



MIRZA CUNHA SARAIVA

**INVESTIGAÇÃO DA MENSURAÇÃO DE CUSTOS NA
FORMAÇÃO DOS PREÇOS DOS SERVIÇOS HOSPITALARES:
um foco na diária hospitalar**

**Natal - RN
2006**

UnB – Universidade de Brasília
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

MIRZA CUNHA SARAIVA

**INVESTIGAÇÃO DA MENSURAÇÃO DE CUSTOS NA
FORMAÇÃO DOS PREÇOS DOS SERVIÇOS HOSPITALARES:
um foco na diária hospitalar**

**Dissertação apresentada ao Programa
Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-
graduação em Ciências Contábeis do convênio
UNB - UFPB - UFPE - UFRN, como requisito
para à obtenção do título de Mestre em
Ciências Contábeis.**

**Orientador: Prof. Dr. José Dionísio Gomes da
Silva.**

**Natal - RN
2006**

MIRZA CUNHA SARAIVA

**INVESTIGAÇÃO DA MENSURAÇÃO DE CUSTOS NA
FORMAÇÃO DOS PREÇOS DOS SERVIÇOS HOSPITALARES:
um foco na diária hospitalar**

Dissertação apresentada à coordenação do Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis do convênio UNB - UFPB - UFPE - UFRN, submetida à apreciação da banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. JOSÉ DIONÍSIO GOMES DA SILVA
ORIENTADOR

Profa. Dra. ANEIDE OLIVEIRA ARAÚJO
MEMBRO INTERNO

Prof. Dr. ROVIGATI DANILO ALYRIO
MEMBRO EXTERNO

**Natal-RN
2006**

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por me guiar e me ajudar todos os dias de minha vida, colocando no meu caminho boas oportunidades e pessoas maravilhosas que contribuem de uma forma ou de outra para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço também:

Aos meus pais e demais familiares, em especial a minha tia Oscarina, exemplo de fé, determinação e realização profissional, que se fez presente em todos os momentos da minha vida e, sobretudo na formação acadêmica, motivos pelos quais expresso o meu profundo reconhecimento de eterna gratidão;

A Mendes, grande companheiro, que contribuiu na realização deste projeto, através da troca de experiências e das longas discussões sobre assuntos afins, além da paciência e compreensão demonstradas em todos os momentos desta árdua caminhada, bem como pelo incentivo e entusiasmo contagiante que muito me ajudaram a superar os momentos de desânimo provocados pelas dificuldades na realização desta pesquisa;

Ao professor Dr. José Dionísio Gomes da Silva, meu orientador, pela extrema competência e transmissão de conhecimento, cujas orientações proporcionaram o aprimoramento desta dissertação;

A todos os professores que fazem o mestrado em Ciências Contábeis, que de alguma forma contribuíram para este resultado, em especial a Dra. Aneide Oliveira Araújo, pelos aconselhamentos oportunos que muito me auxiliaram no cumprimento dessa etapa.

Aos professores Dr. César Augusto Tibúrcio Silva e Dr. Francisco Ribeiro, pelas relevantes considerações que fizeram na qualificação do projeto da dissertação;

Ao professor Msc. Ridalvo Medeiros de Oliveira, titular da disciplina Análise de Custos da UFRN, por ter permitido substituí-lo na docência desta disciplina, a fim de dar cumprimento à

exigência do mestrado e também pela oportunidade de iniciar minha vida como docente em uma instituição de ensino superior;

Aos colegas da turma do mestrado, principalmente aos de Natal pelo convívio durante as viagens constantes e os longos encontros para realização das atividades exigidas por cada disciplina; destaque especial para Clenilson Siqueira Felinto, meu parceiro no desenvolvimento de artigos e amigo presente em momentos de alegria e tristeza;

À Direção da instituição hospitalar que permitiu a realização do estudo de caso, em especial aos colaboradores com os quais mantive contato no decorrer da pesquisa, pela atenção e presteza com que me trataram;

Por fim, aos colegas Neyber Auridéia W. Pípolo, Patrícia de Souza Costa, Ducineli Régis Botelho, Ridan Borges do Nascimento, Francisco Soares e outros que, porventura, não tiveram seus nomes mencionados, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Este trabalho busca investigar se o valor da diária hospitalar, fixado pelos tomadores de serviços, remunera os custos da hotelaria hospitalar. Para responder a essa questão, realizou-se um estudo de caso em uma instituição hospitalar da rede privada, sediada em Natal - RN, cujo período estabelecido foi o segundo trimestre de 2005. Para tanto, foi necessário buscar na literatura conceituações básicas de custos e modelos de sistemas de custeio que pudessem fundamentar o estudo de caso, no sentido de se obter conhecimento mais aprofundado do processo de apuração de custos da diária hospitalar. Os resultados encontrados indicam que o valor pago pelo tomador de serviços não remunera os custos da hotelaria hospitalar. Embora os preços, nesse segmento, sejam fixados pelos tomadores de serviços, o trabalho demonstra a necessidade de essas instituições disporem de um sistema de custos efetivo, de modo a viabilizar, junto aos seus parceiros conveniados, um preço satisfatório, visando à continuidade de tais instituições a médio e longo prazos.

Palavras-chave: Custos hospitalares. Diária hospitalar. Hotelaria hospitalar. Custeio por absorção.

ABSTRACT

In this piece of written work we have tried to investigate if the price of the hospital daily rate established by those who use the hospital services really covers the costs of the hospital hotel department. To answer this question a specific case in a private hospital in Natal during the second quarter of 2005 was analysed. To do it, it was necessary to refer to the literature about the basic concept of cost and systems of costing to confirm the study of our case, so as to insure a deeper knowledge of cost analysis of a hospital daily rate. The results we found indicate that the price which is paid by those who use the hospital services does not cover the cost of the hotel department. Although the price is established by those who use the hospital services, we find the hospitals must have their own system of costing by means of which a satisfactory daily rate to be paid by their customers can be established, so as both the hospital and its customer may be in business for a long time to come.

Key-words: Hospital costs. Hospital daily rate. Hospital hotel department. Absorption costing.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AHESP	Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo
AHORN	Associação dos Hospitais e Clínicas do Rio Grande do Norte
AHA	Associação Americana de Hospitais
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANS	Agência Nacional de Saúde
CAERN	Companhia de Águas e Esgotos do Rio Grande do Norte
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CH	Coefficiente de Honorário
CME	Central de Material Esterilizado
CNS	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CVL	Custo-Volume-Lucro
DRG	Grupos de Diagnósticos Relacionados
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIPE-SAÚDE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGP-DI	Índice Geral de Preço – Disponibilidade Interna
INPC	Índice Nacional de Preço ao Consumidor
IPCA	Índice de Preço ao Consumidor Amplo
IPC -FIPE	Índice de Preço ao Consumidor – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
MAT/MED	Materiais e Medicamentos
MP	Medida Provisória
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAPS	Operadoras de Planos de Assistência Privada à Saúde
PE	Ponto de Equilíbrio
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento
SESMT	Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho
SH	Serviços Hospitalares
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Relação entre custo e volume	30
Figura 2	Aplicação do sistema de acumulação de custos por processo e por encomenda em uma instituição hospitalar	31
Figura 3	Classificação do custo – custeio por absorção versus custeio variável	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estabelecimentos de saúde, por regime de atendimento e classificação da entidade mantenedora do estabelecimento – Brasil 1976 – 2002	30
Quadro 2	Número de leitos por classificação da entidade mantenedora do estabelecimento – Brasil – 1976 – 2002	31
Quadro 3	Usuários por classificação de operadora	36
Quadro 4	Evolução dos reajustes da diária versus inflação do período	43
Quadro 5	Evolução dos reajustes da diária hospitalar versus reajustes dos insumos básicos da diária hospitalar	44
Quadro 6	Departamentos produtivos, auxiliares e administrativos	61
Quadro 7	Indicadores de desempenho	82
Quadro 8	Divisão da instituição por centros de custos	84
Quadro 9	Área física do hospital versus número de funcionários	94
Quadro 10	Custo com pessoal próprio e terceirizado – média abril a junho/2005	97
Quadro 11	Rateio da água por centro de custos – média abril a junho/2005	99
Quadro 12	Rateio da conta telefônica por centro de custos – média abril a junho/2005	100
Quadro 13	Definição de pesos por centro de custos para rateio do consumo de energia do ar-condicionado	102
Quadro 14	Rateio da energia por centro de custos – média abril a junho/2005	103
Quadro 15	Rateio do seguro por centro de custos – média abril a junho/2005	104

Quadro 16	Depreciação por grupos contábeis	106
Quadro 17	Rateio parcial dos bens móveis – abril a junho/2005	106
Quadro 18	Rateio da depreciação de edificações e instalações por centro de custos – abril a junho/2005	107
Quadro 19	Rateio dos impostos e taxas por centro de custos – média abril a junho/2005	108
Quadro 20	Alocação dos custos diretos e indiretos aos centros de custos produtivos e auxiliares	109
Quadro 21	Critérios de rateio dos centros auxiliares aos produtivos	110
Quadro 22	Rateio do custo total da área comum aos demais centros de custos	110
Quadro 23	Rateio do custo total da administração geral aos demais centros de custos	111
Quadro 24	Rateio do custo total da manutenção aos demais centros de custos	111
Quadro 25	Rateio do custo total do almoxarifado aos demais centros de custos	112
Quadro 26	Rateio do custo total do centro de custos higienização e limpeza aos demais centros de custos	113
Quadro 27	Rateio do custo total da lavanderia aos demais centros de custos	114
Quadro 28	Consumo de gêneros alimentícios nas dietas/refeições – abril a junho/2005	115
Quadro 29	Apuração dos custos das refeições por centro de custos	116
Quadro 30	Rateio do custo total da nutrição aos demais centros de custos	117
Quadro 31	Rateio do custo total da farmácia aos demais centros de custos	117
Quadro 32	Rateio do custo total da coordenação de enfermagem aos demais centros de custos	118
Quadro 33	Rateio do custo total do CME aos demais centros de custos	118
Quadro 34	Custo total dos centros de custos produtivos	119
Quadro 35	Total dos custos variáveis dos centros de custos produtivos	120

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Tema e caracterização do problema.....	14
1.2 Objetivos da pesquisa.....	18
1.2.1 Objetivo geral.....	18
1.2.2 Objetivos específicos.....	19
1.3 Relevância da pesquisa.....	19
1.4 Delimitação da pesquisa.....	23
1.5 Metodologia.....	24
1.6 Estrutura do trabalho.....	26
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR.....	28
2.1 Panorama dos sistemas de Saúde Público e Privado no Brasil.....	28
2.2 Operadoras de Planos de Assistência Privada à Saúde – OPAPS.....	34
2.3 Instituições hospitalares.....	37
2.3.1 Hospitais privados com fins lucrativos.....	39
2.4 Evolução dos reajustes da diária hospitalar.....	42
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	47
3.1 Custos.....	47
3.1.1 Classificação dos custos.....	49
3.1.1.1 <i>Custos fixos e custos variáveis.....</i>	<i>49</i>
3.1.1.2 <i>Custos diretos e custos indiretos.....</i>	<i>51</i>
3.2 Métodos de custeio.....	53
3.2.1 Custeio por absorção.....	55
3.2.2 Custeio variável ou direto.....	58
3.3 Estrutura organizacional hospitalar.....	61
3.3.1 Centros de responsabilidade.....	63
3.3.1.1 <i>Hotelaria hospitalar.....</i>	<i>66</i>
3.4 Indicadores de desempenho hospitalar.....	70
3.5 Formação do preço de venda.....	72
3.5.1 Formação do preço com base em custos.....	75
3.5.2 Formação do preço da diária hospitalar.....	76
3.5.3 Política de preços.....	78
4 DESCRIÇÃO DO CASO.....	80

4.1 Perfil da instituição.....	80
4.2 Coleta de dados.....	83
4.2.1 Entrevista com os supervisores dos centros de custos.....	86
4.2.1.1 <i>Manutenção.....</i>	86
4.2.1.2 <i>Higienização e Limpeza.....</i>	86
4.2.1.3 <i>Nutrição e Dietética.....</i>	87
4.2.1.4 <i>Serviço de Processamento de Roupas.....</i>	88
4.2.1.5 <i>Almoxarifado.....</i>	88
4.2.1.6 <i>Farmácia.....</i>	89
4.2.1.7 <i>Central de Material Esterilizado.....</i>	89
4.2.1.8 <i>Administração.....</i>	90
4.2.1.9 <i>Unidade de Internação.....</i>	90
4.3 Análise do Caso.....	91
5 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO CUSTO DA DIÁRIA HOSPITALAR.....	93
5.1 Método de custeio.....	93
5.2 Estabelecimento dos critérios de alocação e rateio dos custos.....	96
5.2.1 Custos diretos.....	97
5.2.1.1 <i>Custo com pessoal.....</i>	97
5.2.1.2 <i>Serviços de terceiros.....</i>	98
5.2.1.3 <i>Material de consumo.....</i>	99
5.2.1.4 <i>Diversos.....</i>	99
5.2.2 Custos indiretos	99
5.2.2.1 <i>Água.....</i>	99
5.2.2.2 <i>Telefone.....</i>	100
5.2.2.3 <i>Energia elétrica.....</i>	101
5.2.2.4 <i>Seguro do prédio.....</i>	105
5.2.2.5 <i>Depreciação.....</i>	105
5.2.2.6 <i>Impostos, taxas e contribuições.....</i>	108
5.2.2.7 <i>CPMF.....</i>	109
5.3 Alocação dos custos diretos e dos indiretos para os centros de custos.....	109
5.4 Estabelecimentos dos critérios de rateio dos centros de custos auxiliares e administrativos para os produtivos.....	110
5.4.1 <i>Área Comum e Administração Geral.....</i>	111

5.4.2 Manutenção.....	112
5.4.3 Almojarifado.....	113
5.4.4 Higienização e Limpeza.....	113
5.4.5 Lavanderia.....	114
5.4.6 Nutrição e Dietética.....	115
5.4.7 Farmácia.....	118
5.4.8 Coordenação de Enfermagem.....	119
5.4.9 Central de Material Esterilizado.....	119
5.5 Rateio dos centros de custos auxiliares para os produtivos.....	120
5.6 Apuração do custo da diária hospitalar.....	120
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS.....	128
APÊNDICES.....	136
ANEXO.....	140

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta o tema e a caracterização do problema de pesquisa, os objetivos a serem atingidos, a relevância da pesquisa, as delimitações, a metodologia e a estrutura do trabalho.

1.1 Tema e caracterização do problema

O Sistema de Saúde no Brasil é composto por dois segmentos - o público e o privado -, conforme se depreende dos artigos de nº 196 e 197 da Constituição Federal de 1988. Responde pelo setor público o Sistema Único de Saúde (SUS) e, pelo setor privado, a saúde suplementar, constituída pelas Operadoras de Planos de Assistência Privada à Saúde – OPAPS -, participando desse grande grupo cooperativas médicas e odontológicas, administradoras, autogestão, seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo, filantropia e odontologia de grupo.

Ambos os segmentos de saúde, nos quais estão classificadas as instituições hospitalares públicas e privadas, vêm sofrendo grandes desafios, destacando-se a evolução tecnológica, a longevidade da população e o aumento das doenças crônicas, que têm provocado uma rápida elevação nos custos dos serviços de saúde (MAGNUS; SMITH, 2000; MATOS, 2002; NEGRINE et al.,2004). A resposta a esse quadro tem sido uma crise de recursos nesses segmentos, por não conseguirem administrar todas essas variáveis (MATOS, 2002).

Na concepção de Beulke e Bertó (1997), o agravamento da crise nessas instituições é intensificado pela falta de conhecimento dos custos dos seus serviços, para estabelecimento dos seus preços. Como consequência, o recebimento pelos serviços

realizados ocorre com base em tabelas de preços defasadas (BEULKE; BERTÓ, 1997; COSTA, H., 1998; MIRSHAWKA, 1994; OLIVEIRA, E., 2003; SENNA, 2000).

Essa situação, em se tratando dos hospitais privados lucrativos, que mantêm convênios com as OPAPS, torna-se desgastante e gera um impasse inevitável. De um lado, as OPAPS pretendendo pagar um preço justo, mas não excessivo, para não comprometer a sua viabilidade e, do outro, as instituições de saúde privada pretendendo obter um preço que lhes traga resultados (BEULKE; BERTÓ, 1997), sendo a negociação dificultada, conforme já citado, pelo desconhecimento dos custos dos serviços de saúde.

A remuneração dos serviços prestados pelos hospitais conveniados com o SUS, sejam eles públicos ou privados, é previamente fixada por meio de tabela de preços, independentemente da quantidade de medicamentos, material médico-hospitalar, dias de internação e outros gastos com o paciente (CHING; NICZ, 2001). Essa forma de remuneração exige dessas instituições um alto grau de eficiência, sob o risco de terem prejuízos constantes. Provavelmente devido a essa característica do SUS, Beulke e Bertó (1997) afirmam que os valores de receitas provenientes da prestação de serviços via SUS, na grande maioria dos casos, não permitem a obtenção de qualquer resultado.

Nesse sentido, Pirtouscheg (2003) afirma que há inconsistência nos preços aplicados pelo SUS, citando como exemplo o parto normal, cujo valor é de R\$ 90,00, correspondente ao pacote que inclui o procedimento médico, materiais e medicamentos, dois dias de internação, serviços de assistência de enfermagem, refeições, dentre outros. Nesse pacote, segundo o autor, o valor atribuído à diária hospitalar é, em média, de R\$ 8,70. Melo (2003) vai mais além, quando afirma que o valor pago por um parto normal pela rede SUS é de R\$ 90,00, mas o gasto é R\$ 221,17, o que contribui para a descapitalização e, conseqüentemente, a insolvência das instituições. Em setembro de 2005, esse valor foi

reajustado para R\$ 317,00, através da Portaria nº 1.613/2005 do Ministério da Saúde¹, permitindo inferir que o valor da diária esteja em média R\$ 30,65, se for considerada a relação diária e valor total do parto em 2003.

Quando se trata exclusivamente dos hospitais privados, estes também estão em situação delicada, pois, de acordo com Oliveira, C. (2003), eles são onerados por tributos, taxas e tarifas públicas, dissídios de funcionários, reajustes nos preços de materiais e insumos, dolarização dos preços de equipamentos, aporte de investimento em novas tecnologias, pagamento aos fornecedores com tempo inferior ao do recebimento pelos serviços prestados, e não contam com uma política de saúde voltada para esse segmento que contribua com a sua viabilização. Além disso, essas instituições hospitalares definem os preços de venda dos seus serviços por meio de tabelas genéricas de terceiros ou de associações de classes (BEULKE; BERTÓ, 1997), o que vem gerando defasagens em alguns componentes da conta hospitalar, como por exemplo, a diária hospitalar.

Entende-se por diária hospitalar a cobrança dos serviços de hotelaria realizados em prol do paciente no leito, por um período de permanência de até no máximo 24 horas ou de 12 horas, tratando-se de hospital-dia (MOTTA, 2003). A primeira diária é indivisível e inicia-se no momento da internação do paciente. Estão inclusos nessa diária o uso do leito, serviços de nutrição e dietética, trocas de roupas, higienização e desinfecção ambiental e os cuidados de enfermagem. Observa-se que, dada à peculiaridade de cada item, estes podem vir a sofrer reajustes diferenciados sem, contudo, isso refletir na tabela de preços fixada pelos tomadores de serviços, podendo provocar uma redução no valor da diária hospitalar.

De acordo com Costa, H. (1998), muitos hospitais entram nas negociações sem informações de custos necessárias para tomarem decisões sobre o valor da diária hospitalar e acreditam ter feito um bom acordo por sua diária ser semelhante à do seu concorrente.

¹ Portaria que altera valores de remuneração de procedimentos constantes da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS.

Entretanto, segundo o autor, o hospital somente negociará bem se desenvolver um sistema de custos; caso contrário o resultado será, na maioria das vezes, prejuízo.

Um sistema de custos permite um controle mais preciso dos custos para fins de diminuição ou substituição de itens mais onerosos, além de otimizar a análise de lucratividade, o estabelecimento de taxas de serviço, o planejamento estratégico e o gerenciamento dos recursos humanos (FALK, 2001).

Identifica-se, portanto, a necessidade de um estudo que investigue a mensuração dos custos componentes da diária hospitalar, objetivando conhecerem-se os itens que contribuem para o lucro ou o prejuízo da instituição hospitalar, a fim de que se tomem decisões gerenciais com base em resultados concretos.

Diante dessa afirmativa, uma questão que poderia ser levantada é: por que enfatizar a diária, em detrimento de outros componentes da conta hospitalar, como os materiais e medicamentos ou Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT), também geradores de receitas? Uma resposta poderia ser: “em função da complexidade no levantamento dos custos da diária, na medida em que engloba vários segmentos da hotelaria, embora os demais itens sejam igualmente importantes”.

O grupo materiais e medicamentos obedece a uma tabela de preços fixados pelo Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, acrescidos de uma taxa de comercialização de 35%, sendo esses valores reembolsáveis e podendo representar 40% da receita total de uma conta hospitalar, conforme levantamento feito pela Associação Nacional dos Hospitais Privados – ANAHP (2004).

No tocante aos exames gerados pelos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT), estes podem ser otimizados, na medida em que essa unidade de negócio não atende apenas a pacientes internados, mas também a uma clientela externa, via serviço de pronto atendimento e ambulatorial.

Diante desse contexto, a problemática a ser colocada nesta pesquisa emerge do seguinte questionamento:

Será que o valor da diária hospitalar, fixado pelos tomadores de serviços (OPAPS), remunera os custos incorridos?

Os resultados desse questionamento, além de fornecerem subsídios para futuras pesquisas, contribuirão para que os gestores hospitalares possam utilizar-se da metodologia apresentada, compartilhar das descobertas obtidas no estudo e relacioná-las com as teorias e pesquisas já existentes, de modo a servirem de embasamento para o aprimoramento das tomadas de decisão, especialmente nas negociações de preços da diária hospitalar com os tomadores de serviços (OPAPS). Dessa forma, poderão contribuir para a continuidade da organização, particularmente, no tocante a sua contribuição social no atendimento à população.

1.2 Objetivos da pesquisa

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral da pesquisa é investigar se o valor da diária hospitalar, fixado pelos tomadores de serviços, remunera os custos da hotelaria hospitalar.

1.2.2 Objetivos específicos

Para alcançar o objetivo geral, faz-se necessário atingir os seguintes objetivos específicos:

- a. Identificar os custos da diária, segregando-os dos demais custos dos serviços hospitalares;
- b. Apurar o custo da diária hospitalar;

1.3 Relevância da Pesquisa

Este estudo justifica-se na medida em que se reconhece a existência de dois importantes fatores associados às instituições hospitalares: primeiro, a missão destas no contexto social; segundo, o rápido crescimento nos custos da saúde (BECKER, 2004; MENSAH, 2000). Em face dessas duas vertentes, urge a necessidade de pesquisas que tenham o propósito de abordar os custos hospitalares, de maneira a aprofundar esse conhecimento, dissecando cada item de custo, a fim de detectar onde estão as discrepâncias e corrigi-las, contribuindo, assim, para a viabilidade econômico-financeira das instituições hospitalares

Os custos dos serviços de saúde estão elevando-se de forma rápida e com previsão de continuarem em ascensão nas próximas décadas (BECKER, 2004). Inúmeros são os fatores, destacando-se o progresso tecnológico e científico na área médica (MARTINS, D., 2002), que contribuem para o surgimento de equipamentos e medicamentos de alta resolução, aumentando a expectativa de vida e, conseqüentemente, a população idosa. Corroborando essa afirmativa, Newhouse e Fuchs (1992, 1996 *apud* BAKER, 2001) declaram que o maior

responsável pelos aumentos nos custos de saúde nos últimos 50 anos é a mudança tecnológica.

Outro fator que vêm se sobressaindo são as doenças crônicas. De acordo com Mirshawka (1994, p.66), o Brasil está sofrendo mudanças epidemiológicas “em que as doenças do subdesenvolvimento [...] tornam-se menos importantes ao mesmo tempo em que emergem as doenças do desenvolvimento, os males crônicos e degenerativos, como as enfermidades cardíacas, por exemplo,” gerando um custo de saúde cada vez mais alto, por tornarem-se mais dispendiosas, na medida em que necessitam de tecnologia e medicamentos mais sofisticados. De acordo com os dados do IBGE (1998), o Brasil possui 30% da sua população com doenças crônicas. O tratamento dessas doenças consome muitos recursos e cerca da metade dos gastos individuais totais ocorrem nos seis últimos meses de vida, conforme estudos realizados (MATOS, 2002).

Diante desse contexto, infere-se que a evolução da medicina proporciona um aumento na sobrevida do doente, transformando doenças fatais e agudas em doenças crônicas, ao mesmo tempo em que aumenta o número de idosos doentes e, conseqüentemente, do custo da saúde como um todo. Enfim, conhecer os custos, em face dessa realidade, torna-se indispensável ao alcance de padrões de gestão mais seguros (MATOS, 2002).

De acordo com Falk (2001), ter informações detalhadas sobre custos permite conhecer o comportamento destes e as variáveis que influenciam os diversos serviços do hospital, proporcionando um melhor gerenciamento dos custos em nível departamental, por procedimentos específicos e por prestador de serviços. Acrescenta, ainda, o autor que um sistema de contabilidade de custos possibilita um controle mais preciso para fins de diminuição ou substituição de itens mais onerosos na composição dos custos. Dessa forma, podem-se ajustar os custos dos serviços em relação às referências de preço praticadas pelos tomadores de serviços.

Cogan (2003) afirma que, no Brasil, uma significativa parcela dos hospitais sequer possui uma forma de apurar seus custos e, para faturar seus serviços, utiliza-se das tabelas de preços fornecidas pelas associações de classe, para os diversos serviços hospitalares.

Nesse sentido, Johnson e Kaplan (1987 *apud* COSTA, S., 2004) explicam que um sistema de custos auxilia a mensurar e melhorar a produtividade, projetar melhoria nos processos, reduzir o desperdício e controlar custos, na medida em que disponibiliza informações tempestivas e acuradas para subsidiar o processo de tomada de decisão.

Inúmeros são os artifícios criados pelos tomadores e prestadores de serviços na tentativa de encontrar uma forma de remuneração justa pelos serviços prestados. São eles: *fee for service* (remuneração por serviços realizados), protocolos, pacotes, *Diagnosis Related Groups* – DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados), *capitation* (remuneração *per capita*), *managed care* (assistência médica gerenciada), dentre outros. Entretanto é imperativo conhecerem-se os custos que compõem cada um dos métodos, para o estabelecimento das diversas formas de remuneração. Segundo Matos (2002, p.258), uma instituição hospitalar não pode alterar o método de remuneração “sem agregar um aprofundamento de informações de custeio e indicadores de gestão das atividades médicas, cujos insumos são inquestionáveis para a adoção de novas condições de fixação de preços dos serviços hospitalares”.

Partindo desse pressuposto, a abordagem do tema torna-se complexa, na medida em que as instituições hospitalares desconhecem os custos dos seus serviços, dificultando as negociações com os tomadores de serviços (COSTA, H., 1998; VASSALO, 1997). Para avaliar se um determinado preço é justo ou não, torna-se necessário negociar com base em planilhas de custo, pois não mais se admite estabelecer preços de produtos e serviços sem uma base científica de cálculo. Por exemplo: para a fixação do valor da taxa de utilização de um equipamento hospitalar, deve-se levar em consideração o valor do equipamento, os

gastos com manutenção, a depreciação do bem, a remuneração do operador, a utilização do espaço físico, a energia elétrica, a margem de lucro, entre outros itens. Da mesma forma, é necessário analisar todos os componentes de uma conta hospitalar, objetivando conhecer os custos inerentes a cada item, para uma negociação consciente.

A diária hospitalar detém grande relevância nesse aspecto, por representar a remuneração dos serviços de hotelaria disponível ao paciente por leito/dia. Esses serviços são compostos por vários centros de custos, com características de unidades de negócios, como os de nutrição, lavanderia, higienização e limpeza. Dada a predominância de custos fixos e indiretos nesses serviços, a apuração dos custos da diária hospitalar torna-se mais complexa, diferentemente dos demais componentes da receita hospitalar (materiais, medicamentos, honorários médicos, SADT), que têm seus custos focados no paciente, com predominância de custos variáveis.

Logo, conhecer os custos componentes da diária hospitalar oferece aos prestadores de serviços informações que contribuem para as negociações com os tomadores de serviços, além de possibilitar uma reestruturação dos serviços inerentes a diária hospitalar, na medida em que isso dará condições de controlar melhor os custos, detectar as ineficiências e eliminar os desperdícios.

De um modo geral, conhecer os custos pode ser uma importante função gerencial nos hospitais, uma vez que, a partir desse conhecimento, pode-se fixar o preço dos insumos e serviços disponibilizados (UDPA, 1996), como meio de assegurar a sobrevivência e continuidade da instituição hospitalar.

Finalmente, observa-se a necessidade de levar às instituições hospitalares privadas uma contribuição sobre essa grande problemática, que é o relacionamento entre prestadores e tomadores de serviços, cujo resultado recai sempre sobre o consumidor (cliente), de uma forma direta ou indireta.

1.4 Delimitação da pesquisa

De acordo com Lakatos e Marconi (1992, p. 102), “o processo de delimitação do tema só é dado por concluído quando se faz a limitação geográfica e espacial do mesmo, com vistas na realização da pesquisa”.

