento de desempenho é uma das componentes essenciais para qualquer organização e, desta forma, para estar ciente da conformidade e qualidade de suas atividades, uma organização precisa de um sistema de avaliação eficiente e preciso, que capacite os gerentes a controlar, monitorar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde e o desempenho da organização (Lin et al., 2013). Recursos disponibilizados por diferentes métodos de avaliação de desempenho, tais como abrangência, comparabilidade, mensurabilidade e compatibilidade com os objetivos vantagens como a identificação de oportunidades de melhoria, melhoria da qualidade da saúde, eficiência e responsabilidade, contribuição para a tomada de decisões, transparência e justificativa das decisões para as partes interessadas (Nsamzinshuti et al., 2014). A medição de desempenho é um desafio contínuo para gerentes e beneficiários e, na era atual, também desempenha um papel vital no sucesso das organizações.

As aplicações de avaliação de desempenho (AD) hospitalar por meio de indicadores estão associadas a abordagens de melhoria da qualidade em saúde, acreditação e certificação hospitalar (Forgia & Couttolenc, 2009) e por vezes, são conciliadas na abordagem da *Total Quality Management (TQM)* que se destaca por abranger ferramentas de gestão baseadas em indicadores focando a avaliação de processos, a partir de conhecimentos e práticas essenciais à organização e aos clientes (Paladini, 2011; Stevenson et al., 2018). São atividades da TQM: definição de objetivos, criação de estrutura gerencial, formação de pessoas e seleção de mecanismos de avaliação, entre os quais se destacam os indicadores de desempenho (Robin, 2008) que traz, como resultado de uma aplicação eficaz de indicadores, o aumento do conhecimento sobre pontos críticos nos processos, permitindo uma avaliação contínua da eficiência destes, proporcionando informações mensuráveis que permitam descrever a realidade organizacional. Na atualidade, o uso de indicadores em sistemas integrados de

informação tem aperfeiçoado o resultado financeiro dos hospitais, promovendo a transparência nas ações (Salampessy et al., 2019). O monitoramento por indicadores pode contribuir para a melhoria da qualidade, produtividade e baixo custo nos serviços de saúde, quando combinado com outras ferramentas de gestão e alinhado à estratégia organizacional (Comendeiro-Maaløe et al., 2019). O gerenciamento do desempenho hospitalar é uma questão multidimensional, cada dimensão tendo seu próprio significado. Com base nas evidências, os indicadores dependem do modelo de avaliação empregado, do objetivo da avaliação e das opiniões dos gerentes executivos e participantes do estudo. A seleção dos indicadores mais adequados é, portanto, a chave para um sistema abrangente de avaliação de desempenho (Pourmohammadi et al., 2018).

A administração estratégica dos recursos hospitalares envolve diferentes aspectos, tais como criação e compartilhamento de conhecimento (Kaper et al., 2020) que pode diminuir custos com medicamentos (Mohan et al., 2019), aumentar a satisfação dos clientes (Sherafat et al., 2019), melhorar o tempo do ciclo de serviços (Neves et al., 2019), diluir a demanda sobre os profissionais (Luo et al., 2019) e gerar serviços de excelência (Kulkarni et al., 2019).

Introduzido em 1992 como uma ferramenta de gerenciamento contábil, o *Balance Scorecard* (BSC) traduz a missão, estratégias e objetivos da organização em medidas de desempenho (Rababa'h, 2014) e ajuda as organizações a dominarem a avaliação eficaz da função organizacional e o desempenho estratégico, aspectos financeiros e não financeiros (Kocakulah & Austill, 2007). Com quatro perspectivas (cliente, processo interno, aprendizado e crescimento e financeiro), as vantagens mais importantes do BSC são as de preparar instrumentos adequados para as futuras condições competitivas dos gerentes, fornecer um suporte à decisão na gestão estratégica, propiciar instrumento utilizável para apresentar uma visão mais abrangente dos negócios e ajudar as organizações a obter benefícios a longo prazo (Kopecka, 2015). Ao usar o BSC, as relações de causa e efeito são muito importantes, pois ajudam a aplicar recursos não financeiros na previsão do desempenho financeiro (Rahimi et al., 2018). Diversos e diferentes métodos são utilizados com o objetivo de melhorar o desempenho organizacional (Tabela 2).

O Seis Sigma é uma estratégia de melhoria de processos que gera uma redução importante de defeitos ou erros em qualquer processo. Processos aprimorados levam à satisfação do cliente, aumento da participação no mercado, rentabilidade dos negócios, sendo considerada uma influente ferramenta desenvolvida para acelerar a melhoria da qualidade do produto, processo e serviço, concentrando-se na redução da variação e na eliminação de desperdícios (Gijo & Sarkar, 2013; Bhat et al., 2019). Para fins do setor de saúde, o *Lean* é definido como um sistema operacional, de gerenciamento geral, que emprega uma cultura de melhoria contínua que habilita os funcionários da linha de frente (enfermeiros, médicos, outros prestadores de cuidados) a resolver problemas e eliminar desperdícios, padronizando o trabalho para melhorar o valor de cuidados prestados aos utentes (Shortell et al., 2018).

Tabela 2: Principais métodos e contribuições para análise de desempenho

Métodos	Principais conceitos	Principais contribuições
Avaliação de Desempenho hospitalar por meio de indicadores (AD)	Informação	- Foco na gestão da qualidade e na TQM, avaliação de custos, flexibilidade, preço. Avaliação, controle e planejamento. Identificação de pontos críticos. - Envolvimento dos recursos humanos para promover melhoria contínua, eficiência e eficácia de processos.
Administração Estratégica de serviços hospitalares (AE)	Estratégia	- Conhecimento como recurso estratégico. - Desenvolvimento do conhecimento é crucial para agregar valor em serviços hospitalares. - Controle de recursos escassos deve ser acessado pela aquisição de habilidades, criação e compartilhamento do conhecimento, aprendizagem e <i>know-how</i> .
<i>Balanced Scorecard</i> (BSC)	Informação e estratégia	- Avaliação eficaz da função organizacional e desempenho estratégico. - Enfatiza os aspectos financeiros e não financeiros. As quatro perspectivas do BSC são o cliente, processo interno, aprendizado e crescimento e financeiro. - O BSC é usado para rastrear os principais indicadores de desempenho e medir a taxa de sucesso dos programas de melhoria da qualidade em muitas organizações de saúde.
Seis Sigma	Estratégia	- Visa em concreto o aumento da cobertura, adequação dos processos através da redução das causas da sua variabilidade e, neste contexto, da produção de erros/defeitos. - É dirigido por um entendimento das necessidades do cliente, uso disciplinado de fatos, dados e análise estatística, e atenção diligente para gerenciar, melhorar e reinventar processos de negócios. - Possui cinco fases com foco em processo: Definir, Medir, Analisar, Melhorar, Controlar.
Método <i>Lean</i>	Informação	- Conjunto de ferramentas desenvolvidas para reduzir o desperdício associado ao fluxo de materiais e informações. - Melhora a eficiência, reduz o desperdício e aumenta a produtividade. - Os benefícios, portanto, são múltiplos: maior qualidade do produto, maior eficiência e melhor gestão de recursos.
<i>Lean Six Sigma</i> (LSS)	Informação e estratégia	- O LSS primeiro enfatiza o uso de metodologias e ferramentas <i>Lean</i> para identificar e remover desperdícios e aumentar a velocidade do processo, e segue isso com o uso de metodologias e ferramentas <i>Six Sigma</i> para identificar e reduzir ou remover variações de processos.

Para Ciulia et al. (2018) o *Lean Six Sigma* (LSS) propicia a melhoria de processo pois maximiza o valor das partes interessadas, melhorando a qualidade e a velocidade, enquanto diminui o desperdício e os custos dos produtos ou serviços (Ciulia et al., 2018). A metodologia LSS tem sido aproveitada em muitas organizações de saúde para aumentar as atividades de valor agregado para atender às necessidades de seus utentes (Argawal et al., 2016) melhorando o desempenho da qualidade da assistência médica, como atendimento de enfermagem, segurança do utente, reduzindo a permanência hospitalar e tempo de espera para atendimentos (Cançado et al., 2019). Estudo de Ahmed et al. (2018) verifica que existem diferenças significativas entre a equipe do hospital público e privado em iniciativas de gerenciamento *LSS* e tais diferenças deram-se, em especial, devido ao maior envolvimento das equipes do hospital privado. Observou-se que o setor de saúde privado tem crescido rapidamente nas últimas duas décadas e está desempenhando um papel importante no setor de saúde para fornecer melhores serviços médicos aos utentes, como o desenvolvimento de hospitais especializados para doenças graves e contínuas melhoria na tecnologia da informação em saúde (Teo, 2013).

3 Metodologia da Investigação

O Brasil foi escolhido para o estudo por integrar sistema de saúde universal e passível de comparação através das seguintes dimensões: reformas no setor saúde, organização, financiamento das ações e serviços de saúde, prestação e regulação dos serviços (Figueiredo et al., 2018), coexistência de serviços públicos e privados, semi-descentralizados; a assistência médica no Brasil é guiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Canadá foi elencado como o país a ser comparado com o Brasil pelo fato do sistema de saúde ser fornecido através de uma assistência financiada com fundos públicos, cujos serviços, que são em sua maior parte providos pelo governo local para o público canadense, são fornecidos também por instituições privadas (descentralização completa, a saúde é de responsabilidade das províncias e territórios). As fundações da assistência médica no país são guiadas pelo *Canada Health Act*. A regulação é de responsabilidade de cada província e território, cada uma regulando suas próprias regras. Cada província e território fornece um sistema de assistência médica pública, popularmente chamada de *Medicare*. O governo federal, através do *Canada Health Act* e emendas, exige um padrão mínimo de qualidade e assistência que as províncias e territórios seguem. A análise dos gastos em saúde, extraídos e compilados da base da *World Health Organization* (OMS, 2017) para os dois países selecionados, é exposto na Tabela 3. A despesa de saúde privada per capita (em US \$) no Brasil representa quase a metade quando comparada com o Canadá, dados que reforçam o porquê da escolha destes dois países para o estudo.

Tabela 3: Gastos em Saúde no Brasil e Canadá

Indicadores	Brasil	Canadá
Despesa em saúde atual (%) Produto Interno Bruto (PIB)	9,47	10,57
Despesa com saúde privada (%) despesa em saúde atual	58,05	26,28
Despesa de saúde do governo geral nacional <i>per capita</i> (em US \$)	929	4755
Despesa de saúde privada <i>per capita</i> (em US \$)	539,2	1250
Mecanismos de financiamento compulsório (%) do gasto em saúde atual	41,94	70,56
Acordos de financiamento voluntário (%) das despesas em saúde atuais	58,06	29,44

Fonte: OMS (2017).

3.1 TIPO DE ESTUDO

A utilização de métodos mistos em pesquisa tem sido crescente em inúmeros campos do conhecimento. A conjugação de elementos qualitativos e quantitativos possibilita ampliar a obtenção de resultados em abordagens investigativas, proporcionando ganhos relevantes para as pesquisas complexas realizadas no campo da Saúde. Minimizando possíveis dificuldades na conjugação de práticas investigativas quantitativas e qualitativas, tais pesquisas podem produzir resultados relevantes, assim como podem orientar caminhos promissores a serem explorados por pesquisadores. Diante da riqueza oriunda de práticas de cunho qualitativo, e das possibilidades de quantificação de inúmeras variáveis que podem ser analisadas na esfera da Saúde, há um amplo leque de caminhos investigativos a serem explorados na realização de pesquisas que envolvam os processos de investigação (Creswell, 2007).

Os métodos mistos combinam os métodos predeterminados das pesquisas quantitativas com métodos emergentes das qualitativas, assim como questões abertas e fechadas, com formas múltiplas de dados contemplando todas as possibilidades, incluindo análises estatísticas e análises textuais. Neste contexto, opta-se por iniciar com coleta de dados e análise qualitativa que, posteriormente, servirá de alicerce para se formular a estrutura do questionário, a coleta e a análise de dados quantitativos, com a interpretação posterior de toda a análise. A Figura 5 apresenta o protocolo que serve de base para a construção deste estudo.

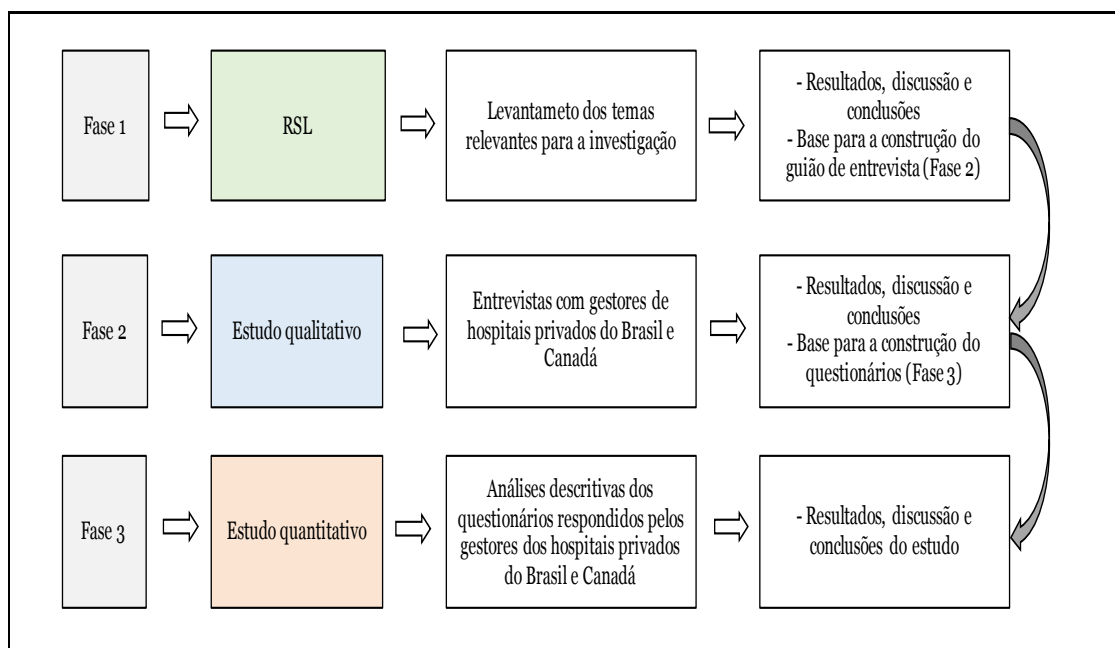


Figura 5: Protocolo do estudo

A identificação do universo (N) da investigação, para cada país é pautada na classificação do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Sistema Único de Saúde e DataSUS (2019), apresentado na Figura 6. Embora incorram em diferentes tipos de classificações hospitalares, o uso da classificação brasileira possibilita a equiparação entre os dois países, por ter o formato mais simples e de possível identificação no que diz respeito a caracterização (dimensão e complexidade). Desta forma, a investigação se limitará aos hospitais privados e /ou com parceria público-privada, que possua Média, Grande ou Dimensão Especial e que atendam aos utentes que necessitem de procedimentos com Média ou Alta Complexidade (Tabela 4).

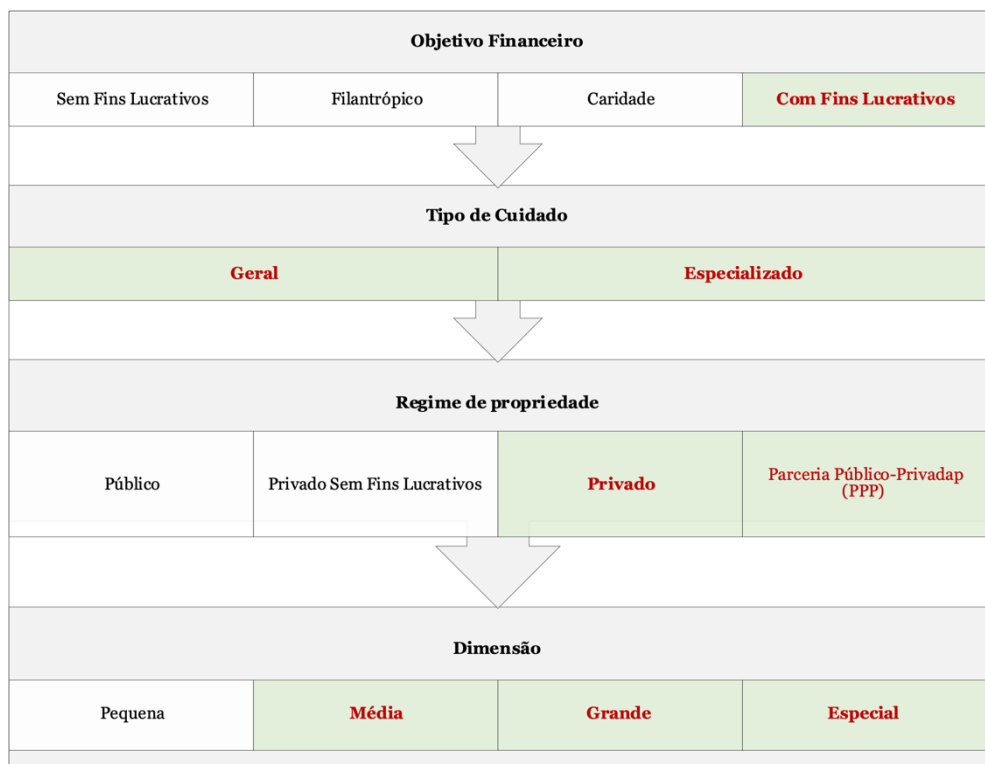


Figura 6: Classificação dos hospitais. Fonte: adaptado de DataSUS (2019)

Tabela 4: Características dos hospitais, estabelecidas para a coleta de dados na etapa quantitativa da investigação

Tipo de Administração (1)	Dimensão Hospitalar (2)		Complexidade Hospitalar (3)	
Particular	Média	51 a 150 camas	Média	Possui Atenção em Terapia Intensiva, Cirúrgica e Anestésica e Materno-Infantil
	Grande	151 500 camas	Alta	Possui as características da Média complexidade acrescidos da Atenção Radioterápica, Quimioterápica e/ou Atenção ao Renal Crônico
	Especial	501 camas ou mais		

Fonte: Adaptado do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2020) do Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde (MS), Brasil

A Figura 7 apresenta a síntese do processo de investigação utilizado.

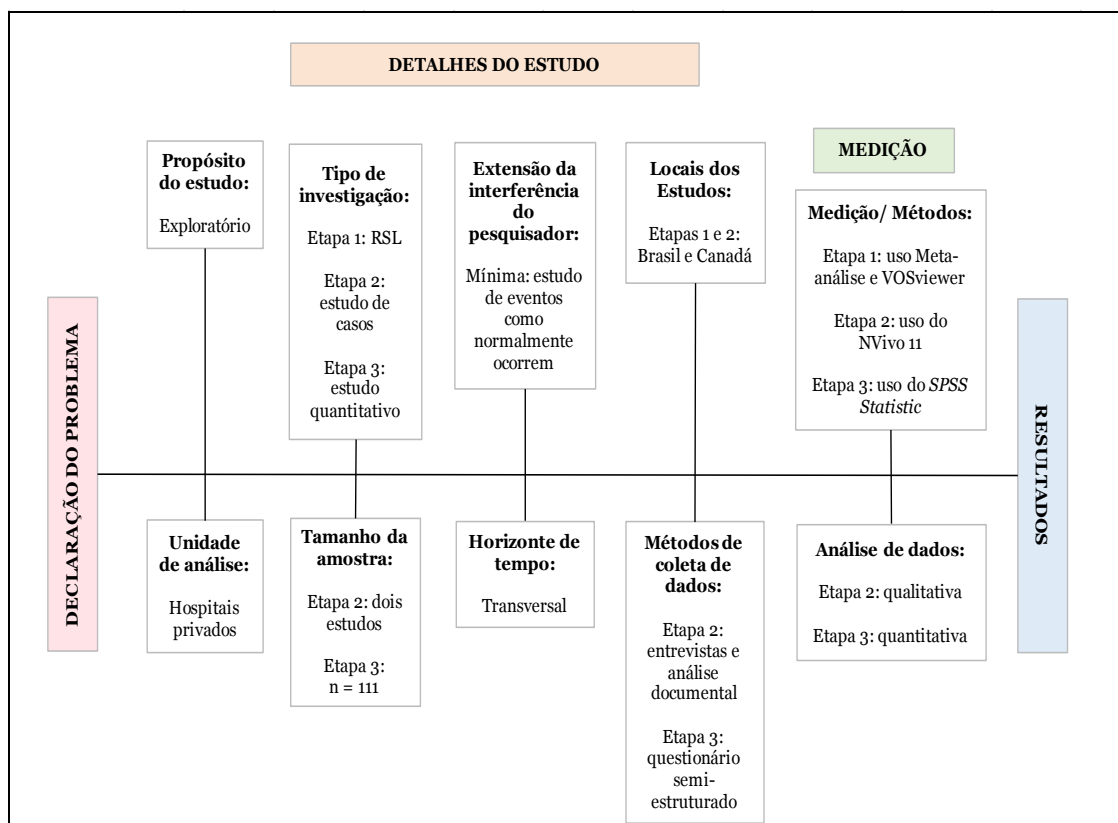


Figura 7: O processo de investigação, adaptado de Allen (2017)

3.1.1 Etapa Qualitativa

A etapa qualitativa do estudo é dividida em duas partes. Na primeira parte, uma revisão sistemática da literatura (RSL) é realizada, como forma inicial, para identificar os temas emergentes relacionados a gestão de recursos de hospitais e com o intuito de averiguar se as diferentes formas de governação corporativa no setor Saúde influenciam na regulação, formação de políticas e na qualidade da assistência médica. Uma busca nas bases de dados *Scopus* e *ISI Web of Science* pelas palavras-chave “saúde, governação corporativa” resultou em 906 artigos que, após limitações como período (2015 a 2019), tipo de documento (artigos e revisões), em inglês, e algumas limitações de área e categoria, resultando em 167 artigos. A *Grounded theory*, o uso da meta-análise Prisma (Liberati et al., 2009) e a análise de coocorrência de palavras-chave (VOSviewer) permitem a formulação de um modelo conceitual (Figura 8). O *software* VOSviewer, um programa de computador disponível gratuitamente, é utilizado para a construção e visualização de mapas bibliométricos de uma forma fácil de interpretar e, por meio de uma adaptação da meta-análise Prisma (Liberati et al., 2009), a qualidade das análises realizadas na RSL é ampliada devido a replicabilidade e transparência de abordagem. A Prisma consiste de uma lista de 27 itens e um diagrama de fluxo de quatro fases, podendo ou não utilizar métodos estatísticos (a depender dos objetivos das análises). A lista inclui itens considerados essenciais para a comunicação transparente de uma revisão sistemática e foi desenvolvido utilizando uma abordagem baseada em evidências, sempre que possível. Se itens da lista de verificação foram incluídos sem evidência o item é associado com aumento do risco de viés,

para garantir a confiabilidade de uma revisão. Trata-se de uma ferramenta que visa sistematizar, passo a passo, todos os componentes contidos numa revisão da literatura. Existe o risco de o tópico ter um amplo escopo e, portanto, os artigos foram analisados caso a caso, para que sua inclusão ou exclusão pudesse ser realizada sistematicamente. Para minimizar o risco de viés, ao usar o método meta-análise Prisma, os objetivos da revisão foram claramente definidos, sendo a metodologia explícita e reproduzível. Além disso, os estudos identificados atendem aos critérios de elegibilidade e foram incluídos resumos das características e resultados dos estudos.

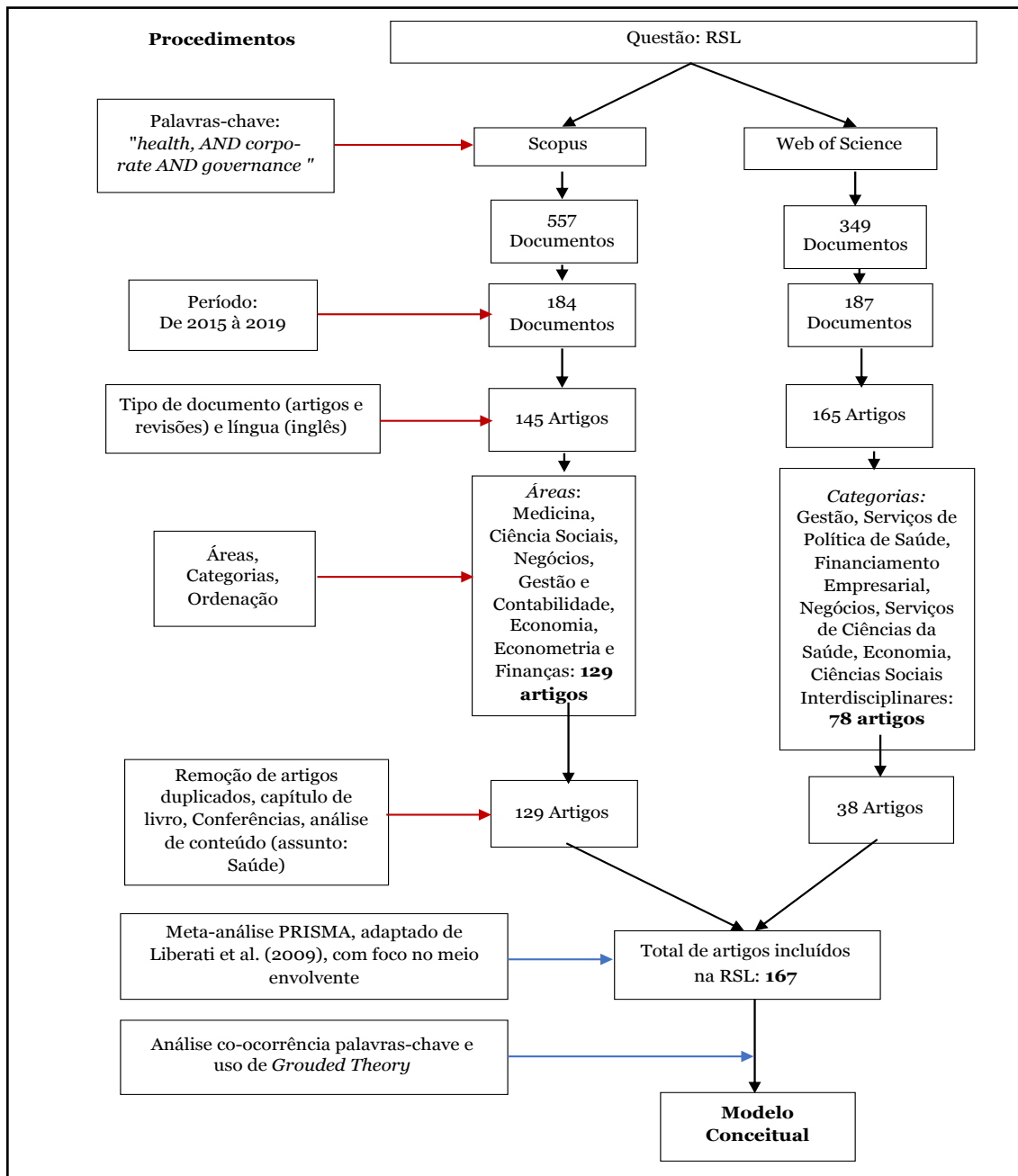


Figura 8: Triagem dos artigos da RSL

Na parte dois, são realizados dois estudos de caso, um em cada país (Brasil e Canadá), em hospitais especializados privados, com mesma Dimensão e Complexidade. Para a triangulação de dados

emprega-se o uso de duas principais fontes de evidências para os dados empíricos: documental e entrevistas. A maioria dos dados primários para a análise são coletados a partir de entrevistas em profundidade com os gestores administrativos e/ou financeiros, cujo guião encontra-se no Apêndice B. O roteiro da entrevista foi elaborado a partir da revisão da literatura e testado com um entrevistado em cada país para que a linguagem pudesse ser adaptada e, desta forma, tornar a compreensão mais clara e fácil. As entrevistas foram realizadas em abril de 2020, na língua materna do entrevistado (inglês ou português), face a face ou via Skype e variaram entre 60 e 80 minutos, 70 minutos em média. Foram transcritas palavra por palavra e as identidades dos entrevistados foram ocultadas anteriormente a análise de dados.

Os dados foram analisados indutivamente usando um método convencional de análise de conteúdo (Hsieh & Shannon, 2005). O subconjunto de transcrições de entrevistas, semiestruturadas, com perguntas fechadas, é então estudado e um livro de “código aberto” e desenvolvido com o uso do *software* NVivo 11 (*Qualitative Software Research International*) em busca de pontos comuns, o que envolveu colocar extratos de dados em um procedimento de agrupamento temático (Nowell et al., 2017) organizando e analisando dados não numéricos ou não estruturados, permitindo a classificação, organização das informações, possibilitando relacionar os dados e combinar análises com vinculação e modelagem. O nome do grupo hospitalar foi codificado para garantir o anonimato, sendo o diretor administrativo brasileiro descrito como “GBR” e o diretor financeiro canadense como “GCAN”. As entrevistas são então gravadas e transcritas e um banco de dados é criado para ajudar a manter o protocolo de estudo de caso planejado e garantir a validade. A maioria dos temas emergem da RSL e são elencados de forma complementar, após o uso do *software* NVivo. As variáveis utilizadas para a análise da investigação qualitativa envolvem a classificação do hospital, o perfil do gestor, análise de desempenho hospitalar, estrutura de capital e investimentos realizados nos últimos cinco anos pela instituição e, controle de custos e gerenciamento de riscos. Realizada uma técnica de explicação em lógica de construção nas análises (Yin, 2009) para que seja possível a realização de várias iterações analisando os resultados de um único caso e, posteriormente, estendendo a comparação entre os casos. As análises de dados das entrevistas pelo programa NVivo 11 são utilizadas para se fazer o registro histórico de todo o processo de investigação, organizar a documentação e permitir pesquisas múltiplas sobre o mesmo material.

3.1.2 Etapa Quantitativa

Fase três do estudo. O Brasil possui 6.702 hospitais, sendo 19,66% os hospitais que se enquadram na população do estudo como privados, com média ou alta complexidade, geral ou especializado e média, grande ou dimensão especial (N Brasil = 1.318) e, no Canadá, o total de hospitais é de 1.416, sendo 41,81% os que atendem os requisitos elencados (N Canadá = 592), conforme a classificação escolhida e utilizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Sistema Único de Saúde e DataSUS (2019). A Figura 9 exhibe a distribuição do total de hospitais no Brasil (por Região) e Canadá (por Província). No Brasil, a região sudeste é a que possui a maior porcentagem de hospitais (32,97%, com 1.786 estabelecimentos) e engloba quatro Estados brasileiros (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo) que juntos representam 42,1% do total da população do

país (IBGE, 2020). A Figura 10 apresenta percentagens de instituições no Brasil com fins lucrativos (57%) e sem fins lucrativos (43%). Ontário é a província com o maior número de estabelecimentos hospitalares e é também a província mais populosa do Canadá (40% do total da população) abrigando duas grandes cidades – Ottawa, a capital do Canadá, e Toronto, a cidade mais populosa do Canadá (CIHI, 2018).

Embora existam diferentes tipos de classificações hospitalares, o uso da classificação brasileira, escolhida para este estudo, possibilita a comparação entre os dois países, por ter o formato mais simples e de possível identificação no que diz respeito a caracterização (dimensão e complexidade). Desta forma, a investigação se limitará aos hospitais privados, com Média (de 51 a 150 camas), Grande (de 151 a 500 camas) ou dimensão Especial (501 camas ou mais), geral ou especializada e que atendam aos utentes que necessitem de procedimentos com alta ou média Complexidade (Tabela 4). O cálculo do tamanho da amostra (n) admite uma margem de erro de 5% e um desvio do valor médio para alcançar o nível de confiança (Z) desejado de 1,96%. Trata-se de um estudo transversal quantitativo, por meio de um questionário semi-estruturado, previamente testado e validado por meio de um estudo piloto, tendo como base estudo de casos realizado (Marques, Serrasqueiro, Nogueira, 2021) (Apêndice C). A coleta dos dados foi realizada durante todo o mês de novembro de 2020. Foram enviados 298 questionários para hospitais privados no Brasil (taxa de resposta 20,16%, 60 respondentes) e 233 no Canadá (taxa de resposta 21,87%, 51 respondentes). Para análise dos dados é utilizado o *SPSS Statistic*.

Quanto a complexidade, foram considerados neste estudo, os hospitais enquadrados em média complexidade, que possuem Atenção em Terapia Intensiva, Cirurgia e Anestesia e Materno-Infantil e os de alta complexidade, que além de possuírem as características de média complexidade, são acrescidos da Atenção Radioterápica, Quimioterápica e/ou da Atenção ao Renal Crônico.

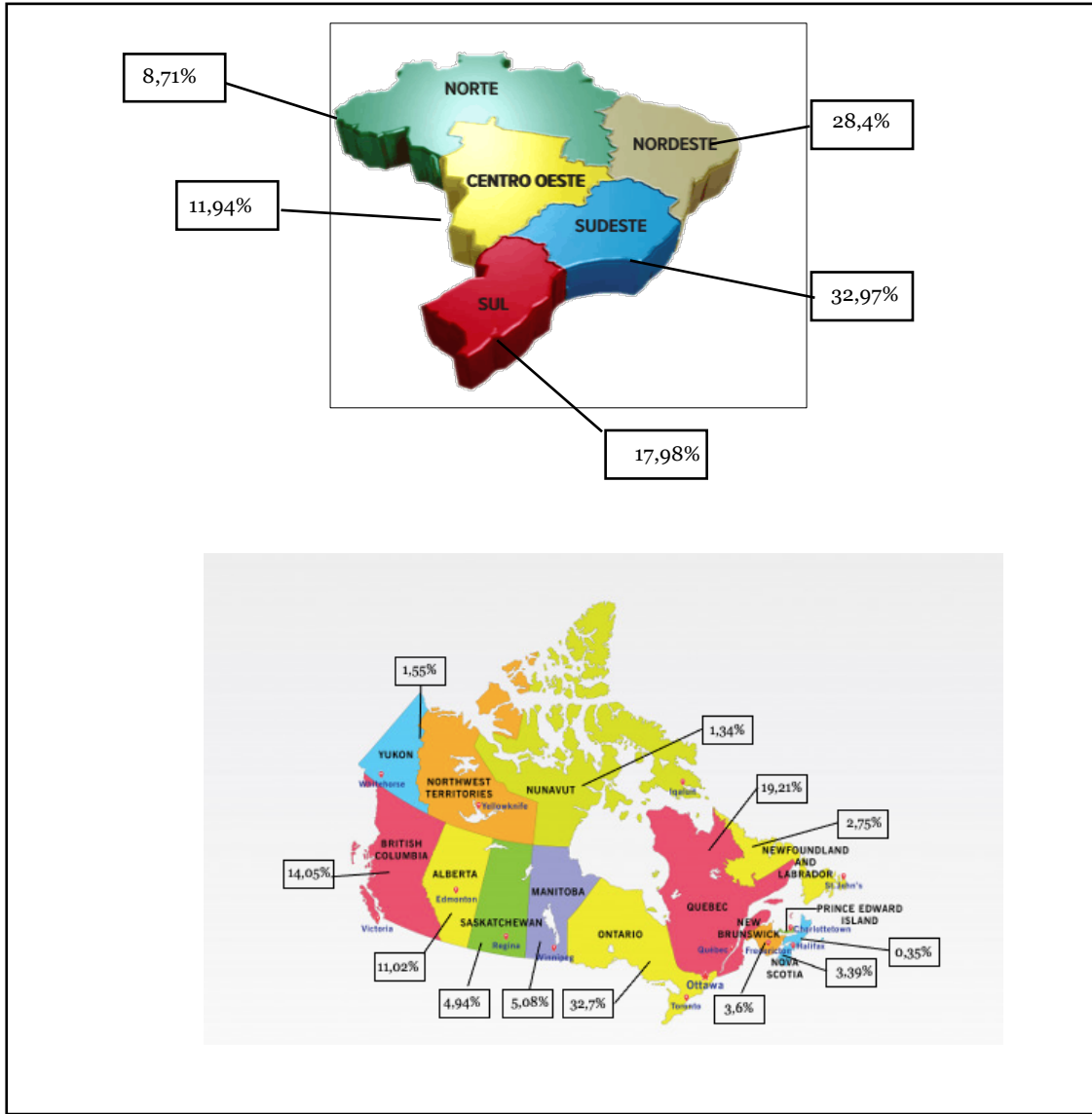


Figura 9: Porcentagem de hospitais, por região do Brasil (IBGE, 2020) e províncias do Canadá (CIHI, 2018)

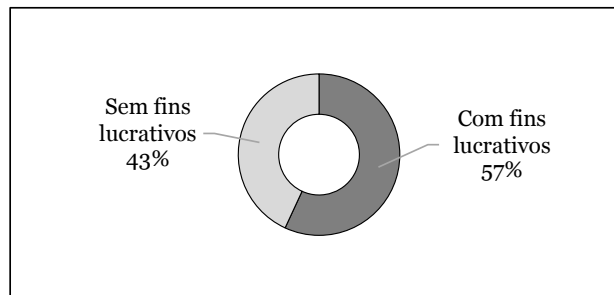


Figura 10: Distribuição dos hospitais privados brasileiros (%), por objetivo financeiro (IBGE, 2020)

4 Resultados e Discussão

4.1 Governança Corporativa e o Meio Ambiente no Setor da Saúde: Revisão Sistemática da Literatura

4.1.1 Análises Gerais

Dos 167 estudos analisados e distribuídos ao longo de 2015 a 2019, observa-se uma certa uniformidade de distribuição, na linha do tempo, evidenciando a importância crescente do tema governança corporativa na Saúde (Figura 11).

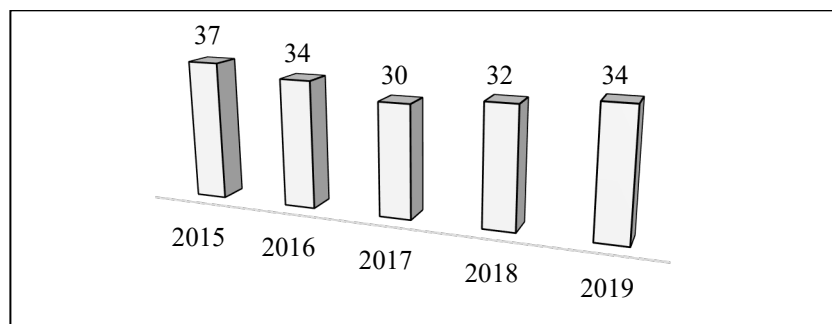


Figura 11: Quantitativo de artigos publicados por ano

Das 5 revistas com maior número de publicação, 4 são da área da saúde e uma aborda temas ligados à governança corporativa (Figura 12).



Figura 12: Revistas com os maiores números de publicações

No *ranking* de revistas (as 10 mais) com os maiores fatores de impacto, todas aparecem com uma publicação, exceto o *Journal of Business Ethics*, com 3 publicações (Tabela 5).

Tabela 5: Revistas com os maiores fatores de impacto e quantitativo de artigos

Revista	Fator impacto 2018/2019	Quantidade de artigos
<i>Global Environmental Change</i>	10.29	1
<i>The Lancet</i>	10.28	1
<i>Obesity Reviews</i>	8.73	1
<i>Journal of Financial Economics</i>	7.34	1
<i>Journal of Cleaner Production</i>	7.32	1
<i>Journal of Industrial Ecology</i>	4.72	1
<i>Journal of Business Ethics</i>	4.46	3
<i>British Journal of Management</i>	4.44	1
<i>Energy Economics</i>	4.15	1
<i>Safety Science</i>	3.61	1

Os Estados Unidos lideram o *ranking* dos países com o maior número de publicações (21,56%). Classifica-se como não especificado quando se trata de estudo teórico ou que envolva países da América Latina, União Europeia ou amostra internacional não especificada. Cinco estudos foram realizados em conjunto (Estados Unidos e Brasil; Estados Unidos, Austrália, Canadá, Inglaterra e Japão; Indonésia e Malásia; Noruega e Suécia; Reino Unido, Nova Zelândia, África do Sul e Gana). Ocorreu a incidência de um artigo para os demais países: Afeganistão, África Subsaariana, Alemanha, Argentina, Áustria, Catar, Coreia, Dinamarca, França, Gana, Irlanda, Jordânia, Líbano, Lituânia, Nova Zelândia, Omã, Portugal, República Tcheca, Tailândia, Uganda, Uruguaí e Vietnam (Figura 13).

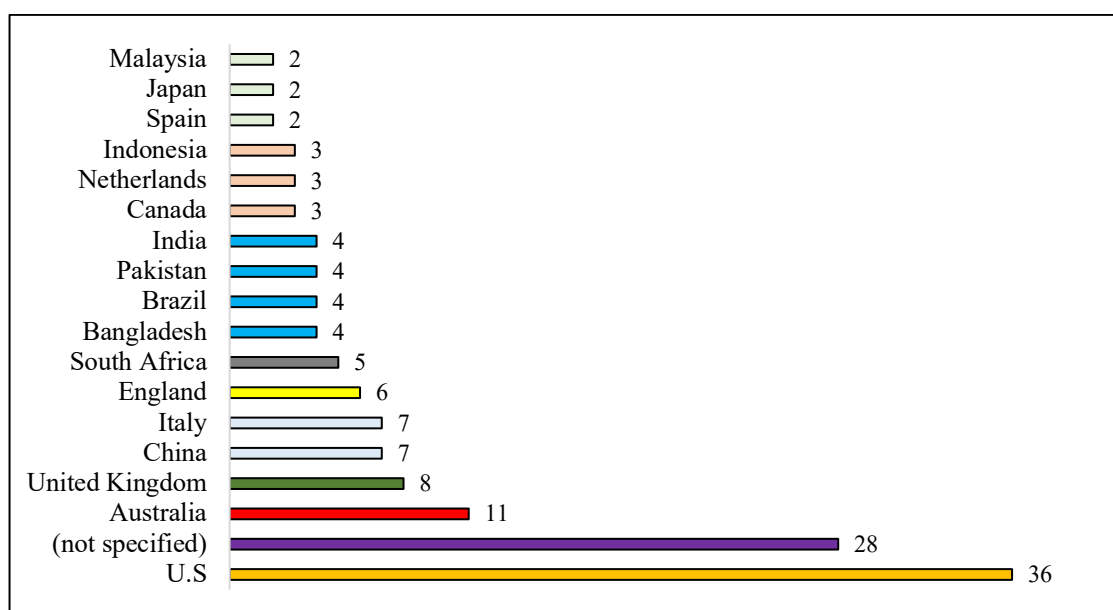


Figura 13: Países com maior número de publicações

A Figura 14 apresenta o número de publicações *versus* o quantitativo de citações dos artigos por ano. Dos 167 artigos, os mais citados (Tabela 6) abordam diferentes temáticas, desde os efeitos na saúde das mudanças do meio ambiente, o emprego da responsabilidade social corporativa para melhoria a nível comportamental nas instituições, aspetos éticos e legais, associação da governação ao desempenho financeiro das empresas, entre outros.

