

Gestão Integrada de Custos Na Estratégia de Atuação de Uma Organização Hospitalar de Alta Complexidade

Eolo Marques Pagnani

Resumo:

O presente artigo sintetiza a análise de um estudo de caso de hospital privado filantrópico, inseridos no Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de ressaltar a função relevante desempenhada pela Administração de Custos para consecução e viabilização econômica e financeira desse tipo de Organização. A investigação no seu escopo maior, levantou e desenvolveu, dentre outros aspectos, as informações existentes e necessária à gestão de uma instituição hospitalar privada filantrópica, especializada em oncologia, provenientes de dados operacionais e financeiros de 1996 a 2000, com o objetivo de comprovar o referencial teórico da relação entre a Gestão Estratégica e a Administração de Custos. Deste, se constatou que estas organizações, considerando suas múltiplas e complexas operações para geração dos serviços (produtos) altamente diversificados, e, quando inseridas no Sistema Único de Saúde - SUS, tratada no estudo como uma área específica de negócios, reúne condições para um desempenho econômico financeiro aceitável, desde que utilize estratégias competitivas.

Área temática: *A Mensuração de Custos na Saúde*

GESTÃO INTEGRADA DE CUSTOS NA ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE
TRABALHO 14.264

Resumo: O presente artigo sintetiza a análise de um estudo de caso de hospital privado filantrópico, inseridos no Sistema Único de Saúde – SUS, com o objetivo de ressaltar a função relevante desempenhada pela Administração de Custos para consecução e viabilização econômica e financeira desse tipo de Organização. A investigação no seu escopo maior, levantou e desenvolveu, dentre outros aspectos, as informações existentes e necessária à gestão de uma instituição hospitalar privada filantrópica, especializada em oncologia, provenientes de dados operacionais e financeiros de 1996 a 2000, com o objetivo de comprovar o referencial teórico da relação entre a Gestão Estratégica e a Administração de Custos. Deste, se constatou que estas organizações, considerando suas múltiplas e complexas operações para geração dos serviços (produtos) altamente diversificados, e, quando inseridas no Sistema Único de Saúde – SUS, tratada no estudo como uma área específica de negócios, reúne condições para um desempenho econômico financeiro aceitável, desde que utilize estratégias competitivas.

Palavras Chaves: Organizações Hospitalares, Gestão de Custos, Administração Estratégica

Área Temática: 14 – A Mensuração de Custos na Saúde

GESTÃO INTEGRADA DE CUSTOS NA ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE

1. Introdução

Os hospitais privados filantrópicos representam um instrumento de sustentação da política de saúde no Brasil para o Sistema Único de Saúde – SUS e, sua função relevante, se faz necessária para complementar a rede hospitalar pública, insuficiente para atender toda a demanda a demanda efetiva e usuária do sistema.

A rede de instituições privadas, inseridas na condição de *hospitais privados filantrópicos*, se constituem pois em importante instrumento de sustentação ao Sistema Único de Saúde – SUS, proporcionar um atendimento de grande parte da população usuária desse sistema, do que decorre das Políticas Públicas a preocupação com a viabilização econômico - financeira destes agentes, e a própria continuidade do sistema.

Segundo Giansi e Corrêa (1994), o setor de serviços está ganhando importância na economia, principalmente nas últimas quatro décadas, pela urbanização das populações, pela introdução de novas tecnologias e pelo aumento da qualidade de vida.

A ampla gama de serviços e produtos da saúde, com características preponderantemente sociais (Contador : p. 23), que um hospital gera, podem atender vários segmentos de demanda, indicando a necessidade de adoção de estratégias que garantam sua sustentação econômica e continuidade operacional..

Filerman (1994) destaca que, na área de saúde, devem ser oferecidos cuidados adequados com custos razoáveis e, para isso, os administradores devem gerenciar os aspectos internos e externos que influenciam os hospitais.

O hospital é uma organização complexa em função de agregar um conjunto de atividades de alto conteúdo tecnológico dentro de sua estrutura, para geração de serviços (produtos) complexos, envolvendo uma estrutura organizacional com recursos humanos especializados e equipamentos de alta tecnologia.

1.1 – Aspectos Jurídico- Econômicos da Organização

Quanto à sua personalidade jurídica, os hospitais são definidos através de seus estatutos e são classificados em duas categorias: hospitais públicos e hospitais privados.

Os hospitais privados pertencem a uma pessoa jurídica de direito privado sendo que, a finalidade filantrópica, não visa lucro e é reconhecida de utilidade pública com Certificado de Entidade de Fins Filantrópicas.

Os hospitais privados filantrópicos, além de oferecer um atendimento em regime de internação a quantos buscarem seus serviços, devem possuir um quadro ilimitado de sócios, e que em seus estatutos, constem que a entidade aplica, integralmente, no País, os seus recursos e que eventuais superávites, em cada exercício, sejam aplicado na expansão e melhoria de suas atividades sociais.

