

CENTRO UNIVERSITÁRIO ÁLVARES PENTEADO - UNIFECAP

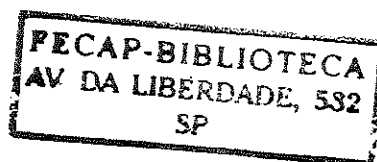
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS

NEWTON SHIOZAWA

**A ANÁLISE DE CUSTOS DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES
POR MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO COMO INSTRUMENTO DE
DECISÃO ESTRATÉGICA E VANTAGEM COMPETITIVA**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário
Álvares Penteado – UNIFECAP, como requisito
para obtenção do título de Mestre em
Administração de Empresas.

Orientador: Prof. Dr. Éolo Marques Pagnani



São Paulo

2005

U
d
658.1552
S556a
2005
Ex.2 BC U

N.Cham d 658.1552 S556a 2005
Autor: Shiozawa, Newton
Título: A análise de custos de serviços



66793

Ac. 44429

Ex.2 BC U

d 658.1552
S556a
2005

ac - 44429
f - 66793

FOLHA DE APROVAÇÃO

NEWTON SHIOZAWA

A ANÁLISE DE CUSTOS DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES POR MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO COMO INSTRUMENTO DE DECISÃO ESTRATÉGICA E VANTAGEM COMPETITIVA

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Álvares Penteado - UNIFECAP,
como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr. Djair Picchiali (titular)
Fundação Getúlio Vargas – SP

Prof. Dr. Dirceu da Silva (titular)
Centro Universitário Álvares Penteado - UNIFECAP

Prof. Dr. José Carlos Barbieri (suplente)
Centro Universitário Álvares Penteado - UNIFECAP

Professor Orientador: Prof. Dr. Éolo Marques Pagnani.
Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP

São Paulo, Dezembro de 2005

Dedico este trabalho à minha esposa Emi e ao meu filho Kei, que sempre me apoiaram e viveram juntos este sonho e este desafio, e muito me auxiliaram para a transposição bem sucedida de mais uma etapa da minha vida pessoal, acadêmica e profissional, e aos meus queridos pais, Takao e Tomoko, pelas suas valiosas lições de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todo corpo docente da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – UNIFECAP que, entre outras coisas, possibilitou a transposição de mais um desafio em minha vida. Não poderia deixar de agradecer em especial ao Prof. Dr. Eolo Marques Pagnani, pela sua disposição pessoal e grande competência acadêmica, principalmente pela forma como me orientou neste trabalho.

O agradecimento sincero também ao Professor Doutor Djair Picchiali da FGV e aos Professores Doutores Dirceu da Silva e José Carlos Barbieri, professores da UNIFECAP, respectivamente, pela atenção e dedicação com que me transmitiram seus conhecimentos, e agradecimento extensivo a todos os demais professores.

Agradeço aos Hospitais para os quais trabalhei, e aos meus colegas de trabalho, o meu mais sincero obrigado pelos vários momentos de companheirismo e de solidariedade.

A todos os meus colegas de curso, muito obrigado pelo incentivo e apoio durante toda essa passagem acadêmica.

E meu agradecimento especial a Jesus Cristo, que durante todos os anos de nossas vidas, escorou-nos na Sua Benignidade e Proteção Divina irrestrita.

Amém!

RESUMO

A organização hospitalar se caracteriza por necessitar de contínua atualização tecnológica e capacitação técnica permanente de seus recursos humanos, a fim de gerar e oferecer serviços com eficiência e eficácia, ou seja, níveis altos de qualidade e segurança aos pacientes usuários deste sistema. O Setor Saúde no Brasil é um dos mais complexos da indústria de serviços, em especial quando se investiga a sua demanda dinâmica, e também, quanto às questões dos estudos da viabilidade econômico-financeira, uma vez que, essas organizações congregam inúmeras atividades assistenciais médicas de alta complexidade, sejam de natureza terapêutica e/ou diagnóstica. Como decorrência desta característica, constata-se um crescimento gradativo e contínuo dos custos na área de saúde, e com as limitações impostas pelos clientes destes serviços hospitalares, torna-se necessária a adoção de sistemas que forneçam informações mais precisas do desempenho e da gestão desta organização para o processo de tomada de decisão. Em particular, nos últimos anos, houve intensificação às referências e estudos dos custos como importante função na gestão de informações para decisões no âmbito de Hospitais. Este estudo foca justamente a Gestão de Custos em Hospitais de Alta Complexidade, onde se verifica que uma das grandes preocupações atuais nesse deste setor é o desenvolvimento de um sistema de custos que permita o acompanhamento (e efetiva redução) dos gastos, além da identificação de todos os custos efetivamente envolvidos no processo de prestação de serviços em saúde, na busca de sua vantagem competitiva. A utilização das diferentes metodologias de análise de custos (Custeio por Absorção, Custeio Baseado em Atividades (ABC) e a abordagem segundo a Margem de Contribuição) foram analisadas nas organizações caso. Reforçando-se na análise da atividade pelo prisma da Cadeia de Valores, os resultados obtidos nas organizações-caso que utilizaram uma ou mais de uma metodologia para a análise dos custos, determinaram as principais bases para a tomada de decisões pelo gestor. Fato concreto e comum a qualquer uma destas metodologias é o impacto nos hospitais e suas atividades é que, em se conhecendo os verdadeiros custos dos serviços prestados, estas organizações de saúde estarão em condições de cortar desperdícios, melhorar seus serviços, avaliar incentivos de qualidade e capacitar-se para o melhoramento contínuo. Assim, destaca-se que esta pesquisa identifica e analisa questões-relevantes para a gestão de uma organização de saúde, detendo-se no processo de tomada de decisões de natureza estratégica, com base na integração e a análise das informações de custos, ao envolver o próprio processo de decisão, a transformação estrutural e administração de atividades da cadeia de valores, em seus aspectos técnicos e administrativo-financeiros, na organização hospitalar. A metodologia da pesquisa é do tipo exploratório e fundamentado no estudo de casos múltiplo.

Palavras-chave: Hospitais – Custos. Processo decisório. Planejamento estratégico.

ABSTRACT

Requiring continuous technological updates and permanent and technical qualifications of their human resources, to generate and offer efficient and effective services, i.e., high quality and security levels to the patients that use this system mark hospital organizations. The Health Sector in Brazil is one of the most complex sectors of the services industry, particularly when it come to investigate its dynamics and inherent demand for economic and financial feasibility aspects, as to the issues relating to economic and financial feasibility studies, since such institutions congregate numerous high-complexity medical assistance activities, both of therapeutic or diagnostic nature. As a result of this feature and of the dynamics of this system, cost increases have been registered in the health area and, with the limitations imposed by the clients of hospital services, it becomes necessary to adopt systems that provide more precise information on the performance and on the management of such organizations in the decision taking process. In the last years, particularly, there has been an increase in the references and studies on costs as an important function in the management of information for hospital decisions in this information area. This study focuses precisely on the Management of Costs in High-Complexity Hospitals, where one of the large concerns registered is the development of a costing system that enables the monitoring (and effective reduction) of expenses and the identification of all costs that are actually involved in the health services rendering process, seeking its competitive advantage. The use of different cost analysis methodologies (Absorption costing system, Activity Based Costing and Contribution Margin approach) were analyzed at the case-organizations. By enforcement to the activity analysis throughout the Supply Chain theory view, the results observed at those cases that used one or more cost analysis methodology has determines the main bases for the manager's decision making process. Knowing the true costs of the services that are rendered, health institutions will be able to reduce wastages, improve their services, assess quality incentives and strive for continuous improvement. In this respect, this paper identifies and analyzes relevant questions for health organization management, with special attention to strategic natures decision taking processes, based on the costs integration and analysis, by involving the decision taking process as itself, the structural changes and activities management of the supply chain, due to administrative, technical and financial aspects of the hospital organization. The methodology of the research is of an exploratory nature and multiple case studies.

Key words: Hospitals – Cost. Decision making. Strategic planning.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 -	Setor privado de saúde.....	16
Figura 2 -	Estilos de pensamento.....	19
Figura 3 -	Organograma geral de um hospital de grande porte e alta complexidade.	37
Figura 4 -	Estruturação da dissertação.....	43
Figura 5 -	Organograma da organização hospitalar complexa.....	82
Figura 6 -	Organograma da gerência médica.....	83
Figura 7 -	Elos da cadeia de valor do setor de nutrição hospitalar.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos leitos segundo sua classificação e sua relação com a quantidade de hospitais.....	13
Tabela 2 -	Modelo comparativo de administração entre CAPS e IAPS.....	22
Tabela 3 -	Expansão de leitos públicos e privados entre 1950 e 1975.....	23
Tabela 4 -	Total de leitos disponíveis no Brasil.....	25
Tabela 5 -	Distribuição dos leitos hospitalares segundo a natureza do hospital...	26
Tabela 6 -	Distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde em 1992 (em %)......	26
Tabela 7 -	Características de diferentes operadores no sistema de saúde privado (macro sistema).....	29
Tabela 8 -	Comparativo de custos e estrutura de pessoal.....	87
Tabela 9 -	Valor da receita por serviço (R\$).....	93
Tabela 10 -	Custos variáveis (diretos) por serviço (R\$).....	93
Tabela 11 -	Cálculo da margem de contribuição por serviço da ANGIO (em R\$ de 2002).....	94
Tabela 12 -	Composição média dos custos fixos (2002).....	95
Tabela 13	Detalhamento de pessoal e cargos nos custos fixos / ano.....	96
Tabela 14 -	Atividades da ANGIO.....	97
Tabela 15 -	Recursos e direcionadores da ANGIO.....	98
Tabela 16 -	Tempo unitário e total de circular sala e ocorrência na ANGIO.....	98
Tabela 17 -	Tempo total das atividades da ANGIO.....	100
Tabela 18 -	Custos alocados às áreas da ANGIO (R\$).....	101
Tabela 19 -	Custos alocados às atividades da ANGIO (R\$).....	102
Tabela 20 -	Custos dos serviços da ANGIO (R\$).....	103
Tabela 21 -	Margens de distribuição para os serviços da ANGIO (R\$).....	104
Tabela 22 -	Demonstrativo de resultado da ANGIO por serviço (R\$).....	105
Tabela 23 -	Análise da Margem de Contribuição.....	107

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivos do estudo	17
1.2 Metodologia	19
1.3 Sistema de saúde e o hospital privado	21
1.3.1 Caracterização do sistema operacional hospitalar	30
1.3.2 Gestão do hospital privado: relações com a gestão de custos e cadeia de valores	33
1.3.3 Complexidade estrutural e operacional na gestão hospitalar	37
1.3.4 Situação atual dos hospitais no Brasil	40
1.4 Estrutura da dissertação	42
2 A GESTÃO ESTRATÉGICA E ADMINISTRAÇÃO DE CUSTOS	44
2.1 Estratégia, vantagem competitiva e cadeia de valor	50
2.2 Sistemas de custos	53
2.3 Administração de custos (sistemas) e gestão hospitalar	58
2.3.1 Sistema de custos por absorção	59
2.3.2 Sistema de custeio ABC	69
2.4 A Abordagem segundo a margem de contribuição	73
3 GESTÃO HOSPITALAR: CASOS MÚLTIPLOS NA GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS	81
3.1 O caso 1 (um) de decisões estratégicas de custos por alteração da cadeia de valor	81
3.1.1 Análise-síntese de suas atividades operacionais	81
3.1.2 Transformação da cadeia de valores, sub-contratação no setor de nutrição e dietética	83
3.1.3 Gestão de custos comparativos da operação integrada e sub-contratada	87
3.2 O caso 2 (dois): análise de margem de contribuição, com base em custeio de serviços por atividades em hospitais de alta complexidade	89
3.2.1 Análise de custos com base em atividades	91
3.2.2 O Modelo de gestão de custos por margem de contribuição baseada no custeio por atividades (ABC)	94
3.2.3 Considerações sobre os resultados	103
3.3 O Estudo de caso 3 (três): margem de contribuição para decisões da alta gestão considerando a organização hospitalar como conglomerado	105
3.3.1 Estratégia e Vantagem Competitiva	109
3.3.2 Custos de serviços médicos hospitalares por margem de contribuição como instrumento de decisão estratégica e Vantagem Competitiva	112
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS	127

1 INTRODUÇÃO

A indústria da saúde brasileira é um dos setores mais complexos da indústria de serviços, porque agrega, em uma só, várias organizações diferentes, que podem ser classificadas por porte e finalidades, embora todas tenham como objetivo a prestação de serviços médicos e correlatos.

Os dados constantes na Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – PAMS (IBGE, 1995), demonstram um total de 49,7 mil estabelecimentos, que possibilitam uma visão quanto à sua natureza, além de fornecer a distribuição conforme síntese a seguir:

- **Unidades de Complementação Diagnóstica e Terapêutica:** 8,7 mil (17,45% dos estabelecimentos);
- **Postos de Saúde:** 8,6 mil (17,22% dos estabelecimentos);
- **Centros de Saúde:** 14,7 mil (29,72% dos estabelecimentos);
- **Unidades Mistas:** 0,8 mil (1,56% dos estabelecimentos);
- **Ambulatórios e Policlínicas:** 10,3 mil (20,65% dos estabelecimentos);
- **Hospitais:** 6,4 mil (13,39% dos estabelecimentos).

Estas organizações estão voltadas para a assistência terapêutica e diagnóstica principalmente em regime de internação, com variada complexidade tecnológica, e com seus recursos físicos e humanos em regime permanente de atendimento.

Com referência à categoria de hospitais, a sua categorização, adotada pelo IBGE (1995), com os dados obtidos no estudo do Panorama Setorial (1998), fundamentado em dados da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), demonstra que cerca de 6.433 estabelecimentos do país e, denominados como Hospitais Gerais, podem ainda ser sub-classificados, segundo o critério de natureza jurídica como:

- **Hospitais Públicos:** aqueles que atendem a clientes da chamada rede do SUS (Sistema Único de Saúde), onde a remuneração dos profissionais, o custeio de sua atividade e os investimentos são de total responsabilidade e

exclusividade do Estado. No Brasil, existem atualmente 2.264 instituições desta natureza (36% do total de hospitais), e que são sub-divididos em:

- **Federais:** Hospitais que recebem o seu *funding* exclusivamente em nível da federação, existindo 54 instituições (1%);
 - **Estaduais:** Hospitais que recebem seu *funding* principalmente em nível estadual, e parte em nível de federação, existindo 618 instituições (10%);
 - **Municipais:** Hospitais que recebem seu *funding* principalmente em nível municipal, com parte em nível estadual e também em nível de federação, existindo 1.592 instituições (25%).
-
- **Hospitais Universitários:** são organizações semelhantes aos Hospitais Públicos quanto a forma de remuneração, custeio e investimentos, mas que têm como objetivo, além dos aspectos assistenciais, a formação técnica dos diversos profissionais de saúde. Existem atualmente 154 hospitais universitários (2%);
 - **Hospitais Privados:** aqueles cuja remuneração e investimentos provêm dos resultados obtidos com recursos próprios e em alguns casos, de recursos estatais. Existem 4.015 instituições desta natureza (62%), estando sub-divididos em dois grandes blocos:
 - **Filantrópicos:** São instituições privadas, mas que pela sua constituição jurídica, não visam lucro, portanto recebem também recursos do Estado em determinadas atividades previamente contratadas e incentivos fiscais. São exemplos deste grupo as Santas Casas de Misericórdia e os Hospitais Beneficentes e Filantrópicos. Existem cerca de 1.740 hospitais desta natureza (27%), que representam 48% da oferta de leitos do Sistema SUS, resultado do compartilhamento operacional da rede pública (em todos os níveis) com a rede privada e filantrópica;
 - **Lucrativos:** São as instituições de iniciativa puramente privada, portanto visam lucro financeiro em suas atividades. Não dependem do Estado para o custeio de suas atividades e de seus investimentos, e também não têm benefícios fiscais de qualquer natureza. Constituem 2.275 hospitais (35%).

O indicador Leitos / Hospital é utilizado como parâmetro para demonstrar o porte representativo de cada categoria de instituição hospitalar.

A classificação dos hospitais brasileiros por seu porte, segundo o critério de leitos ofertados (PANORAMA SETORIAL, 1998) é:

- **Porte Pequeno:** menos de 50 leitos;
- **Porte Médio:** entre 51 e 150 leitos;
- **Porte Grande:** entre 151 e 300 leitos;
- **Porte Extra:** mais de 300 leitos.

Observa-se que aqueles de porte pequeno prevalecem na categoria Hospitais Privados Lucrativos e Públicos Municipais e os de porte grande na categoria de Hospitais Universitários, situando-se as das demais categorias como de porte médio.

A distribuição dos leitos e sua distribuição por tipo de hospital são apresentadas na Tabela 1:

Tabela 1 - Distribuição dos leitos segundo sua classificação e sua relação com a quantidade de hospitais

Classificação	Nº de Leitos	N.º de Hospitais	Relação nº Leitos / Hospital
Público federal	4.581	54	84,8
Público estadual	55.465	618	89,8
Público municipal	57.570	1.592	36,2
Hospitais universitários	37.204	154	241,6
Privados filantrópicos	154.499	1.740	88,8
Privados lucrativos	37.204	2.275	16,4
Total	346.523	6.433	53,9

Fonte: Panorama Setorial (1998) com base nos dados da FBH (1995).

Os hospitais de porte grande e extra, são aqueles que agregam na sua estrutura uma capacidade de atendimento de eventos médicos de maior complexidade, seja no campo terapêutico ou no campo diagnóstico, segundo critérios adotados pelo Ministério da Saúde.

Em geral, estas organizações são de alta complexidade, pois incorporam tecnologias diversificadas e de ponta, e consubstanciam uma gestão complexa, pela necessidade de altos investimentos em equipamentos eletro-médicos, de capacitação de pessoal técnico altamente especializado, e, além disso, dedicam-se ao preparo de Gestores para a melhor eficiência e eficácia em seus resultados.

Nos dados anteriormente apresentados ainda não foram contemplados outros estabelecimentos voltados à saúde, como Consultórios Médicos, Unidades de Reabilitação, as Empresas Operadoras de Planos de Saúde, conforme abordagem mais detalhada feita, dentre outros autores, em Simões (2003), Roncari (2003) e Marracini e Pagnani (2002) e as Empresas de Ações de Intervenções Públicas.

O Hospital caracteriza-se ainda por ser um prestador de serviços de saúde e gerador de produtos de alta segurança (alto risco), e portanto, sujeitas às normatizações de diversos agentes em seu contexto de atuação, tais como Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, Conselho Federal e Regional de Medicina, Órgãos Ambientais, INSS, CNAS, Ministério do Trabalho, Ministério Público e outros.

Neste sentido, torna-se necessário precisar melhor o conceito de produto de saúde, partindo-se do que foi referenciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) como um bem inalienável e de mérito: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo, apenas, a ausência de perturbações, doenças ou enfermidades”.

A organização hospitalar caracteriza-se também por realicerçar uma contínua atualização tecnológica e a capacitação técnica e permanente de recursos humanos especializados, a fim de poder gerar e oferecer serviços com eficiência, eficácia e alta qualidade e segurança.

Decorrente destes determinantes e as referidas competências, sobressai a necessidade de exercer atividades das mais relevantes, e que se referem à gestão de custos, bem como de planejamento e custeio de recursos correntes e de investimentos, para constante adequação de plantas físicas, a depreciação à normas técnicas emanadas para produtos e serviços de saúde, além de outras normas específicas decorrentes da evolução da ciência e das técnicas da Medicina.

Portanto, a análise da gestão das organizações de saúde torna-se

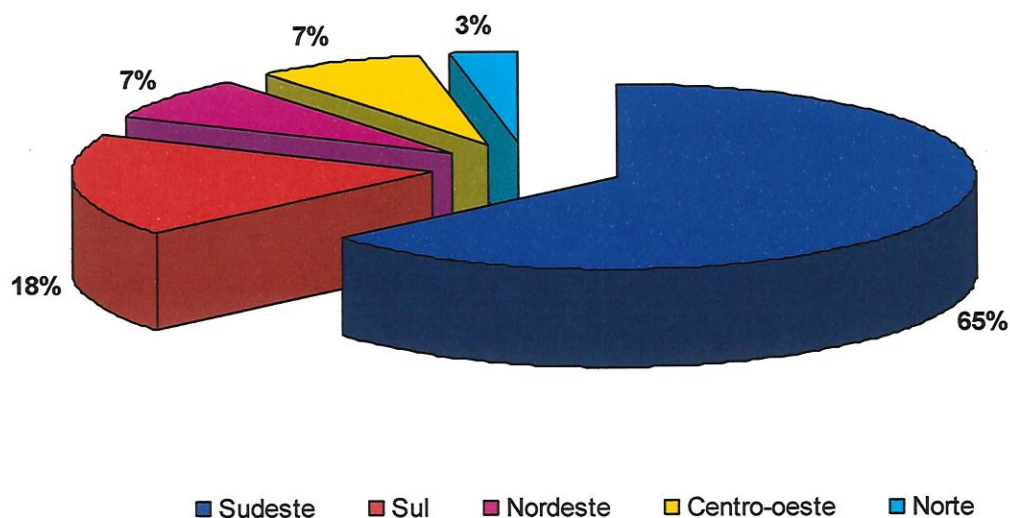
bastante complexa, em especial quando voltada à viabilidade econômico-financeira destas organizações, por atuarem em inúmeras atividades assistenciais médicas, de ordem terapêutica e/ou diagnóstica, como também representarem altos investimentos em base tecnológica sofisticada e complexa.

Uma grande maioria das necessidades de investimento se dá pela agregação de novas tecnologias médicas (como as de diagnóstico), o que dificilmente resulta em economias diretas na sua implantação, uma vez que essas tecnologias, em geral, não são substitutivas, mas complementares, como por exemplo no caso da Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética.

As tendências observadas nos diversos segmentos da indústria hospitalar, os altos custos da atividade de saúde, as necessidades de uma capacitação contínua dos profissionais de saúde, a manutenção e melhoria da qualidade do atendimento exigida pelo usuário e mesmo os modismos organizacionais, têm levado diversas organizações de saúde, no contexto nacional, a adotarem transformações estruturais para a melhor gestão destas organizações, carecendo de um enfoque sistêmico ou estratégico.

Como resultado, constata-se freqüentemente as dificuldades financeiras e econômicas na grande maioria das organizações hospitalares, sejam elas de caráter público ou privado, e também aos agentes atuantes na complexa cadeia de valores dos serviços de saúde.

Com referência ao sistema complementar de saúde privado, em levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar de 2002, o Brasil possui 30.378 planos de saúde ativos e 46.734 planos registrados, oferecidos por cerca de 2.407 empresas. Os dados a seguir demonstram a relação dos serviços complementares fornecidos e número de beneficiários segundo cada Região do Brasil, conforme se pode ver abaixo na figura 1:



Fonte: Cadastro de Operadoras ANS (2002)

Figura 1 – Setor Privado de Saúde

Além disso, percebe-se que o mercado de planos e assistência à saúde, embora passe por algumas crises financeiras temporárias, ainda é atraente e competitivo, pois não pára de se expandir. Basta lembrar das dificuldades encontradas por quem utiliza o Sistema Único de Saúde, como filas de espera desmedidas, atendimento inadequado, falta de equipamentos, que acabam levando um número cada vez maior de pessoas à proteção complementar da saúde. As empresas, por sua vez, acabam adaptando, nos limites legais, seus planos e seguros para que todas as classes sociais possam, de alguma forma, ter acesso aos seus serviços.

Quanto ao sistema privado, este convive com elevados custos, encontrando dificuldade de se viabilizar econômica e financeiramente. Atrelado a esses fatos, o desenvolvimento tecnológico faz com que o setor necessite a cada dia atualização para oferecer procedimentos cada vez mais sofisticados, objetivando a melhoria dos serviços prestados à saúde de seus clientes. De forma geral, os avanços tecnológicos têm preocupado a todos os agentes envolvidos no sistema de saúde, uma vez que requer gastos elevados e crescentes de investimentos. É de se observar que as organizações que prestam serviços na área de saúde – sejam públicas ou privadas – estão preocupadas em obter resultados econômicos favoráveis. Para que isto ocorra, procuraram desenvolver

sistemas de controle de custos, sempre com a preocupação de que a qualidade dos serviços prestados seja aprimorada, diante da competitividade acirrada no setor. Desta forma, a gestão e controle de custos constitui em processo fundamental para melhorar o seu desempenho.

Para as organizações de saúde privadas, a gestão dos custos é portanto uma questão de maior importância na gestão.

Desta forma, é imprescindível a adoção de sistemas eficientes de acompanhamento e de controle de custos nas organizações hospitalares.

1.1 Objetivos

Em seu objetivo geral, este estudo procura o controle e a redução de custos em hospitais, no sentido de contribuir com metodologias e capacidade de levantamento de informações precisas para que se possa, com alguma segurança, fixar os preços reais dos serviços.

Como consequência, permitir-se-á otimizar os aspectos de sua base de informações, configurando um outro ponto fundamental para o profundo conhecimento empresarial nessa organização.

A competição e a busca de competitividade no mundo dos negócios é cada vez mais acirrada, pois surgem, a cada dia, novas técnicas sendo desenvolvidas e adotadas pelas organizações que visam como diferenciais de qualidade e de desempenho. As empresas, em particular, necessitam fazer mudanças rápidas e eficazes para sobreviverem e estarem atualizadas a este cenário.

Atualmente é de se destacar que a tendência no mundo empresarial é a transição da economia baseada na produção para uma economia baseada nos serviços. Essa é a “nova era”, também chamada de a “Era dos Serviços”, onde aqueles que estão incumbidos de liderar empresas de prestação de serviços detêm responsabilidades especiais, principalmente com relação a seus clientes, colaboradores, acionistas, enfim, a toda a cadeia de valores.

Como decorrência, os conceitos da Contabilidade e Gestão de Custos devem estar acoplados a modelos mais apropriados de gestão para o planejamento, controle, avaliação de desempenho que atendam às

necessidades atuais da organização hospitalar. A busca pelo menor custo, sem afetar a funcionalidade e a qualidade dos produtos/serviços, deve ser um objetivo permanente nas organizações que buscam seu desempenho superior e sustentado (PORTER, 1995).

A investigação preliminar da organização médica, que indica uma das áreas da gestão hospitalar de maior carência se situa na gestão de custos, pois essas organizações muitas vezes não a usam, (e quando a usa, o faz provavelmente de forma inadequada). Grande parte dessas organizações talvez não faça uso de nenhum sistema de custos, que permita orientar e oferecer parâmetros para as decisões administrativas mais corretas, para o controle de atividades e análise de seus investimentos.

O sistema hospitalar é também carente de literatura especializada e pesquisas. Sem contar ainda com recursos humanos preparados e com competências de gestão, e particularmente quanto aos custos hospitalares.

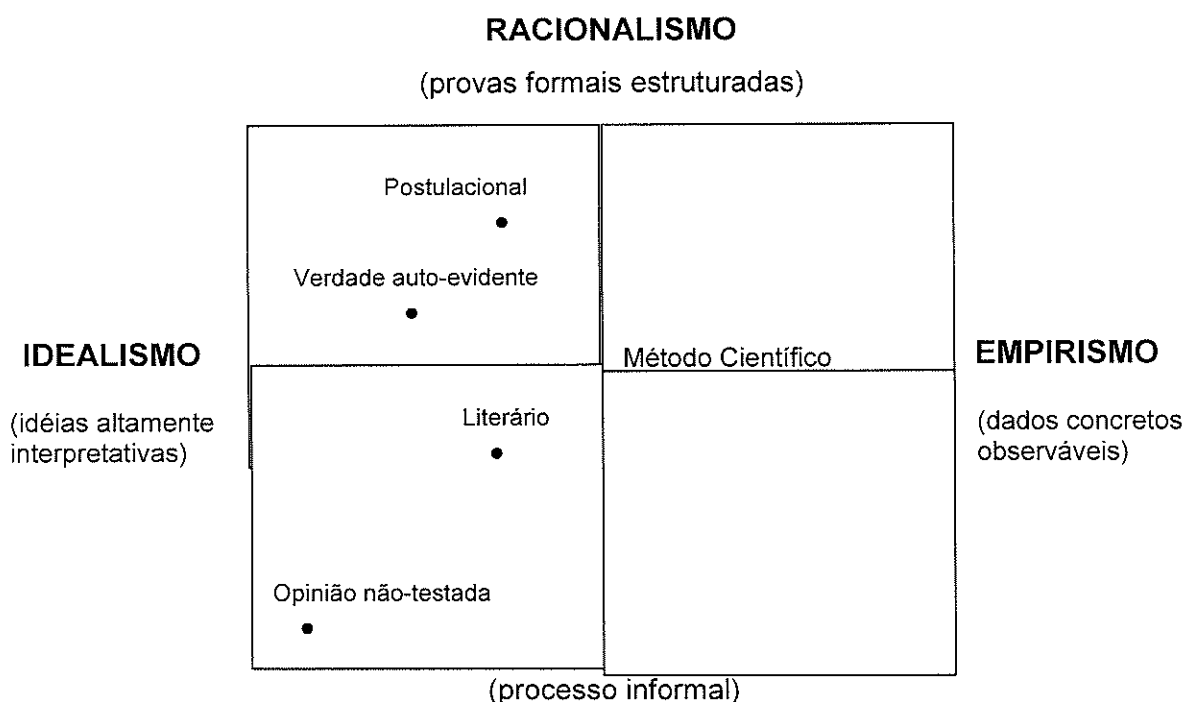
Assim, a hipótese desse trabalho é de que organizações hospitalares que possuem sérias limitações de rentabilidade, evidenciam a necessidade de uma revisão da metodologia de contabilização e gestão de custos, como processo básico de decisões estratégicas que as capacitam as possíveis soluções para reverter este desempenho.

Neste sentido, este trabalho se dedica aos seguintes objetivos específicos:

- a) Identificação e sistematização de variáveis mais relevantes na estratégia operacional (gestão), a partir da análise da cadeia de valores de hospitais de natureza privada.
- b) Analisar e estruturar os elementos que integram o gerenciamento de custos por margem de contribuição ao processo de decisão estratégica e de avaliação de desempenho da organização hospitalar.

1.2 Metodologia

Para se abordar estas questões específicas, serão utilizados instrumentos de pesquisa de campo de conteúdo exploratório-descritivo, segundo princípios descritos por Rozakis (1999) e Cooper (2003). Os estilos de pensamento voltados ao Racionalismo e ao Empirismo levam à metodologia científica do estudo, conforme descrito na figura 2 abaixo:



Fonte: COOPER, 2003, p. 47.

Figura 2 - Estilos de Pensamento

A pesquisa científica constitui, pois, a base de uma dissertação, e segundo Moreira (1999, p. 51):

[...] a pesquisa científica é um processo de busca, tratamento e transformação de informações, levado a efeito, segundo determinadas regras fornecidas pela Metodologia de Pesquisa.

No que diz respeito ao propósito deste trabalho, torna-se indispensável destacar que, pelo fato de o tema ser pouco pesquisado, ele se situa, no campo da pesquisa bibliográfica. É de se destacar que o planejamento da pesquisa é

muito flexível, o que possibilita a consideração dos mais variados aspectos relacionados ao fato estudado.

As ações envolvem:

- a) levantamento bibliográfico;
- b) análise de casos que *"estimulem a compreensão"*.

Este trabalho se fundamentará então em pesquisa bibliográfica de áreas mais importantes correlatas a Planejamento Estratégico, Cadeia de Valores, Sistemas de Custos, Qualidade, Custos de Transação, Tecnologia Médica e Legislação Específica.

A pesquisa será ainda fundamentada na pesquisa documental e direta em organizações "caso", por meio de levantamento dos relatórios gerenciais e operacionais, normatizações, rotinas, legislação e análise de seus processos.