A delimitação da pesquisa baseia-se nos seguintes pontos:

- a. o estudo foi realizado em uma instituição hospitalar da rede privada inserida na cidade de Natal - RN. A escolha por essa instituição deve-se a abertura proporcionada pela direção desta, associada ao fato de ser um hospital de referência na cidade;
- b. o período do estudo foi o segundo trimestre do ano de 2005, por ser notória em instituições hospitalares uma queda natural em internações e cirurgias no primeiro trimestre do ano, especialmente o mês de janeiro; portanto, entendeu-se ser o segundo trimestre o mais viável para a coleta dos dados;
- c. o hospital em estudo teve seu nome mantido em sigilo, por uma determinação da direção geral, a fim de que as informações liberadas não sejam relacionadas ao nome da instituição;
- d. o estudo limitou-se ao levantamento e análise dos custos incorridos na composição da diária hospitalar, tais como: serviços de enfermagem, nutrição e dietética, lavanderia, higienização e limpeza, etc., com o propósito de mensurá-los, a fim de observar se esses custos eram consistentes com o preço fixado pelos tomadores de serviços, para a diária hospitalar.

1.5 Metodologia

Para a realização do estudo, adotou-se a pesquisa exploratória descritiva, através de um estudo de caso.

A pesquisa exploratória é definida como uma investigação em área de pouco conhecimento acumulado ou sistematizado e cujo objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, para torná-lo mais explícito (SILVA, Antonio, 2003). Conforme Gil (1991, p. 45), “pesquisas exploratórias têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. [...] na maioria dos casos assumem a forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso”.

Triviños (1987) afirma que os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar, uma vez que esse tipo de estudo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade. O autor afirma que o estudo de caso também é um estudo descritivo, cujo objetivo é aprofundar a descrição de determinada realidade.

Por sua vez, Yin (2005) afirma que, apesar de o método de estudo de caso sofrer constantes críticas, ele é considerado a estratégia preferida quando as questões colocadas são do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco está em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Ainda, de acordo com Yin (2005, p.27), “o poder diferenciador do estudo de caso é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações”.

Na visão de Martins, G. e Lintz (2000, p.36), o estudo de caso:

É uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu **contexto real** (pesquisa naturalista). O estudo de caso reúne o maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de coleta de dados: entrevistas, questionários, observação participante, entrevista em profundidade, levantamento

de dados secundários etc., com objetivo de **apreender a totalidade** de uma situação e criticamente, **descrever** a complexidade de um caso concreto. Mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objetivo delimitado – problema da pesquisa – , o estudo de caso possibilita a **penetração na realidade social**, não conseguida plenamente pela análise e pela avaliação quantitativa (grifos do autor).

Para Keating (1995), os pesquisadores da área contábil devem usar o estudo de caso para conhecer com maior profundidade as práticas gerenciais vigentes. Já Kaplan (1986) afirma que o estudo de caso oferece oportunidade de avaliar a existência de um sistema de controle de custos e gerencial. Ainda de acordo com o autor, o estudo de caso pode ser utilizado para testar a validade das teorias, as previsões na existência de certas práticas, mas também para mostrar como e por que essas práticas foram implementadas ou não.

Nesse contexto, após a pesquisa bibliográfica, partiu-se para um estudo de caso em uma instituição hospitalar da rede privada da cidade de Natal - RN, que permitiu uma análise intensiva empreendida numa organização real, reunindo informações tão numerosas e detalhadas quanto possível, a fim de investigar se o valor da diária hospitalar fixada pelos tomadores de serviços remunera os custos incorridos.

Importante ressaltar que os resultados alcançados por meio de estudo de caso fornecem base limitada para se fazer uma generalização científica; porém permitem generalizações metodológicas, em detrimento de generalizações estatísticas (YIN, 2005).

Triviños (1987, p. 111) cita que “não se pode generalizar o resultado atingido no estudo de caso de um hospital, por exemplo, para outros hospitais”, mas que esse é o grande valor do estudo de caso: “fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas”.

O desenvolvimento do estudo de caso compreendeu três fases: coleta, análise e interpretação dos dados.

Quanto à coleta dos dados, foi realizada *in loco*, mediante entrevistas com os responsáveis pelos centros de custos, análise de relatórios do sistema de informática utilizado pela empresa e outros demonstrativos afins, que permitiram alcançar o objetivo pretendido. Para tanto, foi elaborado um roteiro que disciplinou os trabalhos, conforme consta do Apêndice A.

1.6 Estrutura do trabalho

O trabalho está estruturado em seis capítulos, a saber:

O Capítulo I apresenta o tema e a caracterização do problema de pesquisa, os objetivos a serem atingidos, a relevância da pesquisa, as delimitações, a metodologia e a estrutura do trabalho.

O Capítulo II contextualiza o panorama do sistema de saúde no Brasil, evidenciando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como a expansão do sistema de saúde privado, em decorrência da dificuldade que o SUS tem em atingir a universalização da saúde. Aborda também as empresas que atuam no setor de saúde suplementar, as OPAPS, descrevendo as regulamentações em vigor nesse setor e as respectivas conseqüências no sistema de saúde. Por último, trata das instituições hospitalares com fins lucrativos, objeto de estudo da pesquisa, realizando um levantamento dos valores das diárias hospitalares aplicadas nos hospitais privados do Rio Grande do Norte no período de 1995 a 2003, e comparando-os com os indicadores econômicos e com os principais insumos da diária hospitalar.

O Capítulo III trata da fundamentação teórica do trabalho, apresentando a revisão da literatura sobre os principais assuntos inerentes à compreensão do estudo da diária hospitalar; o Capítulo IV evidencia o estudo de caso realizado; o Capítulo V apresenta uma metodologia de apuração de custos em instituições hospitalares, visando à formação de preço

dos seus serviços e o Capítulo VI apresenta as considerações finais e recomendação de estudos futuros. Ao final, são apresentadas as referências bibliográficas, os apêndices e o anexo.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR

Este capítulo mostra o panorama do sistema de saúde no Brasil, evidenciando a criação do SUS bem como a expansão do sistema de saúde privado, em decorrência da dificuldade que o SUS tem em atingir a universalização da saúde. Aborda também as empresas que atuam no setor de saúde suplementar, as OPAPS, descrevendo as regulamentações em vigor nesse setor e as respectivas conseqüências no sistema de saúde. Por último, trata das instituições hospitalares com fins lucrativos, objeto de estudo da pesquisa, realizando um levantamento dos valores das diárias hospitalares aplicadas nos hospitais privados do Rio Grande do Norte no período de 1995 a 2003 e comparando-o com os indicadores econômicos e com os principais insumos da diária hospitalar.

2.1 Panorama do sistema de saúde público e do privado no Brasil

Em 1988, com a pressão de movimentos populares, organizados em partidos, associações de classes, entidades sindicais e acadêmicas, foi criado, através da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tendo como princípios básicos o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, prestados pelo poder público ou por terceiros, sob controle do governo. Isso implica dizer que todo cidadão tem direito a atendimento gratuito nas instituições públicas ou em alguma outra designada pelo Estado, na qual receberá atendimento igualitário.

Tanto o texto constitucional quanto suas leis complementares asseguram também a integralidade da assistência, a equidade, a hierarquização da atenção, a descentralização político-administrativa e a participação comunitária, com comando único em

cada esfera de governo. Suas diretrizes permitem que estados e municípios implementem formas alternativas de gestão e administração, podendo estes últimos decidir sobre suas prioridades e onde alocar recursos.

Cumpra ao SUS, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, além de prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção e recuperação da saúde. Para tanto, depende do orçamento do Ministério da Saúde, que, por sua vez, depende do repasse do Tesouro Nacional, da Previdência, de tributos, por exemplo, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

No entanto problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção, entre muitos outros têm se constituído em obstáculos expressivos para avanços maiores e mais consistentes, provocando uma sensação de inviabilidade do SUS (COUTTOLENE; ZUCCHI, 1998).

A legislação que implementou o SUS parece não ter sido eficaz em sua plenitude, uma vez que os recursos disponibilizados para o setor de saúde têm sido limitados e, muitas vezes, insuficientes para cobrir os propósitos de universalização, integralidade e equidade (COUTTOLENE; ZUCCHI, 1998). Por não conseguir satisfazer suas finalidades junto à maioria da população brasileira (MAIA; BEZ Jr., 2005), ele divide a responsabilidade da saúde dessa população com o setor privado. Dessa forma, a atenção à saúde, no Brasil, é realizada por meio da combinação de dois sistemas: o público e o privado. O sistema de saúde público envolve os prestadores de serviços de saúde públicos e privados. Parte expressiva dos prestadores de serviços de saúde privados atendem simultaneamente ao sistema público e ao sistema de saúde suplementar (privado).

Durante o período de 1976 a 2002, no Brasil, a rede de atenção à saúde - pública e privada -, apresentou uma extraordinária expansão (de 309,84%); ou seja, um acréscimo de 40.692 estabelecimentos, conforme se depreende do Quadro 1, a seguir:

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE											
ANO	TOTAL				COM INTERNAÇÃO				SEM INTERNAÇÃO		
	Total	Público	Privado	% Privado	Total	Público	Privado	% Privado	Total	Público	Privado
1976	13.133	6.765	6.368	48,49	5.311	960	4.351	40,44	7.822	5.805	2.017
1980	18.489	10.045	8.444	45,67	6.110	1.217	4.893	33,05	12.379	8.828	3.551
1984	27.552	18.363	9.189	33,35	6.861	1.547	5.314	24,90	20.691	16.816	3.875
1988	33.632	21.472	12.160	36,16	7.123	1.823	5.300	21,18	26.509	19.649	6.860
1992	41.008	26.729	14.279	34,82	7.430	2.114	5.316	18,12	33.578	24.615	8.963
1999	48.815	32.606	16.209	33,20	7.806	2.613	5.193	15,99	41.009	29.993	11.016
2002	53.825	37.674	16.151	30,01	7.397	2.588	4.809	13,74	46.428	35.086	11.342

(1) Excluídos os estabelecimentos de apoio à diagnose e terapia. Incluindo-os, em 2002 esse valor passa a ser de 65.343.

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Depto. de População e Indicadores Sociais, Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária, 1976 - 2002.

Quadro 1 - Estabelecimentos de saúde, por regime de atendimento e classificação da entidade mantenedora do estabelecimento – Brasil 1976 - 2002

Pelos dados apresentados, percebe-se que, em 2002, os estabelecimentos sem internação (rede ambulatorial) representam 86,26% do total, enquanto que os que têm internação (hospitais) destacam-se com uma participação de 13,74%. A predominância do primeiro tipo de estabelecimento vem ascendendo gradativamente, verificando-se, conforme demonstrado, um acréscimo na ordem de 493,55%, enquanto os estabelecimentos com internação aumentaram apenas 39,27%, além de sofrerem um decréscimo de 5,24% entre 1999 e 2002. Esse fato se repetiu no período de 2002 a 2005, quando confrontados dos dados desse período com os coletados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNS), que registra um total de 6.335 estabelecimentos com internação², resultando num decréscimo de 14,35%. Pode-se inferir que a evolução dos estabelecimentos sem internação e o decréscimo dos que têm internação traduzem uma maior preocupação com a saúde,

² Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 25 jan. 2005

materializando-se na prevenção de doenças associada à evolução tecnológica e da medicina. Essa evolução na área de saúde está refletindo na expectativa de vida do brasileiro, que, em 2003, elevou-se para 71,3 anos, contra 70,4 em 2000 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE-, 2002).

Do total de estabelecimentos de saúde com internação, 80% pertencem à rede hospitalar do SUS, dos quais 70% são estabelecimentos de saúde privados (IBGE, 2002). No tocante ao número de leitos, estes acompanham a tendência de queda observada nos estabelecimentos de saúde com internação, especificamente nos privados. O Quadro 2, abaixo, demonstra essa tendência:

ANO	TOTAL	ENTIDADE MANTENEDORA	
		PÚBLICO	PRIVADO
1976	443.888	119.062	324.826
1980	509.168	122.741	386.427
1984	538.721	127.537	411.184
1988	527.196	120.776	406.420
1990	533.558	124.815	408.743
1992	544.357	135.080	409.277
1999	484.945	143.074	341.871
2002	471.171	146.319	324.852

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2002.

Quadro 2 – Número de leitos por classificação da entidade mantenedora do estabelecimento – Brasil 1976 - 2002

Verifica-se que o número de leitos, em 1976, era de 443.888, evoluindo para 544.357 em 1992, o que significa um aumento de 22,63%. Porém, em 2002, esses números declinaram para 471.171, demonstrando uma redução de 13,44% em relação a 1992, com reflexo direto no setor privado, que, em 1990, era responsável por 76,61% dos leitos e, em 2002, teve esse percentual reduzido para 68,94%, representando uma perda de 83.906 leitos. Conseqüentemente, essa queda refletiu diretamente no número de leitos/1.000 habitantes, que, em 1990, era de 3,71, e em 2002 era de 2,66 leitos/1.000 habitantes (IBGE, 2002).

Do total de leitos privados, 83% são disponibilizados ao SUS, permanecendo apenas 17% dos leitos voltados para atender aos usuários das OPAPS e a particulares (IBGE, 2002), o que demonstra que as instituições hospitalares privadas não existem apenas de forma complementar, conforme determina a Constituição, mas para atender às necessidades da população brasileira, visto que o SUS não disponibiliza recursos necessários para atingir a universalização da saúde, conforme já foi citado. Esse quadro não sofreu grandes mudanças, visto que Mirshawka (1994, p. 68) afirma que “o setor privado no Brasil, no momento, oferece 80% e financia 20% dos serviços de saúde.”

De acordo com os dados do IBGE (2000), a população brasileira é de 169,8 milhões de habitantes, dos quais 130 milhões são atendidos pela esfera pública (SUS) e os demais pela saúde suplementar, que conta com 38,5 milhões de usuários (Agência Nacional de Saúde - ANS -, 2004). Em 1998, com o advento da regulamentação das OPAPS, esse segmento contava com 45 milhões de usuários. Esses expressivos dados demonstram que tais usuários migraram para o SUS, como única opção de assistência.

Diante desse contexto, a redução de leitos na esfera privada, notadamente dos hospitais filantrópicos (que detêm convênio com o SUS), tem contribuído para o agravamento da crise dessas instituições (FERREIRA, 2003). Corroborando este cenário, relata-se o fato ocorrido em Fortaleza - CE no ano de 2003 e amplamente divulgado na imprensa, quando mais de 30 pessoas morreram por falta de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Ferreira (2003) afirma que o problema vivenciado pelo Estado do Ceará – a falta de leitos de UTI -, é semelhante ao que ocorre em quase todos os centros brasileiros. O autor cita como exemplo Minas Gerais, que vem enfrentando este problema há mais de três anos. Aponta como solução dessa crise a realização de investimentos, além de uma tabela em que a remuneração dos serviços seja condizente com os custos de sua manutenção. Acrescenta ainda que:

Só com união entre os setores públicos e privados é que conseguiremos sair desta grave crise. [...] Entre julho de 1994 e maio de 1999, os custos na área da saúde aumentaram em, no mínimo, 109%. No mesmo período, o Ministério da Saúde concedeu um reajuste ao setor de apenas 25%.

Um levantamento realizado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP -, no período de 2001 a 2003, junto a 1.011 hospitais gerais e prontos-socorros no estado de São Paulo, evidenciou queda na aquisição de novos equipamentos e diminuição dos investimentos em manutenção: em 56,6% das Unidades de Terapia Intensiva, não existiam equipamentos básicos, como monitores cardíacos ou fontes de ar comprimido (CALLEGARI, 2004).

Uma pesquisa encomendada pela Federação Brasileira de Hospitais – FBH -, em março de 2001, atualizada em 2002, sobre o perfil do endividamento dos hospitais no Brasil, revelou que as dívidas da rede privada acumulavam R\$ 250 milhões e correspondiam a 5,76 meses de faturamento dos hospitais (FERREIRA, 2003).

Outro fator relevante para que ocorram mudanças no sistema de saúde está diretamente relacionado às transformações demográficas pelas quais passa a população brasileira. Vários censos demográficos do IBGE vêm registrando o crescimento da população idosa, decorrente de uma política de redução dos níveis de fecundidade e da mortalidade no Brasil, transformando a pirâmide etária da população, sobretudo a partir de 1980. O formato tipicamente triangular, com a base alargada, está cedendo lugar a uma pirâmide populacional característica de uma população em franco processo de envelhecimento.

Em 2000 os idosos representavam 5% da população e estima-se que, em 2050, esse percentual seja de 18%, com uma população projetada em 259,8 milhões de habitantes (IBGE, 2001, revisão 2004). Esse aumento da sobrevida reflete igualmente no custo dos serviços de saúde (NEGRINE et. al., 2004).

2.2 Operadoras de Planos de Assistência Privada à Saúde - OPAPS

As OPAPS são empresas que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde. Expandem-se em cooperativas médicas e odontológicas, administradoras, autogestões, seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo, filantropia e odontologia de grupo.

Ao Estado foi atribuído poderes para intervir na definição dos preços das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde. Essa iniciativa, por meio da Lei nº 9.656/98, visou regulamentar um mercado que agia livremente, sem regras, sem uniformização, e, principalmente, zelar pelos usuários, ampliando a cobertura médico-hospitalar, coibindo abusos por parte de algumas empresas de assistência médica, mantendo nesse segmento de mercado apenas empresas que tenham plenas condições técnicas, administrativas e financeiras para a operacionalização, individualmente ou através de parcerias/fusões.

Inúmeras foram as mudanças ocorridas. A Lei 9.656/98 determinou a criação de um Plano de Referência, que é um plano de atendimento integral à saúde. Esse plano não permite qualquer tipo de exclusão ou de exceção de cobertura, ficando proibida a comercialização de qualquer plano de saúde com redução ou exclusão de coberturas assistenciais (BRASIL, 1998).

As OPAPS que desejam atuar no setor têm que obter na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - um registro provisório de funcionamento. Esse órgão foi criado pela Lei nº 9.961/00, com a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras e suas relações com prestadores e consumidores. O mesmo procedimento ocorre com a comercialização dos planos de saúde. Além disso, as OPAPS estão impedidas de recorrer à concordata e de seus credores pedirem a

sua falência. Uma operadora só pode ser liquidada a pedido da ANS, decisão que visa assegurar os direitos dos consumidores. Outras importantes mudanças introduzidas pela lei foram a criação de um plano de contas padrão a ser adotado pelas OPAPS e a obrigatoriedade de elas apresentarem relatórios trimestrais sobre os atendimentos médicos, além de publicarem anualmente seus balanços financeiros, o que permite à ANS promover diversas análises e, em especial, acompanhar a evolução dos custos, condição *sine qua non* para a autorização de aumento das mensalidades dos planos individuais.

Diante de todas essas imposições, a ANS prevê que boa parte das mais de 100 operadoras que estão em dificuldades financeiras no país perca de vez o registro de funcionamento. A ANS determinou um prazo para as operadoras, através da Resolução Normativa nº 85, publicada em 07/12/2004, objetivando regulamentar as normas não detalhadas na Lei nº 9.656/98. Entre elas, estão as garantias financeiras e o capital mínimo exigido para a empresa atuar no ramo (SIQUEIRA, 2004).

O fato é que muitas dessas empresas estão bastante endividadas. Em dezembro de 2004, por exemplo, a imprensa nacional divulgou a falência da Interclínicas que teve sua carteira de 166.000 clientes vendida ao Grupo Saúde ABC, por estar com uma dívida acumulada de 100 milhões de reais. De acordo com a ANS, em 2003, 34% das 2.200 empresas de planos de saúde do país tiveram prejuízo. Considerando-se que essas empresas são um dos elos fundamentais na cadeia de saúde, problemas nesse setor afetam todos os demais. Os planos de saúde geram 91% das receitas dos hospitais particulares e 95% do faturamento dos centros de diagnósticos (PADUAN, 2004).

Segundo a Associação Nacional dos Hospitais Privados - ANAHP - (2004), nos últimos anos os reajustes das diárias e taxas pagas pelas OPAPS têm ficado abaixo da inflação do setor. De 2000 a 2003, os planos de saúde deram aumentos de 12,8% aos hospitais, enquanto o reajuste autorizado pela ANS foi de 34,9%. No mesmo período, o

Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA) e o Índice Geral de Preço do Mercado (IGP-M) atingiram 40,3% e 65,3%, respectivamente (CALLEGARI, 2004).

Na realidade, para permanecer no mercado, as OPAPS terão que se ajustar à nova realidade imposta pela Lei nº 9.656/98, buscando formas de adequar seu faturamento aos custos, uma vez que não mais possuem autonomia para ajustar os preços dos seus planos de saúde.

Nos anos de 2002 e 2003, as OPAPS obtiveram uma receita de R\$ 25 e 27 bilhões de reais respectivamente, com a média anual de 38.303.027 usuários, dos quais 76% integravam o segmento hospitalar (ANS, 2004)³. O Quadro 3 demonstra a distribuição dos usuários por tipo de operadora:

CLASSIFICAÇÃO	USUÁRIOS	%
Medicina de grupo	13.179.191	34,41
Cooperativa médica	9.289.245	24,25
Autogestão	5.245.935	13,7
Seguradora especializada em saúde	4.646.556	12,13
Odontologia de grupo	3.249.795	8,48
Cooperativa odontológica	1.381.892	3,61
Filantropia	1.301.150	3,40
Administradora	4.913	0,01
Não identificado	4.370	0,01
Total	38.303.027	100

Fonte: Cadastro de operadoras/ANS/MS – 10-12-2004

Quadro 3 – Usuários, por classificação de operadora – dezembro - 2004

Desses 38 milhões de usuários, excluindo-se os não identificados, 21.410 milhões estão vinculados a planos coletivos (plano empresa); ou seja, os que têm emprego. O restante, 12.586 milhões, são os que podem pagar por planos individuais ou familiares (ANS, 2004). Para atender a essa demanda, em 2003, os gastos com assistência médica não

³ ANS/MS, out. 2004. Disponível em: < www.ans.gov.br/setor>. Acesso em: 24 jan. 2005

ultrapassaram R\$ 25 bilhões de reais, enquanto os gastos públicos, - dos governos federal, estadual e municipal - chegaram a R\$ 46 bilhões de reais (SARDEMBERG, 2004).

Conforme foi abordado anteriormente, a política de saúde pública, embora esteja voltada para a universalização da saúde, parece que não tem obtido êxito, na medida em que parte do segmento social opta pelo sistema privado, ficando, ao que tudo indica, apenas a população mais carente com a saúde pública.

2.3 Instituições hospitalares

No Brasil, as instituições hospitalares surgiram a partir das Santas Casas de Misericórdia, de origem portuguesa, associadas à religiosidade e ao sentimento de caridade. Posteriormente foram efetivamente classificadas como hospital e, conseqüentemente vistas como um negócio, na medida em que os avanços sociais e econômicos cobravam um maior retorno dessas instituições, no tocante a otimização de seus recursos e maior grau de profissionalização, visando melhorar a eficiência e a qualidade no atendimento assistencial.

A Organização Mundial de Saúde *apud* Cherubin e Santos (2002, p.52) define “hospital” como:

parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde 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.

Dentro dessa mesma ótica conceitual, o Ministério da Saúde (1979) diz que:

O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centros de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Pode-se, à vista de tais conceitos, dentre as diversas funções que são pertinentes às instituições hospitalares, destacar como função primordial a prestação de serviços de atendimento médico e complementares aos pacientes em regime de internação. Desse modo, os hospitais se caracterizaram como instituições prestadoras de serviços tendo como insumo do processo o próprio paciente. Sabe-se que os serviços são criados e consumidos simultaneamente. Assim, não podem ser estocados. Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000, p. 77) afirmam que: “em serviços o processo é o produto porque os clientes participam diretamente da prestação de serviços”.

Os serviços hospitalares são remunerados pelas OPAPS, por particulares e pelo SUS (no caso de manterem convênios com ele). A relação com esses financiadores é conflituosa, principalmente nos momentos de negociação de preços, na medida em que os prestadores de serviços não dispõem de elementos de custos que possam embasar tecnicamente os seus argumentos (COSTA, H., 1998; MATOS, 2002; OLIVEIRA, E., 2003).

As instituições hospitalares são consideradas organizações particularmente complexas por agregarem um conjunto de serviços, como hotelaria, restaurante, farmácia, lavanderia, laboratório e outros (BEULKE; BERTÓ, 1997; Associação Americana de Hospitais - AHA - *apud* FALK, 2001; RIBEIRO FILHO, 2005). São vistas, sob o aspecto empresarial, como unidades de negócio próprias e autônomas (BEULKE; BERTÓ, 1997). Agregam, ainda, um grande número de especialidades e especialistas, tecnologias que variam desde as mais simples às mais complexas, custos ascendentes e uma clientela bastante diversificada. Portanto, possuem características próprias que as diferenciam de outras instituições, como as hoteleiras, que, em momentos sazonais, podem utilizar-se de mecanismos mercadológicos (*marketing*, pacotes promocionais, eventos, etc.), buscando otimizar sua taxa de ocupação.

De acordo com a entidade mantenedora, os hospitais são classificados em públicos ou privados. Os últimos se dividem em hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos. Entretanto, considerando-se que o objeto de estudo desta pesquisa tem como foco os hospitais privados com fins lucrativos, não serão abordados os demais segmentos.

2.3.1 Hospitais privados com fins lucrativos

Os serviços privados de saúde caracterizam-se pela natureza mercantil das relações entre seus agentes. O hospital privado tem por objetivo prestar serviços (venda) de assistência médica a uma clientela restrita que pode pagar (compra) os serviços oferecidos. Essa relação pode assumir diferentes modalidades contratuais, desde a compra direta pelos tomadores dos serviços (particulares), até as mais complexas, que envolvem a intermediação de terceiros. Dentro desse contexto, os serviços privados de saúde caracterizam-se como uma forma de assistência médica suplementar, na medida em que representam a opção que o usuário detém, de pagar pelo acesso à assistência médica, a despeito de seu direito de acesso gratuito ao SUS.

As instituições hospitalares privadas com fins lucrativos, por sua vez, surgiram no cenário de serviços de assistência à saúde através da ampliação de clínicas particulares. Em geral, um grupo de médicos formava uma sociedade, com a finalidade de complementar sua atividade médica e também, obter ganhos financeiros (PANORAMA SETORIAL, 1988).

Observa-se, nestes últimos anos, que essas instituições têm sofrido significativa influência do mercado, com clientes cada vez mais bem informados, exigindo uma maior qualidade dos serviços de saúde. Associa-se, ainda, a esses fatores um avanço tecnológico acentuado, com custos ascendentes (MAGNUS; SMITH, 2000; NEGRINE et al., 2004), exigindo um nível de profissionalização de gestão condizente com essa realidade.

O quadro se agrava, na medida em que apenas 1% dos hospitais brasileiros possui administração profissional, contando com administrador hospitalar graduado e que possui uma visão dinâmica e futurística (OLIVEIRA, C., 1998). A gestão hospitalar é geralmente entregue a um especialista da área da saúde - na maioria dos casos, sem perfil e competências desenvolvidos para a atividade (MAIA; GIL, 2005). Com esse tipo de profissional gerindo as instituições hospitalares e considerando-se a grande quantidade de instituições vinculadas ao SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu, em dezembro de 2002, políticas de planejamento e qualificação profissional da gestão hospitalar, que tratam da formação dos administradores hospitalares (MAIA; GIL, 2005).

Nesse contexto, percebe-se quanto os hospitais devem ser bem administrados para atender às necessidades da clientela, com o menor custo possível e nível de qualidade máximo. Para tanto, os conhecimentos das técnicas da área de gestão financeira devem ser utilizados pelos hospitais nos mesmos moldes em que já o são por outros segmentos da economia, visto que o bom gerenciamento da instituição permitirá sua sobrevivência e a remuneração dos fatores de produção.

De acordo com Paduan (2004), o setor privado passa por algumas dificuldades, a saber:

- a. redução do número de usuário de planos de saúde - de 41, 98 milhões para 38 milhões em 2004;
- b. queda na rentabilidade média das empresas de saúde - de 8,4% em 1995 para -2,4%, em 2003.
- c. elevadas dívidas das clínicas e dos centros de diagnósticos por imagem, com fornecedores de equipamentos no montante de R\$ 900 milhões.

Os hospitais com fins lucrativos têm como tomadores de serviços os clientes particulares e os usuários de OPAPS, que constituem, conforme já visto, o sistema suplementar de saúde. Em 2003, as operadoras de medicina de grupo e as cooperativas

médicas responderam com R\$ 5,26 milhões para atender aos gastos com internações nessas instituições, não computados os gastos das operadoras de autogestão e seguros de saúde (Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE-, 2004).

A remuneração dos serviços hospitalares processa-se por meio da conta hospitalar, que é o instrumento de que as instituições hospitalares, sejam elas públicas ou privadas, se utilizam para a cobrança dos serviços prestados ao cliente, explicitando com detalhes, com base no prontuário do paciente, os procedimentos médicos, de enfermagem, medicamentos, material hospitalar, SADT e outros gastos inerentes à permanência do paciente no leito. Portanto o prontuário do paciente deve ser visto por todos como o documento de extrema importância no faturamento da empresa.

A cobrança dos serviços poderá ocorrer no momento da alta hospitalar, em se tratando de um cliente particular. Sendo este usuário de um plano de saúde, a cobrança dar-se-á junto às OPAPS, conveniadas da instituição hospitalar. Caso a instituição privada mantenha, também, convênio com o SUS, observará a legislação que disciplina a matéria.