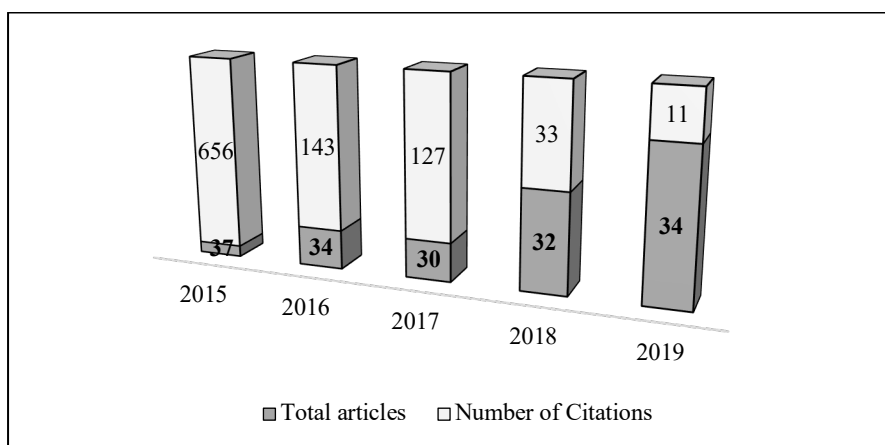


Figura 14: Número de publicações/ citação, por ano

Tabela 6: Artigos mais citados

Autor/ ano	Título do artigo	Revista	Nº citações	Assunto
Whitmee et al. (2015)	<i>Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of the Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health</i>	<i>The Lancet</i>	424	Aborda os efeitos na saúde das mudanças no meio ambiente que representam sérios desafios aos ganhos em saúde global das últimas décadas e provavelmente se tornarão cada vez mais dominantes durante a segunda metade deste século e além.
Flammer e Luo (2017)	<i>Corporate social responsibility as an employee governance tool: Evidence from a quasi-experiment</i>	<i>Strategic Management Journal</i>	50	Este estudo examina se as empresas empregam responsabilidade social corporativa para melhorar o envolvimento dos funcionários e mitigar o comportamento adverso no local de trabalho (evasão, absentismo).
Woolley et al. (2016)	<i>Citizen science or scientific citizenship? Disentangling the uses of public engagement rhetoric in national research initiatives Donna Dickenson, Sandra Soo-Jin Lee, and Michael Morrison</i>	<i>BMC Medical Ethics</i>	37	Examinar as implicações éticas e sociais da estratégia de recrutamento usada para incentivar o público a se envolver em empreendimentos de pesquisa.
Carter (2015)	<i>Making the Blue Zones: Neoliberalism and nudges in public health promotion</i>	<i>Social Science and Medicine</i>	30	Exemplifica o processo de "governamentalidade neoliberal", pelo qual os indivíduos aprendem a governar a si mesmos e a seus "projetos de vida" de acordo com uma racionalidade baseada no mercado.

(Continuação da Tabela 6)				
Rossi, Nerino e Capasso (2015)	<i>Corporate governance and financial performance of Italian listed firms. The results of an empirical research</i>	<i>Corporate Ownership and Control</i>	27	Verifica uma possível relação entre a governação corporativa das empresas listadas na Itália e seu desempenho financeiro.
Ntim (2016)	<i>Corporate governance, corporate health accounting, and firm value: The case of HIV/AIDS disclosures in Sub-Saharan Africa</i>	<i>International Journal of Accounting</i>	25	Investiga o impacto da governação corporativa na contabilidade social e ambiental, com foco específico na contabilidade de saúde corporativa.
Chung et al. (2015)	<i>Institutional Monitoring: Evidence from the F-Score</i>	<i>Journal of Business Finance and Accounting</i>	22	Examina o papel persistente de monitoramento dos investidores institucionais e identificam os aspetos financeiros de uma empresa em que o monitoramento institucional melhora.
Kirat (2015)	<i>Corporate social responsibility in the oil and gas industry in Qatar perceptions and practices</i>	<i>Public Relations Review</i>	21	Analisa as perceções e práticas da responsabilidade social corporativa no Catar.
Demeritt et al. (2015)	<i>Mobilizing risk: Explaining policy transfer in food and occupational safety regulation in the UK</i>	<i>Environment and Planning A</i>	20	Estudo explora os fatores institucionais que moldam a transferência e a adaptação de abordagens baseadas em risco à regulamentação dentro e entre os regimes de saúde e segurança ocupacional (SSO) e segurança alimentar no Reino Unido.
Carmenta et al. (2017)	<i>Perceptions across scales of governance and the Indonesian peatland fires</i>	<i>Global Environmental Change</i>	18	Ilustra a importância e as abordagens para examinar as perceções em escalas de governação (internacionais, nacionais, locais) e setores (sociedade civil, governo, empresas).
Clapp e Scrinis (2017)	<i>Big Food, Nutritionism, and Corporate Power</i>	<i>Globalizations</i>	18	Aborda sobre o poder das empresas de <i>Big Food</i> de influenciar políticas no setor de alimentos.
Ellwood e Garcia-Lacalle (2015)	<i>The Influence of Presence and Position of Women on the Boards of Directors: The Case of NHS Foundation Trusts</i>	<i>Journal of Business Ethics</i>	18	Examina a influência das mulheres nos conselhos de administração da Fundação Nacional de Serviços de Saúde na Inglaterra.
Camilleri (2015)	<i>Valuing Stakeholder Engagement and Sustainability Reporting</i>	<i>Corporate Reputation Review</i>	18	Estudo conceitual que aborda as diretrizes e princípios intergovernamentais para responsabilidade social corporativa, governação corporativa e relatórios de sustentabilidade.

4.1.2 Governação Corporativa na Saúde com o uso a Meta-análise Prisma e Enfoque no Meio Envoltente

Uma adaptação da meta-análise de aproximação (Prisma), feita por Liberati et al. (2009), é aplicada aos 167 estudos relacionados com a governação corporativa na Saúde. Prisma foi desenvolvido no campo das ciências da saúde, mas já foi aplicada com sucesso em pesquisa de administração pública (Thompson & Higgins, 2005; Moyson et al., 2018). A qualidade da meta-análise, como uma

abordagem para a realização de revisões sistemáticas da literatura, fornece resultado de seu processo de elaboração e conta com melhorias repetidas com base na deliberação entre os especialistas de revisão devido a transparência de abordagem (Figura 15). De maneiras diversas, muitos autores utilizam a análise do meio envolvente (Harper et al., 2019; Bodolica, 2019; Lim et al., 2019) como explicativas ou demonstrações de consequências refletidas nas interações entre indivíduos, organizações e sociedade e o nível predominante de análise. Bodolica (2019) analisa diferentes artigos sob a ótica dos aspetos relevantes para o domínio de governação corporativa e liderança que podem ser agrupados com base em seu nível predominante de análise. Para Bodolica (2019), (i) as consultas em nível macro examinam os avanços gerais em infraestruturas de governação corporativa e desenvolvimentos regulatórios, (ii) a pesquisa em nível micro concentra-se em um conjunto de estratégias e práticas bem definidas de governação e liderança que são adotadas nas organizações com o objetivo de aumentar o desempenho da empresa e alcançar resultados e, finalmente, (iii) as investigações em nível meso fornecem um nexu viável entre os dois níveis, analisando a eficácia das iniciativas de governação conduzidas pelo estado através do impacto que sua implementação exerce sobre os microprocessos e dinâmicas nas empresas de hoje.

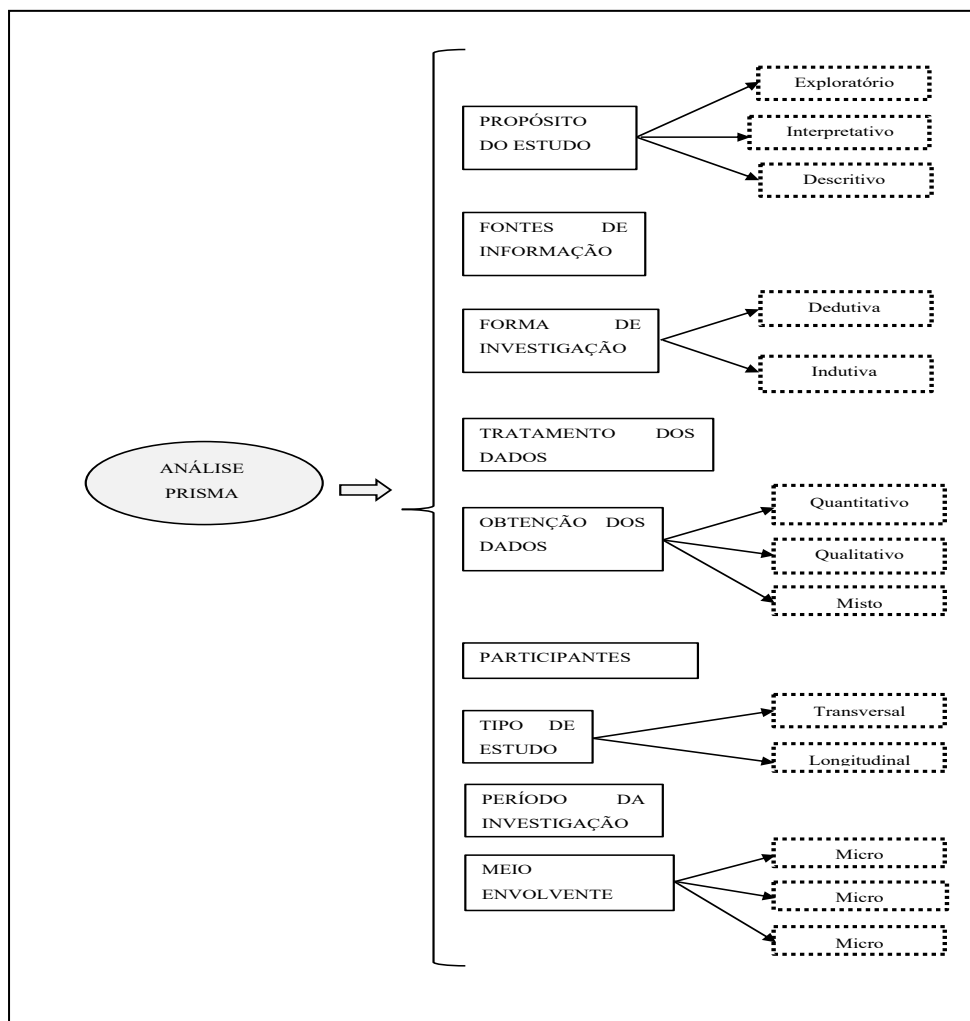


Figura 15: Meta-análise Prisma, adaptado de Liberati et al. (2009)

A descrição de um Modelo de Evidência de Impacto foi proposta por Harper et al. (2019) na Inglaterra, baseado no conceito existente de níveis de impacto micro, meso e macro na saúde que culmina em cinco níveis: nível micro de indivíduos (Níveis 1 e 2), passando por equipes (Nível 3), organizações ou comunidades locais (Nível 4) e, finalmente, impactando no nível macro (Nível 5) para demonstrar mudanças no setor profissional ou na sociedade. Facilitar a mudança de comportamento relacionada à saúde pelo uso de entrevista motivacional é o foco do estudo de Lim et al. (2019) com o objetivo de entender os ambientes de aprendizagem em níveis (i) micro-clínicos, através do uso de tecnologia capacitadora, foco no atendimento centrado no utente, no (ii) nível meso-organizacional, com o desenvolvimento de uma visão compartilhada e uma cultura organizacional de apoio ao aprendizado contínuo e, no (iii) nível macro, com a adoção do pensamento sistêmico e de uma abordagem da organização de aprendizado. Outros estudos classificam diferentes questões em níveis micro, meso, exo e macro na tentativa de entender fenômenos multidimensionais (Naderi et al., 2019; Harper & Dickson, 2019).

Os estudos desenvolvidos, em vários níveis de elaboração, procuram gerar conhecimento relacionados à governação através de análises individuais, organizacionais, nacionais e internacionais para estimar possíveis correlações entre eles. O alinhamento e a compatibilidade das peculiaridades institucionais e culturais estão diretamente ligados a adoção bem-sucedida de políticas de governação corporativa (Bodolica & Spraggon, 2009).

Desta forma, os artigos foram classificados de acordo com os principais componentes que focam a metodologia de investigação (Tabela 3) com análise quantitativa referente a: (i) propósito do estudo, (ii) fontes de informação, (iii) forma da investigação, (iv) tratamento dos dados, (v) obtenção dos dados, (vi) participantes do estudo, (vii) tipo de estudo, (viii) período das investigações longitudinais e, (ix) meio envolvente. Os aspetos da governação corporativa, responsabilidade social e a sustentabilidade intergovernamental na Saúde são os meios que abrangem os níveis macro (governamental), meso (nível empresas) e micro (nível do corpo funcional) influenciando as interações entre eles, num processo sistêmico e contínuo.

Advindo da meta-análise, a maioria dos estudos são interpretativos (45,51%), extraídos de documentos diversos, o formato da investigação indutivo e a obtenção de dados qualitativos aparecem em 101 dos 167 estudos, 83,23% são investigações transversais e 16,77% longitudinais (67,86% entre o período de 1 a 7 anos). Quanto ao meio envolvente, verifica-se que 50,9% dos estudos são realizados no nível meso (empresas), 6,59% a nível micro (categoria do corpo funcional) e o restante 42,51% a nível governamental (macro), conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7: Meta-análise Prisma aplicada ao estudo, adaptado de Liberati et al. (2009)

Componente	Classificação	Quantidade de artigos	Frequência relativa (%)	Frequência total (%)
Propósito do Estudo	Exploratório	34	20,36	100
	Descritivo	57	34,13	
	Interpretativo	76	45,51	
Fontes de Informação	Entrevistas	14	8,38	100
	Entrevistas e documentos diversos	25	14,97	
	Entrevistas e questionários	3	1,80	
	Documentos diversos	70	41,92	
	Questionários	5	2,99	
	Base de Dados (MEDLINE, PubMed, Web of Science, Proquest, EMBASE, EBSCO, PsycINFO, SCOPUS, outros)	49	29,34	
	(Não se aplica)	1	0,60	
Forma de Investigação	Dedutiva	63	37,72	100
	Indutiva	104	62,28	
Tratamento dos dados	Métodos estatísticos (regressão linear, equações estruturais, análise uni e multivariada, médias e desvio padrão, Teste de Wilcoxon)	49	29,34	100
	Desenvolvimento de Modelos	11	6,59	
	Análise qualitativa de conteúdo e Nvivo (11)	48	28,74	
	Diversos (abordagem indutiva gradual, integração de temas e conceitos com base na análise de categorias, técnicas de grupo Delphi e Nominal, técnicas de codificação aberta e axial, ensaio aleatório de agrupamento frente-a-frente com um lançamento em fases para avaliar a eficácia diferencial de duas condições, Teoria Actor-Network como uma lente analítica)	59	35,33	
Obtenção dos dados	Quantitativos	58	34,73	100
	Misto	8	4,79	
	Qualitativos	101	60,48	
Participantes	Acionistas	1	0,60	100
	CEO hospital	2	1,20	
	Conselho e outros (gerentes, médicos, indústria, equipe operacional)	24	14,37	
	Empresas (farmacêuticas, biotecnologia)	30	17,96	
	Gerentes de hospital	7	4,19	
	Governos e outros (CEOs, indústrias, hospitais, médicos, acionistas, comunidade)	68	40,72	
	Hospital e outros (indústria, comunidade, funcionários)	25	14,97	
	Médicos	3	1,80	
	Diversos (sindicato, seguradoras, comitê de risco, comunidade)	7	4,19	
Tipo de Estudo	Transversal	139	83,23	100
	Longitudinal	28	16,77	
Período da Investigação	De 1 à 7 anos	19	67,86	100
	De 8 anos ou mais	9	32,14	
Meio envolvente	Micro	11	6,59	100
	Meso	85	50,90	
	Macro	71	42,51	

Para efeito de síntese, os estudos foram identificados e agrupados de acordo com a classificação em que se inserem no meio envolvente (Tabela 8), culminando no total de artigos, agrupados por nível do meio envolvente, exposto na Figura 16 e total de artigos, por nível do meio envolvente, distribuídos por ano (Figura 17).

Tabela 8: Resumo dos artigos de acordo com a categoria do meio envolvente e autores conforme ano de publicação

Nível	Quant. artigos	Autor/ano
Micro	11	Delaney (2015), Hossain et al. (2015b), Sendlhofer et al. (2015), Oomkens et al (2015), Tuan (2015), Varhegyi & Jepsen (2016), Tuan (2016), Kwedza et al. (2017), Brown (2019), Hsu et al. (2019), Lee (2019).
Meso	85	Sibindi & Aren (2015), Hossain et al. (2015a), Lee (2015), Babiarz et al (2015), Benmelech & Frydman (2015), Faulk et al. (2015), Williamson et al. (2015), Mais & Sari (2015), Ellwood & Garcia-Lacalle (2015), Rossi et al (2015), Chung et al. (2015), Khan et al. (2015), Sheaff et al. (2015), Kuntz et al. (2016), Cassels (2016a), Cassels (2016b), Edgeman et al. (2016), Aragón & Iturrioz Landart (2016), Elson & Gamble (2016), Molk (2016), Ngo et al. (2016), Rapaczynski (2016), Hasan et al. (2016), Blanco-Oliver et al. (2016), Freeman et al. (2016), Stathopoulos & Voulgaris (2016), Butler (2016), Mazzone et al. (2016), Russo (2016), Lock & Seele (2016), Linwood et al. (2017), Ho et al. (2017), Flammer & Luo (2017), Holland (2017), Ouyang & Hilsenrath (2017), Van Erp (2017), Kaur & Vij (2017), Ch & Jola (2017), Misso & Andreopoulou (2017), Siew (2017), Clapp & Scrinis (2017), Thanetsunthorn & Wuthisatian (2017), Geiger & Cuzzocrea (2017), Landstad et al. (2017), Chambers et al. (2017), Jizi & Nehme (2017), Brown et al. (2018), Liang et al. (2018), Chang et al. (2018), Feng & Johansson (2018), Lee & Lai (2018), Rodriguez et al. (2018), Ames et al. (2018), Erwin et al. (2018), Knippen et al. (2018), Pronk et al. (2018), Thompson (2018), Da Silva et al. (2018), Laouer (2018), Thaiyalnayaki & Divakara (2018), Simone et al. (2018), Kumarasinghe et al. (2018), Mustafa & Nimer(2018), El-Kassar et al. (2018), Shan et al. (2018), Pulker et al. (2018), Bano et al. (2018), Nazir et al. (2018), Shabbir et al. (2018), Jarernsiripornkul & Pandey (2018), Pather & Mash (2019), Etges et al. (2019), Afriyie et al. (2019), Kong et al. (2019), Petitjean (2019), Kumar & Firoz (2019), Mehta et al. (2019), Hepworth (2019), Nawaz & Koç (2019), Quak et al. (2019), Sheard et al. (2019), Kooli (2019), Carter et al. (2019).
Macro	71	Pirozek et al (2015), Van Schalkwyk & Steenkamp (2015), Banasik (2015), Hossain et al. (2015c), Kalesnikoff et al. (2015), Kirat (2015), Carter (2015), Kesselheim et al. (2015), Krinsky (2015); McNulty & Akhigbe (2015), Nelson (2015), Sample (2015), Stoopendaal & Van de Bovenkamp (2015), Trexler & Schendler (2015), Whitmee et al. (2015), Camilleri (2015), Demeritt et al. (2015), Weir et al. (2015), Russell et al. (2015), Fooks et al. (2015), Herrick (2016), Masha et al. (2016), Ntim (2016), Torrado (2016), MacKenzie et al. (2016), Sheehan et al. (2016), Woolley et al. (2016), Ferlie et al. (2016), Vainieri et al. (2016), Lee et al. (2016), Wipfli (2016), Cumming et al. (2016), Stavinoha (2016), Monachino & Moreira (2016), Ulijaszek & McLennan (2016), Rawlinson (2017), Kasim & Karim (2017), Thorsteinsdóttir et al. (2017), Camilleri (2017), Fry & Brannstrom (2017), Leon & Ken (2017), Slade et al. (2017), Carmenta et al. (2017), Ferguson et al. (2017), Morantz (2017), Foladori (2017), Bakalikwira et al. (2017), Shukla (2018), Sharmin et al. (2018), Dove et al. (2018), Esty & Bell (2018), Bump (2018), Delany et al. (2018), Knai et al. (2018), Marstein & Babich (2018), Do Nascimento et al. (2019), Berland (2019), Brems & McCoy (2019), Bugbee (2019), Cousins et al. (2019), Leon & Ken (2019), Steele et al. (2019), Shepherd et al. (2019), Lai et al. (2019), Ishikawa et al. (2019), Vveinhardt et al. (2019), Murphy-Gregory & Gale (2019), Roller, 2019, Gonenc & Scholtens (2019), Waring (2019), Lipunga et al. (2019).

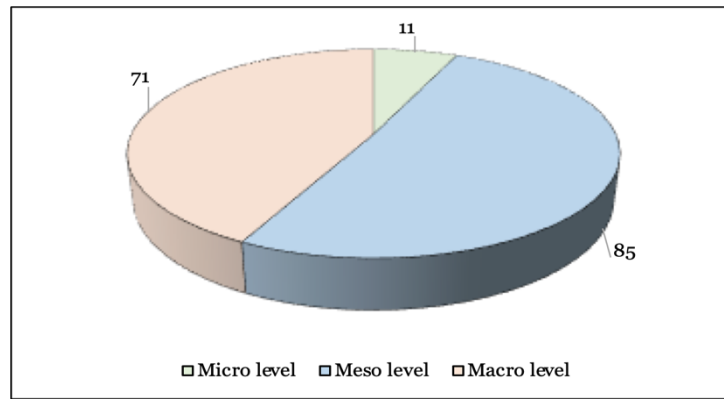


Figura 16: Quantitativo de estudos por nível de meio envolvente

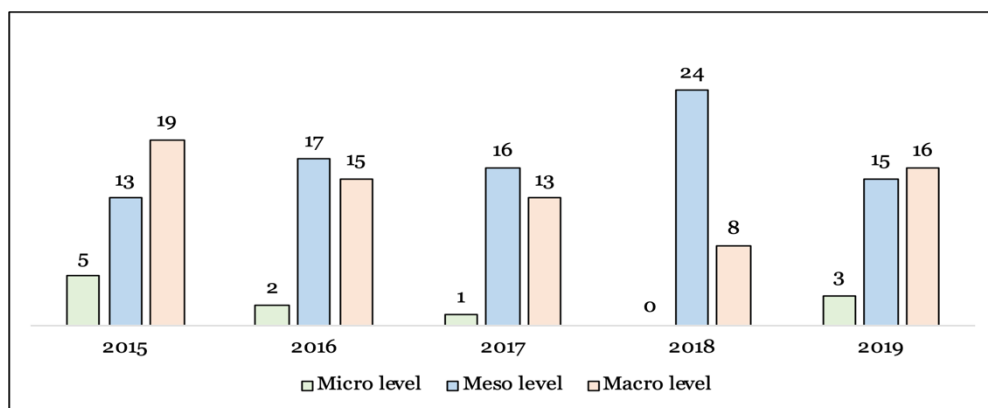


Figura 17: Quantidade de artigos por nível do meio envolvente e ano de publicação

4.1.3 Análise de Coocorrência de Palavras-chave

A rede de coocorrência mostrou quatro principais linhas de pesquisa sendo conduzidas (Figura 18). A visualização da rede permite observar que cada *link* tem uma *força*, representado por um valor numérico positivo. Quanto maior este valor, mais forte é a ligação e, neste caso, indica o número de publicações em que dois termos ocorrem em conjunto (Tabela 9). Após a leitura dos estudos onde as palavras-chave foram mais coocorridas em cada *cluster*, estabeleceu-se as nomenclaturas destes *clusters*, doravante chamados de atributos que, conforme a Lei de Zipf (Zipf, 1949), determinam a temática central de um corpo de documentos: (i) qualidade dos cuidados em Saúde, (ii) responsabilidade social corporativa em Saúde, (iii) gestão de riscos em Saúde e, (iv) governação global na Saúde.

Tabela 9: Número de coocorrência das palavras-chave e força de ligação (VOSviewer)

Cluster	Keyword	Bond strength	Occurrence number
3	corporate governance	62	24
2	corporate social responsibility	35	16
1	health care quality	70	15
1	organization and management	67	14
1	governance	43	13
4	public health	58	13
2	health care policy	59	12
2	governance approach	42	10
2	social responsibility	34	9
2	sustainability	13	9
1	financial management	38	8
2	decision making	35	8
3	manager	30	8
1	clinical governance	24	7
1	leadership	28	7
1	patient safety	33	7
2	drug industry	34	7
2	health promotion	36	7
2	sustainable development	18	7
3	risk management	35	7
4	health policy	39	7

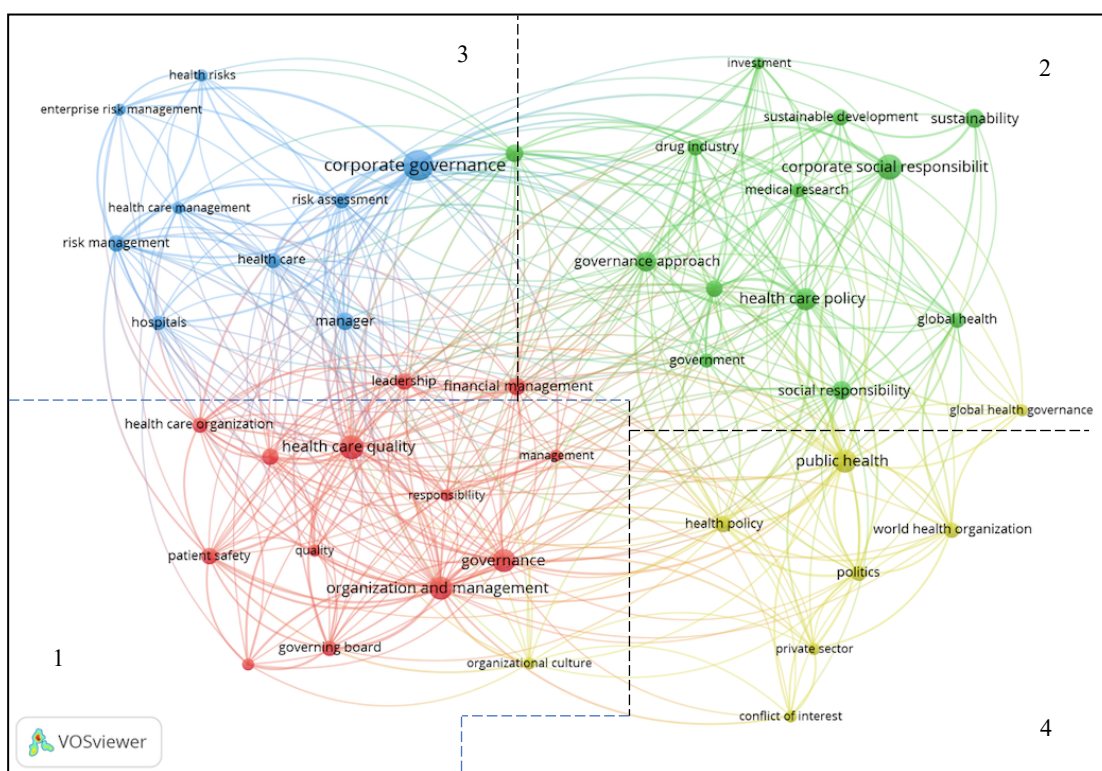


Figura 18: Clusters de coocorrência de palavras-chave, extraído do VOSviewer

Na sequência, são descritas as principais sínteses, distribuídas de acordo com os atributos.

Atributo “Qualidade dos cuidados em Saúde”

No atributo “qualidade dos cuidados em saúde” (em vermelho), contendo treze nós, nota-se que aqueles com maior frequência de ocorrência fazem menção aos cuidados gerais com o utente, organização, gestão, segurança. A Tabela 10 mostra o quantitativo de estudos e os autores/ano que discorreram sobre o tema.

Tabela 10: Síntese dos autores/ano envolvidos no atributo “qualidade dos cuidados em Saúde”

Atributo	Quant. artigos	Autor/ano de publicação
Qualidade dos cuidados em Saúde	41	Babiarz et al (2015), Hossain et al. (2015b), Oomkens et al (2015), Pirozek et al (2015), Sheaff et al. (2015), Williamson et al. (2015), Blanco-Oliver et al. (2016), Butler (2016), Cassels (2016a), Cassels (2016b), Ferlie et al. (2016), Freeman et al. (2016), Masha et al. (2016), Mazzone et al. (2016), Sheehan et al. (2016), Tuan (2016), Ulijaszek & Mclennan (2016), Wipfli (2016), Bakalikwira et al. (2017), Chambers et al. (2017), Ferguson et al. (2017), Fooks et al. (2015), Kaur & Vij (2017), Kwedza et al. (2017), Landstad et al. (2017), Linwood et al. (2017), Thanetsunthorn & Wuthisatian (2017), Bano et al. (2018), Brown et al. (2018), Erwin et al. (2018), Knai et al. (2018), Lee & Lai (2018), Afriyie et al. (2019a), Afriyie et al. (2019b), Berland (2019), Brown (2019), Kong et al. (2019), Kooli (2019), Pather & Mash (2019), Roller, 2019, Sheard et al. (2019).

É conhecida a importância e a influência que a indústria farmacêutica possui, em última instância, na qualidade dos cuidados ao utente quando do desenvolvimento de drogas e terapias (Butler, 2016) uma vez que o objetivo é o de lançar uma droga testada e cientificamente aprovada para consumo (Babiarz et al, 2015; Knai et al., 2018). Contudo, Roller (2019) aponta para os padrões de transparência e responsabilidade das empresas farmacêuticas que, por vezes, têm alocado orçamentos mais altos para *marketing* do que para pesquisas (Van-Luijin et al., 2010). Estudo de Brown (2019) contribui com a literatura sobre governação detalhando processos de como a governação corporativa da qualidade da saúde é adotada pelos conselhos e pela gerência destacando que o envolvimento no trabalho é uma variável importante e pode impactar em quão bem a governação da qualidade da saúde é promulgada, bem como a auditoria da qualidade deve ser percebida como um mecanismo eficaz de controle de processos (Kooli, 2019).

Neste sentido, a estrutura conceitual fornecida pelo estudo de Pather & Mash (2019) ilustra as principais etapas no desenvolvimento de diretrizes, contextualização, disseminação, implementação e avaliação, bem como as interconexões entre etapas e barreiras ou facilitadores para o progresso de práticas baseadas em evidências em unidades de saúde (Sibindi & Aren, 2015).

A eficácia da governação corporativa dos hospitais pode afetar a estabilidade fiscal do sistema de saúde e, indiretamente, a política de saúde para todo o país (Pirozek et al., 2015). No que se refere a governação clínica, foco especial nas unidades hospitalares, Williamson et al. (2015) destacam a importância da cultura de uma organização e referem que a governação clínica reflete a responsabilidade corporativa uma vez que os processos devem ser analisados sob a ótica da

segurança, avaliações de riscos clínicos para formar o aprendizado organizacional. Os hospitais continuam sendo organizações muito distintas onde os interesses clínicos devem ser ponderados (Blanco-Oliver et al., 2016) e os médicos devem desenvolver competências necessárias para liderança, governação clínica e corporativa (Masha et al., 2016; Mazzone et al., 2016; Sheehan et al., 2016) tendo em vista que a responsabilidade social ética entre os clínicos, são ativadores do compartilhamento de conhecimentos (Tuan, 2016; Kwedza et al., 2017). Os gerentes clínicos têm sido incentivados ao uso de estratégias multifocadas e comportamentos orientados a relações ao tentar criar uma cultura de promoção da saúde (Landstad et al., 2017; Linwood et al., 2017). A governação dos provedores de saúde pode ter um impacto significativo na eficiência e eficácia dos cuidados prestados por essas organizações (Sheard et al., 2019).

Diversos estudos têm tido foco no atendimento ao utente e na maneira que a governação corporativa em hospitais tem se posicionado perante estes (Hossain et al., 2015b; Fooks et al., 2015; Oomkens et al., 2015; Cassels, 2016; Freeman et al., 2016; Ulijaszek & McLennan, 2016; Wipfli, 2016; Ferguson et al., 2017) e os demais empregados (Lee & Lai, 2018; Sheehan et al., 2016; Thanetsunthorn & Wuthisatian, 2017; Brown et al., 2018; Erwin et al., 2018) evidenciando a necessidade de mecanismos eficazes de governação corporativa para sustentar suas operações e desempenhos, eliminando fatores que vão contra os objetivos da instituição (Afriyie et al., 2019a; Afriyie et al., 2019b; Berland, 2019).

Outra abordagem bastante utilizada nas investigações diz respeito aos conselhos de administração e suas contribuições para as atividades de governação (Sheaff et al., 2015; Ferlie et al., 2016), sobre sua composição em termos quantitativos ou de gênero (Bakalikwira et al., 2017; Chambers et al., 2017; Kaur & Vij, 2017), a independência e alavancagem ligados ao desempenho da empresa (Bano et al., 2018; Kong et al., 2019).

Atributo “Responsabilidade social corporativa em Saúde”

Entre os treze nós agrupados no atributo responsabilidade social corporativa (RSC) (em verde), destacam-se os autores/ano exibidos na Tabela 11. As palavras-chave com maior coocorrência são a “RSC”, “abordagem de governação”, “sustentabilidade”, “política de cuidados”.

Tabela 11: Síntese dos autores/ano envolvidos no atributo “responsabilidade social corporativa em Saúde”

Atributo	Quant. artigos	Autor/ano de publicação
Responsabilidade social corporativa em Saúde	56	Benmelech & Frydman (2015), Camilleri (2015), Kirat (2015), Hossain et al. (2015a), Hossain et al. (2015c), Kalesnikoff et al. (2015), Khan et al. (2015), Lee (2015), Sample (2015), Trexler & Schendler (2015), Tuan (2015), Edgeman et al. (2016), Elson & Gamble (2016), Herrick (2016), Ntim (2016), Lock & Seele (2016), Molk (2016), Monachino & Moreira (2016), Rapaczynski (2016), Russo (2016), Stavinoha (2016), Varhegyi & Jepsen (2016), Camilleri (2017), Geiger & Cuzzocrea (2017), Holland (2017), Kasim & Karim (2017), Misso & Andreopoulou (2017), Carmenta et al. (2017), Siew (2017), Thorsteinsdóttir et al. (2017), Clapp & Scrinis (2017), Flammer & Luo (2017), Bump (2018), Chang et al. (2018), Dove et al. (2018), El-Kassar et al. (2018), Feng & Johansson (2018), Jarernsiripornkul & Pandey (2018), Knippen et al. (2018), Kumarasinghe et al. (2018), Laouer (2018), Liang et al. (2018), Marstein & Babich (2018), Rodriguez et al. (2018), Shabbir et al. (2018), Sharmin et al. (2018), Simone et al. (2018), Cousins et al. (2019), Do Nascimento et al. (2019), Hepworth (2019), Lee (2019), Mehta et al. (2019), Nawaz & Koç (2019), Petitjean (2019), Steele et al. (2019), Vveinhardt et al. (2019).

Howard Bowen foi o primeiro a definir a Responsabilidade Social Corporativa (Carroll, 1979) e a sintetizou como as obrigações dos empresários de seguir essas políticas, tomar essas decisões ou seguir as linhas de ação desejáveis em termos dos objetivos e valores da nossa sociedade (Hamidu, 2015, Carroll, 1979).

Na atualidade, as empresas reconhecem que, além de maximizar lucros e valor para seus acionistas, elas também têm uma responsabilidade (social) com outras partes interessadas, como seus funcionários e clientes, bem como com a sociedade (Avi-Yonah, 2014) reconhecendo na responsabilidade social corporativa (RSC) um mecanismo de autorregulação (Kirat, 2015; Hossain et al., 2015a), pelo qual as empresas conduzem e comunicam suas práticas de negócios de maneira socialmente responsável, ética e ambientalmente sustentável (Camilleri, 2015; Hossain et al., 2015a; Hossain et al., 2015b; Islam, 2018).

Entretanto, casos de fraude e corrupção em serviços de saúde (Kalesnikoff et al., 2015; Sample, 2015; Benmelech & Frydman, 2015; Elson & Gamble, 2016; Do Nascimento et al., 2019), conflitos de interesse entre a exigência corporativa de gerar lucro e a assistência ética e responsável (Herrick, 2016; Ntim, 2016; Molk, 2016; Rapaczynski, 2016; Geiger & Cuzzocrea, 2017; Dove et al., 2018) e problemas de comunicação (Stavinoha, 2016; Misso & Andreopoulou, 2017; Carmenta et al., 2017; Clapp & Scrinis, 2017) têm sido deflagrados, resultando em uma troca desigual entre empresas e comunidade (Simone et al., 2018). Estes e outros fatos, contribuem para que as ações corporativas permaneçam fragmentadas e deixam questões mais amplas de justiça ambiental e social sem solução (Cousins et al., 2019) exigindo a necessidade urgente de regulamentação abrangente a nível global.

Organizações sustentáveis, incluindo as que atuam na área da saúde, possuem diversas ações que propiciam, inclusive, um melhor desempenho (Nawaz & Koç, 2019) em sustentabilidade (Rodriguez et al., 2018), tais como otimização de recursos e minimização de resíduos e emissões (Kumarasinghe et al., 2018; Liang et al., 2018), excelência comercial e operacional (El-Kassar et al., 2018; Jarernsiripornkul & Pandey, 2018; Vveinhardt et al., 2019), cidadania corporativa e desenvolvimento

social (Chang et al., 2018; Feng & Johansson, 2018), pesquisa e inovação (Lee, 2015; Hepworth, 2019; Steele et al., 2019), compras, cadeia de suprimentos e logística (Edgeman et al., 2016), governação (Monachino & Moreira, 2016; Kasim & Karim, 2017; Thorsteinsdóttir et al., 2017; Laouer, 2018), ferramentas de gestão da sustentabilidade (Siew, 2017; Shabbir et al., 2018; Lee, 2019; Petitjean, 2019) relações com funcionários (Tuan, 2015; Holland, 2017; Flammer & Luo, 2017; Knippen et al., 2018; Lee, 2019) e saúde, bem-estar, segurança e proteção (Khan et al., 2015; Camilleri, 2017; Bump, 2018; Marstein & Babich, 2018; Sharmin et al., 2018; Mehta et al., 2019).

Lock & Seele (2016) sustentam que as instituições têm a responsabilidade de ajudar a resolver problemas públicos globais e Russo (2014) elenca que uma organização responsável deve avaliar os efeitos de suas ações e, portanto, deve adotar um sistema de monitoramento capaz de medir seu resultado embora somente com maior intervenção dos governos a sustentabilidade pode passar de pequenos para grandes avanços.

Atributo “Gestão de riscos em Saúde”

O terceiro atributo, gestão de riscos em Saúde (em azul) reuniu nove palavras-chave (as mais citadas são “gerenciamento de riscos”, “riscos de saúde”, “avaliação de riscos”) sendo apresentados os autores/ ano e quantidade de estudos na Tabela 12.

Embora o monitoramento institucional seja importante para uma empresa em torno de eventos corporativos específicos, é um esforço contínuo e, portanto, deve ser observável a qualquer momento (Chung et al., 2015). Em vez de tentar evitar todos os danos possíveis, as abordagens baseadas em risco buscam apenas limitar aqueles que excedem níveis aceitáveis de risco, conforme determinado por meio de avaliações formais de probabilidade e consequências (OCDE, 2010). Para esse fim, princípios e instrumentos de políticas baseados em risco podem ser usados para focar não apenas os objetivos da regulamentação, mas também as práticas de inspeção e aplicação relacionadas, nos riscos de maior prioridade (Demeritt et al., 2015; Rossi et al., 2015).

Tabela 12: Síntese dos autores/ano envolvidos no atributo “gestão de riscos em Saúde”

Atributo	Quant. artigos	Autor/ano de publicação
Gestão de riscos em Saúde	35	Chung et al. (2015), Demeritt et al. (2015), Delaney (2015), Rossi et al (2015), Kesselheim et al. (2015), Mais & Sari (2015), McNulty & Akhigbe (2015), Sendlhofer et al. (2015), Van Schalkwyk & Steenkamp (2015), Aragón & Iturrioz Landart (2016), Cumming et al. (2016), Hasan et al. (2016), Kuntz et al. (2016), Ngo et al. (2016), Stathopoulos & Voulgaris (2016), Vainieri et al. (2016), Ch & Jola (2017), Ho et al. (2017), Jizi & Nehme (2017), Ouyang & Hilsenrath (2017), Van Erp (2017), Ames et al. (2018), Da Silva et al. (2018), Mustafa & Nimer(2018), Nazir et al. (2018), Shan et al. (2018), Thaiyalnayaki & Divakara (2018), Thompson (2018), Carter et al. (2019), Etges et al. (2019a), Etges et al. (2019b), Hsu et al. (2019), Ishikawa et al. (2019), Lai et al. (2019), Waring (2019).

Discutindo os predicados de uma abordagem de governação integrada (clínica e corporativa) e sua contribuição para aprimorar a prestação de serviços de saúde Delaney (2015) verifica uma maior compreensão das estratégias de saúde e objetivos organizacionais, e a disseminação deles por toda a organização. A definição de risco aqui verificada, é ampla e observada em diferentes contextos, tais como os comportamentais e éticos (Kesselheim et al., 2015; Mais & Sari, 2015; Hasan et al., 2016), risco na qualidade da fonte de coleta de dados e informações gerenciais (McNulty & Akhigbe, 2015; Aragón & Iturrioz Landart, 2016) para manutenção de um bom controle interno, risco clínico associado à segurança do utente (Sendlhofer et al., 2015; van Schalkwyk & Steenkamp, 2015; Ho et al., 2017), risco de implantação de más políticas regulatórias que impactem em benefícios duvidosos para a sociedade (Cumming et al., 2016; Vainieri et al., 2016), que afetem o desempenho financeiro das instituições (Kuntz et al., 2016; Ngo et al., 2016; Stathopoulos & Voulgaris, 2016; Ch & Jola, 2017) e a volatilidade do retorno das ações das empresas (Jizi & Nehme, 2017), bem como riscos associados a tomada de decisões organizacionais sobre investimentos e custo da agência devido a detenção de informação (Ouyang & Hilsenrath, 2017; Shan et al., 2018; Thaiyalnayaki & Divakara, 2018; Hsu et al., 2019).

