

Proposta de uma sistemática para apuração e análise de resultado para tomada de decisão em hospitais

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

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

Antonio Cezar Bornia (UFSC) - cezar@inf.ufsc.br

Resumo:

O objetivo deste artigo é apresentar uma sistemática para apuração e análise de resultado para uma conseqüente tomada de decisão em hospitais. As pesquisas de custos encontradas na literatura têm se concentrado na escolha e aplicação dos métodos de custeio (ABC, RKW), sem, porém, dar a devida importância à utilização do método para gerar resultados para a tomada de decisão. Inicialmente são elencados no artigo alguns trabalhos, suas propostas e as críticas elaboradas pelos autores. Em seguida é apresentada uma sistemática composta de 14 etapas que devem ser realizadas de forma seqüenciada. O método escolhido foi o RKW (método de centro de custos), pois diante da complexidade deste tipo de organização, se apresenta como o mais ideal. Com a utilização desta sistemática é possível, dentre outros, apurar o custo por procedimento, a receita por procedimento, os serviços que geram lucro e os que não geram, a margem de contribuição, os procedimentos que apresentam melhores resultados bem como os que apresentam resultados insatisfatórios, e os convênios que representam melhores resultados para o hospital.

Palavras-chave: *Hospitais. Análise de Resultado. Tomada de Decisão.*

Área temática: *Gestão de Custos nas Empresas de Comércio e de Serviços*

Proposta de uma sistemática para apuração e análise de resultado para tomada de decisão em hospitais

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar uma sistemática para apuração e análise de resultado para uma conseqüente tomada de decisão em hospitais. As pesquisas de custos encontradas na literatura têm se concentrado na escolha e aplicação dos métodos de custeio (ABC, RKW), sem, porém, dar a devida importância à utilização do método para gerar resultados para a tomada de decisão. Inicialmente são elencados no artigo alguns trabalhos, suas propostas e as críticas elaboradas pelos autores. Em seguida é apresentada uma sistemática composta de 14 etapas que devem ser realizadas de forma seqüenciada. O método escolhido foi o RKW (método de centro de custos), pois diante da complexidade deste tipo de organização, se apresenta como o mais ideal. Com a utilização desta sistemática é possível, dentre outros, apurar o custo por procedimento, a receita por procedimento, os serviços que geram lucro e os que não geram, a margem de contribuição, os procedimentos que apresentam melhores resultados bem como os que apresentam resultados insatisfatórios, e os convênios que representam melhores resultados para o hospital.

Palavras-chave: Hospitais. Análise de Resultado. Tomada de Decisão.

Área Temática: Gestão de Custos nas Empresas de Comércio e de Serviços.

1 Introdução

Entre as diversas organizações cuja presença caracteriza a sociedade moderna, uma se sobressai pela complexidade das tarefas que a comunidade lhe impôs – o hospital. O hospital tem sido, e continua a ser, uma das mais complexas organizações existentes.

O hospital moderno é uma organização quase completa, em termos da área da saúde. Ele agrupa uma equipe de profissionais médicos, paramédicos e administradores qualificados, e incorpora o avanço constante dos conhecimentos, das aptidões, das tecnologias da medicina e dos aspectos finais destas tecnologias representados pelas instalações e equipamentos.

Até a década de 50, o Estado ocupava-se apenas das ações de atenção à saúde, restritas ao saneamento e ao controle de endemias, sendo os recursos destinados de acordo com a capacidade financeira de cada país. Nesta época, a assistência médica, que até então era financiada pelos próprios pacientes ou por entidades filantrópicas e de caridade, começou a ser incorporada às atribuições do Estado (CALVO, 2002).

Como conseqüência do aumento dos gastos públicos no mundo, variando de 2% a 5% do Produto Interno Bruto em 1960 para 6% a 12% no final dos anos 80, o setor de saúde passou a ter uma grande importância econômica. Isto se deu de forma mais evidente nos países desenvolvidos e gerou preocupações quanto às formas de financiamento destes gastos, dado que a política social de cada país é restrita às suas práticas de tributos e que aumentos de gastos públicos geram necessidade de aumento de impostos, nem sempre absorvidos pacificamente pela população (CALVO, 2002).

Com os vultosos gastos mundiais com saúde, também se faz presente a má alocação e distribuição injusta dos recursos. Em 1990, a despesa pública e privada com serviços de saúde foi de aproximadamente US\$ 1,7 trilhão, ou 8% do produto total mundial. Os países de alta renda consumiram quase 90% dessa quantia – um gasto médio de US\$ 1.500 por habitante.

Já, os países em desenvolvimento gastaram cerca US\$ 170 bilhões, ou 4% do seu produto nacional bruto – um gasto médio de US\$ 41 por habitante, o que corresponde a menos de um trinta avos do montante gasto pelos países de alta renda (LIMA, 1997).

Com chegada dos anos 90, a crise econômica e as opções políticas do novo governo provocam a retração dos gastos com as políticas sociais, marcando o início de um novo declínio no financiamento público do setor. A quantidade bruta de recursos ao setor voltou aos níveis do início dos anos 80.