Os membros de sua diretoria não podem ser remunerados de nenhuma forma, bem como não podem distribuir lucros, dividendos, bonificações ou outras vantagens aos sócios.

Os hospitais privados filantrópicos são titulados a cada três anos com um Certificado de Entidades de Fins Filantrópicos – CEFF, concedido através do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, órgão ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, conforme disposto no Decreto Federal no. 2.536 de 06 de abril de 1998, alterado pelo decreto 3.504 de 13/06/2000.

O CNAS exige que os hospitais cumpram alguns requisitos, dentre eles:

- Estejam previamente registrados no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS;
- Percentual de atendimento, através do Sistema Único de Saúde – SUS, igual ou superior a 60% do total da capacidade operacional instalada em estabelecimento hospitalar.

A certificação como Entidade de Fins Filantrópicos – CEFF permite aos hospitais privados usufruir de uma série de vantagens:

- Isenção da cota patronal, ficando sob responsabilidade de recolhimento à entidade somente os descontos previdenciários ocorridos em folha de pagamento;
- Isenção de impostos federais, estaduais e municipais, como imposto de renda, contribuição sobre o lucro líquido, P.I.S., ICMS, ISS;
- Captação de Verbas subvencionadas de origem federal, estadual e municipal, ao S.U.S., ou constantes nos orçamentos públicos, equiparando-os aos hospitais públicos

Como citado em Borba (1993), os hospitais privados filantrópicos têm se constituído no grande responsável pela assistência à população, pois desempenham função importante na assistência à saúde da população no Brasil, representando aproximadamente 65% da capacidade do total de leitos instalados no país.

Alves (1998), observa que “na área da saúde grande parte dos gastos aumentam de acordo com a oferta, já que a demanda parece ser infinita, o aumento de custos em saúde é uma realidade”, o que pode-se relacionar com as seguintes características do ambiente operacional dessas instituições, qual seja :

1. Dado o nível de desenvolvimento social brasileiro, há uma demanda potencial relevante de produtos e serviços hospitalares;

2. O investimento requerido pelos agentes geradores de serviços hospitalares se origina na capacidade conjunta do público e o privado oferecerem esses recursos;
3. Que a demanda efetiva é atingida por esse sistema , se os altos custos dessas complexas organizações tiverem formas de diluição, dado o caráter social de seus serviços;
4. Que sistema hospitalar mantém correlação intensa com o orçamento de investimentos públicos na saúde, mantendo dependência estreita com as políticas públicas , recursos estes que nos últimos anos têm sido racionalizados e praticamente constantes.

O Sistema de Saúde foi caracterizado como um verdadeiro *sistema* , à partir da Constituição de 1988, no qual as ações e serviços públicos de saúde , integram uma rede regionalizada e hierarquizada, consolidando-o como um sistema único, e que tem como diretrizes:

- A descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- A participação da comunidade.

Especialmente no seu Artigo 199, parágrafo 1º, a Constituição destaca que, as instituições privadas podem participar, de forma complementar, do sistema, sendo que, as entidades filantrópicas terão preferência na celebração de contratos de direito público ou convênios.

A Rede Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SUS está hoje, representada por um total de 486.660 leitos, sendo que na Região Sudeste se concentram 213.466 leitos . Do total da disponibilidade de leitos, os hospitais privados filantrópicos participam com 314.463 leitos, representando aproximadamente 65% da disponibilidade do sistema.

1.2 – Algumas características do segmento da indústria de serviços hospitalares ¹

Os agentes conformadores da demanda dos serviços do hospital filantrópico privado é constituída por Órgãos Federais, Estaduais e Municipais , além de Empresas de Planos de Saúde : as privadas, as de Medicinas de Grupo, as Seguradoras, as Cooperativas e de Autogestão.

As Empresas de Medicina de Grupo – são organizações de finalidade privada voltadas à prestação e garantia de serviços médico-hospitalares a conveniados. Atualmente essas empresas possuem 18,3 milhões de usuários.

As Seguradoras – são organizações de finalidade privada e administradoras de planos de saúde privados, definidos como sistemas de convênios de livre escolha. Nesta modalidade, o usuário do sistema se dirige a qualquer hospital que seja conveniado para receber

¹ O conceito de “indústria” obedece à aquele amplamente utilizado na análise da concorrência pela Economia Industrial (Organização Industrial) e utilizado em Porter (1989).

atendimento médico e hospitalar. Estima-se que hoje existam em torno de 4 milhões de segurados nesta modalidade.

As Cooperativas – são Sociedades Cooperativas (geralmente de trabalho médico) integrada e dirigida por médicos cooperados na qualidade de proprietários e operadores do negócio. Sua origem e expansão como agentes de serviços de saúde coletiva , data de 1967 em função das más condições de atendimento, oferecidas pelo sistema de saúde público, abrangendo atualmente cerca de 11 milhões de usuários .