Com referência ao método do estudo do caso, Yin (2001, p. 108) ensina que este constitui a fonte de evidência por documentação tem seus pontos fortes pautados nas questões de estabilidade, capacidade de descrição, exatidão e ampla cobertura das informações obtidas por esta metodologia. Este mesmo conceito pode ser aplicado para as informações obtidas nos registros em arquivos, pois segundo Yin (2001, p. 110):

Fontes em arquivo também apresentam informações quantitativas e qualitativas. Dados numéricos (informações quantitativas) em geral são muito importantes e encontram-se disponíveis para um estudo de caso; os dados não-numéricos (informações qualitativas) também são importantes [...].

Este mesmo autor enfatiza as propriedades do desenvolvimento de casos múltiplos (YIN, 2001, p. 68):

[...] As provas resultantes de casos múltiplos são considerados mais convincentes, e o estudo global é visto, por conseguinte, como sendo mais robusto.

O mesmo autor (YIN, 2001, p. 68) enfatiza ainda que a escolha entre projetos de caso único ou de casos múltiplos permanece dentro da mesma estrutura metodológica, e nenhuma distinção muito ampla é feita entre o assim chamado estudo de caso clássico (caso único) e estudos de casos múltiplos.

1.3 Sistema de saúde e o hospital privado

Para melhor compreender o segmento da Organização Hospitalar de Serviços Médicos, torna-se importante rever alguns aspectos da história da saúde no Brasil.

Inicialmente, importa destacar que a condição de vida da sociedade, em especial, das classes mais pobres, agravou-se com o rápido crescimento das cidades e, sobretudo, os novos desenvolvimentos tecnológicos que exigiam um fluxo mais ordenado do processo produtivo, requerendo mão-de-obra saudável (STERN, 1983).

Paralelamente, a pesquisa e as descobertas no campo do conhecimento científico alteraram a prática médica. Os processos diagnósticos, terapêuticos e preventivos tornaram difícil, senão impossível, o médico trabalhar sem os modernos equipamentos e os recursos humanos gerais e especializados na medicina moderna, concentrados nos hospitais (SIQUEIRA, 1985).

A divisão do trabalho e a especialização crescente aumentaram os investimentos no setor, atingindo a medicina como profissão. O antigo “*médico de família*”, capaz de guardar em uma maleta-de-mão todo o seu arsenal diagnóstico e terapêutico, foi substituído por um profissional ultra-especializado que tem, entre si e o objeto de seu trabalho, todo um conjunto altamente custoso de recursos de diagnóstico e tratamento. Esses novos equipamentos supõem amplas unidades de produção, como garantia de sua lucratividade e controle. O hospital se posicionou como o “*locus central*” do trabalho médico, e este depende do aparato técnico da ultra-especialização da medicina tecnológica para realizar suas atividades (SIQUEIRA, 1985).

Os fatos, se analisados desta forma, confirmam que nos últimos 50 anos, o avanço da tecnologia foi brutal. E ainda assim, a cada dia surgem novas técnicas de diagnóstico que podem identificar problemas que antes permaneciam ocultos, e isso a um custo altíssimo para a organização e para os usuários. Há novas e caras terapias de cura, técnicas cirúrgicas prolongam a vida dos pacientes que há pouco menos de 50 anos teriam uma expectativa de sobrevivência nula. Enfim, a cada dia, os profissionais de saúde tornam-se mais especializados.

Retrocedendo ainda mais na história, e voltando-se para o setor privado de saúde, verifica-se que em 1919, houve a instituição do seguro de acidentes do

trabalhador, e em 1932, pelo Decreto nº 4.682 de 24 de Janeiro de 1923, o poder central instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), abrangendo os trabalhadores do setor privado, sendo que as das empresas de estradas de ferro foram as primeiras a serem criadas. As raízes da privatização da assistência médica do país estão localizadas neste período.

Durante a década de 1920 e 1930, diversas categorias profissionais criaram seus próprios institutos de seguros e caixas de aposentadoria, chegando a quase 200 CAPs no início dos anos 1930.

Entre 1933 e 1938, as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizações estas que possuíam um caráter de abrangência nacional, segmentando os trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividade.

As IAPs possuíam um modelo de administração diferenciado, que comparamos às CAPs na Tabela 2:

Tabela 2 - Modelo Comparativo de Administração entre CAPs e IAPs

	Modelo de Administração	Composição e Forma de Trabalho	Poder da Administração
CAPs	Colegiado com poder deliberativo	Empregadores e empregados	Com poder deliberativo
IAPs	Um funcionário executivo (representante do Estado)	Assessorado por um colegiado paritário de representantes de empregadores e empregados	Sem poder deliberativo

Fonte: Panorama Setorial – 1998.

Outra característica que os diferencia é a forma de financiamento entre as duas modalidades:

- **CAPs:** Contribuição devida dos empregados é referente a um percentual sobre o faturamento da empresa; e
- **IAPs:** Contribuição dos empregadores passou a ser referente a um percentual sobre a sua folha de salários.

Esta mudança levou como consequência à insuficiência constante de recursos, frente à velocidade do crescimento da demanda por serviços médicos. Adotou-se então o regime de capitalização dos recursos para poder sanar esta deficiência.

Em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que propunha a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos, e com o golpe militar de 1964, foi implementada a unificação da Previdência Social, onde os segurados passam a ser todos aqueles que possuíam vínculos formais de trabalho. Estabelece-se então o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, passando a se vincular ao Ministério do Trabalho.

Informações relevantes a respeito da dinâmica do setor saúde serão demonstradas a seguir. Esta dinâmica pode ser percebida pela constatação da elevação do número de consultas, que saltou de 52,1 milhões em 1974 para 180 milhões em 1980 (PANORAMA SETORIAL, 2004).

Nos anos 70, surge a terminologia “complexo médico-hospitalar”, que possui as seguintes características:

- a. assalariamento dos médicos e outros profissionais de saúde;
- b. crescimento do número de estabelecimentos de saúde privado com fins lucrativos;
- c. subordinação da prática médica aos processos de introdução de novas tecnologias; e
- d. lenta constituição de uma ideologia empresarial liberal no setor saúde.

Houve também um expressivo salto no número de leitos totais do país, que entre 1950 e 1970, passou de 165.515 leitos para 425.413 leitos (Dados do IBGE), um crescimento de 157%, concentrando-se principalmente no setor privado, conforme constatado na Tabela 3:

Tabela 3 - Expansão de Leitos Públicos e Privados entre 1950 e 1975

	1950	1975	Crescimento (%)
Leitos Públicos	77.978	120.033	54
Leitos Privados	87.537	305.380	249
Total de Leitos	165.515	425.413	157

Fonte: Panorama Setorial – 1998.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), absorvendo o INPS e o Funrural, fundo este extinto em 1977, com a reformulação do sistema previdenciário.

Institui-se neste mesmo ano o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), e com isto, o então INPS passou a ser responsável pela concessão de benefícios (pensões e aposentadorias), e ao INAMPS, coube a prestação da assistência médica. Implementa-se a universalização do acesso à saúde no Brasil. O INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde em Março de 1990, e logo extinto em Julho de 1993.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, o setor previdenciário e de assistência à saúde ganharam novos contornos. Posto que, a partir daquele ano, o sistema de proteção social passou a apresentar formalmente as características de: Universalidade, Equidade, Uniformidade e Equivalência, Irredutibilidade, Diversidade e Descentralização (este último elemento determinando a maior participação da comunidade na gestão administrativa).

A Saúde passa a ser entendida como uma ação de iniciativa do Poder Público que, juntamente com a Previdência e a Assistência Social, integra a Seguridade Social, caracterizando um enorme avanço social, na medida em que supera o conceito excludente de “seguro”, que ora predominou por quase 70 anos, conceito que vinculava o atendimento médico hospitalar público à Contribuição Previdenciária.

Em Setembro de 1990, concretizou-se a edição da legislação complementar sobre a Seguridade Social, específica para a área de saúde, onde as atividades orçamentário-financeiras encontram-se dispersos por quatro Ministérios: Trabalho e Previdência Social, Fazenda (estes dois arrecadadores), Saúde e Bem-Estar Social (dependentes de transferências e de arrecadação).

Estabelece-se em 19 de Setembro de 1990 que as ações de iniciativa pública no campo da saúde estão assentadas no estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no artigo 198 da Constituição e instituído através da Lei Federal nº 8.080/90.

O SUS é, então, constituído pelo conjunto de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração pública direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público, além das instituições públicas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada participa do sistema em caráter complementar.

A filosofia que fundamenta o SUS está baseada no conceito de “Atenção à Saúde”, e que compreende três grandes grupos: Assistência, Intervenções Ambientais e Políticas Externas ao Setor Saúde.

O SUS tem como seus princípios fundamentais:

- Universalização do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Descentralização político-administrativa e hierarquização da rede de serviços em saúde;
- Integração em nível executivo das ações de saúde; e
- Participação da comunidade.

A Tabela 4 abaixo demonstra a participação do setor privado sobre o número total de leitos no Brasil até o ano de 2004 nas diferentes especialidades médicas. Até Julho de 2004, o Brasil possuía 493,8 mil leitos, dos quais 104,9 mil do setor privado (21,2%) e os demais como recursos do SUS.

Tabela 4 – Total de leitos disponíveis no Brasil

Especialidade	Total	Privados	SUS	Part. do SUS (em %)
Cirurgia	143.240	35.888	107.352	75
Clínica Geral	115.790	25.906	89.884	78
Psiquiatria	57.765	7.365	50.400	87
Pediatria	68.493	9.961	58.532	85
Obstetrícia	29.503	5.313	24.190	82
UTI's	20.182	7.553	12.629	63
Outros	58.844	13.000	45.844	78
TOTAL	493.897	104.986	388.831	79

Fonte: Panorama Setorial (2004).

Esta dinâmica apresenta algumas alterações significativas também no que diz respeito à distribuição de leitos, segundo a natureza da organização hospitalar ao longo do tempo. A Tabela 5 a seguir explicita os dados:

Tabela 5 - Distribuição dos leitos hospitalares segundo a natureza do hospital

Natureza do Hospital	1993	1994	1995	1996	1997	Evolução (%)
Privado	362.147	356.948	351.524	345.535	340.010	(6,11)
Filantropico	131.013	128.837	128.440	130.190	148.775	13,56
Lucrativo	231.134	228.111	223.084	215.346	191.235	(17,26)
Público	110.408	107.137	107.769	108.165	112.449	1,85
Universitário	31.612	43.322	45.010	46.277	45.599	44,24
Total	504.167	507.407	504.303	499.977	498.058	(1,21)

Fonte: Panorama Econômico (1998).

Enquanto em 1993, a rede privada que atendia ao SUS possuía a participação de 362,1 mil leitos (71,83% do total de leitos do sistema), ao final de 1997 participava com 340 mil leitos (68,27% do total), havendo então um decréscimo de 6,11% na oferta de leitos.

Ao considerar a dinâmica e situação recente deste complexo Sistema de Saúde, apresenta-se um maior detalhe de sua estrutura quando se utilizam os dados do Anuário Estatístico do IBGE (1995), conforme a Tabela 6, a seguir:

Tabela 6 - Distribuição Geográfica dos Estabelecimentos de Saúde em 1992 (em %)

Região	Total	Postos de Saúde	Centros de Saúde	Unidades Mistas	Hospitais	Ambulatórios e Clínicas	Apoio a Diagnóstico e Terapia
Norte	7,07	23,33	3,3	20,46	6,19	1,86	3,09
Nordeste	26,38	47,86	24,53	64,09	26,00	18,34	14,76
Sudeste	39,69	13,49	40,01	9,78	37,14	56,14	50,18
Sul	20,15	10,64	25,77	3,09	18,83	19,66	23,11
Centro-Oeste	6,70	4,69	6,38	2,57	11,83	4,00	8,86
BRASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil (IBGE, 1995) e Panorama Setorial – Gazeta Mercantil (1998).

O critério obedecido pelo IBGE quanto à classificação e distribuição desta ampla gama de agentes constitui-se em ponto de partida importante para se estabelecer às características dos mesmos.

Em 1997, o setor de serviços de saúde (nos âmbitos público e privado) movimentou cerca de R\$ 36 a R\$ 40 bilhões em receita total, sendo o faturamento específico do segmento hospitalar de R\$ 15 bilhões.

O atual contexto do sistema brasileiro de serviços de saúde sofre transformações relevantes, decorrentes das novas políticas públicas, incentivos a novos agentes, à ampliação da rede pública e privada de hospitais, estabelecendo novas relações entre um sub-sistema de medicina supletiva e o sub-sistema governamental de serviços de saúde.

O sub-sistema de medicina supletiva, onde o papel e consolidação de novos agentes, constituídas por organizações hospitalares maduras e altamente especializadas, assumem importante participação na oferta de atendimento de serviços médicos curativos e/ou preventivos de superior, porém de discutível qualidade, para uma demanda social cada vez mais crescente. Uma melhor compreensão dessa estrutura pode ser sistematizada, mediante a análise de alguns documentos da Agência Nacional de Saúde (ANS, 2001) e da Associação Brasileira de Medicinas de Grupo (ABRAMGE, 2002). Com respeito às tipologias, dimensões e funções das organizações integrantes desse sistema, pode-se identificar:

- **Medicinas de Grupo:** surgem e desenvolvem-se, a partir dos anos 60, visando atender basicamente ao núcleo da classe trabalhadora e nova empreendimentos de origem externa, impulsionados pelas políticas de desenvolvimento setorial na indústria de transformação, em especial, quando se instalou na região Metropolitana de São Paulo (do ABC), a indústria automobilística, e abrangendo empreendimentos situados no setor de autopeças. A insuficiência e incapacidade técnica dos serviços médicos das instituições públicas no âmbito das novas demandas desses empreendimentos de um lado, co-existindo tão somente, por outro lado, com uma medicina liberal cara, levou alguns médicos a se organizarem para atender à demanda existente, provocada especialmente pelo *boom* crescente por serviços médicos admissionais, de segurança e prevenção de acidentes do trabalho, como reflexo de um novo padrão de desenvolvimento de empresas privadas e de produtividade. Nessas iniciativas se encontra a raiz de uma opção intermediária e alternativa de oferta de serviços de maior nível profissional e técnico, mediante um sistema de pré-pagamento, dirigido à demanda de serviços de saúde um por um segmento social e economicamente diferenciado de usuários. Planos de Saúde se configuram, na esteira do desenvolvimento e aprimoramento das organizações de Medicinas de Grupo, como produto (serviços) ampliado, no sentido de atender a demanda de indivíduos (famílias),

assim como de produto institucional, voltado estes pela demanda concorrente por mão-de-obra qualificada pelas instituições. Em 2002, cerca de 860 instituições de Medicina de Grupo ocupavam amplo espaço, prestando assistência médica a um quarto da população ativa, então com uma carteira de beneficiários que atingia cerca de 18,4 milhões de pessoas (44% de toda a população de pessoas cobertas pelo sistema supletivo de saúde), o equivalente à população da Colômbia (ABRAMGE, 2002);

- **Seguradoras:** também conhecidas por *Organizações de Seguro-Saúde*, estas comercializam serviços de pré-pagamento (apólice) e parcial pagamento dos custos, com livre escolha de médicos e hospitais, fundamentalmente operando pelo sistema de reembolso das despesas, no limite da apólice contratada. Essas instituições possuem em sua carteira de segurados cerca de 5,5 milhões de pessoas (13% de toda a população de pessoas cobertas pelo sistema supletivo de saúde). Atualmente, cerca de 37 Empresas de Seguro-Saúde compõem este grupo de agentes relacionados à medicina supletiva, normalmente integrando grandes conglomerados financeiros (Bancos);
- **Cooperativas de Trabalho Médicas:** é atualmente composto por 330 organizações, estruturadas à forma de organizações cooperativas de trabalho, e que cobram um valor *per capita* fixo para ter-se direito ao atendimento médico-hospitalar. Têm em sua carteira cerca de 11,0 milhões de pessoas cooperadas (26% de toda a população de pessoas cobertas pelo sistema supletivo de saúde);
- **Auto-Gestões:** Atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas, de forma exclusiva, para seus funcionários e dependentes, sendo administrados direta ou indiretamente, mediante contratos com terceiros. Têm em sua carteira de beneficiários cerca de 6,7 milhões de pessoas (16% de toda a população de pessoas cobertas pelo sistema supletivo de saúde), sendo que 189 empresas integram este segmento de agentes do sistema supletivo de saúde.

Uma visão mais detalhada das características técnico-econômica e jurídica atuais dessas organizações demonstra que em primeiro lugar se encontram passíveis de regulamentação específica, a partir de instituições formais de direitos e obrigações definidas, e que perante as instituições

reguladoras (no caso das agências e instituições governamentais), devem cumprir normas de controle e de responsabilidade, para com a qualidade e o interesse social nos seus serviços (ex., com respeito à legislação comercial e tributária, código do consumidor, entre outras). A Tabela 7, a seguir, procura sintetizar e sistematizar essas características:

Tabela 7 – Características de Diferentes Operadores no Sistema de Saúde Privado (Macro Sistema)

Características	Medicina de grupo	Cooperativas médicas	Auto gestão	Seguradora
Forma de Funcionamento	É conhecido por convênio médico, prestando serviços médico-hospitalares através de recursos próprios e cobrando valor <i>per capita</i> fixo.	Também conhecida como convênio médico, sendo organizada na forma de cooperativa de trabalho e cobra valor <i>per capita</i> fixo	Atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas, exclusivo para seus funcionários administrado diretamente ou por terceiros.	O seguro-saúde permite livre escolha de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas, no limite da apólice contratada.
Inscrição *C.R.M.	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Diretor clínico	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Co-responsabilidade pelos serviços médicos	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Recursos físicos				
Próprios	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Credenciados	SIM	SIM	SIM	NÃO DEVERIA
Usuários (milhões)	18,4	11,0	6,7	5,5
Empresas	860	330	189	37
Consultas/ano	95,3 milhões	42 milhões	22,5 milhões	27,6 milhões
**SADT	133,12 milhões		48,85 milhões	35,2 milhões
Internações hospitalares	2,140 milhões	1,200 milhões	0,289 milhão	0,920 milhão
Médicos CLT	22.700			
Md credenciados	83.500			
Funcionários CLT	64.500	16.000		
Func. Indiretos	160.000			
HOSPITAIS				
Próprios	250	53		
Credenciados	3.800	3560		
Leitos				
Próprios	23.500			
Credenciados	350.000			
Movimentação financeira R\$/ano	6,2 bi	5 bi	1,5 bi	6,1 bi
Órgão representativo	ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo	Unimed do Brasil	UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde	FENASEG - Fed. Nac. das Empr. de Seg. Privados e Capitalização

* C.R.M.: Conselho Regional de Medicina. ** SADT: Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica.

Fonte: ABRAMGE – 2002.

Diante desse quadro, pode-se observar que os empreendimentos hospitalares se posicionam como elemento nuclear do sistema de serviços de saúde. Estas organizações - sejam elas de natureza pública ou privada - se tornam relevantes na conformação final dos produtos de saúde, o que permite defini-las como *unidades de saída do sistema*, por se constituírem efetivamente pelos agentes elementares na organização e geração dos complexos produtos e serviços finais, e conseqüentemente do resultado e desempenho, não somente pelas suas operações, como dos diferentes agentes anteriormente identificados, e acima de tudo, do próprio sistema.

1.3.1 Caracterização do sistema operacional hospitalar

Segundo a conceituação dada por Almeida (1983, p. 205), uma organização hospitalar pode assim ser compreendida:

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

Já segundo Rocchi (1989, p. 19), podemos assim conceituar:

Os hospitais modernos são estabelecimentos destinados a cumprir cinco funções na área da saúde: preventiva, de reabilitação, restauradora, de ensino e de pesquisa [...].

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde, segundo Almeida (1987, p. 51), define a organização hospitalar da seguinte forma:

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio, e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais [...].

A partir daí, verifica-se que o hospital exerce de fato várias funções relacionadas à saúde na comunidade, como preventiva, de restauração, de reabilitação, de ensino e pesquisa.

Nesta complexidade de atribuições, o hospital necessita de diversos recursos para atingir seus objetivos, como instalações adequadas, equipamentos modernos, pessoal qualificado, disponibilidade de material e toda uma estrutura organizacional para fazer com que suas atividades se desenvolvam de forma racional. A função geral de um hospital é a de auxiliar a conservação da saúde da população, fazendo com que aumente com dignidade sua expectativa de vida (GOMES, 2002).

Como se vê, o hospital é uma unidade econômica que possui vida própria e, difere das outras empresas, porque o seu objetivo ou produto básico é a manutenção ou restabelecimento da saúde do paciente. Ou seja, são bens que além de imensuráveis, não podem ser repostos.

Kotler, citado por Esteves (1992, p. 48), define como produto:

Qualquer coisa que possa ser oferecida a um mercado para satisfazer uma necessidade. E isso inclui a aquisição ou consumo de objetos físicos, serviços, pessoas, lugares, organização e idéias [...].

Enfim, como o próprio autor disse, tudo que possa fornecer bem-estar ao paciente.

Em uma organização hospitalar, o produto hospitalar é uma série de serviços prestados a um paciente como parte do processo de tratamento, controlado pelo médico. Assim sendo, na arguta visão de Gersdorff (1980, p. 35):

A empresa hospitalar é muito mais parecida com uma empresa que produz serviços como um hotel, por exemplo, um banco etc., que com uma empresa produzindo bens ou mercadorias [...].

Essa colocação é pertinente, cite-se, por exemplo um hotel, que também possui mercadorias intangíveis em que não há reposição, pois se aquele determinado leito do hotel não for vendido aquele dia não poderá ser repostado, ou seja, não há o lucro.

Da mesma forma, posicionam-se Médici e Marques (1996, p. 49), os quais destacam que as instituições hospitalares possuem peculiaridades que são perfeitamente compreendidas, pois segundo os autores:

O indivíduo, ao procurar a assistência médica, não o faz por livre vontade, mas sim por necessidade, isto é, por circunstâncias alheias ao seu desejo. Ao ingressar num serviço de saúde, o indivíduo não sabe que tipo de intervenção irá sofrer ou que tipo exame ou medicamento irá consumir [...].

Nas organizações hospitalares privadas com fins lucrativos, a eficiência administrativa é avaliada pela maximização da riqueza dos proprietários. A otimização de lucros visa remunerar o capital investido a uma taxa satisfatória. Completando essa idéia assim se posiciona Almeida (1987, p. 51):

A diferença entre empresas hospitalares com fins lucrativos e sem, esta finalidade reside no fato de que a performance da administração das primeiras é avaliada pela capacidade de remunerar a uma taxa ótima o capital investido, embora imbuídas do objetivo social inerente a todos os hospitais. Quanto às segundas, procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis na comunidade, sem a preocupação de remunerar o capital investido, mas desejando um crescimento satisfatório para a melhoria dos serviços e atender a demanda crescente da comunidade [...].

No sentido desta citação de Almeida (1987, p. 51), cumpre adicionar que diferentemente das empresas com produtos e serviços genéricos de mercado, na saúde se verifica fortemente uma prioridade elevada na excelência da atividade assistencial, pois as organizações de saúde lidam com bens inalienáveis dos seus clientes: a sua vida e a sua saúde.

Segundo Smyth (2002), o administrador hospitalar deve ter em mente a capacidade de avaliar as oportunidades de investimento, e as formas de retorno e financiamento destes empreendimentos, tendo flexibilidade na forma de gestão financeira das organizações de saúde.

Estas alterações serão percebidas pelos usuários finais (clientes ou pacientes), à medida que os investimentos forem influenciando, de forma positiva, em nível da qualidade da assistência prestada pelo hospital aos seus clientes resultado de um gerenciamento dos seus investimentos (SMYTH, 2002), em equipamentos, treinamentos, adequações de sua planta, atualização de tecnologias, mas que possui um alto custo final (MIHALIK; SCHERER; SCHERER, 2003), devendo, portanto ser gerenciado eficazmente.

Segundo Krivonak (1999, p. 14), a sub-contratação de atividades no dia-a-dia da administração das organizações hospitalares, foi a melhor opção para otimizar a operação, podendo assim permitir que os hospitais passem a se concentrar no foco principal de suas atividades, que é a da prestação de serviços em saúde para os seus clientes.

Segundo Gomes (2002, p. 12), o serviço hospitalar tem características peculiares quanto aos recursos empregados em suas atividades, e este fato torna mais difícil o desempenho de seus gestores, pois os equipamentos mais sofisticados tendem a ser também os mais onerosos em seus custos de operação, manutenção e retorno.

Mas, ainda segundo o mesmo autor, por outro lado, disponibilizar instalações adequadas necessita de um maior volume de capital e os profissionais mais capacitados requerem melhor remuneração, mas os valores os serviços hospitalares, muitas vezes, não é determinado pela sua administração e sim pelos principais clientes, que, na maioria das vezes, não são os pacientes, mas sim o Governo e os planos de saúde (GOMES, 2002).

1.3.2 Gestão do Hospital Privado: Relações com a gestão de custos e cadeia de valores

A gestão de organizações de saúde de natureza privada passa a exigir dos gestores uma grande criticidade entre a qualidade de serviços oferecida e prestada versus a viabilidade econômica da atividade, através da tomada de decisões de âmbito estratégico adequadas, sustentadas em elementos de custos, e alinhadas aos fatores do mercado e de sua específica cadeia de valores. Destaca-se neste momento a utilização da apuração de custos dos serviços na saúde.

Inicialmente, a aplicação da apuração de custos foi nos processos fabris, mas, com os resultados favoráveis sobre a mensuração dos resultados empresariais, foi-se ampliando o seu campo de atuação para outros ramos de atividades, como as comerciais e as de serviços, onde nesta se destacam lojas comerciais, empresas prestadoras de serviços, entidades educacionais, serviços públicos, entidades hospitalares, entre outros segmentos, levando-se em conta as características de cada atividade (GOMES, 2002).

As características de cada atividade econômica devem ser levadas em consideração para a implantação e adaptação de um sistema de custos que possa proporcionar respostas favoráveis aos gestores. Nas organizações hospitalares, o sistema de custos deve ser provido de certas características para que os objetivos básicos possam ser atingidos com eficácia.

Leone (1982, p. 22) destaca a importância dos custos em organizações hospitalares:

Os hospitais precisam cada vez mais de administradores eficientes que emprestem aos serviços maior operacionalidade. O emprego de modernas técnicas administrativas nos hospitais não pode dispensar o concurso de uma contabilidade de custos bem montada [...] Verificamos que a aplicação de uma contabilidade de custos, num hospital, oferecerá instrumentos eficazes para sua administração.

Verifica-se assim, que a contabilidade de custos para as organizações hospitalares torna-se instrumento imprescindível para os gestores no processo de tomada de decisões racionais e no controle das operações. E o maior desafio à administração hospitalar, hoje, é o de controlar seus custos dentro de um parâmetro que lhe proporcione resultados econômicos favoráveis, bem como a adoção de um sistema eficaz que possa lhe proporcionar maximização dos lucros e minimização dos custos.

Um sistema eficaz de custos proporciona meio confiável de mensuração e controle de gastos de cada atividade desenvolvida. Cabendo a seus gestores medidas que atendam aos objetivos sociais da entidade, através do controle e desempenho das metas estabelecidas.

Dentro da Indústria da Saúde, as organizações hospitalares conglomerativas são estruturas altamente complexas, que objetivam o

atendimento de seus pacientes, de forma mais eficiente e eficaz possível, portanto, dentro de certas condições que lhe permitam fundamentalmente a sua viabilidade econômica e financeira.

Neste sentido, o fator de sucesso destas organizações vive um dilema entre ser “lucrativo” ou ser “eficaz e resolutivo”, pois esta última dependerá fortemente da capacidade de investimento do hospital. Em sendo assim, observa-se que os hospitais necessitam buscar continuamente a excelência, não só do ponto de vista técnico-tecnológico, mas também na sua gestão financeira, administrativa e estratégica, agregando valor e qualidade que deve ser mensurada por indicadores (LANSER, 2000).

Os gestores de saúde precisam assimilar as técnicas de administração estratégica, para poderem aplicá-las em sua plenitude, pois somente desta forma, a qualidade de atendimento poderá se tornar realidade.

Decisões como a da integração vertical de estruturas médicas complexas, (como os serviços de diagnóstico e terapêutica de um hospital de grande porte), ou mesmo de estruturas de apoio como a Nutrição e Dietética (SHIOZAWA, 2003), podem determinar o sucesso ou insucesso de uma complexa organização hospitalar de grande porte.

As competências destas organizações de saúde, em seu contexto nesta indústria da saúde, são fortemente determinados pela sua alta resolutividade, pela atratividade ao cliente final (seja o paciente ou o médico), em função da qualidade de serviço prestado, pela capacidade de investimento em novas tecnologias e pela capacitação profissional de seu pessoal, desde seu nível operacional ao alto cargo diretivo.

A cadeia de valor, segundo Porter (1986, p. 388), é um instrumento básico para a análise das fontes da vantagem competitiva. A vantagem competitiva não pode ser compreendida observando-se a empresa com um todo. Ela tem sua origem nas inúmeras atividades distintas que uma empresa executa. Cada uma de suas atividades pode contribuir para a posição dos custos relativos de uma empresa, além de criar uma base para a diferenciação.

A análise da Cadeia de Valores de uma organização hospitalar, se por exemplo, estudada e analisada pelo prisma do relacionamento entre os prestadores de serviços e as operadoras de saúde, há mostras das dificuldades econômicas enfrentadas pelos hospitais privados de do país, de uma maneira genérica, sejam

pelos altos custos operacionais (por necessidade de investimentos em tecnologia médica, para a melhoria da qualidade e competitividade), sejam por dificuldades de negociação com as fontes pagadoras, que têm um maior poder negociação (prazos, valores, taxas, reajustes e glosas). Conseqüentemente, há comprometimento da liquidez financeira para o custeio direto da operação e assim, correndo risco de comprometer a qualidade do serviço prestado.

Os elementos anteriormente analisados tornam evidente a necessidade de uma profissionalização de seus gestores, e em todos os níveis da organização hospitalar, para que esta deflagre processos eficazes que viabilizem-na no curto e no longo prazo, e permitam controlar, avaliar, e transformar procedimentos evolutivos quanto a sua eficiência e eficácia, e conseqüentemente, viabilizando processos sustentados de maior desempenho.

A cadeia de valores da indústria da saúde necessita de uma análise conjunta, de forma horizontal, avaliando-se o real conceito da vantagem competitiva de uma forma mais ampla, rumo à otimização dos custos e da eficácia operacional, sempre de forma ética, sem prejuízos a nenhum dos elos desta cadeia, muito menos ao cliente final, que a remunera. Caso isto não aconteça, corre-se um alto risco de todo o sistema entrar em colapso no curto prazo.

Isso porque toda empresa é uma reunião de atividades que são executadas para projetar, produzir, comercializar, entregar e sustentar os seus produtos. Todas estas atividades podem ser representadas, fazendo-se uso da cadeia de valores, assevera Porter (1986, p. 387). A cadeia de valores de uma empresa é o modo como ela executa atividades individuais são reflexos de sua história, de sua estratégia e da economia básica das próprias atividades.