Em contraponto, esforços multidireccionados têm sido feitos com o objetivo de minimizar esses riscos por meio de controles internos organizacionais mais rígidos e precisos (Ames et al., 2018; Thompson, 2018), instituindo comitês ou auditores internos que atuem no gerenciamento dos riscos (Mais & Sari, 2015; Aragón & Iturrioz Landart, 2016; Da Silva et al., 2018; Mustafa & Nimer, 2018; Nazir et al., 2018), implantando novas formas de regulamentação de governação para maior controle, uso do conhecimento e responsabilidade corporativa (Van Erp, 2017; Carter et al., 2019; Ishikawa et al., 2019; Lai et al., 2019) tendo em comum meios para alcançar princípios com resultados orientados a valores (Etges et al., 2019; Waring, 2019).

Atributo “Governação global na Saúde”

Na governação global na Saúde, atributo 4, (em amarelo), foram agrupados 8 nós. A Tabela 13 apresenta os autores/ano envolvidos nesta temática onde as expressões mais evidenciadas foram “política da saúde”, “conflito de interesse”, “governação global na saúde”.

Tabela 13: Síntese dos autores/ano envolvidos no atributo “governança global na Saúde”

Atributo	Quant. artigos	Autor/ano de publicação
Governança global na Saúde	35	Banasik (2015), Carter (2015), Ellwood & Garcia-Lacalle (2015), Faulk et al. (2015), Whitmee et al. (2015), Krinsky (2015), Nelson (2015), Russell et al. (2015), Sibindi & Aren (2015), Stoopendaal & Van de Bovenkamp (2015), Weir et al. (2015), Lee et al. (2016), MacKenzie et al. (2016), Woolley et al. (2016), Torrado (2016), Foladori (2017), Fry & Brannstrom (2017), Leon & Ken (2017), Morantz (2017), Rawlinson (2017), Slade et al. (2017), Delany et al. (2018), Esty & Bell (2018), Pronk et al. (2018), Pulker et al. (2018), Shukla (2018), Brems & McCoy (2019), Bugbee (2019), Gonenc & Scholtens (2019), Kumar & Firoz (2019), Leon & Ken (2019), Lipunga et al. (2019), Murphy-Gregory & Gale (2019), Quak et al. (2019), Shepherd et al. (2019).

Uma crescente literatura crítica trata como o neoliberalismo afeta o discurso e a prática da saúde pública (Torrado, 2016) e em como o lugar influencia a saúde como causas socio ambientais (Fry & Brannstrom, 2017; Liang et al., 2018) de insalubridade para os trabalhadores (Foladori, 2017). Para Banasik (2015) fortalecer os sistemas de saúde e a governança é crucial para atender as expectativas sobre o efetivo, eficiente e equitativo serviço de prestação de cuidados o que exige implementação de reformas significativas na área de cuidados de saúde (Carter, 2015; Rawlinson, 2017; Slade et al., 2017; Gonenc & Scholtens, 2019).

Whitmee et al. (2015) afirmam que os objetivos de desenvolvimento sustentável consagram uma grande chance para integrar saúde e sustentabilidade por meio da seleção de indicadores importantes para o bem-estar humano, a infraestrutura propícia ao desenvolvimento e os sistemas naturais de apoio, juntamente com a necessidade de uma governança forte. Neste contexto, pesquisas que direcionem uma maneira sustentável de explorar os recursos naturais tornam-se necessárias (Krinsky, 2015; Nelson, 2015; Russell et al., 2015; Lee et al., 2016; Lipunga et al., 2019) assim como boas práticas de governança corporativa (Sibindi & Aren, 2015; Leon & Ken, 2017; Morantz, 2017; Bugbee, 2019). Governança e regulamentação estão inter-relacionadas uma vez que a regulamentação molda a governança e é modelada simultaneamente por mudanças no significado da governança e a ênfase na saúde não afeta apenas responsabilidades das diretorias hospitalares, também muda o trabalho dos reguladores estaduais, responsáveis pela supervisão da qualidade do atendimento, porque eles precisam supervisionar se a governança da organização está dentro dos padrões (Stoopendaal & Van de Bovenkamp, 2015). A governança é sobre responsabilidades de vários atores ativos em diferentes níveis: profissionais no nível micro, conselhos de administração e conselhos de supervisão no nível meso; e reguladores governamentais no nível macro (Bovenkamp et al., 2013; Weir et al., 2015; MacKenzie et al., 2016), que devem observar as implicações éticas e sociais (Woolley et al., 2016; Fry & Brannstrom, 2017; Pulker et al., 2018).

Os objetivos sociais comuns devem ser priorizados, o crescimento econômico deve se tornar um meio que propicie alcançar tais objetivos, e não um fim em si mesmo (Delany et al., 2018). Acordos de comércio e investimento, bem como normas e regulações internacionais (Esty & Bell, 2018; Shukla, 2018) devem levar em consideração os objetivos de saúde, sociais e ambientais que são resultados de uma boa governança corporativa, liderança e valores éticos (Pronk et al., 2018; Brems & McCoy, 2019; Kumar & Firoz, 2019) e não devem ser rendidos a uma variedade de estratégias para promover

os interesses organizacionais associados a um modelo de negócios aparentemente paradoxal (Faulk et al., 2015; Leon & Ken, 2019). Murphy-Gregory & Gale (2019) propõem o uso da meta governação onde várias organizações nos esquemas globais se tornam mutuamente responsáveis pelos resultados obtidos dos acordos e regulações feitas em prol da saúde (Ellwood & Garcia-Lacalle, 2015; Quak et al., 2019), questões emergentes que também deve envolver a governação dos cidadãos (Shepherd et al., 2019). A síntese dos estudos, por ano de publicação e por atributo está expressa na Figura 19.

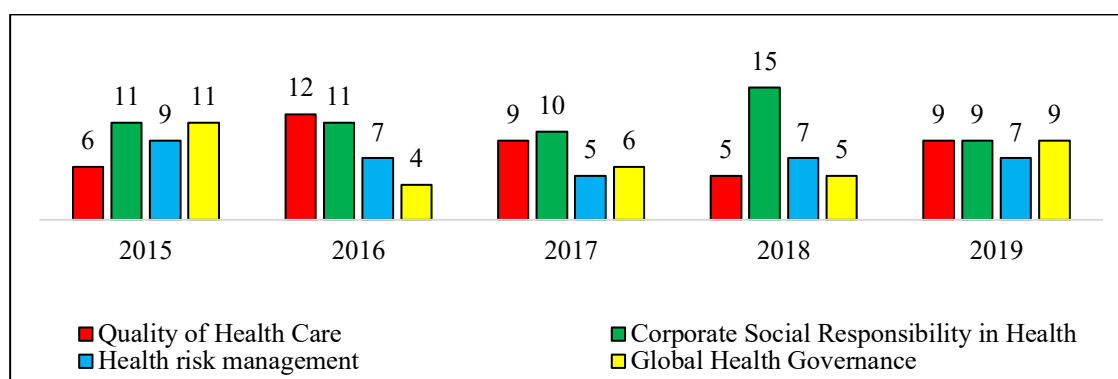


Figura 19: Quantitativo de estudos por atributo e por ano

***Grounded Theory* e o Modelo Conceitual**

Grounded Theory é um estilo de pesquisa qualitativa que busca gerar novas teorias através de alguns elementos básicos: conceitos, categorias e propriedades. A geração e o desenvolvimento destes elementos dão-se através de um processo iterativo, ou seja, não são gerados a priori e testados subsequentemente. A ênfase da *Grounded Theory* é o aprendizado a partir dos dados e não a partir de uma visão teórica existente (Strauss e Corbin, 1990). Uma vez que o pesquisador atingiu a saturação teórica das categorias, ele procede a revisão, classificação e integração dos inúmeros *memos* relacionados às categorias, suas propriedades e os relacionamentos entre elas. Esse procedimento é chamado de classificação (*sorting*) e é um procedimento essencial uma vez que coloca juntos dados fragmentados. Os memorandos (*memos*) classificados geram uma estrutura (*framework*) conceitual com as principais ideias e fatos sobre o que está sendo investigado. Sendo assim, a fase de escrever (*writing*) é simplesmente um produto do procedimento de *sorting*.

Glaser (2001) descreve a *Grounded Theory* como “paradigmaticamente neutra”, podendo ser usada em estudos positivistas, interpretativistas ou críticos (Annells, 1996; Urquhart, 2001). Partindo de Pandit (1996) que define o processo de construção da *Grounded Theory*, procedeu-se com o desenho da pesquisa (revisão da literatura e seleção de casos), foi realizada coleta de dados (desenvolvimento de protocolo), ordenação de dados (categorias) e análise de dados. Com base nas principais abordagens encontradas nos estudos analisados, os conceitos emergem e são organizados em temas que deram origem aos atributos e os conceitos às propriedades estabelecendo o relacionamento entre elas (Petrini e Pozzebon, 2009). Apesar de o desempenho ser um tema de grande importância para

a gestão dos sistemas de serviços de saúde (Marchal et al., 2014), das tentativas da OMS (2000) em incentivar o desenvolvimento de sistemas de gerenciamento do desempenho e da adoção do modelo de gestão por resultados, poucos são os estudos que explanaram o modelo teórico para avaliar a governação e as intervenções de saúde. Muitas vezes, o termo é utilizado como sinônimo de qualidade, efetividade ou eficiência, que não conseguem, sozinhos, representar todo o espectro de questões abarcadas (Champgne et al., 2011), sendo insuficientes para promover o desenvolvimento de intervenções em saúde. Configura-se, portanto, uma importante lacuna no conhecimento científico sobre o tema, com reflexos significativos sobre as práticas avaliativas (Carnut e Narvai, 2016).

Neste contexto, a Figura 20 apresenta o modelo conceitual que emergiu da RSL, a partir da aplicação *Grounded Theory* ressaltando a importância de se observar o meio envolvente onde os principais aspectos da governação corporativa em Saúde se inserem. Notoriamente, a governação global na Saúde, na esfera macro do meio envolvente, deve emitir a regulação, políticas, normas e os determinantes sociais que irão influenciar, à nível meso, as instituições de saúde que, por sua vez, também possuem influência na qualidade da assistência fornecida ao utente (nível micro). Este ciclo se repete, tendo em vista a realimentação de todo o sistema que permeia entre as dimensões da liderança, de práticas baseadas em evidências e sustentabilidade. Com esta RSL verifica-se a importância do nível meso (instituições de saúde, hospitais privados), como parte importante para o delineamento da investigação que se alarga nas fases dois (entrevistas com gestores, servindo como piloto para a fase três) e fase três (estudo quantitativo com a aplicação de questionário nas instituições hospitalares privadas do Brasil e Canadá).

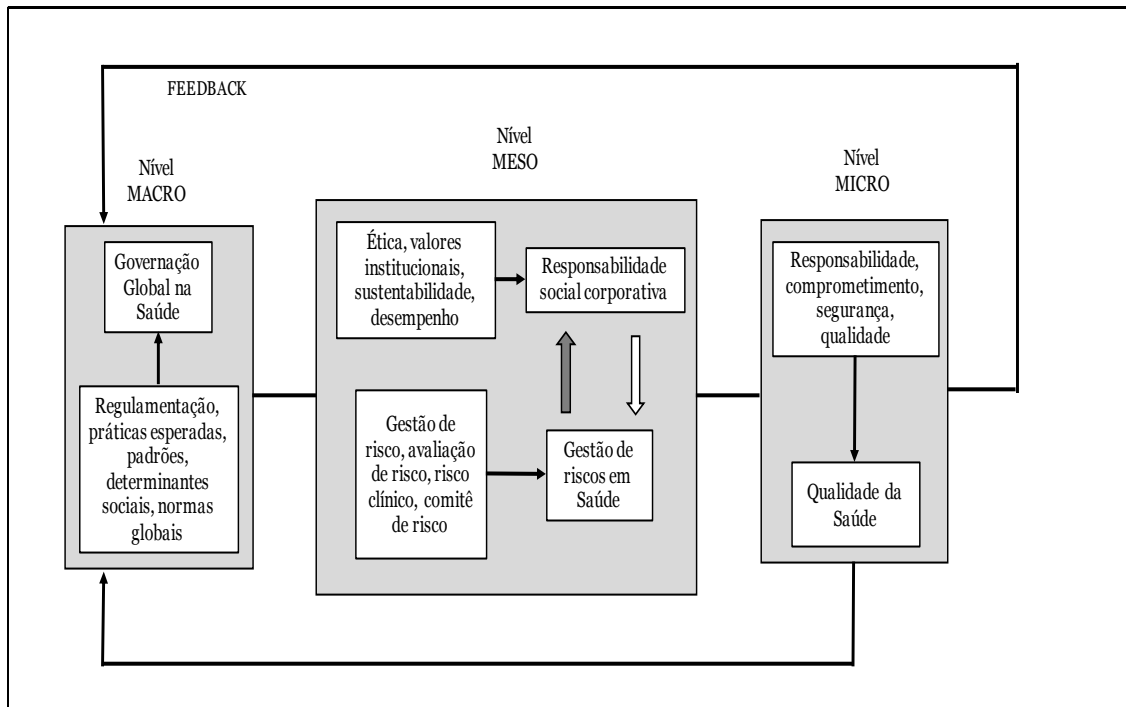


Figura 20: Modelo conceitual de governação corporativa em saúde

4.2 Competências dos Gestores e o Processo de Análise de Desempenho na Tomada de Decisão de Investimento em Hospitais Privados: Estudo Qualitativo

As entrevistas foram realizadas e o processo de codificação focalizado, extraído das mesmas, descreve os nós temáticos, apresentados na Figura 21, sendo os resultados expostos a seguir.

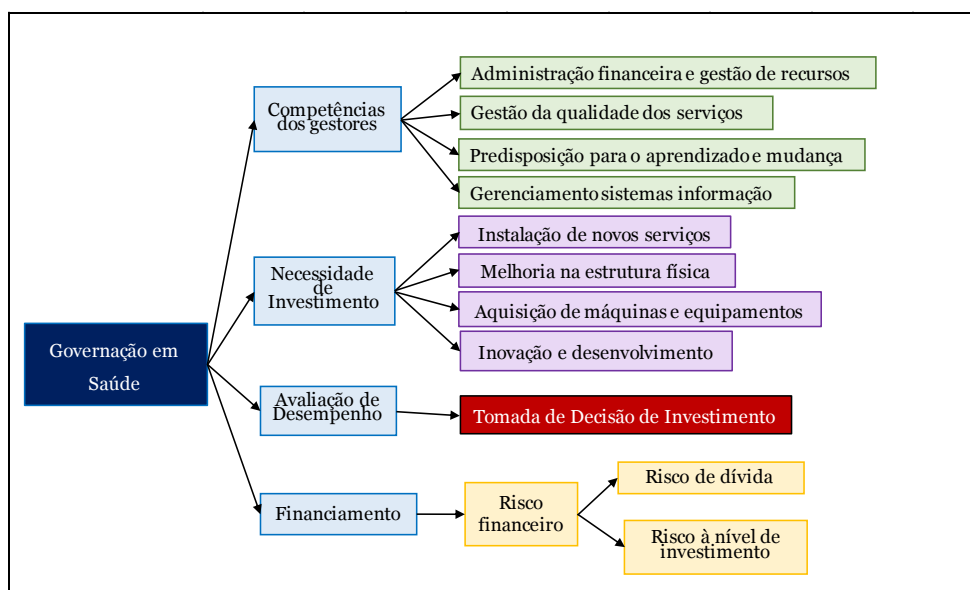


Figura 21: Temas emergentes das entrevistas apontados por meio do NVivo 11

4.2.1 Características dos Hospitais, Perfil e Competências dos Gestores

A formação de gestores de saúde reflete a preocupação com a capacidade de liderança (Chanes, 2006) que sustenta a estratégia organizacional (Sherafat et al., 2019), porém, a liderança em saúde requer alguns atributos para poder praticá-la. Para Kemp (2005) tais elementos, como base para a formação dos gestores de saúde, são a clareza de objetivos (Carsen & Xia, 2006), a identificação de fatores motivacionais na visão da organização (Sherafat et al., 2019), a comunicação (Paim et al., 2011), tomada de decisão descentralizada (Diaconu et al., 2020), o estabelecimento de vínculos relacionais (Pillay, 2010), liderança transformacional (Shan et al., 2018) e inovação (Lüleci et al., 2015).

O hospital brasileiro estudado está situado no Rio Grande do Norte, na região Nordeste do Brasil, foi inaugurado há 20 anos e é considerado de grande porte (mais de 150 camas). É especializado em cardiologia e transplante renal, caracteriza-se por ser de alta complexidade e possui em média 6,3 funcionários por cama. O desempenho hospitalar é acompanhado semestralmente por meio de um conjunto de indicadores que visam comparar hospitais privados brasileiros objetivando a gestão estratégica de recursos. O hospital possui um grupo acionário formado por 15 médicos e o conselho de administração, que administra a instituição, formado por um administrador e três diretores, todos médicos, que atuam nas seguintes áreas: administrativa, financeira e Médica, todos com mais de 60 anos. A hierarquia responsável pelo hospital é estabelecida no topo do organograma na forma de poder compartilhado com o Conselho de Administração. Quanto às qualificações básicas, apenas o entrevistado, o diretor administrativo, possui Pós-Graduação em Saúde, os demais possuem aptidões clínicas, embora todos visem orientar e visar ao hospital quanto à prestação de serviços e obtenção de lucro. Questionada sobre a necessidade de capacitação do corpo dirigente em Gestão Hospitalar, o entrevistado, diretor administrativo, afirma:

“Os diretores devem ter conhecimento mínimo de como gerenciar pessoas, recursos, sistemas de informática, processos clínicos e administrativos, mas o conhecimento clínico é fundamental; mesmo que o objetivo da organização seja o lucro, a nosso ver predomina o atendimento de qualidade ao utente” (GBR).

O papel do gestor torna-se relevante à medida que o setor de saúde se concentra na gestão da população e nas relações com as partes interessadas (Stark, 2020) e pode ajudar na capacidade de resposta e sustentabilidade dos serviços de saúde (Kakemam & Dargahi, 2019). O diretor administrativo foi questionado sobre quais competências e responsabilidades são relevantes e desejáveis para o profissional envolvido na gestão hospitalar:

“Conhecimento sobre administração financeira, gestão de recursos; a capacidade de reconhecer e gerenciar os serviços de qualidade que a organização oferece à comunidade; vontade de aprender e mudar; liderança, proatividade e empatia” (GBR).

A Tabela 14 sintetiza o perfil dos dirigentes e as particularidades dos hospitais estudados.

Tabela 14: Características dos hospitais em estudo e perfil dos gestores

	País	Brasil	Canadá
Características do hospital	Ano de inauguração	2000	1923
	Número de camas	162	442
	Classificação de acordo com a complexidade do serviço	Alta	Alta
	Número de empregados	1.028	1.856
	Hospital geral ou especializado	Especializado	Especializado
	Existe um conjunto de indicadores de avaliação de desempenho que possam ser comparados internamente e com outras instituições?	sim	sim
Perfil de gerente	Gênero		
	Masculino	X	X
	Fêmea		
	Grupo de idade		
Até 24 anos;			
25 a 34 anos;			
35 a 44 anos;		X	
45 a 59 anos;	X		
60 anos ou mais.			
Categoria Profissional	Médico	Economista	
Treinamento básico (grau) e tempo de serviço	“Medicina, com Pós-Graduação em Saúde; 41 anos de experiência”	“Economia, Ciência da Computação; 37 anos de experiência. Pós-Graduação em Gestão Hospitalar. ”	
Cargo ocupado e por quanto tempo (em anos)	“Diretor Administrativo por, 12 anos”	“Vice-presidente executivo, diretor financeiro e financeiro, por 2 anos”	

No Canadá, o hospital escolhido está localizado em Ontário. Possui 97 anos de existência, presta serviços de alta complexidade, é especializada no tratamento de câncer, medicina de emergência e geriatria e é considerado de grande porte, com 442 camas (4,2 funcionários por cama). Foi premiado com *Exemplary Standing pelo Accreditation Canada*, com avaliação a cada dois anos. O entrevistado é do sexo masculino, tem entre 45 e 59 anos, é vice-presidente executivo de finanças e diretor financeiro. Ele ingressou no hospital em 2019 para orientar a sustentabilidade financeira da organização e fornecer liderança financeira e operacional na remodelação das instalações, que incluiu a duplicação do tamanho do departamento de emergência e a abertura de novos centros cirúrgicos. Como estratégia principal, ele diz que é sua função liderar o trabalho de consultoria estratégica e mudança para clientes do setor de saúde, com foco em saúde digital. Quanto à avaliação de desempenho do hospital, ele destaca que os indicadores são implantados em todos os níveis das organizações, desde a equipe de linha de frente até o Conselho de Administração. O monitoramento e o rastreamento dos dados são feitos por meio do *Balanced Scorecard*. Cada indicador fornece informações em intervalos de três meses, chamados de trimestres de relatório. Cada indicador é definido e explicado. A pontuação mais recente é fornecida, juntamente com uma explicação de como o hospital se compara a outros semelhantes, quando disponível. Por fim, são descritas as ações realizadas para a melhoria contínua do desempenho. Quanto à formação em Gestão Hospitalar entre os membros da direção, o entrevistado destaca: foco na saúde digital e na melhoria contínua do desempenho dos processos. Quanto à formação em Gestão Hospitalar entre os membros da direção, o entrevistado destaca:

“É fundamental. A gestão envolve diferentes competências. No campo da saúde, a abrangência deve ser ainda maior devido à complexidade dessas instituições. Conhecimento de estratégias, gestão da mudança, inovação, sustentabilidade são exemplos fundamentais que um gestor hospitalar deve ter” (GCAN).

Para o diretor financeiro, as características mais importantes e os conhecimentos desejáveis para um gerente de hospital são:

"Competência na gestão de sistemas de informação; conhecimento da população-alvo em relação a fatores sociodemográficos e comportamentais; conhecimento sobre administração financeira, gestão de recursos; capacidade de reconhecer e gerenciar serviços de qualidade que a organização fornece à comunidade; disposição para aprender e mudar. As competências resultam da combinação de conhecimentos técnicos, aptidões e comportamentos; neste contexto destaco a negociação e a proatividade " (GCAN).

Um aspeto relevante é o número de funcionários por cama, sendo este maior no hospital brasileiro (6,3 funcionários / cama, possuindo 162 camas) do que no hospital canadense (4,2 funcionários / cama, possuindo 442 camas), o que supostamente pode refletir positivamente no caso brasileiro, com melhor atendimento aos utentes, e no caso canadense pode expressar processos mais ajustados levando a economia de gastos com pessoal. Os números empregado / cama encontrados demonstram que não existe um padrão pré-estabelecido, pois pode variar entre 3,5 e 5,0 (Ibáñez et al., 2001; Hunger & Weelen, 2002), e segundo esses autores, apenas o hospital canadense está dentro desta faixa.

4.2.2 Governação em Saúde

As perceções dos diretores sobre os conceitos de governação são consistentes e evidenciam uma compreensão ampla, principalmente quando se fala da inter-relação entre as partes clínica e administrativa da gestão hospitalar, que se complementam, cada uma com enfoques distintos, como o atendimento de qualidade ao utente (clínica) e a gestão adequada dos processos administrativos e das relações entre as partes interessadas.

Quanto às orientações da Diretoria, entende-se que o controle de custos é fundamental para manter a rentabilidade do hospital, mantendo a satisfação do utente. Foi mencionado que para uma direcção hospitalar eficaz é necessária a participação da equipe médica (Alexander et al., 1986). Quanto ao tamanho reduzido do conselho, no caso do Brasil, isso também implica que decisões essenciais relacionadas a questões administrativas e clínicas possam ser tomadas com prontidão. O facto de a gestão dos Serviços de Enfermagem não fazer parte da Direcção diz respeito ao controlo e ao poder de decisão dos associados, na sua maioria médicos, proprietários e fundadores do hospital. No Canadá, a composição parece mais heterogênea. Formada pelo conselho de administração, equipe executiva e com a participação da Diretora dos Serviços de Enfermagem, que fornece ao conselho conhecimentos e informações dos principais especialistas internos do hospital e, conseqüentemente, o conhecimento e a experiência desses profissionais conferem ao conselho competência para

monitorar e conduzir a administração de forma mais eficaz (Abor, 2015). A Tabela 15 reflete a compreensão dos gestores dos hospitais estudados quanto ao tema governação.

Tabela 15: Citações qualitativas de gestores sobre a percepção de governação

Origem	Citação da entrevista
Percepção de governação corporativa, hospitalar, clínica e integrada.	
GBR	“Em certa medida, a governação corporativa e a governação hospitalar têm o mesmo formato; ambas representam formas semelhantes, para a alta administração, de gerir as relações com os envolvidos (internos e externos) nos processos. A gestão integrada (clínica e corporativa) visa minimizar os riscos que envolvem os utentes (segurança), e os riscos associados à tomada de decisão organizacional sobre investimento.”
GCAN	“A gestão corporativa diz respeito aos acionistas, às suas relações com as partes interessadas e à forma como os processos são geridos. A governação clínica refere-se à forma como o tratamento do utente é realizado pela equipa multidisciplinar. Acredito que a governação hospitalar é, de facto, uma mediação entre os processos administrativos e clínicos visando alinhamento para um melhor desempenho institucional. Depois, chegamos a uma governação integrada, que a meu ver inclui os demais tipos.”
Existe um Conselho de Administração que decide sobre questões de investimento, financiamento e outros assuntos? Como este Conselho é formado? O gerenciamento de enfermagem está envolvido?	
GBR	“Sim, o Conselho é formado por representantes dos acionistas (3): diretores médico, administrativo e financeiro (todos médicos) e um administrador, mas não inclui a gestão de enfermagem. Recomendamos a participação dos médicos no Conselho, pois consideramos importante o controle de custos; muito desperdício ou recursos mal-usados podem surgir da caneta do médico.”
GCAN	“Existe um Conselho de Administração e uma Equipe Executiva. O Conselho é formado pelo presidente do conselho de administração, o vice-presidente, o tesoureiro e o secretário. Quanto à gestão dos serviços de enfermagem, a diretora pertence ao Conselho e seus serviços abrangem a prática profissional acadêmica, operações clínicas, qualidade, segurança do utente, gestão de riscos corporativos, tecnologia da informação, sustentabilidade e prontidão operacional, além de iniciativas estratégicas de carácter clínico, administrativo e académico.”
Comunicação e divulgação de informações dentro da instituição. Como isso é feito?	
GBR	“Através de reuniões mensais com todos os gestores, grupo de WhatsApp e e-mail”.
GCAN	“São encontros semanais diferentes, em várias áreas de todo o complexo hospitalar. Depois, a cada mês, as principais resoluções e iniciativas são encaminhadas ao Conselho de Administração pelos líderes executivos”.
Como o capital da instituição é formado? É formado por capital aberto ou fechado (status de empresa)?	
GBR	“Fechado. Empresa”.
GCAN	“Esta é uma Fundação com capital próprio dos fundadores, e é financiada, principalmente, pela província de Ontário, de acordo com os orçamentos estabelecidos por ambos. Incentivamos as empresas a envolver seus funcionários em doações beneficentes, por meio de programas de doação compatíveis, realizando eventos para arrecadação de fundos ou doando uma percentagem de sua receita. O patrocínio corporativo de eventos também permite que as empresas demonstrem liderança e compromisso em apoiar o hospital.”

GBR = Diretor no Brasil; GCAN = Diretor no Canadá

4.2.3 Financiamento e Investimento Hospitalar

De acordo com Hai et al. (2020), na análise de um investimento, os tipos de fontes de riscos são designados para influenciar a participação percentual no financiamento, ou seja, o risco econômico ligado ao nível de endividamento que afeta a disponibilidade de recursos para fazer o investimento total, o financeiro risco associado à estabilidade, o risco de construção devido à dimensão e complexidade do empreendimento e o risco de mercado pela duração da concessão e variedade de serviços prestados. A Tabela 16 mostra as citações dos gestores entrevistados sobre financiamento e investimento hospitalar.

Tabela 16: Citações qualitativas dos gestores sobre investimento

Origem	Citação da entrevista
	Como são identificadas as oportunidades de investimento? Quais investimentos foram feitos (5 anos?)
GBR	“Eles são identificados por demandas de mercado e desenvolvimentos tecnológicos na área de saúde. Oportunidades de melhoria dos processos internos e o aumento da demanda por serviços de saúde são sempre observadas. Investimentos realizados: extensões de estruturas (aumento no número de camas - mais 35 camas); aquisição de novo tomógrafo devido ao aumento da demanda do utente; em termos de I&D, foi adquirido software específico de custeio hospitalar. Está previsto um novo serviço (não anunciado por ser estratégico).”
GCAN	“São elaborados estudos aprofundados, por diferentes departamentos, para analisar as necessidades da população em geral. A necessidade de manutenção da qualidade do serviço prestado, bem como a observação, decorrente de estudos realizados internamente na instituição, do aumento da demanda por determinados serviços prestados. Instalações físicas: modernização do pronto-socorro, ampliação das salas de cirurgia, Unidade de Terapia Intensiva, áreas principais para utentes ambulatoriais e nova unidade de internamento; equipamentos: novos veículos de emergência, maior reserva de material cirúrgico, equipamentos integrados para monitoramento de utentes em terapia intensiva. I&D: inovação de serviços; treinamento avançado de Recursos Humanos.”
	Quais são as principais limitações ao investimento e quais as fontes de recursos (tipos de financiamento) utilizadas na decisão de investimento nos projetos do hospital? No caso de usar o Capital Externo como fonte de financiamento, como é tratado o risco de não cumprimento dos compromissos do hospital junto aos credores?
GBR	“A principal limitação é a baixa margem de lucro líquido. Normalmente, preferimos utilizar capital próprio na decisão de investir e, em último recurso, recorremos a bancos e promotores. Quando é necessário usar capital externo, buscamos financiamento de médio prazo para que o novo investimento comece a gerar renda e assim ajude a custear o financiamento.”
GCAN	“Eu não diria limitações, mas sim a capacidade de decidir quais investimentos podem gerar maiores resultados financeiros e ao mesmo tempo atender às necessidades da população que almejamos atender. Como fontes de recursos, temos doações, empréstimos bancários, transferências governamentais. Fontes de financiamento: o hospital está exposto a diversos riscos financeiros, incluindo risco de crédito, risco de liquidez e risco de mercado, portanto, adota uma estrutura de gestão integrada de riscos. O risco de crédito é atribuído principalmente às contas a receber. O hospital está exposto a esse risco no caso de não pagamento por parte dos utentes por serviços não segurados prestados a utentes não residentes. Esse risco é comum em hospitais que são obrigados a fornecer cuidados aos utentes, independentemente de sua capacidade de pagar pelos serviços prestados. O hospital administra o risco de liquidez com antecipação de capital, investimento e financiamento das atividades e mantém linhas de crédito para garantir que tenha recursos suficientes para cobrir as necessidades financeiras atuais e previsíveis. O hospital também está exposto ao risco da taxa de juros de sua dívida de longo prazo e tem tentado mitigar esse risco por meio de um <i>swap</i> de taxas de juros, que corrige efetivamente as taxas de juros de parte da dívida de longo prazo.”
	Para determinar o montante de capital necessário para novos investimentos, a instituição compara as necessidades financeiras de curto prazo com as necessidades de médio e longo prazo? A instituição possui e segue um plano estratégico (há 3, 5 anos)? O tempo para o retorno do investimento é estimado? É feita uma análise da viabilidade económico-financeira do investimento?
GBR	“Segundo o investimento, é contrasta as necessidades de financiamento de médio prazo. A instabilidade económica do país e o foco do grupo no patrimônio como fonte de financiamento não permitem endividamento de longo prazo”. “Sim; planeamento quinquenal, buscando cumprir metas para atingir objetivos. O tempo de retorno do investimento é sempre avaliado; os projetos são analisados de forma a não prejudicar o pagamento da dívida contraída a prazo”.
GCAN	“É um contraste; entretanto, existe a relação entre o tamanho do investimento e a disponibilidade de capital. Dependendo desse fator, opta-se por aplicações de curto, médio ou longo prazos, sempre analisando as taxas de juros para financiamento bancário. O planeamento da instituição é sempre de longo prazo. Temos uma equipe multidisciplinar voltada para esses estudos e acompanhamento. Para alguns projetos de investimento, o tempo de retorno é importante e influencia na decisão de investir ou não. Sempre verificamos a viabilidade económico-financeira. A análise dos riscos financeiros, de mercado e de liquidez nos permite crescer com mais segurança.”
GBR = Diretor no Brasil; GCAN = Diretor no Canadá	

Em relação às necessidades de investimento, além da substituição de máquinas e equipamentos, ou seja, por quebra ou depreciação, os hospitais estão sempre buscando ampliar suas instalações tecnológicas, implantando novos serviços que agreguem valor ao atendimento ao utente e

consequentemente aumentem a receita do hospital, além de ampliar as premissas físicas, como no caso de aumentar o número de camas, mantendo o foco na importância da inovação e do desenvolvimento (I&D). Novas intervenções precisam de maior desenvolvimento em relação ao custo-benefício, valor do investimento e o treinamento necessário para fornecer determinada tecnologia (Lesmana et al., 2017). Nesse sequenciamento, as possibilidades de financiamento são pontos centrais. Para Morse (2008), o montante de capital a ser levantado deve ser avaliado com cautela para ter o montante certo necessário nas diversas fases de desenvolvimento. É muito importante saber em que estágio se deve solicitar financiamento adicional, pois os riscos envolvidos em um negócio variam em grau de acordo com os diferentes estágios de crescimento do negócio (Morse, 2008). Na maioria dos casos, o insucesso empresarial é atribuído à má gestão e pode estar relacionado com financiamento inadequado e mau planejamento das finanças empresariais.

O diretor financeiro do Canadá está mais preocupado com os riscos financeiros do que o diretor administrativo do hospital brasileiro. Este último diz que busca equilibrar os gastos com financiamento bancário para investimentos com a receita que isso produz. Por outro lado, no hospital canadense, encontra-se a preocupação não só com o tipo de investimento, mas também com os riscos de crédito, liquidez e mercado, levando à adoção de uma estrutura integrada de gestão de riscos. Ambos os hospitais possuem planejamento estratégico de médio ou longo prazo, mas, no Brasil, a instabilidade econômica e política influenciam o financiamento de médio e curto prazo, enquanto no hospital canadense o planejamento é sempre de longo prazo e conta com uma equipe multidisciplinar que constantemente avalia projetos de investimento, analisando riscos financeiros, de mercado e de liquidez para que possam crescer com mais segurança.

4.2.4 Análises de Desempenho e Tomada de Decisão de Investimento

A administração estratégica de recursos hospitalares envolve diversos aspectos, como a criação e compartilhamento de conhecimento (Kaper et al., 2020), o que pode diminuir o custo do medicamento (Mohan et al., 2019), aumentar a satisfação do cliente (Sherafat et al., 2019), melhorar os tempos de ciclo de serviço (Neves et al., 2019), reduzir a pressão sobre os profissionais (Luo et al., 2019) e gerar serviços de excelência (Kulkarni et al., 2019).

Medir o desempenho é um desafio contínuo para os gerentes de hospitais e hoje também desempenha um papel vital no sucesso das organizações quando analisado para a tomada de decisão de investimento. A Tabela 17 descreve os tipos de análises de desempenho feitas pelos hospitais aqui estudados e a abordagem para avaliar o risco de novos investimentos.

Tabela 17: Citações qualitativas dos diretores sobre análises de desempenho para tomada de decisão de investimento

Origem	Citação da entrevista
Tipos de análises feitas.	
GBR	"BSC - <i>Balanced Scorecard</i> (ferramenta de medição de desempenho); <i>Lean Six Sigma</i> (prática de melhoria de produtos e processos); ERM (<i>Enterprise Risk Management</i>), Ciclo PDCA (<i>Plano- Fazer - Verificar - Agir</i>) para processos internos."
GCAN	"BSC - <i>Balanced Scorecard</i> (ferramenta de medição de desempenho); <i>Lean Six Sigma</i> (prática de melhoria de produtos e processos); ERM (<i>Enterprise Risk Management</i>); GRC (<i>Governance, Risk and Compliance</i>), Ciclo PDCA (<i>Planejar - Fazer - Verificar - Agir</i>)."
Uso de um método de cálculo de custos para determinar os resultados do atendimento ao utente.	
GBR	"Sim, implementação de software que realiza custeio baseado em atividades (Método ABC). Esse método fornece análises dos custos de internamento clínica ou cirúrgica, e também informações sobre os custos dos procedimentos por especialização médica ou equipe cirúrgica, o que facilita o acompanhamento do onde os recursos estão sendo consumidos."
GCAN	"Mesmo que um produto ou informação não tenha um preço, certamente tem um custo e isso é determinado em todas as áreas, por métodos diferentes; existe um departamento que trata dessas atividades. "
Como são avaliados os riscos de novos investimentos?	
GBR	"Sempre avaliamos a demanda do mercado, a sustentabilidade da cadeia e a qualidade / eficiência dos concorrentes".
GCAN	"Em relação às situações futuras, ninguém pode ter certeza de que um determinado evento ocorrerá. Como o fluxo de caixa previsto para um projeto é um evento futuro, pode ser o valor previsto ou outro. No momento, usamos dois métodos: análise de sensibilidade e criação de cenário. "
GBR = Diretor no Brasil; GCAN = Diretor no Canadá	

A análise de desempenho dos hospitais é crucial e decisiva na tomada de decisão sobre o investimento. Os dois hospitais estudados utilizam BSC - *Balanced Scorecard*, *Lean Six Sigma*, ERM (*Enterprise Risk Management*) entre outros indicadores, para acompanhar e analisar a evolução de seus processos antes de tomar decisões de investimentos. Os hospitais apresentam serviços complexos e vitais que consomem parte significativa dos recursos financeiros.

A gestão de desempenho é um dos componentes essenciais para qualquer organização e, portanto, para estar ciente da conformidade e qualidade de suas atividades, uma organização precisa de um sistema de avaliação eficiente e preciso que permita aos gestores controlar, monitorar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde e desempenho organizacional. Medir o desempenho é um desafio constante para gestores e beneficiários e, hoje, também desempenha um papel vital para o sucesso das organizações (Kaper et al., 2020).

Uma questão importante tem sido levantada nas últimas décadas em relação à formação do gestor hospitalar, seja este médico ou não. Para Chanes (2006), a formação geral do administrador pode afetar o entendimento da aplicabilidade dos conceitos de administração a esse segmento (saúde), causando atraso na tomada de decisão do hospital. Contudo, ter um excelente médico responsável por um hospital não é garantia de uma melhor gestão, pois compreender os fatores que afetam a adoção das melhores práticas de gestão é fundamental para a melhoria dos resultados hospitalares. Nos casos estudados, observam-se os dois tipos de atores na gestão: um médico e um economista e, nesse contexto, não é possível concluir sobre qual deles administra melhor a instituição. No item seguinte (fase três), o estudo quantitativo utiliza amostras representativas de hospitais privados

desses dois países, propiciando melhor entendimento da questão. Além do treinamento básico, aspectos relevantes como capacidades e habilidades podem ser desenvolvidos. Os médicos estão ocupando cada vez mais cargos de liderança / gestão em organizações de saúde (Carsen & Xia, 2006) e muitos líderes que são médicos podem ter habilidades, qualidades ou abordagens de gestão que têm um efeito positivo na qualidade do hospital e no valor do atendimento fornecido (Tasi et al., 2019). Hospitais que desejam melhorar o desempenho clínico e financeiro por meio de mais médicos em posições de liderança precisam convergir na seleção e desenvolvimento de líderes que sejam estrategistas fortes (Huhs et al., 2019), socialmente qualificados e aceitos por colegas clínicos (Van de Riet et al., 2019).

Com base nas análises qualitativas realizadas, é proposto um modelo para integrar o envolvimento e as competências dos gestores hospitalares em instituições privadas no Brasil e no Canadá, para identificar os fatores específicos que influenciam a tomada de decisão sobre o investimento, apresentado na Figura 22.

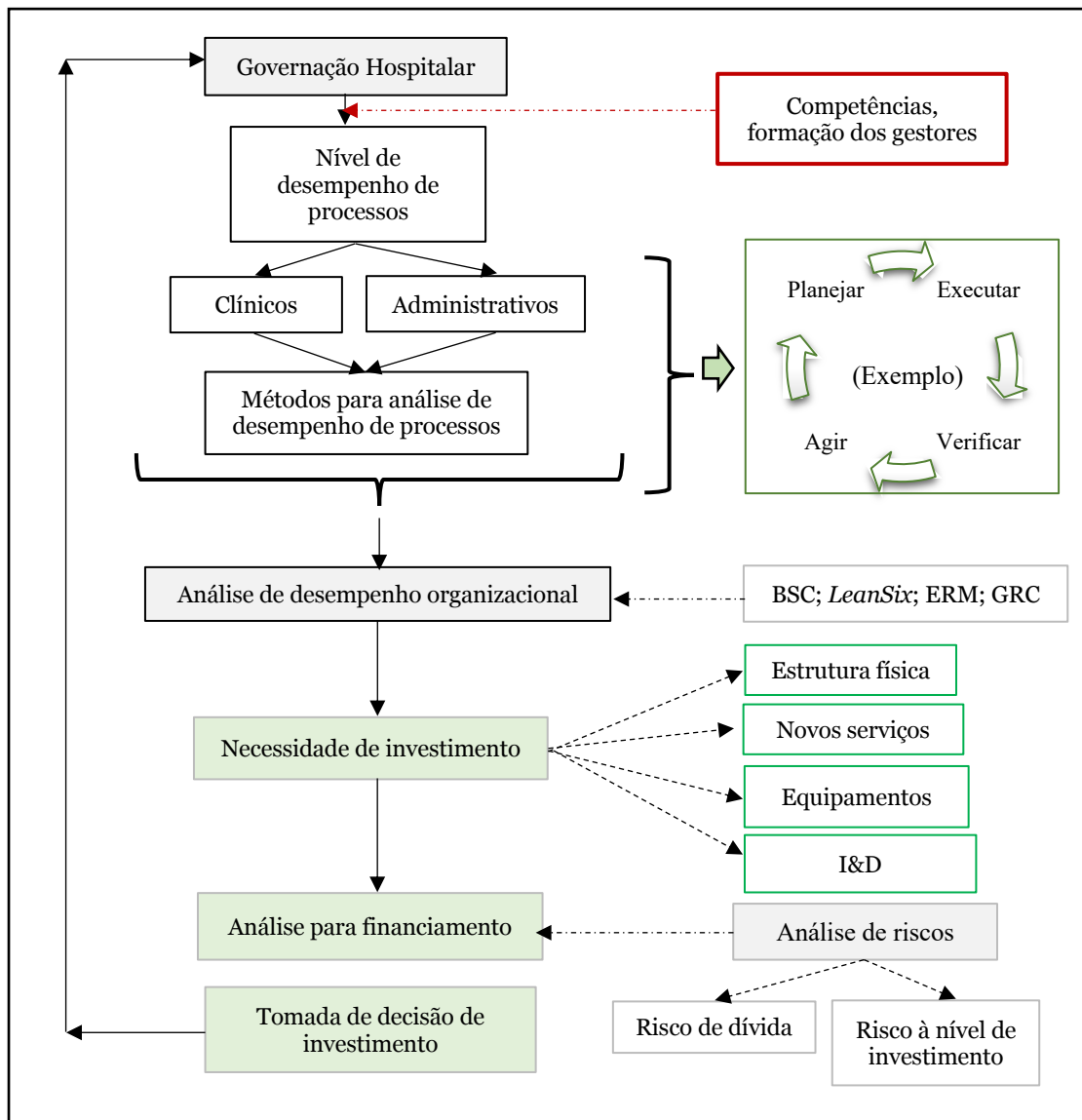


Figura 22: Modelo de integração entre gestores hospitalares e análise de desempenho para tomadas de decisão de investimento

4.3 Análises de Desempenho Hospitalar como Suporte para Tomada de Decisão de Investimento no Brasil e no Canadá: Estudo Quantitativo

4.3.1 Caracterização das Instituições Hospitalares Privadas do Brasil e Canadá

O tipo de estabelecimento ou de assistência hospitalar refere-se à prestação de atendimento à saúde, sendo considerado Hospital Geral aquele destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialidades e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência, deve dispor de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de média complexidade, podendo ter ou não Sistema Integrado de Patrimônio, Administração e Contratos (SIPAC). O Hospital Especializado é destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área, pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT, podendo ou não

ter SIPAC (DataSUS, 2019). No Brasil, 53,3% dos hospitais que responderam ao questionário são classificados como Hospital Geral e, no Canadá estes correspondem a 88,2% (Tabela 18).

