

# INDICADORES DE EFICIÊNCIA FUNDAMENTADOS NOS PRECEITOS DO BALANCED SCORECARD (BSC): UM EXEMPLO DE CASO NO HCFMRP-USP

**Carlos Alberto Grespan Bonacim**

**ADRIANA MARIA PROCÓPIO DE ARAÚJO**

**MARIANA SIMÕES FERRAZ DO AMARAL FREGONESI**

## **Resumo:**

*O estudo centra-se na discussão de que a escassez de recursos não justifica a falta de qualidade e a crise na área da saúde. Os hospitais universitários, além da assistência médica, ensino e pesquisa, são referenciais em tecnologia. O objetivo é avaliar a eficiência do HCFMRP-USP partindo das premissas do BSC utilizando como metodologia, um exemplo de caso. Conclui-se que os custos médios apresentam comportamentos semelhantes com tendência a estabilização, confirmando assim ganhos em eficiência. O texto apresenta duas partes principais, além da introdução e metodologia e considerações finais: os sistemas de orçamento e de custeio do Hospital.*

**Área temática:** *Gestão de Custos no Setor Governamental*

## **Indicadores de eficiência fundamentados nos preceitos do balanced scorecard (BSC): um exemplo de caso no HCFMRP-USP**

### **Resumo**

O estudo centra-se na discussão de que a escassez de recursos não justifica a falta de qualidade e a crise na área da saúde. Os hospitais universitários, além da assistência médica, ensino e pesquisa, são referenciais em tecnologia. O objetivo é avaliar a eficiência do HCFMRP-USP partindo das premissas do BSC utilizando como metodologia, um exemplo de caso. Conclui-se que os custos médios apresentam comportamentos semelhantes com tendência a estabilização, confirmando assim ganhos em eficiência. O texto apresenta duas partes principais, além da introdução e metodologia e considerações finais: os sistemas de orçamento e de custeio do Hospital.

Palavras-chave: Balanced scorecard, Avaliação de desempenho, Custos hospitalares.

Área Temática: Gestão de Custos no Setor Governamental.

### **1. Introdução**

Em qualquer contexto, o atendimento com qualidade tem sido uma exigência crescente, fato esse não diferindo para a área da saúde. A cada dia, os pacientes têm demandado maiores níveis de desempenho da instituição que os atendem. Esta, por sua vez, deve “responder” a seus pacientes (usuários) com um atendimento qualificado, envolvendo questões como tempo de espera, segurança do paciente e do trabalhador, além da confiabilidade.

Neste cenário, uma nova discussão merece destaque entre os profissionais da saúde. É preciso mudar e avançar em muitos conceitos, principalmente a visão de que qualidade e custos são conflitantes. Qualidade e custos devem ser aliados.

A avaliação econômica da saúde aborda esse tema e vem assumindo um papel de destaque em todo mundo, exigindo dos gestores novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades. O acelerado avanço tecnológico e a especialização constante dos profissionais despontam de forma desproporcional aos recursos financeiros. A qualidade associada a utilização racional dos recursos deve ser o novo desafio.

Nos hospitais universitários estas questões aparecem com grande complexidade. Além da prestação da assistência médica, agregam atividades de ensino e pesquisa e, ainda, devem ser um referencial em tecnologia de ponta. Estas necessidades associadas àquelas referentes a hierarquização do atendimento mais complexo do Sistema Único de Saúde (SUS), determinam o equilíbrio econômico-financeiro de um hospital.

As informações de orçamento e custos associadas aos indicadores de produção e qualidade, embora insuficientes para a visão de conjunto institucional, são importantes no planejamento e na tomada de decisão dos gestores. Obviamente um valioso instrumento de gestão para a superação dos desafios impostos pela atualidade e para a busca da eficácia gerencial.

Para tanto, o trabalho contempla, basicamente, três pontos de discussão. O primeiro trata dos hospitais universitários, e nele se discute o que são estas organizações, suas principais características, bem como sua importância no atual contexto no serviço público de saúde.

O segundo, faz uma discussão a partir do enfoque sistêmico (gestão), das políticas de orçamento e custos e sua importância para fins estratégicos. É importante ressaltar que a

abordagem utilizada partiu de conceitos tradicionais para um enfoque aplicado à luz das organizações de saúde (hospitais universitários).

Finalmente, o terceiro ponto contempla um estudo de caso aplicado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - HCFMRP-USP, em que se busca apresentar uma análise de desempenho realizada mediante informações de produção (estatísticas), valores de orçamento e de custo e indicadores baseados nas premissas do Balanced Scorecard (BSC). Também são demonstradas as informações gerenciais obtidas através da pesquisa e as conclusões oriundas.

Antes de se adentrar efetivamente nos três pontos de discussão do trabalho, é importante delinear os aspectos metodológicos da pesquisa.

### **1.1. Objetivo**

Este artigo tem como objetivo avaliar a evolução de alguns indicadores de eficiência do HCFMRP-USP utilizando, como instrumento gerencial, as informações de orçamento e contábil. As variáveis que interferem na avaliação destas (informações) são inúmeras e não se tem a pretensão de elencar todas e nem esgotar o assunto e sim, o intuito de organizá-las, transformando-as em conhecimento para auxílio constante na tomada de decisão gerencial.

Foram objetivos específicos do estudo: (i) revisão conceitual de planejamento e orçamento e do sistema de custeio por absorção; (ii) realização da “leitura” dos dados coletados durante o período e, (iii) demonstração quantitativa dos impactos das políticas de gestão empregadas na instituição, durante o período, como forma de balizar metas futuras.

### **1.2. Metodologia**

Todo trabalho científico demanda um método de análise. Entende-se por método como o conjunto das atividades sistemáticas permitindo alcançar o objetivo, traçando caminhos, detectando erros e auxiliando as decisões. Portanto, não se trata de uma mera exigência formal, mas de algo que deve auxiliar o pesquisador na busca do conhecimento científico (Lakatos e Marconi, 2000, p.18).

Para a elaboração deste trabalho foi utilizado o método de estudo de caso, através de dados e informações da instituição ora apresentada. Santos e Parra Filho (1998), Fachin (1993) e Gil (2002) concordam que a maior utilidade do estudo de caso é verificada nas pesquisas exploratórias.

De acordo com Yin (2001), o estudo de caso é uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto real, quando os limites entre fenômeno e contexto não são claramente definidos e nas quais múltiplas fontes de evidências são usadas.

Ainda segundo o autor, uma pesquisa qualitativa assinala uma tentativa de entendimento dos significados e características situacionais apresentadas, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos. Especificamente, o plano de pesquisa conduz a um estudo exploratório que, segundo o autor, justifica-se quando não se tem informação sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenômeno.

Considerando ainda a pequena quantidade de pesquisas científicas envolvendo o terceiro setor, o estudo exploratório mostra-se o mais adequado, pois “no caso de problemas em que o conhecimento é muito reduzido, geralmente o estudo exploratório é o mais recomendado” (Richardson, 1999, p. 61).