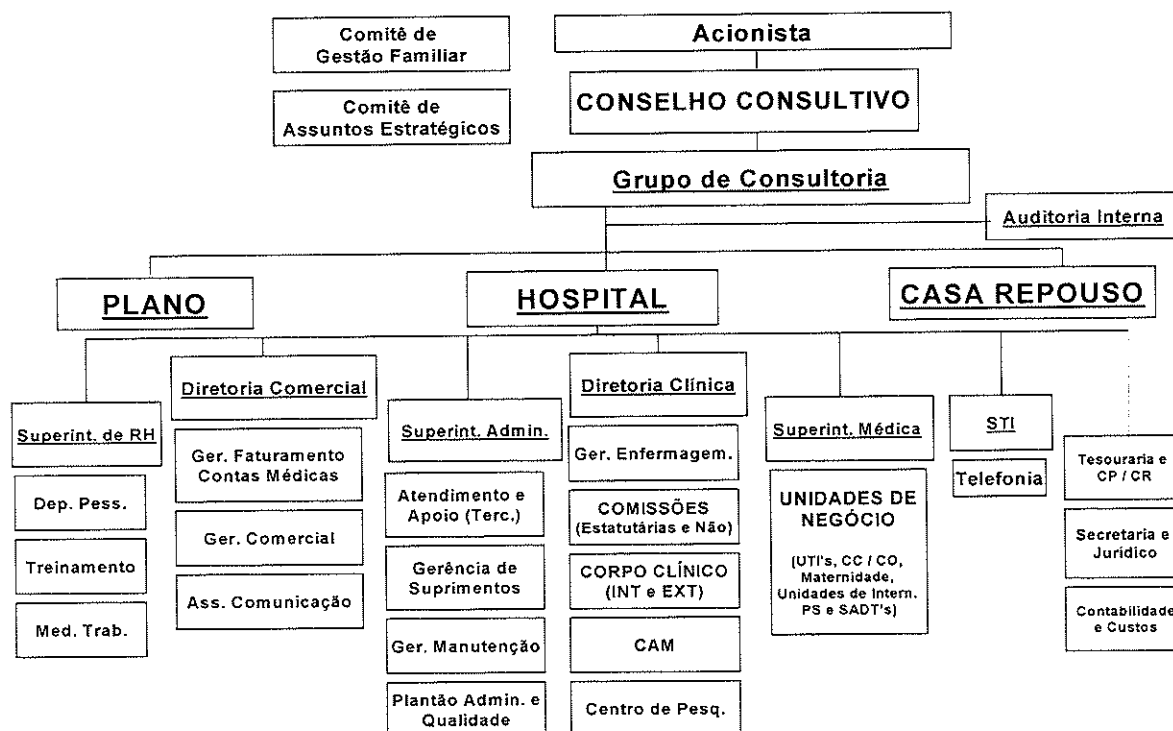
A Cadeia de Valores é hoje altamente complexa, pois:

- As informações são compartilhadas em tempo real por diferentes empresas; e
- Os ambientes são, via de regra, heterogêneos, com grande mescla de plataforma.

A integração da aplicação e da cadeia de valores aceleram o fluxo de informação ao longo das fronteiras organizacionais, permitindo às organizações cuidados na gestão da mudança.

1.3.3 Complexidade Estrutural e Operacional na Gestão Hospitalar

As organizações de saúde são constituídas por organizações complexas de diversos níveis, daí advindo à necessidade de profundo estudo e análise. Demonstra-se a seguir um exemplo da estrutura organizacional de um hospital de grande porte e alta complexidade por meio da figura 3:



Legenda:

STI = Superintendência de Tecnologia da Informação, Ger. = Gerência, Dep. = Departamento, Ass. = Assessoria, Admin. = Administrativo, Med. Trab. = Medicina do Trabalho, INT e EXT = Interno e Externo, Terc. = Terceirizado.

Fonte: Elaborado pelo autor mediante levantamentos da pesquisa.

Figura 3 - Organograma Geral de um Hospital de Grande Porte e Alta Complexidade

As atividades e procedimentos de um Hospital de Grande Porte e Alta Complexidade podem ser classificados em 3 grupos (utilizando-se o critério do Conselho Federal de Medicina) e, segundo as atividades predominantes:

1º Grupo:

- **Procedimentos Terapêuticos:** Destinadas ao estabelecimento da cura do paciente. São assim classificados todos os procedimentos médicos, invasivos ou não-invasivos, e que buscam restabelecer o indivíduo às suas atividades sociais, laborais, físicas, mentais e psicológicas, através da ação conjunta de

equipes multi-profissionais, sempre sob o comando e responsabilidade de um médico (chamado também de médico assistente). As equipes de apoio multi-profissionais são compostas geralmente, de um corpo de enfermagem (enfermeiras, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), de um corpo de profissionais, classificados como paramédicos (biomédicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e tecnólogos) e ainda, os profissionais de apoio e suporte terapêutico (assistência social, clerical e nutricionistas).

- **Caráter invasivo:** são assim classificados, pois as ações médicas, objetivando tratar a patologia de base dos pacientes, geram alterações morfológicas e funcionais dos pacientes, sendo que outras modalidades diagnósticas (chamadas intervencionistas) podem imbricar-se nesta modalidade terapêutica. São os chamados procedimentos cirúrgicos, que podem ainda ser sub-classificados por especialidades e pelo seu porte cirúrgico, segundo a Tabela de Honorários Médicos Associação Médica Brasileira (1990);
- **Caráter não-invasivo:** são os procedimentos onde as ações médicas, com o mesmo objetivo de tratar a patologia de base dos pacientes, promove mais intensamente alterações funcionais do que morfológicas (também conhecidos como tratamento clínico ou não-cirúrgico), tendo como seus exemplos maiores, o tratamento medicamentoso, a anestesia (geral, loco-regional ou local), a radioterapia, a quimioterapia, a hemoterapia, a hemodiálise e a litotripsia. Outras modalidades diagnósticas também podem ser incluídas nesta modalidade terapêutica.

2º Grupo:

- **Procedimentos Diagnósticos:** ajustes destinados ao auxílio a diagnóstico ao médico. À semelhança dos procedimentos terapêuticos, estes procedimentos podem ser classificados em:
 - **Caráter invasivo:** Constituído por procedimentos que têm a mesma característica já apresentada anteriormente naquilo que se refere as alterações dos aspectos morfológicos e funcionais, sendo estes últimos, os procedimentos de diagnósticos por imagem em radiologia, medicina nuclear, tomografia computadorizada, *Positron Emission Tomography* (PET), angiografia diagnóstica e intervencionista e endoscopia de vias aéreas e digestórias;

- **Caráter não-invasivo:** Constituídos pelos demais procedimentos diagnósticos, dentre os quais pode-se citar de forma generalista e abrangente, e também sub-divididos em grupos, tais como: os de imagem (ultra-sonografia, ressonância magnética, ecocardiograma), de métodos gráficos (densitometria óssea, eletrocardiograma, teste ergométrico, M.A.P.A., eletroencefalograma, eletroneuromiografia, polissonografia, audiometria), e exames de laboratório (laboratório de análises clínicas e anatomia patológica).

3º Grupo:

- **Atividades Administrativas**, que abrangem diferentes procedimentos às atividades de fins de um hospital como:
 - Gestão Financeira (tesouraria, controladoria, contabilidade e faturamento);
 - Gestão da Cadeia de Logística e Suprimentos (cotação, gestão de estoques e políticas e sistemáticas de compras);
 - Gestão do Apoio ao Atendimento (recepção, atendimento ao cliente, higiene, lavanderia, serviço social, segurança, manutenção predial e de equipamentos);
 - Gestão da Tecnologia da Informação (redes de informática, integração dos sistemas eletrônicos de Gestão, rede, *hardware*, *software* e capacitação do usuário);
 - Gestão de Pessoas (capacitação e treinamento dos capitais humano e processos de seleção);
 - Gestão dos Aspectos Ético-Médicos (Diretoria Clínica, Comissão de Ética, Comissão de Pesquisa, Comissão de Verificação de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários, Diretoria Técnica e Médica);
 - Gestão da Qualidade (acreditação em processos de certificação da qualidade);
 - Gestão Legal e Jurídica (da legislação, de contratos, de processos, tributos, litígios etc.);
 - Gestão do Exercício da Cidadania e Ações de Cunho Social e Humanitário (ações de filantropia e gratuidade, campanhas de educação, campanhas de atendimento e *mass screening*);
 - Gestão de Planejamento e Estratégia Corporativa (elaboração de plano estratégico organizacional).

1.3.4 Situação atual dos hospitais no Brasil

Destaca-se que os avanços tecnológicos são muitos velozes, conforme já citado inúmeras vezes no decorrer deste estudo, mas em contrapartida, os preços cobrados são também cada vez mais altos. É claro que a tecnologia é um fator determinante para o aumento dos custos da saúde, e no caso dos hospitais brasileiros, há um outro problema crucial: a administração desses custos.

Da mesma forma manifesta-se Fischer (*apud* VASSALO, 1997, p. 89), que acentua que no Brasil, os hospitais estão entre os setores mais atrasados quando se fala em administração. Isso porque, somente 1% dos hospitais brasileiros possui uma administração profissional, que conta com administrador hospitalar graduado e que possui uma visão dinâmica e futurista (OLIVEIRA, 1998). Na sua grande maioria, as organizações hospitalares contam com uma direção administrativo-financeira ocupada por médicos, que não possuem preparo técnico para administrar uma empresa de tamanha complexidade administrativa.

Isso se dá, principalmente, por conta da pouca preocupação com a efetiva diminuição dos custos e a má elaboração dos mesmos. Na sua grande maioria, as organizações hospitalares vivem de aumentar a tabela de preços, independentemente da análise real do seu custo hospitalar. Eles conhecem os seus preços, mas não os seus custos, o que faz tormentosa a questão da eficácia competitiva das organizações.

Quanto a questão dos preços, enquanto uma diária no exterior gira em torno de US\$ 90 dólares, aqui no Brasil, em um bom hospital, a diária pode chegar a custar US\$ 500 dólares (OLIVEIRA, 1998). A empresa hospitalar não pode simplesmente repassar os custos aos clientes sem ter uma comprovação da realidade. Segundo o autor:

“O custo operacional de uma empresa hospitalar é caro, mas não exorbitante como o setor teima em afirmar” [...].”

Além desses fatores, é de se destacar a falta de conhecimento do setor quanto aos seus custos, Cerri (1998) aponta diversas razões, algumas até absurdas, para a manutenção dos serviços médico-hospitalares em níveis elevados, tais como:

- a) falta de especialização dos hospitais – por exemplo, a cidade de São Paulo possui mais aparelhos de Ressonância Magnética do que o Canadá inteiro, o que gera certamente a necessidade de se estudar uma política de controle dessa prática;
- b) baixa produtividade – apesar de não serem conhecidos nem os índices técnicos dos hospitais para dimensionamento de pessoal e muito menos, a média de permanência hospitalar por tipo de procedimento;
- c) forma de estabelecimento dos preços dos serviços – isso porque não existe embasamento técnico para o estabelecimento dos custos reais de serviços médico-hospitalares;
- d) desperdícios – é necessário que se glose as contas apresentadas para equacionar os recursos das organizações;
- e) concorrência – com exceção dos pequenos municípios, existe uma boa oferta de serviços médico-hospitalares;

Como se pode observar, a medicina custa muito, e quando a remuneração vem do paciente, corre-se risco de prejuízos ao hospital. Em muitos casos, o paciente de caráter privado (sem cobertura por plano de saúde) assim o exatamente por não possuir condições econômico-financeiras de arcar com o custo de uma medicina suplementar. Conforme Cerri (1998):

[...] Não existe, pelo menos que eu conheça, hospitais que cobrem taxas com embasamento técnico. Simplesmente os custos dos serviços são desconhecidos. Pior ainda: regra geral, quem estabelece o preço dos serviços são os compradores (talvez o único setor da economia onde isto ocorre).

Cerri (1998) diz ainda que:

Somos extremamente lentos na tomada de decisão e na implantação de soluções. Possuímos lideranças fortemente engajadas na busca de soluções, mas, algumas vezes, destoaantes frente às formas de conquistar o que é o objetivo comum. Carecemos também de profissionalização. Os hospitais, independente do porte ou localização, precisam de orientação bem formada que contribuam para o seu amadurecimento como empresas [...].

Diante desta realidade de gastos crescentes na área de saúde, e dada a crise fiscal do Estado, os países desenvolvidos começam a buscar alternativas que permitam um maior controle de custos. Segundo Baumgartner, citado por Tognon (2000, p. 07):

A era do empirismo na gestão hospitalar está com seus dias contados. As ferramentas administrativas e financeiras são cada vez mais necessárias. Hoje já se fala em planejamento financeiro, fluxo de caixa e outras ferramentas simples, porém de grande utilidade para a administração do negócio. Dentre estas ferramentas, a questão dos custos hospitalares também é de extrema importância [...].

1.4 Estrutura da dissertação

O CAPÍTULO 1 abrange a metodologia utilizada para a elaboração da dissertação, bem como apresenta os objetivos, delimitação do tema em estudo e a metodologia adotada na sua estruturação.

Apresenta também o Sistema de Saúde e o Hospital Privado, trazendo alguns conceitos, bem como a finalidade e características específicas das organizações hospitalares, como o sistema operacional hospitalar, a gestão hospitalar e a complexidade estrutural operacional e a situação das organizações hospitalares no Brasil.

O CAPÍTULO 2 aborda a Gestão Estratégica e a Administração de Custos. No bojo desse capítulo serão analisados conceitos de Estratégia, Vantagem Competitiva, Preços e Custos no Sistema de Serviços de Saúde, Administração de Custos (Sistemas) e a abordagem da Margem de Contribuição. Nesse sentido, mister se faz analisar o sistema de custos hospitalares tradicionais que envolvem sistemas, tais como o ABC e os sistemas de rateio, para poder assim delinear as limitações destas, ou seja, porque esses sistemas podem não ser as mais adequadas na análise de custos em organizações de saúde.

O CAPÍTULO 3 trata da Gestão Hospitalar, através da apresentação de casos múltiplos, e o estudo de caso estará aqui inserto e procurará demonstrar, de forma prática, qual a real eficácia desta metodologia.

O CAPÍTULO 4 faz o desfecho do trabalho, onde apresentam-se as conclusões acerca do tema e as contribuições para que outros pesquisadores possam se dedicar às análises das metodologias de custos de serviços médico hospitalares mais profundamente. A seguir, apresentamos em forma de diagrama a estruturação do trabalho conforme figura 4.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO
Objetivos do estudo, Metodologia, Sistema de saúde e o hospital privado, Caracterização do sistema operacional hospitalar, Gestão do hospital privado: relações com a gestão de custos e cadeia de valores, Complexidade estrutural e operacional na gestão hospitalar, Situação atual dos hospitais no Brasil e Estrutura da dissertação.
CAPÍTULO 2 – A GESTÃO ESTRATÉGICA E ADMINISTRAÇÃO DE CUSTOS
Estratégia, vantagem competitiva e cadeia de valor, Sistemas de custos, Administração de custos (sistemas) e Gestão Hospitalar, Sistema de custos por absorção, Sistema de custeio ABC, A abordagem segundo a margem de contribuição.
CAPÍTULO 3 – GESTÃO HOSPITALAR: CASOS MÚLTIPLOS NA GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS
O caso 1 (um) de decisões estratégicas de custos por alteração da cadeia de valor Análise de Custos por Atividades como Instrumento de Gestão de Serviços Médico-Hospitalares de Alta Complexidade, Análise-síntese de suas atividades operacionais, <i>Transformação da cadeia de valores, subcontratação no setor de nutrição e dietética</i> , <i>Gestão de custos comparativos da operação integrada e subcontratada</i> , O caso 2 (dois): análise de margem de contribuição, com base em custeio de serviços por atividades em hospitais de alta complexidade. Análise de custos com base em atividades, O Modelo de gestão de custos por margem de contribuição baseada no custeio por atividades (ABC), Considerações sobre os resultados, Estudo de caso 3 (três): margem de contribuição para decisões da alta gestão considerando a organização hospitalar como conglomerado, Estratégia e vantagem competitiva, Custos de serviços médicos hospitalares por margem de contribuição como instrumento de decisão estratégica e vantagem competitiva
CAPÍTULO 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS
REFERÊNCIAS

Fonte: Elaborado pelo autor.

Figura 4 – Estruturação da dissertação

2 A GESTÃO ESTRATÉGICA E ADMINISTRAÇÃO DE CUSTOS

A análise anterior procura situar o Hospital Privado, como organização relevante no sistema de serviços médicos (saúde) brasileiro, e mais especificamente no sub-sistema de medicina supletiva. Além disto, procura sistematizar algumas das suas características operacionais. Necessita-se de um tratamento mais detalhado a respeito da gestão e análise de seus custos.

Como referido por Greene e Metwalli (2001), a gestão e análise de custos deve ser foco da gestão empresarial, no sentido de que se busque viabilizar o negócio no curto, médio e longo prazos, enfatizando ainda mais conforme Porter (1995, p. 3), o seu desempenho com qualidade dos serviços e dos produtos para sustentação de estratégias de desempenho superior à média dos concorrentes.

Os custos como instrumento de análise, capacitam o gestor a avaliar a eficiência e a eficácia dos processos produtivos de uma organização (DUNHAM; KINDIG; SCHULZ, 1994), seja esta organização voltada para produção de bens tangíveis, seja para prestação de serviços, com qualidade (CENICEROS, 2003).

No segmento de prestação de serviços, encontram-se fatores essenciais e determinantes do sucesso em suas operações, em especial o capital humano (RYAN; KRENTZ; HOROWITZ, 1993), que exerce atividades de denso conteúdo técnico, ao mesmo tempo em que opera e gerencia recursos tecnológicos (equipamentos e outros recursos) de alto desempenho.

No segmento da prestação de serviços de saúde, ao se gerar bens de alto valor (inalienável=saúde+qualidade de vida), de uso para o usuário final e de alto valor agregado social (impacto dos benefícios que extrapola o ganho individual), conforme Contador (2000), também se requer muito mais habilitação dos gestores para avaliar a prestação de seus serviços (RYAN; KRENTZ; HOROWITZ, 1993).

Em hospitais, os custos envolvidos nas atividades apresentam comportamento característico, em decorrência do impacto dos custos: de trabalho (médicos, enfermeiros, nutricionistas, recepcionistas, higienistas, agentes de limpeza e pessoal administrativo); de manutenção (preventiva e corretiva); custo de *upgrades* tecnológicos de equipamentos (alta taxa de atualização tecnológica dos equipamentos centrais e periféricos); de equalização do recurso humano

operacional dos equipamentos (treinamento técnico e aperfeiçoamento), com ocorrência em ciclos curtos, em função da velocidade de incorporação de inovações na Medicina e, especificamente nas atividades de diagnóstico médico auxiliar (RYAN; KRENTZ; HOROWITZ, 1993).

A partir da década de 70, começam a ocorrer alterações nos negócios. A competição global e as inovações tecnológicas provocaram mudanças impressionantes quanto à utilização de informações financeiras e não-financeiras. O novo ambiente passa a exigir informações mais relevantes, relacionadas aos custos reais das atividades, de análise de processos, da qualidade dos produtos e dos clientes.

Essas modificações nos negócios passam a exigir maiores gastos por parte das empresas em desenvolvimento tecnológico, engenharia, *marketing*, desenvolvimento de produtos, serviços de atendimento a clientes e treinamento. Concluindo, cresceram em muito os custos indiretos, enquanto que os avanços da tecnologia provocaram a redução dos custos diretos.

Kaplan e Cooper (1998, p. 12), afirmam que as principais empresas estão utilizando sistemas de custeio aperfeiçoados para:

Projetar produtos e serviços que correspondam às expectativas dos clientes e possam ser produzidos e oferecidos com lucro; sinalizar onde é necessário realizar aprimoramentos contínuos ou descontínuos (reengenharia) em qualidade, eficiência e rapidez; auxiliar os funcionários ligados à produção nas atividades de aprendizado e aprimoramento contínuo; orientar o *mix* de produtos e decidir sobre investimentos; escolher fornecedores; negociar preços, características dos produtos, qualidade, entrega e serviço com clientes e estruturar processos eficientes e eficazes de distribuição e serviços para mercadorias e público-alvo [...].

As principais deficiências encontradas nos sistemas convencionais de contabilidade de custos, segundo Martins (1998) são as seguintes:

- a) distorções no custeio dos produtos devidas aos rateios arbitrários dos custos indiretos quando do uso dos custeios que promovem tais rateios;
- b) utilização de um pequeno número de bases de rateio;

- c) não mensuração dos custos da não qualidade, ou melhor, os provocados por falhas internas e externas como, por exemplo, retrabalho;
- d) não segregação dos custos das atividades que não agregam valor;
- e) não utilização do conceito de custo-meta ou custo alvo;
- f) não consideração das medidas de desempenho de natureza não financeira (indicadores físicos de produtividade).

Shank e Govindarajan (1997) construiu seu modelo de Gestão Estratégica de Custos sobre três pilares fundamentais: análise da cadeia de valores, análise do posicionamento estratégico e análise dos direcionadores de custos.

É inserto nessa conceituação, o conceito de cadeia de valores, proposto por Porter (1995, p. 3), que tem sua origem nas inúmeras atividades distintas que uma empresa executa no projeto, na produção, no marketing, na entrega e no suporte do produto, sendo predominantemente modelada pela estrutura industrial. A cadeia de valores desagrega uma empresa em suas atividades de relevância estratégica para que se possa compreender o comportamento dos custos e as fontes existentes e potenciais de diferenciação.

Para se gerenciar custos com eficácia, exige-se um enfoque sistêmico interno e externo à empresa. Desta forma, o conceito de valor agregado, interno à empresa, é posto em xeque, pois este começa muito tarde e acaba muito cedo. Este autor inicia a análise de custos com as compras, deixando de fora todas as oportunidades de explorar elos com fornecedores e termina com as vendas, deixando novamente de explorar elos com consumidores (SHANK; GOVINDARAJAN, 1995); ignorando até mesmo a interdependência das atividades realizadas dentro da empresa.

Já o conceito de cadeia de valores possibilita uma visão sistêmica de todas as atividades que são realizadas desde a fonte de matéria-prima até o produto final, oferecendo inúmeras oportunidades de se obter eficiência e eficácia no negócio, através da gestão econômica destas atividades; explorando elos fornecedores/empresa/clientes; e conhecendo, adequando e controlando os fatores determinantes dos custos em cada atividade.

Uma empresa consegue atingir seus objetivos através das atividades desempenhadas por cada um dos grupos especializados da organização. A contabilidade por atividade objetiva a coleta de informações sobre o desempenho operacional e financeiro de atividades significativas da empresa e um Sistema de Gestão da Contabilidade se propõe auxiliar os gestores de todas as áreas funcionais a melhorarem as formas de se apropriarem custos às atividades e destas para os produtos.

A partir do momento em que se encontra estruturada a cadeia de valores da empresa, com suas atividades de relevância estratégica desagregadas, a base para a contabilidade por atividade já está estabelecida.

O fundamento da Gestão Estratégica de Custos é o conjunto de atividades que são realizadas pela empresa dentro da sua cadeia de valores. Portanto, o primeiro passo para o processo de administração, no contexto da Gestão Estratégica de Custos, é o levantamento de todas as atividades que são realizadas, desde a fonte de matéria-prima até o produto final nas mãos do consumidor. A organização preocupa-se com o seu mercado e assim, deverá explicitar princípios e escolher uma estratégia competitiva para conduzir suas atividades no longo prazo.

Neste contexto, o planejamento estratégico pode ser definido como um processo gerencial de manutenção e desenvolvimento de estratégias para a organização, o seu mercado, suas oportunidades e seus recursos.

Desta forma, este tratamento possibilita identificar uma metodologia consistente para que administradores hospitalares possam refletir e analisar o fenômeno objetivamente, e assim, serem capazes de tomar as decisões mais acertadas possíveis para as complexas questões estratégicas da gestão de organizações de saúde.

O Planejamento Estratégico para organizações hospitalares complexas deve se fundamentar na premissa de que os gestores formulam e implementam estratégias no cumprimento de seus mandatos, mediante planos, os quais gerem excedentes (resultados) nos diferenciados serviços e áreas de atuação, necessários para financiar os investimentos em padrões tecnológicos mais atualizados possíveis e, atendendo ao mesmo tempo rigorosos padrões de qualidade e segurança.

O Planejamento Estratégico constitui, pois, um conjunto de conceitos, procedimentos, e ferramentas desenhadas para assistir aos gestores dessas organizações nesta empreitada. Neste sentido Bryson (1995, p. 37), define o planejamento estratégico como:

“[...] O esforço disciplinado para produzir decisões fundamentais e ações que delineiam, dirigem o que uma entidade é, o que ela faz, e por quê o faz.”

Este conceito de estratégia permite diferenciar uma administração complexa, como é a hospitalar, de maneira positiva, segundo o papel dessas organizações no sistema de saúde, principalmente no contexto brasileiro, onde a responsabilidade de se manter posições conquistadas praticamente são irreversíveis, devido aos altos custos de saída (responsabilidades sociais, éticas, imagem profissional e sistêmicas), e devidas ao seu alto custo social, além dos desafios de competir de maneira eqüitativa e compartilhada com o melhor posicionamento concorrencial, em um setor tão dinâmico e de demanda potencial insatisfeita, como é o da saúde no Brasil. Envolvem-se importantes aspectos quanto ao foco e atuação dos gestores de uma organização hospitalar.

Ainda em Bryson (1995), pode-se identificar um ciclo estratégico inicial, anterior às decisões estratégicas a serem implementadas, que contempla os seguintes aspectos, e que certamente podem ser adaptados à realidade hospitalar:

- a) Inicialização e concordância acerca do processo de planejamento estratégico, que trata do acordo negociado entre decisores-chave internos e externos ou da opinião de líderes acerca da estratégia global na organização. Essa etapa é vital para o sucesso do planejamento;
- b) Identificação dos mandatos organizacionais, ou seja, o propósito ou a finalidade para a qual a organização deve concentrar esforços;
- c) Esclarecimento organizacional do propósito ou da situação desejável de desempenho (razão específica, justificativa de sua existência) e dos valores (princípios que norteiam as ações e decisões);
- d) Avaliação de ameaças e oportunidades bem como de potencialidades e fragilidades internas e externas da organização;
- e) Identificar os desafios estratégicos críticos, que tratam de questões políticas fundamentais ou desafios que afetam toda a estrutura e o próprio negócio;

- f) Formulação de estratégias e planos para lidar com os desafios e/ou resultados, traduzidas efetivamente por um conjunto consistente de propósitos, políticas, programas, ações decisões ou alocações de recursos que definem o que a entidade é, o quê ela faz, e por quê o faz;
- g) Revisão e adoção de estratégias e planos com flexibilidade, onde muitas vezes é necessário obter aprovação formal para adoção e implementação de planos;
- h) Estabelecimento de uma efetiva visão organizacional de futuro: desenvolver uma descrição de como ela deveria ser, uma vez implantada e plenamente alcançadas os objetivos, abrangendo a descrição de suas estratégias básicas, critérios de desempenho, regras de conduta, preceitos éticos esperados dos colaboradores;
- i) Desenvolvimento de efetivo processo de implantação. Essa etapa preconiza que somente a criação de planos não é suficiente. As mudanças indicadas pela adoção das estratégias devem ser incorporadas ao sistema para que sejam incorporadas aos valores organizacionais;
- j) Realimentação dos processos operacionais, integrativos e estratégicos propriamente ditos, o que consolida o aprendizado consistente e consolidado para a organização hospitalar de novas competências, retornando ao ciclo inicial.

Bryson (1995, p. 37) denomina este ciclo de *Strategic Change Cycle*, ou Ciclo Estratégico de Mudanças, se prestando inclusive para inúmeras áreas de estudo das organizações hospitalares.

A organização hospitalar por sua vez busca reduzir seus custos sem impactar de forma negativa na qualidade da prestação de seus serviços à comunidade, conforme já referido anteriormente, o que deve constituir a estratégia imprescindível para a competitividade e o sucesso destas organizações, como concluem autores como Shiozawa et al., (2003), Mihalik, Scherer e Scherer (2003) e O'Connor e Shewchuk (2003).

Silveira e Shiozawa (2003) demonstraram como este princípio influi na escolha da metodologia e análise do custo de uma complexa atividade médica, resultando em determinantes para suas estratégias operacionais.

Hay (1990) discute os aspectos mais relevantes da redução de custos sem que haja perda da qualidade, que segundo Juran e Gryna (1991), precisa levar em conta os benefícios do custo do controle da qualidade vs a eficácia de uma determinada atividade.

Neste sentido, mesmo as organizações de saúde sem fins lucrativos necessitam de resultados superavitários, os quais lhe irão permitir fazer novos investimentos, otimizar seus processos operacionais e ao final, garantir a assistência prestada ao usuário final, com qualidade e de forma sustentada.

2.1 Estratégia, vantagem competitiva e cadeia de valor

Segundo Ansoff (1977) e Porter (1995, p 35), as estratégias das organizações estão alinhadas aos princípios de qualquer organização que busca sua verdadeira vantagem competitiva, sendo que a profissionalização da gestão hospitalar é o ponto alto desta discussão para Dunham, Kindig, Schulz (1994), alinhados ainda aos princípios de estratégia específica das organizações de saúde (BARBANTI, 2000).

Percebe-se então a necessidade de combinar as atividades ou funções realizadas na instituição para se criar uma Vantagem Competitiva sustentável, conforme enfatiza Porter (1995, p. 35):

"[...] Posições estabelecidas sobre sistemas de atividades são mais sustentáveis do que as obtidas sobre atividades individuais."

Ainda, segundo esse autor, a partir de uma cadeia genérica de atividades, as de maior valor podem ser identificadas e estudadas com maior profundidade.

Dessa forma, a Cadeia de Valores é a forma sistemática para o exame de todas as atividades relevantes e independentes executadas por uma organização, e do modo como interagem interna e externamente ao ambiente.

A Cadeia de Valores é necessária para a análise das fontes de Vantagem Competitiva ou para ganhos internos na sua produtividade. Será adotada a definição de Cadeia de Valores de Porter (1995, p. 35), alinhando o conceito de estratégia dado por Zaccarelli (1996).

A cadeia de valores, segundo Tachibana e Dias (2001, p. 01), no pensamento tradicional, toda empresa ocupa um lugar na cadeia de valores e os fornecedores fornecem entradas. a empresa soma os valores para as entradas antes de passá-los para o próximo agente principal da cadeia: o cliente, um negócio ou o cliente final, ademais nesta visão, estratégia é o posicionamento da empresa no lugar certo da cadeia de valores: o negócio certo, os produtos certos, os segmentos certos de mercados, e as atividades certas de valor-somado.

Ainda ressalta o autor que:

Nesta nova perspectiva, o sucesso da empresa não vem somente do valor-somado, pois o foco de análise estratégica é o sistema de valor-criado da empresa ou indústria, onde os agentes econômicos (fornecedores, sócios, clientes) trabalham juntos para co-produzir valores. A tarefa estratégica chave da empresa é a reconfiguração das funções no meio desta constelação de agentes para mobilizar a criação do valor em novas formas e para novos jogadores. Sendo sua fundamental meta estratégica criar um proveitoso ajuste entre competitividade e cliente[...].

Uma empresa ganha sua Vantagem Competitiva executando estas atividades estrategicamente importantes de uma forma mais barata, ou melhor, do que a prática corrente do setor e de seus competidores (SHUKLA; PESTIAN; CLEMENT, 1997).

O bem e/ou serviço prestado por uma organização pode tornar-se, eventualmente, parte da Cadeia de Valores de seu cliente. O relevante na construção de uma Cadeia de Valores é que ela se constitui na fonte básica de Vantagem Competitiva.

Porter (1995, p. 35) define que as atividades de valor podem ser divididas em duas abordagens sistêmicas: do subsistema de Atividades Primárias e do subsistema de Atividades de Apoio. A performance destas organizações dependerá da capacitação em estratégia de seu grupo de trabalho.

Shiozawa et al. (2003) por sua vez demonstraram como a Vantagem Competitiva das organizações hospitalares de alta complexidade de natureza filantrópica pode ser atingida por rearticulação de sua Cadeia de Valores, também denominado de “*outsourcing*” (MORRISEY, 2003 - não consta na bibliografia).

Esta análise em torno de uma organização hospitalar sem fins lucrativos e de natureza filantrópica demonstrou como estas instituições requerem também uma gestão administrativa de alta complexidade, que busca reduzir custos, e com isto, a otimização dos recursos financeiros utilizados (BOLSTER, 2002), para poder oferecer alta qualidade em seus produtos de competência (TYLER, 2003), comprovadamente por este trabalho definido pelo seu alto grau de conteúdo de segurança e confiabilidade.