De um modo geral, a conta hospitalar agrupa os valores de acordo com o detalhamento abaixo:

- a. diárias – referem-se aos gastos relacionados à permanência do paciente no leito;
- b. taxas – relacionadas com o uso de salas e equipamentos, por exemplo, a utilização do centro cirúrgico, do centro obstétrico, do equipamento vídeolaparoscópico cirúrgico;
- c. materiais e medicamentos dispensados ao paciente;
- d. honorários médicos, conforme procedimento realizado no paciente;
- e. SADT – referente aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico realizado no paciente.

Com o intuito de evitar erros de faturamento, existe a auditoria de enfermagem interna (do hospital) e a externa (das OPAPS), que são responsáveis por analisar a assistência do serviço de enfermagem prestada ao cliente, por meio da análise do prontuário e do

acompanhamento *in loco*, além de verificar a compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens cobrados na conta hospitalar.

Para contribuir para a análise das contas hospitalares, é imprescindível a utilização de alguns instrumentos:

- tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) – que estabelece os valores de todos os procedimentos médicos de todas as especialidades, baseados num coeficiente de honorários, conhecido como CH; Essa tabela, no momento, está em fase de transição para a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).
- contratos e tabelas de preços – documentos formalizados entre tomador e prestador de serviços que garante o cumprimento das negociações;
- revista SIMPRO – publicação de orientações farmacêuticas dos medicamentos mais atuais e tradicionais usados no mercado;
- Guia Farmacêutico BRASÍNDICE – publicação de orientações farmacêuticas de materiais e medicamentos; é o guia utilizado como padrão de cobrança em muitos contratos das instituições de saúde.

2.4 Evolução dos reajustes da diária hospitalar

A grande maioria das instituições hospitalares que compõem o sistema de saúde privado tem a remuneração dos custos da diária hospitalar advinda de tabelas de preços de associações de classes dos respectivos estados. A tabela de preço (ou lista referencial única de preços dos serviços hospitalares) é resultante de um acordo entre as partes, obtendo vantagens os tomadores de serviços com maior poder de negociação, na medida em que a maioria das instituições hospitalares desconhece os seus custos, apresentando-se à mesa de negociação sem argumentos técnicos que possam levar a acordar-se um preço consistente com os custos da sua instituição.

Diante desse contexto, procurou-se compreender a realidade vivenciada pelos hospitais privados do Rio Grande do Norte. Para tanto, foi realizado um levantamento das tabelas de preços, do período de 1995 a 2003, emitidas pela Associação dos Hospitais e Clínicas do Rio Grande do Norte, no qual se buscou analisar a evolução dos reajustes da diária hospitalar paga pelos tomadores de serviços, a fim de se confrontar o resultado apurado com os indicadores econômicos mais comuns e, em seguida, com os preços dos principais insumos componentes da diária, no período de tempo supracitado, com o intuito de averiguar se os reajustes ocorreram na mesma proporção ou se demonstravam uma defasagem que corroborasse com o problema de pesquisa.

A Associação de Hospitais e Clínicas do Rio Grande do Norte – AHORN - classifica as instituições hospitalares privadas por categorias - A, B, C e D -, cuja remuneração pelos serviços é diferenciada. Os valores constantes na tabela de preços dessa associação para as instituições com classificação “A” geram os valores que compõem as demais colunas da tabela, para os hospitais com as demais classificações. Dessa forma, a coluna em que constam os valores a serem pagos para a classe “A” é considerada como coluna padrão – 100%. Para as instituições de classes B, C e D, a remuneração é de -10%, -20%, -30% da coluna padrão, respectivamente.

No Quadro 4, foi utilizado o valor (R\$) e o reajuste (%) da diária hospitalar de um apartamento de uma instituição hospitalar de classe “A”, em comparação com alguns índices de inflação do período. São eles : Índice Nacional de Preço ao Consumidor - INPC -; Índice de Preço ao Consumidor Amplo - IPCA -; Índice Geral de Preço - Disponibilidade Interna - IGP-DI -; Índice de Preço ao Consumidor (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) - IPC (FIPE) -; FIPE SAÚDE.

ANO	DIÁRIA		INPC	IPCA	IGP-DI	IPC-FIPE	FIPE SAÚDE
	R\$	%	%	%	%	%	%
1995	59,10	-	21,98	22,41	14,70	23,17	38,60
1996	70,92	20,00	9,12	9,56	9,34	10,03	18,06
1997	78,01	10,00	4,34	5,22	7,48	4,82	8,01
1998	84,24	7,99	2,49	1,65	1,70	-1,79	2,45
1999	84,24	0,00	8,43	8,94	19,98	8,64	5,18
2000	84,24	0,00	5,27	5,97	9,81	4,38	4,66
2001	84,24	0,00	9,44	7,67	10,40	7,13	4,33
2002	84,24	0,00	14,74	12,53	26,41	9,92	9,33
2003	84,24	0,00	10,38	9,30	7,67	8,17	8,04
Acumulado	-	42,54	125,20	119,29	171,39	101,52	145,63

Fonte: Lista referencial de preços dos serviços hospitalares da Associação dos Hospitais e Clínicas do RN
Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Fundação Getúlio Vargas - FGV

Quadro 4 – Evolução dos reajustes da diária *versus* inflação do período

Observa-se que o reajuste do valor da diária no período de 1995 a 2003 teve um acumulado de 42,54%, enquanto os indicadores inflacionários conotam uma variação de 101,52% a 171,39%.

Levando-se em consideração a evolução dos preços dos insumos básicos da diária, como por exemplo, o salário da enfermagem, a água e a energia, verifica-se um comportamento similar ao do quadro anterior, visto que se percebe também o achatamento do valor da diária, conforme se depreende do Quadro 5 a seguir:

ANO	DIÁRIA HOSPITALAR	SALÁRIO ENFERM.	ÁGUA TAR. BÁS.	ENERGIA Região NDTE	
	R\$	REAJUSTE			
		%	%	%	%
1995	59,10	-		-	
1996	70,92	20,00	12,00	115,27	
1997	78,01	10,00	6,00	12,09	
1998	84,24	7,99	3,00	0,00	
1999	84,24	0,00	5,46	0,00	
2000	84,24	0,00	6,00	17,60	
2001	84,24	0,00	7,00	14,76	
2002	84,24	0,00	8,00	14,00	
2003	84,24	0,00	7,00	21,40	
Acumulado	-	42,54	89,54	350,70	
				129,16	

Fonte: Lista referencial de preços dos serviços hospitalares da Associação dos Hospitais e Clínicas do RN
Companhia de Águas e Esgotos do Rio Grande do Norte - CAERN
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
Convenção coletiva de trabalho da categoria de enfermagem

Quadro 5 – Evolução dos Reajustes da Diária *versus* Reajustes dos Insumos Básicos

Nos quadros comparativos apresentados, torna-se visível que o valor da diária, no período de 1995 a 2003, não evoluiu na mesma proporção da evolução dos preços dos insumos e dos indicadores inflacionários. Um simples cálculo de correção sobre o valor da diária de R\$ 59,10, do ano de 1995, pelo índice do IGP-DI da FGV, comprova que o valor da diária em 2003 deveria ser próximo de R\$ 160,39, gerando uma defasagem de 128,85 %, conforme demonstrado abaixo:

- valor da diária em 1995 = R\$ 59,10
- variação acumulada do IGP-DI no período de 1995 a 2003 = 171,39 %
- valor da diária a preço de 2003, corrigido pelo IGP-DI = R\$ 160,39
- variação acumulada da diária no período de 1995 a 2003 = 42,54 %
- defasagem gerada no período = 128,85 %

A defasagem da diária, que veio acentuando-se ao longo do período certamente compeliu as instituições hospitalares, que se encontravam numa posição de submissão perante os tomadores de serviços - no caso, seguradoras de saúde, cooperativa, medicina de grupo e outros - a usar esse fato como argumento na negociação do reajuste do preço da diária, já que em março de 2004 ela foi reajustada para R\$ 160,63, igualando-se ao preço projetado em 2003, pelo uso do indicador acumulado do IGP-DI, repondo, portanto, as perdas ocorridas no período de 1995 a 2003. Mesmo assim, verifica-se que esse reajuste já conota uma defasagem ao longo do ano de 2004. Assim, empregando-se no cálculo acima, o índice acumulado em 2004, que registra 218,05 %, projeta-se um valor, a preço de 2004, de R\$ 187,97.

Torna-se importante destacar que, nas negociações entre tomadores e prestadores de serviços no Rio Grande do Norte, estes índices têm servido como parâmetros para os reajustes dos preços dos serviços hospitalares.

Diante dessa realidade, tomando-se como exemplo a unidade federativa do Rio Grande Norte, permite-se sugerir, dada a atual crise das instituições hospitalares no Brasil, que essa defasagem da diária hospitalar passa a ser um retrato comum no contexto dessas instituições. Isso porque devido ao grau de dependência que os hospitais têm aos tomadores

de serviços - conseqüentemente com menos poder de negociação, dependendo mais destes para atrair clientes – eles se submetem às imposições das tabelas dos tomadores de serviços de saúde.

Entretanto, segundo Paduan (2004), algumas instituições, como o Hospital Einstein e o Laboratório Fleury, em São Paulo, conseguem condições melhores de preços devido à qualidade e credibilidade dos serviços prestados, que garantem a fidelidade da clientela, livrando-os das imposições das tabelas de preços das OPAPS. Sabe-se, no entanto, que o mercado, regido por leis de oferta e demanda, é desenhado pela média geral dos participantes e não pelas instituições *top* de linha, o que parece não ocorrer no Estado do Rio Grande do Norte, conforme demonstrado neste capítulo.

Mesmo a despeito da evidência de que no Rio Grande do Norte os reajustes da diária hospitalar não obedeceram à proporção dos reajustes dos índices de inflação e dos principais insumos, essa questão será melhor discutida no capítulo do estudo de caso.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta a revisão bibliográfica de assuntos correlatos ao objeto de estudo que subsidiaram a compreensão e a apuração dos custos da diária hospitalar, servindo, portanto, para a análise dos dados.

3.1 Custos

Sabe-se que os custos estão presentes em todos os tipos de organizações. As características e o modo como eles são classificados vai depender do tipo da organização em que estão inseridos.

As atividades de controle e gerenciamento dos custos tornaram-se fundamentais para a manutenção ou crescimento das organizações. Assim, é de suma importância que os administradores conheçam os custos dos bens ou serviços com os quais estão lidando. Uma das mais importantes e complexas decisões gerenciais diz respeito à fixação de preços de venda. As vendas dos produtos e serviços, a lucratividade da instituição ou até mesmo sua continuidade relacionam-se diretamente à política de fixação de preços adotada. Desse modo, exigem-se cada vez mais cuidados com planejamento, custos, orçamentos e desempenho, principalmente porque não se define mais o preço de venda dos produtos e serviços conforme os custos incorridos, mas com base nos preços praticados no mercado. Portanto perseguir o menor custo, sem afetar a funcionalidade e a qualidade dos produtos e serviços, deve ser um objetivo permanente das empresas que buscam a excelência empresarial.

O termo “custo”, quando empregado de forma genérica, pode ter vários significados como gasto, perda, despesa, desperdício ou investimento. Quando empregado de

forma específica, é usado com um complemento: custos da qualidade, custo do kWh de energia elétrica, custos do processo de fabricação, custo da hora-máquina.

Hornngren (2000, p.47) classifica custos como “um sacrifício ou a desistência do uso de recursos para usá-los em determinado fim”. Para Hansen e Mowen (2003, p.61), custo pode ser “o valor em dinheiro, ou equivalente em dinheiro, sacrificado para produtos e serviços que se espera que tragam um benefício atual ou futuro para a organização”. Já Martins, E. (2003, p.25) define custos como “gasto relativo a um bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços.”

Quando, nas instituições hospitalares, se coloca à disposição dos pacientes instalações físicas, equipamentos, pessoal, medicamentos, exames laboratoriais, exames para complementação de diagnóstico, alimentação, estão sendo consumidos recursos que geram custos. O gerenciamento desses custos contribui para eliminar possíveis desperdícios, estabelecer adequados níveis de estoques estratégicos, decidir entre prestar determinado serviço ou terceirizar, estabelecer preços de intervenções e atividades, decidir entre tecnologias de tratamento e diagnóstico, dimensionar as equipes, etc.

De acordo com Martins, D. (1999, p. 49), os componentes básicos dos custos hospitalares são:

os gastos relativos aos materiais médicos, medicamentos consumidos pelos pacientes, os gêneros alimentícios que compõem suas refeições, salários e encargos de pessoal, depreciação dos equipamentos médicos, móveis e utensílios de uso geral, impostos, etc., consumidos pela produção médica do período.

No caso em estudo, por se tratar de uma instituição hospitalar, tipicamente de serviços, os custos são entendidos como os gastos incorridos, sejam eles insumos sejam despesas, sem os quais não é possível a prestação dos serviços.

3.1.1 Classificação dos Custos

Para a mensuração dos custos da diária hospitalar é importante estarem bem definidas as suas diversas classificações, a fim de se ter um bom gerenciamento deste. Segundo Hansen e Mowen (2003, p128), “a mensuração dos custos consiste da determinação da quantia em unidades monetárias de materiais diretos, mão-de-obra direta e custos indiretos de fabricação consumidos na produção”, podendo-se inferir que a mensuração dos custos está intimamente ligada à classificação destes.

As principais classificações dos custos que serão instrumentos de análise e que possibilitam a capacidade de prever o reflexo dos custos (comportamento) nas variações (volume) das atividades das organizações baseiam-se nos custos fixos e variáveis. Entretanto, para fins de apropriação aos objetos de custo, sejam estes produtos, centros de custos, departamentos, *mix* de produtos, etc., são tidos como custo direto ou custo indireto.

3.1.1.1 Custos fixos e custos variáveis

A classificação dos custos em fixos e variáveis está relacionada às mudanças no volume de produção. Os custos fixos não variam de acordo com o volume de produção, mas os custos fixos unitários variam conforme o volume de produção (FALK, 2001). Portanto, quanto maior a produção, menor será o custo fixo unitário; já os custos variáveis costumam ser fixos por unidade de produção.

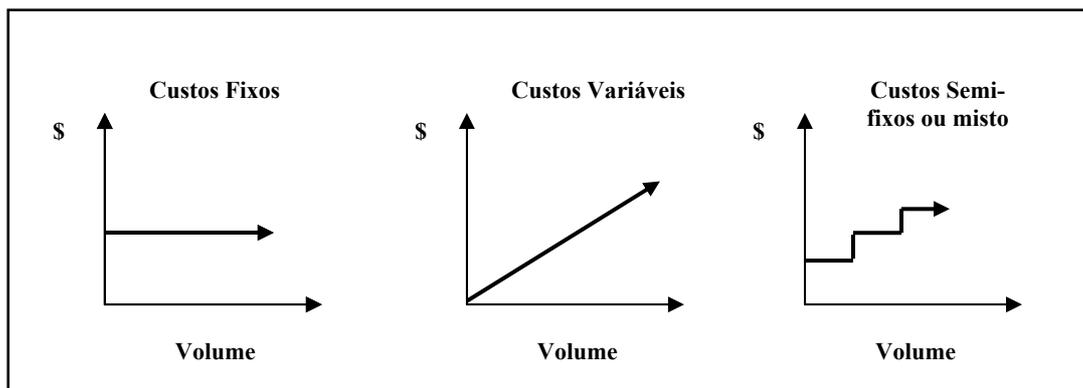
Segundo Perez Jr., Oliveira e Costa, G. (2001), os custos fixos mantêm-se constantes dentro de determinada capacidade instalada, independentemente do volume de produção, e os variáveis mantêm relação direta com o volume de produção. Entretanto a complexidade dessa afirmação está no fato de que o comportamento dos custos, de acordo

com Ching (2001, p. 21), “varia em função do horizonte de tempo, níveis de atividade e uma variedade de outros fatores”. Isso implica dizer que os custos são considerados fixos até determinado nível de atividade ou até o limite dos recursos fornecidos. Ultrapassada essa faixa, o custo desloca-se para um outro patamar, classificado como custo semifixo, ou seja, a cada intervalo ele permanece fixo, mudando de valor em níveis diferentes.

Porém existe outro custo que alguns autores denominam de “misto” ou “semi-variável”, na medida em que este não varia nas mesmas proporções do volume. Garrison e Noreen (2001, p.138) o definem como “aquele que contém os elementos de custo tanto fixo como variável”.

O comportamento dos custos pode ser observado a partir da adaptação da

Figura 1:



Fonte: Falk, James A. Gestão de Custos para Hospitais (2001, p.28)

Figura 1 – Relação entre custo e volume

Em linhas gerais, no âmbito hospitalar, os custos fixos são decorrentes da estrutura instalada, cujos exemplos mais comuns são os salários mensais fixos, a depreciação das máquinas, a manutenção do prédio e o aluguel (MATOS, 2002). Esses custos permanecem constantes, independentemente do volume de atendimentos e internações hospitalares, até o limite da capacidade instalada. Os custos variáveis, que sofrem modificações lineares em relação ao volume de atendimentos e internações, são representados

por medicamentos, filmes radiológicos, material de limpeza, material de expediente, gêneros alimentícios e outros (MARTINS, D., 2000).

Nesse contexto, observa-se a importância de se identificar o comportamento dos custos nas instituições hospitalares para que se possa investigar a mensuração dos custos dos serviços e, conseqüentemente, contribuir para a tomada de decisão, no que tange a determinação de preços e do ponto de equilíbrio (volume necessário para que as receitas se equiparem ao custo total), discussão de pacotes, rentabilidade dos serviços oferecidos, dentre outros aspectos.

3.1.1.2 Custos diretos e indiretos

A forma de apropriação dos custos com relação ao produto caracteriza-os como custos diretos ou indiretos. Os custos diretos são facilmente incluídos no cálculo do produto e não necessitam de critério para sua alocação; o mesmo não acontece com os custos indiretos, que necessitam de algum critério de rateio para serem atribuídos aos produtos, como é o caso de seguros e aluguel.

Perez Jr., Oliveira e Costa, G. (2001, p. 23) defendem que os custos diretos “podem ser quantificados e identificados no produto ou serviço e valorizados com relativa facilidade”.

A distinção entre custos diretos e indiretos, contudo, pode ser um pouco complicada, quando não se tem bem definido o objeto de custos (FALK, 2001; NEGRINE et al., 2004), ou seja, considerar um objeto de custo em detrimento de outro pode transformar, sob determinado ponto de vista, um custo direto em custo indireto.

Em se tratando de instituições hospitalares, os custos diretos, por definição, são todos os custos que podem diretamente ser atribuídos a um paciente, e os indiretos os que não podem ser atribuídos diretamente, se o objeto de custo for o paciente (NEGRINI et al., 2004).

Como exemplos de custo direto podem-se citar medicamentos, materiais médicos, exames, materiais de expediente, mão-de-obra direta (salário dos funcionários da lavanderia), taxas de salas e de equipamentos médicos, etc. Quanto ao indireto, de acordo com Garrison e Noreen (2001, p.38), “é aquele que não pode ser facilmente identificado ao objeto do custo em causa”. Afirma ainda esses autores que “para ser apropriado, diretamente ao objeto de custo, como um produto em particular, o custo precisa ser provocado pelo objeto de custo”. São considerados custos indiretos a água, a energia, os gêneros alimentícios, os materiais de limpeza, etc.

Essa abordagem, da apropriação dos custos nas instituições hospitalares também obedece a essa classificação, normalmente tendo como objeto de custo, os centros de custo.

Para Ching (2001), a estrutura organizacional dos hospitais favorece a predominância de custos fixos e indiretos, pois para seu funcionamento eles necessitam de níveis quase constantes de pessoal, uma pesada estrutura física e de equipamentos, acarretando assim, o comportamento fixo desses custos. Nesse sentido, é importante lembrar também a forma como estão organizadas as especialidades médicas, pois, quando o paciente se submete a uma cirurgia, recebe assistência da enfermagem, do nutricionista, necessita de exames laboratoriais, radiológicos, configurando-se uma parcela significativa de custos indiretos. Outro fator relevante para a predominância dos custos indiretos está relacionado com a automação, a qual vem substituindo a mão-de-obra direta, que antigamente era predominante.

À vista das diversas classificações apresentadas, observa-se que todos os custos podem ser, ao mesmo tempo, classificados em fixos ou variáveis e em diretos ou indiretos. Por exemplo: matéria-prima (custo direto e variável); material de consumo (custo indireto e variável); seguro da fábrica (custo indireto e fixo).

3.2 Métodos de custeio

São métodos de apropriação de custos (MARTINS, E., 2003). Responsáveis por indicar quais custos devem fazer parte da apuração do custo dos produtos ou dos serviços.

Existem diversos métodos de custeio, como por exemplo, custeio por absorção, custeio por absorção pleno, custeio variável ou direto e custeio baseado em atividades, que não possuem características mutuamente excludentes, permitindo a adoção simultânea das alternativas (MARTINS, D., 2002). Dentre esses métodos, o mais utilizado em instituições hospitalares é o absorção (SILVA, Ana Paula et al., 2002). Já o método do custeio variável pode ser utilizado nessas instituições como ferramenta gerencial, quando se deseja conhecer a margem de contribuição capaz de cobrir os custos e despesas fixas.

Portanto a adoção de um método de custeio deve contribuir para a apuração e a análise dos custos incorridos no processo de produção ou prestação de serviço. Este pode ser focado sob duas formas: por produto, quando se objetiva a apuração dos custos apropriados diretamente nos produtos ou serviços, e por setor, quando, além do custo do produto, objetiva-se obter o custo do setor de produção ou serviços (ZANELLA, 2001).

No caso em estudo, participam da formação do custo da diária hospitalar determinados centros de custos que, de forma direta ou indireta, contribuem para a formação do custo. Assim, para a apuração dos custos da diária hospitalar faz-se mister o emprego do

método de custeio por absorção por ser este o que mais adequado para a apuração por centros de custos, conforme enfatiza a literatura sobre o assunto.

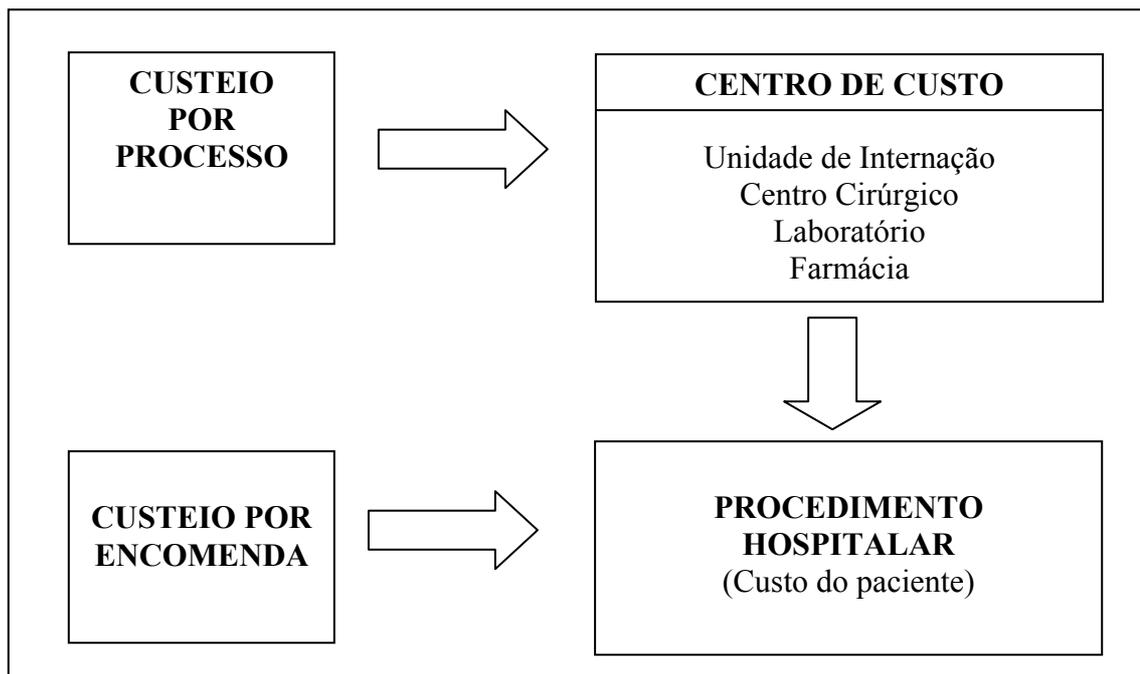
Além disso, dada a especificidade da instituição hospitalar, pode-se utilizar o sistema de acumulação de custos por processo e por encomenda, dependendo do objetivo que a instituição queira atingir. Hansen e Mowen (2003, p 127) definem “acumulação de custos” como “o reconhecimento e o registro de custos”.

De acordo com Horngren, Foster e Datar (2000, p.434), entende-se custeio por processo “o sistema de custeio no qual o custo de um produto ou serviço é obtido pela distribuição dos custos por grandes quantidades de unidades semelhantes ou iguais.” Nesse caso, o custo unitário é representado por um valor médio e todas as unidades produzidas terão a mesma quantidade de insumos.

No custeio por encomenda, os custos são aplicados a ordens específicas, que podem consistir de uma única unidade física ou poucas unidades semelhantes em um lote distinto ou um lote de serviço (HORNGREN; SUNDEN; STRATTON, 2004). Isso significa que as unidades são iniciadas por meio de uma ordem de serviço. As unidades são elaboradas e os custos são lançados na respectiva ordem.

Matos (2002) afirma que, dada a especificidade de uma instituição hospitalar, podem ser usados o custeio por processo e o custeio por encomenda. De acordo com o autor, a apuração da diária hospitalar, por exemplo, pode ser apurada por meio do custeio por processo, já que este faz uso de centros de custos, e os procedimentos médicos hospitalares, pelo custeio por encomenda, considerando-se que o acompanhamento do paciente se processa através de um prontuário médico, assemelhando-se a uma ordem de serviço. “A característica chave do custeio por ordem, é que o custo de um serviço é diferente do custo de um outro serviço e deve ser monitorado separadamente” (HANSEN;MOWEN, 2003, p.138).

Nesse sentido, uma instituição hospitalar que detenha um gerenciamento dos seus custos, certamente emprega um sistema de custos híbrido, já que, para se chegar à apuração do custo do produto final (procedimento hospitalar), via de regra, utiliza-se, inicialmente, a apropriação de custos por centros de custos, conforme se depreende da Figura 2, a seguir:



Fonte: Matos, Afonso de. Gestão de custos em instituições hospitalares (2003, p. 187)

Figura 2 – Aplicação de sistema de acumulação de custos por processo e por encomenda

3.2.1 Custeio por absorção

O custeio por absorção consiste na apropriação ao produto de todos os custos de fabricação que variam com a produção (materiais diretos, custos indiretos variáveis e mão-de-obra direta) e os custos indiretos fixos (GARRISON; NOREEN, 2001). Com relação a estes, Garrison e Noreen (2001) recomendam o uso de um critério de alocação que seja um direcionador do custo indireto - por exemplo: horas-máquina, leitos ocupados, horas de voo, que dão origem a custos indiretos. Assim, estes podem ser rateados com base nesses

direcionadores, mediante critérios previamente definidos, segundo os quais será atribuída uma parcela dos custos a cada produto.

Esse método, portanto, adota o procedimento de fazer com que cada produto ou serviço absorva parcela dos custos diretos e indiretos relacionados à produção, pois parte do princípio de que todos os custos de manufatura são custos do produto.

Porém, quando se apropriam aos produtos ou serviços, por meio de rateio, todos os custos e despesas, inclusive financeiras, de uma empresa, segundo Martins, E. (2003) tem-se o método conhecido como “custeio pleno”, “total”, “integral” ou “RKW (Reichskuratorium für Wirtschaftlichkeit)”, ferindo os princípios contábeis. Esse método pode ser usado apenas no campo gerencial.

A grande vantagem do custeio por absorção é estar em conformidade com os princípios fundamentais de contabilidade e as leis tributárias. Por esse motivo, ele é mais amplamente utilizado (HORNGREN; SUNDEM; STRATTON, 2004), mesmo a despeito de alguns autores registrarem como desvantagem desse método, a utilização de rateios para distribuir os custos entre os departamentos e/ou produtos, podendo gerar distorções nos resultados, penalizando alguns produtos e beneficiando outros. Por esse motivo, devem-se definir critérios de rateio adequados à realidade de cada empresa. Uma instituição hospitalar, por exemplo, pode utilizar um critério de rateio que, em razão de peculiaridades, não pode ser aplicado em outra.

O grau de dificuldade de geração dos dados para aplicação dos cálculos de apropriação dos custos influencia a definição dos critérios de rateio (MATOS, 2002). O autor afirma ainda que, em razão de diferentes dimensões ou portes utilizados para o rateio dos centros de custos, torna-se necessário à adoção da técnica de unidade equivalente. Como exemplo, pode-se citar os diferentes tipos de refeições fabricados em uma instituição hospitalar, para as quais se necessita da adoção desse critério, de modo que não se considere

um almoço igual a um desjejum, levando-se em consideração as diferentes proporções de custos incorridos com as referidas refeições.