Em 2000, nos países de baixa renda o gasto público na saúde representava, em média, 1% do PIB em comparação com 6% nos países de alta renda. Os países ricos gastam US\$ 2.700 por pessoa nos cuidados da saúde per capita, enquanto os países africanos gastam apenas US\$ 29 per capita e alguns até mesmo US\$ 6 por pessoa. A despesa total em cuidados da saúde nos Estados Unidos foi de US\$1,3 trilhão ou 13% do PIB e representou 43% da despesa global total na saúde. As economias de baixa renda gastaram apenas US\$45 bilhões (GRUPO BANCO MUNDIAL, 2007).

Diante dessa realidade de gastos crescentes na área de saúde e dada a crise fiscal do Estado, países desenvolvidos começam a buscar alternativas que permitam um maior controle de custos.

No Brasil, porém, não existem hospitais que cobrem taxas com embasamento técnico, ou seja, os custos dos procedimentos são desconhecidos. Para Afonso de Matos, professor de custos hospitalares da FGV (Fundação Getúlio Vargas) e diretor da PLANISA (Planejamento e Organização de Instituições de Saúde) consultoria especializada em gestão de saúde, o modelo utilizado no Brasil, na forma de conta aberta, tende a desaparecer em longo prazo. A migração para outras alternativas deve acontecer de forma lenta por conta da necessidade de estruturação de operadoras e hospitais, afirma. O mais natural é a remuneração por procedimentos que o mercado denomina pacotes. Mas é factível apenas para instituições que provam a integração da gestão médica com a gerencial (FEE, 2006).

Já em 1998, Baumgartner (1988) dizia que a era do empirismo na gestão hospitalar estava com seus dias contados. As ferramentas administrativas e financeiras já eram cada vez mais necessárias. Já se falava em planejamento financeiro, fluxo de caixa e outras ferramentas simples, porém de grande utilidade para a administração do negócio. Dentre estas ferramentas, a questão dos custos hospitalares também já era de extrema importância.

A literatura hospitalar, especialmente a partir de 1995, tem apresentado ferramentas de gestão que objetivam o conhecimento, a redução e o controle de custos na saúde. Várias teses (MATOS, 2007; ABBAS, 2008), dissertações (PATTIO, 2001; ABBAS, 2001; VARGAS, 2002; MARTINS, 2002b; ROCHA, 2004), artigos (CANBY, 1995; EDBROOKE et al., 1997; GARATTINI; GIULIANI; PAGANO, 1999; LI; BENTON, 2003; NEGRINI et al., 2004;) e livros (BAKER, 1998; MARTINS, 2001; FALK, 2001; CHING, 2001; MARTINS, 2002a) abordam o problema do crescimento da demanda nos serviços hospitalares, da escassez de recursos, da má administração, dos desconhecimentos dos custos realmente incorridos, além da mensuração dos custos pelas metodologias tradicionais fornecerem informações distorcidas.

Porém, não foram encontrados trabalhos que tratem da importância e da necessidade da utilização de uma metodologia de custeio para geração de resultados. Assim, as aplicações de metodologias de custeio verificadas na literatura não parecem contribuir para a análise do resultado de um procedimento hospitalar. Vários hospitais contam com sistemas de custos, porém, de forma geral, estes não são utilizados para tomada de decisão.

Em face do exposto, este artigo apresenta uma sistemática para apuração e análise de resultado para tomada de decisão.

2 Pesquisas de custos

Muitas das pesquisas e debates sobre custos têm se concentrado na aplicação dos métodos de custeio, sem, porém, dar a devida importância à utilização do método para gerar resultados para a tomada de decisão. No quadro 1, estão elencados alguns destes trabalhos com a respectiva crítica.

Autores	Proposta	Crítica
Baumgartner (1998)	Defendeu a utilização do método de custeio ABC e desenvolveu um caso prático apurando o custo do paciente-dia da UTI (Unidade de tratamento intensivo) de um hospital de emergência tanto pelo método RKW quanto pelo ABC.	A aplicação não analisa o resultado, o autor apenas aplica os dois métodos para o cálculo do paciente-dia.
Pattio (2001)	Analisou de que maneira o sistema ABC aperfeiçoa a função de controle da gestão hospitalar e influencia o controle organizacional de um hospital.	O método ABC só pode ser utilizado em áreas mais problemáticas de hospitais, é inviável a utilização na organização como um todo.
Abbas (2001)	Defendeu a utilização do método ABC para o hospital e o utilizou para o cálculo do quilograma da roupa lavada do Setor de Processamento de Roupas de um hospital de ensino.	A problemática do trabalho da autora aborda o crescimento dos gastos na área de saúde e as limitações impostas pelos tomadores de serviços. Porém, o Setor de Processamento de Roupas de um Hospital tem a característica de uma indústria. É inviável a adoção do método para o hospital todo, visto ser uma organização muito complexa.
Vargas (2002)	Aplicou o método de custeio ABC em três procedimentos específicos de um hospital: colecistectomia, revascularização do miocárdio e endarterectomia, defendendo sua utilização a todos os setores do hospital.	O ABC é um instrumento gerencial oportuno em algumas áreas de hospital. Porém, a adoção do método para o hospital todo, como defende o autor, é muito complexa e envolveria muitos recursos.
Martins (2002b)	Propõe a construção de um modelo de gestão de resultados para serviços hospitalares. Esse modelo apoiou-se na gestão de processos, tendo o método de custeio ABC para custear as atividades e os objetos de custos.	A proposta era de aplicar num hospital como um todo e analisar o resultado de todas as áreas produtivas. Porém, a aplicação foi feita apenas no setor de hemodinâmica. Além disso, foi utilizado o ABC (muito complexo para ser aplicado integralmente em um hospital).
Rocha (2004)	Identificou a possibilidade de aplicação dos princípios e métodos de custeio adaptados às organizações hospitalares e descreveu as dificuldades encontradas na implantação de tais sistemas de custos, analisando formas de fugir a estas dificuldades.	A pesquisa da autora identifica as dificuldades na aplicação dos sistemas. Porém, faltou informação quanto à efetiva utilização dos resultados da implantação.