E, identifica os requisitos de alto desempenho exigido de todos os níveis de gestores, desde os níveis operacionais aos cargos diretivos da organização, como alusão ao preparo de profissionais de saúde que exercem papéis diretivos em hospitais (DUNHAM; KINDIG; SCHULZ, 1994).

A fonte de vantagem competitiva sustentável, constatando e confirmando as referências de Porter (1995, p. 35), encontra-se na transformação da cadeia de valores.

Neste sentido, e mesmo estudo de Shiozawa et al. (2003), mostra como a sub-contratação possibilita uma vantagem competitiva sustentável, por redução dos custos da atividade, além de revelar outros indicadores para análise dos custos de transação existentes (WILLIAMSON, 1979). O resultado desta otimização de recursos e melhoria da performance e dos seus resultados (BOLSTER, 2002), passam a permitir que estas organizações efetivem seus investimentos em capacitação de pessoas, em suas plantas e atualização de sua tecnologia médica (CAMPBELL, 1994).

Ainda segundo Shiozawa et al. (2003), no caso da sub-contratação, quando uma empresa é escolhida, ela deve elaborar um programa de transformação estrutural como condição de que suas características garantam o sucesso de sua transformação funcional na cadeia de valores, revelando que a organização contratante torna-se responsável pelo estudo de mercado, pelo estudo do plano de implantação deste processo e da determinação das reais necessidades e qualidades que necessita para a prestação do serviço objetivo como um todo.

Gersdorff (1980), em um estudo ainda clássico, listou as seguintes funções que a Contabilidade de Custos pode desempenhar dentro da empresa hospitalar:

- a) assistência na tomada de decisões: um bom sistema de custos deve proporcionar segurança para o administrador tomar decisões táticas e estratégicas;
- b) controle de custos: demonstrar se os custos estão dentro dos parâmetros aceitáveis;
- c) redução de custos e eliminação de desperdícios: em virtude dos demonstrativos, o administrador deve montar um programa de redução de custos e eliminação de desperdícios;
- d) comparação de processos de produção e dos seus custos: demonstrar se é mais vantajoso produzir todos os serviços no próprio hospital ou repassá-los para outras empresas (terceirização);
- e) planejamento dos serviços hospitalares: colaborar no estabelecimento de orçamentos, custos-metas e custos padrão;
- f) cálculo dos valores a serem cobrados dos pacientes: estabelecer o preço de venda mínimo para os serviços produzidos pelo hospital;
- g) avaliação de estoques: valorizar os estoques do hospital;
- h) separação dos custos: os dispêndios referentes a cada função do hospital (reabilitação, prevenção, restauração, ensino e pesquisa) devem ser controlados separadamente.

2.2 Sistemas de custos

Longe de se pretender tratar aqui da discussão do custo como fenômeno contábil ou econômico, e tendo apenas a intenção de mostrar suas diferentes abordagens e a obrigatoriedade de sua interdisciplinaridade, vale lembrar, como aponta Bacic (2004, p. 124) que a gestão ou administração de custos deve ser entendida como a contabilização e/ou geração de informações sobre a situação atual, futura e passada dos elementos de custos, a construção de uma situação favorável em termos de custos dentro de uma perspectiva sistêmica e de geração de valor para o cliente. O controle dos custos dentro dessa perspectiva e o desenvolvimento de uma compreensão dos fatores geradores de custos (no curto e longo prazo), devem sempre estar apoiando a manutenção e o aumento da competitividade da empresa.

Neste sentido a visão a prevalecer sobre custos deverá ser "transfuncional e multidisciplinar". Ainda mais na área da saúde, onde o custo face ao valor intrínseco, torna difícil o estabelecimento de preços, e onde os resultados não se medem simplesmente por ganhos econômicos.

As mudanças recentes no contexto operacional das organizações levaram a que a administração de custos também ampliasse seu escopo, passando a incorporar em suas preocupações além dos aspectos financeiros e econômicos (resultantes das dimensões quantitativas e qualitativas), nos processos internos de prestação de serviços, como no caso da saúde, também os aspectos ligados a relações das instituições com os demais agentes envolvidos no sistema como um todo (cadeia de valor e de atividades compartilhadas).

Deve-se estender estes enfoques conceituais nos serviços de saúde, onde o custo dos programas, instituições, procedimentos e atividades resultam de estruturas físicas e técnicas, comportamentos ou processos existentes em cada localidade e instituição. O entendimento das diferenças existentes, no processo de prestação de serviços associado ao tratamento de cada diagnóstico ou realização de cada programa, é um passo inicial para o sistema de informações necessárias ao cálculo de insumos utilizados, custos incorridos e eficiência dos resultados alcançados.

Alguns trabalhos (por exemplo, MEDICI; MARQUES, 1996) citam sistemáticas de cálculo de custos nos Estados Unidos à partir de 1983, que passaram à adoção de sistemáticas de atribuição de custos à partir de classificação dos serviços hospitalares em grupos, DRG's (grupos de diagnósticos relacionados), onde cada um dos grupos é baseado numa média de casos similares, nos quais são atribuídos custos relacionados ao tipo de caso cruzado com características do paciente como sexo, idade, diagnóstico principal, diagnósticos adicionais, procedimentos cirúrgicos adotados etc. Usando-se de ponderações com custos históricos de diferentes instituições e, taxas de ajustes para compensar diferenças regionais, esta sistemática estabelece critérios mais racionais para pagamentos dos serviços. Esta metodologia vem sendo adotada em outros países como Inglaterra, França e Itália.

Mais do que reduzir a variabilidade de cada situação, no sentido de impor padrões de comportamento, por meio do cálculo de custos e do uso de técnicas

de racionalização de custos, busca-se com a adequação da apuração e gestão de custos, aliá-las às técnicas de gestão de qualidade, enriquecendo seus estudos para entender as diferenças, explicar e custear os serviços adequadamente. Essas técnicas, métodos e práticas consideradas como “as melhores práticas” (em termos de eficiência, eficácia e qualidade) por diferentes agentes do sistema, e não as simplesmente de menor custo, podem servir de referência para diferentes organizações, além de permitir a comparação entre os diferentes custos encontrados. Tais parâmetros desenvolvidos podem permitir por exemplo uma base adequada para remuneração dos agentes privados por serviços médicos, por parte do setor público.

A tendência à substituição de programas de tratamento de doenças por programas de prevenção, já referido como um dos mecanismos usados em diferentes países para redução dos custos e gastos gerais dos sistemas integrados de saúde, reflete a mesma idéia presente na implantação da gestão estratégica de custos através do uso de diferentes ferramentas, inclusive através do calculo de custos da não-qualidade, que afetam os diferentes sistemas organizacionais dos agentes que o integram.

Estas contribuições recentes revelam a necessidade de integração de diferentes áreas do conhecimento na Gestão de Custos, permitindo a integração das atividades existentes no mundo real e a necessidade de captar e refletir a respeito das mudanças na gestão das instituições. Neste mesmo sentido, cabe lembrar que além de sua atuação direta na saúde, o Setor Público pode exercer influência indireta nesse setor, em suas políticas educacionais, de saneamento básico, regulamentação sanitária e no setor de seguros-saúde (em geral exercido pelas instituições financeiras) as quais por sua vez podem refletir nos custos gerais do sistema de saúde.

Não se pretendendo ficar apenas na análise da racionalidade e eficiência dos serviços de saúde no contexto brasileiro, torna-se imprescindível conhecer os custos dos diferentes prestadores de serviços de saúde e assim, utilizar a demonstração de custos como referência e ponto de partida para o melhor gerenciamento de um agente nas suas relações específicas como o sistema.

Ressalte-se ainda que, ao lado da eficiência alocativa dos recursos, objeto principal das análises de custo, existe a implicação em discutir e avaliar a melhor

utilização dos recursos na prevenção ou na cura; repassar recursos para diferentes regiões visando uma determinada equidade redistributiva, ou seja, financiar quem, quando e como. Estas são as questões básicas da chamada eficiência redistributiva, colocadas como preceitos fundamentais na avaliação de políticas e programas de saúde que se tornaram fatores influentes sobre as duas formas de eficiência na organização hospitalar: a gerencial e a técnico-operacional.

A discussão da eficiência gerencial coloca uma questão básica, como aponta Medici (1997, p. 154):

[...] Qual a melhor forma para estruturar gerencialmente um sistema de saúde, do ponto de vista macro (redes de serviços) e do ponto de vista micro (isto é, do próprio estabelecimento?).

Mais uma vez, a questão do custo das diferentes opções é fundamental para as decisões a serem tomadas pelos formuladores de políticas e gerentes de programas e estabelecimentos.

Quanto à eficiência técnico-operacional, isto nos leva a depender de análises sobre tecnologias, terapias, processos ou meios alternativos, visando alcançar o mesmo fim de se aumentar o produto sanitário e, novamente, os estudos de custos nos possibilitam a escolha de opções.

A utilização das informações propiciadas por um eficiente sistema de custos pode proporcionar aos gestores bases mais seguras para a tomada de decisões.

Segundo Carpintéro (2002, p. 10), em um processo de tomada de decisões, os administradores precisam conhecer o custo dos bens e ou serviços com os quais estão lidando, necessitam identificar os objetivos dos custos, que podem ser definidos como qualquer atividade para a qual se queira ter uma medida separada de custos.

Vale ressaltar que os custos representam o valor dos bens e serviços consumidos na produção de outros bens ou serviços. Dessa forma, em uma organização hospitalar, pode se entender como custos os gastos incorridos para a obtenção de um serviço prestado como, por exemplo, o custo com antibióticos para dar alta a um paciente com pneumonia.

Assim definindo, parece fácil a tarefa de apurar um custo, pois exige, apenas, a apuração de todos os recursos consumidos pela empresa e sua

distribuição sobre os produtos ou serviços gerados. Ao se considerar, porém, a complexidade dos recursos aplicados pela empresa, a existência de consumos indiretos para suporte (apoio) à produção, entre outros, percebe-se que essa ação não é nada simples.

Rocchi (1989, p. 19) afirma que:

[...] A apuração dos custos em estabelecimentos hospitalares é um trabalho complexo que exige, em outras condições, a perfeita delimitação dos centros de custo e um eficiente sistema de informações gerenciais, conseqüência direta da diversidade dos serviços prestados. Também destaca que, em qualquer hospital, o controle de custos visa fundamentalmente determinar e analisar o custo total dos serviços prestados a cada paciente, levando-se em consideração a finalidade do sistema, a apuração e a análise de um hospital, ou seja, o cômputo do custo de cada cliente e de cada tipo de serviço prestado.

A contabilidade de custos segundo Horngren, Foster e Datar (1978, p. 1042) é:

[...] Um método quantitativo que coleta, classifica, resume e interpreta as informações, com três propósitos principais: (1) planejamento e controle operacionais, (2) decisões especiais e (3) custeio do produto.

A importância e a utilidade da contabilidade de custos depende de seu bom aproveitamento para auxiliar os gerentes a atingir esses três propósitos amplos e difíceis.

Se a contabilidade de custos se preocupar somente com o propósito de custeio do produto, os outros dois propósitos provavelmente não serão satisfeitos.

Nesta visão alerta Horngren, Foster e Datar (1978, p. 1042):

Se o contador de custos considerar os três propósitos, suas motivações e ações hão de intensificar o papel da contabilidade de custos no futuro dos negócios. Isso significa que podemos esperar uso crescente de instrumentos de contabilidade gerencial, tais como orçamento, custeio-padrão, contabilidade por responsabilidade, abordagem de contribuição e a adaptação dos dados relevantes para decisões especiais [...].

Ressalta-se que os instrumentos da contabilização de custos abrangem muito mais que escrituração e preparação de demonstrativos contábeis convencionais.

A metodologia da Contabilidade de Custos tem inter-relação vital com outras áreas, como a engenharia, a estatística, a matemática, a economia, a teoria organizacional, a teoria da decisão e a psicologia social.

A Contabilidade de Custos integra a Contabilidade Gerencial, e esta amplia enormemente o campo de aplicação da contabilidade, ao utilizar-se de conceitos de outras áreas do conhecimento, principalmente da administração, da produção, da análise organizacional, e, principalmente financeira.

Segundo a arguta lição de Beulke & Bertó (1997, p. 22):

[...] O esforço de controle de custos é sobremodo relevante para a sobrevivência de diferentes instituições de saúde, que dependem acentuadamente das receitas oriundas de repasses de recursos públicos. Neste sentido, várias ferramentas gerenciais podem ser utilizadas, como por exemplo: a própria contabilidade; o detalhamento dos custos por áreas de responsabilidade; o orçamento financeiro; os sistemas de controle de materiais; os sistemas de controle de serviços; os dados de atendimento aos pacientes; o conhecimento e a comparação com padrões físicos, internos e externos, dos vários procedimentos etc.

E, suas relações com o processo decisório, referem-se às atividades de coleta e fornecimento de informações, relacioná-los a serviços prestados, custos e preços, alternativas de execução e relacionadas com atividades e operações repetitivas e, aquelas de natureza estratégica, não repetitivas, e mais ainda, integrar-se com as principais políticas das organizações hospitalares.

2.3 Administração de custos (sistemas) e gestão hospitalar

Dentro dos objetivos formados por este trabalho, torna-se necessário tratar dos conceitos e dos sistemas e métodos de custeio tratados na literatura técnica, que é feito a seguir:

- **Custeio Tradicional:** É o sistema de apuração de custos que através do conceito de centros de custos (grupo de elementos de custos) aloca os

custos indiretos aos objetos de custo, utilizando critérios de rateio fundamentados na escolha arbitrária de bases de alocação, que em termos gerais, são fortemente influenciadas por questões de volume.

- **Custeio Direto:** Se os dois sistemas anteriores de apuração de custos se preocupam com a distribuição dos custos indiretos, este aloca apenas os custos diretos, ficando, assim, os custos indiretos em uma conta que precisa ser coberta pela sobra das receitas menos os custos diretos.
- **Custos Diretos e Indiretos:** O custo direto é aquele que pode ser identificado com o objeto de custo de uma maneira economicamente viável. Já o custo indireto é aquele que não pode ser identificado de uma maneira economicamente viável.
- **Custos Fixos e Variáveis:** Os custos variáveis são elementos de custo que variam, no total, direta e proporcionalmente ao volume. Já os custos fixos são aqueles que, no total, não apresentam qualquer variação em relação ao volume.
- **Análise de Ponto de Nivelamento:** É a análise que mostra o ponto mínimo (em termos de volume ou receita) de operação da empresa, ou seja, se a empresa não alcança o ponto de nivelamento ela não consegue obter lucro em suas operações.
- **Análise de Custeio Diferencial:** Serve para analisar alternativas, identificando custos relevantes, isto é, custos que se relacionam com o futuro e diferem entre as situações sob análise. Nesta análise desconsideram-se os *sunk costs*, ou seja, aqueles que já foram comprometidos e não podem ser recuperados, independente da decisão a ser tomada.

2.3.1 Sistema de custeio por absorção

Sá e Sá (1995, p. 73) definem centros de custos como sendo:

[...] O lugar ou seção de uma empresa que recebe as cargas dos custos com a finalidade de saber o quanto se aplicou para mantê-la. [...] o centro de custo é, no conceito geral, uma subdivisão técnica utilizada

contabilmente para que se consiga uma racional divisão dos custos indiretos do exercício, observando-se as unidades de gestão e controle.

Logo, os centros de custos podem ser definidos como aquelas unidades que se caracterizam por realizar atividades homogêneas dentro do processo produtivo da organização. Selig (1993, p. 47) define por homogeneidade:

[...] Um agrupamento real ou ideal de meios materiais e humanos agindo com a mesma finalidade, usando os mesmos meios, participando das mesmas despesas e possuindo, pois, aproximadamente as mesmas características.

Para Sá e Sá (1995, p. 73):

[...] O critério adotado para as divisões de tais centros é o da natureza dos trabalhos ou responsabilidades administrativas. [...] em uma fábrica de biscoitos, por exemplo, podem ser "centros de custos" as seções de "Mistura", de "Enfornagem", de "Seleção de Embalagem"; cada empresa obedece a um critério, pois é variável a divisão.

A definição dos centros de custo varia de acordo com o processo de trabalho de cada organização. Rocchi (1989, p. 21) agrupa os centros de custos em três categorias:

- Centros Auxiliares e de Apoio (CAA): correspondem aos centros cuja principal função é a de auxiliar o funcionamento de outros centros de custo e/ou prestar serviços para todo o estabelecimento como, por exemplo, os serviços de vigilância, de portaria e de limpeza;
- Centros Geradores de Receita (CGR): correspondem aos centros de custos que prestam ou fornecem atendimento e serviços diretamente aos pacientes, ou seja, representam a atividade-fim do hospital como, por exemplo, o Centro Cirúrgico, as Unidades de Internamento e o Serviço de Raios-X;
- Centros Administrativos (CA): correspondem aos centros de custos responsáveis pelos trabalhos de supervisão, controle e informação como, por exemplo, a Contabilidade, a Gerência e Arquivos.

Nos estabelecimentos hospitalares de natureza pública, a denominação de “Centros Geradores de Receitas” pode parecer um tanto quanto imprópria, visto que esses estabelecimentos não visam à formação de lucro econômico.

Em tais casos, todavia, essa denominação é justificada pelo fato de ser nos Centros Geradores de Receita que são prestados os serviços os quais, futuramente, terão seus custos compensados por fundações, instituições financeiras, órgãos previdenciários, seguradoras ou através de dotações governamentais.

Não existe uma concordância de opiniões nos manuais ou livros a respeito do número de centros de custos necessários.

Rocchi (1989, p. 21) faz o seguinte esclarecimento a respeito:

Uma divisão excessivamente detalhada levará a um sistema que irá gerar um número excessivo de informações, na maior parte irrelevantes ou desnecessárias, e com alto custo de funcionamento; no caso oposto, quando se agrupam operações e equipamentos completamente diferentes sob o mesmo título, os dados de custo obtidos através do sistema serão insuficientes para a maior parte das atividades administrativas [...].

Para Fernandes (1993, p. 29):

Os serviços hospitalares são realizados em unidades, seções, setores etc., que pela complexidade da atividade, recebem custos diretos, indiretos e transferências interseccionais, motivo pelo qual utilizamos o método de cálculo de custo seccional (departamental ou setorial) complementado com custos da comercialização e necessários para uma apropriação correta [...].

Este autor defende a idéia de que é necessária a elaboração de um plano de centros de custos, os quais podem indicar unidades, seções e setores e outros não existentes fisicamente, considerados como ponto de referência da comercialização dos bens, além dos centros necessários para isolar custos rateáveis ou não.

Nesses centros, são apropriados os custos diretos e indiretos, para posteriormente, receber e/ou ratear, apurando-se os custos unitários, intermediários e finais. Esse sistema de custo seccional favorece o controle

analítico dos custos por responsabilidade (centros de custos), além de comparação de custos com receitas, custos unitários, tabelas de preços, custos incorridos e volumes de produção, com exercícios passados e expectativas.

No plano dos centros de custos, os grupos serão alocados pela ordem de seus rateios, ou seja, inicia-se o elenco com o grupo de centros que deve ser rateado em primeiro lugar e com o mesmo critério para os demais grupos.

Com o intuito de facilitar a interpretação e atender ao sistema de custo seccional, esses centros devem ser distribuídos por similaridade no que se refere às suas funções e funcionamentos e, de acordo com Fernandes (1993), são classificados em diferentes grupos:

- **Grupo A:** nesse grupo estão os centros de custos que, além de trocarem serviços entre si, também trabalham para os demais centros de custos. São eles:
 - Edificações
 - Administração
 - Transporte Próprio
 - Almoxarifado
 - Limpeza
 - Manutenção e Reparo dos Bens
 - Caldeiras
 - Nutrição e Dietética
 - Lactário
 - Lavanderia, Rouparia e Costura
 - Farmácia-Depósito
 - Enfermagem
 - Centro do Material - Esterilização
 - Serviço Social Médico
 - Alojamento e Utilidades - Diversos
 - SAME ou SPP

- **Grupo B:** os centros de custos desse grupo são importantes para apuração do custo das diárias por tipo de aposento e critérios atuais de cobrança, caso específico das diárias da clínica obstétrica, nas quais

são incluídos os custos das estadias da mãe e do recém-nascido. Diz respeito a:

- Refeições a Pacientes
- Berçário

- **Grupo C:** os centros desse grupo isolam os custos de medicamentos e materiais fornecidos a pacientes internados e externos, além de filmes e materiais/medicamentos radiológicos, as dietas parenterais e os custos com gasoterapia. Normalmente as receitas desses centros são cobradas à parte de qualquer outra unidade, portanto somente são rateados para comporem custos dos pacientes-dia, custos finais do ambulatório, pronto socorro e exames radiológicos. Além dos custos próprios do seu funcionamento, recebem outros do Grupo A. Referem-se a:
 - Medicamentos a Pacientes Internados
 - Materiais a Pacientes Internados
 - Medicamentos a Pacientes Externos
 - Materiais a Pacientes Externos
 - Filmes, Materiais e Medicamentos Radiológicos
 - Dieta Parenteral / Enteral
 - Gasoterapia

- **Grupo D:** encontram-se nesse grupo os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT's). O custo total desses centros é apropriado diretamente e os recebidos por rateio dos centros do Grupo A. Suas unidades são cobradas isoladamente das demais. Seus custos são rateados para apuração do custo do paciente-dia, ambulatório, pronto socorro, hemodiálise e exames a pacientes externos. Engloba:
 - Laboratório de Análises Clínicas
 - Laboratório de Anatomia Patológica
 - Radiologia
 - Banco de Sangue
 - Eletrocardiografia
 - Hemodiálise

- Eletroencefalografia
 - Radioterapia
 - Fisioterapia
 - Tomografia
 - Hemodinâmica
 - Ultra-sonografia
 - UTI, no caso dos leitos dessa unidade não serem computados na capacidade do hospital, ou seja, quando o paciente internado na UTI tiver leito designado e vago em qualquer das Unidades de Internação.
- **Grupo E:** os centros desse grupo, com seus custos próprios e os recebidos de centros de outros grupos, indicam valores/custo e custos unitários que são cobrados com margens de comercialização ou Tabelas de preços isoladamente de outras unidades. Seus valores/custos e os custos de suas unidades devem integrar somente o custo do paciente-dia-cirúrgico, ortopédico e obstétrico, ou seja, não devem fazer parte do custo dos pacientes em tratamento clínico. Compõe-se de:
 - Próteses e Órteses - Cirúrgicas
 - Próteses e Órteses - Ortopédicas
 - Anestesia
 - Centro Cirúrgico
 - Centro Ortopédico
 - Centro Obstétrico
 - Pós-Anestésico ou Cirúrgico.
- **Grupo F:** os centros desse possibilitam que sejam apurados os custos das diárias pelos diferentes tipos de acomodações e, ainda, também por tipos de acomodações, os custos dos pacientes-dia clínicos, ortopédicos e obstétricos. São eles:
 - UTI - adultos
 - Unidade de Internação "A"
 - Unidade de Internação "B"

- Unidade de Internação "C"
 - Unidade de Internação "D"
 - Unidade de Internação "E"
 - Berçário – Internados
- **Grupo G:** nesse grupo são apurados e isolados os custos com os pacientes não internados. Diz respeito a:
 - Pronto Socorro
 - Ambulatório
 - Hemodiálise - Pacientes Externos
 - Exames Complementares a Pacientes Externos.
- **Grupo H:** nos centros de custos desse grupo são apurados e isolados uma "mistura" de custos, normalmente cobrados separadamente de outras unidades. Referem-se a:
 - Salários e Honorários Médicos
 - Alojamento e Utilidades a Funcionários
 - Extraordinários a Pacientes e Acompanhantes
 - Remoção de Pacientes
 - Lanchonete
 - Velório
- **Grupo I:** nos centros de custo desse grupo são isolados os custos e despesas não computáveis a outro centro ou unidade de custo. Forma-se de:
 - Custos e Despesas não Computáveis.
- **Grupo J:** nos centros desse grupo são apropriados os custos envolvidos na produção de bens para consumo próprio ou imobilizações da empresa, quais sejam:
 - Oficina de Costura
 - Farmácia Semi-Industrial
 - Marcenaria
 - Granja ou Chácara

Por sua vez, o Manual de Apuração de Custos Hospitalares do Ministério da Saúde (BRASIL, 1988), define apenas três grupos de centros de custos: Centros de Custos de Atividades Gerais, Centros de Custos Intermediários e Centros de Custo Final.

Os Centros de Custos de Atividades Gerais são os responsáveis pelas atividades de caráter geral ou comum do hospital. Compreende os seguintes setores:

- Administração;
- Almoxarifado;
- Ambulância;
- Biblioteca;
- Costura;
- Documentação Médica;
- Esterilização;
- Farmácia;
- Gráfica;
- Lavanderia;
- Nutrição e Dietética;
- Serviços Gerais;
- Transporte.

Esta classificação ressalta que alguns serviços, seções e setores da unidade podem ser agrupados ou não em um único centro de custos, conforme o interesse da unidade em identificar ou não os custos específicos de cada um. Por exemplo: o centro de custo "Serviços Gerais" pode compreender: limpeza, portaria e vigilância, obras e manutenção, e outros.

Os Centros de Custos Intermediários referem-se às atividades complementares ou de apoio da unidade hospitalar, como:

- Anestesiologia;
- Endoscopia;
- Fisioterapia;
- Hemoterapia;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Medicina Nuclear;
- Braquiterapia;
- Psicologia;

- Radiologia;
- Radioterapia;
- Reabilitação;
- Serviço Social;
- Traçados Diagnósticos (ECG, EEG, Holter, M.A.P.A.).

Os Centros de Custos Finais referem-se às atividades relacionadas com a consecução dos objetivos finais da unidade como, por exemplo:

- Ambulatório Geral de Adultos;
- Ambulatório de pediatria;
- Centro Cirúrgico;
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Odontologia;
- Pronto-Socorro;
- Unidade de Internação de Clínica Médica;
- Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica;
- Unidade de Internação Geral;
- Unidade de Internação de Pediatria;
- Unidade de Internação por Especialidade;
- Centro de Estudos.

A organização hospitalar pode ainda obedecer à classificação de Centros de Custos sugerida pela Resolução CIP 4-71, de 13 de janeiro de 1971, que apresenta quatro grupos de centros de custos. São eles:

- Centros de Custos de Base: integram os serviços de apoio do hospital. Trocam serviços entre si, mas trabalham principalmente para os Centros de Custos Intermediários, Especiais e de Produção;
- Centros de Custos Intermediários: recebem serviços dos Centros de Custos Base, sendo sua função específica a de servir os Centros de Custos Especiais;
- Centros de Custos Especiais: atendem às atividades-fim do hospital, como unidades de internamento, centro cirúrgico e pronto-socorro; e
- Centros de Custos de Produção: englobam as pequenas indústrias subsidiárias ou atividades paralelas do hospital, com despesas próprias.

Palácio (1993 p. 80) diz que para se fornecer o custo total dos serviços prestados a cada paciente, os custos devem seguir um roteiro sucessivo de alocações e discriminações. Essas etapas são as seguintes:

- a) apuração do custo total de cada centro: essa primeira fase consiste na alocação dos custos aos diversos Centros de Custos sendo que, no caso dos custos não serem diretos ao setor (ex. energia elétrica), a Contabilidade deve utilizar mapas próprios para fazer esta alocação. Obtido o custo total de cada setor, faz-se o rateio dos custos dos centros que prestam serviços para os centros que recebem estes serviços, como por exemplo, o custo total da lavanderia deve ser repassado para os centros que se utilizam das roupas lavadas;
- b) determinação do custo unitário de cada serviço: A segunda etapa do rateio de custos preconiza a divisão dos custos de cada centro para as unidades de serviços geradas naquele setor. Para isso é necessário que cada Centro Gerador de Receita defina qual é a unidade de serviço que ele presta. Assim, o Centro Radiológico pode determinar que a sua base de rateio será o número de radiografias; os postos de enfermagem e a UTI número de diárias e assim sucessivamente. Há casos em que as unidades de serviços são desiguais entre si, como por exemplo, no centro cirúrgico, onde são realizadas cirurgias contaminadas, infectadas e limpas e ainda de pequeno, médio e grande porte. Esses diversos tipos de cirurgias consomem materiais e tempo diferentes e por isso devem ter pesos diferentes na divisão de custos do setor;
- c) apuração do custo total de cada paciente: O paciente ou usuário do hospital é o depositário de todos os serviços gerados pela empresa. No momento em que se dá a entrada do mesmo no hospital, deve ser aberta uma Guia de Internamento, que é o documento contábil no qual são acumulados os seus custos individuais, ou seja, todos os custos de acordo com os serviços recebidos pelo paciente durante sua estadia no hospital.

Ressalte-se que a adequação do Sistema de Custos por Absorção requer que a organização hospitalar utilize o sistema de custo-padrão, no qual o total de custos de cada centro, bem como o número total de unidades de serviços a

serem produzidas no período, seja previstos e depois comparados com o efetivo. Eventuais variações, tanto credoras quanto devedoras, podem ser alocadas diretamente para a conta de resultados (Palácio, 1993, p. 43), no seu sistema de gestão de custos.

2.3.2 Sistema de custeio ABC

É um sistema de apuração de custos que identifica e lista as atividades (tarefas que consomem recursos) da empresa e atribui custos a essas atividades, distribuindo depois estes custos aos objetos de custo usando o conceito de gerador ou direcionador de custo como base de alocação. O gerador ou direcionador de custo é o fator que determina o nível de demanda sobre cada atividade, identificando, então, a causa do custo da atividade e descrevendo, portanto, as razões para mudanças no custo da atividade ao longo do tempo.

Segundo Ching (1997, p. 18), o custo da mão-de-obra direta diminuiu drasticamente e deve estar ao redor de 15%, enquanto que os custos indiretos (*overhead*) têm crescido vertiginosamente. Com isso, observa-se que os sistemas tradicionais, também conhecidos como VBC (*Volume Based Costing*), por utilizarem bases de rateio relacionadas ao volume, já não mais atendem aos usuários da informação.

Atualmente, para serem competitivas, as empresas necessitam de informações de custos cada vez mais detalhadas e precisas. Nesse sentido, estão inseridos também os sistemas de custos por atividades – ABC, que têm se demonstrado pouco eficazes para aplicação no setor saúde.

Tanto o ABC, quanto o recente sistema ABM são termos novos, porém suas técnicas subjacentes têm uma longa história.

No livro publicado no ano de 1981 pelos autores Artur Andersen, Robert L. Grottke e James W. Norris (PLAYER et al., 1997) *“Improving the Profits in Wholesale Distribution – The Manifesting Glass Technique”*, é descrita uma metodologia detalhada usando uma abordagem baseada em atividades.

A abordagem do ABM é também tratada por Peter Drucker, desde 1954, quando observou que a forma de se administrar um empreendimento é por meio da gestão de suas atividades (PLAYER et al., 1997).

No Brasil, os estudos e pesquisas sobre o ABC tiveram início em 1989, e vários autores como Bornia (1997), Brimson (1996) e Kaplan e Cooper (1995) defendem a idéia de que os principais fatores que proporcionaram o desenvolvimento do ABC foram:

- a) a prática da contabilidade gerencial estar “divorciada” das necessidades financeiras;
- b) a insatisfação com os dados de custos, apurados pelos sistemas tradicionais, que distorcem os custos dos produtos/serviços, atribuindo custos indiretos aos produtos, de acordo com bases de rateio arbitrárias (geralmente horas de mão-de-obra direta, horas máquina ou custo de material). Os sistemas tradicionais foram desenhados para épocas anteriores, quando a mão-de-obra direta e os materiais eram os fatores de produção determinantes, a tecnologia era estável e as despesas indiretas apresentavam valores pequenos em relação aos custos totais;
- c) competitividade, ou seja, o mercado está cada vez mais competitivo, sendo necessários sistemas de custos gerenciais que gerem informações para melhoria nos processos;
- d) a busca pela excelência empresarial.