Foram analisadas, além dos dados estatísticos dos últimos dez anos, compreendendo o período de 1995 a 2004, a execução orçamentária e informações de custos (embasadas nas técnicas do Balanced Scorecard). Buscou-se a validação das medidas de gestão implementadas pela administração nos indicadores levantados de forma a subsidiar análises quantitativas e qualitativas.

## **2. Os Hospitais Universitários**

Segundo Mintzberg (1995), hospitais são estruturados segundo uma Burocracia Profissional admitindo, para o núcleo operacional, especialistas treinados e doutrinados. Os profissionais nessas estruturas geralmente não se consideram parte da equipe. Para muitos a organização é quase um incidente, apenas um lugar conveniente para exercer suas habilidades.

Com isso, são leais para com sua profissão e não para o local onde ocorre praticá-la. Por isso, alguns profissionais descrevem tais organizações como pirâmides invertidas, com os operadores profissionais no topo e os administradores abaixo para servi-los. Esta visão subestima o poder do administrador hospitalar tornando complexa a sua atuação, fazendo com que o administrador “gaste” muito tempo resolvendo perturbações na estrutura, muitas vezes deixando a política de saúde e o próprio planejamento da instituição para segundo plano.

Quando sua estrutura é constituída para oferecer atividades de alta tecnologia, os Hospitais Universitários (HUs) possuem características que fazem com que seus custos sejam elevados, tais como: atividades docentes-assistenciais e serviços básicos de saúde, de acordo com Medici (2001). Segundo o autor, os HUs dificilmente poderiam ser competitivos em um sistema de reembolso por serviço e seriam pouco atrativos aos planos de seguro médico. A tendência é que se mantenham custeados pelo setor público, com boa parte dos serviços prestados de forma gratuita ou subsidiados.

Diante desta realidade de intensas mudanças, os HUs precisam definir estratégias sustentáveis de ação. A melhoria da gestão dos hospitais brasileiros passa, portanto, pela definição de um sistema simples, prático e com informações confiáveis. Sistema este que permita a separação das informações em estratégias gerenciais e operacionais.

Então, são estabelecidos alguns indicadores para avaliação. Naturalmente, a discussão sobre qualidade nos hospitais já vem de longa data, mas alguns fatos contribuíram para que esta questão alcançasse as proporções atuais, em especial: os custos da assistência médica e a incorporação crescente e progressiva de tecnologia não substitutiva.

Castelar (1995) vai mais longe: a utilização de equipamentos é cada vez menos complementar ao ato médico, sendo cada vez mais substituta do ato médico, ou seja, o raciocínio médico (intuitivo) está sendo substituído pelo da máquina (lógico, frio e distante do paciente).

### **2.1. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP**

O HCFMRP-USP é vinculado à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e associado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade.

Constitui-se centro de referência de nível terciário, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerado o maior hospital do interior do país. Possui, atualmente, 843 leitos, 34 salas cirúrgicas, 333 salas de atendimento ambulatorial dispostos em duas unidades: Hospital das Clínicas do Campus (HC-Campus), situado no Campus da USP em Ribeirão Preto e a Unidade de Emergência (EU) situado no centro da cidade de Ribeirão Preto, num total de 137.668,58 m<sup>2</sup>.

A instituição presta serviços médico-hospitalares, de urgência e tratamentos específicos de alta complexidade e tecnologia de ponta à população de Ribeirão Preto e toda a região, ultrapassando inclusive os limites do Estado de São Paulo.

Os recursos são provenientes do Tesouro do Estado e da arrecadação SUS, esta repassada por meio da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP-USP.

A FAEPA é uma entidade de direito privado com autonomia administrativa e financeira, regida por seu estatuto e regimento interno e pelas normas do código civil. Seu principal objetivo é fomentar as atividades-fins do HCFMRP-USP. Oferece flexibilidade no gerenciamento financeiro do Hospital e tem propiciado ganhos significativos no custeio, modernização e aprimoramento institucional. Cabe ainda mencionar, que a FAEPA está submetida a mecanismos de controles bem definidos garantidos pelo interesse público.

Duas mudanças, ocorridas no ano de 2000, merecem destaque no modelo assistencial praticado pelo HCFMRP-USP. A regulação médica na UE e o agendamento descentralizado de consultas eletivas no HC-Campus.

A Regulação Médica, na Unidade de Emergência (UE), implantada com a função de ordenar o fluxo de pacientes aos serviços de urgências e garantir o acesso a rede hospitalar, segundo os preceitos do SUS. Com a Regulação Médica a UE assumiu, para a região de Ribeirão Preto, a referência para os casos de alta complexidade. Até então, a UE trabalhava com uma sobrecarga flagrante na avaliação dos pacientes encaminhados e aqueles que procuravam a unidade espontaneamente e inadequadamente, provocando um atendimento caótico e freqüentes conflitos entre equipes de saúde, pacientes e familiares.

O novo modelo de Regulação Médica permitiu, paulatinamente, a organização do fluxo de pacientes com redução progressiva das taxas de ocupação de leitos em níveis eticamente aceitáveis. Restringiu-se às consultas aos casos com real necessidade, traduzindo em melhoria sensível na qualidade do atendimento, segundo Santos et. al. (2003).

Criou-se no HC-Campus o Agendamento Descentralizado das Consultas Eletivas. Por meio da disponibilidade de um sistema informatizado ligado diretamente ao banco de dados do HC, as Direções Regionais de Saúde (DIR's) da região de abrangência do HCFMRP-USP agendam os casos novos dos pacientes de suas cidades. Atualmente, 100% dos pacientes chegam ao HC-Campus já referenciado, permitindo a erradicação das longas filas de pacientes, na tentativa de conquistar uma vaga para ser atendido.

Obviamente que estas duas mudanças introduzidas vêm sofrendo melhoria contínua, mas pode-se afirmar que contribuíram para a humanização da assistência. Além da devida implantação do SUS, em suas premissas básicas, quais sejam a descentralização, a hierarquização e regionalização da rede de atenção a saúde na região de Ribeirão Preto.

### **3. Orçamento Público**

As organizações privadas, como regra geral, mantêm a execução financeira - receitas e despesas – de forma autônoma em relação ao orçamento. Este cumpre papel de orientador geral, porém é aceito que o orçamento da organização passe por adequações durante sua execução. Tal flexibilidade já não é possível nas organizações públicas, pelo menos em relação aos gastos, pois o orçamento de despesas não é apenas uma peça de orientação - a execução financeira das despesas deve ter sempre como marco definidor as autorizações constantes do orçamento. O comportamento financeiro da instituição pública é produto da execução, de determinada programação, a qual se reveste da forma orçamentária, pondera Piscitelli et al (1995).