As Sociedades de Autogestão – são entidades fechadas de assistência à saúde que administram programas de saúde voltados para empregados e dependentes da própria organização. Este segmento ao mesmo tempo substituto e concorrente das organizações de Medicina de Grupo, Seguradoras e Cooperativas, operam com base na eliminação os custos de intermediação por estas representados . Dentro do Sistema Nacional de Saúde, estão organizadas e coordenadas pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS, atualmente integrado por 140 organizações com 11,7 milhões de usuários.

Dentro pois, de uma abordagem sistêmica e estratégica pode-se caracterizar conclusivamente que , as políticas de gestão dos hospitais privados filantrópicos podem focar os agentes do Sistema Único de Saúde – SUS e/ou os agentes do sistema privado de saúde, sendo que neste segmento se torna susceptível de fatores concorrenciais, pois nele estão inseridos os hospitais privados.

Utilizando-se o conceito de cadeia de valor como base da vantagem competitiva (Porter 1989), pode-se constatar como os hospitais privados filantrópicos poderiam ampliar o perfil maior de demanda, envolvendo agentes internos e externos , e viabilizar a geração e distribuição de seus serviços (produtos). Além disto , verificar como essas relações proporcionam a diferenciação na implementação dos serviços, propiciando ao comprador um valor distinto e mais amplo , e à organização uma vantagem competitiva.

Pagnani *et all* (2001) colocam que a reconfiguração da cadeia de valor fundamentada em inovações tecnológicas (de processos e produtos) , constituem o núcleo de estratégias bem sucedidas , uma vez que estruturam , em nível operacional, vantagens em liderança de custos , diferenciação e enfoque, resultando em posição sustentável pela organização , e consequentemente para sua continuidade.

Tal constatação é corroborada por Giansesi e Corrêa (1994) : “o desenvolvimento e a aplicação de tecnologia no setor de serviços podem aprimorar o processo de prestação de serviços tradicionais, substituir todo o processo de determinados serviços existentes ou ainda, criar novos serviços antes impossíveis” . A introdução de novas tecnologias, modificando o processo, pode criar vantagens competitivas formidáveis.

2. O Estudo de Hospital Privado Filantrópico de Alta Complexidade

O estudo realizado se refere a uma organização hospitalar, especializada em Oncologia, abrangendo dados de seu desempenho de 1996 a 2000.

Como a pesquisa foi desenvolvida junto a um hospital oncológico, necessário se faz, definirmos o que são centros de alta complexidade em oncologia.

O Ministério da Saúde, através da Portaria 3.535 de 02 de setembro de 1998, estabeleceu critérios para o cadastramento de centros de atendimento em oncologia, bem como definições e características desses centros. Como definição, a Portaria 3.535 de 02/09/98 cita que “Centros de alta complexidade são hospitais que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes portadores de determinada moléstia, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.”

Os centros oncológicos para serem considerados de alta complexidade devem possuir uma assistência especializada ao paciente, sendo que essa assistência deve ser abrangida por sete modalidades integradas, conforme a mesma portaria, ou seja:

- 1) Diagnóstico – através de serviço médico ambulatorial e hospitalar destinado ao atendimento imediato aos pacientes com forte suspeita ou com diagnóstico de câncer e que procedem a conformação diagnóstica e ao estadiamento do câncer através de exames complementares de Patologia Clínica, Imagenologia e Anatomia Patológica;
- 2) Cirurgia Oncológica – através de especialidade médica que atende, trata cirurgicamente e acompanha os pacientes com câncer;
- 3) Oncologia Clínica – através de especialidade médica responsável pelo tratamento clínico, acompanhamento e avaliação dos pacientes portadores de câncer. O tratamento ocorre através da indicação e aplicação de medicamentos antineoplásicos e coadjuvantes;
- 4) Radioterapia – através de serviço médico especializado responsável pelo atendimento, indicação e aplicação de radiações ionizantes;
- 5) Medidas de suporte – através de ações específicas destinadas à sustentação das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes que necessitam receber as diversas modalidades terapêuticas indicadas;
- 6) Reabilitação – através de técnicas que ajudam os pacientes em áreas específicas, promovendo melhoria das condições físicas e psicológicas para a reintegração ao seu meio social;
- 7) Cuidados Paliativos – através de assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional, para o controle da dor e de outros sintomas. Para isso deve oferecer garantia de internações por intercorrências e de longa permanência.