Kaplan e Cooper (1995, p. 16) trata o *Activity-Based Costing* como:

Uma abordagem que analisa o comportamento dos custos por atividade, estabelecendo relações entre as atividades e o consumo de recursos, independentemente de fronteiras departamentais, permitindo a identificação dos fatores que levam a instituição ou empresa a incorrer em custos em seus processos de oferta de produtos e serviços e de atendimento a mercado e clientes [...].

O ABC é um sistema de custos que tem o objetivo de avaliar as atividades desenvolvidas em uma empresa (tanto industrial, quanto de serviços), utilizando direcionadores para alocar as despesas indiretas de uma forma mais realista aos produtos e serviços. O ABC parte do princípio de que não é o produto ou serviço que consome recursos, mas sim, os recursos são consumidos pelas atividades e estas, por sua vez, são consumidas pelo produto ou serviço.

O ABC demonstra a relação entre recursos consumidos (o quê foi gasto: água, luz, salários etc.), atividades executadas (em quê foi gasto: produção, informática, venda etc.) e os objetos de custos - produtos ou serviços (para quê foi gasto: produto A, produto B, atividade X etc.).

Trata-se de um sistema de difícil implantação, e em sua essência, não parece se tratar da mais adequada metodologia de custeio para as organizações hospitalares, por não reduzir efetivamente as distorções provocadas pelos sistemas tradicionais, os quais atribuem custos fixos aos produtos, de acordo com bases de rateio arbitrárias (geralmente horas de mão-de-obra direta, horas/máquina ou custo da mão-de-obra direta).

Brimson (1996, p. 27) ressalta que:

[...] Uma atividade descreve o quê uma empresa faz, a forma como o tempo é gasto e os produtos do processo. A principal função de uma atividade é converter recursos (materiais, mão-de-obra e tecnologia) em produtos/serviços.

De acordo com o conceito de Brimson (1996, p. 27), a atividade está diretamente relacionada aos seus insumos (*inputs*) e produtos/serviços (*outputs*). Assim, a atividade pode ser comparada a um processo ou a um sistema aberto no qual as entradas são os recursos, o processamento é a própria atividade e as saídas, os produtos/serviços obtidos.

Kaplan e Cooper (1998) ainda ressaltam que sua implementação se dá da seguinte forma:

- **Etapla 1** – desenvolver o dicionário de atividades (identificação das atividades): no desenvolvimento de um sistema ABC, a organização identifica inicialmente as atividades executadas, as quais são descritas por verbos e seus objetos associados: programar produção, transferir materiais, comprar materiais, lançar novos produtos, melhorar produtos já existentes, entre outros. Essa identificação gera um dicionário que permite o relacionamento e a definição de cada atividade executada.
- **Etapla 2** – determinar quanto a organização está gastando em cada uma de suas atividades (atribuir custo a cada atividade): o sistema ABC desenha um mapa que pode incluir de despesas relativas a

recursos a atividades. Para isso, utilizam geradores de custos de recursos que associam os gastos e as despesas, conforme informações geradas pelo sistema financeiro ou contábil da organização, às atividades realizadas.

Desta forma, os autores concluem que:

[...] Os recursos são a base de custo para o modelo. Um recurso compreende um agrupamento isolado e homogêneo de custos existentes que representam uma função semelhante ou, no caso de pessoas, que têm um perfil de trabalho semelhante. A soma de todos os recursos incluídos em um modelo equivale ao custo total de uma organização, dentro de um período de tempo determinado.

O sistema financeiro da organização classifica as despesas por códigos, por exemplo, salários, horas extras, materiais indiretos, viagens, telecomunicações, computação, manutenção e depreciação. Nessa etapa, os geradores de custos utilizam as despesas geradas por este sistema para calcular quanto se gasta em atividades de compra de materiais e lançamento de produtos novos.

- **Etapa 3** – identificar produtos, serviços e clientes da organização (identificar os objetos de custos): Segundo KAPLAN e COOPER (1998, p. 103), esta é a etapa mais importante, visto que deve identificar os produtos, serviços e clientes, o que permite tornar as atividades mais eficientes e calcular a adequada remuneração da organização. Goulart (2000, p. 84) cita:

Em um hospital, um exemplo de atividade é 'admitir os pacientes', onde o direcionador de custo de segundo estágio para esta atividade é 'o número de pacientes admitidos'; os custos totais atribuídos às atividades são divididos pelo número de pacientes admitidos, obtendo-se, assim, um custo de admissão por paciente [...].

- **Etapa 4** – selecionar geradores de custos da atividade que associam os custos da atividade aos produtos, serviços e clientes da organização (alocar custos das atividades aos objetos de custos). Kaplan e Cooper (1998, p. 109) explicam que:

[...] A ligação entre atividades e objetos de custos como produtos, serviços e clientes é feita por meio de geradores de custo da atividade. Um gerador de custo da atividade é uma medida quantitativa do resultado de uma atividade.

Com o objetivo de obter uma taxa ou um índice de direcionador de custo, divide-se o custo total da atividade pelo direcionador de custo. Kaplan e Cooper (1998, p. 110), dizem que o custo da atividade é atribuído ao serviço com base no uso daquele direcionador de atividade.

A análise de custos pela metodologia ABC, enfocando a estrutura de custos fixos, demonstra que as decisões tomadas com base no custeio variável podem levar a expectativas de resultados econômicos equivocadas e que, poderá induzir a tomada de decisões incorretas e, conseqüentemente, a adoção de ações que podem gerar resultados desfavoráveis.

2.4 A Abordagem segundo a margem de contribuição

A importância desta abordagem baseia-se em premissas e conceitos utilizados na conformação das informações de custos, que passam a ser de extrema relevância, ao permitir visualizar objetivamente a realidade operacional da organização, e imprimir maior eficácia às decisões gerenciais, dentro de um determinado estágio de competência existente na organização hospitalar no que diz respeito ao seu planejamento, controle e avaliação de resultados.

Outro fator relevante nesta abordagem é que ela pode (e comporte) integrar o sistema por atividades (ABC), capacitando o gestor a identificar e analisar os desempenhos setoriais por meio dos indicadores, além de uma análise por atividades do sistema operacional de parte ou de toda a organização de saúde. E, ainda resulta na maior capacidade do gestor em precificar os produtos e/ou serviços de saúde destas organizações.

A abordagem de custeio por Margem de Contribuição pode contribuir sobremaneira, segundo Ieciona Santos (1987, p. 114), ao entender que o valor resultante da diferença entre o preço de venda e o custo variável, é utilizado para cobrir os custos fixos da organização e contribuir para o lucro.

Desta forma, tendo como foco a lucratividade, esta pode ser analisada em termos de Margem de Contribuição, pois a ênfase de verificação recai sobre os lucros, em detrimento dos custos da organização.

Nestes termos, a abordagem da Margem de Contribuição se correlaciona com o estudo das restrições de um sistema e torna-se importante para aperfeiçoar os lucros do empreendimento, uma vez que, frente a uma limitação de geração de produtos ou serviços, a organização tem que decidir qual produto priorizar em detrimento de outro.

Realiza-se assim, a análise de acordo com a Margem de Contribuição por fator limitante, ou seja, restrição, que segundo Noreen, Smith e Mackey (1996, p. 45):

“Um produto cuja Margem de Contribuição por unidade do recuso com restrição é muito baixa não deve ser enfatizado [...]”

Para economistas, esse problema poderá ser resolvido diante da mudança, ou seja, através do acréscimo de mais um fator de produção que apresenta a restrição. Contudo, tal procedimento somente será válido quando o resultado no produto marginal for maior que o custo marginal proveniente de tal variação.

As propriedades da denominada abordagem segundo a Margem de Contribuição têm sua origem na Teoria da Produção da Firma que trata (MONTORO FILHO et al., 1998 – 145-80):

- relaciona a produção de bens e serviços e consumo por meio do sistema de preços;
- comportamento da variedade de produção: A firma;
- a função de produção em que uso e contribuição de fatores (tecnologia) são analisados, segundo hipóteses básicas, no curto e longo prazo;
- que esta função demonstra que a visualização do resultado operacional se dá gerando os CM (Custos Marginais Totais) se igualam à RT (Receita Total) no longo prazo;
- que a maximização do lucro ocorre em função da capacidade instalada (base de produção dos seus produtos e da tecnologia) despendida *ex-ante*, pelo investimento efetuado;

- que ocorrem ganhos e perdas de escala, observando os preços e custos unitários médios, tanto no curto e longo prazo;
- resulta em modelo de decisões nas situações de planejamento, e a avaliação em que a unidade de produção de bens e serviços trabalha com preços relativos constantes dos fatores de venda, além da capacidade instalada.

Este modelo em sua expressão evoluiu ao apresentar tratamento da Margem de Contribuição na firma multi-produtora de bens e serviços, conceito este que estrutura o modelo de otimização ou maximização do resultado (lucro), considerando a diversificação (*portfolio*) de produtos e serviços, ou seja, aplica-se à organização com multi-serviços e multi-processos, características básicas e presentes intensamente na organização hospitalar, agente básico do estudo neste trabalho.

A Margem de Contribuição é calculada pela diferença entre a Receita Total (Vendas) da empresa menos os seus Custos e Despesas Variáveis.

Pode-se entender ainda, que a Margem de Contribuição é a parcela da receita total que ultrapassa os custos e despesas variáveis (em um período), e que contribuirá para cobrir as despesas fixas e, ainda, formar o lucro, e que pode ser assim representada:

$$MC = RT - (C + DV), \text{ onde:}$$

MC = Margem Contribuição;
RT = Receita Total;
C = Custos;
DV = Despesas Variáveis.

O ponto de nivelamento é o ponto onde valor das vendas atinge a cobertura dos gastos totais (custos, despesas fixas e despesas variáveis). Neste ponto, os gastos são iguais à receita total da empresa, ou seja, a empresa não apresenta nem lucro ou prejuízo. O conceito de Ponto de Nivelamento contribui para solucionar algumas questões relevantes, como:

- Quanto se deve faturar para se conseguir cobrir os custos, despesas fixas e variáveis?
- Qual o volume de serviços a serem gerados para resultarem em excedente (lucro)?

O ponto de nivelamento é que vai definir e esclarecer essas dúvidas. E desta forma, tem-se duas formas de determinar o ponto de nivelamento, através do volume de vendas:

$$PN = (DF / MC) \times VT, \text{ onde:}$$

PN = Ponto de Nivelamento;
DF = Despesas Fixas;
MC = Margem de Contribuição;
VT = Vendas Totais.

Uma análise da Margem de Contribuição é determinada ao se deduzirem os custos variáveis da receita líquida. O resultado desta operação deve cobrir todos os custos fixos mais o lucro desejado após o cálculo do imposto de renda. O objetivo maior da Margem de Contribuição é o de verificar os limites de preços e a estrutura dos custos fixos de uma empresa.

Se o mercado vem praticando preços abaixo dos praticados pela empresa, a Margem de Contribuição tende a ser menor na medida em que esta informação é avaliada. Neste caso, as ações devem direcionar-se para duas questões: a redução dos custos variáveis e/ou fixos, ou continuar mantendo o mesmo valor nominal de lucro desejado, ou, ainda, aumentar as quantidades.

Sempre que possível, deve-se considerar a análise do comportamento dos preços da concorrência (mercado), para medir os riscos e os limites de uma competitividade de preços.

O processo da gestão empresarial tem no conhecimento das relações e efeitos dos volumes de produtos e/ou serviços sobre as receitas, custos e lucro, um de seus principais pré-requisitos para ao alcance da eficácia de tal processo de gestão. Tais relações e efeitos são comumente tratados de Análise das Relações Custo-Volume-Lucro, ou CVL.

A análise CVL tem sido referida como um valioso instrumento ao processo de planejamento e tomada de decisão. De fato, ao incorporar o nível de atividades (volumes), custos e receitas correspondentes, ela envolve um conjunto de informações fundamentais à gestão financeira da entidade.

A análise CVL pode ser uma ferramenta valiosa para identificar a extensão e magnitude de um problema econômico pelo qual a empresa esteja passando, e ajudá-la a encontrar as soluções necessárias.

De forma mais específica alguns autores comentam que a análise CVL permite que os gestores façam análises de sensibilidade ao examinar o impacto dos vários preços ou níveis de custo sobre o lucro.

A principal informação derivada da análise CVL permite a estruturação de um modelo de otimização e preços de produtos e serviços, do volume de produtos necessário a atingir determinados objetivos de lucro. Esta informação é dada pelo Ponto de nivelamento.

A análise CVL também possibilita o desenvolvimento de outros estudos, tais como a mensuração e análise da Margem de Segurança Operacional (MSO) e do Grau de Alavancagem Operacional (GAO), não tratados aqui. Tais assuntos são tratados, por exemplo, em Martins (1998).

Pagnani (2005) demonstra simplificada o modelo matemático de análise e determinação da Margem de Contribuição, aplicado em uma empresa Multi-Produtos ou Multi-Serviços, a partir das relações entre Receita e Custos Totais e, adotando as seguintes variáveis para o modelo:

MC = Margem de Contribuição

RT = Receita Total

CT = Custo Total

CF = Custo Fixo Total

CV = Custo Variável Total

L = Lucro

Onde:

$$RT = CF + CV + L,$$

ou seja, $(RT - CV) = CF + L$ (1), ou:

$(RT - CV) = MC$ (Margem de Contribuição Total), portanto:

$MC = CF + L$. Observando que se:

$MC > (RT - CV)$, temos $L > 0$;

$MC = (RT - CV)$, temos $L = 0$ e,

$MC < (RT - CV)$, temos $L < 0$.

Na condição de $L > 0$ ou **Maximização do Lucro**, para a empresa multi-produtora:

$$RT = (P_1 \times Q_1 + P_2 \times Q_2) + \dots + P_n \times Q_n$$

Preços Unitários = $\{P_1, P_2, P_3, \dots, P_n\}$, onde:

P_i = Preço unitário de produto / serviço, para i ($1 \leq n$)

$$CV = \sum (C_v Q_i) = C_{v1} \times Q_1 + C_{v2} \times Q_2 + \dots + C_{vn} \times Q_n \quad i = 1$$

Custos Diretos (Variáveis) Unitários = $\{Cv_1, Cv_2, Cv_3, \dots, Cv_n\}$, onde:

Cv_i = Custo Variável unitário do produto / serviço, para $i = 1 > n$.

Portfólio de Produtos (Dentro da Capacidade Instalada) = $\{Q_1, Q_2, Q_3, \dots, Q_n\}$

Q = Quantidade de produtos, para $i (1 > n)$.

Desta forma, a relação fundamental (1) envolverá os seguintes componentes:

Receita Total = $\{(P_1 \times Q_1 + P_2 \times Q_2 + P_3 \times Q_3 + \dots + P_n \times Q_n)\}$

Custo Variável Total = $\{(Cv_1 \times Q_1 + Cv_2 \times Q_2 + Cv_3 \times Q_3 + \dots + Cv_n \times Q_n)\}$

Implicando na Equação de otimização ou maximização do lucro pela Margem de Contribuição, como função do volume dos diferentes produtos e serviços e respectivas margens de contribuição unitárias:

$$RT - CV = MC$$

onde há equivalência da **MC = CF + L** ou **MC - CF = L**, ou considerando o portfólio de produtos e serviços:

$$MC = [(P_1 - Cv_1) \times Q_1 + (P_2 - Cv_2) \times Q_2 + \dots + (P_n - Cv_n) \times Q_n] > CF = \text{intervalo de maximização.}$$

MC = CF intervalo de nivelamento dos custos e,

MC < CF intervalo de prejuízo.

Demonstra-se assim, o modelo de OTIMIZAÇÃO do LUCRO como função de Q_i , P_i e Cv_i .

Considerando o modelo no curto prazo, o Ponto de Nivelamento pode ser ainda classificado em três modalidades:

- a) *Ponto de Nivelamento Contábil (PNC)*: volume de produtos pelo qual se chega a um resultado nulo, ou seja, volume que produz a receita suficiente à cobertura dos custos e despesas totais (fixos e variáveis);
- b) *Ponto de Nivelamento Econômico (PNE)*: volume de produtos que produz uma receita suficiente à cobertura dos custos e despesas totais mais uma determinada sobra (o lucro) desejada;
- c) *Ponto de Nivelamento Financeiro (PNF)*: volume de produtos que produz fluxo de recebimentos suficientes à cobertura dos fluxos decorrentes de desembolsos das despesas, determinando o ponto de equalização entre entrada e saída de fluxos monetários.

Diferente dos demais, o PNF apresenta-se em um formato adicional, qual seja, o volume que além de gerar recursos para pagamento dos custos e despesas totais desembolsáveis propicia alcançar uma soma de recursos adicional (sobra de caixa) suficiente a atender outros desembolsos até então não considerados (amortização ou liquidação dívidas, recursos próprios para financiamento de novos investimentos, pagamentos de dividendos etc).

Para cálculo do ponto de nivelamento em unidades monetárias, basta substituir o denominador das fórmulas para “% da Margem de Contribuição”, sendo esta calculada pela divisão do valor da Margem de Contribuição pelo valor da venda.

O conceito de lucro é determinado pela Margem de Contribuição, que representa uma estimativa do excedente unitário medido pela diferença entre o preço unitário de venda efetivo e o custo unitário específico do produto.

O principal objetivo deste sistema é a determinação dos custos unitários e a administração da Margem de Contribuição unitária de cada produto / serviço. Para a construção deste sistema de custeio, é necessária a prévia classificação dos custos com cada produto / serviço. O controle de custos, nesse sentido, deve ser uma parte das estratégias das organizações hospitalares que buscam eficácia na tomada de decisão.

Contudo, os produtos são analisados não somente em termos de custo, como também segundo a sua contribuição para gerar lucro total.

Considerando por sua vez, a Teoria da Firma e sua conduta na concorrência, os estudos de Sraffa (1926), Hall e Hitch (1951), Eichner (1973), Bacic (2004), observa-se que há uma significativa parcela de empresas que calculam o preço de seus produtos com a aplicação de uma Margem sobre os custos diretos, que serve para cobrir os custos operacionais e proporcionar o lucro desejado. Essa Margem é conhecida como *mark-up*. De acordo com essa definição, é apresentado o *mark-up* sobre os custos que caracteriza pela aplicação de uma taxa sobre os custos diretos, ou variáveis, dependendo do método de custeio utilizado, determinando assim o preço do produto / serviço. Portanto, a taxa aplicada sobre os custos diretos inclui custos operacionais e a margem de lucro da empresa.

Observa-se no segmento hospitalar que este *mark up* varia de um hospital para outro, principalmente quando leva-se em conta a natureza daquela

organização (privados com ou sem fins lucrativos), além da capacidade que estas organizações têm de planejar e praticar seus preços de venda, com base em seus custos reais. Mas na maioria das vezes, o preço de venda de serviços de um prestador é determinado pelo “mercado da saúde”, i.e., os preços de vendas de serviços são definidos e fortemente pressionados para baixo pelas chamadas fontes pagadoras (da medicina supletiva), e não pelas prestadoras.

Ressalta-se ainda que houve época em que os hospitais, como medida de promover uma receita adicional à tabela hospitalar e minimizar as perdas financeiras, criou vários itens denominados “taxas hospitalares”, além de aplicarem sobre os materiais e medicamentos hospitalares largas margens de comercialização, para poder acompanhar as perdas da inflação que assolou o mercado em anos passados.

Toda esta questão torna-se muito interessante, pois a Margem de Contribuição tem a propriedade de tornar bem mais visível à potencialidade de cada produto / serviço, mostrando como cada um contribui para, primeiramente, amortizar os custos fixos, e depois, formar o lucro propriamente dito. Mas frente ao acima exposto, o preço na saúde é fortemente definido pelo mercado, e portanto, a eficácia das organizações têm que ter como base ações para redução dos custos, para tornar a atividade viável no curto, médio e longo prazos.

3 GESTÃO HOSPITALAR: CASOS MÚLTIPLOS NA GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS

O desenvolvimento e análise dos casos múltiplos constantes deste capítulo buscam demonstrar de forma científica, mais precisa e concreta, os fenômenos resultantes da gestão estratégica de custos, em seu conceito mais amplo, os conceitos tomando como referencial o discorrido nos capítulos anteriores.

3.1 O caso 1 (hum) de decisões estratégicas de custos por alteração da cadeia de valor

O objetivo específico discutido neste caso abrange um estudo e análise de um processo de decisão complexo, e de natureza estratégica, envolvendo a reestruturação de subsistemas operacionais e de apoio e de atividades de valor (PORTER, 1995), visando a maior eficiência e eficácia operacional de uma Organização Hospitalar.

Foi desenvolvido a partir da análise de um projeto de transformação organizacional e operacional, em uma organização hospitalar de grande porte, que realiza procedimentos médicos de alta complexidade, no âmbito terapêutico e diagnóstico, localizado na cidade de São Paulo, e cuja natureza jurídica é de entidade filantrópica (sem fins lucrativos).

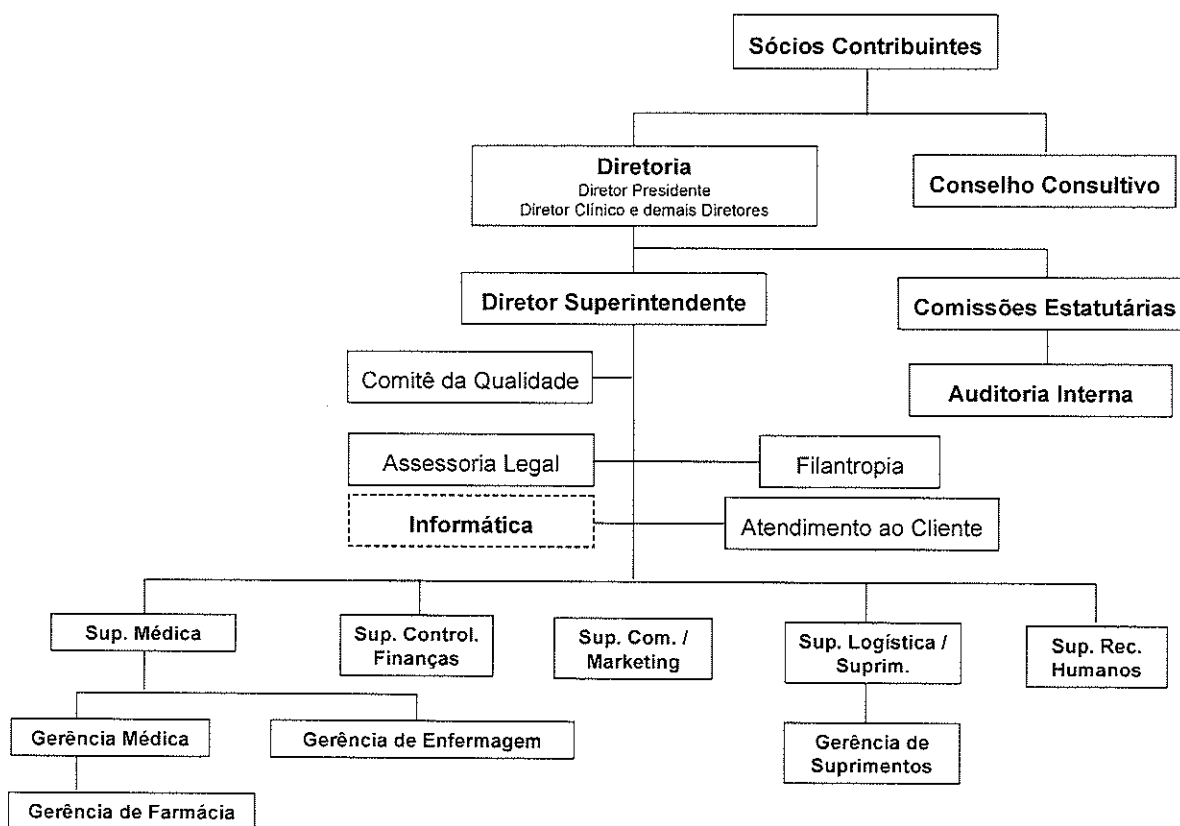
Hospital fundado no ano de 1.900, com 1.000 funcionários diretos, que atende a 10.000 consultas mês de pronto socorro, cerca de 5.000 internações mês, em um complexo operacional interligado com 600 de empresas subcontratadas para serviços especializados, caracterizando uma cadeia de valores extremamente sofisticada.

3.1.1 Análise-síntese de suas atividades operacionais

As atividades desse hospital são aqui sistematizadas e, podem ser classificadas basicamente em 3 grandes grupos, de acordo com a natureza da atividade principal:

- **Terapêuticos:** invasivos e não invasivos;
- **Diagnósticos:** invasivos e não invasivos;
- **Administrativos e de Apoio.**

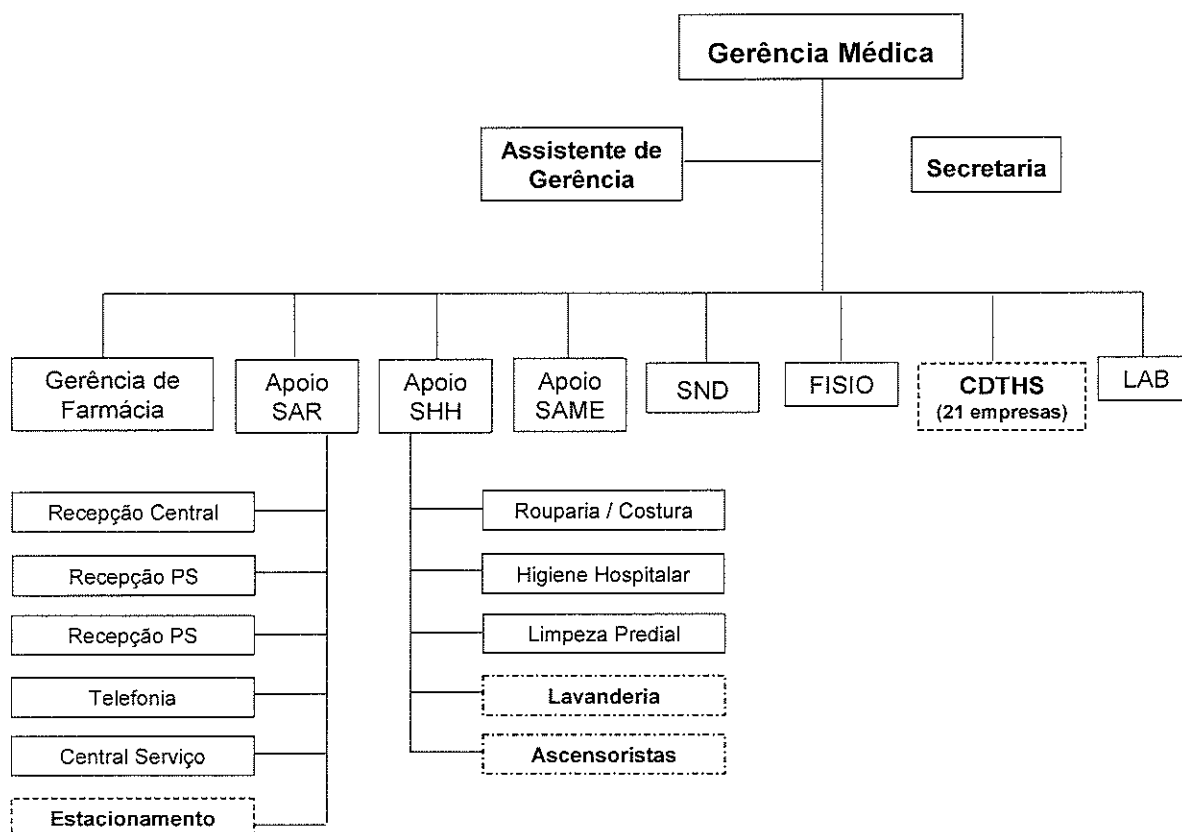
Todos os processos relacionados às atividades de compras, apoio, finanças, gestão, ética, planejamento, e outras, conforme demonstrado nas Figuras 5 e 6.



Legenda: Sup. – Superintendência; Control. – Controladoria; Com. – Comercial; Suprim. – Suprimentos; Rec. – Recursos

Fonte: Levantamentos da pesquisa.

Figura 5 - Organograma da Organização Hospitalar Complexa



Legenda: SAR – Serviço de Atendimento e Recepção; PS – Pronto Socorro; SHH – Serviço de Higiene Hospitalar; SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico; SND – Serviço de Nutrição e Dietética; CDTHS – Centro de Diagnóstico e Tratamento Hospitalar; FISIO – Fisioterapia; LAB – Laboratório Clínico

Fonte: Levantamento da pesquisa.

Figura 6- Organograma da Gerência Médica

3.1.2 Transformação da cadeia de valores, sub-contratação no setor de nutrição e dietética

O Setor de Nutrição e Dietética (SND) é uma área de apoio operacional básica em organizações hospitalares, e encontra-se integrado ao setor assistencial, realizando:

- Preparo de dietas gerais e especializadas, como as específicas para pacientes portadores de patologias que restringem a dieta até processos de produção e controle do lactário para crianças e recém-nascidos;
- Distribuição das dietas aos quartos e unidades fechadas do hospital;
- Visitas de nutricionistas aos pacientes para anamnese alimentar;
- Controle de qualidade das dietas, e avaliação de resultados como aceitação alimentar, ganhos ou perdas ponderais dos pacientes e avaliações antropométricas;

- Cotação e compra de insumos perecíveis e não perecíveis;
- Estocagem e controle de inventário dos insumos;
- Conservação de alimentos, desde sua qualidade até prazos de vencimento;
- Acondicionamento de lixo e restos alimentares dentro de critérios estabelecidos por órgãos sanitários governamentais;
- Controle dos índices de satisfação dos clientes;
- Trabalhos alinhados ao Plano Estratégico institucional.

Este setor se encontra subordinado à Gerência Médica do hospital, embora possua outras interfaces técnicas assistenciais. Para todas estas atividades, o setor conta com 124 funcionários, em regime de contratação CLT, operando 24 horas/dia, 365 dias do ano, e um custo total aproximado de 4% a 5% da Receita Bruta (média mensal) faturada pelo Hospital.

Dentro do plano de reestruturação operacional, visando aumento de produtividade e redução de custos, os gestores daquela organização empreenderam estudos a respeito da viabilidade e impactos na qualidade e segurança dos serviços desta área.

O processo de transformação estrutural por sub-contratação exigiu a análise de diversos processos: como Cadeia de Valor; Legislação Específica; Manuais de Normas Técnicas e Custos Comparativos da Operação.

A seguir, desenvolve-se a síntese dos sub-projetos que permitiram formar os parâmetros decisórios pela opção de sub-contratar serviços de Nutrição e Dietética.