Conforme Giacomoni (1998): planejamento, programação (técnicas de orçamentação) constitui os processos por meio dos quais os objetivos e os recursos (e suas inter-relações) são levados em conta visando à obtenção de um programa de ação. O autor complementa que a realidade emergente da atuação do Estado moderno exige a adoção de novas formas de controle, não substitutivas, mas complementares a elas.

Então, o teste de eficiência na avaliação das ações (dos gestores) procura considerar os resultados obtidos em face dos recursos disponíveis. Busca-se representar as realizações em

índices e indicadores, possibilitando comparação com parâmetros técnicos de desempenho e com padrões já alcançados anteriormente, defende Giacomoni (1998).

Tanto a análise da eficácia como da eficiência são possibilidades pelas formas modernas de estruturação dos orçamentos. Se, por um lado, essas formas possibilitam bons resultados nas avaliações, o mesmo não ocorre com a medição da efetividade: por mais aperfeiçoadas que possam ser as técnicas de análise de eficiência (custo/benefício), elas não conseguem fornecer indicações precisas para as grandes decisões visando o desenvolvimento econômico-social, pois são subjetivas. Cria-se então a necessidade do emprego de formas complementares de avaliação, assunto tratado na próxima seção.

### **3.1. Orçamento Gerencial: Enfoque no Desempenho e no BSC**

O orçamento tem como início as estratégias adotadas e as variáveis as quais a organização está sujeita pelo ambiente no qual está inserido. Assim, o orçamento surge como seqüência à montagem do planejamento estratégico. Este permite que sejam identificadas, com maior facilidade e rapidez, suas ações mais importantes, facilitando o julgamento dos administradores em relação a investimentos por parte da instituição.

Para que a instituição atinja uma rentabilidade estável, todas as suas atividades devem ser bem planejadas e, conseqüentemente, controladas para se apurar resultados. Então, o orçamento determina os meios, permitindo a instituição no cumprimento de suas funções, considerando os seus objetivos assistenciais e suas previsões de produção, pondera Castelar (1995).

Entretanto, fazem-se necessárias algumas considerações uma vez que o orçamento trabalha com delegação de responsabilidades. Para instituições em que a administração é de caráter autoritário, sua utilização é pouco funcional. Outro aspecto restritivo: os dados estão à mercê de erros e estes devem ser considerados, pois são estimativas. E ainda, a relação custo/benefício deve ser considerada. Nesse contexto, insere-se então as premissas do BSC.

Kaplan e Norton inicialmente definiram o *Balanced Scorecard* como um sistema de avaliação de desempenho – 1992; e posteriormente como um sistema de gestão estratégica – 1997.

O *Balanced Scorecard* é uma ferramenta que materializa a visão e a estratégia da empresa por meio de um mapa coerente com objetivos e medidas de desempenho organizadas segundo quatro perspectivas diferentes: financeira, do cliente, dos processos internos e do aprendizado e do crescimento. Tais medidas devem ser interligadas para comunicar um pequeno número de temas estratégicos amplos, como o crescimento da empresa, a redução de riscos ou o aumento de produtividade. (Kaplan e Norton, 1997, p. 24-25).

O orçamento operacional reflete melhorias incrementais nas operações existentes. O orçamento estratégico é o mecanismo utilizado para o fechamento das lacunas de planejamento entre o desempenho almejado e alcançado, através de melhorias contínuas nos processos, complementam os autores.

Boesen (2000) e Hope & Fraser (2003) aprofundam esse conceito: o orçamento tradicional deve ser substituído pelo estratégico. Assim, o BSC, como ferramenta de gestão, apresenta o equilíbrio necessário para o gestor no acompanhamento e avaliação do desempenho organizacional, sendo perfeitamente aplicável às instituições públicas e, particularmente, aos Hospitais Universitários.

O BSC deve traduzir a missão e estratégia institucional em objetivos e medidas tangíveis e focaliza o desempenho sob as quatro perspectivas já citadas. Para Kaplan e Norton (1997) os processos de planejamento e controle são interligados: a maneira com que os gestores conduzem as revisões de desempenho influencia o processo de fixação de metas, a geração e seleção de iniciativas e as justificativas para as deficiências de desempenho.

Como quer Alvarez (2003), os indicadores de gestão em saúde permitem identificar objetivos, obter informações reais e conhecer resultados. Complementa que o controle da utilização de recursos e a motivação dos profissionais também são trabalhados como forma de alinhar iniciativas estratégicas e encaminhar a gestão na direção correta.

As organizações hospitalares diferem das demais por lidarem com um bem extremamente precioso: a vida. Entretanto, todo este forte apego emocional não pode representar um viés de amadorismo. Muito pelo contrário: sugere a adoção de boas práticas de gestão, concordam Silva Filho (2003) e Gomes (2003).

### **3.2. O Sistema de Custeio como instrumento gerencial**

Martins (2003), preocupado com as expectativas de resultados imediatos esperados para o controle e decisão, faz uma advertência quanto aos sistemas de custos. Sistema não é somente um conjunto de normas, fluxos, papéis e rotinas, mas um conjunto de pessoas, embora muitas vezes isso seja esquecido. Sistemas de custos não são exceções e dependem primordialmente das pessoas, não de números, papéis e rotinas.

A tecnologia da informação possibilita resultados satisfatórios e abre um vasto campo de evolução da área, visto que um sistema de custeio completo e eficaz é, em geral, fruto da informática.

Segundo Horngren, Foster e Datar (2000), gerenciamento de custos é o conjunto de ações que os gestores tomam para satisfazer os clientes enquanto, continuamente, reduzem e controlam os custos.

Conforme Matos (2002), as expectativas em relação a um sistema de custos são maiores do que as condições existentes na maioria das organizações, em especial no setor da saúde.

A implementação de um sistema de custos não poderá prescindir de uma conscientização de todos os níveis de responsabilidades envolvidos no processo de coleta, processamento e análise dos resultados.

### **3.3. O Sistema de Custeio por Absorção**

O sistema de Custeio por Absorção é o mais utilizado nos hospitais brasileiros, muito embora a utilização de informações de custos ainda não seja uma prática muito disseminada na saúde (Martins, 2000). O autor complementa que o custeio por absorção é o método derivado da aplicação dos princípios de contabilidade geralmente aceitos, consagrado pela Lei 6.404/76, fator determinante para sua enorme difusão no meio empresarial.

Para a distribuição dos custos, o método de custeio por absorção segue algumas etapas conforme Martins (2003) e Riccio & Sakata (2000), a saber: separação entre custos e despesas, seguida pela apropriação de custos diretos ao produto e a atribuição dos custos indiretos aos produtos segundo bases de rateio previamente estabelecidas, sob um grau de consistência razoável.

A criação, classificação e identificação dos centros de custos são de importância vital para o Sistema de Apuração de Custos Hospitalares (SACH), como defendem Falk (2001) e Beulke & Bertó (1997). A combinação de funções, rotinas, atividades, insumos e serviços determinam ‘grupos’ de centros de custos.