Quanto ao fator dimensão, a instituição pode ser denominada da seguinte forma: Pequena, tem capacidade menor ou igual a 50 camas; Média, possui de 51 a 150 camas; Grande, oferece de 151 até 500 camas e Especial, dispõe de quantidade superior a 500 camas (DataSUS, 2019). De acordo com a Tabela 18, a maioria dos hospitais se distribuem entre média e grande dimensão, verifica-se que 29 hospitais (48,3%) no Brasil e 20 hospitais (39,2%) no Canadá são de média dimensão e 25 hospitais tanto no Brasil como Canadá (41,7% e 49%, respectivamente) são de grande dimensão. Os demais hospitais estão classificados com mais de 500 camas (dimensão Especial). Os hospitais de pequena dimensão não foram considerados tendo em vista que estes devem adequar seu perfil de assistência, ofertando especialidades básicas (clínicas médica, pediátrica e obstétrica) (Cunha et al., 2019) as quais o volume de atendimento e as necessidades de financiamento para sua sustentabilidade não são alvos da presente investigação.

Tabela 18: Caracterização dos hospitais privados no Brasil e Canadá

Characteristics	BR		CAN		Total n	%	
	n	%	n	%			
Assistance							
	Hosp. General	32	53,3%	45	88,2%	77	68,8%
	Hosp. Specialties	28	46,7%	6	11,8%	34	30,4%
Dimension							
	Average	29	48,3%	20	39,2%	49	43,8%
	Big	25	41,7%	25	49,0%	50	44,6%
	Special	6	10,0%	6	11,8%	11	9,8%
Type of construction							
	Monobloc	30	50,0%	37	72,5%	67	59,8%
	Multiblocks	22	36,7%	14	27,5%	37	33,0%
Building layout							
	Horizontal	19	31,7%	28	54,9%	48	42,9%
	Vertical	41	68,3%	23	45,1%	64	57,1%
Period of hospitalization							
	Full hospitalization	55	91,7%	43	84,3%	98	87,5%
Disease situation							
	Mixed	58	96,7%	45	88,2%	103	92,0%
Clinical staff							
	Open	53	88,3%	51	100,0%	104	92,9%
Type of legal entity							
	Anonymous society	22	36,7%	14	27,5%	36	32,1%
	Quotas	38	63,3%	37	72,5%	75	67,0%
Complexity level							
	Average	24	40,0%	37	72,5%	61	54,5%
	High	36	60,0%	14	27,5%	50	44,6%
Stock market							
	No	57	95,0%	43	84,3%	100	89,3%

O uso racional dos recursos para atingir metas que tornem a organização competitiva e sustentável e o uso de técnicas oriundas de outras áreas, dentre elas a Engenharia de Produção, que permitam

automatizar e acelerar os processos, para auxiliar na redução de custos e maximização da eficiência nos serviços (Langabeer II & Helton, 2015) são expressos em uma forma de encontrar o melhor arranjo físico possível, que otimize e flexibilize os processos operacionais (Hans, Van Houdenhoven & Hulshof, 2012). A maioria dos hospitais, contidos neste estudo (Tabela 18), no Brasil e no Canadá, possuem o tipo de construção monobloco (50% e 72,5%, respectivamente) embora haja divergência quanto ao tipo de *layout* de construção, predominando a construção vertical no Brasil (68,3%) e horizontal no Canadá (54,9%). Conceitos e diretrizes para o planejamento de *layout* em ambientes de saúde devem ser abordados de forma sistêmica (Salonen et al., 2013), considerando todos os fluxos que compõem a instituição, práticas de segurança e higienização (Bartley, Olmsted & Haas, 2010), que satisfaçam as necessidades funcionais do local (Josph & Rashid, 2007) e evidenciando os fatores que influenciam o arranjo dos *layouts* em ambientes de saúde, tais como a satisfação dos clientes, segurança e bem-estar, energia e meio ambiente, organizacional e configuração espacial (Zhao, Mourshed & Wright, 2009).

O hospital de internamento integral é o modelo tradicional de internamento onde o indivíduo dá a entrada no hospital, fica internado e realiza todos seus procedimentos e recuperação sem sair do interior da instituição até ser liberado (receber a alta) pelo médico responsável. O hospital de internamento parcial, denominado de hospital-dia (HD), está sendo amplamente utilizado devido a sua facilidade de acesso e de saída e oferecem a mesma qualidade e diversidade de operações como um hospital com internamentos ditos convencionais, somente difere pela sua assistência essencialmente diurna (Lima & Botega, 2001). Hospital de longa permanência é a entidade na qual a média de permanência excede 30 dias. No presente estudo, 91,7% dos hospitais brasileiros são classificados como de longa permanência; o mesmo ocorre no Canadá com 84,3% dos hospitais pesquisados (Tabela 18) e caracteriza um desafio enfrentado pelos hospitais devido as suas consequências para o utente, como ocorrência de eventos adversos decorrentes da permanência hospitalar (como maior probabilidade de adquirir infecção hospitalar) e, para os gestores de saúde, devido o impacto dos custos hospitalares (Clemens et al., 2014).

Os cuidados no atendimento hospitalar, quanto a situação de doença, podem ser direcionados a utentes com doenças crônicas, agudas e/ou mistas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define doenças crônicas (DC) como doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta (WHO, 2008) enquanto que as condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar (Singh, 2008). No presente estudo, os hospitais brasileiros e canadenses possuem atendimento aos utentes no formato misto (96,7% no Brasil e 88,2% no Canadá, Tabela 18).

A qualidade assistencial deve ser o foco da gestão ao escolher o modelo de corpo clínico a ser implantado. O hospital, independentemente de suas características, deve definir e defender regras de governação clínica de maneira muito clara e objetiva. O corpo clínico fechado possui corpo médico permanente, não se permitindo como rotina a atuação de profissionais externos a esse grupo e o corpo clínico aberto, maior representatividade encontrada neste estudo (83,3% no Brasil e 100% no

Canadá) permite a profissionais, desde que devidamente habilitados (prestadores de serviço, registados e/ou credenciados), internem e assistam seus utentes (Brasil, 1977).

Quanto a figura jurídica, Tabela 18, predomina em ambos os países, a Sociedade por Cotas (63,3% e 72,5%, no Brasil e Canadá, respetivamente). Algumas das vantagens deste tipo de sociedade são a separação clara entre o património da sociedade e o património pessoal de cada um dos sócios, uma vez que a responsabilidade é limitada aos bens da sociedade, existência de mais do que um sócio o que proporciona uma maior diversidade de experiências e conhecimentos, maior facilidade em obter os fundos necessários para a constituição da sociedade uma vez que podem ser mais pessoas a entrar com o capital (Silva, Ferreira & Rodrigues, 2006).

A complexidade é constante nas empresas hospitalares a partir da especialização e diversidade de recursos humanos, volume de materiais e medicamentos utilizados e seu mercado altamente inovador. De acordo com Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde (MS) (DataSUS, 2019), Brasil, os hospitais são classificados, conforme os tipos de atendimento, em baixa, média e alta complexidade. As instituições de baixa complexidade possuem o perfil assistencial que atenda especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica), saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas e pequenas cirurgias. Os hospitais de média complexidade possuem Atenção em Terapia Intensiva, Cirurgia e Anestesia e Materno-Infantil; os de alta complexidade, além de possuírem as características de média complexidade, são acrescidos da Atenção Radioterápica, Quimioterápica e/ou da Atenção ao Renal Crônico. De acordo com essas definições, observa-se que os hospitais brasileiros, contidos neste estudo, estão enquadrados no contexto de alta complexidade com 36 hospitais (60%) enquanto as instituições hospitalares canadenses, com 37 hospitais (72,5%), possuem média complexidade (Tabela 18). A grande maioria dos hospitais, tanto no Brasil como no Canadá, não são cotadas em bolsa de valores (95% e 84,3%, respetivamente).

Na Tabela 19 está exposta a análise comparativa do quadro pessoal quanto ao número de empregados contratados e a dimensão dos hospitais. Atendendo ao critério do número de trabalhadores, verifica-se que no Brasil ocorre um desvio padrão maior (1474,2) do que no Canadá (1111,8) ao se comparar o mínimo e o máximo de empregados contidos nas instituições hospitalares. Tal fato é observado pelo quantitativo máximo de empregados no Brasil que chega a ser quase o dobro do Canadá. O número de funcionários como parâmetro para cálculos vem sendo usado tanto para estimar a necessidade de novos funcionários em unidades novas como em unidades já existentes. Esta preocupação deve sempre acompanhar a gestão dos hospitais, já que os recursos humanos são parte fundamental do equilíbrio financeiro dos serviços hospitalares, representando, entre salários e benefícios, 50% a 60% do total dos custos hospitalares (Rovere, 1992; Álvarez-Díaz & Caballero-Gil, 2021; Lauer et al., 2021; Maltezou et al., 2021). Ao se observar a Figura 23, *boxplot* ou diagrama de caixa, podemos visualizar a distribuição e valores dos dados utilizando uma disposição gráfica comparativa. Ao levarmos em conta que existe similaridade nas dimensões entre os hospitais

brasileiros e canadenses, verifica-se que, no Brasil, o máximo encontrado para número de empregados nos estabelecimentos excede em 63,67% ao Canadá.

Tabela 19: Análise do quadro de pessoal quanto ao número de empregados e dimensão dos hospitais

Country	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Median
Brazil	1939,1	60	1474,2	380	6321	903,5
Canada	1919,4	51	1111,8	421	3862	2351
Total	1930,1	111	1314,4	380	6321	2004
Brazil						
Dimension	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Median
Average	675,45	29	85,569	380	793	694
Big	2786,56	25	876,712	820	4231	3004
Special	4515,67	6	1046,612	3244	6321	4427,5
Total	1939,1	60	1474,205	380	6321	903,5
Canada						
Dimension	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Median
Average	629	20	92,211	421	782	618
Big	2559,2	25	271,992	1923	2934	2643
Special	3555,17	6	234,397	3217	3862	3558
Total	1919,43	51	1111,777	421	3862	2351

Tal fato sugere que, possivelmente, a produtividade, do ponto de vista da relação funcionário por cama, é maior quando se considera os hospitais que apresentam valores menores (Zucchi & Bittar, 2002). Outro fator importante diz respeito as medianas que, no Brasil, encontra-se em posição assimétrica positiva apresentando uma maior variabilidade e, no Canadá, assimétrica negativa e, vale ressaltar que a mediana é a medida de tendência central mais indicada quando os dados possuem distribuição assimétrica, uma vez que a média aritmética é influenciada pelos valores extremos (Marôco, 2018).

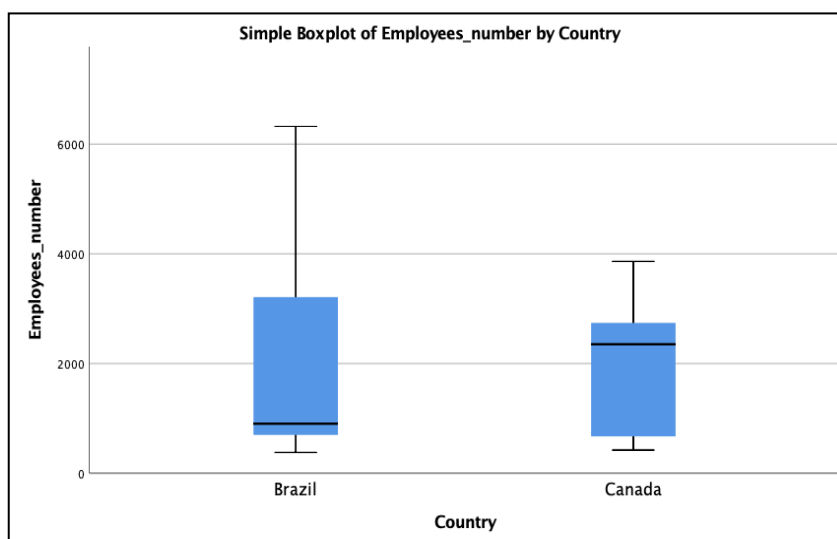


Figura 23: Número de empregados dos hospitais do estudo, por país

4.3.2 Perfil dos Gestores dos Hospitais do Brasil e Canadá

No que diz respeito ao perfil dos gestores hospitalares, dos países alvo deste estudo, segundo os resultados na Figura 24, verifica-se que no Brasil a faixa etária predominante é entre 45 e 59 anos (55%), 58,3% possuem a formação básica em Medicina, ocupam o cargo de Administrador (45,5%) e atuam nesta função de 4 à 10 anos (51,7%). O Canadá difere quanto a faixa etária da maioria dos gestores, estando estes enquadrados com 60 anos ou mais (58,8%), a maioria dos respondentes são graduados em Gestão, com 39,2% (apenas 25,5% possuem formação base em Medicina) e ocupam esta função a mais de 10 anos (49%). Similar ao Brasil, os gestores canadenses (em sua maioria) exercem a função de Administradores em 60,8% dos casos. Os dados demonstram que estes profissionais possuem faixas etárias mais elevadas, ou seja, são pessoas mais maduras, possuem curso superior completo, são pessoas experientes e capazes de detetar quais os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao bom desempenho profissional. Estes resultados, em parte, são consistentes com os resultados da investigação de Grohmann, Battistella e Baratto (2012).

As organizações hospitalares têm buscado profissionais com perfis e competências que permitam elevado desempenho no trabalho e que contribuam para o alcance dos objetivos organizacionais (Corrêa, Coutinho & Vieira, 2010). Neste estudo, os gestores, quando questionados sobre quais seriam as características indispensáveis para o gestor hospitalar, tanto no Brasil como no Canadá, estes elencaram, como fatores relevantes, que o mesmo deve adaptar-se facilmente a novas situações, ser honesto, ter autoconfiança, ser uma pessoa sem preconceitos que aceita sugestões e ideias novas, que se integre socialmente, se sinta realizada e que possua alto grau de comprometimento e que trabalhe bem em equipe (Tabela 20).

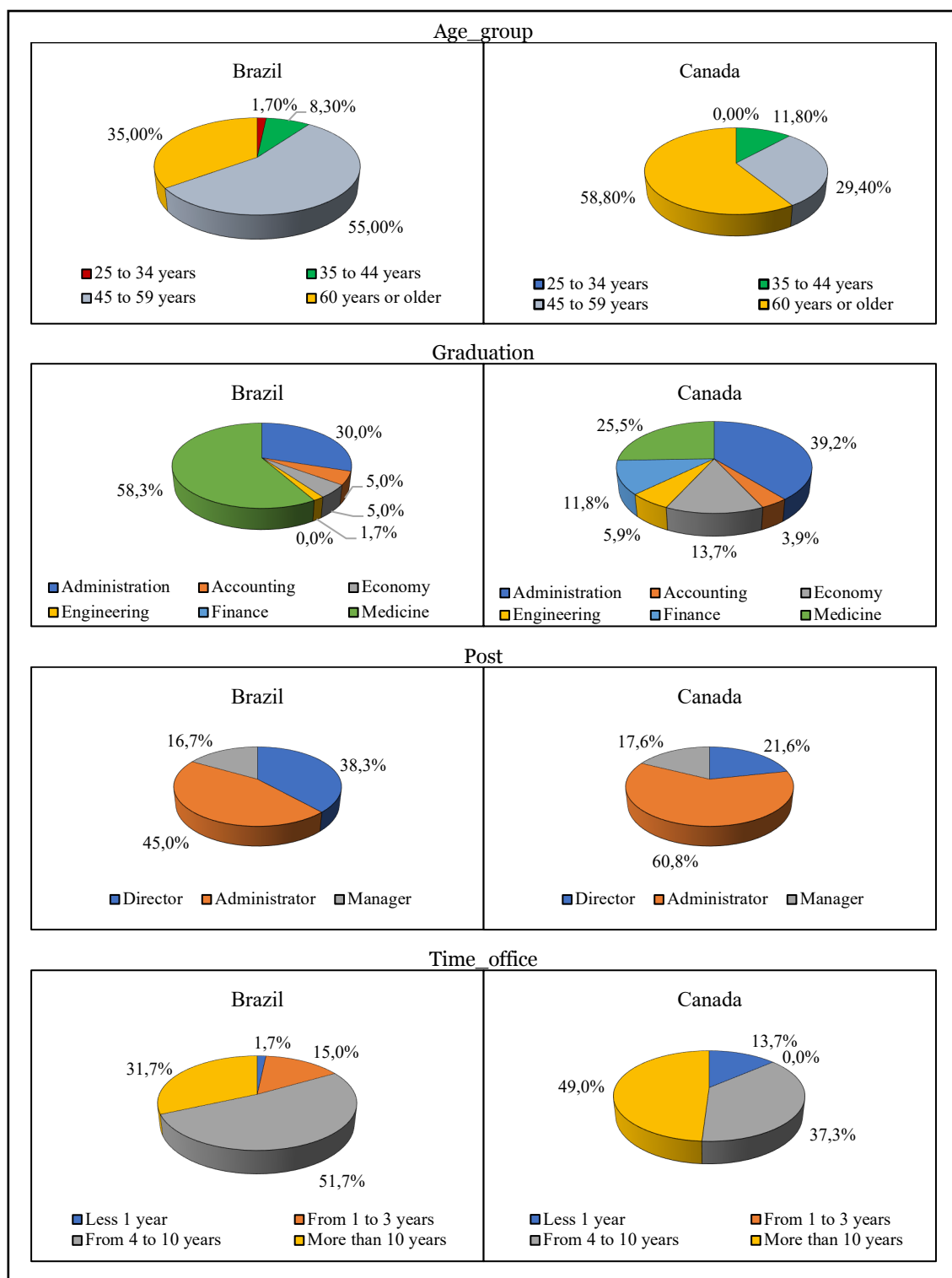


Figura 24: Perfil do gestor hospitalar

Quanto as competências gerenciais, conhecimentos e habilidades desejáveis para o profissional envolvido com a gestão hospitalar, diversos autores destacam os atributos que norteiam a formação de um perfil ideal de gestor (Boyatzis, 1982) a importância da capacidade, habilidade, aptidão e idoneidade (Abraham et al., 2001), conjunto de conhecimentos e atitudes interdependentes (Feuerwerker & Cecílio, 2007), experiências que credenciam um profissional a exercer determinada

função (Santos & Castro, 2010). Neste estudo, ao se identificar as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) entendidas como sendo ideais ao profissional gestor de saúde, os resultados apontaram para os conhecimentos em sistemas de informação, perfil epidemiológico dos utentes atendidos, administração financeira e de gestão de recursos, gestão da qualidade dos serviços e predisposição para o aprendizado e mudanças (Tabela 20). Nesse contexto, o tema competências gerenciais é cada vez mais difundido no âmbito organizacional e têm ganhado relevo acadêmico, sobretudo, por sua relação com fenômenos como aprendizagem, desempenho e estratégia das (nas) organizações (Jansen, Vera & Crossan, 2009).

Tabela 20: Características desejáveis e o perfil para o gestor hospitalar, na opinião dos respondentes

Characteristic	Brazil		Canada		Total
	n	%	n	%	
Management profile (s) considered indispensable					
Adapting to new situations	52	86,70%	41	80,40%	93
Be honest	49	81,70%	39	76,50%	88
Have self-confidence	52	86,70%	40	78,40%	92
Being an "open" person	53	88,30%	44	86,30%	97
Integrate socially	53	88,30%	44	86,30%	97
Accomplished person	51	85,00%	44	86,30%	95
Commitment	53	88,30%	46	90,20%	99
Teamwork	55	91,70%	49	96,10%	104
Total	60		51		111
Desirable characteristics for the professional					
Information systems management	44	73,30%	37	72,50%	81
Knowledge of the target population of the service	44	73,30%	48	94,10%	92
Financial administration, resource management skills	52	86,70%	51	100,00%	103
Service quality management	52	86,70%	48	94,10%	100
Predisposition to learning and changes	60	100,00%	51	100,00%	111
Total	60		51		111

4.3.3 Análises de Desempenho como Apoio a Tomadas de Decisão

A complexidade dos sistemas de saúde, a escassez de recursos e a carência de gestão eficiente e eficaz justificam investimentos em análises de evidências que indiquem novos conhecimentos para agregar valor à saúde da população, ao setor e à sociedade (White, Lemak, & Griffith, 2011). As práticas de avaliação de desempenho hospitalar por meio de indicadores estão associadas a diversas abordagens: melhoria da qualidade em saúde, acreditação e certificação hospitalar (Rousseau, Manning & Denyer, 2008).

A análise de desempenho e a periodicidade com que os indicadores são analisados indicam redução do tempo do ciclo de serviços, redução de custos, aumento no retorno de investimentos, aumento da satisfação dos clientes e geração de serviços de excelência (Khattab & Aborumman, 2011). A prevalência de 61,7% dos hospitais brasileiros, alvos do estudo, realizam as análises de desempenho semestralmente, enquanto que os hospitais canadenses optam por análises bimestrais (51%), exposto na Figura 25. Monitorar o desempenho do hospital com menor periodicidade pode indicar um

melhor acompanhamento dos processos realizados devido a possibilidade de ajustes e correções serem feitas em tempo hábil, minimizando danos e consequências resultantes dessas divergências.

São diversas as ferramentas de análises de desempenho. O fenômeno medição de desempenho é utilizado pelas organizações com o objetivo de garantir que estão caminhando na direção certa ou alcançando metas e objetivos organizacionais (Neely & Platts, 2005). Heckl e Moormann (2010) identificaram vários sistemas para medição de desempenho das organizações, tais como o *Balanced Scorecard*, autoavaliação, custeio baseado em atividades, sistema de medição de desempenho de processo, monitoramento baseado no fluxo de trabalho e sistema de controle estatístico sendo que todos possuem conjuntos diferentes de objetivos e características, entre elas, as dimensões foco e escopo de análise.

Business Intelligence (100%), *Balanced Scorecard* (100%), *Value Based Management* (72,5%) e indicadores de desempenho clínico (100%) foram apontados como os mais utilizados nos hospitais do Canadá; nos hospitais brasileiros *Business Intelligence* (63,3%), *Balanced Scorecard* (93,3%) e indicadores de desempenho clínico (80%) são os mais empregados (Figura 23). Nos dois países, pouco se utiliza a gestão de custos como mecanismo para análise de desempenho; possivelmente, tal fato se deve às dificuldades de implantação de métodos de custeamento confiáveis, precisos (Mogha, Yadav & Singh, 2015; Chowdhury & Zelenyuk, 2016). Os indicadores mais utilizados pelos hospitais dos dois países são taxa de ocupação hospitalar (96,7%, Brasil; 100%, Canadá), média de permanência (96,7%, Brasil; 98%, Canadá), taxa de mortalidade hospitalar (95%, Brasil; 80,4%, Canadá), margem bruta (93,3%, Brasil; 78,4%, Canadá), margem EBITIDA (93,3%, Brasil; 100%, Canadá) e liquidez corrente (90%, Brasil; 98%, Canadá). A avaliação de retorno de investimentos consiste numa técnica de aspecto financeiro que busca determinar as possibilidades de sucesso econômico e financeiro de um determinado projeto, seja ele um projeto de investimento, o lançamento de um novo produto, a entrada num novo mercado ou um projeto de reestruturação organizacional (Baxter et al., 2014). O retorno sobre o capital investido é utilizado por 19 hospitais brasileiros (31,7%) e altamente incorporado nas análises dos hospitais canadenses (100%) o que pode indicar uma melhor verificação dos cenários de negócios (Figura 25).

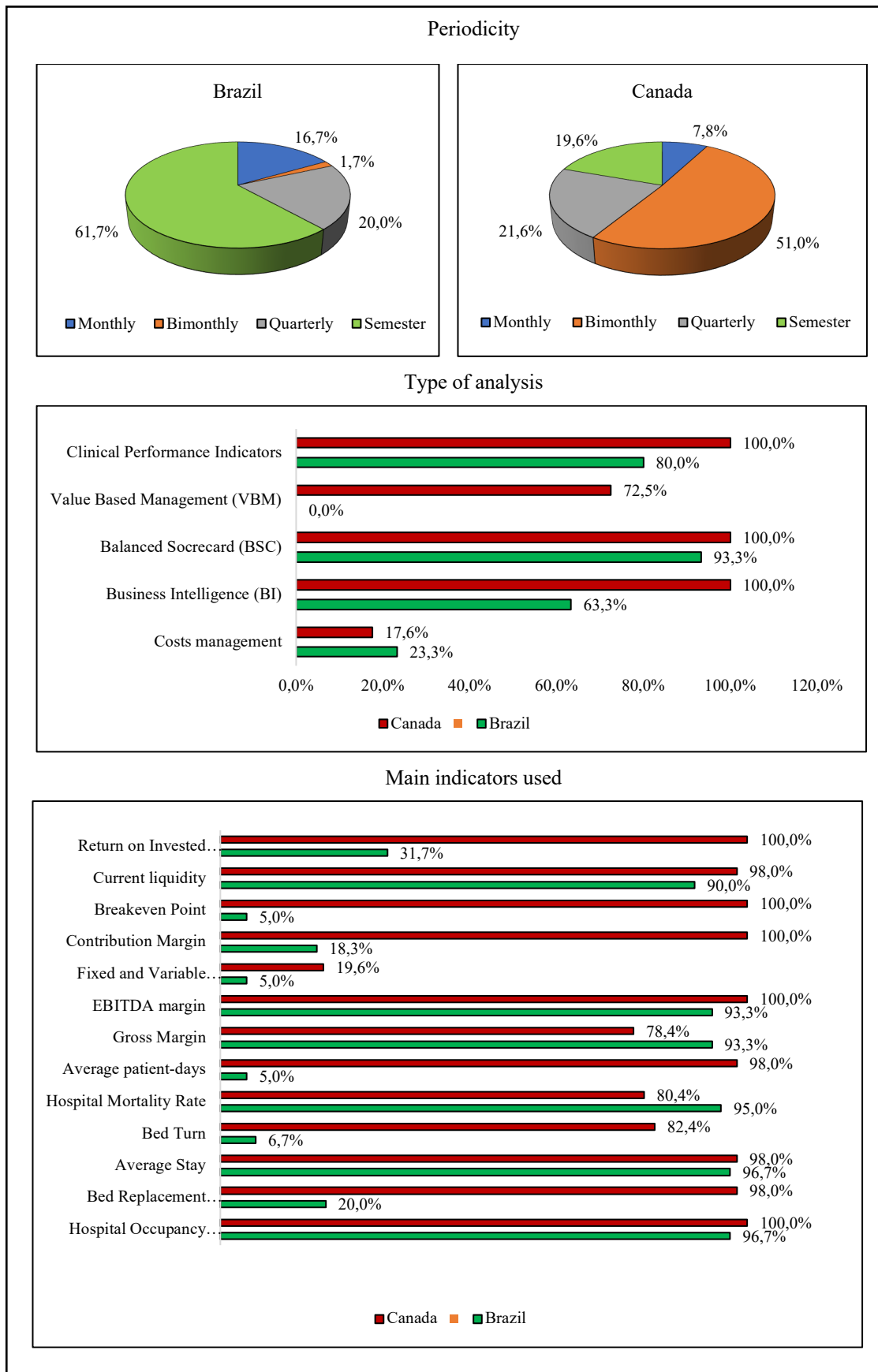


Figura 25: Periodicidade, tipos de análises de desempenho e indicadores utilizados pelos hospitais privados

4.3.4 A Estrutura de Capital, Investimentos Realizados nos Últimos Cinco Anos e as Análises Antes da Decisão de Investimento

Os financiadores de capital alheio e de capital próprio dão corpo à estrutura de capital das empresas. Relativamente às fontes de capital próprio internas que financiam os hospitais no seu momento de aquisição assumem um importante quantitativo (61,7%, Brasil; 100%, Canadá) (Tabela 21) face às aquisições. Este resultado está em conformidade com os resultados de outros estudos (Silva, 1994; Lund e Wright, 1999; Fourné, & Zschoche, 2020) que demonstraram que o capital próprio é a principal fonte de capital.

A tomada de decisão sobre investimentos hospitalares é influenciada pelas características dos sistemas de saúde, nomeadamente em termos de seguro de saúde, métodos de financiamento e de reembolso (Wernz et al., 2014). No ambiente competitivo os hospitais percebem que uma maneira importante de lidar com a concorrência é atraindo os utentes por meio de (i) instalação de novos serviços que permitam abranger o atendimento de uma ampla gama de utentes (Navarro et al., 2017), (ii) investindo em melhorias da estrutura física de forma que, aliada a boa qualidade de atendimento, possa transmitir organização dos serviços (Abedi et al., 2019), (iii) disponibilizar equipamentos modernos que auxiliem no diagnóstico e terapêutica (Shamayleh et al., 2020), bem como (iv) investimentos em inovação e desenvolvimento (I&D) que possibilitem, cada vez mais, utilizar bem os escassos recursos, melhorando o desempenho das instituições (Fasterholdt et al., 2017). Neste contexto, verifica-se que tanto os hospitais brasileiros como os canadenses, na grande maioria, realizaram investimentos nos últimos cinco anos (Figura 26), sendo que o menor investimento foi em ampliação da estrutura física predial (31,7%, Brasil; 39,2%, Canadá).

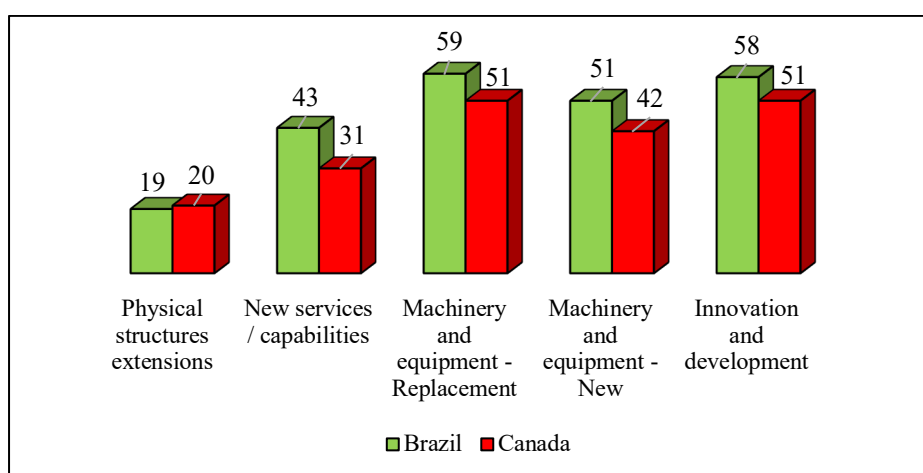


Figura 26: Tipos de investimentos realizados pelos hospitais, nos últimos cinco anos

Diferentes análises são realizadas pelos hospitais antes da decisão de investimentos. A análise orçamentária predomina no Brasil (100%) antes da decisão de investimento enquanto no Canadá, verifica-se que a análise de viabilidade econômico-financeira e o tempo de retorno do investimento (100% ambos) prevalece sobre os demais tipos de análises (Tabela 21). A decisão de investir é de

natureza complexa, porque muitos fatores, inclusive de ordem pessoal, entram em cena e, quanto maiores forem os ganhos futuros que podem ser obtidos de certo investimento, tanto mais atraente esse investimento parecerá para qualquer investidor sendo, portanto, decisão de investir, extremamente dificultosa, visto que a pessoa que tem essa responsabilidade em suas mãos tem de ter consciência que um erro basta para levar a entidade à falência (Morano et al., 2020).

Tabela 21: Estrutura de capital e tipos de análises antes da decisão de investimento

	Brazil		Canada		Total
	n	%	n	%	
Institution Capital Formation					
Own	37	61,7%	51	100,0%	88
Mixed (public-private partnership)	23	38,3%	0	0,0%	23
Total	60		51		111
Types of analysis before making investment decisions					
Strategic planning	59	98,3%	22	43,1%	81
Budget analysis	60	100,0%	39	76,5%	99
Economic and financial viability	58	96,7%	51	100,0%	109
Return on investment time	35	58,3%	51	100,0%	86
Alternative sources of investment	59	98,3%	41	80,4%	100
Hospital accreditation report	15	25,0%	45	88,2%	60
Total	60		51		111

4.3.5 Métodos de Custeamento Utilizados e as Práticas Empregadas para Gestão de Risco e Análise de Desempenho Hospitalar

A gestão estratégica de custos passa a ser uma excelente alternativa a ser utilizada pelas empresas, servindo de orientadora no momento de tomada de decisão e é vista, tradicionalmente, como o processo de avaliação do impacto financeiro das decisões gerenciais (Marques & Carvalho, 2020). A contabilidade de custos pode fornecer informações relevantes para a gestão hospitalar, por meio de suas ferramentas de avaliação de estoque (custeio por absorção), controle (custo padrão), tomada de decisão (custeio variável, custeio baseado em atividades), pagamentos de procedimentos cirúrgicos (análise de GDHs) e artefactos gerenciais na área de Gestão Estratégica (análise de custo-efetividade, custos de qualidade, análises estatísticas) (Russell et al., 2016). Neste contexto, verifica-se (Tabela 22) uma maior diversidade de métodos empregados pelos hospitais brasileiros quando comparados com as instituições canadenses onde predomina o método de ressarcimento por Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDHs) e custos da qualidade. Contudo, há indicações de que poucos hospitais no Brasil empregam métodos de custeamento em suas instituições (De Paiva et al., 2018), utilizando, na grande maioria, dados estatísticos contidos em sistemas informatizados para tomadas de decisão. No Canadá, a busca pela contenção dos custos com saúde (Thomson et al., 2019) e o próprio modelo de sistema de saúde que incentiva o ressarcimento hospitalar por meio de GDHs (Duckett, 2018), propiciam o uso deste formato de análise.

Tabela 22: Métodos de custeamento utilizados e práticas para a gestão de risco

	Brasil		Canada		Total
	n	%	n	%	
Costing method to determine the results					
Based Costing, Time-Based ABC (TDABC)	13	21,7%	22	43,1%	35
Mixed Cost	21	35,0%	0	0,0%	21
Standard Cost	27	45,0%	0	0,0%	27
Departmental Cost	29	48,3%	0	0,0%	29
Break-even point	12	20,0%	0	0,0%	12
Contribution margin	11	18,3%	23	45,1%	34
Cost effectiveness	1	1,7%	0	0,0%	1
Diagnostic-Related Groups (DRG) Analysis	3	5,0%	51	100,0%	54
Statistical analysis	30	50,0%	35	68,6%	65
Cost of Quality	8	13,3%	51	100,0%	59
Does not adopt costing method	3	5,0%	0	0,0%	3
Total	60		51		111
Practices for risk management and performance evaluation					
Balance Scorecard	45	75,0%	51	100,0%	96
Lean Six Sigma	5	8,3%	51	100,0%	56
Evaluation using indicators	59	98,3%	28	54,9%	87
Strategic Service Management	45	75,0%	0	0,0%	45
Total	60		51		111

A preferência de como financiar as atividades tem um alto impacto nos tipos de projetos almejados, bem como nas respectivas partes interessadas (Turner et al., 2015). A estrutura de capital também é claramente influenciada por índices históricos e desempenho financeiro projetado (Lemmon et al. 2008). O gerenciamento de desempenho é um dos componentes essenciais para qualquer organização e, desta forma, para estar ciente da conformidade e qualidade de suas atividades, uma organização precisa de um sistema de avaliação eficiente e preciso, que capacite os gerentes a controlar, monitorar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde e o desempenho da organização (Lin et al., 2013). No Brasil, a avaliação de desempenho por meio de indicadores sobressai sobre as demais práticas com 45 hospitais (75%). Essas aplicações estão associadas a abordagens de melhoria da qualidade em saúde, acreditação e certificação hospitalar (Forgia & Couttolenc, 2009). Os hospitais do Canadá utilizam o *Balance Scorecard* (100%) e o *Lean Six Sigma* (100%) para as análises de desempenho (Tabela 22). O *Balance Scorecard* (BSC) traduz estratégias e objetivos da organização em medidas de desempenho (Kocakulah & Austill, 2007; Rababa'h, 2014). O *Lean Six Sigma* propicia a melhoria de processos que levam à satisfação do cliente, aumento da participação no mercado, rentabilidade dos negócios, sendo considerada uma influente ferramenta desenvolvida para acelerar a melhoria da qualidade do produto, processo e serviço (Bhat et al., 2019).

4.3.6 Cruzamento dos Dados entre o Brasil e Canadá

Tipo de pessoa jurídica e a periodicidade com que se faz análise de desempenho

Conforme exposto na Tabela 23, no Brasil (55,3%) e no Canadá (54,1%) predominam a sociedade por quotas, entretanto, diferem quanto a periodicidade de análises de desempenho, sendo esta mais frequente nos hospitais canadenses (bimestral) do que nas instituições brasileiras (semestral).

Tabela 23: Tipo de pessoa jurídica e a periodicidade da análise de desempenho realizadas nos hospitais em estudo

	Anon. society		Quotas		Total
	n	%	n	%	
Brazil					
Monthly	1	4,5%	9	23,7%	10
Bimonthly	0	0,0%	1	2,6%	1
Quarterly	5	22,7%	7	18,4%	12
Semester	16	72,7%	21	55,3%	37
Total	22		38		60
Canada					
Monthly	1	7,1%	3	8,1%	4
Bimonthly	6	42,9%	20	54,1%	26
Quarterly	2	14,3%	9	24,3%	11
Semester	5	35,7%	5	13,5%	10
Total	14		37		51

Pessoa jurídica e os tipos de análises utilizadas para suporte a tomada de decisão de investimento

Business Intelligence prevalece na sociedade por quotas, no Brasil, enquanto o *Balance Scorecard* e indicadores de desempenho clínico são mais utilizados nas instituições de sociedade anônima. No Canadá, tanto as sociedades anônimas quanto a por quotas realizam análises pautadas em *Business Intelligence*, *Balance Scorecard* e indicadores de desempenho clínico em 100% das instituições hospitalares e, no que se refere a *Value Based Management* (ausente no Brasil) 73% dos hospitais canadenses fazem uso deste tipo de análise (Figura 27). Destas observações pode-se inferir que, independentemente do tipo de pessoa jurídica instalada no Canadá, as análises para tomadas de decisão de investimentos são mais apuradas.

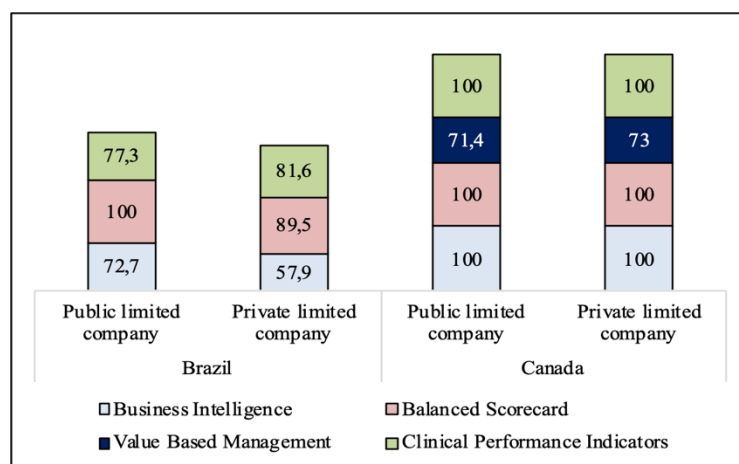


Figura 27: Tipo de pessoa jurídica (%) e os tipos de análises utilizadas para suporte a tomadas de decisão de investimento (%) no Brasil e Canadá

Formação do gestor hospitalar e os tipos de análises utilizadas para suporte a tomada de decisão de investimento

Na Figura 28 é apresentado o resultado do cruzamento entre a formação dos gestores dos hospitais e os tipos de análises realizadas para tomadas de decisão de investimento. Verifica-se, de maneira geral, que o Canadá, independente da formação base do gestor, possui uma maior diversificação e quantidades de análises que o Brasil, onde os gestores com formação em Economia (5% dos gestores) são os que mais realizam essas análises enquanto a maioria dos gestores, graduados em Medicina (58,3%), fazem uso do *BSC* (97,14%), indicadores de desempenho clínico (77,77%) e *VBM* (75%). No Canadá são os Contabilistas (3,9% dos gestores) que mais efetuam análises antes das tomadas de decisão de investimento sendo que a grande maioria dos gestores hospitalares (Administradores, 39,2%) utilizam, em 100% dos casos, *BI*, *BSC* e indicadores de desempenho clínico e, em 75% dos casos, *VBM*. No Brasil são os Economistas (5% dos gestores) que mais avaliam o desempenho hospitalar antes da decisão de investimento, enquanto os gestores médicos, utilizam mais o *BSC* e indicadores clínicos.

