

Aplicabilidade do custeio baseado em atividades: comparação entre hospital público e privado

Simone Leticia Raimundini^{*}
Antônio Artur de Souza^{**}
Ernani Mendes Botelho^{***}
Mirian Aparecida Micarelli Struett^{****}
Luciano Gomes dos Reis^{*****}

RESUMO

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que teve como objetivo analisar a aplicabilidade do sistema de Custeio Baseado em Atividades (ABC) e os custos hospitalares, por intermédio da margem de contribuição, em hospitais públicos e privados. Os hospitais sejam públicos ou privados, têm encontrado dificuldades quanto a utilização de ferramentas adequadas para a gestão financeira. As fontes tradicionais oferecidas mostram-se incipientes para atender à expectativa dos gestores hospitalares. Os estudos de casos foram realizados em dois hospitais públicos de ensino e um hospital privado que aplicaram o ABC. Concluiu-se que o sistema ABC é aplicável em organizações hospitalares e que a margem de contribuição apresenta variações relevantes entre hospital público e hospital privado.

Palavras-chave: Custeio baseado em atividades. Hospitais - Custos

^{*} Mestre em Administração (UEM), Professora de Contabilidade do Departamento de Administração da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: sraimundini@ufv.br

^{**} Ph.D. em Finanças, Professor de Contabilidade do Departamento de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: aa_de_souza@uol.com.br

^{***} Doutorando em Administração (FEA/USP-RP), funcionário da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). E-mail: ebotelho@usp.br

^{****} Mestre em Administração (UEL), funcionária Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM). E-mail: micarelli@brturbo.com.br

^{*****} Doutorando em Contabilidade e Controladoria (FEA/USP). E-mail: gomesdosreis@uol.com.br

I INTRODUÇÃO

As organizações têm buscado constantemente novas ferramentas para aprimorar o processo de gestão e de tomada de decisão e, ainda, manter a competitividade. No caso do segmento de serviços, em todas as suas áreas, esse tem passado por um crescimento significativo nestes últimos anos e a aplicação e o aprimoramento de ferramentas de gestão tem sido intensa (KIRCHBACH, 2003). A área da saúde, em particular, devido a volatilidade da tecnologia utilizada, qualificação da mão-de-obra e preço dos serviços tende a ser cada vez mais alto (MICHELMAN; RAUSCH; BARTON, 1999).

Além desses fatores há outro fator de ordem administrativa: grande parte das organizações hospitalares tem a direção administrativo-financeira exercida por profissionais na área da saúde, muitas vezes médicos, que não possuem preparo técnico para lidar com tal nível de complexidade. No Brasil isso é uma realidade que está associado a defasagem no uso de ferramentas de gestão, entre elas, de sistema de custeio (ABBAS, 2001; CECILIO, 1997; GONÇALVES, 1998).

Há que considerar, ainda, o fato de o governo federal brasileiro destinar apenas 3% do Produto Interno Bruto para a saúde, quando na maioria dos países este percentual é superior a 10%, sabendo-se, também, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o mínimo de 5% (PINOTTI, 2003). Soma-se a estas dificuldades a variação relevante em relação aos atendimentos realizados, que pode ser avaliada pela disponibilidade de alta tecnologia, tanto em diagnóstico como em tratamento, serviço que, no entanto, não está disponível para a maior parte da população, que continua carecendo de atendimentos básicos (JATENE, 2003).

Como se pode observar, a gestão de custos é de grande relevância para as organizações que prestam serviços hospitalares, tanto as públicas quanto as privadas. Para as primeiras, pode representar uma significativa racionalização nos processos de prestação de serviço, com economia de recursos públicos, já reconhecidamente escassos; para as últimas, pode proporcionar melhor resultado financeiro, traduzido em aumento da capacidade de investimento de capital e qualificação no atendimento aos pacientes.

Desse modo, é eminente a necessidade de aprimorar o processo de gestão e de tomada de decisão, gerando informações precisas e confiáveis, através do uso de ferramenta de gestão financeira, em organizações hospitalares. Partindo desse pressuposto, o objetivo desta pesquisa consistiu em analisar a aplicabilidade do sistema de custeio baseado em atividades (ABC), e, também a margem de contribuição (MC) dos serviços prestados três hospitais (dois públicos e um privado).

Este artigo apresenta uma breve revisão da literatura sobre o sistema ABC e sua aplicabilidade em organizações hospitalares (seção 2). Em seguida

é apresentada metodologia de pesquisa que foi empregada e a caracterização dos casos estudados (seção 3). Os dados da pesquisas são apresentados na seção quatro, que contempla a análise do sistema ABC em três hospitais. As principais conclusões (seção 5) foram: o sistema ABC é aplicável em organizações hospitalares e há variações relevantes nos custos entre os hospitais públicos e privados, bem como margem de contribuição.