Uma pesquisa realizada por Govindarajan e Anthony, em 1983, com as 505 maiores empresas, revelou que mais de 82% dos seus produtos eram baseados no custeio por absorção e apenas 17% utilizavam o custeio variável. Onze anos depois, uma pesquisa semelhante realizada por Shim e Sudit, com 141 empresas, obtiveram um padrão de confiança nos dados de custo para a decisão de preço semelhante ao da pesquisa anterior. Nessa última pesquisa, foi perguntado aos respondentes se as decisões de preço estavam baseadas em formação de mercado, e não em custos. O resultado obtido foi que 70% se baseavam no custeio por absorção, 12% no custeio variável e apenas 18% no mercado (Fortune 1000 *apud* ATKINSON et al., 2000).

Pesquisa realizada por Silva, J. (2000), em 81 hotéis da Região Nordeste, buscou investigar a existência de um sistema estruturado de informações para avaliação dos resultados econômicos dos seus produtos, serviços e unidades administrativas. Dentre várias questões abordadas a pesquisa revelou que 67,90% da amostra utilizam o custeio por absorção e 25,93% o custeio variável para tomada de decisão econômica.

Desse modo, à vista das pesquisas aqui apresentadas, verifica-se que o custeio por absorção ainda é um método de grande valia na apuração dos custos das empresas, principalmente naquelas que carecem de uma estrutura de custos adequada. Outro fator que contribui para sua predominância é a compreensão da sua aplicabilidade, por parte dos gestores, facilitando a sua implantação.

No custeio por absorção, o custo da diária hospitalar de uma unidade de internação está representado pelos insumos incorridos, acrescidos de rateios dos custos provenientes do serviço de nutrição e dietética, lavanderia, manutenção, administração, dentre outros. Essa série de custos atribuídos à unidade de internação (por meio de rateios) deve ser

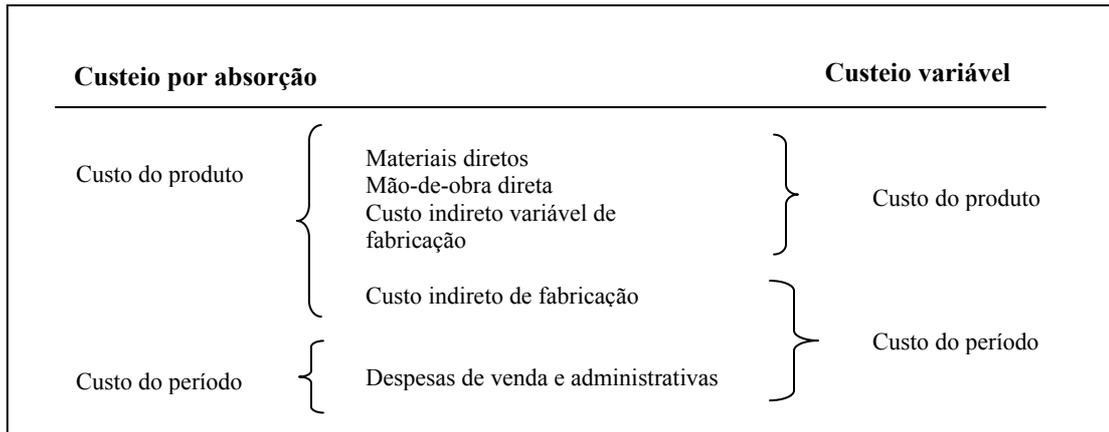
compreendida como responsabilidade das unidades gestoras desses custos (MATOS, 2002, p. 264).

3.2.2 Custeio Variável ou Direto

O custeio variável ou direto, ao contrário do custeio por absorção, inclui todos os custos de fabricação que variam com a produção e são considerados custos do produto. Esses custos são, de acordo com Garrison e Noreen (2001 p.37), “materiais diretos, custos indiretos variáveis e mão-de-obra direta”; não computados nestes, portanto os custos indiretos fixos de fabricação, pelo fato de existirem independentemente da ocorrência ou não da produção, sendo considerados despesa do período e encerrados diretamente no resultado do exercício.

O custeio variável ou direto, como instrumento gerencial no auxílio para a tomada de decisão, é utilizado na fixação de preços, decisão de compra ou fabricação, determinação do *mix* de produto e, ainda, possibilita a determinação imediata do comportamento dos lucros, em face das oscilações de venda.

A diferença principal desses métodos decorre do fato de o método de custeio variável considerar apenas os custos diretos de fabricação, enquanto que o método de custeio por absorção, além de incluir estes custos, agrega também os custos indiretos de fabricação como custo de produção. Essas diferenças são retratadas na Figura 3:



Fonte: Garrison e Noreen. Contabilidade Gerencial. (2001, p. 196)

Figura 3 – Classificação do custo – custeio por absorção *versus* custeio variável

Outra diferença quanto à utilização desses métodos diz respeito ao aspecto tributário, já que o método de custeio por absorção é o utilizado externamente e aceito pelo Fisco quando da apuração do Imposto de Renda, além de atender aos princípios fundamentais de contabilidade, conforme já citado. Porém o método de custeio variável é utilizado internamente, para fins de planejamento dos lucros, dentro da ótica custo-volume-lucro (CVL) e, ao contrário daquele, não preenche as exigências de ordem legal, tanto tributária como contábil.

Um conceito relevante que deriva do custeio variável é denominado “margem de contribuição” - a diferença entre as receitas de vendas e os custos e despesas variáveis (HANSEN; MOWEN, 2003), representando a quantia gerada pelas vendas capaz de cobrir os custos fixos e ter como resultado o lucro. Logo, trata-se de uma informação útil e relevante para a decisão de preços de venda.

Hornngren (1986) evidencia algumas vantagens na utilização da margem de contribuição para controle e tomada de decisão, a saber:

- a. auxilia a administração a decidir sobre quais produtos devem merecer maior ou menor esforço de vendas;
- b. é essencial à decisão entre abandonar-se ou não uma linha de produtos;

- c. pode ser usada para avaliação de alternativas de preços de venda;
- d. quando se concorda quanto aos lucros desejados, pode-se avaliar prontamente seu realismo pelo cálculo do número de unidades a vender, para se conseguirem os lucros desejados;
- e. fornece dados para se decidir sobre como utilizar um determinado grupo de recursos limitados da maneira mais lucrativa;
- f. é útil nos casos em que os preços de venda estão firmemente estabelecidos no ramo, porque o problema principal da empresa é quanto ela se pode permitir em matéria de custos variáveis e o volume que se pode obter;

Mesmo a despeito das vantagens na utilização desse método como instrumento gerencial, observa-se que não há uma cultura, quanto a sua utilização, por parte do profissional da área contábil, isso porque ao usar o custeio variável a instituição não estaria isenta de usar o custeio por absorção, haja vista as suas finalidades serem distintas. Dessa forma esses profissionais limitam-se ao uso do custeio absorção. Esta situação se mantém, na medida em que os gestores desconhecem a aplicabilidade do método de custeio variável como ferramenta auxiliar na tomada de decisão, contribuindo para manutenção dessa cultura.

3.3 Estrutura Organizacional Hospitalar

Para a realização do estudo de caso em uma instituição hospitalar privada, sediada em Natal, torna-se necessário abordar, para uma melhor compreensão do processo de formação de preço da diária hospitalar, a estrutura organizacional hospitalar e suas subdivisões em centros de responsabilidades, especialmente os que compõem os serviços de hotelaria hospitalar.

A estrutura organizacional hospitalar é uma disposição de linhas de responsabilidade, em que cada um dos gerentes dos departamentos específicos deve possuir autoridade para tomar decisões (com relação às atividades, seja produção médica, faturamento, *marketing*, etc.) dentro do seu departamento. Essa estrutura deve ser hierarquizada e departamentalizada, pois, sendo assim, além da questão organizacional e disciplinar, podem-se também controlar adequadamente os seus custos.

Departamentalizar uma instituição hospitalar nada mais é do que dividi-la em unidades administrativas, normalmente, destacando-as como departamento produtivo, departamento auxiliar e departamento administrativo. Alguns autores, como Martins, D. (2000) conceituam os departamentos em produtivos e de apoio, estando nestes incluídos os auxiliares e os administrativos. De acordo com esse autor, departamentos produtivos são “aqueles geradores de receitas médicas e os pacientes transitam por eles: UTI, centro cirúrgico, radiologia, etc.” Já os departamentos de apoio são “aqueles geradores ou não de receitas médicas e os pacientes não transitam por eles, tais como: farmácia, limpeza, administração, etc”.

Matos (2002) afirma que uma das segmentações mais usuais aplicadas a uma empresa hospitalar compreende os conceitos de “centro de custos produtivos” e “centro de custos auxiliares e administrativos”.

O Quadro 6, a seguir, adaptado de Martins, D. (2000), evidencia a divisão de departamentos do hospital em produtivos, auxiliares e administrativos:

DEPARTAMENTOS		
PRODUTIVOS		AUXILIARES/ADMINISTR.
U. T. I.	ULTRA-SONOGRAFIA	FARMÁCIA
CENTRO CIRÚRGICO	LAB. ANÁLISES CLÍNICAS	NUTRIÇÃO
BERÇÁRIO	LAB. ANÁL. PATOLÓGICAS	LAVANDERIA
MATERNIDADE	ENDOSCOPIA	ADMINISTRAÇÃO
PEDIATRIA	ECOCARDIOGRAFIA	SERVIÇO SOCIAL
CLÍNICA MÉDICA	FISIOTERAPIA	ALMOXARIFADO
CLÍNICA CIRÚRGICA	HEMOTERAPIA	MANUTENÇÃO
URGÊNCIACARDIOLÓGICA	RADIOLOGIA	LIMPEZA

Fonte: Martins, D.(2000, p.53)

Quadro 6 - Departamentos produtivos, auxiliares e administrativos

As organizações podem ter sua administração de forma centralizada ou descentralizada. Em ambas as situações, haverá prós e contras; mas, embora a maioria das organizações esteja entre os dois extremos, há cada vez mais tendência à descentralização.

Descentralizar é o processo que procura transferir a autoridade da alta cúpula para os vários níveis inferiores da organização. Quanto menor o nível em que as decisões são tomadas, maior será o grau da descentralização. A descentralização permite ao gestor um melhor acesso à informação local, respostas em tempo mais oportuno, decisões mais rápidas, aumento da motivação, competição realçada, etc. Uma descentralização eficaz requer relatórios por centros de responsabilidade, além da demonstração do resultado global da empresa.

3.3.1 Centros de Responsabilidade

Horngren, Foster e Datar (2000, p.134) definem centros de responsabilidade como “uma parte, segmento ou subunidade de uma organização, cujo gerente é responsável por um conjunto específico de atividades.” Cada gerente, independentemente de sua posição, é encarregado de um centro de responsabilidade. Quanto mais alto o nível de gerência, mais ampla a responsabilidade do centro que ele dirige e, de modo geral, maior o número de pessoas subordinadas a ele.

Os centros de responsabilidade podem ser vistos como instrumentos que buscam a maximização do desempenho empresarial e o respectivo controle, na medida em que a descentralização permite aos gestores a administração de cada centro como se fosse uma empresa, sem, contudo, deixar de prestar conta à alta administração e de seguir regras propostas no planejamento estratégico global da empresa. Dessa forma, o gestor administrará seu centro de responsabilidade como se fosse uma empresa distinta, entretanto dentro de parâmetros que lhe foram estipulados, a fim de alcançar as metas desejadas.

Os principais conceitos de centros de responsabilidade para acumulação das informações contábeis e de custos são os “centros de custos”, “centros de resultado (lucro)”, “centro de receita” e “centros de investimento”.

De acordo com Garrison e Noreen (2001, p.387), centro de custos “é um segmento cujo gerente tem controle sobre os custos, mas não sobre a receita ou recursos para investimento”. Sua responsabilidade financeira é controlar custos. Segundo Horngren, Sundem e Stratton (2004, p. 302), “um departamento pode ser considerado um único centro de custos, ou um departamento pode conter diversos centros de custos”.

Ao contrário dos centros de custos, os centros de resultado são centros de responsabilidade em que os gerentes respondem pelos custos e receitas dos produtos e

serviços que produzem. O centro de resultado pode ser visualizado como uma unidade de negócio independente, entretanto não tem controle sobre os recursos para investimento. Em uma organização, vários centros de custo são organizados para a elaboração de um produto ou a prestação de um serviço. Portanto um centro de resultado congrega mais de um centro de custo, ou seja, as receitas de um centro de resultado são produtos da atividade de vários centros de custos.

Atkinson et al. (2000, p. 624) define os centros de receita como “centros de responsabilidade em que os participantes controlam as receitas mas não o custo de produção ou aquisição de um produto ou serviço que estes vendam, ou o nível de investimento no centro de responsabilidade.” Como exemplo de centros de receita, pode-se citar o Departamento de *Marketing*, cujo gestor é responsável por estabelecer os preços e vendas projetados, além das vendas em geral.

A diferença desse centro diz respeito à autonomia em relação aos investimentos a serem feitos na sua unidade de negócio. Os gestores são responsáveis não somente pelas metas de custo, de resultado, mas também pelos elementos do capital investido nas divisões. Portanto percebe-se que a responsabilidade do gestor torna-se ainda mais ampla, entretanto esse tipo de centro de responsabilidade não é muito comum, pois a cúpula administrativa ainda tem a cultura de reservar para si a decisão de investir nas unidades de negócios. Por esse motivo, na prática, o termo “centro de investimento” não é muito empregado; é mais comum a utilização do termo “centro de resultado” para descrever um centro que tenha a responsabilidade por receitas e despesas, mas que possa ter ou não responsabilidade pelos investimentos correspondentes.

Em uma instituição hospitalar, as denominações comumente aplicáveis aos centros de custos são “centros produtivos”, “centros auxiliares” e “centros administrativos”.

Os centros de custos produtivos, conforme Matos (2002, p. 102), “são representados pelas unidades de produção do hospital, cuja função corresponde à prestação de um serviço ao paciente e que compreenda uma atividade objeto de remuneração pelos serviços prestados”.

Os centros de custos auxiliares e administrativos estão relacionados aos serviços produzidos por essas unidades e que não são objetos de remuneração específica pelos pacientes. Possuem o papel de uma prestação de serviço interna aos centros produtivos, mas também a outros centros auxiliares e administrativos (MATOS, 2002). Portanto esses centros diferenciam-se dos produtivos por não serem objetos de remuneração específica pelos pacientes. Mas, indiretamente, contribuem para o resultado da instituição, em particular os que se voltam para os centros produtivos, dada a integração destes com o processo de assistência ao paciente. Uma das características desses centros é o controle dos custos sob a responsabilidade dos supervisores.

Por fim, verifica-se que a conceituação aplicada aos centros de custos no âmbito hospitalar guarda os mesmos fundamentos da contabilidade de custos de qualquer outra empresa. Utilizam-se as unidades de produção (exame, diária hospitalar, consulta) para identificar onde os produtos ou serviços estão sendo elaborados ou prestados, e as unidades auxiliares e administrativas como unidades de suporte imprescindível à consecução das atividades daquelas, mesmo a despeito das peculiaridades que se revestem as atividades de prestação de serviços médicos e hospitalares, especialmente, no caso em estudo, para a prestação dos serviços de hotelaria hospitalar.

3.3.1.1 Hotelaria Hospitalar

A hotelaria convencional está focada no cliente em trânsito, seja com fim de trabalho, lazer, turismo, participação em eventos, etc., concentrando uma gama de serviços internos e externos na busca de atender ao perfil dessa rede de clientes, que esperam encontrar facilidades, diversão, qualidade de vida, tranqüilidade, conforto, segurança, etc., durante o período de permanência ou hospedagem.

Quanto à hotelaria hospitalar, de acordo com Boeger (2003, p.24), “é a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes conforto, segurança e bem-estar durante o seu período de internação”. Infere-se, portanto, que a grande diferença entre a hotelaria convencional e a hotelaria hospitalar está no perfil de sua clientela, visto que a gama de serviços inerentes à hotelaria é similar, inclusive quanto ao produto final, resultado desses serviços, que é a diária.

Conforme já dito, “diária” é o termo empregado para designar à forma de remuneração pelos serviços de hotelaria dispensados ao hóspede cliente ou paciente por dia de permanência ou de internação, respectivamente, pelo período de 24 horas ininterruptas. Durante a permanência do paciente no leito, são prestados serviços médicos, de enfermagem e os de natureza hoteleira, como alimentação, lavanderia, higienização do ambiente, recepção, portaria e outros.

Devido às dificuldades administrativas decorrentes da grande variedade de guias, impressos de encaminhamento, atendimento a beneficiários e de apresentação de contas, a ABRAMGE-SP juntamente com a Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo - AHESP - formaram uma comissão, em 1992, para reformular e padronizar o sistema de informação na área da saúde, criando a “padronização e codificação de procedimentos e

serviços hospitalares⁴”. Atualmente essa comissão é formada por vários representantes de entidades nacionais do setor de saúde que aderiram a essa metodologia. No tocante à diária hospitalar, a comissão estabeleceu a seguinte padronização:

➤ **DIÁRIAS NORMAIS:** Consideram-se diárias normais às relacionadas com as internações em leitos de enfermaria, apartamento, suíte, berçário normal ou hospital-dia e são compostas pelos itens listados abaixo:

- a. leito próprio (cama, berço)
- b. troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante quando em apartamento.
- c. cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental
- d. dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia)
- e. cuidados de enfermagem
 - administração de medicamentos por todas as vias;
 - preparo, instalação e manutenção de venoclise e aparelhos;
 - controle de sinais vitais;
 - controle de diurese;
 - curativos;
 - sondagens;
 - aspirações, inalações;
 - mudança de decúbito;
 - locomoção interna do paciente;
 - preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, etc.)
 - cuidados e higiene pessoal do paciente
 - preparo de corpo em caso de óbito;
 - orientação nutricional no momento da alta;
 - transporte de equipamentos (Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultra-som, etc.)
- f. taxa administrativa

⁴ Padronização de Sistemas de Informação na Área da Saúde, 3ª ed. 1996

➤ **DIÁRIAS ESPECIAIS:** Consideram-se diárias especiais as relacionadas com as internações em leitos de Unidades de Terapia Intensiva e Semi-intensiva (adulto e pediátrico) e são compostas pelos itens listados abaixo:

- a. Todos os itens que compõem as diárias normais acrescido de:
 - Equipamentos:
 - Monitor cardíaco
 - Oxímetro de pulso
 - Desfibrilador/cardioversor
 - Nebulizador
 - Aspirador a vácuo (exceto o de aspiração contínua)
- b. Unidade de Terapia Intensiva Neo natal:
 - Equipamentos acima acrescidos de:
 - Incubadora / Berço Aquecido
 - Bomba de infusão.

➤ **NÃO INCLUSOS NA COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS:**

- a. materiais e medicamentos dos cuidados de enfermagem
- b. utilização de equipamentos e instrumental cirúrgico exceto aqueles incluídos
- c. na composição das diárias especiais.
- d. honorários médicos
- e. SADT

Além dos serviços relacionados com a internação do paciente, outros são requeridos, como serviços de recepção, de portaria, manutenção, segurança, etc., retratando, na prática, atividades de características hoteleiras, diferenciando-se apenas no perfil do cliente, uma vez que este necessita de cuidados de saúde e de um trabalho de humanização que contribua para o restabelecimento da sua saúde, no qual a qualidade torna-se um diferencial entre os concorrentes. Nesse mesmo pensamento, Gersdorff (1980, p.35) defende

que “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”.

Devido à mudança no perfil da clientela, cada vez mais exigente e conhecedora dos seus direitos, num hospital não basta apenas a competência do médico, do enfermeiro, nem a aparência limpa do ambiente. O cliente busca, além desses itens, o conforto, a segurança, a qualidade, e necessita sentir-se hóspede, não um enfermo. Segundo Cote e Vokurka (2001), no atual mercado, os clientes estão exigindo respostas rápidas, produtos garantidos e serviços de máxima qualidade, e o menor preço, compelindo as organizações a desenvolverem e usarem todos os seus recursos com uma ampla compreensão dos processos e dos seus inter-relacionamentos, buscando uma sinergia organizacional. Dessa forma, as instituições hospitalares vêm buscando a excelência nos seus serviços, conciliando os objetivos do hospital com o ato de hospedar, sem perder de vista a especificidade de sua clientela.

Dentre os diversos centros auxiliares, podem-se destacar o serviço de nutrição e dietética – SND -, importantíssimo para o bem-estar e o pronto restabelecimento dos pacientes. Cabe ao SND o planejamento e o controle de todo o processo que envolve a compra, o armazenamento e a distribuição dos alimentos aos pacientes e funcionários de todo o hospital, evitando os desperdícios na elaboração das refeições. É importante a prática de gerenciamento dos custos no que se refere ao cuidado e ao suporte nutricional.

Outro segmento de relevância do hospital é a lavanderia, pelos cuidados que devem ser tomados em todas as fases do processo: coleta da roupa suja, lavagem e distribuição em perfeitas condições de higiene e limpeza, a fim de se controlarem infecções hospitalares e proporcionar-se conforto e segurança ao paciente. A administração da

lavanderia deve estar sempre atualizada, ciente dos métodos modernos de desinfecção e controle dos efluentes.

Destaque também deve ser dado ao serviço de higienização e limpeza, na medida em que esse setor tem responsabilidade direta com a desinfecção do ambiente hospitalar e, em particular, dos setores onde circulam os pacientes: centro cirúrgico, UTI, apartamentos, etc.

Em linhas gerais, pode-se conceituar a “diária hospitalar” como um conjunto de serviços de hotelaria hospitalar, englobando-se nestes todas as atividades de enfermagem e serviços de apoio ao cliente, desde o seu ingresso até a sua alta.

3.4 Indicadores de desempenho hospitalar

Cherubin e Santos (2002) definem os indicadores de desempenho como números, taxas, índices, percentuais e razões que permitem avaliar a qualidade da assistência prestada, a eficiência e a eficácia de instituições hospitalares. Para essa avaliação de desempenho, são utilizados parâmetros financeiros e não-financeiros (ANTHONY; GOVINDARAJAN, 2002).

Como indicadores financeiros, podem-se citar como exemplo a comparação de receitas e despesas reais com as orçadas e como indicadores não-financeiros, o índice de rotatividade, a taxa de ocupação, a média do tempo de permanência e a taxa de mortalidade.

Conforme definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 1974), o índice de rotatividade representa a medida de utilização do leito hospitalar durante um determinado período, e a taxa de ocupação é a relação entre o número de pacientes-dia em determinado período e o total de leitos-dia do mesmo período. A média de permanência é a relação entre o número de pacientes-dia durante determinado período e o total de pacientes que tiveram altas

mais os óbitos ocorridos no mesmo período. A taxa de mortalidade é a relação percentual entre o total de óbitos ocorridos no hospital durante determinado período e o total de pacientes que tiveram altas mais os óbitos ocorridos no mesmo período.

Para Barnum e Kutzin (1993), a média de permanência do paciente no leito e a taxa de ocupação são parâmetros que podem explicar a variação dos custos hospitalares. Isso porque altas taxas de ocupação resultam em custos mais baixos por paciente, uma vez que os custos indiretos são distribuídos pelos leitos ocupados. Entretanto os custos de hospedagem são maiores se a média de permanência se alargar, pois resultará em menos internações e, conseqüentemente, o custo médio por paciente será maior.

Porém Silva, E. e Costa, P. (2003 *apud* Marinho; Moreno; Cavalcanti, 2001) alertam que se deve proceder a análises mais acuradas ao se utilizarem os indicadores de desempenho para qualificar hospitais ou sistemas hospitalares. De acordo com esses autores, altas taxas de ocupação e rotatividade demonstram melhores desempenhos dos hospitais, por indicarem menor ociosidade dos leitos e, conseqüentemente, maior eficiência. Entretanto eles afirmam que essa conclusão precisaria ser referendada pelo perfil dos custos e da qualidade dos serviços hospitalares, pois altas taxas de ocupação também podem significar alta prevalência de morbidades, baixa taxa de resolutividade e pouca reserva para emergência. Também questionam se basta considerar que uma curta permanência na instituição é um bom indicador, pois ela pode significar alta precoce, óbito prematuro ou óbito inevitável.

Diante desse contexto, percebe-se o motivo pelo qual esses indicadores não podem ser analisados isoladamente do contexto, sob pena de tirarem-se conclusões errôneas.

3.5 Formação do preço de venda

Uma das decisões mais difíceis e importantes que os gestores enfrentam é a precificação dos seus produtos e serviços (HANSEN; MOWEN, 2003; HORNGREN, SUNDEM; STRATTON, 2004), principalmente em uma economia inflacionária, recessiva ou de necessidade competitiva (BEULKE; BERTÓ, 1997).

Tradicionalmente, segundo Kotler (2000), o preço tem funcionado como fator determinante para o consumidor tomar sua decisão, permanecendo ainda como um dos elementos fundamentais na determinação da participação do mercado e da lucratividade das empresas, embora outros fatores tenham se tornado importantes nas últimas décadas.

Perez Jr., Oliveira, L. e Costa, R. (2001) afirmam que a precificação é um assunto amplamente estudado e para isto é importante conhecer o tipo de mercado em que a empresa atua, ou seja, como os comportamentos da oferta e da procura por bens e serviços levam à formação de seus preços de venda. Porém, em várias situações é importante conhecer a estrutura dos custos dos produtos ou serviços.

Conforme Kotler (2000), muitas empresas não lidam bem com a precificação, incorrendo em erros comuns, como a determinação de preços demasiadamente orientada para custos e a ausência de revisão freqüente dos preços para capitalizar mudanças de mercado.

Decidir sobre preços depende de vários fatores, inclusive das características do mercado em que a empresa está inserida. Em concorrência perfeita, as empresas concorrentes vendem o mesmo tipo de produto ao mesmo preço; já na concorrência imperfeita, o preço que uma empresa cobra por uma unidade influenciará a quantidade de unidades que vende (HORNGREN; SUNDEM; STRATTON, 2004). De um modo geral, os clientes não estão dispostos a pagar por preços acima do mercado; ao mesmo tempo em que as empresas não têm motivo para precificar com valores mais baixo que o aplicado no mercado.

Dessa forma, afirmam Garrison e Noreen (2003, p.613) “a fixação do preço é um delicado ato de equilíbrio, em que os benefícios de uma receita unitária alta são contrabalançados por um menor volume de venda resultante da cobrança de preços mais altos.” Esse efeito das mudanças em preços nos volumes de vendas é denominado elasticidade de preço (HORNGREN; SUNDEM; STRATTON, 2004). A elasticidade de preço é um fator importante na determinação dos preços, pois os gestores podem aplicar margens mais altas aos custos quando os clientes são insensíveis ao preço - demanda inelástica -, e margens menores se o perfil do cliente for o oposto - demanda elástica (GARRISON; NOREEN, 2001). No caso particular dos serviços de saúde, pela sua própria natureza, eles possuem uma demanda inelástica (BEULKE; BERTÓ, 1997).

Conforme Horngreen, Foster e Datar (2000), a formação de preços sofre influências dos clientes, concorrentes e dos custos. Os clientes influenciam na medida em que promovem um produto ou serviço em detrimento de outro; os concorrentes, porque forçam a empresa a reduzir seus preços para aumentar sua demanda; e os custos porque, quando a empresa os conhece bem, consegue estabelecer preços atrativos, que permitam cobrir os custos e ainda obter lucro. Percebe-se, assim, que a formação de preços está relacionada a fatores externos – clientes e concorrentes – e a fatores internos – custos.

No âmbito hospitalar, conforme Matos (2002, p. 244), “embora uma série de fatores deva ser considerada na determinação do preço de venda, é inegável que a referência de custeio dos serviços representa um parâmetro básico para o cálculo dos preços de tabelas de serviços hospitalares”. Mesmo avaliando-se outros fatores, como as forças de mercado, é necessária a adequação da referência do preço de venda, permitindo a viabilização de negociação (MATOS, 2002). Nesse sentido ainda conforme o autor, as relações entre os prestadores de serviços hospitalares e os diferentes agentes financiadores da atividade de assistência médica têm experimentado diversas alternativas pertinentes às formas de

negociação, destacando-se: remuneração por serviços prestados, por procedimentos hospitalares (pacotes) e por *captation (per capita)*.

Beulke e Bertó (1997) consideram que, para o estabelecimento do preço de venda, deve-se levar em consideração o enfoque financeiro, visto que a correta avaliação dos bens e serviços permite a manutenção da substância patrimonial e o enfoque mercadológico, que está relacionado à competitividade, em comparação a alternativas existentes. Dessa forma, deve haver uma harmonia entre ambos os enfoques para que a organização atinja seus objetivos.

Para Lins (2003), existem dois momentos distintos na formação do preço de venda. O primeiro está relacionado à definição do preço básico, que é influenciado pelas informações de custos; a partir de então, definem-se as políticas de preços - com desconto, por tipo de cliente - e políticas de financiamento de vendas a prazo. O segundo momento é a administração desse preço ao longo da vida do produto. Esses dois momentos compreendem a gestão de preços. Entende-se por gestão de preços a interação das atividades do gestor econômico-financeiro de preços, responsável pelo gerenciamento dos custos, com as do gestor mercadológico de preços, responsável pelo acompanhamento das variáveis de mercado, a qual ao adicionar essas informações aos preços formulados pelo primeiro, resulta na otimização de preços (NASCIMENTO, 1989).

Neste estudo, a importância da formação do preço de venda está vinculada ao fato de que esse valor deve ser suficiente para que a instituição cubra todos os gastos inerentes à hotelaria hospitalar e que gere um resultado positivo, favorecendo a sua continuidade.

3.5.1 Formação do preço com base em custos

Embora a teoria econômica considere que os preços dos produtos e serviços são definidos pelo mercado, a literatura sobre custos evidencia que as empresas utilizam-se bastante de informações sobre custos para decisões sobre formação de preços.