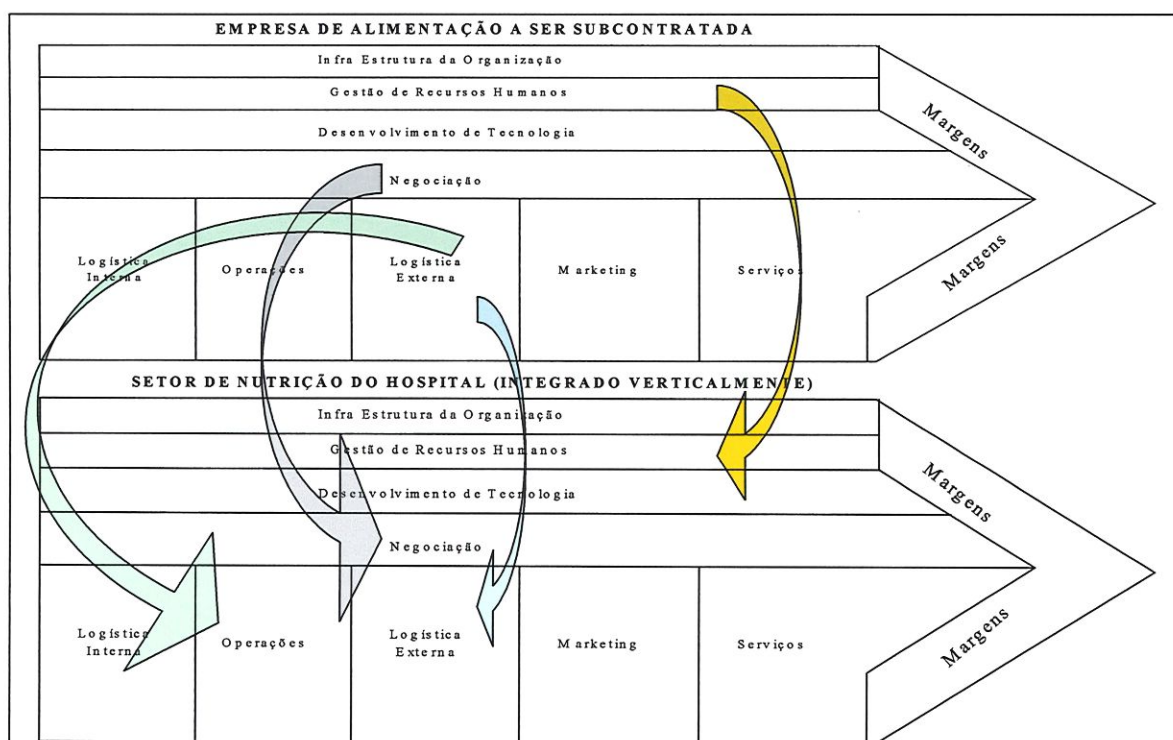
Foram eles:

- **SUB-PROJETO DE CADEIA DE VALOR**

- Processo de seleção geral de empresas potenciais contratadas;
- Expertise comprovada no segmento de alimentação hospitalar;
- Boa reputação no mercado (pesquisas de mercado, *benchmarking*);
- Processos de análise da implantação do projeto e cronograma (clientes, mídia, diretoria, usuários, médicos).
- Impactos no meio interno (principalmente, a cultura interna);
- Impactos no meio externo;
- o Processos de análise econômico-financeira do fornecedor
- Análise compartilhada das “unidades de ação” a ser transformada;

- Auditoria de processos e preço de serviços;
- Capacidade de comprovar ganhos econômicos e financeiros reais e mensuráveis pelo sub-contratado.
- Processos de análise técnica
- Capacidade de oferecer uma atividade com qualidade técnica e atendimento das normas técnicas e da legislação específica;
- Ter a aprovação de sua capacitação, através de visitas técnicas nos sites onde a empresa já opera, realizada por profissionais técnicos do hospital contratante;
- Processos de análise estratégica
- Sinergia de marcas para agregação de valores mutuamente;
- Capacidade de oferecer qualidade perceptível ao cliente final.

A figura a seguir sintetiza a relação sistêmica interna e externa envolvidas por este sub-projeto:



Fonte: Adaptado de PORTER (1995)

Figura 7 - Elos da Cadeia de Valor do Setor de Nutrição Hospitalar

Essa figura procura evidenciar as principais relações entre os sub-sistemas internos do hospital a serem envolvidos e, que permitiriam avaliar a maior e melhor capacidade de atendimento dos serviços de dietoterapia, a melhoria de padrões de compra pela empresa especializada em refeições a ser sub-contratada.

Embora as atividades de valor sejam blocos de construção da vantagem competitiva, a cadeia de valores não é uma coleção de atividades independentes, e sim um sistema de atividades interdependentes, que são relações entre o modo como uma atividade de valor é executada e o custo ou desempenho de uma outra. Os elos podem resultar em alguma vantagem advinda de duas formas: otimização e coordenação. A(s) vantagem(s) aparece(m) nos interstícios dos processos, que muitas vezes vêm de elementos simples, mas que geram valor para os próximos agentes da cadeia de atividades.

- **SUB-PROJETO DE ADEQUAÇÃO À LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA**

- Normatização de procedimentos técnico-legais a serem obedecidos nos serviços, por meio das diversas Normas, Leis, Portarias e Decretos, emanados pelos órgãos governamentais como a Constituição Federal, Decretos Ministeriais, Portarias Ministeriais (da Saúde e do Trabalho), Resoluções, Código Sanitário, Leis Sanitárias, Leis do Meio Ambiente.

- **SUB-PROJETO DE NORMATIZAÇÃO E PADRONIZAÇÃO DE ATIVIDADES**

Definição das atividades normatizadas e exigidas segundo:

- Rotinas e padrões de qualidade técnica, que são demonstrados em manuais e referências bibliográficas científicas, nacionais e internacionais (BRYAN, 1993; CARUSO; SIMONY; SILVA, 2002; HAZELWOOD; MCLEAN, 1994; RIEDEL, 1992; SILVA JUNIOR, 1996).
- Rotinas internas de horários para distribuição das dietas e sua frequência, de acordo com o setor envolvido (pacientes, acompanhantes, médicos, setores fechados, restaurante de funcionários, restaurante comercial).

- Normas de Cuidados Técnicos Dietéticos para Patologias, como:
 - Insuficiência Renal;
 - Dieta Hipercalórica para pacientes com patologias consumptivas;
 - Diabetes Mellitos;
 - Hipertensão Arterial;
 - Dislipidemias (hipogordurosa e/ou hipocalórica);
 - Doenças Pépticas;
 - Refluxo Gastro-esofágico;
 - Hipoalergênica;
 - Obstipante ou Laxativa;
 - Hepatopatias;
 - Gastrectomizados e Pós-gastroplastia (por obesidade mórbida);
 - etc.

3.1.3 Gestão de custos comparativos da operação integrada e subcontratada

Como resultado deste projeto apresenta-se o perfil de resultados, que fundamentou o processo de decisão com base no custo da atividade, ou seja, entre o status integrado verticalmente e desintegrado, para uma mesma demanda de refeições produzidas, conforme se demonstra na Tabela 8 a seguir:

Tabela 8 - Comparativo de custos e estrutura de pessoal

	Status integrado verticalmente (1º sem. 2003)	Status integrado (Sub-contratação - 2003)
Número de funcionários	124	110
Custos fixos (pessoal)	R\$ 225.000,00 mês	R\$ 150.000,00 mês
Custo de controle hospital (auditoria da qualidade)	-	R\$ 30.000,00 mês
Custos variáveis (insumos)	R\$ 235.000,00 mês	R\$ 205.000,00 mês
Custo Geral Total	R\$ 460.000,00 mês	R\$ 385.000,00 mês

Fonte: Dados desenvolvidos pela Pesquisa dos autores.

O quadro de pessoal desta atividade, quando integrada verticalmente, se compõe de:

- Coordenadora - 01;
- Nutricionistas - 10;
- Técnicos em nutrição - 02;
- Copeiras / Garçons - 82;
- Cozinheiros - 04;
- Auxiliares de cozinha - 20;
- Auxiliares administrativos - 02;
- Confeiteiro - 01;
- Estoquistas - 02;
- TOTAL: 124

Fonte: Dados Base do 1º Semestre de 2003 do hospital estudado).

A tabela 8 demonstra ainda que a diferença mensal estimada entre as atividades, em termos de custos diretos, é de aproximadamente R\$ 75.000,00 mês, em função de:

- Salários médios pagos na classe de trabalhadores da área de alimentos serem menores em valores que os da área de saúde (em média 20% a menor);
- Pelo número de descansos (folgas) de trabalho ser diferenciado nas duas classes, sendo que o acordo coletivo da classe de trabalhadores da área de saúde prevê um número maior de folgas. Isto repercute nos custos de mão-de-obra quando subcontratada;
- A capacidade de compras e a força de negociação de preços de alimentos desta empresa de alimentos ser significativamente maior que a de um hospital;
- O hospital agrega na alternativa de subcontratação o custo de controle e auditoria formada por um corpo de nutricionistas. Apesar de não desenvolvidos, existem ganhos em custos de Transação, de natureza financeira, que não foram computados (WILLIAMSON, 1979).

Como consideração a decisões ao caso desenvolvido, pode-se afirmar que a análise procedida confirma como estas instituições requerem uma gestão de alta complexidade, que necessita reduzir custos, e com isto, a otimização dos recursos financeiros utilizados para oferecer alta qualidade em seus produtos, definidos pelo seu alto grau de conteúdo de segurança e confiabilidade, como requisitos de alto desempenho exigido de todos os níveis operacionais, gerenciais e diretivos.

Constatou-se a predominância dos princípios da teoria da curva de experiência, em vários processos da transformação estudada.

Neste sentido, também permite demonstrar e esclarecer que uma Organização Complexa no setor de Serviços de Saúde, em seu contexto e dinâmica de atuação, enfrenta dilemas, senão similares ou tão complexos como as organizações conglomerativas, nas quais se nota e constata a forte tendência a desintegrar verticalmente as atividades classificadas como “não competentemente desempenhadas”.

O projeto de subcontratação possibilita demonstrar como ocorre a vantagem competitiva por redução dos custos da atividade, não obstante o desempenho do caso não considerar os custos de transação existentes e outros que exigiriam a auditoria de qualidade.

Estas alterações resultam em ganhos marginais de longo prazo, à medida que os investimentos, de forma positiva, possam ser dirigidos para a qualidade da assistência prestada pelo hospital por meio de aplicação desses recursos em equipamentos, treinamentos e em tecnologia.

3.2 O caso 2 (dois): análise de margem de contribuição, com base em custeio de serviços por atividades (ABC) em hospitais de alta complexidade

A metodologia de custeio de serviços por atividades constitui o elemento central do caso a seguir desenvolvido, o qual abrangerá a determinação da Margem de Contribuição de serviços e operações com alto conteúdo de procedimentos médicos de alta complexidade. Tais serviços normalmente envolvem custos relevantes de insumos de alto valor (custos diretos), procedimentos normatizados e investimentos em ativos técnicos sofisticados (equipamentos).

O perfil da organização de saúde, caso em estudo, caracteriza-se por:

- Ser de Grande Porte (de 151 a 300 leitos);
- Ser de alta complexidade, uma vez que conglomeram-se, além das complexas atividades médico-terapêuticas (cirurgias, unidades de terapia intensiva etc.), também os serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica (SADT), áreas que exigem a oferta de equipamentos de alta tecnologia, e por consequência, grande disponibilidade de recursos financeiros.

Existem outros custos envolvidos no processo, como custos de logística, de estoque, de compras de medicamentos e materiais especiais (na sua maioria, importados), onde questões como a variação cambial podem impactar na viabilidade e até exeqüibilidade das operações.

O desenvolvimento deste estudo demonstra como as decisões tomadas com base na planilha de distribuição de custos, adotada pelo hospital, são ratificadas ou não pelos resultados obtidos.

Envolve pois a contraposição dos critérios de alocação dos custos, de forma a comparar as informações geradas por dois modelos, o atual e um outro proposto, este apoiado pela metodologia ABC e análise da Margem de Contribuição, que consiste basicamente na análise de consistência do sistema de informações de Custos, como apoio ao processo decisório e riscos incorridos.

A unidade objeto deste estudo foi o setor subcontratado do hospital caso, um complexo Departamento de Angiorradiologia Diagnóstica e Intervencionista (doravante a ser referido simplesmente de ANGIO), serviço este instalado e operando na planta do hospital de alta complexidade.

O hospital agrega em sua estrutura diversos outros serviços de alta complexidade médica, de natureza diagnóstica e terapêutica, não serão contemplados neste estudo.

3.2.1 Análise de custos com base em atividades integrado à análise de margem de contribuição

No presente estudo serão examinados seis objetos de custeio, a saber: intervenção cardiológica, diagnóstico cardiológico, intervenção neurológica, diagnóstico neurológico, intervenção vascular e diagnóstico vascular.

Os relacionamentos entre recursos, atividades e objetos de custeio estão representados pelos direcionadores de custos (*cost drivers*). Segundo o glossário de termos de ABM (*Activity-Based Management*) do CAM-I (*Consortium for Advanced Manufacturing – International*), apresentado por Miller (1996), direcionador de custo é qualquer fator que gera mudança no custo de uma atividade, podendo ser um direcionador de recursos (ou de primeiro estágio) que representa a medida da quantidade de recursos consumidos por uma atividade ou um direcionador de atividades (ou de segundo estágio), definido como a medida da frequência e intensidade das demandas feitas pelos objetos de custeio às atividades.

Atribuiu-se aos serviços, somente os custos efetivamente consumidos pelas atividades necessárias à sua execução, além dos custos diretamente identificados ao mesmo, segregando a ociosidade ou o custo da estrutura (capacidade) não consumida.

O custo da atividade será expresso em termos de uma medida de volume, pela qual os custos de um certo processo variem de forma mais direta (por exemplo, quantidade de exames ou quantidade de fornecedores), sendo conhecida como medida da atividade, que pode ser uma entrada, produção ou atributo físico.

Ressalte-se que o estudo utilizou a especial referência do *Riverside Hospital*, (Minneapolis, Estados Unidos), no qual Atkinson et al. (2000, p. 148) identificaram três usos principais dos sistemas de custos: a determinação do custo dos recursos consumidos durante a permanência de um paciente, o fornecimento de bases para o planejamento de despesas operacionais e o fornecimento de bases para comparação com os custos de outros hospitais. No caso em questão, poder-se-á melhor identificar a primeira aplicação citada.

A determinação dos custos das atividades foi estruturada para permitir a análise dos custos operacionais de serviços prestados pela ANGIO, setor responsável pelos exames de angiografia diagnóstica e intervencionista.

Complementarmente, este estudo demonstra como a margem de contribuição apurada para os diferentes serviços, com base no sistema atual de gerenciamento de custos é conduzida para os centros de decisão. O hospital analisado trabalha com o PN econômico, em sua estrutura atual de Custos.

Este sistema e conceito de determinação da margem de contribuição revela que todos os custos fixos não são considerados.

Com base em um novo sistema em que a margem de contribuição incorpore as atividades de apoio, de acordo com a metodologia ABC, poderá ser definido um novo ponto de nivelamento.

Com o uso da metodologia ABC, através do reconhecimento dos indicadores de custos apropriados, efetuou-se a alocação total dos custos fixos aos serviços de forma a possibilitar a análise do conjunto dos seus serviços oferecidos pela ANGIO.

O sistema atual de Gestão de Custos da ANGIO adota uma abordagem baseada em critérios de custeio direto, ou seja, são considerados apenas os custos variáveis diretamente associados a eles.

Os montantes de receitas e despesas apresentados em ambos sistemas foram determinados com base em dados de preços médios verificados em 2002.

O tratamento do custo de depreciação dos investimentos, ou seja, dos equipamentos utilizados nas intervenções, no sistema empregado atualmente, segue os critérios contábeis fiscais.

Contudo na nova estruturação dos itens e recursos da base técnica dos serviços anteriormente definidos foi considerada uma amortização em 5 anos dos seus itens integrantes. Com relação ao espaço ocupado, o tempo de amortização dos investimentos é de 25 anos.

Além disso, foi imputado o Custo de Remuneração do capital investido, estipulado em 18% a.a.

Uma vez que a ANGIO dispõe de seis serviços, a Receita Total (RT) é uma composição do número de intervenções relativas a cada serviço. Adotou-se o valor cobrado média -ano (2002) para efeito de seu dimensionamento.

Na Tabela 9 são apresentados os preço de cada um dos serviços, com base nesse critério, para determinação da receita total das atividades em questão.

Para obtenção da receita líquida total e por exame foram deduzidos os custos tributários sobre receitas como: o PIS, com um percentual de 0,65%; o COFINS, com um percentual de 3,00%, e a provisão para devedores duvidosos (PDD), com um percentual de 2,00% (padrão este baseado em estimativa do responsável pela ANGIO).

Tabela 9 – Valor da receita por serviço (R\$)

Descrição do Serviço	Intervenção	Diagnóstico
Cardio	6.598,33	935,49
Neuro	11.325,73	1.222,71
Vascular	6.298,31	980,94

Fonte: Dados segundo valores médios de 2.002, relatórios gerenciais.

O custo variável (direto) de cada tipo de serviço está detalhado na Tabela 10 a seguir:

Tabela 10 – Custos variáveis (diretos) por serviço (R\$)

	Cardio		Neuro		Vascular	
	Diagnóstico	Intervenção	Diagnóstico	Intervenção	Diagnóstico	Intervenção
Materiais não controlados	239,88	456,81	142,17	0,00	109,72	164,61
Etiquetas	53,46	2.397,48	103,32	5.198,51	2,74	2.289,68
Honorários médicos	314,23	1.034,32	603,03	1.157,32	376,00	885,06
Despesas bancárias	2,81	19,79	3,67	33,98	2,94	18,89

Fonte: Dados da Superintendência de Controladoria e Finanças do hospital

Observando que:

- O item “Materiais Não-Controlados” corresponde aos materiais e medicamentos de menor valor unitário e representam um valor médio por intervenção.
- O item “Etiquetas” representa o consumo de materiais controlados de maior valor unitário e com consumo previamente conhecido antes da intervenção.
- O item “Honorários Médicos” refere-se a valores pré-determinados, de acordo com a Tabela da AMB (Associação Médica Brasileira).
- O item “Despesas Bancárias” corresponde a um percentual de 0,30% incidente sobre a receita bruta por exame, taxa esta estimada pelo responsável dos serviços da ANGIO.

A composição da margem de contribuição de acordo com o Sistema de Custeio já existente no hospital caso, para cada serviço pode ser demonstrada a seguir (Tabela 11), observando que se referem aos serviços prestados segundo a demanda média por pacientes e, limitados pela capacidade de atendimento de cada área.

Tabela 11 – Cálculo da margem de contribuição por unidade de serviço da Angio (em R\$ de 2002)

	Cardio		Neuro		Vascular	
	Diagnóstico	Intervenção	Diagnóstico	Intervenção	Diagnóstico	Intervenção
(+) Preço unitário por exame	935,49	6.598,33	1.22,71	11.325,73	980,94	6.298,31
(-) Deduções de receitas						
PIS	6,08	42,89	7,95	73,62	6,38	40,94
COFINS	28,06	197,95	36,68	339,77	29,43	188,95
PDD	18,71	131,97	24,45	226,51	19,62	125,97
(=) Receita líquida por exame	882,63	6225,52	1.153,63	10.685,83	925,52	5.942,46
(-) Custos Variáveis						
Matérias não controlados	239,88	456,81	142,17	0,00	109,72	164,61
Etiquetas	53,46	2.397,48	103,32	5.198,51	2,74	2.289,68
Honorários médicos	314,23	10.34,32	1.153,63	10.685,83	925,52	5.942,46
Despesas bancárias	2,81	19,79	3,67	33,98	2,94	18,89
(=) Margem de contribuição	272,26	2.317,12	301,44	4.296,02	434,11	2.584,21
% Margem de contribuição	29,10%	35,12%	24,65%	37,93%	44,25%	41,03%

Fonte: Dados tabulados dos relatórios gerenciais.

A Tabela 11 pois, sintetiza o método vigente para a análise da contribuição total dos diferentes serviços, aos quais quando ponderadas pelo volume dos seis serviços, eram apropriados os Custos Fixos Totais, para se avaliar o desempenho operacional e de resultados da ANGIO.

3.2.2 O modelo de gestão de custos por margem de contribuição baseada no custeio por atividades (ABC)

O sistema desenvolvido e proposto se iniciou com a análise dos custos fixos da ANGIO, conforme identificados na Tabela 12, a seguir:

Tabela 12 – Composição Média dos Custos Fixos (2.002)

Item de custo	Valor (R\$)
Total dos custos fixos	158.163,33
Despesas administrativas	6.232,79
Encargos	13.559,16
Médicos outros	1.864,61
Salários	22.914,63
Impostos fixo	1.553,79
Despesas do Hospital	8.808,99
Outras despesas	8.214,79
Amortização equipamento	78.635,43
Amortização espaço	16.379,14

Fonte: Dados da Superintendência de Controladoria e Finanças do hospital.

Dentre os itens apresentados, não se inclui a depreciação dos itens do ativo imobilizado pertencentes ao hospital (considera-se apenas a depreciação dos equipamentos utilizados nos exames, que pertencem ao prestador do serviço).

A respeito desses referidos, devem ser feitos os seguintes esclarecimentos:

- Despesas Administrativas: são despesas gerais relativas à energia, limpeza, entre outros;
- Encargos: despesas com encargos sociais e benefícios pagos aos funcionários permanentes (não incluem os médicos especialistas diretamente envolvidos nas intervenções) da ANGIO;
- Médicos Outros: despesas com outros médicos (especialmente anestesistas) envolvidos nas intervenções, que não os especialistas que conduzem os procedimentos;
- Salários: item onde estão registradas as despesas com os salários pagos aos funcionários permanentes da ANGIO;
- Impostos Fixos: impostos diversos incidentes sobre a operação da ANGIO;
- Despesas do Hospital: refere-se ao rateio de despesas administrativas do hospital que são repassadas à ANGIO;
- Outras Despesas: este grupo representa um conjunto de diversas despesas tais como material de escritório e copa e cozinha.

Estudos adicionais foram efetuados para sistematizar o tratamento de dados referentes aos custos fixos:

Em uma primeira etapa, visando uma alocação mais adequada dos custos fixos de pessoal, buscou-se reconhecer o custo individual de cada cargo e a composição do quadro de pessoal da área, ao qual foi agregada a codificação dos cargos e custos de pessoal (salários e encargos). Os dados apresentados na Tabela a seguir sintetizam o novo sistema de tratamento destes custos.

Tabela 13 – Detalhamento de pessoal e cargos nos Custos Fixos/Ano

Nome do Cargo	Código do cargo	Qtde. Func.	Salários mensais	Encargos mensais	Custos totais
Gerente da unidade	1	1	2.612,60	1.526,83	4.139,43
Faturista	2	1	1.279,71	780,14	2.059,88
Auxiliar de enfermagem	4	7	8.124,75	4.614,62	12.739,37
Comprador	5	1	2.747,57	1.602,44	4.350,01
Office Boy	6	1	185,99	167,50	353,49
Contador	7	1	2.338,91	1.373,52	3.712,43
Comercial	8	1	1.927,03	1.142,79	3.069,82
Recepcionista	9	2	3.225,90	1.870,39	5.096,29
Faxineira	10	1	472,17	480,90	953,07
Total			22.914,63	13.559,16	36.473,79

Fonte: Dados da Superintendência de Controladoria e Finanças do hospital.

O segundo passo consistiu na aplicação de fluxograma de processos e procedimentos, com o objetivo de definir as atividades e atributos de custeio (direcionadores de 1.º nível), aos serviços da ANGIO.

A Tabela 14, resume as atividades realizadas na ANGIO, bem como definir os atributos necessários ao custeio. O tempo de execução das atividades está apresentado em horas e, num primeiro momento se basearam em padrões definidos com base em estimativas dos diferentes responsáveis da ANGIO.

Tabela 14 – Atividades da ANGIO

Atividades	Cód. Ativ.	Tempo (horas)	Frequência (mensal)	Unidade de média	Pessoal (cargo)	Participação %	Área
Recepcionar e agendar exames	1	0,75	250	Exame	9(1)	100	Recepção
Requisitar autorização de exame	2	0,50	100	Autorização	9(1)	100	Administrativa
Requisitar autorização extraordinária	3	1,00	3	Autorização Extra	1(1); 8(1)	100; 100	Administrativa
Preparar e transportar o paciente	4	**	250	Exame	4(1)	100	Recuperação
Circular sala	5	1,00	250	Exame	4(2)	100	Exames
Monitorar recuperação do paciente	6	***	250	Exame	4(1)	100	Recuperação
Realizar consulta, procedimento e laudo	7	0,50	250	Exame	****	100	Consult./Revl./Exame.
Emitir folha de gastos	8	0,75	250	Exame	4(1)	100	Administrativa
Emitir fatura	9	0,75	250	Exame	2(1)	100	Administrativa
Tratar recursos de glosa	10	1,00	25	Glosa	2(1); 8(1); 1(1)	50; 35; 15	Administrativa
Comprar materiais e medicamentos	11	3,00	60	Compra	5(1); 1(1)	90; 10	Administrativa
Gerenciar as atividades do argiocardiocentro	12	6,82	21	Dia de Trabalho	1(1); 8(1)	100	Administrativa
Dar suporte administrativos	13	8,00	21	Dia de Trabalho	6(1); 10(1); 7(1)	100; 100; 100	Administrativa

*refere-se à participação percentual de cada cargo no tempo de execução da atividade.

** O tempo desta atividade varia de acordo com o serviço executado.

*** O tempo desta atividade varia de acordo com o serviço executado. No entanto, o custo de pessoal é fixo por intervenção, de acordo com a tabela da AMB.

**** Esta atividade é executada pelo médico especialista

Fonte: ANGIO

A frequência indica a quantidade média de ocorrências da atividade dentro de um período mensal de observação.

A unidade de medida é o direcionador que deve ser controlado para se determinar a frequência de ocorrência da atividade no período de apuração dos custos.

O item Pessoal contém os códigos dos cargos (de acordo com o especificado na Tabela 12) dos funcionários envolvidos na execução das atividades e a respectiva incidência (dados em %) para cada cargo no tempo de execução, e esta representada na Tabela 14. A coluna Área representa o setor da ANGIO onde é executada a atividade.

O terceiro passo consistiu em estabelecer a relação entre os demais recursos e seu uso (consumo), Além da definição dos direcionadores de custos do respectivo recurso, representado na coluna Critério de Alocação, conforme sintetizado na Tabela 15 a seguir.

Tabela 15 – Recursos e Direcionadores da ANGIO

Recursos	Código de Atividade	Crítérios de Alocação (direcionadores)
Água, luz, aluguel, taxas adm., ar cond.	T	Área
Telefone, serviços de terceiros, xerox	1/2/3/8/9/10/11/12/13	Tempo total
Contrato de manutenção	7	Tempo total
Lavanderia	4	Frequência
Médicos outros	7	Frequência
Impostos fixos, refeições	T	Tempo total
Despesas do hospital	T	Área
Outras despesas	1/2/3/8/9/10/11/12/13	Tempo total
Amortização equipamento	7	Tempo total
Amortização espaço	T	Área

Fonte: Dados da Pesquisa.

Observe-se que a relação recurso e atividades na coluna Código de Atividade, assinala a relação T, quando o recurso é consumido por todas as atividades.

No que diz respeito às atividades (Tabela 14), *Circular Sala e Realizar consulta, Procedimento e Laudo*, foi efetuado o levantamento para fixar seus tempos de execução, que revelaram mínimas diferenças e definidos como iguais. Além disso, tomando-se um mês típico operacional da ANGIO, apurou-se a ocorrência (frequência) conjunta ou paralela dessas atividades. Tais dados encontram-se resumidos na Tabela 16 a seguir.

Tabela 16 – Tempo unitário e total de circular sala e ocorrência na ANGIO

	Cárdio		Neuro		Vascular	
	Diagnóstico	Intervenção	Diagnóstico	Intervenção	Diagnóstico	Intervenção
Tempo de circular sala (h)	1,0	2,0	1,0	3,0	1,0	3,0
Número de ocorrências no mês típico	47,5	6,3	77,5	5,0	105,0	8,8
Tempo total de circular sala	47,5	12,5	77,5	15,0	105,0	26,3

Fonte: Dados Médicos do mês típico – Relatório de Procedimentos Operacionais

O desenvolvimento desses elementos permite então se proceder a alocação dos Custos Fixos por atividades, de acordo com critérios estabelecidos para cada tipo de recurso.

Os custos fixos serão totalmente alocados (*full costing*), não se considerando eventuais ociosidades porventura existentes na operação da ANGIO. Este procedimento é necessário para que permita comparação dos dados obtidos, com os resultados e, eventual cálculo do PE, com base no sistema de custeio atualmente em uso no hospital. Algumas observações complementares se fazem necessárias:

- Água, Luz, Aluguel, Taxas Administrativas e ar condicionado: os custos serão alocados às áreas da ANGIO, com base nas suas metragens quadradas (a área comum não foi considerada), e em seguida às atividades realizadas em cada área com base na sua frequência; estes recursos serão denominados custos de ocupação;
- Telefone, Serviços de terceiros, Xerox: os custos serão atribuídos com base no tempo total das atividades que consomem estes recursos; estes recursos serão denominados outros custos administrativos;
- Contrato de manutenção: os custos serão alocados à atividade de Realizar consulta, procedimento e laudo com base no tempo total, uma vez que o custo refere-se à manutenção dos equipamentos utilizados nos exames;
- Lavanderia: os custos serão alocados à atividade Preparar e transportar paciente com base na sua frequência, uma vez que o custo refere-se à lavagem de roupas e acessórios utilizados pelos pacientes durante os exames;
- Médicos Outros: os custos serão alocados à atividade Realizar consulta, procedimento e laudo com base na sua frequência;
- Impostos Fixos e Refeições: os custos serão alocados a todas as atividades com base no seu tempo total;
- Despesas do Hospital: os custos serão alocados às diversas áreas da ANGIO com base na sua metragem quadrada para em seguida serem alocados às atividades lá executadas com base no seu tempo total; estes recursos fazem parte do grupo custos de ocupação;
- Outras Despesas: os custos serão atribuídos com base no tempo total das atividades que consomem estes recursos; estes recursos fazem parte do grupo outros custos administrativos;

- Amortização Equipamento: os custos serão alocados à atividade Realizar consulta, procedimento e laudo com base no tempo total;
- Amortização Espaço: os custos serão alocados às diversas áreas da ANGIO com base na sua metragem quadrada para em seguida serem alocados às atividades lá executadas com base no seu tempo total; estes recursos fazem parte do grupo custos de ocupação.

Os tempos totais das atividades de circular sala e seu número de ocorrências no período de 1 mês, para cada tipo de exame, apresentam-se na Tabela 12. Estes valores representam a frequência de cada serviço, ou seja, dos objetos de custeio foco deste trabalho.

A Tabela 17 por sua vez apresenta os resultados do tempo total das outras atividades coletadas na Tabela 14. Os tempos unitários foram normatizados segundo levantamento específico, e a frequência de cada atividade estão apuradas pela ocorrência mensal também no mês típico.

Estas demonstrações serão utilizadas para a determinação desses custos.

Tabela 17 – Tempo total das atividades da ANGIO

Atividade	Código de atividade	Tempo (horas)	Frequência (mensal)	Tempo total (h)
Recepcionar e agendar exames	1	0,75	250	188
Requisitar autorização de exame	2	0,50	100	50
Requisitar autorização extraordinária	3	1,00	3	3
Preparar e transportar o paciente	4	1,00	250	250
Monitorar recuperação do paciente	6	1,00	250	250
Emitir folha de gastos	8	0,50	250	125
Emitir fatura	9	0,75	250	188
Tratar recursos de glosa	10	1,00	25	25
Comprar materiais e medicamentos	11	3,00	60	180
Gerenciar as atividades da ANGIO	12	6,82	21	143
Dar suporte administrativo	13	8,00	21	168

Fonte: Dados da Pesquisa

De posse dos critérios de alocação dos recursos, o passo seguinte consiste no custeio das atividades. Como exemplo, apresenta-se a seguir, o custeio da atividade preparar e transportar paciente. A alocação dos custos de pessoal é feita com base no tempo total de participação de cada cargo nas atividades. A alocação dos custos às áreas da ANGIO, custos estes que serão em seguida alocados às atividades com base no seu tempo total, se apresentam na Tabela 18. O custeio das demais atividades encontra-se na Tabela 19.