Fonte: elaborado pelos autores

Quadro 1 – Dissertações sobre custos hospitalares

3 Proposta de sistemática para análise de resultado

Segundo Martins (2000), existe uma profusão de técnicas e conhecimentos referentes à utilização de metodologias de custos e à gestão de custos. Tais práticas estão consolidadas há anos. Nasceram inicialmente nas empresas industriais e mais tarde se estenderam às empresas de serviços. Termos como custo-padrão, ABC (*Activity Based Costing*), método dos centros de custos - RKW (*Reichskuratorium für Wirtschaftlichkeit*), ABM (*Activity Based Management*), dentre outros, são relativamente comuns nas empresas industriais e de serviços.

Porém, esses conceitos são poucos explorados na área hospitalar. A organização hospitalar é um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligados que o funcionamento de um componente interfere em todo conjunto e no resultado final.

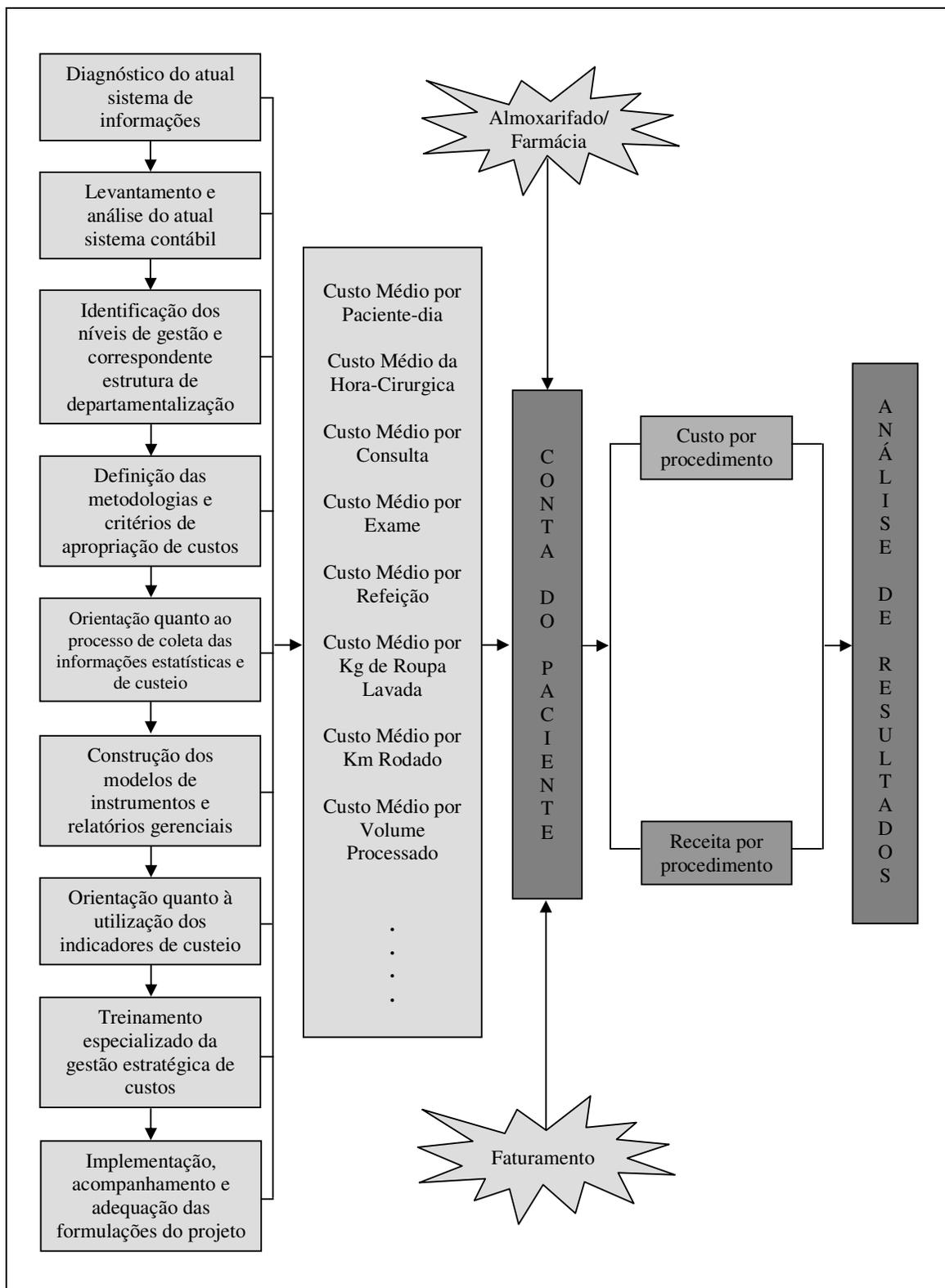
As condições impostas pelo mercado estão sinalizando a necessidade de melhores padrões de eficiência na utilização dos recursos alocados às atividades operacionais de um hospital. Para o exercício da gestão que assegure o alcance de níveis de desempenho adequados, o hospital não poderá prescindir de informações de custos que tenham qualificações gerenciais, ou seja, que realmente contribuam para o processo de avaliação e tomada de decisão (MATOS, 2005).