Pesquisa realizada no Brasil, em 2002, detectou a relevância das informações de custos para a formação do preço de venda e política de preços em 71,3% das empresas pesquisadas e os 38,7% restantes utilizaram tais informações para definir *mix* de produção (Nascimento *apud* LINS, 2003).

Para Horngren, Sundem, Stratton (2004), o papel que os custos desempenham nas decisões de precificação depende das condições de mercado e de duas abordagens: precificação por custo mais margem de lucro (*markup*) e custeio-alvo. De acordo com os autores, a prática de muitos gestores é estabelecer seus preços ao calcular o custo médio e adicionar uma margem capaz de gerar um retorno-alvo sobre o investimento. Não se trata de uma margem fixa, pois dependerá dos custos e da demanda dos clientes. Dessa forma, “o preço estabelecido pela fórmula custo mais margem é inevitavelmente ajustado à luz das condições de mercado” (HORNGREN; SUNDEM; STRATTON, 2004, p. 168).

O custeio-alvo é uma ferramenta de gestão de custos para realizar reduções de custos como um foco-chave por toda a vida de um produto. Logo, os gestores devem tentar reduzir e controlar os custos de modo que o custo do produto não exceda o seu alvo (HORNGREN; SUNDEM; STRATTON, 2004).

Já Garrison e Noreen (2001, p. 613) consideram como a abordagem comum “acrescentar uma margem ao custo (*markup*)”. Essa margem, de acordo com os autores, é a diferença entre o preço de venda de um produto ou serviço e o seu custo. O tamanho da margem depende do lucro desejado.

Para Atkinson et al. (2000), entender como analisar os custos dos produtos ou serviços é importante para as tomadas de decisões referentes a preço, mesmo quando estes são fixados pelo mercado (oferta e demanda) ou a empresa tem pouca ou nenhuma influência sobre eles. Segundo Kotler (2000), os custos determinam o piso, e a demanda estabelece um teto para o preço que a empresa pode cobrar por seu produto.

Em linhas gerais, ter um bom sistema de custos gera informações claras de custos em diversas áreas de atuação, convergindo em especial para o valor dos bens processados, mas não é condição única para se conhecer o preço de venda, visto que devem ser levadas em consideração as forças de mercado (BEULKE; BERTÓ, 1997).

Entretanto, nas instituições hospitalares, essas forças do mercado não são levadas em consideração, pois grande parte dos clientes utiliza-se dos planos de saúde e do SUS, cujo preço de venda é estabelecido por meio de tabelas de preços fixas - emanadas por entes públicos, operadoras de planos de saúde, associações de classe. Tais reajustes de preços ocorrem por meio de índices lineares. Porém é inegável que a referência de custos representa um parâmetro básico para o cálculo dos preços de tabela de serviços hospitalares (MATOS, 2002), como fator preponderante para sua viabilidade econômico-financeira.

3.5.2 Formação do preço da diária hospitalar

Os serviços assistenciais de saúde prestados pelas instituições hospitalares são extremamente diferenciados, a ponto de inferir-se que nenhum é igual a outro, o que acarreta, também custos variados, inviabilizando métodos de mensuração de custos tratados de forma linear (por média), com base na premissa de que esses serviços fazem uso da mesma quantidade de recursos. Essa convenção é falha, pois o tempo de enfermagem dedicado à

assistência de cada paciente, por exemplo, varia de acordo com a complexidade da doença (FALK; EVANS III; HWANG; NAGARAJAN, 2001).

O preço da diária hospitalar, via de regra, é estabelecido pelo mercado. O que se busca, portanto, é identificar, de forma precisa, os custos que direta ou indiretamente estão relacionados a cada serviço. No caso em estudo, os inerentes a diária hospitalar, na medida em que a forma de remuneração desta é estabelecida previamente por tabelas de preços específicas, cujo valor é fixo, independente do tipo de tratamento aplicado ao paciente no leito, diferenciando-se o preço fixado apenas quanto à localização do leito, se em UTI, apartamento ou enfermaria.

Outro fator que vem a corroborar a necessidade de se ter critérios diferenciados para a remuneração da diária hospitalar levando em consideração o grau de severidade da doença é a participação dos profissionais de enfermagem, em torno de 60%, na folha de pagamento de um hospital (FALK, 2001), pois é significativo o envolvimento desses profissionais na prestação de serviços de assistência ao paciente. Pode-se estender esse mesmo raciocínio a outros serviços que integram a unidade de internação e que são também direcionados ao paciente no leito.

Assim, considerando-se que a unidade de internação, ou hotelaria hospitalar, é composta por várias unidades de negócios, a acumulação dos custos dar-se-á, de início, setorialmente (por centros de custos), para posteriormente definir-se o custo total da unidade de internação, finalizando com a apuração dos custos por leito e com a conseqüente mensuração da diária hospitalar.

A remuneração da diária hospitalar e dos demais componentes da conta hospitalar, como a taxa de sala e de equipamentos, tem como referência a tabela de preços das Associações dos Hospitais, em nível de unidade da federação, como o Rio Grande do Norte. Constam dessa tabela os valores a serem pagos às instituições hospitalares, de acordo com a

classificação destas que está intrinsecamente relacionada ao porte do hospital, número de especialidades, tecnologia utilizada, etc.

Portanto, esse estudo ficará circunscrito ao conhecimento e às habilidades necessárias à gestão das atividades de uma organização hospitalar, buscando, na mensuração dos custos da diária hospitalar, informações que auxiliem a tomada decisão.

3.5.3 Política de preços

As políticas de preços são os princípios gerais que orientam o gestor a escolher a melhor alternativa de preços em situações repetitivas (NASCIMENTO, 1989).

Kotler (2002) afirma que ao estabelecer uma política de preços, as empresas seguem um procedimento de seis etapas:

- primeira: selecionam seu objetivo de determinação de preços (sobrevivência, maximização do lucro atual, maximização da participação de mercado ou liderança na qualidade do produto). De acordo com o autor, as empresas consideram como objetivo principal para a determinação de preços a busca pela sobrevivência, quando estão com excesso de capacidade produtiva, concorrência intensa ou mudanças nos desejos dos consumidores, tornando-se o lucro um objetivo secundário. Entretanto, a sobrevivência é um objetivo de curto prazo; a longo prazo, a empresa terá que aprender a agregar valor, se não quiser falir;
- segunda: estimam a curva da demanda, as quantidades prováveis que serão vendidas a cada preço possível;

- terceira: estimam como seus custos variam em diferentes níveis de produção, em diferentes níveis de experiência de produção acumulada e para ofertas diferenciadas ao mercado;
- quarta: examinam os custos, os preços e as ofertas dos concorrentes;
- quinta: selecionam um método de determinação de preços; e,
- sexta: selecionam o preço final, levando em consideração os preços psicológicos, a influência de outros elementos do *mix* de marketing sobre o preço, as políticas de preço da empresa e o impacto do preço sobre terceiros.

Dito isso, espera-se que a apresentação do referencial teórico seja suficiente para a análise dos dados coletados e apresentados nos capítulos seguintes.

4 DESCRIÇÃO DO CASO

Este capítulo evidencia o estudo realizado em uma instituição hospitalar, com foco na mensuração dos custos para a formação de preço da diária hospitalar.

4.1 Perfil da instituição

O hospital objeto do estudo, inaugurado em outubro de 2004, é uma instituição privada com fins lucrativos, localizada na cidade de Natal (RN). Mantém convênio com um único plano de saúde local, restringindo-se ao atendimento de seus respectivos usuários e de particulares, optando por não ampliar o seu quadro de tomadores de serviços (OPAPS). Esta é uma das razões que motivou a escolha desse hospital, na medida em que o resultado a ser encontrado terá como parâmetro o preço da diária fixado apenas por uma OPAPS.

Trata-se de um hospital geral, com corpo clínico aberto, que oferece 18 especialidades médicas e serviços próprios de diagnóstico e tratamento e exames laboratoriais, duas unidades de internação - sendo uma clínica e uma cirúrgica -, além de uma UTI, centro cirúrgico e um serviço de pronto atendimento.

Possui 42 leitos, dos quais 10 são destinados para a UTI, sendo classificado como um hospital de pequeno porte. Dos 32 leitos disponíveis para as unidades de internação, 18 estão distribuídos em apartamentos e 16 em oito enfermarias. Busca destacar-se por dispor de equipamentos de última geração e alta resolutividade.

A administração do hospital, desde a sua inauguração até o período estudado, esteve sob a responsabilidade de uma empresa especializada em gestão hospitalar, sendo esta também uma das razões que reforçou a escolha dessa instituição, por entender-se que o estudo de caso seria mais facilmente desenvolvido, na medida em que o hospital estaria devidamente

estruturado e organizado, especialmente no tocante a informações sobre custos. Porém essa não foi a realidade detectada. Este, dentre outros, pode ter sido um dos motivos que levou a referida empresa a ser substituída por um corpo médico composto de 03 diretores, após oito meses de gestão.

De acordo com o organograma constante do Anexo 01, a instituição apresenta-se com uma estruturada hierárquica formada por um conselho deliberativo e três diretorias - geral, administrativa e técnica – que opera diretamente ligado ao diretor geral, o diretor administrativo, que, por sua vez, tem sob os seus cuidados diretos, o corpo clínico, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a Assessoria Jurídica e o Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). Quanto à diretoria técnica, a ela estão subordinados a Comissão de Prontuário e Óbito, a Comissão de Ética Médica, os Serviços Médicos e os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT). Em nível de segundo escalão, destacam-se a gerência de enfermagem e a administrativa, que têm sob a sua responsabilidade os setores que congregam atividades afins.

Trata-se de uma estrutura funcional centralizada, uma vez que as decisões são tomadas pela direção, com o apoio do conselho deliberativo, cabendo aos gerentes, coordenadores e supervisores as atividades operacionais.

O hospital conta com 259 funcionários em seu quadro funcional (6,16/leito), dos quais 191 são efetivos e 68 compõem a mão-de-obra terceirizada, que atua sob a supervisão geral de funcionários da própria instituição e que estão distribuídos nos setores de nutrição e dietética, higienização e limpeza, lavanderia e portaria.

No tocante à situação financeira, verifica-se, de acordo com as informações coletadas dos balancetes mensais, que a média das receitas e as despesas operacionais, do período de abril a junho de 2005, são da ordem de R\$ 396.000,00 e R\$ 710.000,00, respectivamente.

A situação se agrava quando se verifica que a instituição tem poucos leitos ativos, baixo índice de rotatividade de leito e uma baixa taxa de ocupação, pois a média trimestral geral (unidade de internação e UTI) é de 43%. Certamente, dentre outros, estes são fatores que influenciam sobremaneira o resultado.

Observa-se também que existe uma tendência de aumento de internações clínicas, em detrimento dos procedimentos cirúrgicos. A instituição estudada apresenta uma média de permanência de tratamento clínico de 7,6 dias e de tratamento cirúrgico de 2 dias, associada a uma taxa de ocupação de 47%. Nesse sentido, conforme já foi citado, a literatura indica que longas permanências e baixa taxa de ocupação geram um custo médio por paciente maior. No tocante aos procedimentos cirúrgicos, a curta permanência, mesmo associada a uma baixa taxa de ocupação, contribui para um melhor resultado para a instituição hospitalar, uma vez que esse tipo de procedimento agrega outras receitas, a exemplo da taxa de sala, taxa de equipamento, porte cirúrgico e maior uso de materiais e medicamentos.

O Quadro 7, elaborado a partir de relatórios internos fornecidos pelo setor de informática, materializa os pontos acima abordados, por meio de alguns indicadores de desempenho da instituição:

INDICADORES HOSPITALARES	QUANTIDADE			
	ABRIL	MAIO	JUNHO	MÉDIA
Nº de Leitos	42	42	42	42
* Unidade de Internação	32	32	32	32
Apartamento	18	18	18	18
Enfermaria	14	14	14	14
*UTI	10	10	10	10
Nº paciente internados	93	131	141	122
*Unid. Internação	71	99	115	95
*UTI	22	32	26	27
Nº de diárias	349	618	644	537
*Unidade de Internação	274	515	555	448
*UTI	75	103	89	89
Percentual de ocupação (%)	27,69	49,05	51,11	43
*Unidade de Internação	28,54	53,64	57,81	46,7
* UTI	25,00	34,33	29,67	29,7
Média de permanência geral	5,04	6,19	5,71	6
Índice de rotatividade do leito geral	1,64	2,40	2,69	2,2
Média de internação/dia geral	3,10	4,36	4,70	4
Nº de cirurgias	38	47	69	51
Nº atendimentos do Pronto Atendimento	1.002	1.362	1.337	1.234
Nº atendimentos do SADT	5.201	9.380	9.868	8.150
* Interno	1.454	2.367	2.065	1.962
* Externo	3.747	7.013	7.803	6.188

Quadro 7 - Indicadores de desempenho

4.2 Coleta de dados

O trabalho iniciou-se com a realização de entrevistas, dando-se cumprimento ao roteiro previamente estabelecido no Apêndice A. Dentre os entrevistados, deu-se ênfase aos encarregados dos setores relacionados à hotelaria hospitalar, a fim de se conhecerem com maior profundidade os processos que integram esse segmento. Entretanto foram especialmente os encarregados da contabilidade e do setor de informática os mais contactados, haja vista serem estes os detentores de informações que permitiram a continuidade do trabalho, servindo de referencial na confrontação dos dados com os fornecidos pelos setores.

A partir da entrevista com o contador, foi possível constatar que a instituição detinha um sistema de gestão hospitalar integrado, com módulos diferenciados em todos os

setores, com níveis de acesso limitado à responsabilidade de cada profissional, não dispondo, entretanto, do módulo de custos e de pessoal. Para minimizar essas deficiências, foram inseridos no módulo de contabilidade os centros de custos, porém limitando-se apenas ao registro do consumo mensal de materiais utilizados em cada centro. A ausência de um sistema de custos inviabiliza a instituição satisfazer as necessidades de acumulação, mensuração e atribuição dos custos. De acordo com Hansen e Mowen (2003), um sistema de contabilidade de custos é usado para satisfazer tais necessidades.

Associado a essa deficiência alguns supervisores, como o da contabilidade, o da farmácia e principalmente o da informática, tinham queixas dos relatórios, na medida em que apresentavam inconsistências entre si, exigindo um trabalho adicional para a depuração dos dados, causando transtornos, o que resultou na substituição do sistema logo após o período estudado.

No tocante ao módulo de pessoal, optou-se por adquirir um programa à parte. Ao final do mês, os relatórios pertinentes eram encaminhados para a contabilidade proceder ao registro final.

A instituição apresentava-se dividida em centros de custos auxiliares, intermediário e principal, conforme se depreende do Quadro 8, elaborado a partir de relatórios obtidos no setor de contabilidade:

CENTROS DE CUSTOS		
AUXILIAR	INTERMEDIARIO	PRINCIPAL
Administração Diretoria Geral Diretoria Administrat. Diretoria Técnica Serv. Secur. e Medicina do Trabalho Comissão de Contr. Infec.Hospitalar Gerência Administrativa Coordenações Administrativas Secretaria Departamento de Informática Manutenção Subestação de Energia Logística Farmácia Compras Almoxarifado Serv. de Higienização e Limpeza Serv. de Nutrição e Dietética Serv. de Processamento de Roupa Serv. de Prontuário do Paciente Recepção e Internação Recepção SADT Recepção Pronto Atendimento Gerência de Enfermagem Central de Material Esterilizado	Radiologia Tomografia Comput. Ultrassonografia Hemodinâmica Lab. Patologia Clínica Centro Cirúrgico	Unid. Internação A - Clín. Médica Unid. Internação B - Clín. Cirúrgica Unid. Terapia Intensiva Serviço Pronto Atendimento

Quadro 8 – Divisão da Instituição por Centros de Custos

Conforme se visualiza, os centros de custos denominados como auxiliares reúnem as atividades da administração, da hotelaria hospitalar e da logística. Os centros de custos intermediários retratam atividades relacionadas ao SADT e ao centro cirúrgico. Por último, os centros de custos principais, reúnem as unidades de internação, a UTI e o Serviço de Pronto Atendimento (SPA). Observa-se que essa distribuição dos centros de custos difere da evidenciada no referencial teórico como uma das mais comuns, visto que a forma de estruturação de centros de custos é peculiar a cada instituição.

Uma vez conhecida a estrutura por centro de custos e sabendo-se da impossibilidade de o sistema fornecer o custo da diária hospitalar, procurou-se entrevistar os supervisores dos respectivos centros de custos quanto ao gerenciamento dos custos sob sua responsabilidade, que direta ou indiretamente contribuem para a formação do custo da diária hospitalar.

4.2.1 Entrevista com os supervisores dos centros de custos

Dentre os centros de custos listados no quadro anterior, estão relacionados à formação dos custos da diária hospitalar os enumerados abaixo:

4.2.1.1 Manutenção

O supervisor da manutenção é responsável pelo bom funcionamento das estruturas físicas e dos equipamentos hospitalares, seja através de seus funcionários ou de empresas contratadas, como ocorre para a manutenção da central de ar-condicionado, do elevador, de equipamentos, como tomógrafo, e outros.

Não há controle dos serviços que esse centro presta aos demais: os serviços ocorrem na medida em que são requisitados, sem uma correspondente ordem de serviço que defina o centro de custos requisitante nem tampouco o material e o número de horas de manutenção.

Observou-se, enfim, que há um completo desconhecimento dos custos inerentes ao próprio centro.

4.2.1.2 Higienização e Limpeza

O serviço de higienização e limpeza de toda a instituição é prestado por uma empresa terceirizada, que, por força contratual, fornece mão-de-obra, material e utensílios de limpeza, exceto alguns materiais de consumo que são fornecidos pela própria instituição.

A limpeza se processa dentro dos parâmetros das normas técnicas, observando-se os níveis críticos por área, como o centro cirúrgico e a UTI. O trabalho é supervisionado por um dos coordenadores administrativos da própria instituição.

O custo desse centro, embora não haja qualquer gerenciamento direto por parte do encarregado, é parcialmente identificado, uma vez que parte do custo é retratado por um valor contratual mensal. Porém verificou-se que não havia controle do consumo de material por níveis críticos de limpeza e do tempo empregado, nem tampouco do número de vezes que a limpeza era realizada em cada centro de custos, como no caso do centro cirúrgico, em que esses números variam de acordo com a quantidade de cirurgias realizada por sala.

4.2.1.3 Nutrição e Dietética

Esse centro de custos é responsável pelo fornecimento de alimentação balanceada e dietas adequadas a duas clientelas distintas - o cliente externo (paciente e acompanhante) e o cliente interno (funcionário e médico). As atividades relacionadas à produção das dietas são elaboradas por mão-de-obra de uma empresa terceirizada. O quadro funcional do setor é composto por duas nutricionistas, cabendo a estas a orientação e a supervisão dos serviços executados, auxiliada por uma técnica de nutrição.

Não há domínio sobre os custos do setor. O controle existente limita-se, ao número de dietas fornecidas por mês, com apuração dos seus custos unitários, inclusive por tipo de refeições, com base unicamente nos gêneros alimentícios. Verificou-se que os dados quantitativos de refeições fornecidas por esse setor divergiam dos dados coletados junto ao setor de recursos humanos, no tocante à clientela interna, inferindo-se, nesse caso, que não havia um controle cruzado de tais informações.

4.2.1.4 Serviço de Processamento de Roupas

Esse centro de custo tem sob a sua responsabilidade a prestação de serviços a outros centros no tocante à lavagem e distribuição da roupa hospitalar. O serviço é executado por mão-de-obra terceirizada. Quanto aos insumos empregados na lavagem, estes são fornecidos pela própria instituição. A supervisão dos serviços está afeta à coordenadora administrativa da própria instituição.

O único controle existente diz respeito ao registro do quantitativo de roupas lavadas por centros de custos. Verifica-se que não existe um controle cruzado de tais informações.

O custo do setor é identificado, parcialmente, pelo valor do contrato mensal com a empresa terceirizada. Não há controle de custos do material consumido, embora seja este requisitado pelo próprio setor. Enfim, quanto aos custos, não existe qualquer gerenciamento por parte do setor entrevistado.

4.2.1.5 Almoxarifado

É responsável pelo controle dos materiais de consumo estocados e pela distribuição destes, mediante requisições dos centros de custos requisitantes. A mão-de-obra empregada pertence ao quadro funcional da empresa, no total de dois funcionários.

Não há qualquer gerenciamento dos custos gerados pelo próprio setor, apenas o controle do custo do material estocado, evidenciado na própria contabilidade, quando se analisa a conta estoque.

É possível, através de relatórios do próprio almoxarifado, conhecer o consumo de material por centro de custos, já que este mantém registros de saída do material requisitado.

Verificou-se que, no período pesquisado, alguns relatórios relacionados às saídas de materiais divergiam do montante registrado pela contabilidade, levando a inferir que alguns materiais eram consumidos em determinados centros de custos sem que estes tivessem suas entradas registradas no almoxarifado.

4.2.1.6 Farmácia

A Farmácia é responsável pelo estoque de materiais e medicamentos e a dispensação destes ocorre mediante prescrição médica, requisições da própria enfermagem ou do SADT. Funciona 24 horas por dia e sua supervisão é exercida por duas farmacêuticas da própria instituição. A dispensação dos materiais e medicamentos é realizada por dez funcionários distribuídos em escala de seis horas e 12x36. A exemplo dos demais centros de custos, este desconhece os seus custos; porém mantém o controle dos custos do material estocado, com reflexo desse controle na própria contabilidade. Com base num comentário de uma das farmacêuticas, foi possível perceber a insatisfação no tocante ao sistema de informática utilizado, principalmente quanto à confiabilidade dos relatórios emitidos.

4.2.1.7 Central de Material Esterilizado (CME)

A CME é responsável pela desinfecção e esterilização dos instrumentais utilizados nos centros de custos de atendimento ao paciente. O pessoal nesse centro, pertence ao quadro funcional da empresa, no total de 13 funcionários.

Esse centro controla o material esterilizado e desinfecionado, por centro de custo requisitante, sem, contudo, levar em consideração os diferentes portes dos volumes esterilizados.

4.2.1.8 Administração

Esse centro agrega todas as atividades de natureza administrativa, que não contribuem direta ou indiretamente para a produção dos serviços prestados pela instituição.

Foi observado que não há controle dos custos deste centro, nem tampouco pelos setores que a ele estão agregados. Conforme já foi citado, alguns dados de custos estão disponibilizados no sistema, como por exemplo, o material de consumido e a folha de pagamento; entretanto não há uma preocupação gerencial em coletar os dados e transformá-los em informações de custos.

4.2.1.9 Unidade de Internação

Trata-se de uma unidade responsável pela internação de pacientes clínicos e cirúrgicos. Consta de uma recepção específica, dois postos de enfermagem, 14 apartamentos e oito enfermarias de dois leitos, sendo disponibilizados, portanto, 32 leitos.

O quadro de pessoal é formado por funcionários da própria instituição, no total de 30.

Dada a natureza da atividade-fim dos serviços de enfermagem prestados por esse setor, cuja preocupação predominante é a assistência ao paciente, independente dos custos gerados, verifica-se que não há qualquer preocupação quanto ao gerenciamento desses custos.

4.3 Análise do caso

Nas entrevistas com os supervisores, constatou-se que não existia um controle dos custos gerados pelos centros e tampouco normas que disciplinassem o assunto. Os poucos relatórios de custos existentes eram fruto do esforço individual de alguns supervisores e na maioria das vezes, eram gerados quando requeridos pela direção.

De acordo com os fatos observados, a falta de conhecimento dos conceitos básicos de custos, por parte dos supervisores, favorecia a criação de relatórios superficiais, limitando-se ao que fora requerido pela direção e/ou gerência administrativa. Alguns supervisores sequer conheciam os relatórios que o sistema fornecia. Verificou-se que não havia uma cultura de gerenciamento de custos nos diversos níveis hierárquicos da empresa, embora o organograma sinalizasse essa pretensão, com a inclusão de um setor de custos.

Numa análise dos diversos relatórios apresentados no decorrer do estudo de caso, percebe-se a existência de dados de custos, inclusive acrescidos de informações quantitativas, em particular no que se refere ao consumo de material e dos gastos com a folha de pagamento por centros de custos, que eram neste caso, tratados como custos diretos.

A falta de um controle dos serviços prestados por alguns centros de custos a outros como, por exemplo, o centro de custos Manutenção inviabilizava a adoção de critérios de rateios mais justos, principalmente, quando a alocação dos custos é departamentalizada.

Assim, a falta de gerenciamento dos custos pelos supervisores entrevistados impossibilitava, naquele momento, que a instituição dispusesse de dados de custos que estabelecessem o custo da diária hospitalar.

Considerando-se, portanto, que o presente estudo de caso é um instrumento de resposta ao problema da pesquisa, o resultado encontrado, após detectar-se a inexistência de um sistema de custos e concluídas as entrevistas, foi de que a instituição não se utilizava de

qualquer critério de apuração de custo da diária hospitalar, e sequer dados que pudessem auxiliar na sua formação.

Diante desse contexto, o capítulo seguinte busca, a partir dos dados coletados, mensurar o custo da diária da instituição pesquisada, utilizando-se de uma metodologia de custos enfatizada no referencial teórico.

5. METODOLOGIA DE APURAÇÃO DO CUSTO DA DIÁRIA HOSPITALAR

Este capítulo apresenta uma metodologia de apuração de custos em instituições hospitalares, visando à formação do preço dos seus serviços.

5.1 Método de custeio

Diante da realidade na qual se encontrava a instituição em estudo, no tocante à ausência de um sistema de custos que permitisse a mensuração dos custos dos serviços para servir de balizador para a formação de preço da diária hospitalar, buscou-se, por intermédio da literatura, uma metodologia de custeio que permitisse essa mensuração, a fim de investigar se o valor da diária hospitalar fixado pelos tomadores de serviços remunerava os custos da hotelaria do referido hospital.

A partir da análise das informações e relatórios obtidos *in loco*, foi possível proceder a uma seleção de dados que poderia subsidiar a mensuração dos custos da diária, vinculados direta ou indiretamente à unidade de internação. A acumulação dos custos dessa unidade se processou pelo método de custeio por absorção, recomendado quando se objetiva apurar os custos por centros de custos. De acordo com Matos (2002), o custeio por absorção tem sido o mais utilizado pelas instituições hospitalares. Esse método visa à apuração dos custos dos produtos ou serviços. Logo, a apuração dos custos da diária hospitalar advém dos custos de vários setores, os quais englobam uma série de serviços que constituem a hotelaria hospitalar.

Para iniciar os trabalhos de apuração dos custos da diária hospitalar, foi necessário compreender-se a estrutura física e organizacional, especialmente quanto à departamentalização existente no hospital, visto que, ao se trabalhar com o custeio por

absorção, utiliza-se a apropriação de custos setorizados. Dessa forma, foi importante recorrer a algumas referências conceituais básicas, relacionadas com centros de custos auxiliares e administrativos.

A partir da análise do organograma da instituição, levando-se em consideração a finalidade do estudo e para estar em conformidade com a metodologia explanada no referencial teórico, adequou-se a estrutura de centros de custos existente no hospital, dividindo-o em quatorze centros de custos, denominados produtivos, auxiliares e administrativos. Conforme já foi citado, os centros de custos produtivos são identificados por constituírem unidades de produção do hospital que prestam serviços aos pacientes sendo objeto de remuneração. Já os demais centros de custos, sejam eles auxiliares sejam administrativos, voltados principalmente à prestação de serviços aos centros produtivos, embora prestem serviços entre si, não são objetos de remuneração específica pelos pacientes. Dessa forma, o hospital foi dividido em:

CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVOS: Unidades de Internação; Centro Cirúrgico; UTI; SADT e SPA;

CENTROS DE CUSTOS AUXILIARES E ADMINISTRATIVOS: Central de Material Esterilizado (CME); Coordenação de Enfermagem; Farmácia; Nutrição; Lavanderia; Higienização e Limpeza; Almoxarifado; Manutenção; Administração Geral; e Área comum.

O Quadro 09, a seguir, demonstra a divisão dos centros de custos com suas respectivas áreas físicas e número de funcionários, cujas informações foram obtidas com os supervisores da Manutenção e do Recursos humanos:

CENTROS DE CUSTOS	ÁREA		FUNCIONÁRIOS	
	m ²	%	Média	%
Unidade de Internação	621,71	13,06	30	11,58
UTI	257,87	5,42	25	9,65
Centro Cirúrgico	309,58	6,50	18	6,95
Pronto Atendimento	406,48	8,54	30	11,58
SADT	750,70	15,77	44	16,99
CME	87,25	1,83	13	5,02
Administração	333,40	7,01	33	12,74
Lavanderia	112,53	2,36	8	3,09
Nutrição	208,42	4,38	18	6,95
Higienização	10,09	0,21	19	7,34
Manutenção	10,09	0,21	6	2,32
Almoxarifado	108,00	2,27	2	0,77
Coordenação Enfermagem	27,90	0,59	3	1,16
Farmácia	49,20	1,03	10	3,86
Área Comum	1466,23	30,81		
Área utilizada	4759,44	100	259	100
Área inacabada	841,34			
Área Total	5.600,79			

Quadro 9 – Área física do hospital *versus* número de funcionários

O hospital possui uma estrutura verticalizada, dividida em sub-solo, térreo, primeiro e segundo pavimentos, totalizando uma área construída de 5.600,79m², com área útil de 4.759,44m², pois o segundo pavimento está em fase conclusiva. Esse tipo de estrutura faz com que a área comum seja significativa (30,81%), dificultando associá-la aos setores afins. Por esse motivo, no momento da divisão dos centros de custos, optou-se por considerá-la um centro de custo distinto.