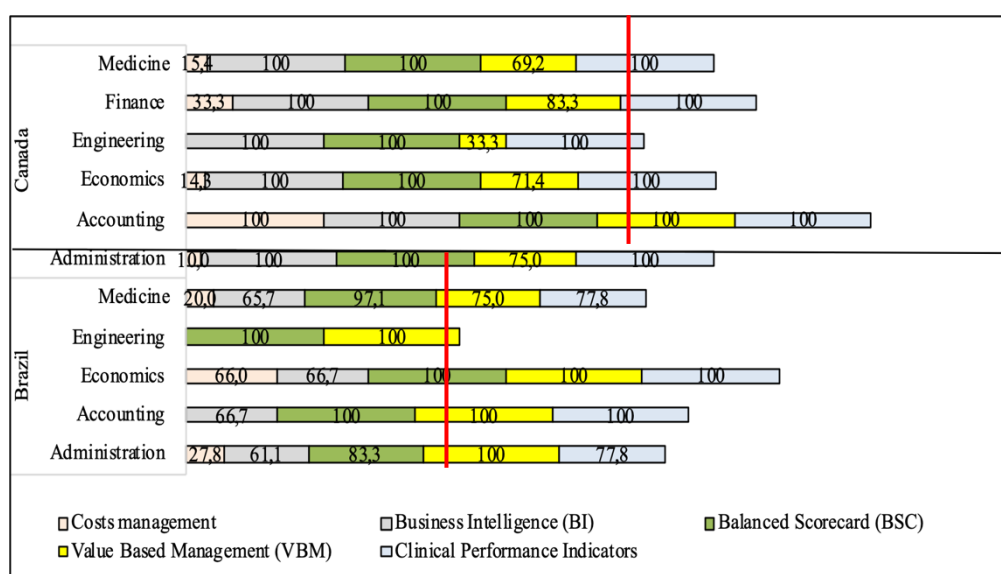


Figura 28: Formação do gestor hospitalar e os tipos de análises realizadas para suporte a tomadas de decisão de investimento

Faixa etária dos gestores e os tipos de análises realizadas para tomadas de decisão

A temática custos em hospitais é relevante visto a importância de tais instituições no âmbito social e econômico, assim como para os gestores das mesmas, considerando-se que no contexto hospitalar, que conta com custos elevados, recursos escassos, pressão por qualidade e bons serviços, as informações sobre os custos são consideradas úteis para uma gestão eficiente (Cinquini, Vitali, Campanale, 2009), bem como para melhorar a transparência hospitalar (Mercier & Naro, 2014). É um desafio controlar os custos envolvidos com a saúde (Neriz et al., 2014), devido à complexidade de seus produtos e serviços (Mercier & Naro, 2014), e a gama de recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, ainda se faz necessário uma gestão eficiente. A idade dos gestores

hospitalares possui pouca relação com os tipos de análises realizadas para tomadas de decisão de investimento (Figura 29). A faixa etária dos 25 aos 34 anos, observada apenas em 23,33% dos gestores brasileiros, é a única a utilizar em 100% a gestão de custos para análises. Tal observação pode estar relacionada ao fato de modelos e métodos de custeio (GDHs, Método ABC, análises descritivas) terem sido mais comumente empregados na área de saúde, de 2010 até a atualidade, para melhor entendimento do consumo de recursos (Chung et al., 2010; Corral et al., 2015; Jackson et al., 2018) em processos hospitalares, custos de patologias e cuidados paliativos e formas de ressarcimentos.

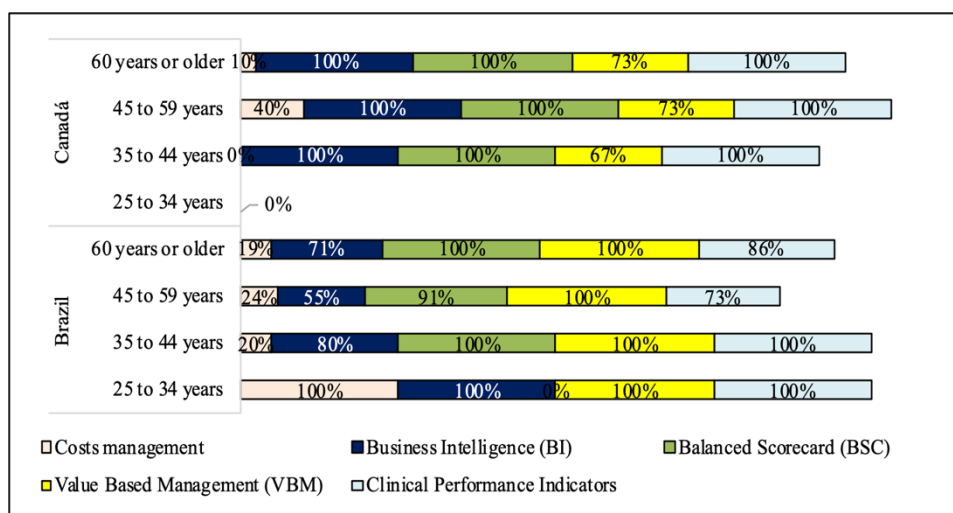


Figura 29: Faixa etária dos gestores *versus* tipos de análises para tomadas de decisão de investimento

Dimensão do hospital e os tipos de investimentos realizados

A ampliação da estrutura física hospitalar possui menor porcentagem dos investimentos realizados (31,7%, Brasil; 39,2%, Canadá) sendo relevante em hospitais com dimensão Especial no Canadá (66,7%). É também visualizado que, no Canadá, 100% das instituições deste estudo realizam investimentos em novas aquisições ou reposição de máquinas e equipamentos e ações de inovação e desenvolvimento. No Brasil, além da igualdade de 100% dos hospitais de dimensão Especial em reposição de máquinas e equipamentos e ações de inovação e desenvolvimento, incide a mesma porcentagem no que se refere a instalação de novos serviços/ valências. Ao compararmos os hospitais de Grande e Média dimensão entre os dois países (Figura 30) é observado que são bastante similares quanto aos tipos de investimentos efetuados.

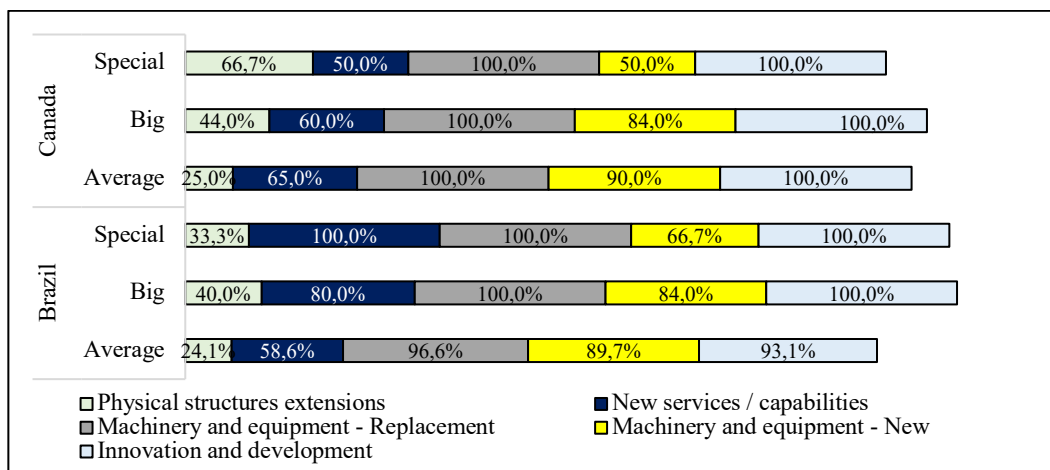


Figura 30: Dimensão do hospital *versus* tipos de investimentos realizados

Dimensão do hospital e os tipos de análises realizadas para tomadas de decisão de investimento

O planejamento estratégico, como ferramenta para tomadas de decisão de investimento, é fortemente evidenciado no Brasil e é pouco utilizado no Canadá, independentemente da dimensão do hospital (Tabela 24). No Canadá os hospitais trabalham com um planejamento estratégico refletido principalmente no orçamento. Já no Brasil, as instituições hospitalares, não trabalham com orçamento muito estruturado, trabalham mais com os resultados de *performance* (Chen et al., 2005). Segundo Figueiredo et al. (2018) embora os gestores brasileiros, quando se trata de planejamento, valorizem a tomada de decisão baseada em fatos e dados, possuem uma visão de curto prazo e pouco pensam no negócio em termos sustentáveis.

Outra análise, que difere entre os dois países, diz respeito a relatórios de sistemas de acreditação hospitalar que é fortemente utilizado no Canadá (88,2% dos hospitais), independentemente da dimensão do hospital e, incipiente no Brasil (25% do total de hospitais alvo deste estudo). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2004) a acreditação hospitalar tem como objetivo avaliar o método de prestação de serviço adotado pelo hospital. Ela evidencia as práticas de gestão, assistência, transparência e segurança, uma vez que a verificação é realizada por todo processo diário das atividades desenvolvidas por este serviço de saúde. Visa ainda identificar antecipadamente quais são os riscos possíveis durante o atendimento de um utente, para estimular a melhoria contínua dos processos internos a fim de impedir que esses riscos se tornem realidade. Muitos dos hospitais brasileiros buscam a acreditação hospitalar internacional, dentre elas, o Certificado de Acreditação Internacional do Canadá (IQG, 2018).

Tabela 24: Dimensão do hospital *versus* tipos de análises para decisão de investimento

	Average		Big		Special		Total
	n	%	n	%	n	%	
Brazil							
Strategic planning	28	96,6%	25	100,0%	6	100,0%	59
Budget analysis	29	100,0%	25	100,0%	6	100,0%	60
Economic and financial viability	27	93,1%	25	100,0%	6	100,0%	58
Return on investment time	15	51,7%	16	64,0%	4	66,7%	35
Alternative sources of investment	28	96,6%	25	100,0%	6	100,0%	59
Hospital accreditation report	3	10,3%	8	32,0%	4	66,7%	15
Canada							
Strategic planning	6	30,0%	13	52,0%	3	50,0%	22
Budget analysis	14	70,0%	20	80,0%	5	83,3%	39
Economic and financial viability	20	100,0%	25	100,0%	6	100,0%	51
Return on investment time	20	100,0%	25	100,0%	6	100,0%	51
Alternative sources of investment	15	75,0%	20	80,0%	6	100,0%	41
Hospital accreditation report	20	100,0%	20	80,0%	5	83,3%	45

Complexidade hospitalar e os tipos de investimentos realizados

Os maiores investimentos realizados nos hospitais de média e alta complexidade, no Brasil e no Canadá, são atribuídos para aquisição de máquinas e equipamentos (novos e para reposição) (Tabela 25) e inovação e desenvolvimento (I&D), seguido por instalação de novos serviços/ valências. Ampliação da estrutura física hospitalar (31,7% do total de hospitais alvo deste estudo, Brasil e 39,2% no Canadá), independentemente da complexidade instalada no hospital, é o investimento menos efetivado.

Tabela 25: Complexidade hospitalar *versus* tipos de investimentos realizados

	Average		High		Total
	n	%	n	%	
Brazil					
Physical structures extensions	7	29,2%	12	33,3%	19
New services / capabilities	15	62,5%	28	77,8%	43
Machinery and equipment - Replacement	23	95,8%	36	100,0%	59
Machinery and equipment - New	22	91,7%	29	80,6%	51
Innovation and development	22	91,7%	36	100,0%	58
Canada					
Physical structures extensions	13	35,1%	7	50,0%	20
New services / capabilities	23	62,2%	8	57,1%	31
Machinery and equipment - Replacement	37	100,0%	14	100,0%	51
Machinery and equipment - New	30	81,1%	12	85,7%	42
Innovation and development	37	100,0%	14	100,0%	51

Complexidade hospitalar e os tipos de análises, como suporte para tomada de decisão de investimento

No cruzamento entre o nível de complexidade hospitalar e os tipos de análises efetuadas como suporte para tomada de decisão de investimento, ocorre uma distribuição similar ao cruzamento

realizado entre a dimensão do hospital *versus* tipos de análises para decisão de investimento. É verificada (Tabela 26) menor incidência no Canadá para o planejamento estratégico e, no Brasil, menor incidência para o tipo de análise relatórios de acreditação hospitalar, independentemente da complexidade.

Tabela 26: Complexidade hospitalar *versus* tipos de análises para tomadas de decisão de investimento

	Average		High		Total
	n	%	n	%	
Brazil					
Strategic planning	23	95,8%	36	100,0%	59
Budget analysis	24	100,0%	36	100,0%	60
Economic and financial viability	22	91,7%	36	100,0%	58
Return on investment time	12	50,0%	23	63,9%	35
Alternative sources of investment	23	95,8%	36	100,0%	59
Hospital accreditation report	2	8,3%	13	36,1%	15
Canada					
Strategic planning	16	43,2%	6	42,9%	22
Budget analysis	27	73,0%	12	85,7%	39
Economic and financial viability	37	100,0%	14	100,0%	51
Return on investment time	37	100,0%	14	100,0%	51
Alternative sources of investment	28	75,7%	13	92,9%	41
Hospital accreditation report	33	89,2%	12	85,7%	45

4.3.7 A Formação dos Gestores Hospitalares, na Opinião dos Respondentes

Quanto a questão relevante sobre a formação base do gestor hospitalar, se deve ou não ter origem na medicina, para a maioria dos gestores participantes deste estudo, há o consenso de que não necessariamente o gestor hospitalar deva ser médico (61,7%, Brasil; 90,2%, Canadá) (Figura 31). No Brasil, 58,3% dos gestores hospitalares são médicos (25,5%, Canadá) o que pode justificar, em relação ao Canadá, o porquê (na opinião dos respondentes) de uma porcentagem menor de resposta como favorável a que os gestores não sejam médicos. Para Chanes (2006) a formação generalista do administrador pode afetar o entendimento da aplicabilidade dos conceitos da administração para este segmento (saúde) causando morosidade nas tomadas de decisão do hospital. Por outro lado, o mesmo autor refere que ser um excelente médico a administrar um hospital não é garantia de se exercer a melhor gestão, pois a compreensão dos fatores que afetam a adoção das melhores práticas de gerenciamento é fundamental para melhorar os resultados nos hospitais. Os médicos estão cada vez mais assumindo posições de liderança / gerência em organizações de saúde (Carsen & Xia, 2006) e muitos líderes médicos podem possuir habilidades, qualidades ou abordagens de gerenciamento que afetam positivamente a qualidade do hospital e o valor dos cuidados prestados (Tasi et al., 2019). Os hospitais que almejam aumentar a inclusão dos médicos na melhoria do desempenho clínico e financeiro por meio da liderança médica precisam se convergir na seleção e no desenvolvimento de líderes que sejam estrategistas fortes (Huhs et al., 2019), socialmente qualificados e aceitos pelos colegas clínicos (Van de Riet et al., 2019).

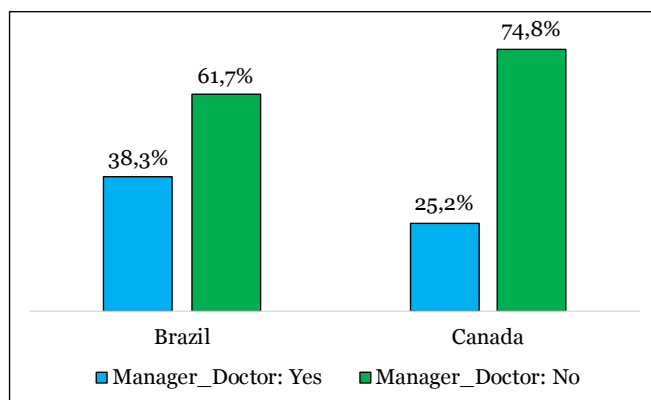


Figura 31: Formação do gestor hospitalar, na opinião dos respondentes

5 Conclusões, Limitações, Sugestões para Futuras Investigações e Contribuições

A governação do sistema de saúde envolve a supervisão e orientação do sistema como um todo, não apenas do sistema público como também dos serviços privados, de modo a salvaguardar os interesses da população, como também inclui as ações e meios adotados pela sociedade para organizar a melhoria e proteção da saúde da população. Os hospitais são instituições peculiares com forma própria de governação organizacional, e essa particularidade apresenta alguns recursos que precisam de destaque especial. No entanto, o setor saúde abrange vários tipos de instituições, como atendimento domiciliar, ambulatório, entre outros. A governação e a regulamentação desse setor estão evoluindo e os conselhos e reguladores da área de saúde tentam encontrar maneiras de obter o controle da qualidade do serviço. Os sistemas integrados de gestão de riscos têm sido utilizados para garantir a qualidade e a segurança de forma pró-ativa. A saúde global mudou de um foco em competências técnicas para uma visão mais politizada das relações entre um número crescente de partes interessadas.

As análises verificadas na RSL trazem observações importantes após incluir os diferentes tópicos da governação nos níveis do meio ambiente, permitindo um levantamento dos atributos que influenciam a governação corporativa em saúde. Partindo do nível micro, a qualidade da assistência à saúde é influenciada por fatores como a postura da indústria farmacêutica e seu próprio cenário de responsabilidade social corporativa, incluindo a governação clínica e a necessidade emergente de educação corporativa para o corpo médico. Além disso, observa-se a necessidade bem como a influência dos conselhos de administração a indicar responsabilidade e compromisso com a saúde segura, de qualidade, para o utente.

Em relação às instituições de saúde (meio envolvente meso), destacam-se a responsabilidade social corporativa (RSC) e a gestão de riscos em saúde. Estudos sobre RSC mostram a preocupação dos

pesquisadores com práticas de negócios socialmente responsáveis, éticas e ambientalmente sustentáveis. Assim, expressam como as organizações assumem a responsabilidade pelos efeitos de suas ações, seja diretamente ou por meio de regulamentação monitorada pelo Estado. Cada vez mais, a gestão de riscos em saúde molda o comportamento de organizações que sofrem pressão de usuários que demandam melhores serviços de saúde. Este estudo aborda riscos em diferentes aspectos, incluindo aqueles associados ao comportamento e ética, risco na qualidade das fontes de dados e informações para gestão, o risco clínico associado à segurança do utente, o risco de implementação de políticas regulatórias, as que afetam o desempenho financeiro das instituições e os riscos associados à tomada de decisão organizacional sobre investimento e custos de agência.

Na governação global em saúde, nível macro, destacam-se a governação e as regulamentações nacionais e internacionais, abordando formas sustentáveis de exploração de recursos, minimizando conflitos entre as partes interessadas. Os objetivos de saúde, sociais e ambientais, os resultados da boa governação corporativa, da liderança e dos valores éticos, não cedem lugar a estratégias que promovam apenas os interesses organizacionais.

O desenvolvimento de um modelo teórico mostra-se consistente e capaz de despontar a principal contribuição para a interpretação da gestão do risco, da qualidade e da responsabilidade da governação corporativa, o papel do estado nas regulamentações e o efeito final sobre o desempenho da saúde, onde a evidência indica a necessidade não apenas de regulamentação, mas de implementação e monitoramento. Nesse contexto, é importante estudar o meio ambiente em saúde, uma vez que a prevalência de determinados padrões de ações das lideranças políticas, que culminam em normativas sanitárias, advém das condições socioculturais e econômicas. Indo além, as investigações são realizadas e parecem facilitar acessibilidades, oportunidades de melhoria da qualidade da assistência ao utente, tornando-se imprescindível o estudo desses aspectos, com a necessidade de uma atenção especial do ponto de vista da definição de políticas públicas de saúde.

Um elemento importante, a análise de desempenho nas instituições de saúde, foi observada; tal fator foi favorável na construção do guião de entrevista, segunda fase qualitativa da Tese, originando temas identificados pelos gestores, relacionados com a governação em saúde, competências dos gestores e análises de desempenho como apoio para tomadas de decisão de investimento em hospitais, apresentados a seguir.

A segunda fase qualitativa deste estudo visa preencher uma lacuna relevante na literatura sobre a importância das competências dos gestores de hospitais privados nas decisões de investimento, por meio de estudo de casos, realizado no Brasil e Canadá. Na análise qualitativa, utilizando o NVivo 11, foram realizadas entrevistas com diretores administrativos e/ou financeiros. Elementos importantes emergem na questão da governação em saúde por meio da compreensão da diferenciação entre governação corporativa, hospitalar, clínica e integrada.

Levantada a questão de quem deve dirigir um hospital, um médico ou um profissional especializado em gestão, o melhor cenário identificado é aquele em que a gestão hospitalar pode contar com

médicos experientes, com visão e capacidade gerencial. Além disso, onde a direção inclui uma equipe técnica (contador, economista, administrador, entre outros) que entendem os processos de atendimento ao utente, visto que se complementam e tendem a governar o hospital com maior capacidade de aplicação de recursos, sem abrir mão da qualidade na assistência ao utente, intervindo de forma coerente mesmo nas questões relacionadas à investimento e financiamento de hospitais.

Neste contexto, após a identificação das necessidades de investimento, a análise de desempenho assume o papel central ao disponibilizar recursos produzidos através de diferentes métodos de avaliação, tais como cobertura, comparabilidade, mensurabilidade e compatibilidade dos processos. Estas trazem vantagens como a identificação de oportunidades de melhoria, melhoria da qualidade de saúde, eficiência e responsabilidade, um contributo para a tomada de decisão, transparência e justificação das decisões às partes interessadas.

Diferentes formas de investir no setor hospitalar correspondem a tecnologia e inovação, mudanças na gestão de processos, ampliação de infraestrutura e instalação de novas valências, aquisição de equipamentos, entre outros. Além do mais, refletem que o investimento pode levar à inovação, maior eficiência e redução de custos, desde que os custos, financiamento e benefícios das decisões sejam avaliados. Os sistemas de saúde estão sob grande pressão de custos. Os diretores acreditam que os recursos financeiros despendidos devem contribuir para aumentar o valor e a qualidade dos serviços prestados.

A fase quantitativa deste estudo tem como objetivo analisar os hospitais privados do Brasil e Canadá sob o ponto de vista das análises de desempenho realizadas nos hospitais como suporte a tomadas de decisão de investimento. A escolha destes dois países, para comparação entre as características semelhantes e diferenças, dá-se pelo fato de que o Brasil possui gestão de recursos de saúde com descentralização incompleta onde as normas e distribuição de tais recursos estão concentrados no âmbito Federal. Este, dita as regulamentações e procede com os controles, inclusive para a Saúde Suplementar que envolve os Planos Privados. Por outro lado, o Canadá possui descentralização completa no que tange a gestão destes recursos, cabendo as Províncias e Territórios a administração destes, contratando inclusive hospitais privados para prestação dos cuidados.

No Brasil, a maioria das instituições hospitalares contidas neste estudo, são classificadas como Hospital Geral, de média dimensão e tipo de construção predial em monobloco e vertical. O modelo de internamento é integral, composto de diárias de permanência de longa duração (excede a 30 dias) cuja situação de doença é direcionada tanto para utentes com doenças crônicas como para os que são acometidos por doenças agudas. Quanto ao corpo clínico, é caracterizado como corpo clínico médico aberto, não permanente o que possibilita aos médicos, desde que devidamente habilitados, credenciados, assistirem seus utentes. Predominância da sociedade por quotas, com clara segregação entre o patrimônio da sociedade e o patrimônio pessoal dos sócios, não sendo, em sua maioria, cotada em bolsas de valores. A partir da especialização, a maior parte dos hospitais brasileiros realizam atendimentos de alta complexidade o que inclui atendimentos com serviços de radioterapia, quimioterapia e/ou atendimento a utentes renais crônicos. Embora a média no número de

empregados seja semelhante entre os dois países, evidencia-se um desvio padrão entre a quantidade mínima e máxima de empregados muito maior no Brasil (1474,2) o que dá indícios de possível utilização do recurso mão-de-obra em excesso; contudo, o fator qualidade de atendimento também deve ser ponderado e este não foi avaliado neste estudo.

Os profissionais envolvidos com a gestão dos serviços hospitalares necessitam de habilidades e conhecimentos que agreguem modernas práticas de gestão com o conhecimento clínico dos cuidados de saúde. O perfil dos gestores dos hospitais brasileiros é caracterizado com a faixa etária entre 45 e 59 anos, são médicos em sua maioria e atuam como Administradores num intervalo de tempo de 4 à 10 anos. Tanto no Brasil como no Canadá, os conhecimentos, habilidades e atitudes tidas como relevantes para os gestores, aludem para os conhecimentos em sistemas de informação, perfil epidemiológico dos utentes atendidos, administração financeira e de gestão de recursos, gestão da qualidade dos serviços e predisposição para o aprendizado e mudanças.

A redução do tempo do ciclo de serviços, aumento no retorno de investimento, entre outros, são refletidos na análise de desempenho e na periodicidade com que os indicadores são avaliados nas instituições e, no Brasil, tais análises são realizadas a nível semestral, sendo o *business intelligence* (63,3%), *balanced scorecard* (93,3%) e indicadores de desempenho clínico (80%) os mais utilizados.

O capital próprio é a principal fonte de capital, nos dois países, o que indica uma certa aversão ao risco de dívida, contrastando com diversos estudos que apontam a necessidade de se considerar os benefícios fiscais compensatórios ao se decidir pela dívida como fonte de financiamento. Apesar das principais fontes de financiamento no Canadá advirem dos recursos provinciais, quando se trata de investimentos, as fundações, sociedades, associações mantenedoras captam recursos, principalmente, por meio de doações antes de recorrer a empréstimos bancários. Além disso, a emissão de dívida de taxa variável em investimentos tende a ter menor alavancagem financeira, porém os lucros das operações, especialmente em hospitais que tratam utentes com alta complexidade, resultam em ressarcimentos mais altos e acabam por apresentar um forte desempenho financeiro. Em contraponto, o uso de recursos internos (retenção dos lucros), como primeira opção de fonte de financiamento, seguido dos recursos captados por meio de dívida, corrobora com estudos anteriores (Myers & Majluf, 1984; Myers, 1984) que abordam a hierarquização das fontes de financiamento. Considerando que não existem modelos de financiamento ideais, é essencial o constante debate sobre os mesmos, de modo a avaliar a existência de alternativas mais eficientes, a fim de proporcionar uma maior sustentabilidade dos sistemas de saúde e uma maior qualidade na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos. Quanto as verificações realizadas antes da decisão de investimento, predomina a análise orçamentária em detrimento do planejamento estratégico, estudo de viabilidade econômico-financeira, dentre outros.

Verifica-se uma maior diversidade de métodos de custeamento utilizados nas instituições hospitalares brasileiras, quando comparadas com o Canadá. Contudo, em sua maioria, estes hospitais utilizam mais métodos estatísticos extraídos dos sistemas informatizados integrados e pode dar a conotação de uma fraca avaliação do impacto financeiro das decisões gerenciais, tendo em vista

que a análise de custo-efetividade, custos da qualidade, por exemplo, são poucos explorados pela ausência de métodos de custeio mais apurados.

O Canadá apresenta 88,2% dos hospitais classificados também como Hospital Geral, porém de grande dimensão, com *layout* planejado (em sua maioria) como monobloco vertical. Possui internamento integral, de longa permanência e atendimento aos utentes no formato misto, tanto a doenças crônicas como agudas e corpo clínico aberto aos profissionais médicos. Apresenta, em sua maioria, a sociedade por quotas, sem serem cotadas em bolsas de valores. São hospitais com atendimento de média complexidade (72,5% dos hospitais) com tratamentos em terapia intensiva, cirurgia/ anestesia e materno-infantil.

Os gestores, em sua maioria, enquadram-se na faixa etária com 60 anos ou mais, são graduados em Gestão e ocupam tal função a mais de 10 anos como Administradores. Quanto a periodicidade com que os indicadores e as ferramentas de análise de desempenho são analisados, verifica-se que, na maioria dos hospitais canadenses, há o predomínio do *business intelligence* (100%), *balanced scorecard* (100%), *value based management* (72,5%) e indicadores de desempenho clínico (100%).

Como principais análises antes da tomada de decisão de investimento, prevalece (no Canadá) o estudo de viabilidade econômico-financeira e o tempo de retorno do investimento. Além do mais, há predominância do método de ressarcimento hospitalar dos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDHs), modelo utilizado para o pagamento hospitalar e, custos da qualidade. Ao compararmos os hospitais de grande e média dimensão, entre os dois países, é observado que são bastante similares quanto aos tipos de investimentos efetuados, sendo que ampliações na estrutura física hospitalar, independentemente da dimensão dos hospitais, são referidas como as que possuem menores investimentos, ao serem comparadas com aquisições de máquinas e equipamentos (novos e para reposição), instalação de novos serviços ou valências e inovação e desenvolvimento (I&D).

Reforçando a questão levantada na fase dois (qualitativa), até onde sabemos ainda pouco investigada, diz respeito a qual deve ser a formação do gestor hospitalar, se esta deve ter origem na medicina. Na opinião dos respondentes, tanto no Brasil, como no Canadá, embora a maioria dos gestores de hospitais privados brasileiros sejam médicos e no Canadá sejam graduados em Gestão, os gestores não necessariamente devem ser médicos. Há um consenso de que, no melhor cenário, a alta direção hospitalar seja formada por equipe multidisciplinar, com habilidades gerenciais, que apoie as análises para uma melhor tomada de decisão, quer seja na linha de necessidades de investimento ou, nos processos de atenção e cuidados aos utentes, usando uma maior capacidade para análises de alocação dos recursos, sem perder qualidade no atendimento aos utentes.

Em suma, atualmente, as organizações estão em meio a um panorama empresarial mais competitivo, o que gera impactos na necessidade de os gestores utilizarem ferramentas gerenciais que sejam adequadas para a administração dos recursos consumidos. Nesse cenário, os hospitais demandam uma gestão eficiente para conseguirem se manter em atividade, considerando os recursos cada vez mais escassos. Regra geral, o custo da atividade parece ser desconhecido e a gestão existente tende a

ser a do regime de caixa. No setor privado, a capacidade de investimento dos hospitais e busca por retornos financeiros acaba por se tornar mais importante que a prestação de serviços, enquanto item de receita. O interesse das seguradoras, operadoras de planos de saúde privados em controlar despesas, em detrimento de conhecer os custos, tem consequências ruins para o financiamento da rede de assistência. Pode-se dizer que os hospitais, alvo deste estudo, mal conhecem seus custos.

No setor privado hospitalar brasileiro, uma das fontes de lucro dos hospitais é a comercialização de materiais e medicamentos, junto a operadoras de planos de saúde e seguradoras ou diretamente aos utentes. Tal modelo está esgotado e os hospitais precisarão ter capacidade de cobrar pela assistência prestada, seguindo (por exemplo) o modelo canadense, com os grupos de diagnósticos homogêneos (GDHs). Dever-se-ia buscar alguma complementaridade, como a chamada contratualização entre parceiros. O modelo vigente faz com que, pelas carências de visão, pelo imediatismo da gestão, pela falta de conhecimento dos custos do setor, a cadeia de valor do setor tenha um comportamento autofágico, com baixa tendência a construir movimentos sinérgicos. O relacionamento entre setor público e privado na saúde, historicamente, em diversos países, tem sido conflituoso, em função das relações de poder vigentes na sociedade e da capacidade de o setor público controlar o privado. Neste sentido, as parcerias público-privadas podem acrescentar algum componente positivo, aprimorando a gestão em busca de maior eficiência.

No Brasil, a ineficácia da gestão financeira dos hospitais, associada à desfasada remuneração do SUS (Sistema Único de Saúde), acentuam o problema para todos os tipos de organizações hospitalares, sejam estas públicas ou privadas. Observa-se que o endividamento dos hospitais aumenta cada vez mais, podendo levar à escassez de investimentos. Assim, torna-se importante um acompanhamento do desempenho econômico-financeiro dos hospitais para que possam ser tomadas decisões que melhorem a situação financeira dessas organizações. Os resultados deste estudo sugerem que o sistema nacional de saúde canadense também apresenta importantes estreitamentos. Dentre eles, destaca-se a fila de espera, pelos utentes, para diversos tipos de atendimentos, tais como exames diagnósticos de média e alta complexidade (tomografia, ressonância magnética), consultas com especialistas (ortopedia, dermatologia), bem como a alguns procedimentos terapêuticos (infiltrações cartilaginosas, retirada de pólipos uterinos, entre outros). Tal fato, tem levado a população a se mobilizar e solicitar medidas que possam resolver ou, ao menos, amenizar esta situação. Além disso, a distribuição dos lucros resultantes da melhoria do desempenho hospitalar aos acionistas pode ser um fator de melhoria da eficiência da prestação de cuidados de saúde; tal fato estimula o investimento em diferentes áreas para reduzir o custo de outros recursos, como pessoal. Os hospitais privados podem se beneficiar do envolvimento dos gestores e investidores privados, fazendo uso de sua experiência e capacidade financeira, respetivamente, o que pode levar à inovação e à melhoria da solvência, confirmando os achados de Van der Zwart et al (2010).

Atualmente, as organizações estão em meio a um cenário empresarial competitivo, o que gera impactos na necessidade de os gestores utilizarem instrumentos gerenciais que sejam adequados para a administração dos recursos consumidos, por meio de uma gestão eficiente. Desta forma,

garantir a sustentabilidade financeira, propiciar atendimento adequado à população, considerando os recursos cada vez mais escassos. Neste escopo, a discussão dos resultados apresentados revela importantes particularidades no processo de tomada de decisão de investimento em hospitais privados, uma vez que o processo decisório, dentro de uma perspectiva normativa, utilizando um sistema de apoio à decisão, assemelha-se apenas à ordem de escolha dos critérios no que tange ao processo de decisão humana. Os resultados da investigação demonstram que a tomada de decisão de investimento hospitalar é fortemente afetada pelas características do sistema de saúde de um país, em particular a cobertura de seguro saúde, método de financiamento, método de reembolso para hospitais e propriedade do hospital, confirmando os achados de Wernz e Zhang (2014).

Limitações. Embora a RSL traga referências atuais sobre governação e aspectos regulatórios em saúde, uma limitação identificada refere-se ao período analisado (5 anos), pois este pode ser estendido, permitindo assim uma maior abrangência na determinação de *clusters* e dos determinantes que influenciam as regulamentações sanitárias, tanto nos níveis macro (governamental), meso (instituições) e micro (unidades de atenção ao utente) e, desta forma, forneça indicadores que proporcionem maior sustentabilidade e ampliem a responsabilidade social dos sistemas nacionais de saúde. A governação no setor hospitalar privado é crucial para entender como o setor pode ser eficiente e eficaz na prestação de cuidados de saúde. No entanto, existem diferentes grupos de hospitais privados e as abordagens de gestão também podem ser diferentes. As entrevistas foram realizadas em dois importantes hospitais do Brasil e Canadá e na interpretação dos achados reconhecemos essa limitação em termos de quantidade de entrevistas, não podendo generalizar os resultados aqui obtidos. Contudo, uma maior abrangência foi obtida com a realização do estudo quantitativo onde espera-se que tais análises, pautadas nos hospitais privados brasileiros e canadenses sirvam de inspiração para novas investigações e, que inclusive, inclua estudos longitudinais que aproprie maior profundidade aos achados.

Sugestões de futuras pesquisas. Uma agenda para o futuro, com sugestões de estudos separados de acordo com os atributos encontrados na RSL é proposta, tais como: (i) atributo “qualidade de cuidados de saúde”- aprofundar o discurso sobre governação nos sistemas de saúde, com interação do aspeto e desafios do envelhecimento da população; explorar as percepções gerenciais de questões de governação corporativa que ainda são pouco pesquisadas (exemplo: qual é a compreensão e o comprometimento dos gerentes médicos de nível médio com a implementação de protocolos clínicos baseados em evidências); ampliar a literatura sobre qualidade de serviço com foco não apenas em hospitais, mas abrangendo centros de saúde, clínicas e departamentos ambulatoriais; (ii) atributo “responsabilidade social corporativa”- promover estudos que estabeleçam a relação entre sustentabilidade e responsabilidade corporativa com os principais *stakeholders*, incluindo órgãos reguladores, de forma a abordar aspetos sociais, ambientais, de governação e económicos (exemplo: desenvolvimento de ferramentas holísticas de gestão da sustentabilidade organizacional, com base nas melhores práticas de organizações sustentáveis reconhecidas); (iii) atributo “gestão de risco em saúde”- estudos que abordem características organizacionais complexas e mútuas com desempenho organizacional na tentativa de minimizar diferentes tipos de risco (exemplo: como controles

internos, ferramentas eficazes para prevenir perdas e atingir objetivos organizacionais podem sustentar operações e melhorar o desempenho das instituições hospitalares); abordar os fatores sociais e ambientais dos problemas de saúde que afetam a sociedade (exemplo: analisar as atividades de responsabilidade social das instituições de saúde para saber se as empresas agregam valor à qualidade da saúde e da sociedade); (iv) atributo “governança global nas perspectivas em saúde”- desenvolver uma abordagem integrada às estratégias de governança corporativa em empresas multinacionais, incorporando saúde, fornecer aconselhamento político sobre as ações corretivas e preventivas necessárias para proteger o setor da saúde. Além disso, fica a sugestão de se realizar estudos longitudinais, envolvendo, inclusive, amostras de outros países com sistemas nacionais de saúde díspares e que sejam realizadas também a comparação de decisão de investimento entre hospitais públicos e privados.

Contribuições. Importante contribuição para a literatura advém da estrutura e interações nas diferentes esferas, níveis do ambiente de saúde e seu impacto na assistência ao utente. No plano político, inclui a perspectiva da influência das políticas públicas nos resultados, em última instância, no internamento do utente. Porém, este achado vai além da pesquisa e também considera a intencionalidade da estrutura proposta no modelo conceitual, que busca maior transparência e troca de informações entre todos os envolvidos na formulação das políticas de saúde para permitir a comparação entre os resultados de saúde desejados e a percepção dos resultados. Este estudo é um dos poucos que comparou a importância das competências dos gestores para a tomada de decisão de investimento em hospitais privados no Brasil e Canadá. Ao contribuir com um modelo de envolvimento de gestores específico para hospitais, várias equipes intra-hospitalares podem trabalhar para implementar novas intervenções para um maior envolvimento de funcionários, média gerência e diretores na gestão institucional e, desta forma, melhorar o desempenho das organizações, delineando a importância das competências dos gestores de hospitais privados. Outra importante contribuição advém deste estudo ao se comparar características dos hospitais privados, com diferentes formatos de alocações de recursos, de sistemas de saúde totalmente descentralizado (Canadá) com parcialmente descentralizado (Brasil), o perfil dos gestores e análises de desempenho como suporte a tomadas de decisão de investimento.