2 SISTEMA DE CUSTEIO BASEADO EM ATIVIDADES

O sistema ABC tem a finalidade de gerar informações mais precisas e confiáveis para a tomada de decisão, por intermédio do aprimoramento do processo de custeamento dos serviços ou dos produtos, especificamente dos custos indiretos. A ênfase do sistema ABC é reduzir as distorções na alocação dos custos indiretos aos serviços ou produtos utilizados pelos sistemas de custeio tradicional (custeio por absorção e custeio direto). Esses sistemas, por intermédio dos critérios de rateio, alocam os custos indiretos de forma subjetiva e arbitrária (GARRISON; NOREEN, 2001; MAHER, 2001).

O sistema ABC pressupõe que os custos indiretos devem ser primeiramente atribuídos às atividades e, em seguida, aos serviços ou produtos que utilizam as atividades, ou seja, os custos indiretos não são rateados, mas rastreados (ATKINSON et al., 2000). Portanto, as atividades são a base do sistema ABC, permitindo traçar as inter-relações funcionais do processo de prestação de serviço ou de produção (GARRISON; NOREEN, 2001; SHANK; GOVINDARAJAN, 1995).

Desse modo, para o sistema ABC a causa do consumo de recursos são as atividades, devendo essas ser analisadas quanto à geração ou não de benefícios para a organização, através da análise do valor agregado. A análise do valor agregado em cada atividade possibilita que essas sejam controladas, a fim de eliminar as atividades que não geram benefícios ou aumentar o desempenho daquelas que geram benefícios, servindo de base para a tomada de decisão na gestão financeira de custos (KAPLAN; COOPER, 1998; MAHER, 2001).

Além das atividades que identifica a causa do consumo dos recursos, há os direcionadores de custos. Esses são considerados como o fator que explica a relação entre o consumo de recursos e a atividade. Assim, os direcionadores de custos quantificam a frequência em que a atividade é realizada (SHANK; GOVINDARAJAN, 1995).

Por isso, ao definir o direcionador de custos deve considerar, primeiramente, a relação causal, que deve apresentar a relação da origem do custo e da atividade; em seguida os benefícios proporcionados, quando os custos são atribuídos com base nos benefícios gerados e; por último, o rateio, quando não é possível associar o custo à atividade pelos dois primeiros requisitos (MAHER,

2001). Essa relação permite a análise conjunta das atividades e dos direcionadores de custos com a gestão financeira, porque enfatiza o aumento do desempenho das atividades com a redução de custos.

O sistema ABC, como sistema de custeio que dá suporte à tomada de decisão, apresenta a vantagem de fornecer informações detalhadas sobre o processo de custeamento, podendo classificar-se em custos fixos e custos variáveis ou categorizar as atividades. Essa classificação ou categorização está associada à frequência que a atividade é realizada, identificada através do direcionador de custos, aumentando a capacidade de análise de custos (ATKINSON et. al., 2000; COOPER; KAPLAN, 1991).

Desse modo, o sistema ABC apresenta informações mais precisas e confiáveis sobre o custo do serviço ou do produto, bem como, descreve todo o processo de custeamento e o desempenho das atividades. Além de, permitir a integração do sistema de custeio aos demais sistemas da organização, através do sistema de informações, tornando o processo de gestão empresarial mais dinâmico e eficiente.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

A pesquisa contemplou estudos de casos (seção 4) em três organizações hospitalares: Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM); Hospital Universitário Clemente Faria (HUCF), em Montes Claros, Minas Gerais; e Hospital Londrina (HL), em Londrina, Paraná. Os estudos de casos nestes hospitais foram realizados mediante a coleta de dados através de entrevistas, pesquisas documentais (relatórios internos), pesquisas em arquivos (dados contábeis) e observações direta não participante.

No HUM e no HUCF, hospitais públicos e gerais, a pesquisa foi realizada entre maio de 2001 e novembro de 2002, tendo como objeto de estudo a média mensal dos procedimentos de parto normal (PN) e parto cesárea (PC) realizados no setor de Ginecologia e Obstetrícia (GO) nos meses de janeiro 2001 a junho de 2001. No HL, empresa privada, de pequeno porte e especializada em clínica médica e cirúrgica em casos de traumatologia e ortopedia, a pesquisa foi realizada entre maio e outubro de 2003, com os dados do mesmo período de pesquisa. Neste hospital foi desenvolvido um projeto piloto, com base na média mensal do período pesquisado, contemplando os serviços de atendimento ambulatorial, de imobilização e de internamento.

Optou-se pelo método de estudo de casos por contemplar uma análise contextual e suas inter-relações; por permitir a replicação e a comparação entre os casos; a análise dos dados qualitativos; a utilização das diversas técnicas de coleta de dados; e a triangulação dos dados coletados (YIN, 2001). Estes estudos

de casos caracterizam-se como do tipo descritivo (COOPER; SCHINDLER, 2000), por contemplar a análise da aplicação do sistema ABC e a análise dos custos hospitalares.

4 ANÁLISE DA APLICABILIDADE DO SISTEMA ABC EM HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS

A aplicação do sistema ABC no setor de GO - procedimentos de parto - do HUM e do HUCF ocorreu em quatro fases:

- a) identificação e definição das atividades;
- b) identificação dos setores, dos recursos e dos custos dos recursos;
- c) identificação e definição dos direcionadores de custos (de recursos e de atividades); e
- d) custeamento dos objetos de custos.