Para a definição do centro de custo Administração Geral, agruparam-se os setores com atividades intrínsecas à administração, tomando-se como referência o detalhamento estabelecido pela contabilidade: diretorias geral, técnica e administrativa; coordenação administrativa (recursos humanos, setor financeiro, contabilidade e faturamento), SESMT, secretaria, telefonia, departamento de tecnologia da informação e compras. Outros centros de custos mereceram tratamento semelhante, como a Unidade de Internação, o SADT

e o SPA, que tiveram suas recepções a eles incorporadas, porquanto as atividades por elas realizadas tinham como únicos beneficiários os respectivos centros.

O passo seguinte foi analisar as planilhas e os relatórios recebidos dos supervisores dos centros de custos ligados direta ou indiretamente à hotelaria hospitalar, destacando-se o da contabilidade e o da informática, por terem sido estes setores o de maior relevância no fornecimento dos dados e os que serviram de parâmetros para a depuração dos demais relatórios oriundos de outros centros de custos, quando das divergências existentes entre os relatórios, o que demandou um maior tempo nessa fase. Para tanto, foi necessário a elaboração de planilhas com informações advindas da contabilidade e dos respectivos setores afins, confrontando-se essas informações e considerando-se a contabilidade como a informação de referência, possibilitando a fidedignidade das informações.

Conforme já mencionado na delimitação da pesquisa, o estudo de caso utilizou-se dos meses abril a junho de 2005, para apuração da média, objetivando eliminar as discrepâncias, obter informações mais precisas, que pudessem servir de referência, no decorrer do trabalho, na apuração do custo da diária hospitalar.

Outro fato merecedor de atenção foi a identificação dos custos não-aplicáveis, dentre os quais os relacionados à amortização e a materiais e medicamentos, estes por serem de natureza reembolsável e aqueles por não estarem ligados à produção de serviços.

5.2 Estabelecimentos dos critérios de alocação e rateio dos custos

Como o método de custeio escolhido foi o absorção, pressupunha-se a utilização de instrumentos de apropriação ou rateio dos custos. De acordo com a literatura, existem custos que são identificados e alocados diretamente em um centro de custo, os

chamados “custos diretos”, e outros que necessitam de bases de rateio para sua identificação, são os “custos indiretos”.

Nesse caso, partindo do princípio de que a instituição fornecia, por centro de custos, os custos com pessoal e material de consumo e que os serviços terceirizados foram também identificados, após adequação desses dados de acordo com a nova divisão dos centros de custos, estes foram considerados como custos diretos. Como custos indiretos foram considerados: água, energia, telefone, gastos diversos, seguro, depreciação, impostos e taxas e CPMF.

5.2.1 Custos diretos

5.2.1.1 Custo com pessoal

O custo com pessoal é formado por duas categorias de mão-de-obra: a própria e a terceirizada. A partir das informações da contabilidade e do setor de recursos humanos, foi possível elaborar uma planilha que evidenciasse o montante do custo do pessoal próprio por centro de custos, com a inclusão de todos os encargos afins e provisões de férias e 13º salário.

Quanto ao pessoal terceirizado, por força contratual, está distribuído nos setores de nutrição e dietética, higienização e limpeza, lavanderia e portaria. Para apurar os custos do pessoal terceirizado, por centro de custos, foi necessário analisar os contratos de prestação de serviços, obter informações da contabilidade e dos supervisores dos respectivos centros de custos. O Quadro 10 evidencia a média do trimestre referente ao custo com pessoal próprio e terceirizado, por centros de custos, a partir de relatórios advindos do setor de contabilidade e do setor de Recursos humanos:

CENTROS DE CUSTOS	CUSTO C/ PESSOAL (média)
Unidade de Internação	40.675,60
UTI	37.837,76
Centro Cirúrgico	18.933,29
SADT	63.111,31
SPA	29.759,97
CME	10.284,86
Coord. Enfermagem	3.953,69
Farmácia	10.813,68
Nutrição	14.192,50
Lavanderia	8.281,40
Higienização e Limpeza	17.381,02
Almoxarifado	1.667,00
Manutenção	6.697,15
Administração Geral	73.198,51
TOTAL	336.787,74

Quadro 10 - Custo com pessoal próprio e terceirizado – média abril a junho -2005

5.2.1.2 Serviços de terceiros

Esse grupo retrata os serviços prestados por empresas de manutenção de equipamentos (central telefônica, maquinário da lavanderia, sistema de ar-condicionado), manutenção de *softwares* (sistema de gestão hospitalar e folha de pagamento) e outros serviços (obras e instalações, serviços gráficos, publicidade, etc). Por ocasião da alocação desses custos, foram excluídas as despesas relacionadas, ainda, com a instalação e construção em andamento. A maioria dos serviços foi identificável por centro de custos, possibilitando a sua alocação direta, exceto os relacionados com a manutenção preventiva da central de ar-condicionado, que foram rateados por m², considerando-se apenas a metragem dos setores que usufruíam do ar-condicionado.

5.2.1.3 Material de consumo

O material de consumo destinado aos diversos setores era armazenado no almoxarifado e, posteriormente, distribuído, mediante requisição dos setores. Ocorre que, por ocasião da apuração dos custos desse material por meio dos relatórios apresentados pelo almoxarifado, verificou-se que alguns dos custos por eles indicados divergiam dos valores informados pela contabilidade, sendo estes sempre maiores, o que permitiu inferir que nem todos os materiais adquiridos para consumo tinham trânsito pelo almoxarifado, destinando-se diretamente ao setor beneficiário. Nesse caso prevaleciam os valores indicados pela contabilidade.

5.2.1.4 Diversos

Esse grupo engloba despesas de pequenos valores, como por exemplo, com correios, serviço de táxi, etc., que por serem despesas de natureza administrativa, foram alocadas para o centro de custos Administração Geral.

5.2.2 Custos indiretos:

5.2.2.1 Água

A instituição hospitalar possui poço próprio, o que contribui para que a conta de água seja um valor simbólico de R\$ 659,41. Mesmo assim, a partir das informações do setor de manutenção e da contabilidade, procedeu-se ao rateio da água tendo como critério o metro quadrado de cada centro de custos, conforme Quadro 11:

CENTROS DE CUSTOS	ÁREA		ÁGUA
	m ²	%	R\$659,41
Unidade de Internação	621,71	13,06	86,14
UTI	257,87	5,42	35,73
Centro Cirúrgico	309,58	6,50	42,89
SADT	750,70	15,77	104,01
SPA	406,48	8,54	56,32
CME	87,25	1,83	12,09
Coordenação de Enfermagem	27,90	0,59	3,87
Farmácia	49,20	1,03	6,82
Nutrição	208,42	4,38	28,88
Lavanderia	112,53	2,36	15,59
Higienização	10,09	0,21	1,40
Almoxarifado	108,00	2,27	14,96
Manutenção	10,09	0,21	1,40
Administração Geral	333,40	7,01	46,19
Area Comum	1.466,23	30,81	203,14
Total	4.759,45	100,00	659,41

Quadro 11 - Rateio da água por centro de custos – média abril a junho - 2005

5.2.2.2 Telefone

A instituição possui um *software* específico para o controle do consumo telefônico por ramal e por centro de custos. Com as informações do setor de contabilidade, observou-se que prestam serviços ao hospital três operadoras, sendo duas de telefone fixo e uma de celular, cujas datas de vencimento são diferenciadas, dificultando a emissão de relatórios por período e conseqüentemente a apuração do custo mensal. Para definir a média de consumo de cada centro de custos, a solução foi apurar, inicialmente, a média de consumo fornecido pelo *software* da telefonia no período de 01 a 30 de cada mês. De posse desse resultado, procedeu-se ao levantamento da participação (%) por centro de custos. O percentual encontrado serviu de critério de rateio da média encontrada nas contas das três operadoras, conforme está demonstrado no Quadro 12:

CENTROS DE CUSTOS	TARIFADOR (R\$)	OPERADORAS (R\$)	
	%	TOTAL	MÉDIA
Unidade de Internação	9,82	1.720,80	573,60
UTI	0,43	75,35	25,12
Centro Cirúrgico	0,44	77,10	25,70
SADT	8,85	1.550,82	516,94
SPA	19,49	3.417,47	1.139,16
CME	0,67	117,41	39,14
Coordenação de Enfermagem	0,08	14,02	4,67
Farmácia	1,73	303,16	101,05
Nutrição	2,92	511,68	170,56
Lavanderia	0,19	32,69	10,90
Higienização e Limpeza	0,00	-	-
Almoxarifado	0,25	43,81	14,60
Manutenção	2,51	439,84	146,61
Administração Geral	52,61	9.219,29	3.073,10
TOTAL	100	17.523,44	5.841,15

Quadro 12 - Rateio da conta telefônica por centro de custos – média abril a junho - 2005

5.2.2.3 Energia elétrica

A ausência de medidores nos centros de custos contribuiu sobremaneira para a subjetividade do critério de rateio, na medida em que foi necessário utilizar a técnica unidade equivalente de produção, em razão do tempo de uso dos equipamentos e do consumo diferenciado de energia. Foi realizado, pelo supervisor de manutenção, um levantamento de todos os pontos de luz e equipamentos utilizados, tempo de uso e consumo de energia, quando possível classificando-os por peso assim definido:

Peso 1 – utilizado para identificar cada ponto de luz existente por centro de custo;

Peso 2 – identifica os equipamentos que demandam um consumo de energia não superior a doze horas, como os computadores, impressoras, televisores, máquina de xérox, equipamento de som, balanças digitais, exaustores, central de ar-condicionado, etc.;

Peso 3 – considerando-se que alguns setores do hospital funcionam 24 horas, esse peso foi aplicado em equipamentos semelhantes aos que constituem o peso 2, mas que funcionam de forma ininterrupta, como os equipamentos do SPA;

Peso 4 – aplicado em equipamentos de uso diário, que demandam um consumo maior de energia: máquinas de lavar, secadoras e geladeiras industriais, tomógrafo, autoclaves, esterilizadoras, central de ar-condicionado, etc.

No caso do consumo de energia por parte da central de ar-condicionado, para atribuir-lhe pesos, foi necessário, inicialmente, estabelecer-se uma unidade física de referência para padronizar a quantidade de m^2 de cada centro de custo. Para tanto, definiu-se como unidade física de referência a área de um apartamento da instituição, que é de $20,18m^2$. Em seguida, dividiram-se as áreas de cada centro pela unidade física de referência, em m^2 , apurando-se para cada centro uma quantidade de unidade física equivalente, o que permitiu atribuir pesos que traduzissem a representatividade de cada centro de custos. Como critério de distribuição dos pesos, foi estabelecido peso 2 para uma unidade física de referência, que consome energia até 12 horas, e peso 4 para a que consome energia em tempo superior a 12 horas. Estabelecido esse critério para a aplicação do peso e conhecendo-se as unidades equivalentes por quantitativo de unidade física de referência por centro de custos, foi possível definir um critério padrão de rateio entre esses centros de custos.

O Quadro 13, realizado com as informações obtidas no setor de manutenção, sintetiza os procedimentos acima citados:

CENTROS DE CUSTOS	m ²	UNID. EQUIVALENTE		PESO	TOTAL
		(m ²)	TOTAL (m ²)		
Unidade de Internação	621,71	20,18	31	4	123
UTI	257,87	20,18	13	4	51
Centro Cirúrgico	309,58	20,18	15	4	61
SADT ⁽¹⁾	676,14	20,18	34	4	134
SPA	406,48	20,18	20	4	81
CME	87,25	20,18	4	2	9
Coordenação de Enfermagem	27,90	20,18	1	2	3
Farmácia	49,20	20,18	2	4	10
Nutrição ⁽²⁾	56	20,18	3	2	6
Almoxarifado	108,00	20,18	5	4	21
Administração	333,40	20,18	17	2	33
Total área com ar-condicionado	2.933,52	-	145	-	-

(1) – exclusão de áreas sem ar-condicionado (750,70-74,56=676,14m²)

(2) – exclusão de áreas sem ar-condicionado (208,42-152,42=56m²)

Quadro 13 - Definição de pesos por centro de custos para rateio do consumo de energia do ar-condicionado

Apurado o quantitativo de pesos por centro de custos, foi possível proceder a um critério de rateio proporcional, com base na média de consumo da energia de R\$ 23.893,55, valor foi obtido no setor de contabilidade, conforme se depreende do Quadro 14.

CENTROS DE CUSTOS	UNIDADES EQUIVALENTES												TOTAL	%	ENERGIA
	Peso 1			Peso 2			Peso 3			Peso 4					
	Equip.	Ar-cond.	Total	Equip.	Ar-cond.	Total	Equip.	Ar-cond.	Total	Equip.	Ar-cond.	Total			
Unidade de Internação	87	0	116	0	0	0	0	0	0	123	492	695	20,20	4.827,33	
UTI	33	0	22	1	3	4	51	364	422	2.931,13	2.417,14	348	10,12	2.417,14	
C. Cirúrgico	41	0	6	19	57	76	61	244	348	5.598,31	2.945,02	806	23,43	5.598,31	
SADT	133	0	40	19	57	76	134	576	424	2.945,02	368,13	53	1,54	368,13	
Pronto Atendimento	56	0	14	10	30	44	81	324	424	138,92	382,02	55	1,60	382,02	
CME	19	9	26	0	0	2	0	8	53	368,13	138,92	20	0,58	138,92	
Coorden. Enfermagem	3	3	10	1	3	4	0	4	20	0	0	20	0,58	138,92	
Farmácia	6	0	6	1	3	4	10	40	55	382,02	382,02	55	1,60	382,02	
Nutrição	29	6	22	7	21	28	0	36	108	750,15	750,15	108	3,14	750,15	
Lavanderia	16	0	10	0	0	6	0	24	50	347,29	347,29	50	1,45	347,29	
Higienização	1	0	0	0	0	0	0	0	1	6,95	6,95	1	0,03	6,95	
Almoxarifado	15	0	2	0	0	2	21	84	101	701,53	701,53	101	2,94	701,53	
Manutenção	1	0	2	0	0	2	0	0	3	20,84	20,84	3	0,09	20,84	
Administração	36	0	66	2	6	74	33	132	240	1.666,99	1.666,99	240	6,98	1.666,99	
Área Comum	114	0	0	0	0	0	0	0	114	791,82	791,82	114	3,31	791,82	
Total									3.440	23.893,55	23.893,55	3.440	100,00	23.893,55	

Quadro 14 - Rateio da energia por centro de custos – média abril a junho - 2005

5.2.2.4 Seguro do prédio

A média apurada do trimestre, no montante de R\$ 967,00, obtida a partir dos relatórios do setor de contabilidade, foi rateada proporcionalmente ao m² de cada centro de custos informado pelo setor de manutenção, conforme Quadro 15:

CENTROS DE CUSTOS	ÁREA		SEGURO DO PRÉDIO
	m ²	%	
Unidade de Internação	621,71	13,06	126,32
UTI	257,87	5,42	52,39
Centro Cirúrgico	309,58	6,50	62,90
SADT	750,70	15,77	152,52
SPA	406,48	8,54	82,59
CME	87,25	1,83	17,73
Coordenação de Enfermagem	27,90	0,59	5,67
Farmácia	49,20	1,03	10,00
Nutrição	208,42	4,38	42,35
Lavanderia	112,53	2,36	22,86
Higienização	10,09	0,21	2,05
Almoxarifado	108,00	2,27	21,94
Manutenção	10,09	0,21	2,05
Administração Geral	333,40	7,01	67,74
Area Comum	1.466,23	30,81	297,90
Area Total	4.759,44	100,00	967,00

Quadro 15 - Rateio do seguro por centro de custos – média de abril a junho - 2005

5.2.2.5 Depreciação

Bens móveis

Os registros contábeis demonstram que, no período estudado, as imobilizações de bens móveis apresentam uma posição, em 30-06-2005, da ordem de R\$ 4.345.000,00, distribuídos por grupamentos específicos de bens móveis (Quadro 16). Desse total, foi possível identificar parte dos itens depreciables, por meio de inventário parcial (Quadro 17), único registro de controle existente, com posição, em 31-12-2004, totalizado em R\$ 1.245.105,14. Esse inventário é composto de itens variados que, sem identificação dos grupos contábeis, mas com a respectiva indicação dos centros de custos a eles vinculados,

possibilitou a apuração da depreciação no montante de R\$ 10.371,73, quando a contabilidade aponta um valor de depreciação da ordem de R\$ 38.920,00.

A diferença entre esses valores da depreciação está relacionada, certamente, com a diferença entre o total dos bens móveis constante do inventário (R\$1.245.000,00) e o total de imobilizações de bens móveis apontado na contabilidade, em 30 de junho de 2005, na ordem de R\$ 3.100.000,00.

Vale ressaltar que essa diferença relaciona-se, predominantemente, ao grupo máquinas e equipamentos hospitalares, cujo saldo é da ordem de R\$ 3.022.000,00, conforme se infere do Quadro 16. O próprio inventário materializa esse fato, pois os itens listados pertencentes àquele grupo não são expressivos, uma vez que representam 69% do total dos bens móveis.

Considerando-se que o presente estudo é focado no centro produtivo Unidade de Internação, a não-aplicabilidade desse montante, a título de depreciação, não compromete o resultado apurado na depreciação à vista do inventário apresentado, porquanto os itens que integram o grupo máquinas e equipamentos hospitalares estão, na sua maioria, concentrados nos centros produtivos: Centro Cirúrgico, UTI, SADT e Pronto Atendimento, descaracterizando, portanto, a importância do rastreamento desses itens.

Por observância de normas da Receita Federal, a alíquota estabelecida para depreciação é 10% ao ano, correspondendo a 0,833% ao mês, com aplicação geral a todos os itens, embora essas normas disciplinem alíquotas diferenciadas, por exemplo, em relação aos itens de informática, a alíquota é de 20% ao ano (1,667% ao mês). A não-distribuição dos itens por grupos contábeis, no respectivo inventário, impediu que fosse utilizada alíquota diferenciada, exceto no Quadro 16, cujos percentuais se obedecem.

GRUPOS CONTÁBEIS	Saldo 31-12-2004	ATÉ ABRIL	SALDO ABRIL	DEPREC. ABRIL	MAIO	SALDO MAIO	DEPREC. MAIO	JUNHO	SALDO JUNHO	DEPREC. JUNHO	TOTAL DEPREC.	MÉDIA
Processamento de dados	293.142,72	29.941,34	323.084,06	5.385,81	-	323.084,06	5.385,81	3.461,87	326.545,93	5.443,52	16.215,14	5.405,05
Instrum. médico-cirúrg.	-	101.404,80	101.404,80	844,70	1.963,00	103.367,80	861,05	31.844,34	135.212,14	1.126,32	2.832,07	944,02
Máq. equip escritório	474.405,68	28.770,21	503.175,89	4.191,46	658,00	503.833,89	4.196,94	229,00	504.062,89	4.198,84	12.587,24	4.195,75
Equipam. manutenção	0	14.396,77	14.396,77	119,93	627,64	15.024,41	125,15	367,40	15.391,81	128,21	373,29	124,43
Maq. e equip. hospital.	2.653.444,62	329.185,86	2.982.630,48	24.845,31	9.945,00	2.992.575,48	24.928,15	29.208,22	3.021.783,70	25.171,46	74.944,92	24.981,64
Móveis e utens. apoio	-	40.927,79	40.927,79	340,93	9.380,00	50.307,79	419,06	338,05	50.645,84	421,88	1.181,87	393,96
Móveis utens. escritório	283.932,12	7.861,72	291.793,84	2.430,64	-	291.793,84	2.430,64	-	291.793,84	2.430,64	7.291,93	2.430,64
TOTAL	3.704.925,14	552.488,49	4.257.413,63	38.158,78	22.573,64	4.279.987,27	38.346,82	65.448,88	4.345.436,15	38.920,88	115.426,47	38.475,49

Quadro 16 - Depreciação, por grupos contábeis

CENTROS DE CUSTOS	Saldo 31-12-2004	%	Depreciação
Unidade de Internação	171.140,72	13,75	1.425,60
UTI	96.679,68	7,76	805,34
Centro Cirúrgico	402.571,53	32,33	3.353,42
SADT	198.613,79	15,95	1.654,45
PA	66.309,00	5,33	552,35
CME	48.428,41	3,89	403,41
Coord Enf	2.562,90	0,21	21,35
Farmácia	9.861,29	0,79	82,14
Nutrição	38.947,54	3,13	324,43
Lavanderia	42.567,64	3,42	354,59
Higienização	-	0,00	-
Almoxarifado	6.306,10	0,51	52,53
Manutenção	1.228,01	0,10	10,23
Administração	159.888,53	12,84	1.331,87
TOTAL	1.245.105,14	100,00	10.371,73

Quadro 17 - Rateio parcial dos bens móveis - abril a junho - 2005

Bens imóveis

Com relação à depreciação das edificações e instalações, cujo montante é R\$ 19.129,79, conforme registro contábil, utilizou-se o critério de rateio por m² pertinente a cada centro de custo, conforme Quadro 18:

CENTROS DE CUSTOS	ÁREA		DEPRECIÇÃO BENS IMÓVEIS
	m ²	%	
Unidade de Internação	621,71	13,06	2.498,87
UTI	257,87	5,42	1.036,46
Centro Cirúrgico	309,58	6,50	1.244,28
SADT	750,70	15,77	3.017,33
Pronto Atendimento	406,48	8,54	1.633,76
CME	87,25	1,83	350,69
Coordenação Enfermagem	27,90	0,59	112,16
Farmácia	49,20	1,03	197,75
Nutrição	208,42	4,38	837,71
Lavanderia	112,53	2,36	452,28
Higienização	10,09	0,21	40,56
Almoxarifado	108,00	2,27	434,09
Manutenção	10,09	0,21	40,56
Administração	333,40	7,01	1.340,05
Área Comum	1.466,23	30,81	5.893,27
Área total	4.759,44	100,00	19.129,79

Quadro 18 - Rateio da depreciação de edificações e instalações por centros de custos – abril a junho - 2005.

Assim, o total dos custos com depreciação é de R\$ 29.505,67, sendo R\$ 10.371,73 referentes a bens móveis e R\$ 19.129,79 a bens imóveis.

5.2.2.6 Impostos, taxas e contribuições

Quanto às informações sobre impostos, taxas e contribuições obtidas no setor de contabilidade, observou-se que se tratava do Imposto Predial e Territorial Urbano, taxas de Conselho Regional de Medicina e alvarás de funcionamento. O critério de rateio utilizado foi o m², conforme Quadro 19:

CENTROS DE CUSTOS	AREA		IMPOSTOS E TAXAS
	m ²	%	
Unidade de Internação	621,71	13,06	624,18
UTI	257,87	5,42	258,89
Centro Cirúrgico	309,58	6,50	310,80
SADT	750,70	15,77	753,69
Pronto Atendimento	406,48	8,54	408,09
CME	87,25	1,83	87,60
Coordenação Enfermagem	27,90	0,59	28,02
Farmácia	49,20	1,03	49,40
Nutrição	208,42	4,38	209,25
Lavanderia	112,53	2,36	112,97
Higienização	10,09	0,21	10,13
Almoxarifado	108,00	2,27	108,43
Manutenção	10,09	0,21	10,13
Administração	333,40	7,01	334,72
Area Comum	1.466,23	30,81	1.472,05
Área total	4.759,44	100,00	4.778,35

Quadro 19 - Rateio dos impostos e taxas por centro de custos – média abril a junho - 2005

5.2.2.7 CPMF

Por se tratar de um custo relacionado à movimentação financeira, considerou-se o custo total de cada centro, excluindo o valor da depreciação, para proceder ao rateio do CPMF proporcionalmente.

5.3 Alocação dos custos diretos e indiretos para os centros de custos

Identificados os custos e definidas as bases de rateio para os custos indiretos, procedeu-se à alocação dos custos diretos e indiretos por centro de custos, conforme se pode visualizar no Apêndice B, cujo resumo está demonstrado no Quadro 20:

CENTROS DE CUSTOS	TOTAL
Produtivos	279.308,78
Unidade de Internação	58.265,14
UTI	44.635,62
Centro Cirúrgico	28.088,68
SADT	110.328,53
Pronto Atendimento	37.990,81
Auxiliares e Administrativos	217.921,71
CME	12.634,86
Coordenação Enfermagem	4.398,54
Farmácia	12.314,40
Nutrição	26.395,96
Lavanderia	13.343,40
Higienização e Limpeza	20.643,55
Almoxarifado	3.257,21
Manutenção	16.916,30
Administração Geral	99.341,62
Área comum	8.675,87
TOTAL	497.230,49

Quadro 20 - Alocação dos custos diretos e indiretos para os centros de custos produtivos e auxiliares

5.4 Estabelecimentos dos critérios de rateio dos centros de custos auxiliares e administrativos para os produtivos

Dando continuidade ao processo de apuração dos custos que permitam conhecer o custo final da Unidade de Internação, buscou-se estabelecer critérios de rateio, em observância à prática usual para esse tipo de instituição, quando da distribuição dos custos auxiliares para os produtivos. Na ausência de registros e de relatórios pertinentes, em determinadas situações foi necessário utilizar a opinião dos profissionais, a partir de suas experiências, para embasar a definição de critérios.

Os critérios utilizados estão retratados no Quadro 21, que é uma adaptação de Matos (2002):

CENTROS DE CUSTOS AUXILIARES E ADMINISTRATIVOS	CRITÉRIOS DE RATEIO
Área Comum	Número de funcionários
Administração Geral	Número de funcionários
Manutenção	Percentual
Almoxarifado	Número de requisições
Higienização e Limpeza	Área ocupada - m ²
Lavanderia	Quilos de roupa
Nutrição	Número de refeições
Farmácia	Número de requisições
Coordenação de Enfermagem	Número de funcionários
Central de Material Esterilizado	Número de esterilizações e desinfecções

Fonte: Matos, Afonso de. Gestão de custos em instituições hospitalares (2002, p.111)

Quadro 21 - Critérios de rateio dos centros auxiliares para os produtivos

5.4.1 Área Comum e Administração Geral

Esses centros de custos tiveram seu custo total rateado proporcionalmente ao número de funcionários de cada setor, conforme Quadro 22 e 23:

CENTROS DE CUSTOS	FUNCIONÁRIOS (Média)	%	ÁREA COMUM
Unidade de Internação	30	11,58	1.687,54
UTI	25	9,65	1.406,28
Centro cirúrgico	18	6,95	1.012,53
SADT	44	16,99	2.475,06
SPA	30	11,58	1.687,54
CME	13	5,02	731,27
Coordenação de Enferm.	3	1,16	168,75
Farmácia	10	3,86	562,51
Nutrição	18	6,95	1.012,53
Lavanderia	8	3,09	450,01
Higienização e limp.	19	7,34	1.068,78
Almoxarifado	2	0,77	112,50
Manutenção	6	2,32	337,51
Administração Geral	33	12,74	1.856,30
TOTAL	259	100	14.569,11

Quadro 22 - Rateio do custo total da Área Comum para os demais centros de custos

CENTROS DE CUSTOS	FUNCIONARIO (média)	%	ADMINISTR GERAL
Unidade de Internação	30	13,27	1.084,65
UTI	25	11,06	903,87
Centro cirúrg.	18	7,96	650,79
SADT	44	19,47	1.590,82
Pronto atendimento	30	13,27	1.084,65
CME	13	5,75	470,01
Coorden. Enferm.	3	1,33	108,46
Farmácia	10	4,42	361,55
Nutrição	18	7,96	650,79
Lavanderia	8	3,54	289,24
Higienização e limp.	19	8,41	686,94
Almoxarifado	2	0,88	72,31
Manutenção	6	2,65	216,93
TOTAL	226	100	8.171,02

Quadro 23 - Rateio do custo total da Administração Geral para os demais centros de custos

5.4.2 Manutenção

O centro de custos Manutenção, por exemplo, teve seu valor rateado conforme percentuais determinados pelo supervisor, dada a sua experiência, visto que não havia nenhum outro controle específico, como horas de manutenção, ordem de serviço por centro de custos. Veja-se o Quadro 24:

CENTROS DE CUSTOS	%	%	MANUTENÇÃO
Unidade de Internação	40	44,44	4.240,02
UTI	5	5,56	530,00
Centro cirúrgico	20	22,22	2.120,01
SADT	5	5,56	530,00
SPA	5	5,56	530,00
CME	5	5,56	530,00
Nutrição	5	5,56	530,00
Lavanderia	5	5,56	530,00
TOTAL	90	100	9.540,04

Quadro 24 - Rateio do custo total da Manutenção para os demais centros de custos

5.4.3 Almojarifado

O rateio do Almojarifado foi possível a partir de relatórios emitidos pelo próprio setor, constando o número de requisições realizadas por cada centro de custos. Veja-se o Quadro 25:

CENTROS DE CUSTOS	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL	MÉDIA		R\$
					Qtde.	%	
Unidade de Internação	22	28	23	73	24	9,05	67,66
UTI	15	26	14	55	18	6,82	50,98
Centro Cirúrgico	13	10	14	37	12	4,58	34,29
SADT	63	112	96	271	90	33,58	251,17
SPA	33	41	28	102	34	12,64	94,54
CME	13	16	14	43	14	5,33	39,85
Coordenação Enfermagem	2	-	5	7	2	0,87	6,49
Farmácia	20	22	23	65	22	8,05	60,24
Nutrição	18	25	20	63	21	7,81	58,39
Lavanderia	12	16	16	44	15	5,45	40,78
Higienização e Limpeza	15	15	17	47	16	5,82	43,56
TOTAL	226,00	311,00	270,00	807,00	269	100	747,95

Quadro 25 - Rateio do custo total do almojarifado aos demais centros de custos

5.4.4 Higienização e Limpeza

O centro de custos Higienização e Limpeza teve seu valor rateado proporcionalmente ao m². Embora a literatura evidencie a necessidade de usar o m² associado ao grau de criticidade pertinente a cada área, gerando uma unidade equivalente, no caso em estudo essa prática não foi utilizada. A baixa taxa de ocupação, tanto da UTI como da Unidade de Internação - 30% e 47%, respectivamente -, associada ao reduzido número de cirurgias, em média 51 cirurgias por mês, distribuídas em cinco salas de cirurgias - permitiram tratar de forma equânime todos os centros, já que os mais críticos, como o Centro Cirúrgico, não exigiam maior número de vezes de higienização/dia, pois, na maioria das

vezes, não acontecia sequer a do dia. O Quadro 26 evidencia o rateio deste centro de custos, a partir da metragem informada pelo setor de Manutenção:

CENTROS DE CUSTOS	ÁREA		HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA
	m ²	%	
Unidade de Internação	621,71	21,96	851,02
UTI	257,87	9,11	352,98
Centro Cirúrgico	309,58	10,93	423,77
SADT	750,70	26,51	1.027,59
SPA	406,48	14,35	556,41
CME	87,25	3,08	119,43
Coordenação de Enfermagem	27,90	0,99	38,19
Farmácia	49,20	1,74	67,35
Nutrição	208,42	7,36	285,29
Lavanderia	112,53	3,97	154,04
Total	2.831,64	100	3.876,06

Quadro 26 - Rateio do custo total do centro de custo Higienização e Limpeza para os demais centros de custos

5.4.5 Processamento de Roupa

O custo total desse centro de custos foi rateado apenas entre os setores que se utilizavam dos seus serviços - no caso em estudo, a Unidade de Internação, a UTI, o Centro Cirúrgico e o SADT. Considerando-se que o supervisor da Lavanderia tem o controle dos quilos de roupa lavada para cada um dos centros de custos citados, pôde-se proceder ao rateio utilizando-se como critério o quilo de roupa lavada, conforme Quadro 27:

CENTROS DE CUSTOS	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL	MÉDIA	%	LAVANDERIA
	Kg.	Kg.	Kg.	Kg.	Kg.		
1- PRODUTIVOS							
Unidade Internação	1.532	2.054	2.374	5.960	1.987	40,47	1.549,77
UTI	704	759	774	2.237	746	15,19	581,68
Centro Cirúrgico	1.205	898	1.248	3.351	1.117	22,75	871,36
SADT	198	175	247	620	207	4,21	161,22
SPA	766	893	900	2.559	853	17,38	665,41
TOTAL GERAL	4.405	4.779	5.543	14.727	4.909	100,00	3.829,44

Quadro 27 - Rateio do custo total do centro de custo Lavanderia para os demais centros de custos

5.4.6 Nutrição e Dietética

O centro de custos Nutrição e Dietética, cuja prestação de serviços é direcionada unicamente à clientela interna, tem como comensais, primeiramente, o paciente e o acompanhante, que são a razão maior da existência desse centro, seguidos dos funcionários e médicos plantonistas. As refeições obedecem a cardápios variados, a saber:

- para pacientes - de acordo com a orientação médica, que varia de dieta líquida a dieta livre, totalizando cinco tipos diferenciados de dieta completa, cada uma composta de seis refeições: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia.
- para acompanhantes e funcionários - dieta livre, composta de três refeições: café da manhã, almoço e jantar. Em se tratando de médicos, há a inclusão de mais uma refeição (lanche), totalizando quatro refeições/dia.