O custeio hospitalar por absorção pressupõe que a causa de custos é função do volume de procedimentos médicos produzidos. Nesta lógica, os custos diretos são apropriados diretamente aos procedimentos médicos prestados, ao passo que os indiretos são rateados conforme determinadas bases, segundo Ching (2001). Neste contexto, o hospital é dividido em centros de custos que refletem departamentos especializados (administração, ambulatório, laboratório, nutrição, lavanderia, etc.).

O sistema de custeio por absorção controla o custo e o desempenho de uma unidade especializada (departamento) e possibilita a confrontação dos custos reais com os orçados. A avaliação será positiva se os reais não excederem os orçados, pondera Martins (2000).

A metodologia de custeio por absorção pleno é utilizada nos hospitais sob a segmentação de centros de custos, bem como sob a unidade de custeio de procedimentos hospitalares, ainda segundo Matos (2002).

#### 4. O Sistema de Orçamento do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP

O Orçamento do Estado é composto pelos Orçamentos: Fiscal, de Investimento (em empresas cujo Estado tem posição majoritária no capital social) e da Seguridade Social.

De acordo com a Constituição Federal, o Estado deve aplicar no mínimo 12% da receita líquida (receita total deduzida as transferências aos municípios) no Orçamento da Seguridade Social, englobando entre outras, a Secretaria da Saúde.

Dentro deste contexto, o Hospital elabora sua Proposta Orçamentária Setorial (POS) ocorrendo, geralmente, no período compreendido entre os meses de março a julho do ano em curso e é constituída pelas seguintes etapas:

Etapas 1: previsão da receita própria; previsão das despesas: pessoal e encargos, custeio e investimento; encaminhamento para a Secretaria de Economia e Planejamento para consolidação no nível estadual e elaboração do Projeto da Lei Orçamentária Anual (LOA); encaminhamento, pela Secretaria do Planejamento, do Projeto da LOA à Assembléia Legislativa para análise, inclusão de emendas e sua aprovação e, Publicação da Lei que produzirá seus efeitos a partir de 01 de janeiro do ano subsequente.

Etapas 2: execução orçamentária e acompanhamento e controle da execução orçamentária e financeira.

Para efetuar as tarefas relacionadas na primeira etapa, são utilizados como ferramentas de trabalho, sistemas disponibilizados na internet e, na segunda, sistemas informatizados ligados *on-line* através de rede interna do Governo (SIAFEM / SIAFISICO / NOTES).

##### 4.1. O Sistema de Custeio do HCFMRP-USP

Em um hospital do porte do HC, a aplicação de uma metodologia de custeio é complexa. Atualmente é aplicado o sistema de custeio por absorção pleno, adaptado para a realidade da instituição, sendo detalhado sistematicamente a seguir.

Os centros de custos do HCFMRP-USP são divididos em quatro grupos, descritos no quadro 1:

| Grupos       | Categorias                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grupo Um     | <b>Centros de Custos de Base:</b> transportes, almoxarifado, nutrição, lavanderia, higiene e limpeza, engenharia, arquivo médico, controle de leitos etc.                                                                                                                                            |
| Grupo Dois   | <b>Centros de Custos Intermediários:</b> são os laboratórios clínicos e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia.                                                                                                                                                                             |
| Grupo Três   | <b>Centros de Custos Especiais:</b> são as unidades que atendem os pacientes, desempenham as atividades fins do HCFMRP-USP. São eles: ambulatório, enfermarias de clínica médica, pediatria, cirurgia, ortopedia, oftalmologia, ginecologia e obstetrícia, centro cirúrgico, centro obstétrico, etc. |
| Grupo Quatro | <b>Centros de Custos de Produção:</b> constituem as pequenas indústrias subsidiárias de um hospital. São elas: gráfica, farmácia industrial e rouparia e costura.                                                                                                                                    |

Fonte: relatórios internos do HCFMRP-USP

Quadro 1 – Centros de Custos do HCFMRP-USP

Em síntese, o procedimento de apuração dos custos seguindo a demonstração dos centros da tabela 1, conforme a estrutura do Custeio por Absorção leva em consideração a seguinte metodologia: (i) são descritos os custos gerais do Hospital, como pessoal (salário, vale-alimentação, vale-transporte), energia elétrica, água/esgoto, telefone, manutenção de equipamentos e instalações, materiais de consumo e medicamentos e gerais, como aluguel e locação de aparelhos; (ii) uma vez totalizados os ‘gastos’ (custos e despesas), é então avaliada a produção/desempenho de cada grupo de centro de custo, através de relatórios, encaminhados à seção de custos, contendo as atividades desempenhadas no período. Estes relatórios têm por finalidade o fornecimento de informações estatísticas destinadas ao processo de rateio dos custos indiretos e dos centros de custos de base e intermediários, por departamentalização e, (iii) apurado o custo total do centro de custo, é possível chegar ao custo da atividade principal desempenhada pelo centro de custo. Como exemplos: o quilo de roupa lavada pelo centro de processamento de roupa hospitalar, um exame realizado pelo laboratório ou uma internação, sintetizado em um relatório final.

## 5. Resultados e discussões

Procuram-se, nesta seção, demonstrar, objetivamente, os resultados das políticas de gestão, bem como, as variações mais significativas do período de 1995 a 2004. Na figura 1 observam-se as evoluções do atendimento das duas unidades (HC-Campus e UE).

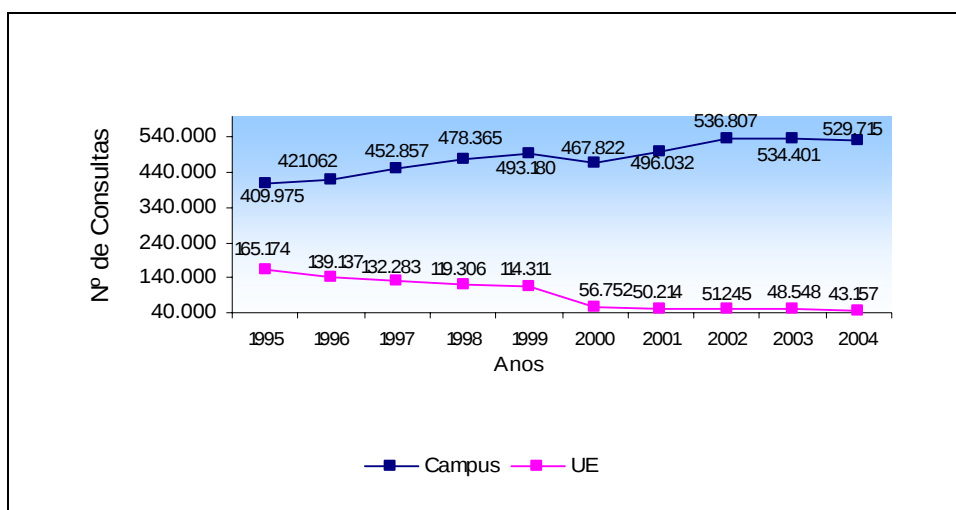


Figura 1 – Evolução do nº de consultas do HCFMRP-USP

A ordenação do fluxo de pacientes, a partir de 2000, com a implantação da Regulação Médica na Unidade de Emergência e a descentralização do agendamento de consultas eletivas no Campus, trouxe resultados significativos no número de consultas realizadas. Com este modelo, o HC se efetivou como assistência terciária no Sistema de Saúde da Região, tendo seus espaços preservados para o atendimento dos casos mais graves ou que não foram elucidados nas instâncias primárias e secundárias do SUS.