O foco da análise gerencial deve ser trabalhado por meio da Apuração do Resultado. Para obter o resultado, é necessário um método de apuração de custos hospitalares na instituição.

A figura 1 apresenta uma sistemática para apuração do resultado. A sistemática proposta, criada através da literatura e também da vivência prática dos autores em seus trabalhos de consultorias, está estruturada em várias etapas que devem ser realizadas de forma seqüenciada. O método escolhido é o RKW, composto de duas fases: na 1ª, divide-se a empresa em centros de custos e distribuem-se todos os itens de custos a serem alocados aos produtos nestes centros, com bases de distribuição, conseguindo-se, desta forma, os custos totais do período para cada centro de custos; na 2ª fase, os custos são alocados dos centros aos produtos. Os centros de custos são determinados por fatores de organização, localização, responsabilidade e homogeneidade (BORNIA, 2004).

A seguir apresenta-se uma descrição breve das etapas da figura 1.

- diagnóstico do atual sistema de informações: é fundamental a existência de um amplo sistema de informações sobre as atividades hospitalares que colete e organize os dados relativos à produção de serviços da unidade. Caso não haja no hospital, propõe-se uma série de melhorias para a sua existência;
- levantamento e análise do atual sistema contábil: visa avaliar quais informações do sistema contábil poderão ser utilizadas pelo sistema de apuração de custos. As contas a serem utilizadas no sistema de apuração de custos devem ser programadas em conformidade com o plano de contas do hospital. A definição do elenco de contas representa uma etapa importante no processo de constituição de um sistema de custos. As contas utilizadas para a apuração do custo devem refletir uma resenha de itens de custos relevantes, gerenciais e simples, de modo a ser compreendido pelos níveis gerenciais e/ou encarregados de departamento;