Diferentemente do cliente (paciente) e acompanhante, que normalmente consomem todas as refeições/dia, os colaboradores e médicos fazem suas refeições de acordo com as escalas de serviço, de modo que cada usuário consome quantidades e tipos diferentes de refeições, não gerando com isso uma dieta completa por usuário/dia. Por essa razão, tornou-se necessário, para a apuração dos custos, criar uma medida equivalente, recaindo a escolha, na dieta livre, cujo custo unitário é de R\$ 6,64. A partir dos relatórios que o setor de Nutrição detinha, no tocante a número de refeições por tipo de clientela e custo dos gêneros alimentícios de cada tipo de refeição, foi possível elaborar o Quadro 28:

I - Cliente (Paciente)	ABR		MAI		JUN		TRIMESTRE		MÉDIA TRIMESTRAL		UNID. EQUIV. DIETA LIVRE			
	Qtd.	P.U. ⁽¹⁾	Qtd.	Total (R\$)	Qtd.	Total (R\$)	Qtd.	Total (R\$)	Qtd.	P.U.		RS	%	
Dieta líquida														
café	26	0,35	9,10	14	0,33	4,62	40	0,33	13,2	80	26,92	27	0,34	8,98
lanche manhã	26	0,25	6,50	14	0,25	3,5	40	0,25	10	80	20,00	27	0,27	6,67
almooço	26	0,37	9,62	14	0,45	6,3	40	0,45	18	80	33,92	27	0,42	11,29
lanche tarde	26	0,27	7,02	14	0,25	3,5	40	0,25	10	80	20,52	27	0,26	6,84
lanhar	26	0,21	5,46	14	0,3	4,2	40	0,3	12	80	21,66	27	0,27	7,20
ceia	26	0,25	6,50	14	0,23	3,22	40	0,23	9,2	80	18,92	27	0,24	6,31
TOTAL	156	1,70	265,20	84	1,81	25,34	240	1,81	72,40	480	141,94	160	1,77	47,29
Dieta líquida pastosa														
café	19	0,95	18,05	44	1,10	48,40	27	1,10	29,70	90	96,15	30	1,05	31,50
lanche manhã	19	0,25	4,75	44	0,18	7,92	27	0,18	4,86	90	17,53	30	0,20	6,10
almooço	19	0,45	8,55	44	0,47	20,68	27	0,47	12,69	90	41,92	30	0,46	13,90
lanche tarde	19	0,25	4,75	44	0,18	7,92	27	0,18	4,86	90	17,53	30	0,20	6,10
lanhar	19	0,21	3,99	44	0,37	16,28	27	0,37	9,99	90	30,26	30	0,32	9,50
ceia	19	0,25	4,75	44	0,4	17,60	27	0,4	10,80	90	33,15	30	0,35	10,50
TOTAL	114	2,36	44,84	264	2,70	712,80	162	2,70	437,40	540	236,54	180	2,59	77,60
Dieta pastosa														
café	44	1,37	60,28	99	1,94	192,06	40	1,94	77,60	183	329,94	61	1,75	106,75
lanche manhã	44	0,25	11,00	99	0,26	25,74	40	0,26	10,40	183	47,14	61	0,26	15,66
almooço	44	1,64	72,16	99	1,78	176,22	40	1,78	71,20	183	319,58	61	1,73	105,73
lanche tarde	44	0,25	11,00	99	0,26	25,74	40	0,26	10,40	183	47,14	61	0,26	15,66
lanhar	44	1,62	71,28	99	1,79	177,21	40	1,79	71,60	183	320,09	61	1,73	105,73
ceia	44	0,25	11,00	99	0,4	39,60	40	0,4	16,00	183	66,60	61	0,35	21,35
TOTAL	264	5,38	236,72	594	6,43	636,57	240	6,43	257,20	1098	1.130,49	366	6,08	370,38
Dieta branda														
café	135	1,30	175,50	104	1,49	154,96	153	1,49	227,97	392	558,43	131	1,43	186,42
lanche manhã	135	0,46	62,10	104	0,4	41,60	153	0,4	61,20	392	164,90	131	0,42	54,88
almooço	135	2,41	325,35	104	1,60	166,40	153	1,60	244,80	392	736,55	131	1,87	244,35
lanche tarde	135	0,46	62,10	104	0,66	68,64	153	0,66	100,98	392	231,72	131	0,59	77,53
lanhar	135	1,70	229,50	104	1,59	165,36	153	1,59	243,27	392	638,13	131	1,63	212,55
ceia	135	0,30	40,50	104	0,12	12,48	153	0,12	18,36	392	71,34	131	0,18	23,52
TOTAL	810	6,63	895,05	624	5,86	609,44	918	5,86	896,58	2.352	2.401,07	784	6,12	799,24
Dieta livre														
café	40	1,88	75,20	93	1,64	152,52	78	1,64	127,92	211	355,64	70	1,72	120,97
lanche manhã	40	0,50	20,00	93	0,26	24,18	78	0,26	20,28	211	64,46	70	0,34	23,91
almooço	40	2,82	112,80	93	1,78	165,54	78	1,78	138,84	211	417,18	70	2,13	149,58
lanche tarde	40	0,50	20,00	93	0,26	24,18	78	0,26	20,28	211	64,46	70	0,34	23,91
lanhar	40	1,48	59,20	93	1,78	165,54	78	1,78	138,84	211	363,58	70	1,68	118,16
ceia	40	0,50	20,00	93	0,40	37,20	78	0,40	31,20	211	88,40	70	0,43	30,48
TOTAL	240	7,68	307,20	558	6,12	509,16	468	6,12	477,36	1.266	1.353,72	422	6,04	467,01
TOTAL CLIENTE(PACIENTE)	1.884	0,00	1.749,01	2.124	0,00	2.553,31	2.028	0,00	2.140,94	5.706	5.263,76	1.912		1.762,03
II - Outros Clientes														
Acompanhantes														
café	150	1,72	258,00	290	1,07	310,30	326	1,07	348,82	766	917,12	255	1,29	328,53
almooço	150	2,74	411,00	290	1,67	484,30	326	1,67	544,42	766	1.439,72	255	2,03	517,48
lanche tarde	150	1,48	222,00	290	1,83	530,70	326	1,83	596,58	766	1.349,28	255	1,71	437,47
TOTAL	450	5,94	891,00	870	4,57	1.325,30	978	4,57	1.489,82	2.298	3.706,12	766	5,03	1.283,48
TOTAL UNID INTERV/DI										8.034	8.969,88	2.678		3.045,50
Colaboradores														
café	765	1,72	1.315,80	750	1,07	802,50	771	1,07	824,97	2.286	2.943,27	762	1,29	980,44
almooço	624	2,74	1.709,76	728	1,67	1.215,76	796	1,67	1.329,32	2.148	4.254,84	716	2,03	1.451,09
ceia	669	1,48	990,12	660	1,83	1.207,80	676	1,83	1.237,08	2.005	3.435,00	668	1,71	1.145,08
TOTAL	2.058	5,94	4.015,68	2.138	4,57	3.226,06	2.243	4,57	3.391,37	6.439	10.633,11	2.146	5,03	3.576,61
Médicos														
café da manhã	42	1,72	72,24	53	1,07	56,71	42	1,07	44,94	137	173,89	46	1,29	58,76
lanchees MT	173	0,50	86,50	142	0,50	71,00	177	0,50	88,50	492	246,00	164	0,50	82,00
almooço	62	2,74	169,88	30	1,67	50,10	55	1,67	91,85	147	311,83	49	2,03	99,31
lanhar	1	1,48	1,48	2	1,83	3,66	8	1,83	14,64	11	19,78	4	1,71	6,28
TOTAL	278	6,44	330,10	227	5,07	181,47	282	5,07	239,93	787	751,50	262	5,53	246,35
TOTAL OUTROS CLIENTES	2.786	0,00	5.236,78	3.235	0,00	4.732,83	3.503	0,00	5.121,12	9.524	11.384,61	2.409		3.822,96
TOTAL GERAL	4.370		6.985,79	5.359		7.286,14	5.531		7.262,06	17.558	20.354,49	5.087		6.868,46
(1) P.U. = Preço Unitário														

Quadro 28 - Consumo de Gêneros Alimentícios na Dieta/Refeição - abril a junho - 2005

Considerando-se que os dados iniciais fornecidos pelo supervisor de Nutrição não identificavam o quantitativo de refeições de colaboradores e médicos por centro de custos, limitando-se a quantificá-los por tipo de clientela (colaboradores, médicos, acompanhantes e pacientes), foi necessário proceder a um levantamento quantitativo desses clientes por centro de custos, possibilitando, a partir daí, definir-se o número de refeições equivalentes por centro de custos e, conseqüentemente, a apuração dos seus custos, conforme evidenciado no Quadro 29:

CENTROS	Nº REFEIÇÕES	R\$
Unidade de Internação	511	3.388,39
UTI	88	585,45
Centro Cirúrgico	35	234,22
SADT	31	203,83
Pronto Atendimento	65	434,59
CME	40	266,82
Coordenação Enfermagem	27	179,45
Farmácia	20	131,32
Nutrição	52	348,50
Manutenção	36	236,90
Administração Geral	129	858,99
Total Geral	1.035	6.868,46

Quadro 29 - Apuração dos custos das refeições por centro de custos

Considerando-se ainda, de acordo com o Apêndice B, que o custo total do centro de custos Nutrição é de R\$ 40.595,14, foi possível proceder ao seu rateio proporcional ao número de dietas livres de unidades equivalentes por centro de custos, conforme demonstrado no Quadro 30:

CENTROS DE CUSTOS	UNID. EQUIVALENTE N° DIETAS LIVRES	%	CUSTO TOTAL NUTRIÇÃO
Unidade de Internação	511	62,50	25.370,74
UTI	88	10,78	4.375,05
Centro Cirúrgico	35	4,32	1.752,23
SADT	31	3,76	1.524,90
Pronto Atendimento	65	8,01	3.251,23
CME	40	4,92	1.996,12
Coordenação Enfermagem	27	3,31	1.342,47
Farmácia	20	2,42	982,39
Total Geral	817	100,00	40.595,14

Quadro 30 - Rateio do Custo Total da Nutrição aos demais centros de custos

5.4.7 Farmácia

O custo total da Farmácia foi rateado entre os setores que utilizaram seus serviços. O setor de Farmácia detinha o controle das requisições de materiais e medicamentos por centro de custos, permitindo a elaboração do Quadro 31:

CENTROS DE CUSTOS	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL	MÉDIA		FARMÁCIA
					Qtde.	%	
Unidade de Internação	1.242	2.010	1.946	5.198	1.733	42,96	763,07
UTI	559	768	608	1.935	645	15,99	284,06
Centro Cirúrgico	86	102	120	308	103	2,55	45,21
SADT	-	63	70	133	44	1,10	19,52
SPA	1.262	1.582	1.642	4.486	1.495	37,08	658,55
CME	15	10	14	39	13	0,32	5,73
TOTAL	3.164,00	4.535,00	4.400,00	12.099,00	4.033	100	1.776,14

Quadro 31- Rateio do custo total da Farmácia para os demais centros de custos

5.4.8 Coordenação de Enfermagem

O custo total da Coordenação de Enfermagem foi rateado proporcionalmente ao número de funcionários dos centros de custos que estão subordinados a esse setor. A partir de informações do setor de Recursos Humanos, elaborou-se o Quadro 32, que evidencia o custo da Coordenação de Enfermagem absorvido por cada centro de custos abaixo discriminado:

CENTROS DE CUSTOS	FUNCIONÁRIOS		COORDENAÇÃO ENFERMAGEM
	Média	%	
Unidade de Internação	27	22,88	173,77
UTI	25	21,19	160,90
Centro Cirúrgico	18	15,25	115,85
SADT	11	9,32	70,80
SPA	24	20,34	154,46
CME	13	11,02	83,67
Total	118	100	759,44

Quadro 32 - Rateio do custo total da coordenação de enfermagem aos demais centros de custos

5.4.9 CME

O custo desse centro foi rateado, de acordo com o número de esterilizações e desinfecções realizadas para os centros de custos produtivos, a partir do controle que a enfermeira responsável detinha, conforme Quadro 33:

CENTROS DE CUSTOS	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL	MÉDIA		CENTRAL M. ESTERILIZ.
					Qtde.	%	
Unidade de Internação	642	620	1.214	2.476	825	30,83	818,14
UTI	454	745	394	1.593	531	19,84	526,37
Centro Cirúrgico	916	830	873	2.619	873	32,61	865,40
SADT	58	46	68	172	57	2,14	56,83
Pronto Atendimento	382	405	384	1.171	390	14,58	386,93
TOTAL	2.452,00	2.646,00	2.933,00	8.031,00	2.677	100,00	2.653,68

Quadro 33 - Rateio do custo total do CME para os demais centros de custos

5.5 Rateio dos centros de custos auxiliares para os produtivos

A partir dos critérios de rateio anteriormente descritos, conforme Apêndice B, foi possível dar prosseguimento à alocação dos custos dos centros auxiliares para os produtivos, cujo resultado, encontra-se demonstrado no Quadro 34:

CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVOS	CUSTO TOTAL
Unidade de Internação	145.616,28
UTI	80.973,78
Centro Cirúrgico	66.458,85
SADT	152.458,01
Pronto Atendimento	81.225,10
TOTAL	526.732,02

Quadro 34 - Custo Total dos Centros de Custos Produtivos

Conforme se infere do quadro acima, foram apurados os custos totais (CT) dos centros produtivos, com destaque para a Unidade de Internação, uma vez que o seu resultado reflete a agregação dos custos pertinentes à hotelaria hospitalar, objeto de estudo desta pesquisa.

5.6 Apuração do custo da diária hospitalar

O custo total apurado no centro de custo Unidade de Internação é de R\$ 145.616,00, influenciados pela taxa de ocupação de 47%, que corresponde a 451 diárias/mês, resultando no custo unitário da diária hospitalar de R\$ 322,87.

O valor encontrado refere-se a um leito da Unidade de Internação, que, disponibilizado ao paciente em um apartamento, a diária passa a ser remunerada pelo tomador de serviços ao preço de R\$ 157,53. Havendo um acréscimo de mais um leito, tem-se uma

enfermaria de dois leitos, o que gera uma diluição desses custos, resultando em R\$ 161,43 por leito de enfermaria, que é remunerado a R\$ 80,37.

É importante ressaltar que, no custo ora apurado, estão embutidos os custos referentes à taxa de ociosidade de 53%. Portanto, para a apuração do custo da diária hospitalar, com base na taxa de ocupação de 47%, tornaram-se necessários alguns procedimentos:

a) Identificação os custos fixos e variáveis da Unidade de Internação

Tomando-se como referência o Apêndice B, identificou-se como custo variável o grupo material de consumo, por estar relacionado ao volume de produção e como semi-variáveis os custos de telefone, energia e CPMF, uma vez que estes detêm uma parcela fixa e outra influenciada pelo volume. Para efeito de identificação da parcela fixa dos semi-variáveis, considerou-se:

- para custos com telefone - a parcela fixa componente da própria conta, cujo percentual é de 13%;
- para custos com energia – o valor da demanda contratada, referente a 180kw, o que representa 13% do total da conta;
- para CPMF – a parcela fixa resultante do cálculo proporcional sobre os custos fixos, com exclusão da parcela referente à depreciação (e como parcela variável o resultante sobre os custos variáveis).

Identificados os custos variáveis (Apêndice C), foi possível alocar de forma direta para os centros de custos os relacionados a material consumo e os demais, obedecendo aos mesmos critérios de rateio utilizados no Apêndice B, o que resultou no Quadro 35:

CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVO	CUSTOS VARIÁVEIS
Unidade de Internação	27.111,78
UTI	7.778,92
Centro Cirúrgico	8.274,76
SADT	25.808,26
Pronto Atendimento	9.308,45
TOTAL	78.282,17

Quadro 35 - Total dos custos variáveis dos centros produtivos

Conhecendo-se os custos totais e variáveis da Unidade de Internação, foi possível a identificação dos seus custos fixos, no total de R\$ 118.504,50.

b) Identificação dos custos fixos relacionados à capacidade não utilizada (ociosidade) e à taxa de ocupação efetiva

Tendo-se como referência a taxa de ocupação de 47%, tornou-se necessário a exclusão dos custos fixos correspondentes à taxa da capacidade não utilizada (ociosidade: 53%), que corresponde a R\$ 62.807,38, o que resulta no custo fixo de R\$ 55.697,11, correspondente a taxa de ocupação efetiva, gerando um custo total de R\$ 82.808,89.

c) Identificação do quantitativo e do custo de diárias relacionados à taxa de ocupação

Considerando-se que a instituição dispunha de 32 leitos, o total de diárias/mês, com base na taxa de ocupação de 47%, era de 451.

De posse dessas informações, pôde-se mensurar o custo da diária, que resultou em R\$ 183,60 (custo total/número de diárias), sendo R\$ 123,49 de custo fixo médio unitário e R\$ 60,11 de custo variável médio unitário por paciente.

Importante ressaltar que o valor encontrado, de R\$ 183,60, refere-se ao custo médio unitário da diária de um leito da Unidade de Internação que, disponibilizado ao paciente em um apartamento, a diária passa a ser remunerada, pelo tomador de serviços, ao preço de R\$ 157,53. Havendo um acréscimo de outro leito, tem-se, nesse caso, uma enfermaria de dois leitos, o que gera um custo global, por enfermaria, de R\$ 243,71, correspondendo a um custo médio unitário de R\$ 121,85 por diária de enfermaria, quando a remuneração da diária/leito pelo tomador de serviço é de R\$ 80,37.

Definidos os custos médios unitários das diárias de apartamento e enfermaria, com base na taxa de ocupação de 47%, cujos valores são R\$ 183,60 e R\$ 121,85, respectivamente, verifica-se que os custos das diárias são superiores aos preços pagos pelo tomador de serviços com o qual a instituição mantém convênio, em que a diária de apartamento é remunerada em R\$ 157,53 e a de enfermaria em R\$ 80,37. Mesmo se considerada a taxa de ocupação plena (100%), verifica-se que a remuneração da diária mantém-se deficitária com relação aos seus custos.

Entretanto vale registrar que os custos das diárias ora apuradas refletem o custo unitário médio dos serviços prestados pelo centro produtivo Unidade de Internação. Esse centro produtivo, dentro do contexto da instituição pesquisada, é desmembrado em duas unidades de internação: clínica médica e clínica cirúrgica, gerando, com isso, duas unidades produtivas. A ausência de informações individualizadas dessas unidades impossibilitou a identificação dos custos de suas respectivas diárias, que, certamente, seriam diferenciadas, até porque o número de funcionários/leito é diferenciado.

No tocante ao resultado financeiro esperado, vislumbra-se que a instituição estava fragilizada, na medida em que os preços ofertados pelo tomador sequer cobriam os custos. Essa situação também é identificada quando se analisam os indicadores econômicos do período de 1995 a 2003 (vide Capítulo II); verifica-se que os reajustes da diária não

acompanharam a variação inflacionária, quando o acumulado do reajuste da diária, no período, aponta 42,54%, enquanto no Quadro 4, os indicadores inflacionários indicam uma variação acumulada de 101,52% a 171,39% no mesmo período.

Mesmo que a instituição em estudo mantivesse convênio com outros tomadores de serviços, como os credenciados à AHORN – nos quais a remuneração da diária hospitalar, naquele período, para apartamento e enfermaria era de R\$ 160,63 e R\$ 81,95, respectivamente, para os hospitais classificados no grupo A - também estaria incorrendo em prejuízo, visto que tais remunerações não cobririam os custos de hotelaria.

Esse quadro também não se altera quando se analisa a evolução dos preços dos insumos básicos, como salário da enfermagem, água e energia, cujo acumulado varia de R\$ 89,54% a 129,16% em igual período (Quadro 5).

À vista das considerações feitas até este momento, pode-se inferir que para minimizarem-se os custos e otimizarem-se as receitas da instituição em estudo, podiam tomar-se decisões tais como: criação de novos leitos ou exclusão de internações clínicas, em detrimento das cirúrgicas, dada a baixa taxa de permanência; transformação em hospital-dia, por considerar que se trata de um hospital com números de leitos inferior a 50, o que já compromete seus resultados, por não oferecer condições de auto-sustentabilidade, conforme enfatiza o Ministério da Saúde (1978) em seu Manual de Orientação de Construções e Instalações de Serviços de Saúde. Esse mesmo Ministério orienta, ainda, que a capacidade que um hospital deve ter para apresentar um equilíbrio estável, econômico e financeiro é em torno de 150 leitos.

Essa orientação é facilmente detectável quando se verifica que a instituição analisada, para alcançar seu ponto de equilíbrio, necessitaria produzir 1223 diárias/mês, e evoluir de 32 para 41 leitos de internação, o que demonstra a inviabilidade do atual quadro para o alcance desse equilíbrio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tendência crescente na área hospitalar é a fixação de preços para procedimentos médicos e para os serviços, conforme já foi mencionado no referencial teórico, incluindo-se a própria diária hospitalar. Portanto torna-se imperativo que as instituições detenham um sistema de custos capaz de mensurar os seus produtos e serviços, contribuindo, ainda, para o exercício das funções de planejamento e controle.

Nesse contexto, esta pesquisa buscou investigar a mensuração de custos da diária hospitalar em uma instituição de saúde do setor privado sediada em Natal, por meio do estudo de caso, a fim de averiguar se o valor da diária hospitalar fixado pelos tomadores de serviços remunera os custos da hotelaria hospitalar. Considerando que a instituição em estudo não mensura os custos da diária hospitalar, foi necessário fazê-lo a partir das informações coletadas *in loco*. Para tanto, foi utilizado o custeio por absorção.

Dessa forma, o resultado obtido foi que o custo da diária hospitalar dessa instituição é superior ao valor recebido do tomador de serviço, tendo como referência uma taxa de ocupação na ordem de 47%. Vale aqui registrar que o custo encontrado refere-se à diária hospitalar geral, independentemente da unidade de internação, seja ela clínica ou cirúrgica. Verificou-se, ainda que, mesmo a uma taxa plena de ocupação, a remuneração da diária é insuficiente para suprir os seus custos.

A partir do estudo de caso, foi possível ratificar as citações de vários autores, no que diz respeito à complexidade em se apurarem os custos em instituições de saúde. Esse fato pôde ser observado na instituição pesquisada, haja vista a falta de um sistema de custos e do domínio, por parte dos supervisores, de informações básicas de custos que suprissem essa deficiência.

A existência de uma gestão de custos nas instituições hospitalares é fator determinante nas negociações de preços com os tomadores de serviços. Sem ela, essas mesmas instituições ficam à mercê dos preços fixados por seus parceiros conveniados, pois só a partir de uma apuração dos custos - em particular, no caso em estudo, o custo da diária - é possível estabelecer esse posicionamento, que certamente viabilizará preços satisfatórios para todos.

Algumas limitações puderam ser observadas no decorrer da pesquisa. Na medida em que o resultado obtido é restrito apenas a instituição estudada, não podendo ser generalizado, o método de estudo de caso é visto como uma limitação; entretanto, a sistemática de apuração do custo da diária hospitalar pode ser aplicada em hospitais públicos e hospitais privados, a fim de contribuir para o gerenciamento dos custos hospitalares.

Outro fator limitante é a ausência de informações gerenciais, por a instituição não dispor de um sistema de custos, o que é agravado pelas divergências de informações entre a contabilidade e os demais setores, em particular, o Almoxarifado.

Como recomendações para estudos futuros, o tema “mensuração de custos” é bastante abrangente e pode ser abordado sob várias perspectivas. Considerando-se que o presente estudo de caso foi realizado em uma instituição com menos de um ano de exercício e estando ainda por concluir o segundo pavimento do prédio, é recomendável que o estudo seja replicado numa situação mais favorável, quando o hospital estiver com sua plena capacidade física concomitantemente à implantação de um sistema de custos, buscando-se o aprimoramento e o desenvolvimento de informações gerenciais para esse tipo de instituição, o que contribuirá para a eliminação das imperfeições dessa área, tão visíveis no quadro da instituição durante o desenvolvimento da pesquisa.

Outra recomendação seria a apuração dos custos dos demais centros de custos produtivos, por exemplo Unidade de Terapia Intensiva, o Centro Cirúrgico e o Pronto

Atendimento, a fim de se identificarem as unidades auto-sustentáveis e as que não são, ampliando-se este estudo para o alcance do objetivo final do sistema de gestão de custos de uma instituição hospitalar, que é buscar definir os custos de procedimentos hospitalares, visto que a apropriação de custos por centro de custos, evidencia, no máximo, os custos dessas unidades, tratando-se, portanto, de um processo intermediário.

REFERÊNCIAS

ABRAMGE. **Padronização de Sistemas de Informação na Área da Saúde**, São Paulo: Campus,1996.

_____. **Informe de imprensa**, ago. de 2004. Disponível em:<www.abramge.com.br/>. Acesso em 28 jan. 2005.

ANS. **Cadastro de Beneficiários**, out. 2004 e **Cadastro das Operadoras**, nov. 2004. Disponível em:<www.ans.gov.br> Acesso em 14 jan. 2005.

ANAHP. **Remédios e materiais médicos aumentam a receita dos hospitais**, 28 jul. 2004. Disponível em: <<http://www.revistahosp.com.br/hosp>> Acesso em: 03 jan. 2005.

ATKINSON, Anthony A. et al. **Contabilidade Gerencial**. Tradução André Olímpio Mosselman e Du Chenoy Castro. São Paulo: Atlas, 2000.