Como mostra o Gráfico 1, estes resultados aparecem de forma mais evidente a partir de 1997, quando deram início as primeiras ações que foram a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na UE e a exigência da referência para os pacientes encaminhados ao Campus, sendo consolidadas em 2000. A figura 2 apresenta a evolução do número de internações.

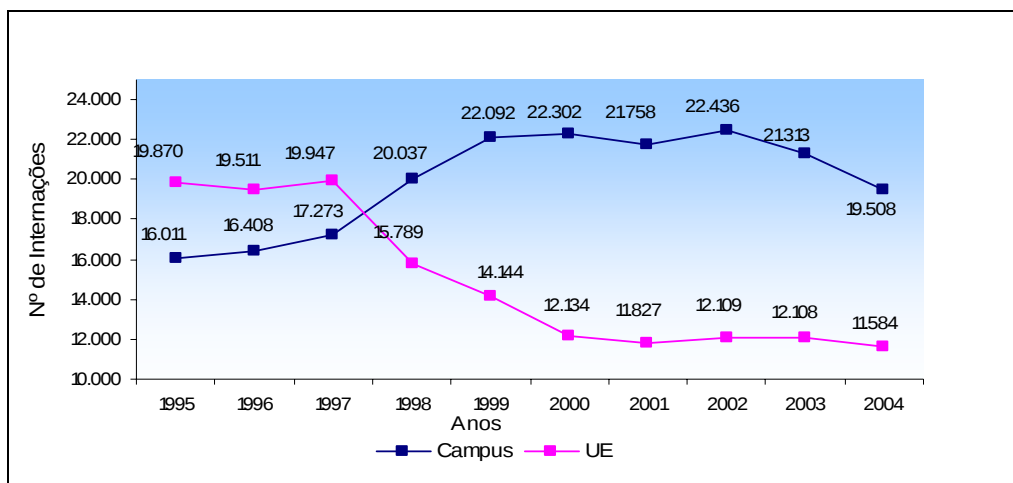


Figura 2 – Evolução do nº de internações do HCFMRP-USP

Por outro lado, o número de internações (Figura 2) que já apresentava tendência de aumento no Campus, recebeu impulso a partir de 1998. Fato este justificado pelo início do sistema de referência e contra-referência. Na UE, o número de internações diminuiu e, associado ao aumento da duração média de internação, reforça a maior complexidade dos casos atendidos. Na sequência é apresentada a evolução percentual das internações realizadas no período.

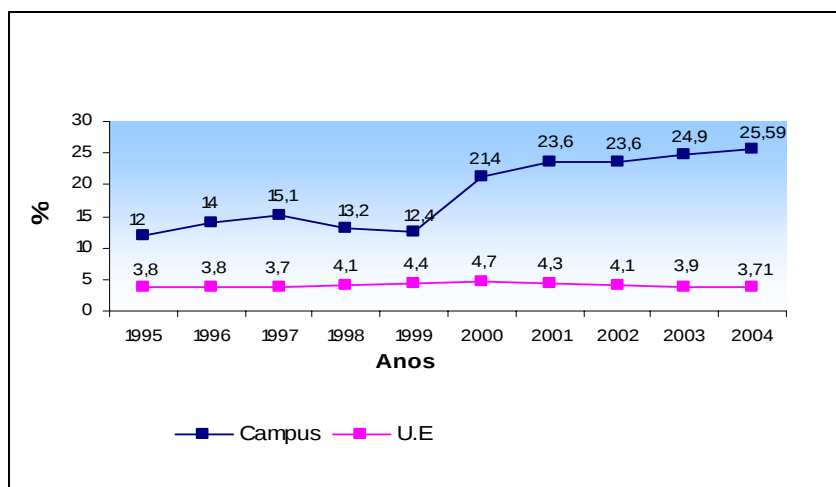


Figura 3 – Evolução da % de internação das consultas realizadas.

O percentual das consultas que geram internação teve aumento significativo na UE a partir de 2000, justificando o atendimento de casos de maior complexidade pela Regulação Médica. Esse fato demanda queda da ocupação dos leitos conforme gráfico a seguir.

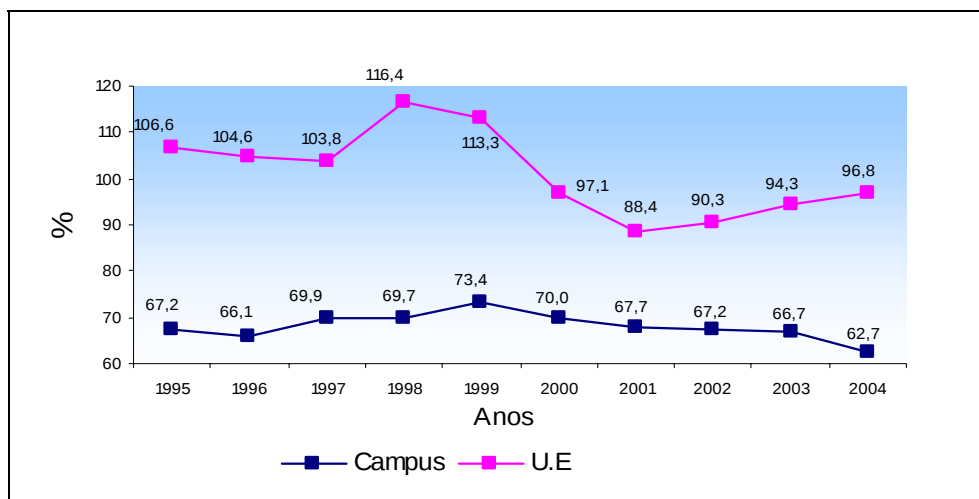


Figura 4 – Evolução da Taxa de Ocupação de Leitos do HCFMRP-USP

A taxa de ocupação de leitos na UE, antes de 2000, atingia níveis inaceitáveis com pacientes internados literalmente em macas e corredores. Houve redução significativa a partir de então, atingindo padrões eticamente aceitáveis, com atendimento de melhor qualidade. O histórico do HC-Campus, não apresenta alteração significativa na taxa de ocupação de leitos, não obstante, avalia-se que nessa Unidade, há espaço para ampliar as internações.