Os fundamentos metodológicos da pesquisa se encontram nas seguintes fontes consultadas:

- a) Estatutos sociais, registrados junto ao 3º Cartório de Títulos e Documentos da Capital, quanto à verificação de: objetivos sociais da entidade, relatórios e transformação da Direção e processos de inserção entidade filantrópica;

Os dados demonstram o incremento de outros segmentos de clientes , em especial da categoria de Convênios (Seguradoras e Sociedades de Autogestão) e que podem ser melhor avaliados pela análise das Receitas , conforme a Tabela 3, a seguir :

Em termos econômicos verifica-se que o incremento de pacientes do sistema de convênios privados proporcionou um aumento considerável nas suas receitas operacionais. Senão vejamos:

Tabela 3 – Receitas Operacionais por categoria

Receitas	1.996 R\$	1.997 R\$	1.998 R\$	1.999 R\$	2.000 R\$	TOTAL R\$
S.U.S.	7.050.858	9.279.500	9.952.052	7.269.752	9.756.255	43.308.417
Prefeitura	611.156	000	000	000	000	611.156
Convênios	142.015	846.217	2.009.845	2.829.333	3.780.010	9.607.420
Particulares	163.701	177.182	155.080	276.071	298.325	1.070.359
TOTAL	7.967.726	10.302.899	12.116.977	10.375.156	13.834.590	54.597.352

Fonte: Demonstração de Resultado.

Com relação à tabela 3, verificamos que as receitas operacionais recebidas do sistema de planos de saúde privados, apresentaram um crescimento substancial no período de 1996 para 2000 na ordem de 2.661,70%, cuja remuneração relativa por procedimentos atinge valores bem superiores às remunerações do Sistema Único de Saúde, que ao mesmo tempo apresenta uma estabilização na sua participação , bem como, nas receitas dos convênios, na ordem de 27% do total de receitas.

Procurando aliar as receita/paciente atendido , entre o Sistema Único de Saúde Convênios e Particulares, sendo que as Receitas do SUS são consideradas no conceito de fluxo operacional e não por regime de competência, obtemos as relações na tabela 4 :

Fig. 4 : Receita Média por Paciente Atendido

Receita/ Atendimento	1.996 R\$	1.997 R\$	1.998 R\$	1.999 R\$	2.000 R\$
Convênios e Particulares	150,75	449,40	774,51	891,40	1288,35
S.U.S.	344,58	714,63	708,68	467,21	812,55

Fonte: Relatórios Operacionais

As relações obtidas na fig.4 , em que pese representadas por valores médios, sinalizam como à partir de 1998 não somente as receitas junto a Convênios (Planos de Saúde e outros) e Particulares atingem valores substancialmente superiores ao do S.U.S. , além do que as profundas reformulações operacionais ocorridas ao nível do portfólio dos produtos e serviços. Esta reformulação envolveu investimentos em reformas e equipamentos

compatibilizados mediante novos processos e novos serviços , que impactam significativamente os custos operacionais , assim como a diluição de custos indiretos . Isto sendo obtido pela diversificação segundo duas vertentes :

1. Em termos da ampliação dos serviços junto a Convênios, segmento este em que a instituição moldou novas formas de atendimento de alta complexidade : desde o diagnóstico , até o tratamento oncológico

2. Pela inovação , e processos e novos programas operacionais , dentre os quais passamos a detalhar o mais significativo e que aos propósitos deste trabalho pode explicitar , de forma interativa, a importância da gestão e administração dos Custos por Atividades que redundaram em ganhos de margens de contribuições razoáveis no perfil dos produtos e serviços hospitalares . Este Programa (Produto) pode ser caracterizado pelos seguintes aspectos :

O paciente oncológico possui duas opções de tratamento, o cirúrgico e o clínico. O tratamento clínico, é sugerido quando o paciente possui um determinado tipo de patologia que não necessita de cirurgia, já o cirúrgico, o próprio nome diz, quando determinado tipo de patologia necessita de intervenção cirúrgica.

Em ambos os casos existem necessidades de tratamentos complementares, que são aplicações de quimioterapia ou radioterapia. O tratamento de quimioterapia é realizado através de aplicações de medicamentos considerados de primeira linha. Os custos destes medicamentos são altos e suas aplicações são realizadas através de ciclos.

Já o tratamento de radioterapia constitui de aplicações através de equipamentos de alta tecnologia. Atualmente são compostos de bomba de cobalto, acelerador linear e braquiterapia de alta taxa de dose.

Os pacientes que se submetem às aplicações referidas podem chegar a um estágio da doença em dois tipos. Um estágio considerado controlado, em que o câncer é totalmente contido, restando ao paciente exames de controle. O outro estágio diz respeito à metástase, ou seja a doença se alastra por outros órgãos.

O estágio avançado da doença leva o paciente a um estado que se denomina “fora de possibilidade terapêutica”. Neste momento da doença o paciente adquire cuidados paliativos. Esses cuidados exigem do hospital apenas a manutenção do paciente em seu quadro clínico.

Diante desse fato, a instituição procurou desenvolver um produto que possibilitasse ao paciente assistência ao seu estado e, que esse mesmo paciente não ocupasse um leito no hospital, possibilitando o tratamento a outros pacientes com estágios iniciais da doença.