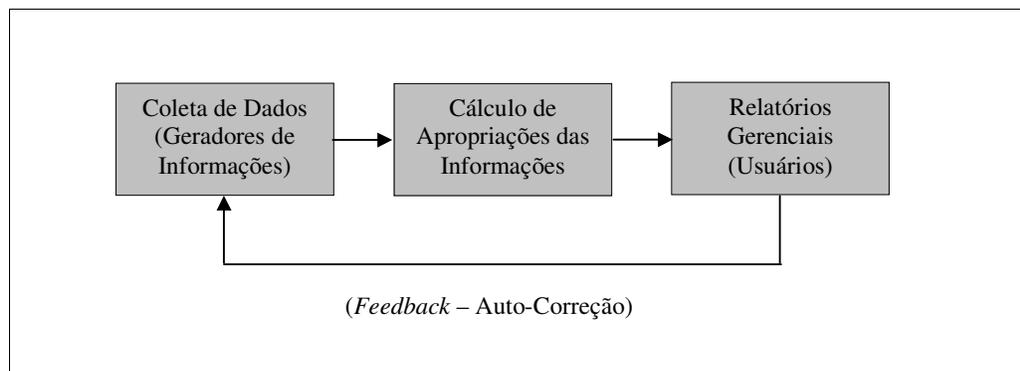


Fonte: elaborado pelos autores

Figura 1 – Sistemática para apuração do resultado

- identificação dos níveis de gestão e correspondente estrutura de departamentalização: para um adequado acompanhamento dos custos com enfoque gerencial, é conveniente a estruturação do hospital em centros de custos, consistindo de uma segregação que facilita o controle dos custos, tanto em nível da unidade, como da administração superior. O organograma é um elemento facilitador na implantação de um sistema de apuração de custos, pois, define a estrutura organizacional da unidade, ou seja, identifica os níveis de gestão. Para a implantação e manutenção de um sistema de apuração de custos hospitalares na instituição, considera-se também como condição necessária à organização de um departamento de custos e a utilização de um *software*. Com o *software* todo o processo de apuração de custos será informatizado, reduzindo o tempo de apuração e eliminando os erros que são muitos freqüentes quando o processo é manual. A organização de um departamento de custos é de fundamental importância para a apuração contínua e sistematizada dos custos de uma unidade hospitalar. O funcionamento do departamento de custos depende, essencialmente, do bom funcionamento dos demais setores da unidade, em relação à coleta e fornecimento das informações requeridas e necessárias. O departamento de custos deverá operar coordenadamente com os setores responsáveis pelas estatísticas hospitalares e com os setores geradores de informações;
- definição das metodologias e critérios de apropriação de custos: à medida que todas as informações estejam preparadas e à disposição do departamento de custos, passa-se à etapa de registro, cálculo dos rateios e apropriações das informações recebidas, em uma planilha de custos especialmente preparada para esta finalidade. Para a elaboração da planilha de custos devem ser registrados os custos diretos em cada um dos centros de custos. Estes custos diretos são encontrados nos relatórios de coleta de dados e consistem dos custos de pessoal, consumo de materiais e despesas gerais. Os custos indiretos, que são os itens de custos para os quais não há uma alocação direta aos centros de custos, exigem a adoção de fórmulas de rateio pertinentes a cada caso para a apropriação aos diferentes centros de custos constantes da planilha de custos do Hospital. Após este registro, cálculo dos rateios e apropriações, os dados deverão ser analisados e interpretados, gerando informações lapidadas para tomada de decisão e gerenciamento em todos os níveis da instituição;
- orientação quanto ao processo de coleta das informações estatísticas e de custeio: o sistema de custos, com a apropriação por centros de custos, compreende a geração de dados econômicos e estatísticos que, após o processamento sob as orientações conceituais pertinentes a esta metodologia, permitirão a emissão de relatórios gerenciais relevantes ao processo de gestão. Para que o sistema receba informações adequadas e qualificadas é necessário um esforço do profissional responsável pelo processamento das informações, desenvolvendo um trabalho de planejamento e seleção dos dados de forma consistente e objetiva. Após os dados estarem definidos, os setores envolvidos na geração dos dados deverão ser organizados e treinados na implementação e posteriormente devem ser regularmente avaliados para a efetiva validação da informação;
- construção de modelos de instrumentos e relatórios gerenciais: na Gestão Estratégica de Custos, as informações na forma de relatórios de custos são disseminadas a todos os níveis da organização com o envolvimento e participação das chefias, gerências e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados para o setor; e

com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia. O profissional responsável pelo bom desempenho das informações de custos deve envolver-se ativamente com os usuários no processo inicial (coleta de dados) e na conclusão através dos relatórios gerenciais. A área de custos deve transmitir ao usuário qual a melhor forma para utilizar bem a informação recebida, além de passar noções de custos e técnicas de análise. O usuário, por sua vez, retribui à área de custos com informações sobre o processo produtivo do setor. Este relacionamento entre as partes deve ser constante a fim de se aperfeiçoar o sistema de custos, gerar informações de qualidade e envolver o usuário no sistema. Todos os setores devem estar preparados e treinados para gerar informações de qualidade e fidedignas ao sistema, desde informações monetárias ou estatísticas até informações estruturais e/ou operacionais que podem passar despercebidas à área de custos (mudança na área física do setor, alteração de funcionários, mudança no processo produtivo, etc.). Muitos setores que recebem as informações (relatórios gerenciais) para análise são os mesmos que geram os dados para a consecução do sistema (coleta de dados). Com esse envolvimento, caso os dados cheguem de forma insatisfatória e/ou atrasados, à área de custos processará dados incorretos e os usuários da informação receberão os relatórios com falhas motivadas muitas vezes por eles mesmos, desta forma subentende-se que o processo gera uma auto-correção (figura 2);



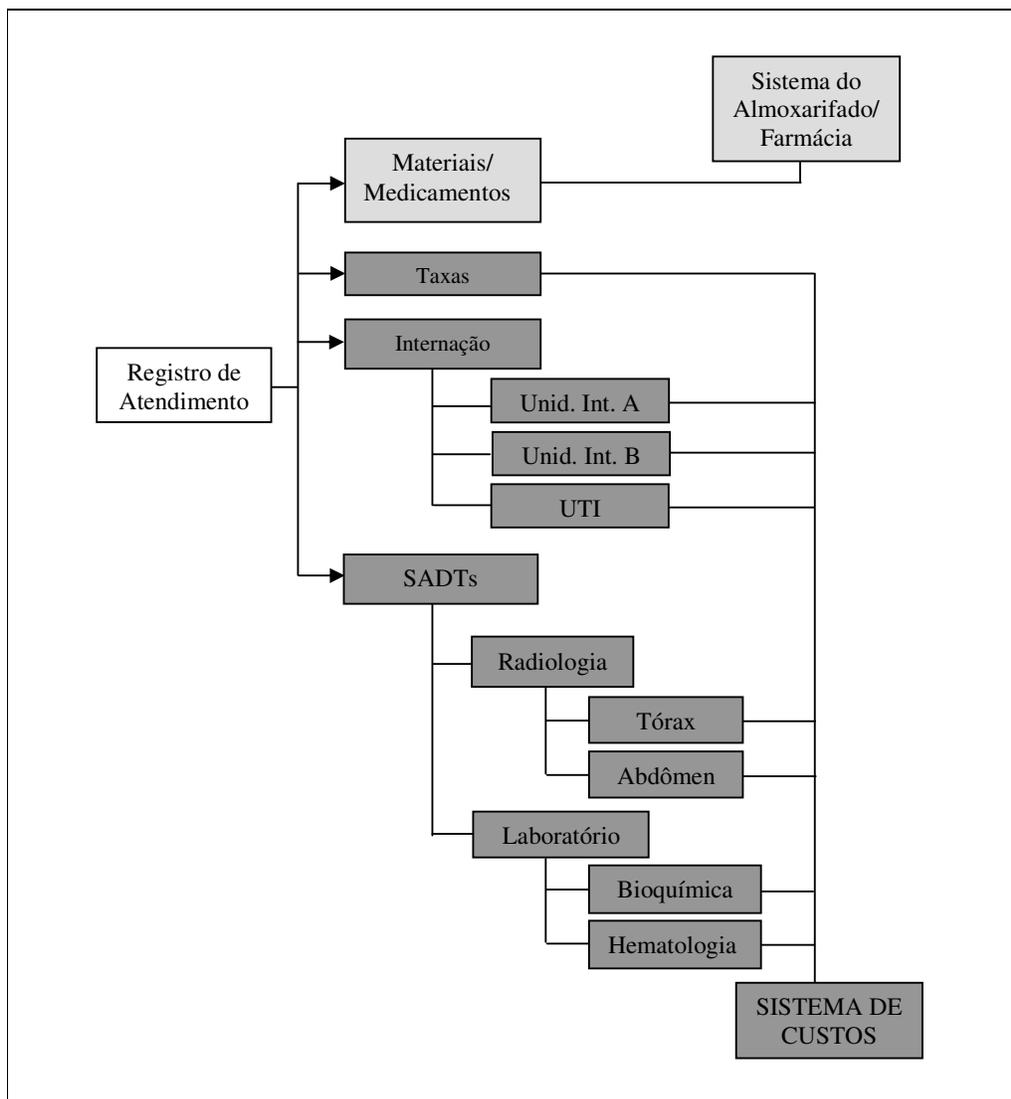
Fonte: adaptado de Matos (2005)