Referências

- Abedi, G., Malekzadeh, R., Moosazadeh, M., Abedini, E., & Hasanpoor, E. (2019). Nurses' perspectives on the impact of marketing mix elements (7Ps) on patients' tendency to kind of hospital. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 29(2), 223-230. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v29i2.9>
- Abor, P. A. (2015). The effects of health governance and ownership structure on the performance of hospitals in Ghana. *International Journal of Law and Management*, 57, 107-140. <https://doi.org/10.1108/IJLMA-04-2014-0031>
- Abraham, S. E., Karns, L. A., Shaw, K., & Mena, M. A. (2001). Managerial competencies and the managerial performance appraisal process. *Journal of Management Development*, 20 (10), 842- 852. <https://doi.org/10.1108/02621710110410842>
- Adam, P., Ovseiko, P. V., Grant, J., Graham, K. E. A., Boukhris, O. F., Dowd, A-M., Balling, G. V., Christensen, R. N., Pollitt, A. Taylor, M., Sued, O., Hinrichs-Krapels, S., Solans-Domènech, M., & Chorzempa, M. (2018). ISRIA statement: Ten-point guidelines for an effective process of research impact assessment. *Health Research Policy and Systems*, 16, 2-16. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0281-5>
- Adegbesan, J. A. (2009). On the origins of competitive advantage: strategic factor markets and heterogeneous resource complementary. *Academy of Management Review*, 34(3), 463- 475. <https://doi.org/10.5465/amr.2009.40632465>
- Afriyie, S. O., Kong, C.A.M.A., Ampimah, B. C., Akuamoah, C. D., Vanderpuije, L. N. O., & Xinlei, Z. (2019a). Verifying the impact of corporate governance on hospital performance on HIV and malaria control: A structural equation modelling approach. *International Journal of Health Planning and Management*, 1-14. <https://doi.org/10.1002/hpm.2732>
- Afriyie, S. O., Kong, C.A.M.A., Danso, P. O., Ibn Musah, A., & Akomeah, M. O. (2019b). Do corporate governance mechanisms and internal control systems matter in reducing mortality rates? *International Journal of Health Planning and Management*, 34, 744-760. <https://doi.org/10.1002/hpm.2809>
- Agarwal, R., Green, R., Agarwal, N., & Randhawa, K. (2016). Management practices in Australian healthcare: Can NSW public hospitals do better? *Journal of Health, Organisation and Management*, 30(3), 331-353. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2015-0016>
- Åhman, A., Edvardsson, K., Lesio Kidanto, C.A.M.A., Ngarina, M., Small, R., & Mogren, I. (2018). Without ultrasound you can't reach the best decision' – midwives' experiences and views of the role of ultrasound in maternity care in Dar es Salaam, Tanzania. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 15, 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.11.007>
- Ahmed, S., Abd Manaf, N. C.A.M.A., & Islam, R. (2018). Measuring lean six sigma and quality performance for healthcare organizations. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 10(3), 267-278. <https://doi.org/10.1108/IJQSS-09-2017-0076>
- Akintoye, A. & Chinyio, E. (2005). Private finance initiative in the healthcare sector: Trend and risk assessment. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 12(6), 601-616. <https://doi.org/10.1108/09699980510634155>
- Albanez, T., & Valle, M. R. (2009). Impacts of information asymmetry on capital structure and publicly traded Brazilian companies. *Accounting and Finance Magazine*, USP, São Paulo, 20(5), 6-27.
- Aleksandrova, O. A., Yarasheva, A. V., Aksenova, E. I., Alikperova, N. V., & Nenakhova, C.A.M.A. S. (2019). Senior management in Moscow healthcare: Search for answers to urgent questions. *Problemy Sotsial'noi Gigieny, Zdravookhraneniia i Istorii Meditsiny*, 27, 522-528. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-si1-522-528>
- Alexander, J. A., Morrissey, M. A., & Shortell, S. M. (1986). Effects of competition, regulation and corporatization on hospital-medical relations. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 220-235.
- Allen, M. (2017). *The SAGE encyclopedia of communication research methods* (1. ed.). Publishing Company: SAGE Publications, Inc.
- Allen, P. (2000). Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *British Medical Journal*, 321, 608-611. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7261.608>
- Allin, S., Marchildon, G., & Peckham, A. (2020). International Health Care System Profiles. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada>. Acesso em 03 Jan 2020.
- Almeida, M. C.A.M.A. T. (2001). Federalismo, democracia e governo no Brasil: Idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*: BIB, 51, 13-34.
- Álvarez-Díaz, N., & Caballero-Gil, P. (2021). Decision support system based on indoor location for personnel management. *Remote Sensing*, 13(2), 1-9. <https://doi.org/10.3390/rs13020248>
- Alves, A. S. D. (2011). *Accountability and governance in modern hospital management* [Master thesis, Universidade de Aveiro].
- Alves, D. S., Times, V. C., da Silva, É. M. A., Melo, P. S. A., & Novaes, M. D. A. (2020). Advances in obstetric telemonitoring: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.104004>
- Alves, J. A., & Gibson, C. L. (2019). States and capitals of health: Multilevel health governance in Brazil. *Latin American Politics and Society*, 61(1), 54-77. <https://doi.org/10.1017/lap.2018.59>

- Ames, D. A., Hines, C. S., & Sankara, J. (2018). Board risk committees: Insurer financial strength ratings and performance. *Journal of Accounting and Public Policy*, 37, 130-145. <https://doi.org/10.1016/j.jaccpubpol.2018.02.003>
- Andrietta, L. S., Levi, M. L., Scheffer, M. C., Alves, M. T. S. D. B. E., Carneiro Alves De Oliveira, B. L., & Russo, G. (2020). The differential impact of economic recessions on health systems in middle-income settings: A comparative case study of unequal states in Brazil. *British Medical Journal Global Health*, 5(2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002122>
- Annells, M. P. (1996). Grounded Theory Method: Philosophical Perspectives, Paradigm of Inquiry, and Postmodernism. *Qualitative Health Research*, 6, 379-393. <https://doi.org/10.1177/104973239600600306>
- Anonymous. (2014). Grants. Available at: cama.sba.gov/content/grants. Acessado em: 24 novembro 2020.
- Aragón Amonarriz, C., & Iturrioz Landart, C. (2016). Responsible family ownership in small- and medium-sized family enterprises: an exploratory study. *Business Ethics: A European Review*, 25, 75-93. <https://doi.org/10.1111/beer.12078>
- Aranha Rossi, T. R., De Lorena Sobrinho, J. E., Lima Chaves, S. C., & De Lima Martelli, P. J. (2019). Economic crisis, austerity and its effects on the financing of oral health and access to public and private services. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(12), 4427-4436. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25582019>
- Argawal, S., Gallo, J.J., Parashar, A., Agarwal, K. K., Ellis, S. G., Khot, U. N., Spooner, R., Tuzcu, E. M., & Parashar, A., (2016). Impact of Lean Six Sigma process improvement methodology on cardiac catheterization laboratory efficiency. *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 17, 95-101. <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2015.12.011>
- Astolfi, R. CAMA., Carrera, R., Gattas, N., Bertolla, R., Sepulveda, F., Reggio, E., & Meller, A. E. (2020). Current scenario of endourological treatment of kidney stones in Brazil: Results of a national survey. *International Brazilian Journal of Urology*, 46(3), 400-408. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0363>
- Avdeyev, A., Tabarov, A., Akhetov, A., Shanazarov, N., Hailey, D., Kaptagayeva, A., . . . Makalkina, L. (2019). Hospital-based health technology assessment in Kazakhstan: 3 years' experience of one unit. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 35(6), 436-440. doi: 10.1017/S0266462318003744
- Avi-Yonah, R. S. (2014). Corporate taxation and corporate social responsibility. *New York University Journal of Law and Business*, 11, 1-29. Disponível em: <https://repository.law.umich.edu/articles/1407/>. Acesso: 12 Mar 2020.
- Babiarz, J. C., Melaragni, F., Kerr, S., & Kuchimanchi, P. (2015). Confounding issues in cancer Progress—The impact of investor requirements on senior management compensation and regulatory decisions: Tivozanib and Aveo pharmaceuticals. *Therapeutic Innovation and Regulatory Science*, 49, 333-341. <https://doi.org/10.1177/2168479015572372>
- Bakalikwira, L., Bananuka, J., Kaawaase Kigongo, T., Musimenta, D., & Mukyala, V. (2017). Accountability in the public health care systems: A developing economy perspective. *Cogent Business and Management*, 4. <https://doi.org/10.1080/23311975.2017.1334995>
- Baker, L. C., & Phibbs, C. S. (2002). Managed care, technology adoption, and health care: the adoption of neonatal intensive care. *RAND Journal of Economics*, 33(3), 524-48.
- Banasik, E. (2015). Governance of health care systems in an ageing world – the case of Australia. *Corporate Ownership and Control*, 13, 729-735. <https://doi.org/10.22495/cocv13i1c7p1>
- Bankston White, C., & Birmingham, J. (2015). Case management directors: How to manage in a transition-focused world: Part 2. *Professional Case Management*, 20(3), 115-127. <https://doi.org/10.1097/NCM.000000000000078>
- Bano, S., Tahir, F., Abbas, S. K., & Ansari, U. A. (2018). Ownership concentration, corporate governance and firm performance: Evidence from Pakistan. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9, 975-983. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.01297.4>
- Barbosa, A. P. (2003). *Corporate Governance in Non-Profit Hospitals: A study of the corporate leadership profile in eleven Brazilian hospitals*. [Doctoral thesis, Colleges Getúlio Vargas, São Paulo].
- Barbosa, A. P. (2015). Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Revista de Administração Pública*, 49(5), 1143-1165. <https://doi.org/10.1590/0034-7612136177>
- Barros, O. (2019). A process architecture pattern and its application to designing health services: Emergency case. *Business Process Management Journal*, 26(2), 513-527. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-08-2018-0210>
- Bartley, J. M., Olmsted, R. N., & Haas, J. (2010). Current views of health care design and construction: Practical implications for safer, cleaner environments. *American Journal of Infection Control*, 38(5), S1-S12. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.04.195>
- Baxter, S., Sanderson, K., Venn, A. J., Blizzard, C. L., & Palmer, A. J. (2014). The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 28(6), 347-363. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130731-LIT-395>
- Becker, S., & Koch, E. (2006). Hospitals and health systems: The best of times and the worst of times. *Journal of Health Care Finance*, 32(3), 1-7.
- Benmelech, E., & Frydman, C. (2015). Military CEOs. *Journal of Financial Economics*, 117, 43-59. <https://doi.org/10.1016/j.jfineco.2014.04.009>
- Berland, A. (2019). Lessons from the field for community engagement and accountability. *International Journal of Health Governance*, 24, 261-266. <https://doi.org/10.1108/IJHG-05-2019-0030>

- Bhat, S., Antony, J., Gijo, E. V., & Cudney, E. A. (2019). Lean six Sigma for the healthcare sector: A multiple case study analysis from the indian context. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 37(1), 90-111. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-07-2018-0193>
- Birch, S., & Gafni, A. (1992). Cost effectiveness/utility analyses: Do current decision rules lead us to where we want to be? *Journal of Health Economics*, 11(3), 279-96.
- Blanco-Oliver, A., Veronesi, G., & Kirkpatrick, I. (2016). Board heterogeneity and organisational performance: The mediating effects of line managers and staff satisfaction. *Journal of Business Ethics*, 152, 393-407. <https://doi.org/10.1007/s10551-016-3290-8>
- Bloom, N., Van Reenen, J., Propper, C., & Seiler, S. (2009). Management practices in hospitals. Working paper, Centre for Economic Performance, London School of Economics, 6 January.
- Bloor. (2011). 8 venture capital sources for your startup. Available at: <https://ventureburn.com/2011/03/8-venture-capital-sources-for-your-startup/>
- Bodolica, V. (2019). Editorial: Multilevel analysis of corporate governance and leadership. *Corporate Ownership and Control*, 17, 4-6. https://doi.org/10.22495/cocv17i1_editorial
- Bodolica, V., & Spraggon, M. (2009). Merger and acquisition transactions and executive compensation: A review of the empirical evidence. *The Academy of Management Annals*, 3, 109-181. <https://doi.org/10.5465/19416520903047210>
- Botwe, B., Schandorf, C., Inkoom, S., & Faanu, A. (2020). An investigation into the infrastructure and management of computerized tomography units in Ghana. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 51(1), 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2019.11.140>
- Bovenkamp, C.A.M., Van de Mul, M., Quartz, J., Weggelaar-Jancan, A. M. J. C.A.M. M., & Bal, R. (2013). Institutional layering in governing health-care quality. *Public Administration*, 92, 208-223. <https://doi.org/10.1111/padm.1205>
- Boyatzis, R. E. (1982). *The competent management: a model for effective performance*. New York: John Wiley. <https://doi.org/10.1002/smj.4250040413>
- Brandão, J. R. M. (2018). Primary health care in Canada: Current reality and challenges. *Reports in Public Health*, 2018-2019, 35(J), e00178217. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00178217>
- Brasil. (1977). Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Conceitos e definições em saúde. Brasília.
- Brasil. (1990). Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://cama.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 30 de Abr de 2020.
- Brasil. (1998). Lei Nº. 9.656, De 3 De Junho De 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em http://cama.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em 30 de Abr de 2020.
- Brasil. (2004). Lei 11.079. Institui normas gerais para licitação e contratação de parcerias público-privadas no âmbito da administração pública. Diário Oficial — República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2004.
- Brasil. (2020). Agência Nacional de Saúde (ANS). Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019). Disponível em <https://cama.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em 30 de Abr de 2020. Disponível em <https://cama.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 20 de Jan de 2021.
- Brasil. (2020). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>. Acesso em: 12 de Dez de 2020.
- Braun, G. T., & Centeno, L. G. (2018). *Sistemas de Saúde*. Publicação Ocasional do CFP nº 1/2018.
- Brealey, R., & Myers, S. (1992). *Principles of Corporate Finance*. (3ª ed). McGrawHill de Portugal.
- Brems, J. C.A.M., & McCoy, M. S. (2019). A content analysis of patient advocacy organization policies addressing institutional conflicts of interest. *AJOB Empirical Bioethics*, 10, 215-221. <https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1670278>
- Brown III, C.A.M. S. (2003). Managed care and technical efficiency. *Health Economics; Chichester*, 12(2), 149-158. <https://doi.org/10.1002/hec.712>
- Brown, A. (2019). Understanding corporate governance of healthcare quality: A comparative case study of eight Australian public hospitals. *BMC Health Services Research*, 19, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4593-0>
- Brown, A., Dickinson, C.A.M., & Kelaher, M. (2018). Governing the quality and safety of healthcare: A conceptual framework. *Social Science and Medicine*, 202, 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.02.020>
- Brown, C. (2005): Financing transport infrastructure: For whom the road tolls. Policy Forum: Financing Public Infrastructure. *The Australian Economic Review*, 38(4), 431-438. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8462.2005.00386.x>
- Bugbee, M. (2019). Intercapitalist maneuvers and the ICD-10 transition: The instrumental role of the state in the corporate governance of U.S. health care. *International Journal of Health Services*, 49, 457-475. <https://doi.org/10.1177/0020731419848294>
- Bump, J. B. (2018). Undernutrition, obesity and governance: A unified framework for upholding the right to food. *BMJ Global Health*, 3, 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000886>
- Butler, S. (2016). Coolmine therapeutic community, Dublin: A 40-year history of Ireland's first voluntary drug treatment service. *Addiction*, 111, 197-203. <https://doi.org/10.1111/add.13157>

- Callea, G., Armeni, P., Marsilio, M., Jommi, C., & Tarricone, R. (2017). The impact of HTA and procurement practices on the selection and prices of medical devices. *Social Science and Medicine*, 174, 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.038>
- Camilleri, M. A. (2015). Valuing stakeholder engagement and sustainability reporting. *Corporate Reputation Review*, 18, 210-222. <https://doi.org/10.1057/crr.2015.9>
- Camilleri, M. A. (2017). Corporate citizenship and social responsibility policies in the United States of America. *Sustainability Accounting, Management and Policy Journal*, 8, 77-93. <https://doi.org/10.1108/SAMPJ-05-2016-0023>
- Campos, C. (2008). Comparison of pecking order and trade-off theories: Evidence based on Brazilian listed companies. Presbyterian University Graduate Program in Business Administration Mackenzie. São Paulo. Canada. (1990). Classifications of Hospital. Disponível em: <https://cama.ontario.ca/laws/regulation/900964>. Acesso em: 20 Abr 2019.
- Canada. Canada Health Act. Minister of Justice. (1985). Disponível em: <http://laws.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>. Acesso em: 10 Mar 2020.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2018). Canada's doctor supply has grown faster than the population for the past decade. Disponível: <https://cama.cihi.ca/en/canadas-doctor-supply-has-grown-faster-than-the-population-for-the-past-decade>.
- Cançado, T. O. D. B., Cançado, F. B., & Torres, M. L. A. (2019). Lean six sigma and anesthesia. [Lean Six Sigma e anestesia] *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 69(5), 502-509. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.12.012>
- Capelletto, L. R., & Corrar, L. (2008). Systemic Risk Indexes for the Banking Sector. *Accounting and Finance Magazine*, 19(47), 6-18. <https://doi.org/10.1590/S1519-70772008000200002>
- Carlsson, R. (2001). *Ownership and value creation: Strategic corporate governance in the new economy*. John Wiley & Sons.
- Carmenta, R., Zabala, A., Daeli, C.A.M.A., & Phelps, J. (2017). Perceptions across scales of governance and the Indonesian peatland fires. *Global Environmental Change*, 46, 50-59. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2017.08.001>
- Carnuti, L., & Narvai, P. C. (2016). Performance evaluation of health systems and management in Brazilian public management. *Health Society*, 25, 290-305. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016144614>
- Carroll, A. (1979). A Three-Dimensional conceptual model of social performance. *Academy of Management Review*, 4, 497-505. <https://doi.org/10.2307/257850>
- Carsen, S., & Xia, C. (2006). The physician as leader. *McGill Journal of Medicine*, 9(1), 1Y2.
- Carter, A. R., Meinert, E., & Brindley, D. A. (2019). Biotechnology governance 2.0: A proposal for minimum standards in biotechnology corporate governance. *Rejuvenation Research*, 22, 254-260. <https://doi.org/10.1089/rej.2018.2122>
- Carter, E. D. (2015). Making the blue zones: Neoliberalism and nudges in public health promotion. *Social Science and Medicine*, 133, 374-382. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.019>
- Cassels, A. (2016). Regional perspectives patient speaking for patients: What constitutes genuine patient input into pharmaceutical policymaking? *International Journal of Health Governance*, 21(2), 89-95. <https://doi.org/10.1108/IJHG-02-2016-0014>
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K. V. M., . . . Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: The first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10195), 345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
- Ch, F. N., & Jola, S. P. (2017). Bank health level analysis using rbbri in financial services sector - case in indonesia stock exchange. *International Journal of Economic Research*, 14, 181-192.
- Chambers, N., Harvey, G., & Mannion, R. (2017). Who should serve on health care boards? What should they do and how should they behave? A fresh look at the literature and the evidence. *Cogent Business and Management*, 4, 1-14. <https://doi.org/10.1080/23311975.2017.1357348>
- Champagne, F. et al. (2011). *Health assessment: concepts and methods. (2nd ed)*. Fiocruz.
- Chanes, M. (2006). The challenges in training leading health managers. *The World of Health Sao Paulo*, 30(2), 326-333.
- Chang, D. S., Wang, C.A.M.A. S., & Wang, R. (2018). Identifying critical factors of sustainable healthcare institutions' indicators under Taiwan's national health insurance system. *Social Indicators Research*, 140, 287-307. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1761-7>
- Chen, A., Hwang, C.A.M.A., & Shao, B. (2005). Measurement and sources of overall and input inefficiencies: Evidences and implications in hospital services. *European Journal of Operational Research*, 161(2), 447-468. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2003.09.017>
- Chen, C.A.M.A., Hou, C., Zhang, L., & Li, S. (2020). Comparative study on the strands of research on the governance model of international occupational safety and health issues. *Safety Science*, 122. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.104513>
- Chen, Z., Song, C.A.M.A., Yu, J., & Wang, I. (2014). Differential development strategies of aged care support and continuity services in China, Japan and Australia. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 5(2), 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.02.004>
- Cherubin, N. A., & Santos, N. A. A. P. (1997). *Administração Hospitalar, Fundamentos*. CEDAS.
- Choi, S. (2017). Hospital capital investment during the great recession. *Inquiry (United States)*, 54. <https://doi.org/10.1177/0046958017708399>
- Chowdhury, C.A.M.A., & Zelenyuk, V. (2016). Performance of hospital services in Ontario: DEA with truncated regression approach. *Omega*, 63, 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2015.10.007>

- Chowdhury, M. Z. I., & Chowdhury, M. A. (2018). Canadian health care system: Who should pay for all medically beneficial treatments? A burning issue. *International Journal of Health Services*, 48(2), 289-301. <https://doi.org/10.1177/0020731417738976>
- Chun, S., & Nam, K. (2020). Corrigendum to “A public healthscape framework for assessing geriatric long-term care public hospitals in south korea by a delphi expert consultation” (2019). *Building and Environment*, 169, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2019.106454>
- Chung, C. C.A.M.A., Liu, C., Wang, K., & Zykaj, B. B. (2015). Institutional monitoring: Evidence from the F-score. *Journal of Business Finance and Accounting*, 42, 885-914. <https://doi.org/10.1111/jbfa.12123>
- Chung, C.A.M.A.-C., Fan, P.-L., Chiu, C.A.M.A.-C., Yang, C.-C.A.M.A., Huang, K.-L., & Tzeng, D.-S. (2010). Operating room cost for coronary artery bypass graft procedures: does experience or severity of illness matter? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01251.x>
- Cinquini, L., Vitali P. M., Pitzalis, A., & Campanale, C. (2009). Process view and cost management of a new surgery technique in hospital. *Business Process Management Journal*, 15(6), 895-919. <https://doi.org/10.1108/14637150911003775>
- Ciulia, T. A., Tatikonda, M. V., ElMaraghi, C.A.M.A. A. (2018). Lean Six Sigma techniques to improve ophthalmology clinic efficiency. *Retina*, 38, 1688-1698. <https://doi.org/10.1097/IAE.0000000000001761>
- Clapp, J., & Scrinis, G. (2017). Big food, nutritionism, and corporate power. *Globalizations*, 14, 578-595. <https://doi.org/10.1080/14747731.2016.1239806>
- Clemens, T., Michelsen, K., Commers, M., Garel, P., Dowdeswell, B., & Brand, C.A.M.A. (2014). European hospital reforms in times of crisis: aligning cost containment needs with plans for structural redesign? *Health Policy*, 117(1), 6-14. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.03.008>
- Clou, E., Dompnier, M., Kably, B., Leplay, C., Poupon, E., Archer, V., & Paul, M. (2018). Impact of an automated dispensing system for medical devices in cardiac surgery department. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 76(1), 64-70. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2017.10.003>
- Cohn, D. (2008). The new public autonomy? Public-private partnerships in a multi-level, multi-accountable, political environment: The case of British Columbia, Canada. *Policy and Society*, 27(1), 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2008.07.003>
- Comendeiro-Maaløe, M., Ridaio-López, M., Gorgemans, S., & Bernal-Delgado, E. (2019). A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health Policy*, 123(4), 412-418. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.009>
- Comissão Europeia (CE) (2016). Cost-containment policies in hospital expenditure in the European Union. Discussion Papers 037. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/cost-containment-policies-hospital-expenditure-european-union_en. Acesso: 30 Mar 2020
- Cordeiro, A. L. A. O., Fernandes, J. D., Maurício, M. D. A. L. D., Silva, R. M. O., Barros, C. S. M. A., & Romano, C. M. C. (2018). Structural capital in the nursing management in hospitals. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004880016>
- Corral, J., Espinàs, J. A., Cots, F., Pareja, L., Solà, J., Font, R., & Borràs, J. M. (2015). Estimation of lung cancer diagnosis and treatment costs based on a patient-level analysis in Catalonia (Spain). *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0725-3>
- Corrêa, L. M. F., Coutinho, F. G., & Vieira, A. (2010). Power and Decision Relationships: Conflicts Between Doctors and Hospital Administrators. *Mackenzie Management Magazine*, 1131-1154. <https://doi.org/10.1590/S1678-69712010000600004>
- Costa, C., Santana, R., & Boto, P. (2008). Risk-adjusted capitation financing: conceptualisation and application. *Portuguese Journal of Public Health*, 7, 67-102.
- Cousins, E. M., Richter, L., Cordner, A., Brown, P., & Diallo, S. (2019). Risky business? manufacturer and retailer action to remove per- and polyfluorinated chemicals from consumer products. *New Solutions*, 29. <https://doi.org/10.1177/1048291119852674>
- Creswell, J. C.A.M.A. (2007) *Research project: qualitative, quantitative and mixed methods*. Artmed.
- Cumming, D., Henriques, I., & Sadorsky, P. (2016). Cleantech” venture capital around the world. *International Review of Financial Analysis*, 44, 86-97. <https://doi.org/10.1016/j.irfa.2016.01.015>
- Cunha, C. L. F., Moreira, J. P. L., Oliveira, B. L. C. A., Bahia, L., & Luiz, R. R. (2019). Private health plans and the health of workers in Brazil. *Collective Science & Health*, 24, 1959-1970. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.20142017>
- Da Fonseca, E. M., Teixeira, M. R., & do Rosario Costa, N. (2019). Building effective collaboration between health systems and the life sciences industry. *Development in Practice*, 29(7), 957-964. <https://doi.org/10.1080/09614524.2019.1632799>
- Da Silva Etges, A. P. B., Grenon, V., de Souza, J. S., Kliemann Neto, F. J., & Felix, E. A. (2018). ERM for health care organizations: An economic enterprise risk management innovation program (E 2 RM health care). *Value in Health Regional Issues*, 17, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.03.008>
- Da Silva Teixeira, L. A., & Neto, L. A. A. (2020). Still controversial: Early detection and screening for breast cancer in Brazil, 1950-2010s. *Medical History*, 64(1), 52-70. <https://doi.org/10.1017/mdh.2019.76>
- Dalla Valle, L., & Giudici, P. A. (2008). Bayesian approach to estimate the marginal loss distributions in operational risk management. *Computational Statistics & Data Analysis*, 52, 3107-3127. <https://doi.org/10.1016/j.csda.2007.09.025>
- De Marco, A., Mangano, G., Cagliano, A. C., & Grimaldi, S. (2012). Public financing into build-operate-transfer hospital projects in Italy. *Journal of Construction Engineering and Management*, 138(11), 1294-1302. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000545](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000545)

- De Oliveira, P. R., Guerra, M., Gomes, A. O., & Martins, A. L. (2019). Public-private relation in the Brazilian policy of tertiary care for cardiovascular conditions. *Revista De Administração Pública*, 53(4), 753-768. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170179x>
- De Paiva L. A., Almeida, C. T. C., & Figueiredo, F. C. A. M. S. (2018). Study of the evolution and variability of nontraumatic orthopedic surgeries in Brazil—9 years of follow-up: A database study. *Medicine*, 97. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010703>
- De Pourcq, K., De Regge, M., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., Gemmel, P., & Eeckloo, K. (2018). Hospital networks: How to make them work in Belgium? Facilitators and barriers of different governance models. *Acta Clinica Belgica: International Journal of Clinical and Laboratory Medicine*, 73(5), 333-340. <https://doi.org/10.1080/17843286.2018.1457196>
- De Souza, L. E. P. F., Paim, J. S., Teixeira, C. F., Bahia, L., Guimarães, R., De Almeida-Filho, N., . . . & Azevedo-E-silva, G. (2019). The current challenges of the fight for a universal right to health in Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(8), 2783-2792. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>
- De-Carvalho, D., Alvim-Borges, J. L., & Toscano, C. M. (2017). Impact assessment of an automated drug-dispensing system in a tertiary hospital. *Clinics*, 72(10), 629-636. [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(10\)07](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(10)07)
- Degeling, P. (2006). Realising the developmental potential of clinical governance. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 44(6), 688-691. <https://doi.org/10.1515/CCLM.2006.120>
- Deighan, M., & Bullivant, J. (2006) *Integrated Governance Handbook - A handbook for executives and non-executives in healthcare organisations*. Department of Health.
- Delaney, L. (2015). The challenges of an integrated governance process in healthcare. *Clinical Governance*, 20(2), 74-81. doi.org/10.1108/CGIJ-02-2015-0005
- Delany, L., Signal, L., & Thomson, G. (2018). International trade and investment law: A new framework for public health and the common good. *BMC Public Health*, 18, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5486-6>
- Deloitte. (2015). Trending P3 - The evolving role of value-for-money analysis in supporting project delivery selection. Designed and produced by The Creative Studio at Deloitte, London. Disponível em: <http://www.deloitte.com/au/assets/pdf/publications/2015/09/15/Trending-P3-The-evolving-role-of-value-for-money-analysis-in-supporting-project-delivery-selection.pdf>. Acesso em 08 Abr 2020.
- Demeritt, D., Rothstein, C. A. M., Beausnier, A. L., & Howard, M. (2015). Mobilizing risk: Explaining policy transfer in food and occupational safety regulation in the UK. *Environment and Planning A*, 47, 373-391. <https://doi.org/10.1068/a140085p>
- Dent, M. (2003). Managing doctors and saving a hospital: irony, rhetoric and actor networks. *Organization*, 10(1), 107-27. <https://doi.org/10.1177/1350508403010001379>
- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (2019). Disponível: http://cama.cns.org.br/links/D_SETOR_DATES.htm. Acesso em: 01 Fev 2019.
- Detsky, A. S., & Naylor, C. D. (2003). Canada's health care system — reform delayed. *The New England Journal of Medicine*, 349, 804-10.
- Detsky, M. E. (2008). Single-Patient Rooms for Safe Patient-Centered Hospitals. *Journal of the American Medical Association*, 300(8), 954. <https://doi.org/10.1001/jama.300.8.954>
- Diaconu, K., Falconer, J., Vidal, N., O'May, F., Azasi, E., Elimian, K., . . . Ager, A. (2020). Understanding fragility: Implications for global health research and practice. *Health Policy and Planning*, 35(2), 235-243. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz142>
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). *The new institutionalism in organizational analysis*. University of Chicago Press.
- Diniz, E. (2000). Globalization, economic reforms and business elites: Brazil 1990s. [Master thesis, Faculdade Getúlio Vargas].
- Dlugosz, Z. (2011). Population ageing in Europe. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 19(1), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.05.106>
- Do Nascimento, F. B. A., Rodrigues, R. N., & Panhoca, L. (2019). Information on the fight against corruption and corporate governance practices: Evidence of organized hypocrisy. *International Journal of Disclosure and Governance*, 16, 145-160. <https://doi.org/10.1057/s41310-019-00060-2>
- Docteur, E., & Oxley, C. A. M. (2003). Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. *OECD Health Working Papers*, 34-49.
- Donaldson, L. (1999). *Structural contingency theory*, in CLEGG, S.R., HARDY, C., NORD, C. A. M. *Organizational Studies Handbook*. Atlas.
- Dove, J. A., Collins, C. A., & Smith, D. J. (2018). The impact of public pension board of trustee composition on state bond ratings. *Economics of Governance*, 19, 51-73. <https://doi.org/10.1007/s10101-018-0201-8>
- Dubas-jakóbczyk, K., Sowada, C., Domagała, A., & Więckowska, B. (2018). Building hospital capacity planning mechanisms in Poland: The impact of 2016/2017 regulatory changes. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(2), e403-e415. <https://doi.org/10.1002/hpm.2493>
- Duckett, S. (2018). Expanding the breadth of Medicare: Learning from Australia. *Health Economics, Policy and Law*, 13(3-4), 344-368. <https://doi.org/10.1017/S1744133117000421>
- Durand, D. (1952). Costs of Debt and Equity Funds for Business: Trends and Problems of Measurement. Conference on Research in Business Finance. National Bureau of Economic Research. (pp. 215 - 262). URL: <http://cama.nber.org/chapters/c4790>. Acesso em: 21 Out 2018.
- Dwyer, J., Paskavitz, M., Vriesendorp, S., & Johnson, S. (2006). *An urgent call to professionalize leadership and management in health care worldwide*. Management Sciences For Health.

- Edgeman, R., Neely, A., & Eskildsen, J. (2016). Paths to sustainable enterprise excellence. *Journal of Modelling in Management*, 11, 858–868. <https://doi.org/10.1108/JM2-12-2014-0097>
- Edger, M. (2017). Effect of a patient-repositioning device in an intensive care unit on hospital-acquired pressure injury occurrences and cost: A before-after study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 44(3), 236-240. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000328>
- Edmisten, C., Hall, C., Kernizan, L., Korwek, K., Preston, A., Rhoades, E., . . . Zygodlo, S. (2017). Implementing an electronic hand hygiene monitoring system: Lessons learned from community hospitals. *American Journal of Infection Control*, 45(8), 860-865. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.03.033>
- Eeckloo, K., Herck, G. V., Hulle, C. V., & Vleugels, A. (2004). From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 68(1), 1- 15. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.07.009>
- El-Kassar, A. N., El Gammal, CAMA, & Fahed-Sreih, J. (2018). Engagement of family members, corporate governance and social responsibility in family-owned enterprises. *Journal of Organizational Change Management*, 31, 215-229. <https://doi.org/10.1108/JOCM-06-2017-0238>
- Ellwood, S., & Garcia-Lacalle, J. (2015). The influence of presence and position of women on the boards of directors: The case of NHS foundation trusts. *Journal of Business Ethics*, 130, 69-84. <https://doi.org/10.1007/s10551-014-2206-8>
- Elson, R. J., & Gamble, K. F. (2016). White county, powell valley, and the case of the misguided chief executive officer teaching note. *Journal of the International Academy for Case Studies*, 22, 13-18. Retrieved from <https://cama.abacademies.org/>. Acesso: 3 Mar 2020
- Erwin, C. O., Landry, A. CAMA., Livingston, A. C, & Dias, A. (2018). Effective Governance and Hospital Boards Revisited: Reflections on 25 Years of Research. *Medical Care Research and Review*, 1-36. <https://doi.org/10.1177/1077558718754898>
- Esmail, N., & Walker, M. (2005). Esperando sua vez: listas de espera de hospitais no Canadá (15ª ed). Fraser Institute. Disponível em <http://cama.fraserinstitute.ca/health/index.asp?snav=ele>. Acesso: 12 Abr 2020.
- Esty, D. C., & Bell, M. L. (2018). Business leadership in global climate change responses. *American Journal of Public Health*, 108, S80-S84. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304336>
- Etges, A. P. B. D. S., Grenon, V., Felix, E. A., De Souza, J. S., Kliemann Neto, F. J., & Polanczyk, C. A. (2019). Proposition of a shared and value-oriented work structure for hospital-based health technology assessment and enterprise risk management processes. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 35, 95-203. <https://doi.org/10.1017/S0266462319000242>
- Evans, R., & Law, M. (1995). The Canadian health care system: where are we and how did we get there. An International Assessment of Health Care Financing. Economic Development Institute of the World Bank.
- Fasterholdt, I., Krahn, M., Kidholm, K., Yderstræde, K. B., & Pedersen, K. M. (2017). Review of early assessment models of innovative medical technologies. *Health Policy*, 121(8), 870-879. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.006>
- Faulk, L., Willems, J., McGinnis Johnson, J., & Stewart, A.J. (2015). Network Connections and Competitively Awarded Funding: The impacts of board network structures and status interlocks on nonprofit organizations' foundation grant acquisition. *Public Management Review*, 18, 1425–1455. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1112421>
- Feierstein, M. (2012). *Planet Ponzi – How Politicians and Bankers Stole Your Future: What Happens Next, How You can Survive*, Transworld Publishers/Bantam.
- Feng, X., & Johansson, A. C. (2018). Living through the Great Chinese Famine: Early-life experiences and managerial decisions. *Journal of Corporate Finance*, 48, 638–657. <https://doi.org/10.1016/j.jcorpfin.2017.11.012>
- Ferguson, J., Power, D., Stevenson, L, & Collison, D. (2017). Shareholder protection, income inequality and social health: A proposed research agenda. *Accounting Forum*, 41, 253-265. <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2016.12.005>
- Ferlie, E., Baeza, J. I., Addicott, R., & Mistry, R. (2016). The governance of pluralist health care systems: An initial review and typology. *Health, Services Management Research*, 30, 61–71. <https://doi.org/10.1177/0951484816682395>
- Feuerwerker, L. C. M., & Cecilio L. C. O. (2007). The hospital and health education: current challenges. *Science & Collective Health*, 12 (4), 965-971.
- Fidler D. (2010). *The challenges of global health governance*. Council on Foreign Relations.
- Field, A., Wild, K., Woodward, A., Macmillan, A., & Mackie, CAMA. (2018). Encountering bikelash: Experiences and lessons from New Zealand communitie. *Journal of Transport & Health*, 11, 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2018.10.003>
- Figueiredo, O. J., Meadow, N. M. B. L., Medina, M. G., & Paim, J. S. (2018). Public and private health and expenditures in selected countries Brazil. *Debate Health*, 42(2), 37-47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s203>
- Flammer, C., & Luo, J. (2017). Corporate social responsibility as an employee governance tool: Evidence from a quasi-experiment. *Strategic Management Journal*, 38, 163-183. <https://doi.org/10.1002/smj.2492>
- Fleet, R., Dupuis, G., Fortin, J. -, Gravel, J., Ouimet, M., Poitras, J., & Légaré, F. (2017). Rural emergency care 360°: Mobilising healthcare professionals, decision-makers, patients and citizens to improve rural emergency care in the province of quebec, canada: A qualitative study protocol. *British Medical Journal Open*, 7(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016039>

- Flood, C. M., & Thomas, B. (2018). A successful charter challenge to medicare? policy options for canadian provincial governments. *Health Economics, Policy and Law*, 13(3-4), 433-449. <https://doi.org/10.1017/S1744133117000469>
- Foladori, G. (2017). Occupational and environmental safety standards in nanotechnology: International Organization for Standardization, Latin America and beyond. *The Economic and Labour Relations Review*, 28, 538-554. <https://doi.org/10.1177/1035304617719802>
- Fontenelle, L. F., Sarti, T. D., Camargo, M. B. J., Maciel, E. L. N., & Barros, A. J. D. (2019). Utilization of the brazilian public health system by privately insured individuals: A literature review. *Cadernos De Saude Publica*, 35(4), e00004118. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00004118>
- Fontes, B. A. S. M. (2018). Social networks and health governance. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(10), 3123-3132. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.21112018>
- Fooks, G. J., Smith, J., Lee, K., & Holden, C. (2017). Controlling corporate influence in health policy making? an assessment of the implementation of article 5.3 of the world health organization framework convention on tobacco control. *Globalization and Health*, 13, 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0234-8>
- Forgia, G. M, La, & Couttolenc, B. F. (2009). *Hospital performance in Brazil: in search of excellence*. Singular.
- Fourné, S. P. L., Zschoche, M. (2020). Reducing uncertainty in follow-up foreign direct investment: Imitation by family firms. *Global Strategy Journal*, 10(4), 839-860. <https://doi.org/10.1002/gsj.1331>
- Freeman, T., Millar, R., Mannion, R., & Davies, CAMA. (2016). Enacting corporate governance of healthcare safety and quality: A dramaturgy of hospital boards in Englan. *Sociology of Health and Illness*, 38, 233-251. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12309>
- Fry, M, & Brannstrom, C. (2017). Emergent patterns and processes in urban hydrocarbon governance", *Energy Policy*, 111, 383-393. <https://doi.org/10.1016/j.enpol.2017.09.042>
- Fulop, L. (2012). Leadership, clinician managers and a thing called "hybridity". *Journal of Health, Organisation and Management*, 26(5), 578-604. <https://doi.org/10.1108/14777261211256927>
- Gandhi, A. V., & Sharma, D. (2018). Technical efficiency of private sector hospitals in India using data envelopment analysis. *Benchmarking*, 25(9), 3570-3591. <https://doi.org/10.1108/BIJ-06-2017-0135>
- GBD 2015. Healthcare Access and Quality Collaborators. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 390, 231-66. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)
- Geiger, B. B., & Cuzzocrea, V. (2017). Corporate social responsibility and conflicts of interest in the alcohol and gambling industries: A post-political discourse? *British Journal of Sociology*, 68, 254-272. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12249>
- Gijo, E. V., & Sarkar, A. (2013). Application of Six Sigma to improve the quality of the road for wind turbine installation, *Total Quality Management Journal*, 25(3), 244-258. <https://doi.org/10.1108/17542731311307438>
- Gitman, L. J. (2001). *Principles of Financial Management*. (2. ed.). Bookman.
- Glaser, B. (2001). *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization contrasted with Description*. Sociology Press.
- Glassgow, A. E., Martin, M. A., Caskey, R., Bansa, M., Gerges, M., Johnson, M., . . . Van Voorhees, B. (2017). An innovative health-care delivery model for children with medical complexity. *Journal of Child Health Care*, 21(3), 263-272. <https://doi.org/10.1177/1367493517712063>
- Góes, R. (2011). *Manual práctico da arquitetura hospitalar*. (2. ed). Blucher.
- Gonenc, CAMA., & Scholtens, B. (2019). Responsibility and performance relationship in the banking industry. *Sustainability (Switzerland)*, 11, 1-49. <https://doi.org/10.3390/su10023329>
- Gordon, D., McKay, S., Marchildon, G., Sacha Bhatia, R., & Shaw, J. (2020). Collaborative governance for integrated care: Insights from a policy stakeholder dialogue. *International Journal of Integrated Care*, 20(1). <http://doi.org/10.5334/ijic.4684>
- Greenberg, D., Peterburg, CAMA., Vekstein, D., & Pliskin, J.S. (2005). Decisions to adopt new technologies at the hospital level: Insights from Israeli medical centers. *International Journal of Technology Assessment in Healthcare*, 21 (02), 219-27.
- Grinblatt, M., & Titman, S. (1998). *Financial Markets and Corporate Strategy*. Part V. McGraw Hill International Editions.
- Grohmann, M. Z., Battistella, L. F., & Baratto, J. S. (2012). Hospital manager competence: study and a brazilian public hospital. *Journal Global*, 26, 209-226.
- Grover, S., Gudi, S., Gandhi, A. K., Puri, P. M., Olson, A. C., Rodin, D., . . . Mahantshetty, U. (2017). Radiation oncology in india: Challenges and opportunities. *Seminars in Radiation Oncology*, 27(2), 158-163. <https://doi.org/10.1016/j.semradonc.2016.11.007>
- Gualtieri, G., Traverso, S., Pozza, A., Ferretti, F., Carabellese, F., Gusinu, R., & Coluccia, A. (2020). Clinical risk management in high-security forensic psychiatry residences. protecting patients and health professionals: Perspectives and critical issues of the law 81/2014. *La Clinica Terapeutica*, 171(2), e97-e100. <https://doi.org/10.7417/CT.2020.2196>
- Guo, E. X., Sweetman, A., & Guindon, G. E. (2020). Socioeconomic differences in prescription drug supplemental coverage in canada: A repeated cross-sectional study. *Health Policy*, 124(3), 252-260. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.007>
- Hahn, C. A., & Lapetra, M. G. (2019). Development and use of the leadership competencies for healthcare services managers assessment. *Frontiers in Public Health*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00034>

- Hai, V. D., Trung, L. CAMA. P., Hung, P. M., Hung, D. V., Ngoc, P. P., Hung, P. D., . . . Vi, T. Q. (2020). Design of noninvasive hemodynamic monitoring equipment using impedance cardiography. Paper presented at the *IFMBE Proceedings*, 69, 3-9.
- Ham, C., Clark, J., Spurgeon, P., Dickinson, CAMA. and Armit, K. (2011), "Doctors who become chief executives in the NHS: from keen amateurs to skilled professionals", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 140, 113-9. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110042>
- Hamidu, A., Haron, CAMA., & Amran, A. (2015). Corporate Social Responsibility: A Review on Definitions, Core Characteristics and Theoretical Perspectives. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6, 83-95. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n4p83>
- Hans, E. CAMA., Van Houdenhoven, M., & Hulshof, P. J. CAMA. (2012). A framework for healthcare planning and control. In: Handbook of healthcare system scheduling. Springer US, 303-320.
- Hansson, S.O. (1994). *Decision theory a brief introduction*. Royal Institute of Technology.
- Harper, L. M., & Dickson, R. (2019). Using developmental evaluation principles to build capacity for knowledge mobilisation in health and social care. *Evaluation*. Disponível: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1356389019840058>. Acesso: 27 Dec 2019.
- Harper, L. M., Maden, M., & Dickson, R. (2019). Across five levels: The evidence of impact model. *Evaluation*, 0(00), pp. 1-17. <https://doi.org/10.1177/1356389019850844>
- Harris, M., & Raviv, A. (1991). Theory of Capital Structure. *The Journal of Finance*, 46(1), 297-355. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6261.1991.tb03753.x>
- Hasan, M., Ayuningtyas, D., & Misnaniarti. A. (2016). Good corporate governance implementation and performance of civil servant. *Kesmas*, 11, 20-25. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v11i1.855>
- Health Services Circular (HSC) (1999). Clinical Governance. Quality in the new NHS. Disponível: http://cama.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_40120_43.pdf. Acesso: 4 Jan 2020.
- Heckl, D., & Moormann, J. (2010). Process performance management. Handbook on *Business Process Management*, 2, 115-135.
- Helmerts, R. A., & Harper, C. M. (2019). The mayo clinic model of clinical integration. *Healthcare*, 7(3). <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2018.06.006>
- Hepworth, K. (2019). A panopticon on my wrist: The biopower of big data visualization for wearables. *Design and Culture*, 11, 323-344. <https://doi.org/10.1080/17547075.2019.1661723>
- Herrick, C. (2016). The post-2015 landscape: Vested interests, corporate social responsibility and public health advocacy. *Sociology of Health & Illness*, 38, 1026-1042. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12424>
- Hilmola, O. -, & Henttu, V. (2016). Transportation costs do matter: Simulation study from hospital investment decision. *Journal of Modelling in Management*, 11(2), 560-584. <https://doi.org/10.1108/JM2-10-2013-0053>
- Ho, J. K. CAMA., Lee, Q., Lam, J. C. CAMA., & Tang, K. S. (2017). Managing serious clinical deterioration in a tertiary hospital in Hong Kong: From indicators development to multiple measures in reducing the rates. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23, 517-523. <https://doi.org/10.1111/jep.12642>
- Holá, J., Moravcová, M., & Hlaváčková, E. (2020). Communication competency: The topic of lifelong learning for nurse managers in hospitals. *Kontakt*, 22(1), 33-39.
- Holland, S. B. (2017). Firm investment in human health capital. *Journal of Corporate Finance*, 46, 374-390. <https://doi.org/10.1016/j.jcorpfin.2017.08.003>
- Hong, J. -. (2018). Association between years since manufacture and utilization of computed tomography scanner in south korea: A cross-sectional study (a STROBE-compliant article). *Medicine (United States)*, 97(43). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013008>
- Hossain, M. M., Alam, M., Alam, M., & Hecimovic, A. (2015a). Do stakeholders or social obligations drive corporate social and environmental responsibility reporting? Managerial views from a developing country. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 10, 287-314. <https://doi.org/10.1108/QRAM-10-2014-0061>
- Hossain, M., Hecimovic, A., & Choudhury Lema, A. (2015b). Corporate Social and Environmental Responsibility Reporting Practices from an Emerging Mobile Telecommunications Market. *Australian Accounting Review*, 75, 389-404. <https://doi.org/10.1111/auar.12076>
- Hsieh, CAMA. F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hsu, G. C. M., Clarkson, P., & Ouyang, A. X. (2019). Do biotechnology and health-care firms have poorer continuous disclosure practices as reflected in ASX queries? *Accounting Research Journal*, 32, 88-112. <https://doi.org/10.1108/ARJ-12-2015-0152>
- Huhs, E., Gliebe, CAMA., & Sendlhofer, G. (2019). Qualitative analysis of lean management in healthcare: Perspectives of austrian and swiss experts. *Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 143, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.003>
- Hunger, J. D., & Wheelen, L. T. (2002). *Gestão Estratégica: Princípios e práticas*. Reichmann e Affonso Editores.
- Ibáñez, N. et al. (2001). Organizações Sociais de Saúde: o Modelo no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200009>
- Imai, S., Akahane, M., & Imamura, T. (2019). Computed tomography: Return on investment and regional disparity factor analysis. *Frontiers in Public Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00380>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020). Disponível em <https://cama.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso: 30 Mar 2020.