Tabela 18 – Custos alocados às áreas da ANGIO (R\$)

Setores da ANGIO	Área (%)	Custos alocados
Exames	40,00	11.571,12
Administrativos	12,00	3.471,34
Recepção	18,67	5.399,86
Recuperação	17,33	5.014,15
Consultório	5,33	1.542,82
Revelação	6,67	1.928,5
Total	100,00	28.927,80

Fonte: Dados da Pesquisa

Cálculo do custo da atividade “preparar e transportar paciente”:

$$\text{Custo}_{\text{Preparar e transportar paciente}} = \text{custo}_{\text{pessoal}} + \text{custo}_{\text{outros recursos}} =$$

$$\text{Custo}_{\text{Preparar e transportar paciente}} = \text{tempo total}_{\text{Preparar e transportar paciente}} \times (\text{custo}_{\text{auxiliar de enfermagem}} + \text{custos}_{\text{ocupação}} + \text{custos}_{\text{impostos fixos e refeições}} + \text{custos}_{\text{lavanderia}} =$$

$$\text{Custo}_{\text{Preparar e transportar paciente}} = 250 \times [(12.739,37 \div 1.192,50) + (5.014,15 \div 500) + (1.584,95 \div 1.852,97) + 498,62 =$$

$$\text{Custo}_{\text{Preparar e transportar paciente}} = 250 \times (10,68 + 10,03 + 0,86) + 498,62 = 5.890,26$$

$$\text{Custo Unitário}_{\text{Preparar e transportar paciente}} = 5.890,26 \div 250$$

$$\text{Custo Unitário}_{\text{Preparar e transportar paciente}} = 23,56$$

Tabela 19 – Custos alocados às atividades da ANGIO (R\$)

Atividade	Cód. de Ativ.	Pessoal	Ocup.	Imp. Fix. e Ref.	Contr. de Manut.	Médicos Outros	Outros Custos Administrativos	Lavanderia	Amortiz. Equip.
Recepcionar e agendar exames	1	4.023,39	5.399,36	139,08	0,00	0,00	1.511,60	0,00	0,00
Requisitar autorização de exame	2	1.072,90	196,85	37,09	0,00	0,00	403,09	0,00	0,00
Requisitar autorização extraordinária	3	133,36	11,81	2,23	0,00	0,00	24,19	0,00	0,00
Preparar e transportar o paciente	4	2.670,73	5.507,08	185,44	0,00	0,00	0,00	198,62	0,00
Circular sala	5	6.062,55	7.714,08	210,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Monitorar recuperação do paciente	6	2.670,73	2.507,08	185,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Realizar consulta, procedimento e laudo	7	0,00	7.328,38	210,48	1.558,20	1.864,61	0,00	0,00	78.635,43
Emitir folha de gastos	8	1.335,36	492,13	92,72	0,00	0,00	1.007,73	0,00	0,00
Emitir fatura	9	1.931,14	738,19	139,08	0,00	0,00	1.511,60	0,00	0,00
Tratar recursos de glosa	10	394,49	98,43	18,54	0,00	0,00	201,55	0,00	0,00
Comprar materiais e medicamentos	11	4.793,60	708,66	133,52	0,00	0,00	1.451,14	0,00	0,00
Gerenciar as atividades do argiocardiocentro	12	6.366,55	563,86	106,24	0,00	0,00	1.154,62	0,00	0,00
Dar suporte administrativos	13	5.018,99	661,42	124,62	0,00	0,00	1.354,40	0,00	0,00
Total		36.473,79	28.927,83	1.584,96	1.558,20	1.864,61	8.619,62	498,62	78.635,43

Fonte: Dados da Pesquisa

Uma vez atribuídos os recursos às atividades, o passo seguinte é a determinação do custo dos objetos de custeio a partir das atividades que os compõem. O custo total das atividades será distribuído aos serviços (objetos de custeio) de acordo com os seguintes critérios:

- Atividade 3, de acordo com a frequência de cada serviço de intervenção;
- Atividades 5, 7, 12 e 13, pelo tempo de cada serviço;
- Demais atividades, de acordo com a frequência de ocorrência de cada serviço.

O custo total dos serviços e seus respectivos custos unitários apresentam-se na Tabela 20.

Tabela 20 – Custos dos serviços da ANGIO (R\$)

Atividades	Custo	Cardio		Neuro		Vascular	
		Diagn.	Interv	Diagn.	Interv	Diagn.	Interv
Recepcionar e agendar exames	11.073,93	2.104,05	276,85	3.342,92	221,48	4.651,05	387,59
Requisitar autorização de exame	1.709,94	324,89	42,75	530,08	34,20	718,17	59,85
Requisitar autorização extraordinária	171,58	0,00	53,62	0,00	42,90	0,00	75,07
Preparar e transportar o paciente	5.861,87	1.113,76	146,55	1.817,18	117,24	2.461,99	1.293,96
Circular sala	13.987,11	2.341,45	616,17	3.820,27	739,41	5.175,85	1.293,96
Monitorar recuperação do paciente	5.363,25	1.019,02	1345,08	1.662,61	107,26	2.252,56	187,71
Realizar consulta, procedimento e laudo	89.597,09	14.998,63	3.947,01	24.471,45	4.736,41	33.154,87	8.288,72
Emitir folha de gastos	2.927,95	556,31	73,20	907,66	58,56	1.229,74	102,48
Emitir fatura	4.320,01	820,80	108,00	1.329,20	86,40	1.814,40	151,20
Tratar recursos de glosa	713,00	135,47	17,83	221,03	14,26	299,46	24,96
Comprar materiais e medicamentos	7.086,92	1.346,51	177,17	2.196,94	141,74	2.976,51	248,04
Gerenciar as atividades da ANGIO	8.191,27	1.371,23	360,85	2.237,26	433,02	3.031,13	757,78
Dar suporte administrativo	7.159,42	1.198,79	315,39	1.955,44	378,47	2.649,30	662,33
Custos totais		27.330,61	6.269,47	44.492,04	7.111,35	60.415,03	12.444,86
Freqüências		48	6	78	5	105	9
Custos unitários		575,38	1.003,12	574,09	1.422,27	575,38	1.422,27

Fonte: Dados da Pesquisa

3.2.3 Considerações sobre os resultados

Em termos mais conclusivos, o desenvolvimento do sistema de Margem de Contribuição baseado em Custeio por Atividades (McABC) e, que envolve a recuperação dos Custos Fixos em nível de cada um dos serviços gerados pode ser comparado com os resultados dos conceitos utilizados até então, pelos gestores do hospital, das margens de contribuições unitárias com base no sistema clássico.

Tais resultados foram obtidos, a partir da Tabela 11 e, acrescentando os resultados da Tabela 20, para a obtenção das novas margens de contribuição apuradas na Tabela a seguir.

Tabela 21 – Margens de distribuição para os serviços da ANGIO (R\$)

	Cárdio		Neuro		Vascular	
	Diagnóstico	Intervenção	Diagnóstico	Intervenção	Diagnóstico	Intervenção
(+) Preço unitário (R\$)	935,4	6.598,3	1.222,7	11.325,7	980,9	6.298,3
(=) Mc sistema atual (R\$)	272,2	2.317,1	301,4	4.296,0	434,1	2.584,2
% de Margem	293,10	35,12	24,65	37,93	44,25	41,03
(-) Custos (R\$)	575,3	1.003,1	575,3	1.4222,2	575,3	1.422,2
(=) Margem McABC (R\$)	(303,12)	1.314,0	(273,94)	2.873,7	(141,27)	1.161,9
% Margem de Mc ABC	(32,40)	19,91	(22,40)	25,37	(14,40)	18,45

Fonte: Dados da Pesquisa

Os resultados da Tabela 21 demonstram que as decisões com relação à determinação do PN (ponto de nivelamento) para os serviços seriam alteradas, uma vez que existe uma significativa diferença entre os percentuais calculados a partir da divisão das margens de contribuição 1 e 2 por suas respectivas receitas (preços unitários). Algumas análises simples que podem ser feitas pelo gestor da ANGIO são:

- Todos os serviços de diagnóstico apresentam margens de contribuição negativas e, portanto, deveriam ter sua estrutura de custos revista;
- O diagnóstico vascular, que se apresentava como o serviço de maior margem de contribuição (44,25%), mostra-se deficitário (14,40%) de acordo com os resultados obtidos pelo ABC;
- A intervenção vascular, que entre os serviços desta categoria, apresentava a maior margem de contribuição (41,03%), mostra-se, com os resultados do ABC, como o de menor margem de contribuição (18,45%);
- A intervenção neurológica em relação à cardiológica, apresenta-se, com base nos resultados do ABC, com uma margem de contribuição relativamente melhor (27,42%) do que na situação atual (8,00%);
- O serviço de menor margem de contribuição não é mais o diagnóstico neuro e sim o diagnóstico cardiológico.

O resultado da operação da ANGIO por serviço, considerando-se as frequências totais no período para cada um deles, apresenta-se na Tabela 22. Vale frisar que a apuração do resultado individualmente por serviço só foi possível a partir dos resultados obtidos pela aplicação da metodologia ABC.

Tabela 22 – Demonstrativo de resultado da ANGIO por serviço (R\$)

	Cárdio		Neuro		Vascular		Totais
	Diagnóstico	Intervenção	Diagnóstico	Intervenção	Diagnóstico	Intervenção	
(+) Receitas	44.435,78	41.239,03	94.760,03	56.628,65	102.988,70	55.110,21	395.172,93
(-) Deduções de Receitas							
PIS	288,83	268,06	615,94	368,49	669,49	358,22	2.568,62
COFINS	1.33,07	1.237,19	2.842,80	1.698,86	3.089,96	1.653,31	11.855,19
PDD	888,72	824,79	1.895,20	2.059,97	2.059,97	1.102,20	7.903,46
(=) Recitas Líquidas por exame	41.435,78	41.239,56	94.760,03	56.628,65	102.998,70	55.110,21	395.172,93
(-) Custos variáveis							
Materiais não controlados	11.394,30	21.698,48	6.753,08	0,00	5.211,70	7.818,98	52.876,53
Etiquetas	2.539,35	113.880,30	4.907,70	246.929,23	130,15	108.759,80	477.146,53
Honorários médicos	14.925,93	49.130,20	28.643,93	54.972,70	17.860,00	42.040,35	207.573,10
Despesas bancárias	133,31	940,26	174,24	1.613,92	139,78	897,51	3.899,02
(=) Margem de contribuição	12.932,27	(146.739,71)	48.927,15	(250.086,71)	73.837,64	(107.520,15)	(368.649,51)
(-) Custos fixos	27.330,61	6.269,46	44.592,05	7.111,34	60.415,03	12.444,84	158.163,33
(=) Resultados	(14.398,34)	(153.009,17)	4.335,10	(257.198,05)	13.422,61	(119.964,99)	(526.812,84)

Fonte: Dados da Pesquisa

Vale ainda destacar que, no caso dos serviços oferecidos pela ANGIO, a parcela de custos fixos não representa a maior parcela dos custos, somando cerca de 25%. Apesar disso, a alocação destes custos fixos aos serviços, com a aplicação da metodologia ABC, provoca uma variação significativa nos resultados obtidos nas margens de contribuição e na frequência necessária dos serviços para que a operação atinja seu Ponto de Nivelamento (PN).

A análise de custos pela metodologia ABC, enfocando a estrutura de custos fixos, demonstra que as decisões tomadas com base no custeio variável anteriormente adotado, podem levar a expectativas de resultados econômicos equivocadas e que, poderá induzir a tomada de decisões incorretas e, conseqüentemente, a adoção de ações que podem gerar resultados duvidosos.

3.3 O estudo de caso 3 (três): margem de contribuição para decisões da alta gestão considerando a organização hospitalar como conglomerado

Os dados utilizados se referem ao estudo do caso e hospital de grande porte e alta complexidade, localizado na cidade de São Paulo, de natureza privada, que conglomera em sua estrutura diversos centros para diagnóstico e para terapêutica. Estes serviços, por sua vez, são terceirizados em sua grande maioria, sendo que o estudo engloba todas as unidades do negócio, cujas

operações e serviços são exercidas por profissionais de empresas contratadas, abrangendo a atividade médica hospitalar como um todo.

Destaca-se que, atualmente, a gestão de custos da organização por ora estudada, basicamente adota o sistema de custeio direto, ou seja, apurando custos variáveis precisamente identificáveis e controlados, que estão diretamente associados a diferentes serviços. Vale destacar ainda que, essa organização ainda utiliza-se do sistema de rateio e atualmente está em fase de transição para o sistema de custeio por análise de Margem de Contribuição, por assim entender ser a melhor abordagem para a organização.

Desde já se observa que em meio às deficiências dos sistemas de custos, alguns sistemas não são adequados ou não são cabíveis para a contribuição da eficácia a competitividade das organizações.

A análise da Margem de Contribuição aplicada na organização hospitalar pode ser visualizada na Tabela 23, como síntese do controle gerencial dos custos atualmente administrados:

Tabela 23 – Análise da Margem de Contribuição

O HOSPITAL GERAL É SUBDIVIDIDO EM UTI GERAL, UTI INFANTIL, UCO E UNIDADES DE INTERNAÇÃO:
RBF TOTAL DE FEVEREIRO: R\$ 6.435.000

	HONORÁRIOS MÉDICOS	SADT	MAT / MED	T / D / E	
UTI ADULTO					
RBF Fevereiro / 2005	7%	9%	48%	36%	
R\$ 1.333.000	R\$ 93.310	R\$ 119.970	R\$ 639.840	R\$ 479.880	
Margem de Contribuição	100%	20%	40%	90%	
Caixa do SMHIM	R\$ 93.310	R\$ 23.994	R\$ 255.936	R\$ 431.892	R\$ 805.132
					60% Sobre a RBF
UTI INFANTIL					
RBF Fevereiro / 2005	8%	5%	32%	55%	
R\$ 580.000	R\$ 46.400	R\$ 29.000	R\$ 185.600	R\$ 319.000	
Margem de Contribuição	100%	20%	40%	90%	
Caixa do SMHIM	R\$ 46.400	R\$ 5.800	R\$ 74.240	R\$ 287.100	R\$ 413.540
					71% Sobre a RBF
UCO					
RBF Fevereiro / 2005	8%	11%	24%	57%	
R\$ 261.000	R\$ 20.880	R\$ 28.710	R\$ 62.640	R\$ 148.770	
Margem de Contribuição	100%	20%	40%	90%	
Caixa do SMHIM	R\$ 20.880	R\$ 5.742	R\$ 25.056	R\$ 133.893	R\$ 185.571
					71% Sobre a RBF
UNIDADES DE INTERNAÇÃO					
RBF Fevereiro / 2005	8%	8%	48%	36%	
R\$ 2.564.000	R\$ 205.120	R\$ 205.120	R\$ 1.230.720	R\$ 923.040	
Margem de Contribuição	100%	20%	40%	80%	
Caixa do SMHIM	R\$ 20.512	R\$ 41.024	R\$ 492.288	R\$ 738.432	R\$ 1.292.256
					50% Sobre a RBF
MATERIDADE					
RBF Fevereiro / 2005	23%	4%	23%	50%	
R\$ 1.053.000	R\$ 242.190	R\$ 42.120	R\$ 242.190	R\$ 526.500	
Margem de Contribuição	100%	20%	40%	90%	
Caixa do SMHIM	R\$ 242.190	R\$ 8.424	R\$ 96.876	R\$ 473.850	R\$ 821.340
					78% Sobre a RBF
PRONTO SOCORRO					
RBF Fevereiro / 2005	41%	17%	21%	21%	
R\$ 644.000	R\$ 264.040	R\$ 109.480	R\$ 135.240	R\$ 135.240	
Margem de Contribuição	100%	20%	40%	80%	
Caixa do SMHIM	R\$ 264.040	R\$ 21.896	R\$ 54.096	R\$ 108.192	R\$ 448.224
					70% Sobre a RBF
SOMA DAS MC's	R\$ 687.332	R\$ 106.880	R\$ 998.492	R\$ 2.173.359	

CAIXA POTENCIAL DA MC	R\$	4.064.061	
CUSTOS			Sobre RBF
*Pessoal	R\$	(2.321.977)	-35%
*Gerais	R\$	(1.084.915)	-17%
*Operações Bancárias	R\$	(153.256)	-2%
*Operações Financeiras	R\$	(293.380)	-4%
*Ativo Permanente / Investimentos	R\$	(200.868)	-3%
*Tributos	R\$	(340.281)	-5%
TOTAL DESPESAS	R\$	(4.394.677)	-67%
RESULTADO	R\$	(330.616)	-5%

Margem de contribuição das atividades

CLT e PJs

Água, luz, telefone, contratos

Financiamento, Leasing, Crédito

Partindo do princípio que serão pagos

Pagamentos

Glosas, Inadimplementos, Negociações

Margem de **Lucro** / **Prejuízo** sobre RBF

Parte-se do princípio que HM, MAT / MED e Repasses já foram feitos anteriormente.

Fonte: Hospital do Estudo de Caso

Observa-se neste material que as UN – Unidades de Negócio (Centros Produtivos) daquele hospital são as unidades geradoras de receita operacional, e são subdivididos em:

- UTI (Unidade de Terapia Intensiva) Adulto;
- UTI Infantil;
- UCO (UTI Coronariana);
- Unidades de Internação;
- Maternidade e
- Pronto Socorro.

Cada uma destas UN são subdivididas de acordo com o grau de participação no custo dos principais elementos da prestação do serviço fim de um hospital, como descrito a seguir:

- Honorários Médicos (valores repassados às equipes médicas prestadoras de serviços);
- SADT's (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica) – Há participação tanto do prestador quanto do hospital;
- MAT / MED (Materiais e Medicamentos de uso hospitalar), para custear estes itens e
- T/D/E (Taxas, Diárias e Equipamentos), cujos recursos predominantemente são do hospital.

De acordo com o grau de participação destes elementos no custo da atividade prestada, determina-se o percentual que pode ser apropriado como receita própria do hospital. Os valores apropriados como finais são os de preço de compra, i.e., valores que são pagos sem margem de comercialização ou de *overhead*.

Esta receita que pertence ao hospital é denominada Margem de Contribuição (MC), que será a fonte de recursos financeiros (caixa) para o custeio dos demais custos da organização (que não médicos, e considerando o não repasse para serviços de diagnósticos, não materiais e não medicamentos).

Os custos desta organização são agrupados como de:

- Pessoal (Folha de Pagamento, Encargos e Benefícios);
- Gerais (água, luz, telefone, contratos);
- Operações Bancárias (Financiamentos, *Leasing*, Encargos e Crédito);
- Operações Financeiras (Valor principal de empréstimos), Ativo Permanente / Investimentos e Tributos;
- Glosas e
- Inadimplementos.

Desta forma, a determinação do Lucro (superávit) ou Prejuízo (déficit) deste hospital é dado pela fórmula:

$$MC - CUSTOS = LUCRO / PREJUÍZO DO HOSPITAL$$

Se a MC supera os valores de custos, temos uma atividade superavitária, sendo o oposto, deficitária.

Assim como esse relatório acima demonstrado do Hospital do estudo de caso, ressalta a importância da análise de custos operacionais e dos resultados gerenciais de uma atividade hospitalar. Constitui um sistema dos mais relevantes para o gestor tomar decisões em relação a investimentos e estratégias de ampliação dos sistemas de custos e custeio nas diferentes UEN's e suas respectivas áreas de operações.

3.3.1 Estratégia e vantagem competitiva

A organização hospitalar aqui estudada busca reduzir seus custos sem impactar de forma negativa na qualidade da prestação de seus serviços à comunidade, estratégia imprescindível para a competitividade e o sucesso destas organizações, como concluem autores como Shiozawa et al. (2003), Mihalik, Scherer e Scherer (2003) e O'Connor e Shewchuk (2003).

Silveira e Shiozawa (2003) demonstram que a escolha da metodologia utilizada para a análise do custo de uma complexa atividade médica será determinante de suas estratégias, em função da interpretação dos resultados obtidos desta análise.

Hay (1990) discute os aspectos mais relevantes desta redução de custos sem que haja perda da qualidade, que segundo Juran (1991), precisa levar em conta os benefícios do custo do controle da qualidade vs a eficácia de uma determinada atividade.

Apesar de não objetivar lucro, as organizações de saúde sem fins lucrativos necessitam de resultados superavitários, que lhe irão permitir fazer novos investimentos, otimizar seus processos operacionais e ao final, garantir a assistência prestada ao usuário final, com qualidade, mas de forma sustentada.

Segundo Wares (1994), esta é uma estratégia genérica de competição do setor saúde, pois racionalizar os custos possibilita a organização à otimização de seus recursos financeiros e de seu desempenho superior.

Segundo Ansoff (1977) e Porter (1995, p. 35), as estratégias destas organizações está alinhada aos princípios de qualquer organização que busca sua verdadeira vantagem competitiva, sendo que a profissionalização da gestão hospitalar é o ponto alto desta discussão para Dunham, Kindig e Schulz (1994), alinhados ainda aos princípios de estratégia específica das organizações de saúde (BARBANTI, 2000)

Percebe-se então a necessidade de combinar as atividades ou funções realizadas na instituição para se criar uma Vantagem Competitiva sustentável, conforme enfatiza Porter (1995, p. 35):

"[...] Posições estabelecidas sobre sistemas de atividades são mais sustentáveis do que as obtidas sobre atividades individuais".

Ainda, segundo esse autor, a partir de uma cadeia genérica de atividades, as de maior valor podem ser identificadas e estudadas com maior profundidade.

Dessa forma, a Cadeia de Valores é a forma sistemática para o exame de todas as atividades relevantes e independentes executadas por uma organização, e do modo como interagem interna e externamente ao ambiente.

A Cadeia de Valores é necessária para a análise das fontes de Vantagem Competitiva ou para ganhos internos na sua produtividade. Será adotada a definição de Cadeia de Valores de Porter (1995, p. 35), alinhando o conceito de estratégia dado por Zaccarelli (1996).

Uma empresa ganha sua Vantagem Competitiva executando estas atividades estrategicamente importantes de uma forma mais barata, ou melhor, do que a prática corrente do setor e de seus competidores (SHUKLA; PESTIAN; CLEMENT, 1997).

O bem e/ou serviço prestado por uma organização pode tornar-se, eventualmente, parte da Cadeia de Valores de seu cliente. O relevante na construção de uma Cadeia de Valores é que ela se constitui na fonte básica de Vantagem Competitiva. Porter (1995, p. 35) define que as atividades de valor podem ser divididas em duas abordagens sistêmicas: do subsistema de Atividades Primárias e do subsistema de Atividades de Apoio. A performance destas organizações dependerá da capacitação em estratégia de seu grupo de trabalho.

Segundo Shiozawa et al. (2003), a Vantagem Competitiva das organizações hospitalares de alta complexidade de natureza filantrópica pode ser atingida por rearticulação de sua Cadeia de Valores, também denominado “*outsourcing*” (MORRISEY, 2003), e seu conceito sendo utilizado estrategicamente (ROBERTS, 2001), podendo assim tornar a organização altamente competitiva nesta indústria, alinhada a conceitos básicos de um planejamento estratégico adequado (ZACCARELLI, 1996).

Constata-se que as Organizações de Saúde, tanto quanto outras dedicadas à produção de bens ou serviços necessitam, precisam desenvolver processos consistentes e intimamente ligados às competências de seus gestores (DUNHAM; KINDIG; SCHULZ, 1994) na implementação de estratégias que sustentam sua continuidade e competitividade (PORTER, 1995).

A análise em torno de uma organização hospitalar sem fins lucrativos e de natureza filantrópica demonstra como estas instituições requerem também uma gestão administrativa de alta complexidade, que busca reduzir custos, e com isto, a otimização dos recursos financeiros utilizados (BOLSTER, 2002), para poder oferecer alta qualidade em seus produtos de competência (TYLER, 2003), comprovadamente por este trabalho definido pelo seu alto grau de conteúdo de segurança e confiabilidade, como requisitos de alto desempenho exigido de todos os níveis de gestores, desde os mais operacionais aos cargos diretivos da organização, com forte enfoque favorável aos profissionais de saúde que exercem papéis diretivos em hospitais (DUNHAM; KINDIG; SCHULZ, 1994).

A fonte de vantagem competitiva sustentável, constatando e confirmando as referências de Porter (1989), encontra-se na transformação da cadeia de valores.

Segundo Shiozawa et al. (2003), a sub-contratação possibilita uma vantagem competitiva sustentável, por redução dos custos da atividade, além de outras vantagens apresentadas, não obstante os chamados custos de transação existentes (WILLIAMSON, 1979). O resultado desta otimização de recursos e melhoria da performance e dos seus resultados (BOLSTER, 2002), passam a permitir que estas organizações efetivem seus investimentos em capacitação de pessoas, em suas plantas e atualização de sua tecnologia médica (CAMPBELL, 1994).

Ainda segundo Shiozawa et al. (2003), a empresa escolhida para um programa de transformação estrutural deverá possuir todas as características necessárias para o pleno sucesso de perpetuação da prestação de serviços, sendo a organização contratante responsável pelo estudo de mercado, pelo estudo do plano de implantação deste processo e da determinação das reais necessidades e qualidades que necessita para a prestação do serviço objetivo como um todo.

3.3.2 Custos de serviços médicos hospitalares por margem de contribuição como instrumento de decisão estratégica e vantagem competitiva

Alguns fatores externos como a alta competição e a estabilidade econômica tem preocupado as empresas e não é diferente no segmento hospitalar. A garantia de continuidade de uma empresa é a capacidade de manter-se operando ininterruptamente pela adequada utilização dos recursos de que dispõe e está relacionada à qualidade das decisões tomadas pelos gestores. A qualidade das decisões depende de um suporte adequado de informações.

O processo de tomada de decisões abrange as etapas de planejamento, execução e controle e deve ser estruturado levando-se em conta a missão, crenças e valores de cada empresa.

O planejamento consiste no ato de tomar decisões antecipadamente à ocorrência dos eventos reais, requerendo para isso, a escolha de uma entre

várias alternativas de ações possíveis. A execução é a etapa em que as ações são desenvolvidas em consonância com o planejamento. O controle é a comparação entre os resultados obtidos em confrontação com os resultados anteriormente planejados. Através do controle é possível verificar a causa dos possíveis desvios e corrigir os planos.

Assim como em qualquer outro tipo de empresa, numa instituição hospitalar a estrutura básica de um Sistema de Custos também deve contemplar:

- a) um sistema de acumulação de custos;
- b) um método de custeio;
- c) um sistema de custeio.

O método de custeio adotado define quais os custos que devem fazer parte do custeio dos produtos e de que forma estes custos serão apropriados. Portanto cada método adotado produzirá informações diferenciadas. É importante que ao escolher um método, que sejam considerados os objetivos a serem alcançados, a estrutura organizacional e as características operacionais da empresa.

A principal característica das últimas décadas é a velocidade das mudanças, colocando para as organizações o grande desafio de acompanhá-las e de antevê-las, para melhor se estruturarem no futuro. As mudanças no mercado, com clara influência nos hospitais, aliadas às necessidade de alcançarem os melhores níveis de desempenho organizacional, não somente para o bem-estar da própria organização hospitalar, mas, principalmente pela importância do papel desempenhado na sociedade por essas instituições, evidenciam que a gestão hospitalar deve estar voltada a qualidade total ao longo de todo o processo de atendimento.

Segundo Kotler (1998, p. 46):

[...] A chave para atingir os objetivos da organização consiste em determinar as necessidades e os desejos dos consumidores alvo e satisfazê-los mais eficaz e eficientemente do que os concorrentes.

No caso das empresas da área de saúde a chave é o atendimento com qualidade, ao longo de todo processo de prestação de serviço.

Nesse contexto, a necessidade de avaliação do nível de satisfação dos clientes para com a qualidade no serviço prestado está se consolidando entre os

administradores hospitalares como resultado de grandes mudanças no cenário de atuação das organizações de saúde, também é crescente. Nesse contexto, a necessidade de se aprimorar a satisfação do cliente relacionado à produção desses serviços ganha importância. Assim, avaliar o nível de satisfação dos consumidores com a qualidade nos serviços de saúde, é relevante, haja vista que, hoje os hospitais, buscam atender seus clientes com total qualidade. Neste sentido, o presente artigo procura evidenciar aspectos sobre a satisfação do cliente quanto a qualidade no serviço hospitalar.

O produto da organização hospitalar se mostra diferente de todos os demais tipos de serviços, pois:

- 1) O serviço de saúde é possivelmente, o mais intangível de todos. O paciente enfrenta dificuldades não apenas para avaliar a qualidade do serviço antes da aquisição, mas pode não ser capaz de avaliá-lo mesmo depois de recebê-lo;
- 2) A fisiologia e a psicologia de cada paciente afetam profundamente a resposta ao tratamento, gerando uma variabilidade que foge ao controle do prestador do serviço, por não existir controle dos resultados cientificamente, torna-se intangível;
- 3) O serviço hospitalar é normalmente prestado por várias pessoas, de diversas funções diferentes, o que aumenta a possibilidade de variação na qualidade, isso acontece porque não há padrões pré-estabelecidos;
- 4) O serviço hospitalar apresenta características de imprevisibilidade de demanda mais críticas que os demais serviços (porque inexistente o sistema de controle de gestão), sendo mais sensível a problemas de falta de capacidade, de demora ou de não atendimento;
- 5) O consumidor do serviço hospitalar não é o responsável por todas as decisões relativas ao mesmo, dependendo do conhecimento técnico do médico para a maioria das decisões; e
- 6) O consumidor nem sempre é o responsável pelo pagamento dos serviços que adquire, gerando distorções na elasticidade da demanda. A economia não se constitui na preocupação fundamental neste tipo de serviço, tanto por parte dos consumidores, quanto dos prestadores (médicos, enfermeiros etc.).

Assim, os gestores da atividade médico-hospitalar, como é natural e louvável, sempre mantiveram rigoroso controle das suas atividades fins.

Entretanto, a grande maioria, sempre relegou a um segundo plano os demais controles, tanto os administrativos quanto os financeiros.

Com os índices inflacionários em níveis muito elevados, não havia maior preocupação, pois todos os gastos eram repassados aos preços dos serviços, inclusive os da ineficiência, não causando maiores problemas que pudessem atrapalhar a evolução e o desenvolvimento das empresas atuantes neste mercado.

Controlada a inflação e aumentada a competitividade, estabeleceu-se nova mentalidade e os gestores da área foram obrigados a se preocupar com resultados e tiveram de implantar sistemas mais eficientes de controle, sendo o custo um dos instrumentos mais importantes, neste aspecto.

Diante de todo o exposto, a análise dos custos das atividades é um aspecto importante na determinação da vantagem competitiva das organizações de saúde, em face dos altos investimentos em ativos fixos exigidos neste tipo de atividade, com especial destaque aos chamados procedimentos médicos de alta complexidade.

Os gestores das organizações de saúde necessitam de um instrumento que forneça uma base de informações precisas a respeito do comportamento das suas atividades, de forma a subsidiar o processo de tomada de decisões estratégicas com relação a investimentos, terceirização de serviços e identificação de oportunidades e barreiras, de modo que o máximo de valor possa ser percebido pelas diversas entidades envolvidas (paciente, médicos, investidores, fontes pagadoras), de modo a tornar o negócio sustentável ao longo do tempo.

Quer-se demonstrar aqui, para os administradores hospitalares, a compreensão do custo das atividades proporcionada pela metodologia de custeio por Margem de Contribuição, em contraposição aos resultados do custeio variável, ajuda a determinar, de forma mais segura, o ponto de nivelamento do nível de serviços oferecidos, reduzindo os riscos de erros na tomada de decisões estratégicas.

Com base nos resultados do trabalho, e a análise concreta do estudo feito em um Hospital privado de grande porte, alta complexidade, situado em São Paulo, pode-se observar que a adoção do sistema de custeio por Margem de Contribuição está se mostrando extremamente eficaz nas informações de custo para tomada de decisão estratégica.