A participação do orçamento do HCRP na Secretaria de Estado da Saúde está assim demonstrado:

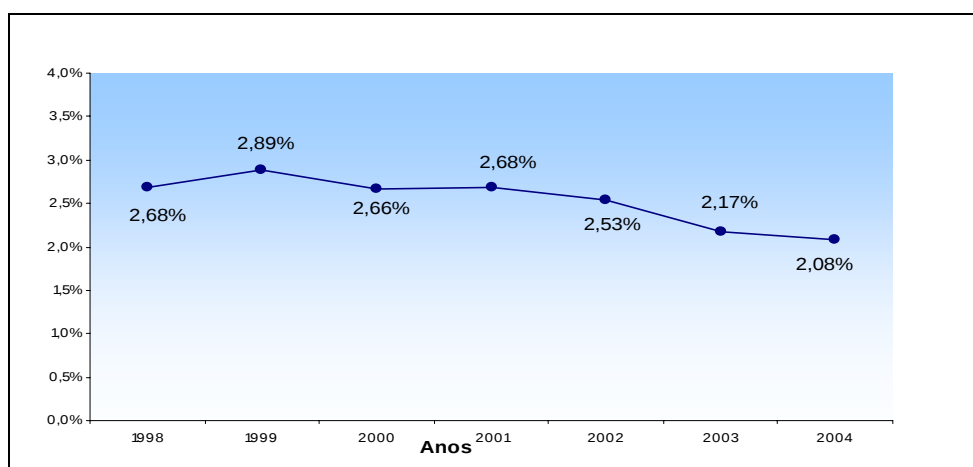


Figura 5 – Orçamento: HCRP x Secretaria de Estado da Saúde

Quanto ao aspecto financeiro/orçamentário, pôde-se observar que o percentual do HCFMRP-USP no orçamento da Secretaria de Estado da Saúde atinge o valor máximo em 1999 e, a partir desse ano, apresenta tendência a diminuição, atingindo em 2004, o percentual mínimo (Figura 5).

A receita SUS (Figura 6) gerenciada pela FAEPA apresenta salto significativo em 1995, não havendo, neste ano, correspondente aumento na produção (Figuras 1 e 2), comprovando assim, maior atenção no registro das informações para elaboração do faturamento, o que realmente ocorreu. A partir deste ano, mantém a tendência de aumento. No período de 1995 –2004 a variação da inflação foi de 171,55%, enquanto o orçamento do Hospital aumentou 99,56% e a receita SUS cresceu 166% no período correspondente.

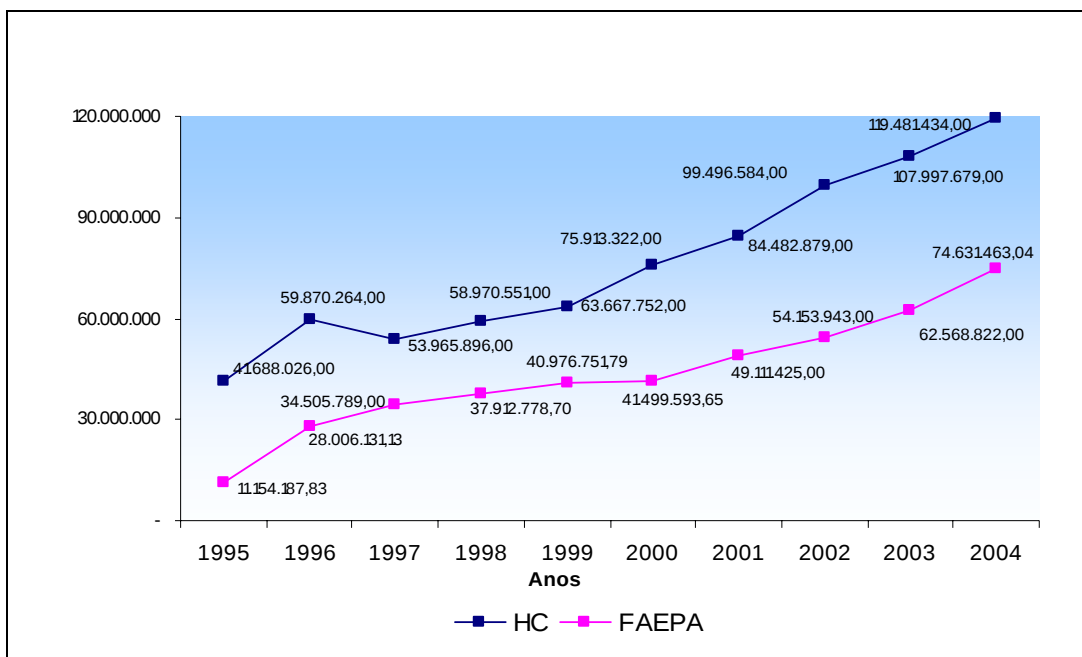


Figura 6 – Orçamento: HCFMRP-USP e Receita SUS – FAEPA

A figura 7 apresenta um forte crescimento dos Orçamentos do HCFMRP e da Receita SUS (FAEPA).