- International Hospital Federation (IHF). Leadership Competencies for Healthcare Services Managers. International Hospital Federation (IHF) (2015). Disponivel: https://cama.ihffih.org/download_doc_file.php?doc=dfff684f5fd4854ad43566085950b8a8. Acesso: 27 Mar 2020.
- Iriyandy, R., Husaini, Suhartono, E., Panghiyangan, R., Ilmi, B., & Rahmi, N. (2018). The analysis of strategic plan on sambang lihum psychiatric hospital kalimantan, indonesia 2016-2021 toward drug rehabilitation with good clinical governance framework. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9(1), 253-257. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.00047.5>
- Ishikawa, C.A.M.A., Murata, M., & Kawaguchi, T. (2019). Globally applicable water quality simulation model for river basin chemical risk assessment. *Journal of Cleaner Production*, 239, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2019.118027>
- Islam, A. (2018). What is corporate social responsibility – and does it work? The Conversation. Disponivel: <https://theconversation.com/what-is-corporate-social-responsibility-and-does-itwork-89710>. Acesso: 28 Dec 2019.
- Jackson, T. J., Blumberg, T. J., Shah, A. S., & Sankar, C.A.M.A. N. (2018). Inappropriately timed pediatric orthopaedic referrals from the emergency department result in unnecessary appointments and financial burden for patients. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 38(3), e128-e132. <https://doi.org/10.1097/BPO.0000000000001132>
- Jansen, J., Vera, D., Crossan, M. (2009). Strategic leadership for exploration and exploitation: The moderating role of environmental dynamism. *The Leadership Quarterly*, 20(1), 5-18. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2008.11.008>
- Jarernsripornkul, S., & Pandey, I. M. (2018). Governance of autonomous universities: Case of Thailand. *Journal of Advances in Management Research*, 15, 288-305. <https://doi.org/10.1108/JAMR-12-2016-0103>
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., & Gilles, C.A.M.A. (2001). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60, 255-273. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00216-0](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00216-0)
- Jensen, M. C. (1986). Agency costs of free cash flow, corporate finance, and takeovers. *The American Economic Review*, 76(2), 323-329. <https://cama.jstor.org/stable/1818789>
- Jensen, M. C., & Meckling, C.A.M.A. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)
- Jiang, C.A.M.A. J., Locke, C., & Fraser, I. (2012). Enhancing board oversight on quality of hospital care: An agency theory perspective. *Health Care Management Review*, 37(2), 144-153. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182224237>
- Jizi, M. I., & Nehme, R. (2017). Board gender diversity and firms' equity risk. *Equality, Diversity and Inclusion*, 36, 590-606. <https://doi.org/10.1108/EDI-02-2017-0044>
- Johnston, S. (1995). Managerial dominance of Japan's major corporations. *Journal of Management*, 21, 191-209. [https://doi.org/10.1016/0149-2063\(95\)90055-1](https://doi.org/10.1016/0149-2063(95)90055-1)
- Jones, C. M., Clavier, C., & Potvin, L. (2020). Policy processes sans frontières: Interactions in transnational governance of global health. *Policy Sciences*, 53, 161-180. <https://doi.org/10.1007/s11077-020-09375-2>
- Jones, C., Windle, G., & Edwards, R. T. (2020). Dementia and imagination: A social return on investment analysis framework for art activities for people living with dementia. *Gerontologist*, 60(1), 112-123. <https://doi.org/10.1093/geront/gny147>
- Joseph, A., & Rashid, M. (2007). The architecture of safety: hospital design. *Current opinion in critical care*, 13(6), 714-719. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3282f1be6e>
- Kakemam, E., & Dargahi, C.A.M.A. (2019). Competencies gap in hospital management in tehran, iran: A cross-sectional survey. *Journal of Health Management*, 21(4), 451-464. <https://doi.org/10.1177/0972063419884412>
- Kalesnikoff, D., Kalaganam, S., & Bruni-Bossio, V. (2015). Holliston helping hands. *Accounting Perspectives*, 14, 61-70. <https://doi.org/10.1111/1911-3838.12039>
- Kaper, M. S., Reijneveld, S. A., Van Es, F. D., de Zeeuw, J., Almansa, J., Koot, J. A. R., & de Winter, A. F. (2020). Effectiveness of a comprehensive health literacy consultation skills training for undergraduate medical students: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph17010081>
- Kasim, A., & Karim, R.A. (2017). Challenges of implementing the socio-economic dimension of CSR in a less developed country: Bangladesh context. *International Journal of Economic Research*, 14, 185-197. Available at: <http://cama.serialsjournals.com>. Accessed: 16 Mar 2020
- Kaur, M., & Vij, M. (2017). Board Characteristics and Firm Performance: Evidence from Banking Industry in India. *Asian Journal of Accounting Governance*, 8, 39-53. <https://doi.org/10.17576/AJAG-2017-08-04>
- Kennedy, M., Elcock, M., Ellis, D., & Tall, G. (2017). Pre-hospital and retrieval medicine: Clinical governance and workforce models. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 29(4), 467-469. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12776>
- Keown, A.J., & Martin, J.D. (1976). An integer goal programming model for capital budgeting in hospitals. *Financial Management*, 5(3), 28.
- Kesselheim, A. S., Sinha, M. S., & Joffe, S. (2015). Physicians and insider trading. *JAMA Internal Medicine*, 175(12), 1955-1959. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5610>
- Khan, Z., Lew, C.A.M.A. K., & Park, B. I. (2015). Institutional legitimacy and norms-based CSR marketing practices. *International Marketing Review*, 32, 463-491. <https://doi.org/10.1108/IMR-01-2014-0017>

- Khattab, S. A., & Aborumman, A. C.A.M.A. (2011). Healthcare service quality: comparing public and private hospitals in Jordan. *International Business Management*, 5(5), 247-254. <https://doi.org/10.3923/ibm.2011.247.254>
- Kidholm, K., Olholm, A., Birk-Olsen, M., Cicchetti, A., Fure, B., Halmesmaki, E., Kahveci, R., Kiivet, R., Wasserfallen, J., Wild, C., & Sampietro-Colom, L. (2015). Hospital managers' need for information in decision-making - An interview study in nine European countries. *Health Policy*, 119, 1424-1432. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.011>
- Kingsnorth, S., Orava, T., Parker, K., & Milo-Manson, G. (2020). From knowledge translation theory to practice: Developing an evidence to care hub in a pediatric rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation*, 42(6), 869-879. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1514075>
- Kirat, M. (2015). Corporate social responsibility in the oil and gas industry in Qatar perceptions and practices. *Public Relations Review*, 41, 438-446. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2015.07.001>
- Kiwanuka, S. N., Namuhani, N., Akulume, M., Kalyesubula, S., Bazeyo, C.A.M.A., & Kisakye, A. N. (2020). Uganda's laboratory human resource in the era of global health initiatives: Experiences, constraints and opportunities - an assessment of 100 facilities. *Human Resources for Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-0454-5>
- Knai, C., Petticrew, M., Mays, N., Capewell, S., Cassidy, R., Cummins, S., Eastmure, E., Fafard, P., Hawkins, B., Jensen, J. D., Katikireddi, S. V., Mwatsama, M., Orford, J., & Weishaar, C.A.M.A. (2018). Systems Thinking as a Framework for Analyzing Commercial Determinants of Health. *The Milbank Quarterly*, 96, 472-498. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12339>
- Knickman, J. R., & Snell, E. K. (2002). The 2030 problem: caring for ageing baby boomers. *Health Services Research*, 37(4), 849-884. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0560.2002.56.x>
- Knippen, J. M., Palar, J., & Gentry, R. J. (2018). Breaking the mold: An examination of board discretion in female CEO appointments. *Journal of Business Research*, 84, 11-23. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2017.10.057>
- Kocakulah, M. C., & Austill, A. D. (2007). Balanced scorecard application in the health care industry: A case study. *Journal Health Care Finance*, 34(1), 72-99.
- Kong, D., Shi, L., & Yang, Z. (2019). Product recalls, corporate social responsibility, and firm value: Evidence from the chinese food industry. *Food Policy*, 83, 60-69. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2018.11.005>
- Kooli, C. (2019). Governing and managing higher education institutions: The quality audit contributions. *Evaluation and Program Planning*, 77, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2019.101713>
- Kopecka, N. (2015). The balanced scorecard implementation, integrated approach and the quality of its measurement. *Procedia Economics and Finance*, 25, 59-69. [https://doi.org/10.1016/s2212-5671\(15\)00713-3](https://doi.org/10.1016/s2212-5671(15)00713-3)
- Kosmisky, D. E., Everhart, S. S., & Griffiths, C. L. (2019). Implementation, evolution and impact of ICU telepharmacy services across a health care system. *Hospital Pharmacy*, 54(4), 232-240. <https://doi.org/10.1177/0018578719851720>
- Krimsky, S. (2015). An illusory consensus behind GMO health assessment. *Science Technology and Human Values*, 40, 883-914. <https://doi.org/10.1177/0162243915598381>
- Krug, K. B., Weber, C., Schwabe, C.A.M.A., Sinzig, N. -, Wein, B., Müller, D., . . . Maintz, D. (2014). Comparison of image quality using a X-ray stereotactical whole-body system and a direct flat-panel X-ray device in examinations of the pelvis and knee. *RoFo Fortschritte Auf Dem Gebiet Der Rontgenstrahlen Und Der Bildgebenden Verfahren*, 186(1), 67-76. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1350441>
- Kulkarni, S. S., Barnato, A. E., Rosengart, M. R., Fischhoff, B., Angus, D. C., Yealy, D. M., . . . Mohan, D. (2019). Does preexisting practice modify how video games recalibrate physician heuristics in trauma triage? *Journal of Surgical Research*, 242, 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.04.013>
- Kumar, P., & Firoz, M. (2019). What drives the voluntary environmental reporting (VER): An examination of CDP India firms. *Journal of Environmental Accounting and Management*, 7, 47-59. <https://doi.org/10.5890/JEAM.2019.03.004>
- Kumarasinghe, S., Will, M., & Hoshino, C.A.M.A. (2018). Enhancing performance by disclosing more: some evidence from Japanese companies. *Pacific Accounting Review*, 30, 110-128. <https://doi.org/10.1108/PAR-01-2016-0001>
- Kuntz, L., Pulm, J., & Wittland, M. (2016). Hospital ownership, decisions on supervisory board characteristics, and financial performance. *Health Care Management Review*, 41, 165-176. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000066>
- Kwedza, R. K., Larkins, S., Johnson, J. K., & Zwar, N. (2017). Perspectives of rural and remote primary healthcare services on the meaning and goals of clinical governance. *Australian Journal of Primary Health*, 23, 451-457. <https://doi.org/10.1071/PY16168>
- Lai, A., Panfilo, S., & Stacchezzini, R. (2019). The governmentality of corporate (un)sustainability: The case of the ILVA steel plant in Taranto (Italy). *Journal of Management and Governance*, 23, 67-109. <https://doi.org/10.1007/s10997-019-09457-1>
- Landstad, B. J., Hedlund, M., & Vinberg, S. (2017). How managers of small-scale enterprises can create a health promoting corporate culture. *International Journal of Workplace Health Management*, 10, 228-248. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-07-2016-0047>
- Langabeer II, J. R., & Helton, J. (2015). *Health care operations management*. Jones & Bartlett Publishers.
- Laouer, R. (2018). Supervisory board process: Evidence from French public hospitals. *Health Services Management Research*, 31, 163-177. <https://doi.org/10.1177/0951484818780767>

- Lauer, C. I., Shabahang, M. M., Hendricks, D., Mundy, K., Hayek, S., & Ryer, E. J. (2021). Expansion of surgical graduate medical education training programs: A return on investment analysis. *Journal of Surgical Research*, 258, 278-282. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.08.078>
- Lee, D. C. M., CAMA., & Lai, P. B. S. (2018). Case of Ian Paterson: Reflection and perspective on clinical governance. *Surgical Practice*, 22, 5-9. <https://doi.org/10.1111/1744-1633.12296>
- Lee, J., McCullough, J. S., & Town, R. J. (2013). The impact of health information technology on hospital productivity. *RAND Journal of Economics*, 44(3), 545-568. <https://doi.org/10.1111/1756-2171.12030>
- Lee, K., Eckhardt, J., & Holden, C. (2016). Tobacco industry globalization and global health governance: towards an interdisciplinary research agenda. *Palgrave Communications*, 2, 1-12. <https://doi.org/10.1057/palcomms.2016.37>
- Lee, M. (2015). Impact of corporate governance on research and development investment in the pharmaceutical industry in South Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 6, 249-255. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2015.07.003>
- Lee, T. (2019). Management ties and firm performance: Influence of family governance. *Journal of Family Business Strategy*, 10, 105-118. <https://doi.org/10.1016/j.jfbs.2018.12.003>
- Lemmon, M. L., Roberts, M. R., & Zender, J. F. (2008). Back to the beginning: Persistence and the crosssection of corporate capital structure. *The Journal of Finance*, 63(4), 1575-1608. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6261.2008.01369.x>
- Leon, K. S., & Ken, I. (2017). Food fraud and the partnership for a 'Healthier' America: A case study in state-corporate crime. *Critical Criminology*, 25, 393-410. <https://doi.org/10.1007/s10612-017-9363-x>
- Leon, K. S., & Ken, I. (2019). Legitimized fraud and the state-corporate criminology of food – a spectrum-based theory. *Crime, Law and Social Change*, 71, 25-46. <https://doi.org/10.1007/s10611-018-9787-6>
- Lesmana, C. R. A., Gani, R. A., Hasan, I., Sulaiman, A. S., & Lesmana, L. A. (2017). Therapeutic interventional endoscopic ultrasound based on rare cases in indonesia: A single-center experience in unselected patients. *Case Reports in Gastroenterology*, 11(1), 72-77. <https://doi.org/10.1159/000456606>
- Lethbridge, E. (1997). Corporate governance. *BNDES Journal*, 4, 209-231.
- Liang, X., Ng, E. L., Lam, S. K., Castner, E. A., Leach, A. M., Gu, B., Healey, G., Galloway, J. N., & Chen, D. (2018). The nitrogen footprint for an australian university: Institutional change for corporate sustainability. *Journal of Cleaner Production*, 197, 534-541. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2018.06.050>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The Prisma statement for reporting systematic review and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *POLOS Medicine*, 6, 1-28. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Lim, D., Schoo, A., Lawn, S., & Litt, J. (2019). Embedding and sustaining motivational interviewing in clinical environments: a concurrent iterative mixed methods stud. *BMC Medical Education*, 19, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1606-cama>
- Lima, M. C. P., & Botega, N. J. (2001). Day hospital: For whom and for what? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23(4), 195-199. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400006>
- Lin, Q. L., Liu, L., Liu, C. M., & Wang, D. J. (2013). Integrating hierarchical balanced scorecard with fuzzy linguistic for evaluating operating room performance in hospitals. *Expert Systems with Applications*, 40(6), 1917-24. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2012.10.007>
- Linwood, R., Duff, N., Flint, C., Reade, M., Krohn, P., Williams, A., & McCall, B. (2017). Application of clinical governance in a role 2E hospital: The 2nd general health battalion experience. *Journal of Military and Veterans' Health*, 25, 23-29. <https://doi.org/10.1136/jramc-2014-000378>
- Lipunga, A. M., Tchereni, B. M., & Bakuwa, R. C. (2019). Emerging structural models for governance of public hospitals. *International Journal of Health Governance*, 24, 98-116. <https://doi.org/10.1108/IJHG-03-2019-0018>
- Lisk, F., & Šehović, A. B. (2020). Rethinking global health governance in a changing world order for achieving sustainable development: The role and potential of the 'Rising powers'. *Fudan Journal of the Humanities and Social Sciences*, 13(1), 45-65. <https://doi.org/10.1007/s40647-018-00250-2>
- Lock, I., & Seele, P. (2016). Deliberative Lobbying? Toward a noncontradiction of corporate political activities and corporate social responsibility? *Journal of Management Inquiry*, 25, 415-430. <https://doi.org/10.1177/1056492616640379>
- Longo, E. (2012). The knowledge management role in mitigating operational risk. *Synapsing*, 314-320.
- Lüleci, N. E., Gemlik, C. M., Bektas, G., & Manioglu, C. M. (2015). The awareness of experience innovation and an application in private hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 65(10), 1108-1111.
- Lund, M., & Wright, J. (1999). The financing of small firms in the United Kingdom. Bank of England. *Quarterly Bulletin*, 39(2), 195-201.
- Lunney, M., Samimi, A., Osman, M. A., Jindal, K., Wiebe, N., Ye, F., . . . Bello, A. K. (2019). Capacity of kidney care in canada: Identifying barriers and opportunities. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 6. <https://doi.org/10.1177/2054358119870540>
- Luo, L., Li, J., Liu, C., & Shen, C. M. (2019). Using machine-learning methods to support health-care professionals in making admission decisions. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(2), e1236-e1246. <https://doi.org/10.1002/hpm.2769>

- Machado, C. V., & Silva, G. A. E. (2019). Political struggles for a universal health system in Brazil: Successes and limits in the reduction of inequalities. *Globalization and Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0523-5>
- MacKenzie, R., Lee, K., & LeGresley, E. (2016). To 'enable our legal product to compete effectively with the transit market': British American tobacco's strategies in Thailand following the 1990 GATT dispute. *Global Public Health*, 11, 348-362. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1050049>
- MacVane Phipps, F. (2020). Challenges of 21st-century health governance. *International Journal of Health Governance*, 25(1), 12-18. <https://doi.org/10.1108/IJHG-12-2019-0080>
- Mais, R. G., & Sari, D. I. (2015). Evaluation of banks health rate of Indonesia and Malaysia Islamic bank with RGEC method. *International Journal of Applied Business and Economic Research*, 13, 5759-5787.
- Malakoane, B., Heunis, J. C., Chikobvu, P., Kigozi, N. G., & Kruger, C.A.M.A. (2020). Public health system challenges in the free state, south africa: A situation appraisal to inform health system strengthening. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4862-cama>
- Maltezou, C.A.M.A. C., Dedoukou, X., Tsonou, P., Tseroni, M., Raftopoulos, V., Pavli, A., . . . Sipsas, N. V. (2021). Hospital factors associated with SARS-CoV-2 infection among healthcare personnel in Greece. *Journal of Hospital Infection*, 109, 40-43. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.10.010>
- Marchal, B., Hoérée, T., Silveira, V.C., Van Belle, S., Prashanth, N. S. & Kegels, G. (2014). Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. *BMC Public Health*, 14, 378-391. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-378>
- Markazi-Moghaddam, N., Arab, M., Ravaghi, C.A.M.A., Rashidian, A., Khatibi, T., Zargar, B., Jame, S. Z. B. (2016). Knowledge Map for Hospital Performance Concept: Extraction and Analysis: A Narrative Review Article. *Iran Journal Public Health*, 45(7), 843-54. [PubMed: 27516990].
- Marôco, J. (2018). *Statistical analysis with SPSS statistics*. (97^a ed.). ReportNumber.
- Marques, I. C. P., & Carvalho, A. K. M. (2020). Evolution of studies on orthopaedic surgery regarding cost management tools: a systematic literature review. *Journal of Orthopaedics and Sports Medicine*, 2, 1-28. <https://doi.org/10.26502/josm.5115000xx>
- Marques, I. C. P., Serrasqueiro, Z., & Nogueira, F. (2021). Analysis of investment decision-making in private hospitals: Qualitative study of the process of investment. Book chapter (16), IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-7596-3>
- Marstein, E., & Babich, S. M. (2018). Global health in transition: The coming of neoliberalism. *South Eastern European Journal of Public Health*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/SEEJPH-2018-179>
- Martin, D. (2017). *Better now: Six big ideas to improve health care for all Canadians*. Allen Lane.
- Martins, D. (2001). *Gestão Financeira dos Hospitais*. (2^a Ed). Atlas.
- Masha, R., Blitz, J., Malana, Z., & Von Pressentina, K. (2016). Leadership and governance: Learning outcomes and competencies required of the family physician in the district health system. *South African Family Practice*, 58, 232-235. <https://doi.org/10.1080/20786190.2016.1148338>
- Massuda, A., Hone, T., Leles, F.A.G., Castro, M. C., & Atun, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, 3(4).
- Mazzone, A., Campanini, M., De Carli, S., La Regina, M., Montagnani, A., Morbidoni, L., Re, R., Sciascera, A., Stefani, I., Tintori, G., & Nardi, R. (2016). Clinical governance and clinical competence to support new scenarios and role of internal medicine. *Italian Journal of Medicine*, 10, 92-95. <https://doi.org/10.4081/itjm.2015.514>
- McConnell, C. R. (2002). The health care professional as a manager: Finding the critical balance in a dual role. *The Health Care Manager; Gaithersburg*, 1.20(3), 1-10. <https://doi.org/10.1097/00126450-200203000-00002>
- McCue, M. J., & Kim, T. C.A.M.A. (2007). Evaluating the underlying factors behind variable rate debt. *Health Care Management Review*, 32(4), 300-308. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000296787.37342.a1>
- McGrady, E., Conger, S., Blanke, S., & Landry, B. J. L. (2010). Emerging technologies in healthcare: Navigating risks, evaluating rewards. *Journal of Healthcare Management*, 55(5), 353-364.
- McKinney, S., & Aguilar, M. (2020). Implementing a comprehensive preceptor development program through professional governance. *Journal for Nurses in Professional Development*, 36(2), 111-113. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000613>
- McLeroy, R. D., Ingersoll, J., Nielsen, P., & Pamplin, J. (2020). Implementation of tele-critical care at general leonard wood army community hospital. *Military Medicine*, 185(1-2), e191-e196. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz147>
- McNulty, J. E., & Akhigbe, A. (2015). Toward a better measure of bank corporate governance. *SSRN Electronic Journal*, 1-61. <https://doi.org/10.1108/S1569-373220150000018004>
- Medcalf, S., Roy, S., Bekmuratova, S., ElRayes, C.A.M.A., Sayles, C.A.M.A., Gruba, J., & Shope, R. (2020). From silos to coalitions: The evolution of the US hospital preparedness program. *Journal of Emergency Management (Weston, Mass.)*, 18(2), 163-169. <https://doi.org/10.5055/jem.2020.0459>
- Meehan, D., Balhareth, A., Gnanamoorthy, M., Burke, J., & McNamara, D. A. (2019). Efficacy of physician associate delivered virtual outpatient clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(7), 1072-1080. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2018-0233>
- Mehta, M., Raj, M., & Solanki, V. (2019). An assessment of corporate social responsibility: Case study of a sonalika motors. *International Journal of Recent Technology and Engineering*, 7, 385-390.
- Mercier, G., & Naro, G. (2014). Costing hospital surgery services: The method matters. *PLOS One*, 9(5), 1-7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097290>

- Mesman, A. C.A.M.A., Bangura, M., Kanawa, S. M., Gassimu, J. S., Dierberg, K. L., Sheku, M. M., . . . Marsh, R. C.A.M.A. (2019). A comprehensive district-level laboratory intervention after the ebola epidemic in sierra leone. *African Journal of Laboratory Medicine*, 8(1) <https://doi.org/10.4102/ajlm.v8i1.885>
- Meyer, J. C.A.M.A., & Rowan, B. (1997). Institutionalized organizations: formal structures as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 1(83), 340-363. <https://doi.org/>
- Mintzberg, C.A.M.A. (1983). *Power in and Around Organizations*. Prentice Hall.
- Misso, R., & Andreopoulou, Z. (2017). Wine and health: A sustainable governance for a responsible communication. *Rivista Di Studi Sulla Sostenibilita*, 1, 91-105. <https://doi.org/10.3280/RISS2017-001007>
- Mitchell, R., Agle, B. e Wood, D. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principles of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22 (4), 853-886. <https://doi.org/10.2307/259247>
- Modigliani, F., & Merton, C.A.M.A. M. (1963). American economic association corporate income taxes and the cost of capital: A correction. *The American Economic Review*, 53(3), 433-43.
- Modigliani, F., & Miller, M. C.A.M.A. (1958). The American Economic. *The American Economic Review*, 48(3), 261-97.
- Mogha, S. K., Yadav, S. P., & Singh, S. P. (2015). Slack based measure of efficiencies of public sector hospitals in Uttarakhand (India). *Benchmarking: An International Journal*, 22(7), 1229-1246. <https://doi.org/10.1108/BIJ-12-2013-0122>
- Mohammadkarim, B., Jamil, S., Pejman, C.A.M.A., Seyyed, M. C.A.M.A., & Mostafa, N. (2011). Combining multiple indicators to assess hospital performance in Iran using the Pabon Lasso Model. *Australasian Medical Journal*, 4(4), 175-9. <https://doi.org/0.4066/AMJ.2011.620>.
- Mohan, D., Wallace, D. J., Kerti, S. J., Angus, D. C., Rosengart, M. R., Barnato, A. E., . . . Kahn, J. M. (2019). Association of practitioner interfacility triage performance with outcomes for severely injured patients with fee-for-service medicare insurance. *JAMA Surgery*, 154(12), 34DUMMY. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.3944>
- Molk, P. (2016). The ownership of health insurers. *University of Illinois Law Review*, 3, 873-927.
- Moll, M. C., Decavel, F., & Merlet, C. (2009). A quality evaluation tableau for health institutions: An educational tool. *Recherche En Soins Infirmiers*, 98, 19-27.
- Monachino, M. S., & Moreira, P. K. (2016). CSR: A catalyst for corporate contribution to global health governance? A case study from the pharmaceutical industry. *Hygiea Internationalis*, 12,73-91. <https://doi.org/10.3384/hygiea.1403-8668.1612273>
- Montenegro, L., Velasque, L., LeGrand, S., Whetten, K., de Mattos Russo Rafael, R., & Malta, M. (2020). Public health, HIV care and prevention, human rights and democracy at a crossroad in brazil. *AIDS and Behavior*, 24(1). <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02470-3>
- Morano, P., Tajani, F., Liddo, F. D., & Anelli, D. (2020). A feasibility analysis of the refurbishment investments in the italian residential market. *Sustainability (Switzerland)*, 12(6). <https://doi.org/10.3390/su12062503>
- Morantz, A. D. (2017). What unions do for regulation. *Annual Review of Law and Social Science*, 1, 515-534. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-120814-121416>
- Morlock, L. L., & Alexander, J. (1986). Models of governance in multi hospital systems implications for hospital and system-level decision. *Making Medical Care*, 24(2). <https://doi.org/10.1097/00005650-198612000-00005>
- Morse. (2008). Entrepreneurs: Generating cash in a credit crunch. *Ivey Business Journal Online*, 72(6), p. 1.
- Mosadeghrad, A. M., & Mojbafean, A. (2019). Conflict and conflict management in hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(3), 550-561. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2017-0165>
- Murphy-Gregory, C.A.M.A., & Gale, F. (2019). Governing the governors: The global metagovernance of fair trade and sustainable forestry production. *Politics and Policy*, 47, 569-597. <https://doi.org/10.1111/polp.12300>
- Murray, G. F., Rodriguez, C.A.M.A. P., & Lewis, V. A. (2020). Upstream with A small paddle: How ACOs are working against the current to meet patients' social needs. *Health Affairs (Project Hope)*, 39(2), 199-206. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01266>
- Mustafa, F. M., & Nimer, M.B.A. (2018). The association between enterprise risk management and corporate governance quality: The mediating role of internal audit performance. *Journal of Advanced Research in Law and Economics*, 9, 1387-1401. [https://doi.org/10.14505/jarle.v9.4\(34\).27](https://doi.org/10.14505/jarle.v9.4(34).27)
- Myers, S. C. (1977). Determinants of corporate borrowing. *Journal of Financial Economics*, 5(2), 147-175. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(77\)90015-0](https://doi.org/10.1016/0304-405X(77)90015-0)
- Myers, S. C. (1984). The capital structure puzzle. *The Journal of Finance*, 39(3), 575-592. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6261.1984.tb03646.x>
- Myers, S. C. (2001). Capital Structure. *The Journal of Economic Perspectives*, 15(2), 81-102. <https://doi.org/10.1257/jep.15.2.81>
- Myers, S. C., & Majluf, N.S. (1984). Corporate Financing and Investment Decisions When Firms Have Information That Investors Do Not Have. *Journal of Financing Economics*, 13, 187-221. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(84\)90023-0](https://doi.org/10.1016/0304-405X(84)90023-0)
- Naderi, Z., Gholamzadeh, S., Zarshenas, L., & Ebadi, A. (2019). Hospitalized elder abuse in Iran: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 19, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1331-8>
- Naing, T., Zainuddin, C.A.M.A., & Zailani, S. (2008). Determinants of information system adoptions in private hospitals in malaysia. Paper presented at the 2008 3rd International Conference on Information and Communication Technologies: From Theory to Applications, ICTTA.

- Navarro, T. M., Durán, F. M., & Santos, J. L. (2017). A regional competitiveness index for Spain. *Revista De Estudios Regionales*, 109, 67-94.
- Nawaz, C.A.M., & Koç, M. (2019). Exploring organizational sustainability: Themes, functional areas, and best practices. *Sustainability (Switzerland)*, 11, 1-36. <https://doi.org/10.3390/su11164307>
- Nazir, M. S., Nazir, S., & Javaid, A. (2018). Role of Institutional Owners in Devising Firms' Risk-Taking Behavior. *International Journal of Applied Behavioral Economics*, 7, 21-36. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-2448-0.ch076>
- Neely, A. G. M., & Platts, K. (2005). Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(12), 1228-1263. <https://doi.org/10.1108/01443570510633639>
- Nelson, J. D. (2015). The freedom of business association. *Columbia Law Review*, 115, 461-514.
- Nez, L., Núñez, A., & Ramis, F. (2014). A cost management model for hospital food and nutrition in a public hospital. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0542-0>
- Neumann, I., & Sending, O.J. (2007). The international' as governmentality. *Journal of International Studies*, 35(3), 677-701.
- Neves, J. B., Shepherd, S., Cullen, D., Powles, T., Aitchison, M., & Tran, M. G. B. (2019). Performance and cost of a renal cancer specialist multidisciplinary team meeting: Results from 1500 discussions. *Journal of Clinical Urology*, 12(4), 314-319. <https://doi.org/10.1177/2051415819829309>
- Ngo, A., Duong, C.A.M., & Chen, A. (2016). The Effects of Covenant Violations on the Underpricing of Seasoned Equity Offerings and the Implied Cost of Equity Capital. *Quarterly Journal of Finance*, 06, 1-33. <https://doi.org/10.1142/S2010139216400036>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 6, 1-13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Nsamzinshuti, A., Van Elslande, C., Alassane, N. B. (2014). Managing hospital efficiency and effectiveness: Designing a hospital performance measurement system. *Institute of Electrical and Electronics Engineers. 2014 International Conference on Logistics Operations Management, Rabat, Morocco, 2014*, pp. 188-200. <https://doi.org/10.1109/GOL.2014.6887440>
- Ntim, C. G. (2016). Corporate governance, corporate health accounting, and firm value: The case of HIV/AIDS disclosures in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Accounting*, 51, 155-216. <https://doi.org/10.1016/j.intacc.2016.04.006>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2003). Saúde que rupturas? In Observatório Português dos Sistemas de Saúde (Ed.) Relatório de Primavera. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Acesso: 12 Jul 2020.
- Oliver, C. (1992). The antecedents of deinstitutionalization. *Organization Studies*, 13(4), 563- 588.
- OMS (1998a). Health for All in the 21st Century. World Health Organization. Acesso: 2 Jul 2019.
- OMS (1998b). Good Governance for Health. Equity Initiative Paper No 14. Geneva, Department of Health Systems, World Health Organization. Acesso: 22 Jun 2019.
- OMS (2002). The European Health Report 2002. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe. WHO regional publications. European series; No. 97. Acesso: 22 Ago 2019.
- OMS (2009). Who are health managers: Case studies from three African countries. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Acesso: 14 Out 2019.
- OMS (2017). Global Health Expenditure Database. In <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. Acesso: 22 Jul 2019.
- Oomkens, R., Hoogenboom, M., & Knijn, T. (2015). Continuity and change: Comparative case study of hospital and home care governance in the Netherlands. *Administration and Society*, 47, 851-880. <https://doi.org/10.1177/0095399713503462>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2010). Risk and Regulatory Policy: Improving the Governance of Risk (OECD Publishing, Paris). Disponível: <https://cama.oecd.org/publications/risk-and-regulatory-policy-9789264082939-en.htm>. Acesso: 08 Dec 2019.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2016). OECD health systems characteristics survey 2016 (database). Disponível: <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>. Acesso: 8 Jul 2020.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2000). O relatório mundial da saúde 2000: sistema de saúde: melhorando o desempenho. Genebra: OMS. Disponível: <https://cama.who.int/whr/2000/en/>. Acesso: 4 de Ago 2019.
- Organização Mundial da Saúde (OMS), 2008. Doenças crônicas [site]. Genebra. Disponível: http://cama.who.int/topics/chronic_disease/en. Acesso: 20 Set 2020.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília, OPAS/OMS; 2004. Acesso: 22 Jul 2019.
- Ouyang, C.A.M., & Hilsenrath, P.E. (2017). Merger & Acquisition and Capital Expenditure in Health Care. INQUIRY: *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54. <https://doi.org/10.1177/0046958017692275>
- Owen, J., & Phillips, K. (2000). Ignorance is not bliss. doctors, managers and development. *Journal of Management in Medicine*, 14(2), 119-129. <https://doi.org/10.1108/02689230010346556>

- Paes-Sousa, R., De Andrade Schramm, J. M., & Pereira Mendes, L. V. (2019). Fiscal austerity and the health sector: The cost of adjustments. [Austeridade fiscal e o setor saúde: O preço do ajuste] *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(12), 4375-4384. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23232019>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & MacInko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Paladini, E. P. (2011). Avaliação estratégica da qualidade (3a ed.). Atlas.
- Pandit, N. R. (1996). The creation of theory: A recent application of the grounded theory method. *The Qualitative Report*, 2, 1-15. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/1996.2054>
- Pather, M. K., & Mash, R. (2019). Family physicians' experience and understanding of evidence-based practice and guideline implementation in primary care practice, Cape Town, South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 11. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1592>
- Pereira-Arias, J. G., Gamarra-Quintanilla, M., Sánchez-Vázquez, A., Mora-Christian, J. A., Urdaneta-Salegui, L. F., Astobieta-Odriozola, A., & Ibarluzea-González, G. (2019). Como construir un programa de cirugía robótica. *Archivos Espanoles De Urologia*, 72(3), 227-238.
- Pericleous, L., Amin, M., & Goeree, R. (2019). The value and consequences of using public health technology assessments for private payer decision-making in Canada: One size does not fit all. *Journal of Medical Economics*, 22(5), 478-487. <https://doi.org/10.1080/13696998.2019.1582535>
- Pertile, P. (2006). Technology adoption, quality and health care costs. *Studi Economici*, 90, 127-41.
- Petitjean, M. (2019). Eco-friendly policies and financial performance: Was the financial crisis a game changer for large US companies? *Energy Economics*, 80, 502-511. <https://doi.org/10.1016/j.eneco.2019.01.028>
- Petrini, M., & Pozzobon, M. (2014). Using Grounded Theory for Building Theoretical Models. *Management and Planning Journal*, 10, 1-18.
- Picchiai, O. (1998). Changes in Hospital Institutions: Process Analysis and Action Study of the Hospital Administrator. Research Report presented to NPP - Research and Publications Center - School of Business Administration of São Paulo - Getúlio Vargas Foundation.
- Pillay, R. (2010). The skills gap in hospital management: A comparative analysis of hospital managers in the public and private sectors in South Africa. *Health Services Management Research*, 23(1), 30-36. <https://doi.org/10.1177/097206340901200102>
- Pilotto, L. M., & Celeste, R. K. (2019). The relationship between private health plans and use of medical and dental health services in the Brazilian health system. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(7), 2727-2736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.24112017>
- Pirozek, P., Komarkova, L., Leseticky, O., & Hajdikova, T. (2015). Corporate governance in Czech hospitals after the transformation. *Health Policy*, 119, 1086-1095. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.05.002>
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating valued-based competition on results*. Boston Harvard Business School Press
- Pourmohammadi, K., Hatam, N., Shojaei, P., & Bastani, P. (2018). A comprehensive map of the evidence on the performance evaluation indicators of public hospitals: A scoping study and best fit framework synthesis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0166-z>
- Prémont, M. -, & Verbauwheide, C. (2018). Canadian legislatures and the regulation of the private health-care industry. *University of Toronto Law Journal*, 68(2), 231-258. <https://doi.org/10.3138/utlj.2017-0055>
- Price, T., Tredinnick-Rowe, J., Walshe, K., Tazzyman, A., Ferguson, J., Boyd, A., . . . Bryce, M. (2020). Reviving clinical governance? A qualitative study of the impact of professional regulatory reform on clinical governance in healthcare organisations in England. *Health Policy*, 124(4), 446-453. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.004>
- Pronk, N. P., Malan, D., Christie, G., Hajat, C., & Yach, D. (2018). Health and well-being metrics in business: The value of integrated reporting. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60, 19-22. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001167>
- Pulker, C. E., Trapp, G. S. A., Scott, J. A., & Pollard, C. M. (2018). Global supermarkets' corporate social responsibility commitments to public health: A content analysis. *Globalization and Health*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0440-z>
- Quak, S., Heilbron, J., & Meijer, J. (2019). Ranking, coordination, and global governance: The case of the access to medicine index. *Business and Politics*, 21. <https://doi.org/10.1017/bap.2018.22>
- Qualisa Institute of Management (IQG). (2018). Information on the ONA National Accreditation Process. Disponível: <<http://cama.iqg.com.br/interna.php?id=1#>>. Acesso: 15 Jan 2021.
- Rababa'h A. (2014). The Implementation of Management Accounting Innovations" The Case of Balanced Scorecard Implementation within Jordanian Manufacturing Companies". *International Review of Management and Business Research*, 3(1), 174.
- Rahimi, CAMA., Bahmaei, J., Shojaei, P., Kavosi, Z., & Khavasi, M. (2018). Developing a strategy map to improve public hospitals performance with balanced scorecard and dematel approach. *Shiraz E Medical Journal*, 19(7). <https://doi.org/10.5812/semj.64056>
- Rapaczynski, A. (2016). Impact investing as a form of lobbying and its corporate-governance effects. *Capitalism and Society*, 11. Disponível: : https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholarship/2019
- Rawlinson, P. (2017). Immunity and impunity: Corruption in the state-pharma nexus. *International Journal for Crime, Justice and Social Democracy*, 6, 86-99. <https://doi.org/10.5204/ijcjsd.v6i4.447>
- Reddy, S., Allan, S., Coghlan, S., & Cooper, P. (2020). A governance model for the application of AI in health care. *Journal of the American Medical Informatics Association*:

- Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(3), 491-497. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz192>
- Roberge, J., McWilliams, A., Zhao, J., Anderson, C.A.M.A. E., Hetherington, T., Zazzaro, C., . . . Sparks, C.A.M.A. (2020). Effect of a virtual patient navigation program on behavioral health admissions in the emergency department: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 3(1), e1919954. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.19954>
- Robin, M. (2008). Revisiting a TQM research project: the quality improvement activities of TQM. *Total Quality Management*, 19(8), 751-761. <https://doi.org/10.1080/14783360802159410>
- Rocha, R., Ferraz, C., & Soares, R. (2017). Human capital persistence and development. *American Economic Journal: Applied Economics*, 9(4), 105-36. <https://doi.org/10.1257/app.20150532>
- Rodriguez, R., Svensson, G., & Eriksson, D. (2018). Comparing and contrasting the evolution through time of organizational sustainability initiatives. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 10, 296-315. <https://doi.org/10.1108/IJQSS-09-2017-0077>
- Roland, M., & Baker, R. (1999). Clinical governance: a practical guide for primary care teams. University of Manchester. Disponivel: <http://cama.npcrdc.ac.uk/Publications/HANDBOOK%20CLINICAL%20GOVERNANCE.pdf>. Acesso: 4 Jan 2020.
- Roller, S. (2019). Pension and state funds dominating biomedical R&D investment: Fiduciary duty and public health. *Globalization and Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0490-x>
- Rossi, M., Nerino, M., & Capasso, A. (2015). Corporate governance and financial performance of italian listed firms. the results of an empirical research. *Corporate Ownership and Control*, 12, 628-643. <https://doi.org/10.22495/cocv12i2c6p6>
- Rousseau, D. M., Manning, J., & Denyer, D. (2008). Evidence in management and organization science: assembling the field's full weight of scientific knowledge through synthesis. *Academy of Management*, 2(1), 475-515. <https://doi.org/10.1080/19416520802211651>
- Rovere, M. R. (1992). Capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos. *Educación Médica cama Salud*, 26(2), 177-90.
- Russell, A., Wainwright, M., & Mamudu, C.A.M.A. (2015). A chilling example? uruguay, philip morris international, and WHO's framework convention on tobacco control. *Medical Anthropology Quarterly*, 29, 256-277. <https://doi.org/10.1111/maq.12141>
- Russell, C.A.M.A., Street, A., & Ho, V. (2016). How Well Do All Patient Refined-Diagnosis-Related Groups Explain Costs of Pediatric Cancer Chemotherapy Admissions in the United States? *Journal of Oncology Practice*, 12, 564-575. <https://doi.org/10.1200/JOP.2015.010330>
- Russo, F. (2014). What is the CSR's Focus in Healthcare? *Journal of Business Ethics*, 134, 323-334. <https://doi.org/10.1007/s10551-014-2430-2>
- Sacro, K., Smith, M., Swedberg, C., Lee, C.A.M.A. J., Hunt, M., & Mulrooney, M. (2020). PharmValCalc: A calculator tool to forecast population health pharmacist impact. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.12.012>
- Sakellarides, C. (2003). Health governance in a global post modern world - when Beauty meets the Beast. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1(3), 91-100.
- Salampessy, B. C.A.M.A., Bijlsma, C.A.M.A. R., Van Der Hijden, E., Koolman, X., & Portrait, F. R. M. (2019). On selecting quality indicators: Preferences of patients with breast and colon cancers regarding hospital quality indicators. *BMJ Quality and Safety*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009818>
- Saleh, S. S., Sleiman, J. B., Dagher, D., Sbeit, C.A.M.A., & Natafqi, N. (2013). Accreditation of hospitals in lebanon: Is it a worthy investment? *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 284-290. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt018>
- Salonen, C.A.M.A., Lahtinen, M., Lappalainen, S., Nevala, N., Knibbs, L. D., Morawska, L., & Reijula, K. (2013). Design approaches for promoting beneficial indoor environments in healthcare facilities: a review. *Intelligent Buildings International*, 5(1), 26-50. <https://doi.org/10.1080/17508975.2013.764839>
- Sample, J. (2015). Compliance and ethics programmes and the federal sentencing guidelines for organizations in the united states: Implications for international HRD specialists. *Human Resource Development International*, 18, 295-307. <https://doi.org/10.1080/13678868.2015.1071991>
- Santos, I., & Castro, C. B. (2010). Personal and professional characteristics of nurses with administrative functions working in a university hospital. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44 (1), 154-160. <https://doi.org/>
- Santos, J. C., & Melo, C.A.M.A. (2018). Comparative Health Study: Primary Health Care Models in Brazil, Canada and Cuba. *Interinstitutional Journal of Psychology*, 11(1), 79-98.
- Sarabi Asiabar, A., Kafaei Mehr, M. C.A.M.A., Arabloo, J., & Safari, C.A.M.A. (2019). Leadership effectiveness of hospital managers in Iran: A qualitative study. *Leadership in Health Services*, 33(1), 43-55. <https://doi.org/10.1108/LHS-04-2019-0020>
- Sarig, O. C.A.M.A. (1998). The effect of leverage on bargaining with a corporation. *The Financial Review*, 33(1), 1-16. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6288.1998.tb01603.x>
- Schneider, P. (2007). Provider Payment Reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe. *Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper*, 10-11.
- Schoroeder, J. T., Schroeder, I., Costa, R. P., & Shinoda, C. (2005). The capital cost as minimum interest rate in projects investment analysis. *Revista Gestão Industrial*, 1(2), 033-042.
- Scott, D. M., Friesner, D. L., Udem, T., Anderson, G., Sem, K., & Peterson, C. D. (2017). Perceived sustainability of community telepharmacy in north dakota. *Journal of the American Pharmacists Association*, 57(3), 362-368.e5. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2017.02.005>