A universalização da proteção à saúde trouxe uma forte ampliação dos gastos para o conjunto das economias desenvolvidas, que passaram de 2% a 3% do PIB ao final dos anos 40, para entre 6% e 10% do PIB, ao final dos anos 70. Em 1990 o gasto mundial com saúde atingiu 1,7 trilhão de dólares, ou cerca de 8% da renda mundial. O gasto governamental com saúde ultrapassou 900 bilhões de dólares, tornando fundamental o entendimento do impacto das políticas públicas sobre a saúde das populações. Por outro lado, o crescimento destes gastos entre 1980 e 1990 não foi tão acentuado como nos anos anteriores, tendo até se reduzido em alguns países, refletindo o esforço de alguns países desenvolvidos para ajustar o volume de gastos com saúde como esforço de racionalização frente à crise econômica e fiscal dos anos 70/80.

O aumento dos gastos no setor da saúde no período foi, no geral, diretamente relacionado aos seguintes aspectos: extensão horizontal (novos segmentos da população como clientela) e vertical (complexificação e diversificação da oferta de serviços) da cobertura, derivada dos programas de universalização; envelhecimento da estrutura etária da população; transformações nas estruturas de morbi-mortalidade; mudanças no campo da tecnologia médica, nas funções de produção em saúde e seus impactos na produtividade; fatores socioeconômicos e culturais (aumento na renda *per capita* se traduzindo em aumento nos gastos com saúde) e estruturas securitárias (seguro como elemento de indenização e proteção). A estes fatores estruturais acrescenta-se nos últimos anos o crescimento de gastos relacionados ao aumento da demanda provocado pela própria conjuntura recessiva, que leva a migrações de população de regiões de menor desenvolvimento para os países desenvolvidos.

Os diferentes aspectos apontados para o incremento dos gastos têm uma estreita relação com o aumento dos custos dos serviços prestados como pode ser visto: o primeiro aspecto, a expansão dos serviços, tem sido feito, quase sempre através de novos investimentos gerando custos de ampliação, manutenção etc.; no caso da estrutura etária mais velha da população, o incremento se dá pelos custos mais altos relacionados aos tratamentos na terceira idade.

No caso das mudanças no campo tecnológico, o efeito nos custos deve ser visto em duas direções: no ato médico em si (procedimentos ambulatoriais e intervenções cirúrgicas) no qual, ao contrário do que ocorre em processos de

trabalho industrial, a nova tecnologia não substitui trabalho por capital (ao melhorar o diagnóstico e a qualidade dos serviços, incorpora não somente mais equipamentos como mais recursos humanos - novas profissões e especializações que possam operar e interpretar os novos equipamentos; some-se a isto o crescimento da qualificação do pessoal da área de saúde), e nos meios de diagnóstico e terapia, nos quais o avanço técnico economiza trabalho, por exemplo em laboratórios e serviços de diagnósticos por imagem, reduzindo os custos de pessoal envolvido nestas atividades.

A este movimento de aumento estrutural e generalizado dos custos e gastos nos diferentes países, seguiu-se um movimento de racionalização dos gastos e contenção de custos através de mudanças estruturais nos sistemas, na busca de aumento de eficiência, e de melhoria na eficácia e efetividade dos programas e serviços.

Neste sentido verificou-se, como resultado deste movimento, que os gastos com prevenção passaram a se tornar um importante instrumento de redução dos gastos totais, inclusive por serem menores os custos relacionados a estes programas e terem maior eficácia que os programas de tratamento das doenças.

A essência deste movimento de racionalização de custos e redução de gastos foi a modificação nas formas de gestão dos serviços prestados nos diferentes países, sejam estes serviços centralizados, descentralizados, públicos e privados, tendo como princípio comum a questão da autonomia de gestão do serviço de saúde. Modificam-se substancialmente as formas de financiamento e de gestão dos sistemas de saúde nos diferentes países.

Toda organização, para manter seu funcionamento, deve repor por meio de suas receitas (ou repasses, no caso do setor de saúde público) o total de seus custos. A recuperação dos custos é então a condição básica para a sobrevivência. No caso de organizações que recuperam seus custos a partir das receitas auferidas pela venda de seus produtos e/ou serviços, a determinação dos custos dos produtos e serviços orienta quanto à reposição do total de custos. No caso de organizações que recuperam seus custos através de repasses de verbas públicas e/ou de contribuições, a determinação dos custos de suas atividades orienta quanto à eficiência, eficácia, comparação e controle.

Uma das preocupações iniciais de qualquer cálculo de custos, em qualquer área, deve ser aquela relacionada com os objetivos do cálculo a ser efetuado, subordinando-se assim a aplicação das diferentes metodologias possíveis ao interesse maior da gestão das diferentes organizações.

Porém, os poucos textos no Brasil, que discutem custos na área de saúde apontam alguns pontos comuns que merecem destaque ao se apresentar uma discussão que pretende justificar a necessidade de se generalizar uma metodologia de cálculo e gestão de custos:

- A grande maioria dos profissionais de saúde e avaliadores sabe pouco sobre procedimentos formais de levantamento/apuração e análise de custos;
- Poucos órgãos estatais e municipais realizam estes estudos;
- As metodologias existentes de apuração de custos apresentam algumas restrições para serem aplicadas, levando a que necessitem de adaptações e simplificações, que nem sempre levam ao custo real dos programas e procedimentos nas diferentes unidades e que acabam dificultando as comparações com outras unidades;
- A não utilização dos levantamentos, cálculos e análises de custos como instrumento de gestão, nos diferentes níveis da administração; e
- A necessidade do desenvolvimento de instrumentos de gestão interna nas diferentes unidades de saúde que contribuam mais diretamente para a administração da saúde e elaboração de políticas.

Longe de se pretender tratar aqui da discussão do custo como fenômeno contábil ou econômico, e tendo apenas a intenção de mostrar suas diferentes abordagens e a obrigatoriedade de sua interdisciplinaridade, vale lembrar, como aponta Bacic (2004, p. 124) que a gestão ou administração de custos deve ser entendida como a contabilização e/ou geração de informações sobre a situação atual, futura e passada dos elementos de custos, a construção de uma situação favorável em termos de custos dentro de uma perspectiva sistêmica e de geração de valor para o cliente. O controle dos custos dentro dessa perspectiva e o desenvolvimento de uma compreensão dos fatores geradores de custos (no curto e longo prazo), devem sempre estar apoiando a manutenção e o aumento da

competitividade da empresa (podendo-se aqui acrescentar, para os objetivos do texto, dos programas ou do sistema como um todo).

Neste sentido a visão a prevalecer sobre custos deverá ser "transfuncional e multidisciplinar". Ainda mais na área da saúde, na qual face o valor intrínseco, torna difícil o estabelecimento de preços, e onde os resultados não se medem simplesmente por ganhos econômicos.

As mudanças nas organizações levaram a que a administração de custos também ampliasse seu escopo, passando a incorporar em suas preocupações além dos aspectos financeiros e econômicos resultantes das questões quantitativas e qualitativas dos processos internos de prestação de serviços, como no caso da saúde, aspectos ligados a relações das instituições com os demais agentes envolvidos no sistema como um todo.

Deve-se entender que também na saúde o custo dos programas, instituições, procedimentos e atividades resultam de estruturas físicas e técnicas, comportamentos ou processos existentes em cada localidade e instituição. O entendimento das diferenças existentes, no processo de prestação de serviços associado ao tratamento de cada diagnóstico ou realização de cada programa, é um passo inicial para o sistema de informações necessárias ao cálculo de insumos utilizados, custos incorridos e eficiência dos resultados alcançados.

Medici e Marques (1996) cita sistemáticas de cálculo de custos como, por exemplo, nos Estados Unidos a partir de 1983, a adoção de sistemáticas de atribuição de custos a partir de classificação dos serviços hospitalares em grupos, DRG's (grupos de diagnósticos relacionados), onde cada um dos grupos é baseado numa média de casos similares, onde são atribuídos custos relacionados ao tipo de caso cruzado com características do paciente como sexo, idade, diagnóstico principal, diagnósticos adicionais, procedimentos cirúrgicos adotados etc. Usando-se de ponderações com custos históricos de cada instituição e taxas de ajustes para compensar diferenças regionais, esta sistemática estabelece critérios mais racionais para pagamentos dos serviços e vem sendo adotada por outros países como Inglaterra, França e Itália.

Mais do que reduzir a variabilidade de cada situação, no sentido de impor padrões de comportamento, através do cálculo de custos e do uso de técnicas de racionalização de custos, busca-se com a adequação da apuração de custos e

sua gestão aliada às técnicas de gestão de qualidade, por exemplo, entender as diferenças, explicá-las e custeá-las adequadamente. Aquelas práticas consideradas como “as melhores práticas” (em termos de eficiência, eficácia e qualidade) pelos diferentes agentes do sistema, e não as de menor custo, servirão de referência para as diferentes instituições e para a comparação entre os diferentes custos encontrados. Estabelece-se a partir destes cálculos, uma base adequada para os pagamentos.

A tendência à substituição de programas de tratamento de doenças por programas de prevenção, já citada como um dos mecanismos usados em diferentes países para redução dos custos e gastos gerais do sistema, reflete a mesma idéia presente na implantação da gestão estratégica de custos através do uso de diferentes ferramentas, inclusive através do cálculo de custos da não-qualidade, que afetam os diferentes sistemas organizacionais.

A integração de diferentes áreas do conhecimento na gestão de custos reflete a integração das atividades existentes no mundo real e a necessidade de captar e refletir estas mudanças na gestão das instituições. Neste sentido, cabe lembrar que além de sua atuação direta na saúde o setor público, também exerce influência indireta no setor através de políticas educacionais, de saneamento básico e regulamentação sanitária, no setor de seguros etc. Esta ação indireta também afeta os custos gerais do sistema de saúde, ao reduzi-los indiretamente através da melhoria nas condições de vida da população.

Como já assinalado anteriormente, e não se pretendendo ficar apenas na análise da racionalidade e eficiência dos serviços de saúde, para as quais é essencial como ponto de partida de qualquer análise, o conhecimento de seus custos, e pensando ainda em eficácia, qualidade, competitividade e maior aproveitamento dos recursos, torna-se imprescindível conhecer qual o custo da prestação de serviços de saúde no Brasil, através de levantamentos de informações básicas que permitam conhecer inicialmente os custos de todo o sistema e assim poder usar o cálculo de custos como referência e ponto de partida para o melhor gerenciamento do sistema.

Deve-se lembrar ainda que ao lado da eficiência alocativa, objeto principal do uso das análises econômicas citadas, e que implica em discutir e avaliar a melhor utilização dos recursos segundo as necessidades; quando (na prevenção

ou na cura); como repassar recursos para diferentes regiões visando uma determinada equidade redistributiva, ou seja, financiar quem, quando e como, que é a questão básica da chamada eficiência redistributiva, colocam-se ainda como fundamentais para a avaliação das políticas e programas de saúde outras duas formas de eficiência: a gerencial e a técnico-operacional.

A discussão em torno da eficiência gerencial coloca uma questão básica, como aponta Medici (1997, p. 154):

[...] Qual a melhor forma para estruturar gerencialmente um sistema de saúde, do ponto de vista macro (redes de serviços) e do ponto de vista micro (isto é, do próprio estabelecimento?).

Mais uma vez, a questão do custo das diferentes opções é fundamental para as decisões a serem tomadas pelos formuladores de políticas e gerentes de programas e estabelecimentos.

Quanto à eficiência técnico-operacional, isto a depender de análises sobre tecnologias, terapias, processos ou meios alternativos visando alcançar o mesmo fim de aumentar o produto sanitário. Novamente a busca de alternativas deveria contemplar também estudos de custos de cada uma das opções.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As organizações do setor de saúde, sendo de natureza pública ou privada, não podem nos dias atuais ignorar um sistema que permita a evolução, o acompanhamento e o efetivo planejamento, controle e análise de desempenho de suas atividades, sob o risco de uma eminente descontinuidade de suas atividades.

Como decorrência, a gestão adequada dos custos e preços, inerentes às suas complexas atividades e recursos de alto conteúdo tecnológico alocados, se torna determinante para a sua viabilidade econômico-financeira.

O segmento de organizações prestadoras de serviços de saúde, no qual estão classificados os hospitais, necessita de um contínuo processo da busca de resultados satisfatórios do desempenho de suas atividades pressionados como são, dentre outros fatores, pela incorporação de novas tecnologias (que determina a constante renovação dos equipamentos utilizados no serviço hospitalar, bem como, de trabalho profissional, cada vez mais atualizado em conhecimentos e habilidades, tanto daquele dedicado à área assistencial quanto à área de gestão

Por sua vez, considerando o contexto em que se inserem, em particular quanto às condicionantes presentes no sistema de saúde brasileiro, no qual concorrem entidades com e sem fins lucrativos ou mistas, administradas por interesses e objetivos de agentes públicos, privados ou associativos (cooperativas), estas atuam em um Sistema de Saúde peculiar (RONCARI, 2003).

Tais peculiaridades determinam desafios para o desenvolvimento da eficiência e eficácia de suas atividades, e a busca pelo melhor desempenho dos resultados. Os meios para atingir tais objetivos, seriam por utilização racional dos “fatores de produção”, isto é, a redução de custos e a produção de bens e serviços de qualidade satisfatória, competitivos, e com resultado financeiro favorável.

Este trabalho desenvolveu a aplicação de Sistemas de Custos, tomando por base uma organização hospitalar típica, de natureza complexa, no sentido de demonstrar que com uma administração adequada do conhecimento aportado pela Administração Estratégica de Custos (BACIC, 2004; KAPLAN; COOPER, 1998) pode potencializar, ao mesmo tempo, a maximização dos resultados e a minimização dos custos e suas competências na capacidade de tomar decisões.

A identificação dos recursos utilizados bem como os demais custos foram investigados através de entrevistas, revisão de registros e acompanhamento dos processos.

A identificação das atividades mais relevantes definiu as tarefas. Uma vez os recursos identificados e as atividades definidas, foram estabelecidos os direcionadores para apropriar os recursos às atividades e destas aos objetos de custos. Optou-se pelos direcionadores que tivessem maior correlação com as atividades e objetos de custos.

A intensificação nos últimos anos de referências a custos da área de saúde, envolvem desde aspectos relacionados aos crescentes gastos públicos na área, como de financiamento desses gastos, explicitando claramente a grande necessidade de métodos adequados de apuração ou mensuração de custos, sistemas e modelos de gerenciamento, que se tornam fundamentais na escolha de programas e estabelecimento de políticas e estratégias de atuação das organizações hospitalares.

Diante disto, as organizações hospitalares deverão buscar o planejamento e o controle de seus custos, prevenindo-se das tendências presentes no seu contexto de atuação e de influírem sobre o mesmo, por meio de desempenho superior e sustentável.

Enfatizou-se ainda por repetidas vezes neste trabalho, que na organização hospitalar, o resultado social é mais importante que o resultado econômico.

Contudo, torna-se imprescindível que, a sua complexa administração não pode dispensar um sistema de análise e gestão de custos, que disponibilize a dirigentes e gestores informações sistematizadas e consistentes, para apoio aos diferentes níveis de decisões voltadas para o planejamento, controle e avaliação de ações e atividades, responsáveis por resultados efetivos de sustentação de desempenhos superiores, quando avaliados sob a óptica social e/ou privada.

A organização de saúde que não desenvolver um adequado sistema de gestão e análise de custos correrá o risco de sofrer prejuízos incalculáveis, pois poderá estar negociando produtos que lhe seja desfavorável econômico e financeiramente, ou deixando de implementar serviços com mais baixo custo (produtividade) e qualidade.

Não foi objetivo deste estudo determinar qual sistema de custos mais adequado para o setor, mas sim evidenciar e enfatizar, com base no estado do conhecimento atual a respeito da Administração Estratégica de Custos, processos de gestão que levem as organizações hospitalares a um desempenho superior.

Sendo assim, os casos múltiplos nele desenvolvidos, comprovaram a integração e complementação de diferentes sistemas de custeio e, enfatizando como o modelo de Sistema e Análise por Margem de Contribuição, permite com maior consistência, proporcionar a diferentes níveis da gestão hospitalar o embasamento para suas decisões e ações com resultados mais eficazes e consistentes.

Neste último sentido, a investigação procura contribuir, seja pela acessibilidade e crescente exigência dos usuários do serviço hospitalar por serviços de qualidade, como dos próprios gestores, como responsáveis pelos resultados esperados pelos agentes investidores, sejam eles governamentais ou de entidades privadas.

Sob um enfoque mais genérico, o estudo se insere no amplo âmbito de questões de gestão de competências ou seja, de estratégias e vantagens competitivas de liderança em custos, no segmento hospitalar que integra a *indústria da saúde* (PORTER, 1995).

Como consequência desta competitividade, percebe-se que os hospitais necessitam desenvolver incessantemente sistemas de análise de custos mais eficientes, para atender às decisões operacionais de determinação de preço de venda ou de rendimento do amplo espectro de procedimentos finais, como cirurgias, partos, internação para tratamento clínico, consulta ambulatorial ou, até mesmo de apoio e infra-estrutura, como de uma diária, de uma refeição ou, de exames diagnósticos, dentre outros.

Torna-se inevitável, hoje, que os sistemas contábeis, utilizados nesses empreendimentos, tornem-se cada vez mais sofisticados.

As formas tradicionais de custeio, ainda muito utilizadas em hospitais, não são mais adequadas aos controles internos dos processos. Além disto, não exploram os efeitos sinérgicos, com a integração dos sistemas tradicionais e atuais de custeio, para administrar, controlar e planejar desempenho por qualidade e efetividade gerenciais.

- **Caso 3:** Considerando-se que as organizações hospitalares de alta complexidade podem ainda ser classificadas como Conglomerados, subdivididos em suas diversas unidades de negócio, e sua performance avaliada individualmente no que se refere à margem de contribuição de toda a organização, este caso demonstra que a viabilidade do sistema como um todo dependerá da performance máxima possível de cada uma destas unidades, de forma a permitir a geração de recursos financeiros para suportar as atividades de apoio e as que têm menor resultado por margem de contribuição, permitindo que o objetivo da organização de saúde seja cumprido de forma integral.

Finalizando, é interessante observar no estudo Caso 1, onde a atividade médica não exerce ação direta, que o resultado de ações de cunho estratégico como a rearticulação da cadeia de valores surtiu efeito significativo (pelo menos em termos econômico-financeiros), ao passo que em casos onde a atividade médica é, *per se*, a principal, há provavelmente uma maior dificuldade de se apresentar um resultado econômico favorável em qualquer que seja a medida administrativa e /ou estratégica a ser tomada. Acreditamos que este fenômeno deve sofrer influência de vários outros fatores além do fato médico, e que certamente estes fenômenos poderão ser motivos de outros estudos futuros.

REFERÊNCIAS

ABRAMGE - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO. 2002. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br>>. Acesso em Nov 2004.

ALMEIDA, J. J. Sistemas de custos em organizações hospitalares – estudo de casos. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis. ISEC/FGV.

ALMEIDA, T. R. R. Perspectivas de sobrevivência do hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, n.5/6, p.104-113, maio/jun. 1983.

ANS - Agência Nacional de Saúde. 2001. www.ans.gov.br

ANSOFF, H. I. **Estratégia empresarial**. São Paulo: McGraw-Hill, 1977.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB – Tabela de Honorários Médicos Edição 1990 – www.amb.org.br

ATKINSON, A. A. et al. **Contabilidade gerencial**. São Paulo: Atlas, 2000.

BACIC, M. J. **Administración de costos**: proceso competitivo y estrategia empresarial. Bahia Blanca: EDIUNS, 2004.

BARBANTI, L. F. Formulação da Estratégia de um Hospital Privado Geral e de Grande Porte na Cidade de São Paulo, Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2000.

BEULKE, R.; BERTÓ, J. **Gestão de custos e resultado na saúde**. São Paulo: Saraiva, 1997.

BOLSTER, C. J. Not for-profit healthcare organizations increase cash, reduce debt to improve financial performance. **Healthcare Financial Management**, Westcher; v. 56; n. 8, 2002.

BORNIA, A. C. **Ingenieria de costos**. Apostila da disciplina de custos industriais. Florianópolis: PPGE/UFSC, 1997.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de apuração de custos hospitalares**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRIMSON, J. **Contabilidade por atividades**: uma abordagem de custeio baseado em atividades. Trad. Antonio T. G. Carneiro. São Paulo: Atlas, 1996.

BRYAN, F. L. **Risks associated with vehicles of foodborne pathogens and toxins**. J. Food Protect. 51(6):498-508, 1988.

BRYSON, J. M. **Strategic planning for public and nonprofit organizations: a guide to strengthening and sustaining organizational achievement**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1995.

CAMPBELL, C. Hospital plant and equipment replacement decisions: a survey of hospital financial managers. **Hospital and Health Services Administration**, Chicago; v. 39, n. 4, 135-168, Winter 1994.

CARPINTÉRO, J. N. C. Custos na área de saúde: considerações teóricas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 6., 2002, São Paulo.

CARUSO, L.; SIMONY, R. F.; SILVA, A. L. N. D. **Dietas hospitalares: uma abordagem na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2002.

CENICEROS, R. Provider ranking help cut health costs. **Business Insurance**, Chicago, v. 37, n. 8, Byline, February, 2003.

CERRI, P. Profissionalismo na administração. Capturado em 29 de nov. de 1998. Disponível em: < www.ahmg.com.br/profissi.htm >

CHING, H. Y. **Gestão baseada em custeio por atividades** = ABM – Activity Based Management. São Paulo: Atlas, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. **Custo como ferramenta gerencial**. São Paulo: Atlas, 1995.

CONTADOR, C. R. **Projetos sociais: avaliação e prática: impacto ambiental, externalidades, benefícios e custos sociais**. São Paulo: Atlas, 2000.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P. S. **Método de pesquisa em administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

DUNHAM, C.; KINDIG, D. A.; SCHULZ, R. The value of the physician executive role to organizational. **Health Care Management Review**, Gaithersburg, v. 19, n. 4, Fall 1994.

EICHNER, A. S. **Towards a new economics: essays in post-keynesian and institucionalist theory**. London: McMillan, 1985.

ESTEVEZ, M. J. V. A utilização de custos em hospitais paulistas: um estudo preliminar. São Paulo, 1992. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP. SP.

FENASEG, Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização. Disponível em: <www.fenaseg.org.br>

FERNANDES, L. O. **Custo hospitalar**. São Paulo: LN Impressos Padronizados, 1993.

GERSDORFF, R. C. J. A contabilidade de custos no Brasil: qual seria um sistema prático, simples, eficaz? **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n. 33, p.34-46, 1980.

GOMES, A. M. Custos: instrumento de gestão nas organizações de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 6., 2002, São Paulo.

GOULART, R. L. Custeio baseado em atividade (ABC) aplicado em um serviço de radiologia em unidade hospitalar. Florianópolis, 2000. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. PPGE/UFSC.

GREENE, J.K.; METWALLI, A. The impact of activity based cost accounting on health care capital investment decisions. **Journal of Health Care Finance**, Gaithersburg, v. 28, n. 2, 2001.

HALL, R.; HITCH, C. Price theory and business behavior. In: WILSON, T.; ANDREWS, P. W. S. (Eds.) **Oxford Studies in the price mechanism**. London: Oxford University Press, 207-208; 1951. (Oxford Economics Papers; n. 2)

HAY, R. D. **Strategic management in non-profit organizations**: an administrator's handbook. New York: Quorum Books, 1990.

HAZELWOOD, D.; MCLEAN, A. C. **Manual de higiene para manipuladores de alimentos**. São Paulo: Varela, 1994.

HERRIOT, R. E.; FIRESTONE, W. A. Multisite qualitative policy research: optimizing description and generalizability. **Educational Researcher**, Washington, n. 12, p. 14-19, 1983.

HORNGREN, C. T.; FOSTER, G.; DATAR, S. M. **Contabilidade de custos**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 2000.

IBGE – ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, Oferta de Serviços de Saúde e Previdência no Século XX. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>.

JURAN, J. M.; GRZYNA, F. **Controle da qualidade**. São Paulo: Makron Books, 1991. v. 1.

KAPLAN, R.; ATKINSON, A. A. **Advanced management accounting**. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

_____; COOPER, R. **Custo e desempenho**: administre seus custos para ser mais competitivo. Trad. O.P. Traduções. São Paulo: Futura, 1998.

KOTLER, P. **Administração de marketing**: planejamento, análise e controle. São Paulo: Atlas, 1998.

KRIVONAK, M. P. Medical facilities outsourcing. **Journal of Property Management**, Chicago; v. 64; n. 1, Jan./Feb. 1999.

LANSER, E. G. Effective use of perform indicators. **Healthcare Executive**; Chicago; v. 15, 46-7, Sept. / Oct. 2000.

LEONE, G. S. G. A contabilidade de custos no final do segundo milênio: reflexões em torno de algumas manifestações recentes sem conteúdo histórico e científico. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, número 59, p. 8-15, nov./dez. 1982.

MARRACINI, P.; PAGNANI, E. M. Gestão integrada de custos na estratégia de atuação de uma organização hospitalar de alta complexidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS - A.B.C., 9., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Associação Brasileira de Custos: FECAP, 2002. 1 CD-ROM.

MARTINS, E. Contabilidade de custos. São Paulo: Atlas, 1998.

MEDICI, A. C. *A economia política das reformas em saúde*. Porto Alegre: IAHCS, 1997.

_____; MARQUES, R. M. Sistemas de custo como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, Rio de Janeiro, número, p. 47-59, jan./abr. 1996.

MIHALIK, G. J.; SCHERER, M. R.; SCHERER, R. K. The high price of quality: acost analysis of NCQA accreditation. **Journal of Health Care Finance**, New York, v. 29, n. 3, 38-47, 2003.

MILLER, J. A. **Implementing activity-based management in daily operation**. New York: John Wiley & Sons, 1996.

MONTORO FILHO, A. F. et al. **Manual de economia**. São Paulo: Saraiva, 1998.

MOREIRA, D. A. Etapas de uma dissertação de mestrado. **Revista Álvares Penteado**, São Paulo, v. 1, n. 2, 49-60, Jul 1999.

NOREEN, E. W.; SMITH, D.; MACKEY, J. T. **A teoria das restrições e suas implicações para a contabilidade gerencial**: um relatório independente. São Paulo: Educador, 1996.

O'CONNOR, S. J.; SHEWCHUK, R. Commentary-patient satisfaction: what is the point? **Health Care Management Review**, Frederick, v. 28, n. 1, 25-26, Jan./Mar. 2003.

OLIVEIRA, C. O hospital do futuro no Brasil. Capturado em 29 de nov. de 1998. Disponível em: <<http://www.ciahospitalar.com.br>>

PAGNANI, E. M. **Gestão estratégica de custos**. Apostila divulgação restrita do Mestrado de Administração de Empresas. São Paulo: UNIFECAP, 2005.

PALÁCIO, E. L. Dinâmica de custos em empresas hospitalares. **Enfoque – Reflexão Contábil**, Maringá, n. 6, 19-24, 1993.

PANORAMA setorial: Análise setorial. São Paulo: Gazeta Mercantil S.A., 1998. v. 1-4.

PANORAMA setorial: estudo especial hospitais privados: situação e perspectivas. São Paulo: Horizonte Vertical Editora, 2004. 1 CD-ROM.

PLAYER, S. et al. **ABM: lições do campo de batalha**. São Paulo: Makron Books, 1997.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva: criando e sustentando desempenho superior**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

RIEDEL, G. **Controle sanitário de alimentos**. São Paulo, 1992.

ROBERTS, V. Managing strategic outsourcing in the healthcare industry. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 46, n. 4, July-Aug. 2001.

ROCCHI, C. A. Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n. 41, p. 19-27, 1989.

RONCARI, J. M. **Estudo exploratório de um sistema conglomerativo de trabalho médico: o estudo do caso UNIMED**. 58 p. Projeto de Pesquisa do Mestrado de Administração de Empresas – UNIFECAP, São Paulo, abr. 2003.

ROZAKIS, L. **Schaum's quick guide to writing great research papers**. New York: McGraw-Hill, 1999.

RYAN, J. B.; KRENTZ, S. E.; HOROWITZ, J. L. Financial analysis of medical staff development plans. **Topics in Health Care Financing**, Gaithersburg, v. 19, n. 3, Spring 1993.

SÁ, A. L.; SÁ, A. M. L. **Dicionário de contabilidade**. São Paulo: Atlas, 1995.

SANTOS, J. J. **Análise de custos: um enfoque gerencial**. São Paulo: Atlas, 1987.

SELIG, P. M. Gerência e avaliação do valor agregado empresarial. Florianópolis, 1993. Tese de doutorado em Engenharia de Produção. PPGE/UFSC.

SHANK, J. K.; GOVINDARAJAN, V. **A revolução dos custos: como reinventar e redefinir sua estratégia de custos para vencer em mercados crescentemente competitivos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

SHIOZAWA, N. et al. Rearticulação de cadeia de valores em organizações hospitalares: um estudo de caso de sub-contratação em serviços de nutrição e dietética. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE - EPAC, 3., São Paulo, 2003. São Paulo: Fecap, 2003. 1 CD.

SHUKLA, R.K.; PESTIAN, J.; CLEMENT, J. A comparative analysis of revenue and cost-management strategies of not-for-profit and for-profit hospitals. **Hospital and Health Services Administration**, Chicago, v.1, n. 42, 117-134, Spring 1997.

SILVA JUNIOR, E. A. **Manual de controle higiênico-sanitário em alimentos**. 2. ed. São Paulo: Varela, 1996.

SILVEIRA, M. P.; SHIOZAWA, N. Análise de custos por atividades como instrumento de gestão de serviços médico-hospitalares de alta complexidade. **ENCONTRO DE PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE - EPAC**, 3., São Paulo, 2003. **Anais...** São Paulo: Fecap, 2003. 1 CD-ROM.

SIMÕES, A. R. Gestão estratégica nas organizações públicas de saúde: um estudo de caso da consolidação do SUS Municipal. *In*: Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro Universitário Álvares Penteado, 2003 – Unifecap. Mestrado em Administração de Empresas.

SIQUEIRA, M. M. Organização dos serviços de saúde: trajetória de pacientes e metas operacionais em hospitais. São Paulo, 1985. Tese de Doutorado em Administração. Faculdade de Economia e Administração/USP.

SMYTH, J. P.; SWINAND, P. Evaluating capital investment opportunities: capturing the value of flexibility. **Healthcare Financial Management**, Westchester, v. 56, n. 11, Nov. 2002.

SRAFFA, P. (1926). The Laws of Returns under Competitive Conditions. **Economic Journal**, vol, 36. Reimpresso em STIGLER, G.& BOULDING, K. Ensayos sobre la Teoría de los Precios. Madri: Aguilar, pp.165-179, 1960

STERN, B. J. A saúde das cidades e o primeiro movimento de saúde pública. **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, p. 84-94, 1983.

TABELA de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira – Ed. 1999. AMB. Disponível em: <www.amb.org.br>.

TACHIBANA, W. K.; DIAS, R. M. M. Cadeia de valores analisada sob o conceito dos valores criados. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 2., 2001.

TOGNON, I. V. Uma contribuição ao estudo dos custos hospitalares com o uso do custeio baseado em atividades: um estudo de caso do setor de pediatria do Hospital de Caridade de Carazinho. Florianópolis, 2000. Dissertação de Mestrado em Administração. Curso de Pós-Graduação em Administração/UFSC.

TYLER, J. L. Core competencies: a simplified look at a complicated issue. **Healthcare Financial Management**, Westchester; v. 57, n. 5, May 2003.

VASSALO, C. Por que os preços cobrados pelos hospitais brasileiros são tão altos? **Exame**, São Paulo, n. 19, p. 84-96, maio 1997.

WILLIAMSON, O. Transaction-cost economics: the governance of contractual regulations. **Journal of Law and Economics**, Chicago, v. 22, n. 2, 233-261, 1979.

YIN, R. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman. 2001.

ZACCARELLI, S. B. **Estratégia moderna nas empresas**. São Paulo: Zarco.