Esse produto deveria permitir mensurar as necessidades e criar condições favoráveis ao desenvolvimento de uma melhoria de qualidade de vida à população assistida na instituição.

O Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD, se enquadra como uma das inovações implementadas, na realidade constituído por um Programa – Sistema, uma vez que envolve atividades interdependentes e altamente programadas e de gestão específica. Basicamente, este produto tem como objetivo atender ao paciente com câncer avançado na fase pré e terminal da doença. Visando aliviar o sofrimento do paciente e mantê-lo em casa ao lado dos familiares, o serviço oferece assistência médica, de enfermagem, psicológica, nutricional e social, evitando os desgastes e recursos exigidos nas internações prolongadas, diminuindo o custo da assistência.

Conforme nos mostra Minchillo (2000), a atenção domiciliar é um conjunto de atividades desenvolvido na residência do paciente com a finalidade de valorizar a saúde e de dar suporte e soluções à patologia, visando ao conforto do paciente e dos familiares. É preciso diferenciar Atenção Domiciliar, de Internação Domiciliar. Minchillo (2000) diferencia da seguinte maneira: o atendimento domiciliar visa a uma série de recursos assistenciais com a finalidade de dar suporte e conforto ao paciente, enquanto que a internação domiciliar visa uma alternativa à internação do regime hospitalar, incluindo todos os recursos físicos e humanos.

Segundo Ribeiro (2000), os custos da assistência domiciliar são significativos em relação aos custos hospitalares e os benefícios podem ser no sentido do aumento e da otimização dos leitos, além de menor incidência ou riscos de infecções hospitalares.

Bittar (1997) procurou traçar alguns cenários para a administração hospitalar no futuro, com grande ênfase para o serviço de atendimento domiciliar. Segundo o autor, os pacientes portadores de doenças crônicas - degenerativas, podem e devem receber cuidados médicos e de enfermagem na sua residência.

O objetivo do serviço era atender ao paciente com câncer avançado e a seus familiares na fase pré e terminal da doença, oferecendo assistência médica, de enfermagem, psicológica, nutricional e sócio ambiental, visando aliviar o sofrimento e mantê-lo em casa o maior tempo possível.

Atualmente, a equipe do Serviço de Atendimento Domiciliar é composta por:

- 02 Médicos, sendo 01 voluntário;
- 02 Enfermeiros;
- 01 Psicólogo;
- 01 Assistente Social;
- 02 Nutricionistas;
- 08 Auxiliares de Enfermagem;
- 03 Motoristas, sendo que dispõe de 03 automóveis, sendo 01 ambulância para remoção de pacientes.

A tabela 6 apresenta a evolução dos pacientes inscritos no Programa :

Tabela 6 : Número de pacientes Inscritos no Programa de Atendimento Domiciliar

1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
22	34	77	230	227

Com a limitação de leitos hospitalares que a instituição possuía e, com o incremento de novos segmentos de mercado, este programa permitiu sustentar o incremento de capacidade para o atendimento dos novos pacientes e clientes. Mas o efeito sinérgico deste programa também foi propagado junto ao SUS pela implantação do atendimento domiciliar aos pacientes do Sistema.

Esta modalidade de atendimento abrangeu os *pacientes cirúrgicos do SUS*, reduzindo significativamente a taxa de permanência, e mediante a Análise de Custos por Atividades, o desempenho dos custos dos novos procedimentos (processos) implementados tendem a alcançar um patamar mais compatível com os valores pagos (preços de 1999) pelos procedimentos (serviços) S.U.S. Alguns dos procedimentos especializados na área oncológica e suas respectivas remunerações podem ser detalhados pela tabela 7, a seguir :

Tabela 7 : Valores Pagos por Procedimentos S.U.S. (1.999)*

Conta	Procedimentos	Perma Nência	Serviço Hospitalar	Serviços Profissionais	SADT	TOTAL
Clínica Coef. C.A.	Intercorrência Clínica	4 dias 0,80	R\$ 102,54 1,00	R\$ 51,27 0,80	R\$ 17,10 1,20	170,91 0,90
Clínica Coef.C.A.	Insuficiência Respira- Tória	4 dias 0,90	R\$ 343,03 0,80	R\$ 28,97 1,00	R\$ 16,17 0,80	388,17 1,00
Cirúrgica Coef. C.A.	Traquelectomia.	4 dias	R\$ 350,14 **	R\$ 105,00 **	R\$ 11,72 0,85	466,86 **
Clínica Coef. C.A.	Septecemia	10 dias	R\$ 416,65 1,00	R\$ 54,82 **	R\$ 46,74 1,40	518,21 **
Cirúrgica Coef.C.A.	Retossigmoidectomia Abdominal	10 dias	R\$1.925,42 **	R\$ 471,85 **	R\$ 99,05 1,00	2.496,32 **

Conta : são procedimentos clínicos e cirúrgicos

Coef. C.A. : relação entre os Custeio por Atividades dos Procedimentos e Valor Pago (C.A./ Preço). ** : apuração em andamento.