- Securities and Exchange Commission (SEC) (2002). Disponível: <http://cama.cvm.gov.br>. Acesso: 4 Jan 2020.
- Sendlhofer, G., Brunner, G., Tax, C., Falzberger, G., Smolle, J., Leitgeb, K., . . ., & Kamolz, L. P. (2015). Systematic implementation of clinical risk management in a large university hospital: The impact of risk managers. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 127. <https://doi.org/10.1007/s00508-014-0620-7>
- Shabbir, M. S., Shariff, M. N. M., Bin Yusof, M. S., Salman, R., & Hafeez, S. (2018). Corporate social responsibility and customer loyalty in islamic banks of pakistan: A mediating role of brand image. *Academy of Accounting and Financial Studies Journal*, 22(Specialissue). <https://doi.org/10.32479/ijefi.8990>
- Shamayleh, A., Awad, M., & Farhat, J. (2020). IoT based predictive maintenance management of medical equipment. *Journal of Medical Systems*, 44(4). <https://doi.org/10.1007/s10916-020-1534-8>
- Shan, C. M., Razak, N. C.A.M.A. A., & Ali, A. B. I. (2018). The impact of board of directors' characteristics and remuneration on companies' performance in Malaysia. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9, 1220-1221. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.01625.X>
- Sharmin, S., Khan, N. A., & Belal, A. R. (2018). Governance capabilities and sustainability concerning "Corporate-NGO" collaboration: The case of lifebuoy friendship hospital in Bangladesh. *Global Social Welfare*, 5, 277-286. <https://doi.org/10.1007/s40609-017-0108-2>
- Sheaff, R., Endacott, R., Jones, R., & Woodward, V. (2015). Interaction between non-executive and executive directors in english national health service trust boards: An observational study. *BMC Health Services Research*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1127-2>
- Sheard, D. J., Clydesdale, G., & Maclean, G. (2019). Governance structure and public health provision. *Journal of Health Organization and Management*, 33, 426-442. <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2018-0336>
- Sheehan, J. P., Kavanagh, B. D., Asher, A., & Harbaugh, R. E. (2016). Inception of a national multidisciplinary registry for stereotactic radiosurgery. *Journal of Neurosurgery*, 124, 155-162. <https://doi.org/10.3171/2015.1.JNS142466>
- Shepherd, J., Lapiz, E., Read, C., & Jackson, T. J. (2019). Reconciling hospital-acquired complications and CHADx+ in victorian coded hospital data. *Health Information Management: Journal of the Health Information Management Association of Australia*, 48(2), 76-86. <https://doi.org/10.1177/1833358318770282>
- Shepherd, E. J., Bunn, J., Flinn, A., Lomas, E., Sexton, A., Brimble, S., Chorley, K., Harrison, E., Lowry, J., & Page, J. (2019). Open government data: critical information management perspectives. *Records Management Journal*, 29 (1/2), 152-167. <https://doi.org/10.1108/RMJ-08-2018-0023>
- Sherafat, A., Vaezi, A., Vafaenasab, M., Ehrampoush, M., Fallahzadeh, C.A.M.A., & Tavangar, C.A.M.A. (2019). Responsibility-evading performance: The experiences of healthcare staff about triage in emergency departments: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(5), 379-386. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_217_18
- Shishkin, S., & Zasimova, L. (2018). Adopting new medical technologies in russian hospitals: What causes inefficiency? (qualitative study). *Health Economics, Policy and Law*, 13(1), 33-49. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000347>
- Shortell, S. M., Blodgett, J. C., Rundall, T. G., & Kralovec, P. (2018). Use of lean and related transformational performance improvement systems in hospitals in the united states: Results from a national survey. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(10), 574-582. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.03.002>
- Shukla, M. (2018). Impact of a Health Governance Intervention on Provincial Health System Performance in Afghanistan: A Quasi-Experimental Study". *Health Systems & Reform*, 4, 249-266. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1477536>
- Sibindi, A. B., & Aren, A. O. (2015). Is good corporate governance practice the panacea for small-to-medium businesses operating in the South African retail sector? *Corporate Ownership and Control*, 12, 579-589. <https://doi.org/10.22495/cocv12i2c6p1>
- Siew, R. C.A.M.A. J. (2017). Critical evaluation of environmental, social and governance disclosures of Malaysian property and construction companies. *Construction Economics and Building*, 17, 81-91. <https://doi.org/10.5130/AJCEB.v17i2.5328>
- Silva, F., Pereira, J. M., & Rodrigues, L. (2006). *Corporate Accounting*. Publisher Pântano.
- Silva, C.A.M.A. M. V. (1994). *Ensaio Sobre Alguns Contributos da Moderna Teoria Financeira Para Futuros Desenvolvimentos da Economia Industrial*. Edições Asa.
- Simone, C., Sala, A. L., & Baldassarra, C. (2018). Wellbeing and firms: The Adriano Olivetti's model. *International Journal of Environment and Health*, 9, 113-130. <https://doi.org/10.1504/IJENVH.2018.092791>
- Singh, D. (2008). How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen, Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., & Liaropoulos, L. (2008). Private health expenditure in the greek health care system: Where truth and the myth begins. *Health Policy*, 88(2-3), 282-293. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.03.016>
- Slade, C.P., Azziz, R., Levin, S., Caughman, G. B., Hefner, D. S., Halbur, K. V., . . ., & James, S. (2017). Health system creation and integration at a health sciences university: A five-year follow-up. *Journal of Healthcare Management*, 62, 386-402. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-16-00007>
- Slakey, D. P., Silver, D. S., Chazin, S. M., Katoozian, P. C.A.M.A., Sikora, K. S., & Ruther, M. M. (2020). Making enhanced recovery the norm not the exception. *American Journal of Surgery*, 219(3), 472-476. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.09.018>

- Smith, C.A.M.A., Parikh, A. B., Li, L., Sanderson, M., Liu, M., Mazumdar, M., . . . Dharmarajan, K. V. (2020). Estimating cost implications of potentially avoidable hospitalizations among oncology care model patients with prostate cancer. *Journal of Cancer Policy*, 23. <https://doi.org/10.1016/j.jepo.2020.100218>
- Smits, P., & Champagne, F. (2020). Governance of health research funding institutions: An integrated conceptual framework and actionable functions of governance. *Health Research Policy and Systems*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0525-z>
- Soper, M. R., Stallmeyer, J. M., Bopp, K. D., & Wood, M. B. (1995). *Balancing the Triad: Cost Containment, Quality of Service, and Quality of Care in Managed Care Systems* - National Center for Managed Health Care Administration, University of Missouri.
- Spigelman, A. D., & Rendalls, S. (2015). Clinical governance in australia. *Clinical Governance*, 20(2), 56-73. <https://doi.org/10.1108/CGIJ-03-2015-0008>
- Stark, P. (2020). Advancing complex case management competencies in a health care system. *Professional Case Management*, 25(1), 19-25. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000361>
- Stathopoulos, K., & Voulgaris, G. (2016). The Impact of Investor Horizon on Say-on-Pay Voting. *British Journal of Management*, 27, 796-818. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12172>
- Stavinoha, L. (2016). Losing the media battle, waging the policy war: The pharmaceutical industry's response to the access to medicines crisis in the global south. *Global Media and Communication*, 12, 275-294. <https://doi.org/10.1177/1742766516676206>
- Steele, S., Ruskin, G., Sarcevic, L., McKee, M., & Stuckler, D. (2019). Are industry-funded charities promoting "advocacy-led studies" or "evidence-based science? A case study of the international life sciences institute. *Globalization and Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0478-6>
- Steinberg, C.A.M.A. (2003). *The Human Dimension of Corporate Governance*. People.
- Steinbrook, R. (2006). Private Health Care in Canada. *New England Journal of Medicine*, 354(16). <https://doi.org/10.1056/NEJMp068064>
- Stenberg, K., Hanssen, O., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., Barkley, S., & Tan-Torres Edejer, T. (2019). Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: A modelling study. *The Lancet Global Health*, 7(11), e1500-e1510. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30416-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4)
- Stevenson, F., Pelletier, C., Gibson, C.A.M.A., Park, S., & Chrysikou, V. (2018). The co-construction of medical disposals in emergency medicine consultations. *Social Science and Medicine*, 218, 69-81. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.050>
- Stoopendaal, A., & Van de Bovenkamp, C.A.M.A. (2015). The mutual shaping of governance and regulation of quality and safety in Dutch healthcare. *Health Services Management Research*, 28, 9-15. <https://doi.org/10.1177/0951484815607542>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage.
- Tasi, M. C., Keswani, A., & Bozic, K. J. (2019). Does physician leadership affect hospital quality, operational efficiency, and financial performance? *Health Care Management Review*, 44(3), 256-262. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000173>
- Teixeira, C. F., Paim, J. S., & Vilaboas, A. L. (1998). SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 7(2). <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>
- Teo, R. (2013). Private healthcare sector sees healthy growth. Borneo Post Online. Disponível: cama.theborneopost.com/2013/05/12/private-healthcare-sector-sees-healthy-growth. Acesso: 3 Apr 2020. <https://doi.org/>
- Thaiyalnayaki, M., & Divakara Reddy, G. (2018). A brief analysis on dividend payout vs promoters share in corporate firms. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9, 19-24. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.00084.0>
- Thanetsunthorn, N., & Wuthisatian, R. (2017). Cultural configuration models: corporate social responsibility and national culture. *Management Research Review*, 41, 1137-1175. <https://doi.org/10.1108/MRR-08-2017-0254>
- Thompson, G. (2018). Social gains from the public relations voice of activist investors: The case of herbalife and pershing square capital management. *Public Relations Review*, 44, 481-489. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2018.04.003>
- Thomson, K. K., Rahman, A., Cooper, T. J., & Sarkar, A. (2019). Exploring relevance, public perceptions, and business models for establishment of private well water quality monitoring service. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(2), e1098-e1118.
- Thorsteinsdóttir, C.A.M.A., Ovtcharenko, N., & Kohler, J.C. (2017). Corporate social responsibility to improve access to medicines: The case of Brazil. *Globalization and Health*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0235-7>
- Timpka, T., Nordqvist, C., & Lindqvist, K. (2009). Infrastructural requirements for local implementation of safety policies: The discordance between top-down and bottom-up systems of action. *BMC Health Services Research*, 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-45>
- Torrado, M. (2016). Food regime analysis in a post-neoliberal era: Argentina and the expansion of transgenic soybeans. *Journal of Agrarian Change*, 16, 693-701. <https://doi.org/10.1111/joac.12158>
- Torres, J. A., Leal, M. D. C., Domingues, R. M. S. M., Esteves-Pereira, A. P., Nakano, A. R., Gomes, M. L., . . . Hartz, Z. (2018). Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in brazilian private hospitals: A protocol. *Reproductive Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0636-cama>

- Tosi, C.A.M.A. C., & Gomez-Mejia, L. R. (1997). Disaggregating the agency contract: The effects of monitoring, incentive alignment, and term in office on agent decision making, *Academy of Management Journal*, 1(40), 584-602. <https://doi.org/10.5465/257054>
- Toygar, S. A., & Akbulut, C.A.M.A. (2013a). An assessment of the decisionmaking and problem-solving skills of hospital administrators. *International Journal of Healthcare Management*, 6(3), 168-176. <https://doi.org/10.1179/2047971913Y.0000000035>
- Toygar, S. A., & Akbulut, C.A.M.A. (2013b). Managerial skills of hospital administrators: Case study of turkey. *Journal of Health Management*, 15(4), 579-594.
- Trankle, S. A., Usherwood, T., Abbott, P., Roberts, M., Crampton, M., Girgis, C. M., . . . Reath, J. (2019). Integrating health care in australia: A qualitative evaluation. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4780-z>
- Tuan, L. T. (2015). Nursing governance and clinical error control. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 9, 136-157. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-02-2014-0014>
- Tuan, L. T. (2016). The chain effect from human resource-based clinical governance through emotional intelligence and CSR to knowledge sharing. *Knowledge Management Research and Practice*, 14, 126-143. <https://doi.org/10.1057/kmrp.2014.23>
- Turner, J. (2014). *Predicting long-term debt in the healthcare sector*. Scholars' Press.
- Turner, J. S., Broom, K., Elliot, M., & Lee, J. -. (2015). A comparison of capital structure: The use of debt in investor owned and not-for-profit hospitals. *Journal of Health Care Finance*, 41(4).
- Tyler, J. L. & Biggs, E. (2001). *Practical Governance*. Health Administration Press.
- Uddin, S., Mori, C.A.M.A., & Shahadat, K. (2020). Private management and governance styles in a japanese public hospital: A story of west meets east. *Social Science and Medicine*, 245. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112719>
- Ulijaszek, S. J., & McLennan, A. K. (2016). Framing obesity in UK policy from the blair years, 1997-2015: The persistence of individualistic approaches despite overwhelming evidence of societal and economic factors, and the need for collective responsibility. *Obesity Reviews*, 17, 397-411. <https://doi.org/10.1111/obr.12386>
- Urquhart, C. (2001). *An Encounter with Grounded Theory: Tackling the Practical and Philosophical Issues*. Qualitative Research in IS: Issues and Trends, E. Trauth (ed.), Idea Group Publishing.
- Vainieri, M., Gallo, M., Montagano, G., & Nuti, S. (2016). To improve the performance how important the integration between regional and corporate governance tools? some evidence from the basilicata region. *Mecosan*, 24, 41-59.
- Van de Riet, M. C. P., Berghout, M. A., Buljac-Samardžić, M., van Exel, J., & Hilders, C. G. J. M. (2019). What makes an ideal hospital-based medical leader? three views of healthcare professionals and managers: A case study. *PLoS ONE*, 14(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218095>
- Van De Wetering, R. (2018). IT-enabled clinical decision support: An empirical study on antecedents and mechanisms. *Journal of Healthcare Engineering*. <https://doi.org/10.1155/2018/6945498>
- Van der Zwart, J., Van der Voordt, T., & De Jonge, C.A.M.A. (2010). Private investment in hospitals: A comparison of three healthcare systems and possible implications for real estate strategies. *Health Environments Research and Design Journal*, 3(3), 70-86. <https://doi.org/10.1177/193758671000300308>
- Van Erp, J. (2017). New governance of corporate cybersecurity: A case study of the petrochemical industry in the port of rotterdam. *Crime, Law and Social Change*, 68, 75-93. <https://doi.org/10.1007/s10611-017-9691-5>
- Van Katwyk, S., Thavorn, K., Coyle, D., Moloo, C.A.M.A., Forster, A. J., Jackson, T., & Schramm, D. (2019). The return of investment of hospital-based surgical quality improvement programs in reducing surgical site infection at a canadian tertiary-care hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 40(2), 125-132. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.294>
- Van Luijn, J. C. F., Gribnau, F. C.A.M.A. J., & Leufkens, C.A.M.A. G. M. (2010). Superior efficacy of new medicines? *European Journal of Clinical Pharmacology*, 66, 445-448. <https://doi.org/10.1007/s00228-010-0808-3>.
- Van Schalkwyk, R. D., & Steenkamp, R. J. (2015). A holistic risk management framework to address the global noise - induced hearing loss pandemic. *Corporate Ownership and Control*, 12, 295-303. <https://doi.org/10.22495/cocv12i3c3p2>
- Veenema, T. G., Boland, F., Patton, D., O'Connor, T., Moore, Z., & Schneider-Firestone, S. (2019). Analysis of emergency health care workforce and service readiness for a mass casualty event in the republic of ireland. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 13(2), 243-255. <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.45>
- Venkuvienė, V., & Snieska, V. (2014). Government Sponsored Venture Capital Funds and their Relation to Innovations in Lithuanian SMEs. *Economics and Management*, 19(1), pp. 54-62. <https://doi.org/10.5755/jo1>
- Vveinhardt, J., Stonkutė, R., & Šroka, C.A.M.A. (2019). Discourse on corporate social responsibility in the external communication of agricultural enterprises. *European Journal of International Management (EJIM)*, 13, 864-879. <https://doi.org/10.1504/EJIM.2019.10014197>.
- Wang, Z., Shi, J., Wu, Z., Xie, C.A.M.A., Yu, C.A.M.A., Li, P., . . . Jing, L. (2017). Changes in chronic disease management among community health centers (CHCs) in china: Has health reform improved CHC ability? *International Journal of Health Planning and Management*, 32(3), 317-328. <https://doi.org/10.1002/hpm.2433>
- Waring, A. (2019). The five pillars of occupational safety & health in a context of authoritarian socio-political climates. *Safety Science*, 117, 152-163. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.04.008>

- Weir, C., Jones, P., & Wright, M. (2013). Public to private transactions, private equity and financial health in the UK: an empirical analysis of the impact of going private. *Journal of Management & Governance*, 19, 91–112. <https://doi.org/10.1007/s10997-013-9270-9>
- Wernz, C., Gehrke, I., & Ball, D. (2013). Managerial Decision-Making in Hospitals with Real Options Analysis. *Information Systems and e-Business Management* (in press). <https://doi.org/10.1007/s10257-013-0230-3>.
- Wernz, C., Zhang, C.A.M.A., & Phusavat, K. (2014). International study of technology investment decisions at hospitals. *Industrial Management & Data Systems*, 114, 568–582. [10.1108/IMDS-10-2013-0422](https://doi.org/10.1108/IMDS-10-2013-0422)
- Wernz, C., Zhang, C.A.M.A., & Phusavat, K. (2014). International study of technology investment decisions at hospitals. *Industrial Management & Data Systems*, 114(4), 568–582. <https://doi.org/10.1108/imds-10-2013-0422>
- White, K. R., Lemak, C. C.A.M.A., & Griffith, J. R. (2011). Improving health-care management education using principles from Baldrige and evidence-based management. *Journal of Health Administration Education*, 28(3), 187–207.
- Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., De Souza Dias, B. F., . . . , & Yach, D. (2015). Safeguarding human health in the anthropocene epoch: Report of the rockefeller foundation-lancet commission on planetary health. *The Lancet*, 386, 1973–2028. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1)
- Williamson, L. M., Benjamin, R. J., Devine, D. V., Katz, L. M., Pink, J., Aquilina, A., . . . & Tadokoro, K. (2015). A clinical governance framework for blood services. *Vox Sanguinis*, 108, 378–386. <https://doi.org/10.1111/vox.12228>
- Wipfli, C.A.M.A. (2016). The FTC turns 10: Lessons from the first decade. *Journal of Epidemiology*, 26, 279–283. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20160080>
- Woolley, J. P., McGowan, M. L., Teare, C.A.M.A. J. A., Coathup, V., Fishman, J. R., Settersten, R. A., . . . & Juengst, E. T. (2016). Citizen science or scientific citizenship? Disentangling the uses of public engagement rhetoric in national research initiatives. Donna Dickenson, Sandra Soo-jin Lee, and Michael Morrison. *BMC Medical Ethics*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0117-1>
- Xue, C.A.M.A., Liang, C.A.M.A., & Boulton, C.A.M.A. (março de 2008). Information technology governance information technology investment decision process: the impact of investment characteristics, external environment, and internal context. *MIS Quarterly*, 32(1), 67–96.
- Yin, R. K. (2009). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (4. ed.). Bookman.
- Zhang, C.A.M.A., & Augenbroe, G. (2018). Optimal demand charge reduction for commercial buildings through a combination of efficiency and flexibility measures. *Applied Energy*, 221, 180–194. <https://doi.org/10.1016/j.apenergy.2018.03.150>
- Zhao, C.A.M.A., Mourshed, M., & Wright, J. (2009). Factors influencing the design of spatial layouts in healthcare buildings. IN: Dainty, A.R.J. (ed) Proceedings of the 25th Annual ARCOM Conference. Nottingham, September 2009. Reading: ARCOM.
- Zhu, L., Peng, Z., Liu, L., & Ling, S. (2019). Combining resource, structure and institutional environment: A configurational approach to the mode selection of the integrated healthcare in county. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph16162975>
- Zipf, G.K. (1949). *Human Behaviour and the Principle of Least Effort: An Introduction to Human Ecology*. Addison-Wesley Press Inc.
- Zucchi, P., & Bittar, O. J. N. V. (2002). Employees per bed: Study in some public and private hospitals. *Journal of Health Administration*, 4(14).

Apêndices

Apêndice A. Principais semelhanças e diferenças entre o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil e o *Canadian Health Care* (CHC), Canadá.

País	Sistema/ ano de instituição/ órgão regulador	Reforma no sistema de saúde	Organização	Diretrizes	Participação do setor privado e a relação com o setor público	Modelo de gestão (sistema predominante)	Modelo de financiamento	Copagamentos e reembolsos	Modelo assistencial
Brasil	Serviço Único de Saúde (SUS)/ (1988)/ Agência Nacional de Saúde (ANS)	Década de 1990: contenção dos gastos com racionalização da oferta por meio de políticas focais através do pacote básico para a saúde; estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços em nível local; desfinanciamento da saúde. É dever do Estado assegurar a saúde da população. Baseia-se em princípios de justiça social, alicerçando-se na ideia de que o sistema de saúde deve proteger os cidadãos mais vulneráveis e atuar de modo universal. Saúde humana sob uma perspectiva integral, como de promoção, prevenção e reabilitação. Coexistência de serviço público e privado. Inspirado no modelo inglês.	O SUS é organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território brasileiro, com direção única em cada esfera de governo.	Rede regionalizada e hierarquizada e com a diretriz de descentralização incompleta, com direção única em cada esfera de governo (Lei Federal n. 8.080/1990).	Conforme o Art. 199 da Constituição Federal de 1988, as instituições privadas podem participar do SUS, de forma complementar, seguindo as diretrizes deste. A Lei no 9.565, de 1998, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que deve controlar, avaliar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde. No Brasil, a iniciativa privada tem liberdade para dar cobertura aos mesmos serviços de saúde cobertos pelo SUS e, na prática, têm grande abrangência, principalmente, no que se refere à atenção ambulatorial. A Lei no 8.080/90 também estabelece que o SUS pode celebrar convênios ou contratos de direito público com a iniciativa privada, a fim de garantir a cobertura assistencial à população.	Universalidade, integralidade e equidade e o controle social como eixo diretivo das ações de saúde. SUS tem gestão descentralizada incompleta e participada, e tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva.	Financiamento solidário, descentralizado entre as três esferas de governo (42% Federal, 26% Estadual e 31% Municipal), definido no orçamento público, advém do setor público por meio da coleta de impostos da população, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços e repassados para os municípios por um critério per capita.	Não possui taxa de utilização no momento da prestação do serviço de saúde	Estratégia Saúde da Família. A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na Atenção Primária à Saúde (APS). Acesso dos cuidados domiciliares, da atenção à saúde da mulher e da criança, especialmente no pré-natal de baixo risco e puericultura e no cuidado especial com idosos e com as doenças crônicas.
Canadá	Canadian Health Care (CHC)/ (1984)/ No Canadá não existe nem um sistema regulatório universal, nem para as diversas profissões, sendo que a Saúde está sob jurisdição estatal ou regional.	Decreto de Saúde do Canadá (1984), estabelece cinco programas decisivos: administração pública, abrangência, universalidade, portabilidade e acessibilidade. Todos os planos de saúde canadenses são conduzidos pelas províncias. Cada localidade tem autonomia para estabelecer suas regras, formas de adesão, hospitais e planejamento que achar mais pertinente. Com a aprovação pelo Parlamento do Canada Health Act, a sociedade canadense demarcou os princípios que unificaram os planos de saúde das províncias e dos territórios.	O Programa Nacional de Seguro de Saúde chama-se Medicare e destina-se a garantir o acesso aos cidadãos canadenses aos serviços hospitalares, médicos e medicamentos. O Medicare canadense pode ser descrito como um conjunto entrelaçado de dez planos de seguro de saúde provinciais e três territoriais. Ao governo federal cabe o papel de fixar e administrar os princípios e as normas nacionais do sistema. Na organização dos sistemas de saúde, o papel atribuído ao médico de família é o de quem controla o acesso aos especialistas e às admissões hospitalares.	Os serviços são estruturados por especialidades e complexidade. Atenção primária à saúde se baseia na experiência de que a saúde, bem estar e qualidade de vida são influenciados pelas situações econômicas, culturais e físicas, e crenças espirituais.	Os seguros de saúde privados não devem concorrer na faixa de serviços disponíveis na rede pública, mas podem competir no mercado dos benefícios suplementares para quartos privados, despesas com medicamentos, cirurgias estéticas, cuidados domiciliares e tratamentos dentários. O segmento privado é proeminente apenas em ações que não são consideradas de grande relevância para as autoridades sanitárias, tais como: odontologia, cirurgias estéticas, medicações e serviços de optometria. O segmento privado de planos de saúde no Canadá pode ser dividido em cinco categorias: seguros de vida, seguros residenciais e de acidentes, sociedades religiosas ou filantrópicas, sociedades não lucrativas e empregadores.	Desde a década de 1970, o sistema de saúde canadense se caracteriza, predominantemente, por ser público, fornecendo cobertura universal e abrangente. Descentralização: desde o início da Confederação em 1867, a saúde é responsabilidade das províncias e territórios. A efetiva descentralização do sistema de saúde canadense se deve a três fatores principais: (1) o financiamento e a prestação de serviços são de responsabilidade das províncias e dos territórios; (2) os médicos não serem funcionários do governo; e (3) a presença de autoridades de saúde regionais, que fazem a planificação detalhada dos serviços de saúde para populações definidas. É considerado um dos mais descentralizados do mundo, uma vez que as províncias e territórios têm grande autonomia para desenvolver seus sistemas locais, sendo que cada província/território tem seu próprio Ministério da Saúde.	O sistema é definido como um seguro público ou nacional e financiado por fontes fiscais compartilhadas entre os governos federal e provincial. O governo federal financia as províncias por meio de transferências fiscais condicionadas à adesão dos governos estaduais aos padrões por ele estabelecido por intermédio do <i>Canada Health and Social Transfers</i> . O financiamento para a saúde advém dos impostos. Os hospitais são entidades privadas, ou seja, não são instituições públicas, porém seus profissionais são pagos pelo governo e suas receitas também advém do governo. Na prática, portanto, funcionam como estatais.	Copagamento de medicamento, cuidados de saúde oral, prótese dentária (OECD, 2016).	As províncias e territórios canadenses devem satisfazer cinco princípios: (1) Administração pública, (2) Abrangência, (3) Universalidade, (4) Acessibilidade e, (5) Portabilidade.

Apêndice B. Guião das entrevistas, fase dois, etapa qualitativa.

A) Características e desempenho do hospital

1. Dados do Hospital

- O hospital foi fundado em que ano?
- Quantas camas possui o hospital?
- Qual sua classificação quanto a complexidade de atendimento?
- Quantos empregados fazem parte do quadro funcional?
- É um hospital Geral ou de Especialidade? Se Especialidade, qual?
- Como é avaliado o desempenho geral da organização?
- Possui um quadro de indicadores, para avaliação de desempenho, comparáveis internamente e à outras instituições?

2. A instituição faz uso dos principais indicadores financeiros, tais como:

- Liquidez: Geral, Corrente, Seca;
- Estrutura de Capital: Imobilização do Patrimônio Líquido, Composição do Endividamento, Relação Capital de Terceiros e Próprio, Imobilização dos Recursos não Correntes;
- Rentabilidade: Rentabilidade do Ativo, Rentabilidade do Patrimônio Líquido, Giro do Ativo;
- Lucratividade: Margem Líquida.
- Outro (identifique):

B) Perfil do gestor (Administrativo ou Financeiro)

3. Gênero: Masculino Feminino

4. Idade (faixa etária):

- Até 24 anos
- De 25 a 34 anos;
- De 35 a 44 anos;
- De 45 a 59 anos;
- 60 anos ou mais.

5. Categoria Profissional:

6. Formação base (licenciatura) e tempo de exercício profissional:

7. Cargo ocupado dentro da Instituição. Há quanto tempo ocupa este cargo.

8. Fazer um breve relato da experiência como gestor (administrativo, financeiro) hospitalar.

9. Quais são suas principais responsabilidades?

10. Na sua opinião, qual a formação base (licenciatura), que um gestor de uma unidade hospitalar deve ter?

11. Discorra sobre algum projeto em que tenha orgulho de ter participado/gerido.

C) Competências do gestor hospitalar

12. Na sua visão, um gestor de uma unidade hospitalar deve ter uma formação específica em Gestão? Argumente.

13. Qual(is) perfil(s) de gestão você considera indispensável para gerir uma unidade hospitalar? Indique as características desejáveis, na sua opinião (habilidades e conhecimento):

- Adaptar-se facilmente a novas situações;
- Ser honesto;
- Ter autoconfiança;
- Ser uma pessoa “aberta” (sem preconceitos, ouve os outros, aceita sugestões e ideias novas);
- Ter facilidade em se integrar socialmente;
- Ser uma pessoa realizada;
- Ser uma pessoa com um grau elevado de comprometimento;
- Trabalhar em equipe;
- Outros (identifique): assertividade, liderança, determinação

14. Indique as características desejáveis para o profissional envolvido com a gestão hospitalar (conhecimentos):

- Competência no gerenciamento de sistemas de informações;
- Conhecimento da população alvo quanto a fatores sociodemográficos, comportamentais;
- Conhecimentos acerca de administração financeira, de gestão de recursos;
- Habilidade para reconhecimento e gerenciamento da qualidade dos serviços que sua organização oferece à comunidade;
- Predisposição para o aprendizado e mudanças;

() Outros (identifique): as competências resultam da combinação de conhecimentos técnicos, aptidões e comportamentos; neste contexto ressalto a negociação e a proatividade.

D) Governança Corporativa

15. Qual a hierarquia de responsabilidades macro (Organograma) e poder de decisão da organização?
- A direção técnica, clínica e de enfermagem, detém poderes executivos no Conselho de Administração?
 - Existe um Conselho Diretor que decide sobre questões de investimentos, financiamentos, entre outros assuntos?
16. Como é formado este Conselho?
17. Como é realizada a comunicação e disseminação das informações dentro da instituição?

E) Estrutura do Capital

18. Como está formado o Capital da instituição? É constituída de Capital Aberto ou Fechado (governo de sociedade)?
- Se todo Capital é Próprio, está dividido em cotas entre os sócios? Cotas iguais?
 - Se Capital Misto, qual a percentagem do Capital Alheio?
 - Justificar o porquê da escolha entre Capital Próprio e/ ou Capital Alheio.
19. Como são identificadas as oportunidades de investimento?
20. O hospital fez ou está a desenvolver algum tipo de **investimento** nos últimos 5 anos? Qual(is)?
- () Ampliações nas estruturas hospitalares. Qual(is):
 - () O hospital tem projeto de investimento planeado para o início de um novo serviço? Este difere da atividade principal?
 - () Aquisição de máquinas e equipamentos. Qual(is):
 - () Investimentos em inovação e desenvolvimento (I&D). Qual(is):
 - () Inovação em Serviços;
 - () Métodos e/ ou processos de trabalho;
 - () Formação avançada de Recursos Humanos;
 - () Outro (identifique):
 - O que motivou a decisão deste(s) investimento(s)?
 - O(s) atual(is) investimento(s) está(ão) focado(s) em modernização (instalações, equipamentos, processos) ou em substituição?
 - Quais são as principais limitações aos investimentos?
21. Quais as fontes de recursos (tipos de financiamentos) que são utilizadas quando da decisão de investimento face aos projetos que o hospital possui?
(Se Capital Alheio, qual a forma do financiamento (*Leasing*, Bancos, Fornecedores de imobilizado, Responsabilidade com Terceiros)).
- No caso de uso de Capital Alheio como fonte de financiamento, como é tratado o risco de incumprimento do hospital para com os seus credores?
22. Ocorre algum tipo de estudo, análise de mercado ou de dados, antes da decisão de novos investimentos?
- Para determinar o montante de capital necessário para novos investimentos, a instituição contrasta as necessidades financeiras de curto prazo e as necessidades a médio e longo prazo?
 - A instituição possui e segue um planeamento estratégico? (Planejamento para 3, 5 anos?). Comente.
 - É feita a análise de fontes de alternativas de financiamento?
 - As decisões de investimento são influenciadas pelas restrições orçamentais?
 - É feita uma estimativa do tempo de retorno dos investimentos?
- O tempo de retorno influencia a decisão de investimento?
- É feita uma análise de viabilidade económico-financeira do investimento? Justifique.

F) Controle de custos e gerenciamento de riscos

A adoção da Gestão de Riscos de Negócio traz eficiência ao negócio, melhoria e preservação dos resultados operacionais e financeiros, valorização da organização, minimização de riscos e aumento de eficiência e segurança dos processos.

23. O hospital trabalha com a gestão de risco por meio de práticas como:
- () BSC – *Balance Scorecard* (ferramenta de medição do desempenho);
 - () *Lean Six Sigma* (prática de melhoria de produtos e processos);
 - () Outro (identifique).
24. Na Gestão dos Riscos de negócio, utiliza metodologias GRC (*Governance, Risk and Compliance*), ERM (*Enterprise Risk Management*), COSO (*Committee of Sponsoring Organizations*), dentre outras, que visam ampliar a capacidade de gerar valor aos negócios, garantindo o equilíbrio entre eficiência operacional e proteção dos processos?
25. A instituição adota algum método de custeio para apurar os resultados dos atendimentos? Qual(is).
26. Como são vistos e analisados os riscos de novos empreendimentos?

Apêndice C. Questionário utilizado para estudo empírico.

Parte 1 - CLASSIFICAÇÃO DO HOSPITAL		Cód
País de origem. Assinalar		
	Brasil	1
	Canadá	2
Finalidade ou tipo de assistência. Assinalar.		
	Hospital Geral	1
	Hospital de Especialidades	2
Dimensão/ Porte do Hospital. Assinalar.		
	Pequeno: Menor ou igual a 50 camas	1
	Médio: 51 a 150 camas	2
	Grande: 151 a 500 camas	3
	Especial: Acima de 501 camas	4
Disposição/ estrutura física. Assinalar as alternativas correspondentes.		
	Monobloco	1
	Multiblocos	2
	Pavilhonar	3
	Horizontal	4
	Vertical	5
Forma ou período de internamento. Assinalar as alternativas correspondentes.		
	Internamento integral	1
	Internamento parcial (<i>Day Clinic</i>)	2
	Internamento de longa permanência	3
Situação de doença. O hospital realiza tratamentos em utentes com doenças:		
	Agudas	1
	Crônicas	2
	Mista	3
Corpo clínico. Assinalar.		
	Aberto	1
	Fechado	2
Figura jurídica. Assinalar.		
	Sociedade anônima	1
	Sociedade por cotas	2
Classificação quanto a complexidade do atendimento. Assinalar.		
	Média (atendimentos em Terapia Intensiva, com Atenção Cirúrgica e Atenção Materno-infantil)	1
	Alta (caracterizada com todos os elementos da Média Complexidade mais Atenção Radioterápica, Quimioterápica e/ ou Atenção ao Renal Crônico)	2
O hospital está cotado em Bolsa de Valores? Assinalar.		
	Sim	1
	Não	2
Quantitativo de pessoal pertencente ao Quadro (Número de funcionários) do Hospital.		
	Resposta:	
Parte 2 - PERFIL DO GESTOR		
	De 25 a 34 anos	1
	De 35 a 44 anos	2
	De 45 a 59 anos	3
	60 anos ou mais	4
Formação base (licenciatura)		
Licenciado(a) em:		
Cargo ocupado na Instituição. Assinalar.		
	Diretor	1
	Administrador	2
	Gerente	3
Tempo que ocupa o cargo na Instituição. Assinalar.		
	Menos 1 ano	1
	De 1 a 3 anos	2
	De 4 a 10 anos	3
	Mais de 10 anos	4

Qual(is) perfil(s) de gestão você considera indispensável para gerir uma unidade hospitalar? Assinalar as alternativas correspondentes.		
Adaptar-se facilmente a novas situações		1
Ser honesto		2
Ter autoconfiança		3
Ser uma pessoa “aberta” (sem preconceitos, aceita sugestões e ideias novas)		4
Ter facilidade em se integrar socialmente		5
Ser uma pessoa realizada		6
Ser uma pessoa com um grau elevado de comprometimento		7
Trabalhar em equipe		8
Características desejáveis para o profissional envolvido com a gestão hospitalar. Assinalar as alternativas correspondentes.		
Competência no gerenciamento de sistemas de informações		1
Conhecimento da população alvo do atendimento		2
Conhecimentos/ competências sobre administração financeira, de gestão de recursos		3
Habilidade para reconhecimento e gerenciamento da qualidade dos serviços		4
Predisposição para o aprendizado e mudanças		5
Na sua opinião, o gestor hospitalar deve, precisa ter a formação em Medicina?		
Sim		1
Não		2
Parte 3 - ANÁLISE DE DESEMPENHO HOSPITALAR		
É realizada análise de desempenho do hospital?		
Sim		1
Não		2
Se sim, com qual periodicidade?		
Mensal		1
Bimestral		2
Trimestral		3
Semestral		4
Qual tipo de análise de desempenho é realizado como apoio a tomadas de decisão?		
Gestão de Custos		1
<i>Business Intelligence (BI)</i>		2
<i>Balanced Scorecard (BSC)</i>		3
<i>Value Based Management (VBM)</i>		4
Indicadores de Desempenho Clínico		5
Principais indicadores utilizados no hospital. Assinalar as alternativas correspondentes.		
Indicadores Operacionais		
Taxa de Ocupação Hospitalar		1
Intervalo de Substituição de camas		2
Média de Permanência		3
Giro dos camas		4
Taxa de Mortalidade Hospitalar		5
Média de Utentes-dia		6
Indicadores de Desempenho Financeiro		
Margem Bruta		7
Margem EBITDA		8
Custos Fixos e Custos Variáveis		9
Margem de Contribuição		10
Ponto de Equilíbrio		11
Liquidez Corrente		12
Retorno Sobre o Capital Investido		13
Parte 4 - ESTRUTURA DE CAPITAL		
Como está formado o Capital da Instituição?		
Próprio		1
Misto (parceria público-privado)		2
O hospital fez ou está a desenvolver algum tipo de investimento nos últimos 5 anos?		
Sim		1
Não		2
Se sim, qual(is) tipo(s) de investimento(s)? Assinalar.		
Ampliações nas estruturas físicas hospitalares		1
Instalação de novos serviços/ valências		2
Aquisição de máquinas e equipamentos - para Reposição		3

Aquisição de máquinas e equipamentos - Novos	4
Investimentos em inovação e desenvolvimento (I&D)	5
Quais tipos de análises que são realizadas antes da tomada de decisão de investimentos? Assinalar a(s) alternativa(s) correspondentes.	
Planeamento estratégico	1
Análise orçamentária	2
Análise de viabilidade económico-financeira	3
Tempo de retorno do investimento	4
Fontes alternativas de investimento	5
Relatório de acreditação hospitalar (<i>King's Fund, Joint Comission</i> ou outro)	6
Parte 5 - CONTROLE DE CUSTOS E GERENCIAMENTO DE RISCOS	
A instituição adota algum Método de Custeio para apurar os resultados dos atendimentos médico-hospitalar? Se sim, qual?	
Método(s) utilizado(s):	
Custeio Baseado em Atividades (ABC); Custeio ABC baseado em Tempo (TDABC)	1
Custo Misto	2
Custo Padrão	3
Custeio Variável	4
Custo Departamental	5
Ponto de equilíbrio	6
Margem de contribuição	7
Árvore de decisão	8
Custo efetividade	9
Análise de concorrentes	10
Cadeia de valor	11
Análises baseadas em Grupos Relacionados a Diagnósticos (DRG)	12
Análises estatísticas	13
Custo da Qualidade	14
Não adota método de custeio	15
O hospital trabalha com a gestão de risco e avaliação de desempenho por meio de que práticas? Assinalar as alternativas correspondentes.	
<i>Balance Scorecard (BSC)</i> (ferramenta de medição do desempenho)	1
<i>Lean Six Sigma (LSS)</i> (prática de melhoria de produtos e processos)	2
<i>Avaliação de Desempenho hospitalar por meio de indicadores (AD)</i>	3
<i>Administração Estratégica de serviços hospitalares (AE)</i>	4