Figura 2 – Processo de auto-correção

- orientação quanto à utilização dos indicadores de custeio dos serviços: tendo sido obtidos os relatórios gerenciais, ou seja, tendo sido obtidos os custos unitários dos centros de custos e emitidos os relatórios, pode-se identificar os indicadores de custo, produção, estatística, materiais e faturamento, subsidiados por técnicos habilitados e estrutura adequada de acordo com as normas regulamentadas em cada área. Com isso, pode-se propor um ciclo de melhorias no processo de trabalho para conseqüente melhoria dos indicadores;
- treinamento especializado a respeito da fundamentação da gestão estratégica de custos: é necessária a conscientização sobre a importância do sistema e exposição dos conceitos e metodologia a serem aplicados com o objetivo de proporcionar a todos um entendimento sobre o que irá ocorrer dentro da organização e qual será o envolvimento de cada um nos processos. Deverão participar além do staff diretivo, todas as chefias e os técnicos que estarão envolvidos diretamente no fornecimento de informações;

- implementação, acompanhamento e adequação das formulações do projeto: após a implantação do sistema, há o risco de que seu funcionamento permaneça estacionário, em seu estado basal, isto é, os custos são apurados, mas não são analisados e tampouco utilizados no processo de decisão. Desta forma não será alcançado o objetivo principal do sistema: funcionar como instrumento gerencial. Os profissionais de custos serão responsáveis pelo contato com os demais setores do hospital, que coletam e fornecem as informações, pela consolidação dos dados obtidos, pelo preenchimento dos mapas, formulários e quadros de apuração de custos, devendo ainda colaborar com as atividades de ajustes e modificações a serem feitas no sistema. O departamento de custos, para ter um bom funcionamento, deve definir de maneira clara seu relacionamento com outros setores do hospital. Estes, por sua vez, devem fornecer as informações sobre suas atividades, principalmente em relação ao setor de pessoal, administração médica, planejamento e direção do hospital. Finalmente, ressalva-se a importância de que tais informações sejam divulgadas aos diversos escalões da estrutura organizacional e, se possível, a todo o público hospitalar. Devem ser promovidas, sempre que possível, reuniões periódicas de chefia para avaliação das informações de custos e estabelecimento de metas;
- custo médio: concluída a implantação do sistema de custos, é possível obter o custo médio por paciente-dia, custo médio da hora-cirúrgica, custo médio por atendimento, custo médio por consulta, custo médio por exame, custo médio por sessão, custo médio por refeição, custo médio por kg de roupa lavada, custo médio por km rodado, custo médio por volume processado, custo médio por funcionário, dentre outros. O custo médio é obtido através da divisão do custo total do centro de custos pelo número de unidades produzidas pelo centro de custos;
- conta do paciente: o sistema de custos fornece o valor médio dos custos dos itens consumidos pelo paciente, com exceção dos materiais e medicamentos que vem do sistema de almoxarifado/farmácia. O paciente ou usuário do hospital é o repositório de todos os serviços gerados pela empresa. No momento em que se dá a entrada do mesmo no hospital, deve ser aberta um Registro de Atendimento (figura 3), que é o documento contábil no qual são acumulados os seus custos individuais, ou seja, todos os custos de acordo com os serviços recebidos pelo paciente durante sua estadia no hospital. Pelo registro de atendimento do paciente é possível coletar as informações do seu “consumo” durante sua estadia no hospital (taxas; internação; SADTs). O Serviço de Faturamento Hospitalar tem a missão de processar as contas hospitalares dos pacientes atendidos nos diversos serviços do hospital;
- custo por procedimento: através da conta do paciente, é possível obter o custo por procedimento realizado. A determinação do custo por procedimento (que pode ser subdividido em: por médico, por especialidade e por convênio) é importante, porque afetará um grande número de ações a serem tomadas no hospital. Uma correta determinação do custo do procedimento servirá de parâmetro para traçar as estratégias de gestão de custos: estabelecer o preço médio de cada procedimento médico; estimar os custos de negociação de pacotes; determinar as margens brutas associadas às especialidades e procedimentos médicos; estimar a rentabilidade das especialidades e procedimentos médicos; e confrontar com o valor faturado o custo do procedimento médico;
- receita por procedimento: também, através da conta do paciente, é possível obter a receita por procedimento, a qual pode ser subdividida em: por médico, por