Procedimentos são os procedimentos realizados de acordo com a conta, seja ela clínica ou cirúrgica.

Permanência trata-se de quantos dias o paciente pode ficar internado pelo procedimento realizado.

Serviços Hospitalares: incluem diárias, taxas de salas cirúrgicas, materiais e medicamentos

Serviços Profissionais são para pagamento dos cirurgiões e anestesistas

S.A.D.T. : Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – são os exames realizados durante a internação do paciente.

* Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – Sistema Único de Saúde – Minist. Saúde – 1999.

A estruturação de sistemas de gestão de informações básicas para a Controladoria Administrativa e Financeira, ainda em implementação, passou a capacitar a Administração no acompanhamento de desempenho das atividades, como forma de apoio ao planejamento, seleção e projetos de investimentos em novos Programas de Serviços, e como resultado mais relevante, na formação de indicadores – parâmetros de custeio, como instrumento de apoio à gestão operacional, dentre os quais aquele referido como coeficiente C.A. / Preço na tabela 7.

Porém deve-se ressaltar o papel de outras medidas, de cunho estratégico, que paralelamente, ou mesmo mais fundamentais incorporadas dentro da nova filosofia da Direção, qual seja da gestão voltada para o enfoque de unidades estratégicas de desempenho, desenvolvida com alguma similaridade com conceito empresarial puro de unidades estratégica de serviços, onde a incorporação de tecnologia de processos aliadas a tecnologia de equipamentos e instrumentos, buscaram não só a simplificação de procedimentos como sua viabilização econômica e de melhor qualidade e ao mesmo tempo, no valor agregado dos serviços médicos para o usuário (paciente) externo e interno.

Este vetor de reestruturação teve significativo apoio em recursos obtidos na melhor e mais profunda administração de isenções tributárias, e, na mobilização de fontes de recursos de financiamento junto aos órgãos governamentais, caso específico do Banco Nacional de Desenvolvimento Social – BNDES, dada a condição favorável e de posicionamento privilegiado como entidade filantrópica, para linhas específicas financiamento.

Adicione-se ainda, as fontes de recursos que o Ministério da Saúde disponibilizou aos hospitais privados filantrópicos, uma linha de financiamento para várias modalidades, entre as quais, aquisição de equipamentos, reformas e ampliações de suas unidades, pelo Programa REFORSUS.

Além disso, no período analisado, verifica-se uma correspondência entre os rigorosos requisitos exigidos para a manutenção da condição hospitais privados filantrópicos ao receber o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos – CEFF, junto ao Conselho Nacional de Assistência Social-CNAS, e a contrapartida mais fluida na concessão e aplicação de subvenções previstas nos orçamentos públicos.

3. Análise e Conclusões

Dentro do escopo e considerando as restrições preestabelecidas a este trabalho, pode-se inferir, com base na descrição dos aspectos mais gerais no desenvolvimento do caso de Organização Hospitalar de Alta Complexidade, as principais relações entre relevantes conceitos de Políticas e Estratégia Empresarial, Gestão dos Custos e do desempenho superior sustentado para este tipo de Organização.

No enfoque analítico da indústria de serviços hospitalares, utilizando o conceito de Porter (1986), verifica-se que existe no segmento de hospitais especializados uma oportunidade de posicionamento fundamentada em competências operacionais diversificadas, em relação aos planos de saúde privados. O que remete à necessidade de desenvolver estratégias no

sentido de implementar novas tecnologias e novas técnicas de procedimentos de tratamento para oferecer aos planos de saúde privados, um diferencial.

Resgatando-se Ansoff (1991) , o caso analisado desenvolveu efetivamente o vetor de penetração no mercado com foco nos planos de saúde privados , demonstrado pelo crescimento nas receitas operacionais do hospital privado filantrópico.

Ainda re-interpretando Porter (1986), existem maneiras pelas quais as empresas podem criar condições favoráveis à sustentação de suas estratégias:

- a) A Organização diversificada pode transferir recursos das unidades superavitárias para as deficitárias, como referido anteriormente, quando os recursos recebidos pelos serviços prestados aos planos de saúde privados podem ser compensados com os recursos recebidos pelos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde – SUS;
- b) A empresa diversificada pode obter redução nos seus custos e adotar uma política financeira mais agressiva, como comparação, as isenções tributárias concedidas aos hospitais privados filantrópicos podem gerar uma redução nos seus custos operacionais e proporcionar competitividade no mercado de planos de saúde privados.