ANTHONY, Robert N.; GOVINDARAJAN, Vijav. **Sistemas de Controle Gerencial**. Tradução Adalberto Ferreira das Neves. São Paulo: Atlas, 2002.

BAKER, Laurence C. Managed care and technology adoption in health care: evidence from magnetic resonance imaging. **Jornal of Health Economics**, v. 20, p. 395-421, 2001.

BARNUM, H.; KUTZIN, J. **Public Hospitals in Developing Countries: Resource use, cost, financing**. Washington: The World Bank. 1993.

BECKER, Gary S. New drugs cut costs, and medicare can help. **Business Week**, p.32, 22 mar. 2004.

BELKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de Custos e Resultado na Saúde**. São Paulo: Saraiva, 1997.

BOEGER, Marcelo Assad. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

BROWN, Montague. The comercialization of managed care voluntary sistem on America. **Health Care Management Review**. V. 21, p. 13-18, Summer 1996.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Título VIII. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Dispõe sobre a criação do SUS. Brasília, Senado Federal p.133, Centro Gráfico, 1988.

_____. **Normas de Administração e Controle do Hospital**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica e Hospitalar, 1974.

_____. **Decreto nº 4.327/02**, de 08 de ago. de 2002. Dispõe sobre a concessão do certificado de entidade de fins filantrópicos. Brasília, Senado Federal. Disponível em:<www.senado.gov.br> Acesso em: 06 jan. 2005.

_____. **Lei nº 9.249/95**, de 26 de dez. de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas, bem como da contribuição social sobre o lucro líquido, e dá outras providências. Disponível em:<www.senado.gov.br> Acesso em: 06 jan. 2005.

_____. **Lei 8.069/90**, de 13 de jul. de 1990a. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:<www.senado.gov.br> Acesso em: 06 jan. 2005.

_____. **Lei nº 9.790/99**, de 23 de mar. de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em:<www.senado.gov.br> Acesso em: 06 jan. 2005.

_____. **Lei nº 9.656/98**, de 03 de jun. de 1998. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Texto consolidado com as alterações da Medida Provisória nº 2.177-43 de 27 jul. de 2001. Disponível em:<www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 20 dez. 2004.

_____. **Lei nº 8.080/90**, de 19 de set. de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:<www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 20 dez. 2004.

_____. **Lei nº 9.961/00**, de 28 de jan. de 2000. Dispõe sobre a criação da Agência de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em:<www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>. Acesso em: 20 dez. 2004.

CALLEGARI, Lucas. **Hospitais Privados**. Gazeta Mercantil. 8 nov. 2004.

CHAN, Yee-Ching Lilian. Improving hospital cost accounting with activity-based costing. **Health Care Management Review**. V. 18, p. 71-78, Winter 1993.

CHERUBIN, Niversindo Antônio; SANTOS, Naíro Augusto dos. **Administração Hospitalar - Fundamentos**. São Paulo: CEDAS, 2002.

CHING, Hong Yuh. **Manual de Custos de Instituições de Saúde - Sistemas Tradicionais de Custos e Sistema de Custeio Baseado em Atividades**. São Paulo: Atlas, 2001.

COSTA, Heraldo. Como Calcular o Valor do seu Pacote. **Revista Saúde Hoje**. Ano IX, n. 92, out. 1998.

COSTA, Patrícia Souza. **Análise do Impacto do Progresso Tecnológico nos Custos no Tratamento Hospitalar: o caso do tratamento para litíase urinária no Hospital Universitário de Brasília**. Dissertação (Mestrado) - Programa Multiinstitucional e Inter-regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis. Brasília, 2004.

COTE, Murray J., VOKURKA, Robert J. Proquest. A Case study of integrated resource management in a health care facility. **Hospital Materiel Mangement Quartely**. Rockville, fev 2001. vol.22 Iss 3, p. 1 a 9. Disponível em <www.proquest.umi.com>. Acesso em 26 out. 2004.

COUTTOLENE, Bernard François; ZUCCHI, Paola. **Gestão de Recursos Financeiros**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1988.

EVANS III, John H.; HWANG, Yuhchang; NAGARAJAN, Nandu J. Management control and hospital cost reduction: additional evidence. **Jornal of accounting and Public Policy**, v. 20, p. 73-88, 2001.

FALK, James Antony. **Gestão de Custos para Hospitais - conceitos, metodologias e aplicações**. São Paulo: Atlas, 2001.

FERREIRA, Carlos Eduardo. A crise na saúde não será resolvida com ameaças e ações judiciais. **Jornal Estado de Minas**, Belo Horizonte, 5 jul. 2003. Disponível em <http://www.ahmg.com.br/jornal/j0306_01.shtml> Acesso 01 jan. 2005

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona. **Administração de Serviços - operações, estratégias e tecnologia de informação**. Tradução Gustavo Severo de Borba et al. Porto Alegre: Bookman, 2000.

GARRISON, Ray H.; NOREEN, Eric W. **Contabilidade Gerencial**. Tradução José Luiz Paravato, Rio de Janeiro: LTC, 2001.

GERSDORFF, Ralph C. J. von. A Contabilidade de Custos Hospitalares no Brasil – Qual seria um sistema prático, simples, eficaz? **Revista Brasileira de Contabilidade**. Brasília, nº33, p. 34-46, 1980.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

HANSEN, Don R.; MOWEN, Maryanne M.; **Gestão de Custos – Contabilidade e Controle**. Tradução Robert Brian Taylor. São Paulo: Thomson, 2003.

HORNGREN, Charles T.; **Contabilidade de Custos: um enfoque administrativo**. São Paulo: Atlas, 1986.

HORNGREN, Charles T.; SUNDEM, Gary L.; STRATTON, William O. **Contabilidade Gerencial**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

HORNGREN, Charles T ; FOSTER, George; DATAR, Srikant M.. **Contabilidade de Custos**. Tradução José Luis Paravato. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. **Cadastro Central de Empresas. As Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil, 2002**. Disponível em: <www.ibge.com.br/>. Acesso em: 25 jan. 2005.

_____. Diretoria de Pesquisas. **Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1976 – 2002, 1992 - 2002, 2001, 2000, 1998**. Disponível em: <www.ibge.com.br/home/estatistica/>. Acesso em: 28 dez. 2004

KAPLAN, Robert S. The role for empirical research in management accounting. **Accounting organization and Society**. V. 11, p. 429-452, 1986.

KEATING, P. J. A framework for classifying and evaluating the theoretical contributions of case research in management accounting. **Journal of Management Accounting Research**, v. 7, p. 66-73, 1995.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. Tradução Bazán Tecnologia e Linguística. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LINS, José Elmano Tavares. **Utilização das Informações de Custos na Definição de Preços e Mix de Produtos: Um Estudo de Caso em uma Empresa Têxtil do Nordeste Brasileiro.** Dissertação (Mestrado) - Programa Multiinstitucional e Inter-regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis. Recife, 2003.

MAGNUS, Stephen A.; SMITH, Dean G. Better Medicare cost report data are needed to help benchmark costs and performance. **Health Care Management Review.** V. 25, n. 4, p. 65-76, Fall 2000.

MAIA, Anselmo Carrera; BEZ Jr., Américo. Sistema de Saúde: Resgate Histórico, Evolução dos Compradores de Serviços. **Administração Hospitalar: instrumentos para a gestão profissional.** Luciane Lúcio Pereira, Claudia R. Galvão, Marcelo Chanes (orgs). Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Loyola, 2005.

MAIA, Anselmo Carrera; GIL, Antonio Carlos. Perfil do Administrador Hospitalar: Competências, formação e conhecimento do negócio. **Administração Hospitalar: instrumentos para a gestão profissional.** Luciane Lúcio Pereira, Claudia R. Galvão, Marcelo Chanes (orgs). Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Loyola, 2005.

MATOS, Afonso José de. **Gestão de Custos Hospitalares – técnicas, análises e tomada de decisão.** 2ª ed. São Paulo: STS, 2002.

MARTINS, Gilberto de Andrade; LINTZ, Alexandre. **Guia para Elaboração de Monografias e Trabalhos de Conclusão de Curso.** São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, Domingos. **Custos e Orçamentos Hospitalares.** São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Custeio Hospitalar por Atividades.** São Paulo: Atlas, 2002.

_____. Excelência em Custos Hospitalares. **Revista Hosp**, 1999, p. 49.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos.** São Paulo: Atlas, 2003.

MELO, Humberto Gomes de. Hospitais privados cobram mais recursos do SUS para Maceió. **O Jornal.** Maio 2003. Disponível em: < www.ojornal-al.com.br > . Acesso em: 04 jan. 2005.

MENSAH, Yaw M. Accounting issues in health care. **Journal of Accounting and Public Policy.** v. 19, p. 3-7, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Portaria nº 2.607**, de 10 dez. de 2004. Aprova Plano Nacional de Saúde/PNS. Diário Oficial da União nº 238 de 13 de dez. 2004.

_____, **Portaria nº 1.613**, de 09 set. de 2005. Altera valores de remuneração de procedimentos constantes da Tabela do Sistema de Informações Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS e dá outras providências. <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>. Acesso em: 20 dez. 2005.

_____, **Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde**. Brasília: 1979.

_____, **Construções e Instalações de Serviços de Saúde – Manual de Orientação**. Brasília, 1978.

MIRSHAWKA, Victor. **Hospital: fui bem atendido**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. **Auditoria de Enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2003.

NASCIMENTO, Diogo Toledo do. **Bases para a eficácia de sistema de custeio para gestão de preços**. Doutorado (Tese) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo São Paulo: USP, 1989.

NEGRINE, D.; KETTLE, A.; SHEPPARD, L.; MILLS, G.H.; EDBROOKE, D.L. The costs of a hospital ward in Europe: Is there a methodology available to accurately measure the costs? **Jornal of Health Organization and Managemet**. v. 18, p. 195-206, 2004.

NICZ, L. F. Médicos e Hospitais versus Gerenciamento da Assistência à Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 4, n. 13, p. 17-21, São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, Eduardo de. Hospitais fora da UTI. **Saúde Business Web**, 30 set. 2003. Disponível em: <www.saudebusinessweb.com.br>. Acesso em: 25 dez. 2004.

OLIVEIRA, Cícero de. **O hospital do futuro no Brasil**, 1998. Disponível em:<www.ciahospitalar.com.br>. Acesso nov. 1998.

PADUAN, Roberta. Quem ganha dinheiro com Saúde. **Revista Exame**. Ed. 833 nº 25, p. 52, 22 dez. 2004.

PANORAMA SETORIAL. Perfil do Setor Hospitalar Brasileiro. **Gazeta Mercantil S. A.**, 1988, Volume III, p. 17.

PEREZ JR, José H.; OLIVEIRA, Luis M; COSTA, Rogério Guedes. **Gestão Estratégica de Custos**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

PIRTOUSCHEG, N. M. **Influência do Sistema de Saúde na Gestão de Hospitais Filantrópicos no Alto do Vale do Paraíba – Um estudo de Caso**. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Administração da Universidade de Taubaté, 2003.

RIBEIRO FILHO, José Francisco. **Controladoria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2005.

SARDEMBERG, Carlos Alberto. A vida tem preço. E custa caro. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 20 jul. 2004. Disponível em: <www.anahp.com.br/>. Acesso em: 04 jan. 2005.

SENNA, P.G.M.. **O Setor Filantrópico no Sistema Único de Saúde: um estudo da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo, 2000.

SILVA, Antonio Carlos Ribeiro da. **Metodologia da Pesquisa Aplicada à Contabilidade**. São Paulo: Atlas, 2003.

SILVA, A. P. F; Souza, E.X; Miranda, L. C.; FALK, J. A. **Estudo dos Métodos de Custeio mais utilizados pelos Hospitais de Recife**. 2º Seminário USP de Contabilidade, v. 1, p.19 a 33, São Paulo, 2002.

SILVA, Edwin Pinto de La Sota; Costa, Patrícia de Souza. **Análise de Custos sob a visão da Gestão Estratégica: estudo de caso aplicado a Hospitais Universitários**. Anais do 10º Congresso Brasileiro de Custos e do VIII Congresso del Instituto Internacional de Costos, 2003.

SILVA, José Dionísio da. **Investigação da Prática Econômica da Atividade Hoteleira**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SIQUEIRA, Bruna. **ANS dá prazo a planos de Saúde. Folha de Pernambuco**, Recife, 13 dez. 2004. Disponível em: <www.antotecnologia.com.br/acmsexec/funcao>. Acesso em: 3 jan. 2005.

TRIVINÕS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

UDPA, Sunneel. Activity Based Costing for Hospital. **Health Care Management Review**. v.21, n.3, p. 83-97, Summer 1996.

VASSALO, Cláudia. Por que os preços cobrados pelos hospitais brasileiros são tão altos? **Revista Exame**, maio de 1997.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Tradução Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANELLA, Luiz Carlos. **Administração de Custos em Hotelaria**. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA COLETA DOS DADOS

O presente roteiro foi dividido em três etapas, conforme o seguinte detalhamento:

I - Entrevistas

- a) Administrador – buscou-se identificar a estrutura organizacional, a natureza da prestação de serviços e os produtos dela resultantes e mecanismos para tomada de decisões;
- b) Contador – objetivando conhecer a sistemática dos registros contábeis, com ênfase nas receitas e despesas operacionais e identificação da adoção do sistema de custos utilizado pela instituição;
- c) Encarregados dos setores da Instituição Hospitalar que direta ou indiretamente estavam relacionados à hotelaria hospitalar.

II – Identificação dos Custos por Centro de Custos

- a) Identificar os centros de custos produtivos, auxiliares e administrativos;
- b) Identificar os insumos (recursos humanos, materiais, medicamentos, gêneros alimentícios, material de expediente, higienização e limpeza, material de consumo, água, telefone, seguros, depreciação, impostos e taxas e outros).
- c) Identificar os custos diretos e indiretos;
- d) Alocar os custos diretos;
- e) Estabelecer critérios de rateios para os custos indiretos;
- f) Ratear os custos indiretos;
- g) Ratear os custos dos centros auxiliares e administrativos para os produtivos;
- h) Apurar o custo da diária.

III – Opiniões Diversas

- a) Buscou-se registrar comentários realizados por outros profissionais da instituição ocorridos no decorrer das etapas anteriores.

APÊNDICE B - APURAÇÃO DOS CUSTOS TOTAIS DOS CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVOS

DESCRÇÃO	TOTAL (média)		CENTRO DE CUSTOS PRODUTIVOS					CENTRO DE CUSTOS AUXILIARES E ADMINISTRATIVOS					TOTAL				
	Unid. Intern.	Unid. Extern.	UIT	Centro Cirúrg.	SADT	SFA	CME	C. Emérg.	Farmácia	Nutrição	Lavanderia	Hig./Limpeza	Almoxarifado	Mantença	Administ. Geral	Área Comum	
			Unid. Intern.	Unid. Extern.	UIT	Centro Cirúrg.	SADT	SFA	CME	C. Emérg.	Farmácia	Nutrição	Lavanderia	Hig./Limpeza	Almoxarifado	Mantença	Administ. Geral
I - ALOCAÇÃO DOS CUSTOS DIRETOS E INDIRETOS POR CENTROS DE CUSTOS																	
CUSTOS DIRETOS:																	
PESSOAL	336.787,74	40.675,60	37.837,75	18.933,29	63.111,31	29.759,97	10.284,86	3.953,69	10.813,68	14.192,50	8.281,40	17.381,02	1.667,00	6.697,15	73.198,51	-	336.787,74
Próprio	244.514,24	40.675,60	37.837,75	18.933,29	49.689,06	29.759,97	10.284,86	3.953,69	10.813,68	2.592,50	0	0	1.667,00	6.697,15	31.609,69	-	244.514,24
Terceirizado	92.273,50	-	-	-	13.422,25	-	-	-	-	11.600,00	8.281,40	17.381,02	-	-	41.588,82	-	92.273,50
SERVIÇOS DE TERCEIROS	39.063,16	1.896,89	949,45	1.110,20	18.666,34	62,53	577,61	29,90	52,72	49,74	1.200,00	-	181,22	773,95	12.942,61	-	39.063,16
Outros Serviços Terceiros	39.063,16	1.896,89	949,45	1.110,20	18.666,34	62,53	577,61	29,90	52,72	49,74	1.200,00	-	181,22	773,95	12.942,61	-	39.063,16
MAT/MED/NÃO REEMB.	51.946,90	5.184,62	430,88	438,48	16.080,90	553,06	417,96	73,14	542,21	9.629,72	2.465,71	3.070,25	43,26	9.105,96	3.910,74	-	51.946,90
Material de Consumo	51.946,90	5.184,62	430,88	438,48	16.080,90	553,06	417,96	73,14	542,21	9.629,72	2.465,71	3.070,25	43,26	9.105,96	3.910,74	-	51.946,90
CUSTOS INDIRETOS:																	
DESPESAS GERAIS	61.676,24	9.537,86	4.886,17	7.146,33	11.043,56	6.409,19	1.191,19	286,63	779,78	2.154,08	1.203,50	50,96	1.239,65	221,71	8.339,52	7.186,10	61.676,24
Água	659,41	86,14	35,73	42,89	104,01	56,31	12,09	3,86	6,82	28,88	15,59	1,40	14,96	1,40	46,19	203,14	659,41
Telefone	5.841,15	573,60	25,12	25,70	516,94	1.139,16	39,14	4,67	101,05	170,56	10,90	-	14,60	146,61	3.073,10	-	5.841,15
Energia	23.893,55	4.827,33	2.931,13	2.417,14	5.598,31	2.945,02	368,13	138,92	382,02	750,15	347,29	6,95	701,53	20,84	1.666,97	791,82	23.893,55
Diversos	813,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	813,61	-	813,61
Seguro do Preço	967,00	126,32	52,39	62,90	152,52	82,59	17,73	5,67	10,00	42,35	22,85	2,05	21,94	2,05	67,74	297,90	967,00
Depreciação	29.501,52	3.924,47	1.841,80	4.597,70	4.671,78	2.186,11	754,10	133,51	279,89	1.162,14	806,87	40,56	486,62	50,81	2.671,92	5.893,24	29.501,52
Bens Móveis	10.371,73	1.425,60	805,34	3.353,42	1.654,45	552,35	403,41	21,35	82,14	324,43	354,59	-	52,53	10,25	1.331,87	-	10.371,73
Bens Imóveis	19.129,79	2.498,87	1.036,46	1.244,28	3.017,33	1.633,76	350,69	112,16	197,75	837,71	452,28	40,56	434,09	40,56	1.340,05	5.893,24	19.129,79
IMPOSTOS E TAXAS	4.778,35	624,18	258,89	310,80	753,69	408,09	87,60	28,02	49,40	209,25	112,97	10,13	108,43	10,13	334,72	1.472,05	4.778,35
Impostos, taxas e contribuições	4.778,35	624,18	258,89	310,80	753,69	408,09	87,60	28,02	49,40	209,25	112,97	10,13	108,43	10,13	334,72	1.472,05	4.778,35
TOTAL	494.252,38	57.919,15	44.363,14	27.939,11	109.658,80	37.762,83	12.559,21	4.371,38	12.237,79	26.235,29	13.263,58	20.512,36	3.239,57	16.808,91	98.726,11	8.658,15	494.252,38
CPMF (1)	2.978,11	346,00	272,48	149,57	672,73	227,97	75,65	27,16	76,63	160,67	79,82	131,18	17,64	107,39	615,51	17,72	2.978,11
CUSTO TOTAL	526.732,02	62.189,61	46.477,42	32.686,38	115.000,31	40.176,92	13.388,96	4.532,05	12.594,30	27.558,10	14.150,27	20.684,11	3.743,83	16.967,11	102.013,54	14.569,11	526.732,02
II - RATEIO DOS CENTROS AUXILIARES PARA OS CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVOS																	
Área Comum	1.687,54	1.406,28	1.012,53	2.475,06	1.687,54	1.687,54	731,27	168,75	562,51	1.012,53	450,01	1.068,78	112,50	337,51	1.856,30	(14.569,11)	1.687,54
Administração Geral	13.788,03	11.490,03	8.272,82	20.222,45	13.788,03	13.788,03	5.974,81	1.378,80	4.596,01	8.272,82	3.676,81	8.732,42	919,20	2.757,61	(103.869,84)	-	13.788,03
Mantença	8.916,55	1.114,57	4.458,26	1.114,57	1.114,57	1.114,57	1.114,57	-	-	1.114,57	1.114,57	-	-	(20.062,23)	-	-	8.916,55
Almoxarifado	431,99	325,47	218,95	1.603,68	603,60	603,60	254,46	41,42	384,65	372,81	260,37	278,13	(4.775,53)	-	-	-	431,99
Higienização e Limpeza	6.754,37	2.801,55	3.363,33	8.155,74	4.416,06	4.416,06	947,90	303,11	534,52	2.264,31	1.222,55	(30.766,44)	-	-	-	-	6.754,37
Lavanderia	8.447,92	3.170,80	4.749,83	878,81	3.627,22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.447,92
Nutrição	25.370,74	4.375,05	1.752,24	1.524,90	3.251,23	1.996,12	1.342,47	982,39	(40.595,14)	-	-	-	-	-	-	-	25.370,74
Farmácia	8.443,96	3.143,35	5.003,33	216,05	7.287,34	63,35	-	-	(19.684,38)	-	-	-	-	-	-	-	8.443,96
Coordenação Enfermagem	1.777,10	1.645,47	1.184,73	724,01	1.579,65	853,64	-	-	(7.666,60)	-	-	-	-	-	-	-	1.777,10
CME	7.808,47	5.023,79	8.259,45	542,43	3.692,94	(25.327,08)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.808,47
TOTAL DOS RATEIOS DOS CENTROS AUX. E ADMINSTR.	83.426,67	34.496,36	33.772,47	37.457,70	41.048,18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83.426,67
CUSTO TOTAL	526.732,02	1.45.616,28	80.973,78	66.458,85	81.225,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	526.732,02

(1) Para o cálculo do CPMF, foi excluído o valor da depreciação.
Obs.: Para efeito de cálculo do custo da diária, foram considerados como custo variável o material de consumo - e como semivariável o telefone e a energia, sendo que a parte fixa do telefone e a energia correspondem a 13%.

APÊNDICE C - APURAÇÃO DOS CUSTOS VARIÁVEIS DOS CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVOS

DESCRIÇÃO	CENTRO DE CUSTOS PRODUTIVOS				CENTRO DE CUSTOS AUXILIARES E ADMINISTRATIVOS										TOTAL	
	Unid. Intern.	UTI	Centro Cir.	SADT	SPA	CME	C. Inform.	Farmácia	Nutrição	Lavanderia	Hig. Limpeza	Manutenção		Administr. Geral		Area Comum
												Almoxarifado	Manutenção			
I - ALOCAÇÃO DOS CUSTOS DIRETOS E INDIRETOS POR CENTROS DE CUSTOS																
CUSTOS DIRETOS:																
PESSOAL	336.787,74	40.675,60	37.837,75	18.933,29	63.111,31	29.759,97	10.284,86	3.953,69	10.813,68	14.192,50	8.281,40	17.381,02	1.667,00	6.697,15	73.198,51	336.787,74
Próprio	244.514,24	40.675,60	37.837,75	18.933,29	49.689,06	29.759,97	10.284,86	3.953,69	10.813,68	2.592,50	0	0	1.667,00	6.697,15	31.609,69	244.514,24
Terceirizado	92.273,50				13.422,25					11.600,00	8.281,40	17.381,02			41.588,82	92.273,50
SERVÇOS DE TERCEIROS	39.063,16	1.896,89	949,45	1.110,20	18.666,34	632,53	577,61	29,90	52,72	49,74	1.200,00	-	181,22	773,95	12.942,61	39.063,16
Outros Serviços Terceiros	39.063,16	1.896,89	949,45	1.110,20	18.666,34	632,53	577,61	29,90	52,72	49,74	1.200,00	-	181,22	773,95	12.942,61	39.063,16
MATMIED NÃO REEMB.	51.946,90	5.194,62	430,88	438,48	16.080,90	553,06	417,96	73,14	542,21	9.629,72	2.465,71	3.070,25	43,26	9.105,96	3.910,74	51.946,90
Material de Consumo	51.946,90	5.194,62	430,88	438,48	16.080,90	553,06	417,96	73,14	542,21	9.629,72	2.465,71	3.070,25	43,26	9.105,96	3.910,74	51.946,90
CUSTOS INDIRETOS:																
DESPESAS GERAIS	61.676,23	9.537,86	4.896,17	7.146,33	11.043,56	6.409,19	1.191,19	286,63	779,78	2.154,08	1.203,50	50,96	1.239,65	221,71	8.339,52	61.676,23
Água	659,41	86,14	35,73	42,89	104,01	56,31	12,09	3,86	6,82	28,88	15,59	1,40	14,96	1,40	46,19	659,41
Telefone	5.841,15	573,60	25,12	25,70	516,94	1.139,16	39,14	4,67	101,05	170,56	10,90	-	14,60	146,61	3.073,10	5.841,15
Energia	23.893,55	4.827,33	2.831,13	2.417,14	5.698,31	2.945,02	3.681,13	138,92	382,02	750,15	347,29	6,95	701,53	20,84	1.666,97	23.893,55
Diversos	813,61														813,61	813,61
Seguro do Prédio	967,00	126,32	52,39	62,90	152,52	82,59	177,73	5,67	10,00	42,35	22,85	2,05	21,94	2,05	67,74	967,00
Depreciação	29.801,52	3.924,47	1.841,80	4.597,70	4.671,78	2.186,11	754,10	133,51	279,89	1.162,14	905,87	40,56	486,62	50,81	2.671,92	29.801,52
Bens Móveis	10.371,73	1.425,60	805,34	3.353,42	1.654,45	552,35	403,41	21,35	82,14	324,43	354,59	-	52,53	10,25	1.331,87	10.371,73
Bens Imóveis	19.129,79	2.498,87	1.036,46	1.244,28	3.017,33	1.633,76	350,69	112,16	197,75	837,71	452,28	40,56	434,09	40,56	1.340,05	19.129,79
IMPOSTOS E TAXAS	4.778,35	624,18	258,89	310,80	753,69	408,09	87,60	28,02	49,40	209,25	112,97	10,13	108,43	10,13	334,72	4.778,35
Impostos, taxas e contribuições	4.778,35	624,18	258,89	310,80	753,69	408,09	87,60	28,02	49,40	209,25	112,97	10,13	108,43	10,13	334,72	4.778,35
TOTAL	494.352,38	57.919,15	44.363,14	27.939,11	109.655,80	37.762,83	12.559,21	4.371,36	12.237,79	26.235,29	13.263,58	20.512,36	3.239,57	16.808,91	96.726,11	494.352,38
CPMF (1)	2.978,11	346,00	272,48	149,57	672,73	227,97	75,65	27,16	76,63	160,67	79,82	131,18	17,64	107,39	615,51	2.978,11
CUSTO TOTAL (FIXO + VARIÁVEL)	526.732,01	62.189,61	46.477,42	32.686,38	115.000,31	40.176,92	13.388,96	4.532,05	12.594,30	27.556,10	14.150,27	20.684,11	3.743,83	16.967,11	102.013,54	526.732,01
CUSTOS VARIÁVEIS	77.816,09	9.883,43	3.002,81	2.563,75	21.401,17	4.106,29	772,29	198,07	962,48	10.430,74	2.777,33	3.076,30	666,30	9.251,64	8.034,60	77.816,09
CPMF (parte variável)	466,07	59,20	17,99	15,36	128,18	24,59	4,63	1,19	5,76	62,47	16,53	18,43	3,99	55,41	48,12	466,07
TOTAL CUSTOS VARIÁVEIS	78.282,16	9.942,62	3.020,80	2.579,11	21.529,35	4.130,89	776,91	199,26	968,25	10.493,21	2.793,97	3.094,72	670,29	9.307,06	8.082,72	78.282,16
Área Comum	80,27	66,90	46,16	117,73	80,27	34,78	8,03	21,41	26,76	46,16	21,41	50,84	5,35	16,05	88,30	(693,01)
Administração Geral	1.084,65	903,88	650,79	1.590,82	1.084,65	470,01	108,46	361,65	650,79	289,24	686,94	72,31	216,93	-	(8.171,02)	
Manutenção	4.240,02	530,00	530,00	530,00	530,00	530,00	530,00	-	530,00	530,00	530,00	-	-	(9.540,04)		
Almoxarifado	67,66	50,98	34,29	251,17	94,54	39,85	6,49	60,24	58,39	40,78	43,56	-	-	(747,95)		
Higienização e limpeza	851,02	352,98	423,77	1.027,58	556,41	119,43	38,19	67,35	285,29	154,04	-	-	-	-	(3.829,44)	
Lavanderia	1.549,77	581,68	871,36	161,22	665,41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nutrição	7.540,79	1.300,37	520,80	453,24	966,34	593,30	399,01	291,89	-	(12.065,84)	-	-	-	-	-	
Farmácia	763,07	284,06	45,21	19,52	658,55	5,73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Coorden. Enfermagem	173,77	160,89	115,85	70,80	154,46	63,67	(759,44)	-	-	-	-	-	-	-	-	
CME	818,14	526,38	865,40	56,83	396,93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL DOS RÁTEOS DOS CENTROS AUX. E ADMIN.	17.169,16	4.756,12	5.695,65	4.276,91	5.177,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
CUSTO TOTAL	78.282,17	27.111,78	7.778,92	8.274,76	25.806,26	9.308,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

(1) Para o cálculo do CPMF, foi excluído o valor da depreciação

ANEXO

INSTITUIÇÃO HOSPITALAR - Anexo A