especialidade e por convênio. A receita de um serviço feito num hospital pode ser gerada por um atendimento particular, de convênio, ou SUS (Sistema Único de Saúde). Ela é gerada através de grupos tais como: receita de serviços hospitalares (diárias), receita de honorários médicos, receita de SADTs (serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento) e receita de materiais e medicamentos;



Fonte: elaborado pelos autores

Figura 3 – Fluxo de informações para conta do paciente

- análise de resultados: as tabelas 1, 2 e 3 são modelos de relatórios que podem ser gerados para análise dos resultados e tomada de decisão. A tabela 1 representa um demonstrativo da conta do paciente. A partir do momento em que o paciente recebe os serviços no hospital estes são inseridos em seu registro de atendimento. As colunas Descrição dos Serviços e a Quantidade Consumida (prestada de serviço) devem receber estas informações. A Receita Unitária refere-se ao valor faturado, ou seja, ao valor que pode ser pago ou pelo convênio, ou pelo SUS ou pelo próprio paciente no caso do atendimento ser particular. As colunas Custo

Unitário e Custo Total representam o valor dos serviços prestados apurados pelo sistema de custos. O Resultado representa a diferença entre a Receita Total e o Custo Total também expresso em porcentagem na última coluna. Através da conta do paciente é possível incorrer em uma análise de resultado dos serviços prestados a este no hospital. É possível, através de relatório, verificar qual serviço apresenta um resultado positivo (ou negativo) e conseqüentemente mais rentável para o hospital, ou seja, quais serviços geram lucro e quais não geram. Com essa análise gerencial é possível aos administradores a tomada de decisão. A tabela 2 representa um relatório para análise dos procedimentos realizados no hospital. Na primeira coluna listam-se todos os Procedimentos realizados no hospital num determinado período. Em seguida, a Quantidade Consumida dos procedimentos seguido pela Receita Total. Na quarta coluna listam-se os Custos Variáveis e a partir deste é possível obter a Margem de Contribuição que representa quanto cada atendimento colabora para a cobertura dos Custos Fixos. O conceito de margem de contribuição indica que, além da cobertura do custo variável (que ocorre com cada unidade), há necessidade de cobrir o montante de custos fixos. Bornia (2004), referindo-se ao assunto, diz que a margem de contribuição representa a parte das vendas que cobrirá os custos fixos e originará o lucro (resultado). Em termos percentuais, representa a parcela com que cada unidade monetária obtida com a venda dos serviços contribui para cobrir os custos fixos ou para formar o lucro. Esses conceitos contribuem para o planejamento de estratégias e para tomada de decisão em geral. Com o uso deste relatório é possível analisar qual procedimento apresenta melhor resultado para o hospital e também qual apresenta um resultado insatisfatório. Esta análise contempla o valor faturado (Receita) pelo serviço prestado e apresenta também a separação dos custos em fixos e variáveis e com isso, obtém-se a margem de contribuição de cada procedimento. A tabela 3 representa um relatório para análise de resultado dos procedimentos por convênios. Também este relatório apresenta a separação dos custos em fixos e variáveis e conseqüentemente a margem de contribuição. Com este relatório, é possível verificar quais convênios representam melhores resultados para o hospital.

As tabelas 1, 2 e 3 são apenas exemplos de relatórios para análise e tomada de decisão. Vários outros relatórios podem ser gerados pelo sistema de custos, de acordo com as necessidades dos usuários da informação.

Tabela 1 – Exemplo de relatório demonstrativo da conta do paciente

Paciente: _____				Nº do Registro de Atendimento _____			
Convênio: _____				Procedimento: _____			
Médico: _____				Data / / _____			
Descrição do serviço	Quantidade Consumida	Receita Unitária	Receita Total	Custo Unitário	Custo Total	Resultado	Resultado em %
TOTAL							

Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 2 – Exemplo de relatório demonstrativo de procedimentos

Período: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____							
Procedimentos	Quantidade Consumida	Receita Total	Custo Variável	Margem de Contribuição	%	Custo Fixo	Resultado
TOTAL							

Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 3 – Exemplo de relatório demonstrativo de convênios

Procedimento: _____						
Período: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____						
Convênio	Receita Total	Custo Variável	Margem de Contribuição	%	Custo Fixo	Resultado
TOTAL						

Fonte: elaborado pelos autores

4 Considerações finais

As empresas administram recursos imobilizados, financeiros e humanos, todos escassos, enquanto que as oportunidades de aperfeiçoamento requerem investimentos geralmente em montante maior do que o disponível no orçamento.

Não é novidade que o setor de saúde passa por um momento delicado. A implantação de um sistema de custos em hospitais deve ser exclusivamente para análise de resultados e tomada de decisão. A sistemática apresentada possibilitará informações confiáveis para tomada de decisões seguras.