A flexibilidade estratégica permite aos hospitais privados filantrópicos, que os recursos oriundos das receitas dos serviços dos planos de saúde privados possam suprir as receitas operacionais do Sistema Único de Saúde –SUS.

Considerando a estratégia de diferenciação de produtos e serviços constata-se que um hospital privado filantrópico especializado dispõe de características diferenciadas em relação aos hospitais gerais. Essas características se encontram em dois elementos básicos dessas organizações. O primeiro elemento é o trabalho , mais especificamente ligados à especialização dos profissionais médicos, uma vez que, além da formação médica este profissional obrigatoriamente incorpora um título e formação de especialista , para atuar nos hospitais de alta complexidade .

O segundo elemento , diz respeito ao Investimento relacionado com a incorporação e o progresso técnico , ao incorporar equipamentos diferenciados, em função de determinados tratamentos. Pode-se citar nos hospitais de oncologia , dentre os equipamentos para tratamento de radioterapia : bomba de cobalto, acelerador linear, etc.

Esta conjunção de recursos permite ainda enfatizar as possibilidades , referidas nas opções estratégicas de Porter (1986), a possibilidade da organização hospitalar poder promover mudanças operacionais através de:

- a) Especialização em um segmento de mercado, ou seja, os hospitais privados filantrópicos podem priorizar alguns procedimentos, tanto ambulatoriais como hospitalares e investir nessa linha de produto;

- b) Através da especialização pode-se buscar a liderança em tecnologia com aquisições de equipamentos que possibilitem alta resolutividade no tratamento;
- c) Uma política de preços e posicionamento de custos (isenções tributárias compatíveis com a diferenciação marginal de custos e preços para segmento-foco, como os planos de saúde privados).

Com relação à combinação de recursos através de especialização, política de preços e priorização de procedimentos, ressaltando o papel da habilidade da organização em implementar ações coerentes com um posicionamento diferenciado, ou seja ações convergentes, a organização hospitalar de alta complexidade não agrega valor somente por essa combinação, mas envolve também, a mobilização dos agentes internos e externos.

No caso desenvolvido, a conformação de novas estruturas e procedimentos de gestão acompanhados de projetos de desempenho por qualidade, em unidades de gestão descentralizadas, significa administrar e reformatar cadeias de valor – Porter (1989) como fonte da diferenciação do valor efetivamente transferido ao longo da mesma, para o usuário final. Consiste em criar a margem e atividades de valor, qual seja, administrando e controlando tanto a vantagens de menor custos pela arquitetura das atividades apurar a margem, ou seja, a diferença entre o valor total e o custo coletivo.

Outro conceito importante - Hamel e Prahalad (1995) – constatado diz respeito à competência da organização em desenvolver uma intenção estratégica que a leve a um desempenho superior sustentado, desenvolvendo maneiras de alavancar recursos e criar novos negócios. A competitividade de uma Organização deriva da capacidade de formar, a custos menores as competências essenciais através das fronteiras da organização. Hamel e Prahalad (1995 : pg. 172) colocam algumas premissas para a alavancagem de recursos:

- 1) A empresa pode ser concebida como um portfólio de recursos (técnicos, financeiros, humanos), bem como um portfólio de unidades de negócio concentradas em produtos ou mercados;
- 2) Existem grandes diferenças entre as empresas no mercado e o impacto competitivo que elas geram com determinada quantidade de recursos;
- 3) Ganhos em eficiência baseados na alavancagem provêm do aumento de produtividade;
- 4) Dedicção na avaliação da viabilidade estratégica de projetos;

Nos componentes de alavancagem de recursos, esses autores citam algumas formas fundamentais aliadas a componentes específicos, para o desenvolvimento dos negócios :

- a) Concentração mais eficaz de recursos nos principais objetivos estratégicos:
 - Convergência – os objetivos devem ser alcançados a longo prazo e com uma direção única;
 - Foco – importante na pesquisa e desenvolvimento de produtos e na definição de metas de melhoria operacional;
 - Direcionamento – a meta é concentrar-se nas coisas certas que causarão maior impacto.

- a) Acúmulo mais eficaz de recursos;
 - Extração – a capacidade em extrair idéias novas de novas experiências para a melhoria;
 - Empréstimo – através de alianças, joint ventures, licenciamento interno a empresa pode obter recursos fora da instituição.
- b) Complementação de um recurso com outro criando um maior valor;
 - Mistura – combinação de habilidades de formas inovadoras;
 - Equilíbrio – garantia de ativos complementares críticos;

No caso do hospital privado de alta complexidade e filantrópico , este procurou se concentrar nos recursos operacionais vantajosos para o seu desempenho. É importante que o desenvolvimento de produtos e a definição de metas impliquem na melhoria operacional da instituição, ou seja, quando os recursos parecem limitados, há a necessidade de uma estratégia de foco a ser colocada em prática para a instituição continuar a fornecer serviços com qualidade (Friedman e Draper : 2001).