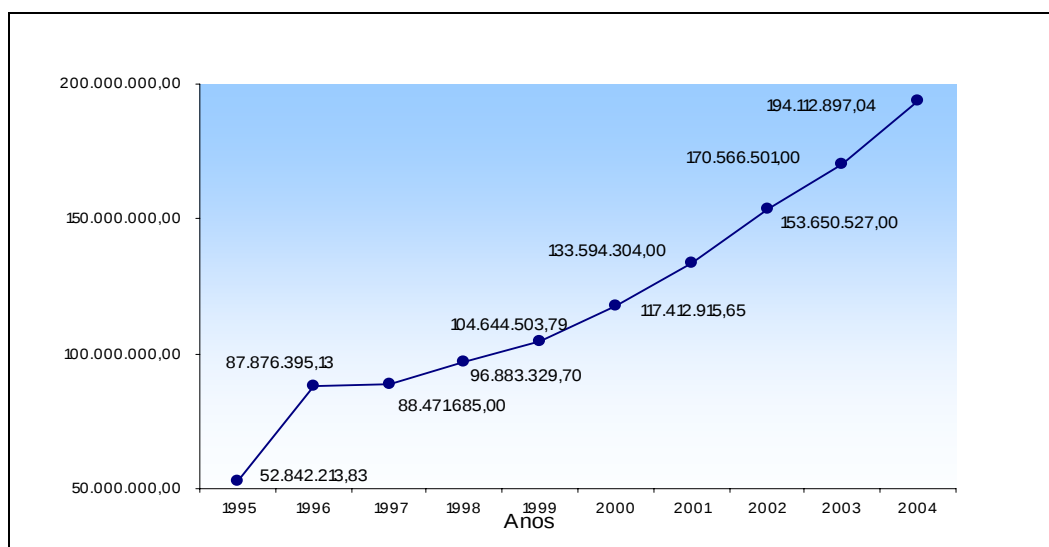
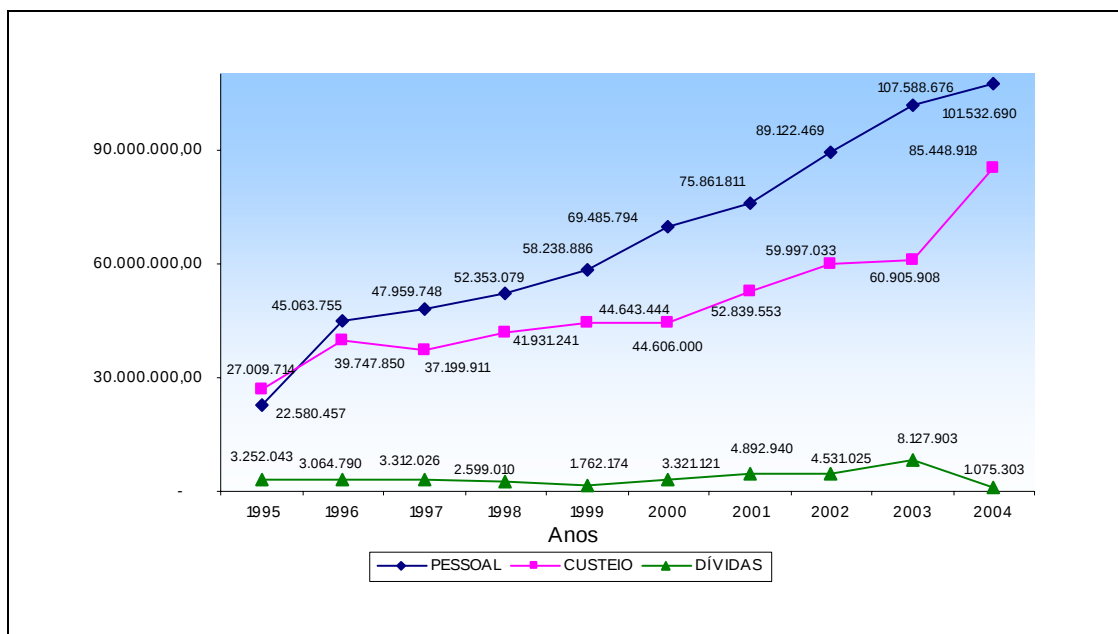


Figura 7 – Orçamento Geral: HCFMRP-USP + Receita SUS – FAEPA

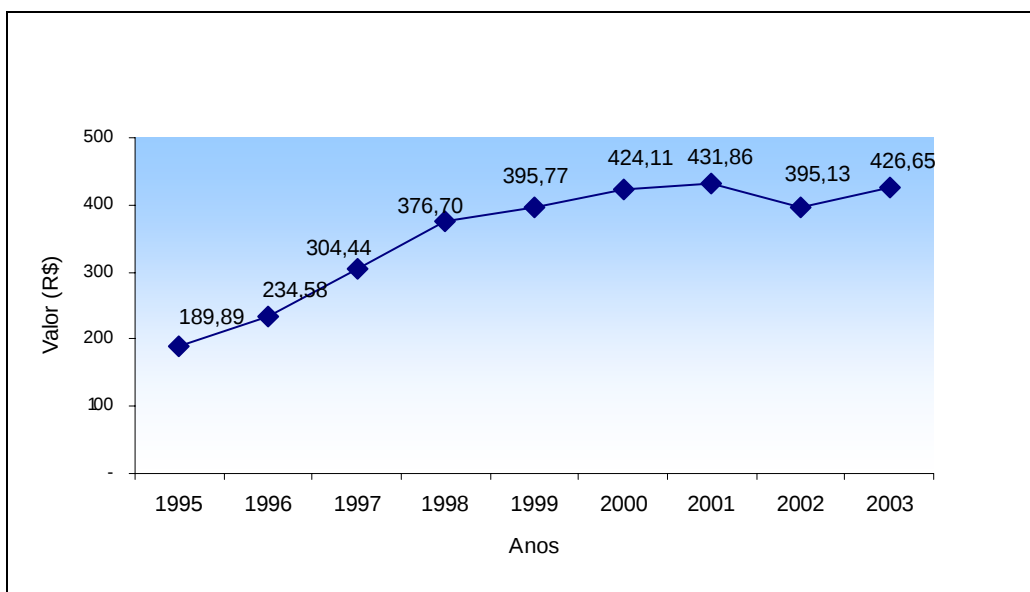
Numa análise mais simplista pode-se inferir que a instituição tem obtido crescentes “folgas” de caixa, entretanto quando se verifica anteriormente os incrementos no orçamento tem sido insuficientes, inclusive para a recuperação dos efeitos nocivos da inflação (queda do poder aquisitivo da moeda). Com efeito, os reajustes no orçamento e principalmente na Tabela do SUS (FAEPA) estão defasados.

A partir da análise do orçamento global do HC (Tesouro + FAEPA) por alíneas (Figura 8), constata-se que os investimentos tiveram redução significativa em 2004.



**Figura 8 – Orçamento Geral por alíneas**

O orçamento de custeio apresentou aumento de cerca de 40% de 2002 para 2003. Também o orçamento de pessoal apresenta crescimento durante o período, muito embora sendo considerado relativa perda salarial dos servidores, pós Plano Real. A figura 9 demonstra o custo médio do paciente-dia.



**Figura 9 - Custo Médio do Paciente-Dia**

Esse resultado reflete estabilidade nos últimos quatro anos, apesar do evidente aumento da complexidade dos casos atendidos, pelas políticas de gestão adotadas na condução da assistência, confirmando ganhos na eficiência.

O custo médio da internação apresenta perfil de comportamento semelhante ao custo médio paciente-dia sendo visualizado na figura 10.