Porém, para que se obtenha uma apuração de custos mais precisa faz-se necessário, além do já mencionado, que todos os setores envolvidos no processo de apuração enviem as informações pertinentes para o setor de custos.

No desenvolvimento deste trabalho, é importante o apoio da direção da empresa, pois a resistência dos setores na implantação de controles é sempre uma barreira delicada e difícil de transpor. O pessoal envolvido no processo deve estar consciente que o principal objetivo do trabalho é o adequado gerenciamento da organização que necessita de controles para a efetiva aplicação do sistema, porém destacando os controles como necessidade e não como objetivo.

Vale lembrar que a Contabilidade de Custos não cria nenhuma informação, ela depende totalmente das informações obtidas nos diversos setores do hospital, por isso, costuma-se afirmar que o mais importante para a implantação de um sistema de custos é o envolvimento e participação de todos os níveis da organização, em especial os geradores de dados que devem estar bem conscientes da importância da informação, que deve ser gerada

com qualidade e dignidade.

O método dos centros de custos, por se tratar de um sistema tradicional, possui suas limitações. Porém, ainda é o mais adequado para uma organização hospitalar, visto esta ser uma organização complexa e com múltiplas finalidades, sendo a principal delas o atendimento ao paciente.

Para que o sistema de apuração de custos hospitalares se consolide como instrumento que subsidie a tomada de decisões, deve haver uma permanente supervisão, com acompanhamento e análise dos resultados da apuração, por parte dos setores que se responsabilizam pela coordenação da unidade.

Referências

ABBAS, K. **Uma sistemática para a alocação de recursos em ativos intangíveis para a maximização da percepção da qualidade em serviços profissionais.** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2008.

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares.** Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2001.

BAKER, J. J. **Activity-Based Costing and Activity-Based Management for health care.** Maryland: Aspen Publishers, 1998.

BAUMGARTNER, R. R. **Avaliação da aplicabilidade do custeio ABC – Activity Based Costing na acurácia de custos na área hospitalar, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva.** Estudo de um caso prático. Dissertação (Mestrado em Ciências Financeiras e Contábeis) – PUC, São Paulo, 1998.

BORNIA, A. C. **Análise gerencial de custos em empresas modernas.** Porto Alegre: Bookman, 2004.

CALVO, M. C. M. **Hospitais públicos e privados no sistema único de saúde do Brasil: o mito da eficiência privada.** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002.

CANBY IV, J. B. Applying activity-based costing to healthcare settings. **Healthcare Financial Management**, v. 49, n. 2, p. 50-64, feb. 1995.

CHING, H. Y. **Manual de custos de instituições de saúde: sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividades.** São Paulo: Atlas, 2001.

EDBROOKE, D. L.; STEVENS, V. G.; HIBBERT, C. L.; MANN, A. J.; WILSON, A.J. **A new method of accurately identifying costs of individual patients in intensive care: the initial results.** Springer - Verlag, p. 645-650, 1997.

FALK, J. A. **Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações.** São Paulo: Atlas, 2001.

FEE for service: vida longa ou morte súbita? **Revista FH**, São Paulo, p. 40-45, jul. 2006.

GARATTINI, L.; GIULLIANI, G.; PAGANO, E. A model for calculating costs of hospital ward: an Italian experience. **Journal of Management in Medicine**, v. 13, n. 2, 1999.

GRUPO BANCO MUNDIAL. **Indicadores do desenvolvimento mundial 2003**. Disponível em: <http://www.obancomundial.org/index.php/content/view_document/1534.html>. Acesso em 10 abr. 2007.

LI, L.; BENTON, W. C. Hospital capacity management decisions: emphasis on cost control and quality enhancement. **European Journal of Operational Research**, n.146, p.596-614, 2003.

LIMA, C. R. M. **Activity-Based Costing para hospitais**. Dissertação (Mestrado em Administração Contábil e Financeira) - EASP/FGV, São Paulo, 1997.

MARTINS, D. S. **Custeio hospitalar por atividades: activity based costing**. São Paulo: Atlas, 2002a.

MARTINS, V. F. **Desenvolvimento de um modelo de resultados em serviços hospitalares com base na comparação entre receitas e custos das atividades associadas aos serviços**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002b.

MARTINS, E. **A contabilidade de custos: inclui o ABC**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MATOS, J. A. **Análise da relação custo-efetividade do tratamento com DCI** – desfibrilador cardioversor implantável. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, USP, São Paulo, 2007.

MATOS, J. A. **Gestão de custos hospitalares: métodos, análise e tomadas de decisão**. 3. Ed., São Paulo: Editora STS, 2005.

NEGRINI, D.; KETTLE A.; SHEPPARD, L.; MILLS, G.H.; EDBROOKE, D.L. The cost of a hospital ward in Europe. **Journal of Health Organization and Management**, v. 18, n. 3, 2004.

PATTIO, M. L. P. **Os impactos da implantação do sistema ABC na Casa de Saúde Santa Maria**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2001.

ROCHA, V. L. **Dificuldades na implantação de sistemas de custeio em instituições hospitalares: estudo de caso em um hospital de Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2004.

VARGAS, O. C. **O custeio baseado em atividades aplicado em serviços de UTI hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2004.