Conclusivamente , procurou-se demonstrar que existem diferentes oportunidades para a instituição hospitalar montar uma estratégia :

1. Especialização – por ser um hospital especializado em oncologia, ele possuía um alto grau de clientes-alvo;
2. Identificação de marcas – a oncologia (câncer) marca a competência especializada no atendimento integral, com isso, a instituição procurava, através de suas especialidades e recursos tecnológicos identificar a sua marca;
3. Posição de custo – através de suas isenções tributárias o seu custo operacional, bem como os seus investimentos em tecnologia, eram menores por suas isenções de tarifas de importação nos equipamentos. E a sua inserção como hospital privado filantrópico lhe condiciona isenções fiscais assim como isenções tributárias.
4. O mercado de planos de saúde privados procurava hospitais para novos contratos de prestação de serviços.
5. Na Oncologia, uma área de tratamento diferenciada, a cidade de São Paulo conta com três hospitais especializados, sendo que, a maioria dos hospitais na cidade de São Paulo possui unidades de oncologia, porém são considerados hospitais gerais.

Entende-se portanto, que a análise realizada na instituição pesquisada contribui para a importância de uma gestão estratégica nas organizações de saúde, ressaltando ainda a necessidade de trabalhos de campo mais profundos neste segmento que poderão ampliar o campo dos debates em torno da gestão e maior transparência dos custos e do desempenho tanto dos agentes privados e públicos inseridos no sistema.

Mas acima de tudo, resgatar um amplo campo de estudos consistentes a respeito do Sistema Único de Saúde, onde a competência das diferentes entidades públicas desempenham um papel fundamental e pró-ativo no sentido de viabilizar e estimular os

agentes privados na busca de um patamar de qualidade, disponível à toda comunidade, o que é perfeitamente corroborado por Drucker (1999), quando cita que “... a capacidade de desempenho de uma organização depende de sua especialização, sendo que as responsabilidades de uma empresa em saúde é o seu desempenho econômico e a boa abordagem em problemas sociais”.

Bibliografia:

- . ALVES, Adilson, *Fontes de Financiamento e Eficiência em Dois Hospitais Filantrópicos Paulistas: Em Estudo de Caso*, São Paulo, 1998, Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- . ANSOFF, H. Igor – *A Nova Estratégia Empresarial*, 3ª edição, São Paulo, Editora Atlas, 1991
- . BITTAR, Olímpio J.N.V., *A administração do hospital no próximo milênio*, Revista O Mundo da Saúde, CEDAS, São Paulo, v.21, n.2, Maio/Junho-1997
- . BORBA, Valdir Ribeiro, *Marketing Hospitalar e Alternativas para vencer a crise*, Revista Hospital – Administração e Saúde, São Paulo, v.17, n. 2, p.11-17, mar/abr.1993
- . BRASIL. Ministério da Saúde – DATASUS – www.saude.gov.br
- . CONTADOR, Claudio R., *Projetos Sociais: avaliação e prática*, Editora Atlas, 1997.
- . DRUCKER, Peter F., *Sociedade Pós-Capitalista*, São Paulo, Pioneira Administração e Negócios, 1999
- . FILERMAN, Gary L., *The Aupha Manual of Health Services Management*, Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Cap. 1, p. 3-17, 1994
- . FRIEDMAN, Stuart & DRAPER, Andrew, *Strategic planning: Going beyond the basic*, Revista Trustee, Chicago, v.54, n. 2, p. 17-20, Fevereiro/2001
- . GIANESI, Irineu G.N.; CORREA, Henrique Luiz, *Administração Estratégica dos Serviços*, São Paulo, Editora Atlas, 1994
- . HAMEL, Gary & PRAHALAD, C.K., *Competindo pelo Futuro – Estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar mercados de amanhã*, 1ª edição, Rio de Janeiro, Editora Campus, 1995
- . MINCHILLO, André Luís C., *Atenção Domiciliar Como Ferramenta em Planejamento de Saúde*, Revista Brasileira de Home Care, v.5, p.28, Maio/2000
- . PAGNANI, Éolo M., SARDINHA NETO, Diamantino A, CALVO, Ivan P., BEKIN, Saul F., KATO, Washington C., *Três Correntes de Planejamento Estratégico: Uma Revisão Crítica*, Revista Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP, São Paulo, v.2, n. 1, Jan/Mar-2001
- . PORTER, Michael E., *Estratégia Competitiva*, 17ª edição, Rio de Janeiro, Editora Campus, 1986
- . PORTER, Michael E., *Vantagem Competitiva*, 18ª edição, Rio de Janeiro, Editora Campus, 1989
- . RIBEIRO, Christina A., *Assistência Domiciliar: Uma “Nova” Modalidade de Atenção à Saúde*, Revista Brasileira de Home Care, v.6, p.38, Junho/2000