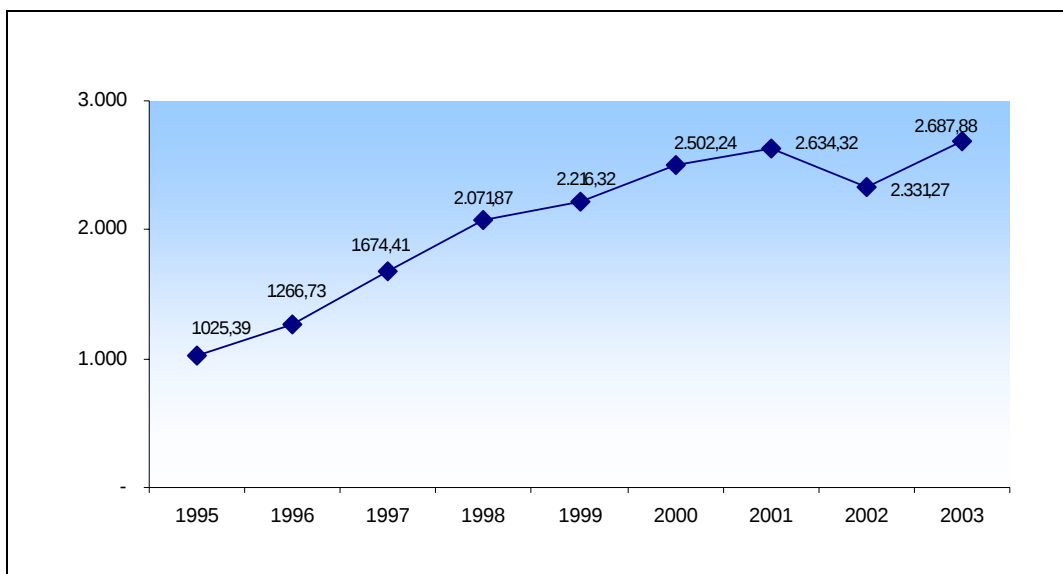


Figura 10 – Custo Médio da Internação

Em consonância com o custo médio paciente-dia, o resultado do custo médio da internação também demonstra estabilidade nos últimos anos, constatando o ganho na eficiência.

## 6. Considerações Finais

Este trabalho procurou demonstrar como o HCFMRP-USP, e outros Hospitais Universitários enfrentam grandes desafios, impostos pela atualidade, na busca da eficiência e eficácia gerenciais. Deve-se abandonar o conceito simplista de que a escassez de recursos justifica a falta de qualidade e a crise da área.

Neste contexto, a solução passa a ser a análise de indicadores como os de produção, de satisfação do cliente, entre outros, definindo o que é importante. Tais indicadores avaliam as ações implementadas com foco no futuro, sob um conceito holístico assumindo que o sistema não é, simplesmente, a somatória de subsistemas independentes. Neste trabalho, a análise foi subsidiada por indicadores de produção e financeiros, baseados nas premissas do BSC.

Um aspecto importante a se destacar é o fato de que os sistemas gerenciais devem ser tempestivos e dinâmicos, como são as instituições, e também fomentar a melhoria contínua.

Entende-se que com a pesquisa bibliográfica e com o estudo de caso realizado no HCFMRP-USP, os objetivos do trabalho foram atingidos, uma vez que se conseguiu demonstrar a evolução de indicadores da instituição, bem como corroborar quantitativamente os impactos das políticas de gestão empregadas na instituição, durante o período, como forma de balizar metas futuras.

Deve-se ressaltar que nem toda a organização está desenvolvida no sentido informacional e tecnológico a ponto de ter ferramentas como o BSC e sistemas específicos para levantamento de dados de produção e custos. Não obstante, esse fato não deve ser avaliado com um complicador de se criar uma política de conhecimento da própria situação e, conseqüentemente, promover um acompanhamento da relação causa-efeito entre as aplicações de recursos e os resultados obtidos.

Espera-se que trabalhos desta natureza despertem culturas institucionais de conhecimento e análise dos dados que, rotineiramente são coletados dentro da própria instituição e, habitualmente, subutilizados quando no processo de tomada de decisão.

## 7. Referências

- ALVAREZ, Fermin H. **Um Balanced Scorecard para Hospitais: alguns indicadores.** In: VIII Congresso Internacional de Custos, 10, 2003, Uruguai. Anais.
- BEULKE, R. & BERTÓ, J. **Gestão de Custos e Resultado na Saúde.** SP: Saraiva, 1997.
- BOESEN, T. ***Creating Budget-less Organizations with the Balanced Scorecard Report.*** Boston (USA): Harvard Business Scholl Press, 2000.
- CASTELAR, Rosa M. **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro.** SP: ENSP, 1995.
- CHING, Hong Yuh. **Manual de custos de instituições de saúde: Sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividades (ABC).** SP: Atlas, 2001.
- FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia.** SP: Atlas, 1993, 153 p.
- FALK, James Anthony. **Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações.** SP: Atlas, 2001.
- GIACOMONI, James. **Orçamento Público.** SP: Atlas, 1998.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** SP: Atlas, 2002.
- GOMES, Anailson M. **A importância dos Custos na gestão das Organizações de Saúde.** In: VIII Congresso Internacional de Custos, 10, 2003, Uruguai. Anais.
- HOPE, J.; FRASER, J. **Who needs budgets?** Harvard Business Review. Boston (USA), v.81, n. 2, p. 82-89, feb. 2003.
- HORNGREN, Charles T.; FOSTER, George; DATAR, Srikant M.. **Contabilidade de Custos.** RJ: LTC – Livros Técnicos e Científicos, 2000.
- ÍNDICE IGPM: Disponível em :<<http://www.fgvsp.br>>, Acesso em 02/08/2004.
- KAPLAN, Robert S.; COOPER, R. **Custo e Desempenho: Administre seus custos para ser mais competitivo.** SP: Futura, 1998.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A estratégia em ação: balanced scorecard.** RJ: Campus, 1997.
- \_\_\_\_\_ **Organização orientada para a Estratégia.** RJ: Campus, 2000.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica.** SP: Atlas, 2000.
- MARTINS, Domingos. **Custos e orçamento hospitalar.** SP: Atlas, 2000.
- MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos.** 9ª ed. SP: Atlas, 2003.
- MATOS, Afonso José de. **Gestão de Custos Hospitalares.** SP: Editora STS, 2002.

MEDICI, A. C. **Hospitais Universitários: passado, presente e futuro.** Revista Associação Medica Brasileira n. 47(2), 2001, p. 149-56.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes–estruturas em cinco configurações.** SP: Atlas, 1995.

PISCITELLI, R.B.; TIMBÓ, M.Z.F; BRUM, S.M.D.; ROSA, M.B. **Contabilidade Pública: uma abordagem da administração financeira pública.** SP: Atlas, 1995.

RICCIO, Edson L. SAKATA, Marici. **Um estudo sobre a pesquisa em custos no Brasil.** Revista Brasileira de Contabilidade, n 124, p.68-75, jul./ago. 2000.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** SP: Atlas, 1999.

SANTOS, João A.; PARRA FILHO, Domingos. **Metodologia Científica.** SP: Futura, 1998.

SANTOS, José S. dos; SCARPELINI, Sandro; BRASILEIRO, Sérgio L.L.; FERRAZ, Clarice Ap.; DALLORA, Maria Eulália L. V.; SÁ, Marcos F. Silva de. **Avaliação do Modelo de Organização da Unidade de Emergência do HCF1MRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização.** Revista de Medicina nº 36, Ribeirão Preto, 2003.

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

SILVA FILHO, Juacy C. da. **Alternativa de Redução de Custos Hospitalares através da Redução da Média de Permanência em um Hospital Público de Urgência e Emergência na área do Trauma.** In: VIII Congresso Internacional de Custos, 10, 2003, Uruguai. Anais.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e método.** Traduzido por Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.