Para identificar as atividades, foi necessário descrever o fluxo dos procedimentos, o que possibilitou conhecer todos os processos necessários (recepção, diagnóstico, admissão no Centro Obstétrico, pré-parto, parto, puerpério e cuidados clínicos e alta) à prestação do serviço. Seguiu-se com a identificação dos subprocessos que ocorrem em cada um dos processos e, então, das atividades - classificadas em atividades primárias e secundárias - e do respectivo agente causador.

Comparando a aplicabilidade do sistema ABC no HUM e no HUCF, observou-se que há similaridade quanto a seus setores, recursos, atividades e direcionadores de custos entre os dois hospitais. A combinação de fatores para identificar com objetividade onde, quando e como os custos ocorrem, por intermédio dos direcionadores de custos, é fundamental para gerar as informações financeiras e operacionais, de modo a minimizar o arbitramento e a subjetividade existente nos sistemas de custeio tradicionais - sistema utilizado pelo HUM -, ao alocar os custos ao objeto de custos. Como o HUM utiliza o sistema de custeio por absorção, a contabilidade obtém o custo médio do mês com base no critério paciente-dia, cujas informações não são utilizadas pela administração do hospital. Ainda, o HUCF desconhece o custo dos procedimentos porque não utiliza nenhum sistema de custeio.

No HL, empresa privada e de pequeno porte, a aplicação do sistema ABC foi realizada sob a forma de projeto piloto para os procedimentos de atendimentos ambulatoriais, com ou sem imobilização, e de internação de pacientes atendidos tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como por convênios privados. O desenvolvimento do projeto piloto no HL tem o propósito de permitir à administração do hospital avaliar se as informações geradas pelo sistema ABC são melhores para a gestão e a tomada de decisão do que aquelas

geradas pelo sistema de custeio tradicional, atualmente em uso. A aplicação do sistema ABC deu-se em cinco etapas:

- a) identificação e definição das atividades primárias e secundárias;
- b) levantamento dos custos dos recursos consumidos por estas atividades;
- c) identificação e definição dos direcionadores de custos (dos recursos e das atividades);
- d) custeamento das atividades; e
- e) estabelecimento da relação entre o custo das atividades e os fatores que agregam valor aos clientes do hospital.

No decorrer da etapa de identificar e definir as atividades, foi possível elaborar o fluxograma do procedimento de atendimento ambulatorial e engessamento, a fim de facilitar a análise dos processos. Os processos descritos no fluxograma foram:

- a) recepção do paciente;
- b) encaminhamento para a sala de espera;
- c) consulta por médico especializado;
- d) encaminhamento para exame de radiografia;
- e) diagnóstico e prescrição médica;
- f) encaminhamento para a sala de engessamento;
- g) engessamento; e
- h) anotação para data de retorno.

Para os pacientes com patologia de natureza muscular, que não precisam de engessamento, os processos de encaminhamento para exame de radiografia, encaminhamento para sala de engessamento e engessamento não ocorrem.

Igualmente, foi elaborado o fluxograma para o procedimento de cirurgia, com os seguintes processos:

- a) recepção;
- b) admissão da enfermagem;
- c) encaminhamento ao quarto;
- d) avaliação do paciente;
- e) encaminhamento ao Centro Cirúrgico;
- f) realização da cirurgia;
- g) retorno ao quarto;
- h) administração dos medicamentos;
- i) exame físico no paciente; e
- j) alta.

É importante destacar, primeiramente, dentre as dificuldades identificadas durante o desenvolvimento do projeto piloto, a de obter os dados, em razão de os controles internos serem realizados manualmente ou de outros controles internos não serem realizados, tais como: tempo de uso do Centro Cirúrgico, tipo de cirurgia realizada e número de pacientes atendidos que tiveram que

realizar exames radiológicos, mas não foram registrados pelo hospital ou foram de modo pouco confiável. Essa carência de controle determinou que neste projeto piloto as cirurgias ainda teriam que ser objeto de custeio, tendo como prioridade a criação de controles internos para cada cirurgia, a fim de categorizá-las de acordo com os tipos de cirurgias realizadas no hospital e de controlar os custos diretos e indiretos ocorridos, por exemplo, para, posteriormente, desenvolver um projeto complementar contemplando as cirurgias.

Essa dificuldade confirma a necessidade de implantar-se um sistema de informações para substituir o controle manual, bem como para fazer o controle de fatos que ainda não são controlados, como os que ocorrem no Centro Cirúrgico do HL. Ainda, esse sistema de informações, além de criar controles internos, deve consolidar as informações que estão dispostas nos vários departamentos do hospital, formando um banco de dados que integrará todos os departamentos e permitirá a segregação dos custos por atividade em tempo real, para demonstrar onde e como os recursos são efetivamente consumidos. Dessa forma, facilitará a implementação da gestão de custos baseada em atividades.

No HUM e o HUCF, essa dificuldade de obter os dados e de sistematizá-los a fim de mensurar os custos dos procedimentos de parte foi concomitante, agravada pelo fato de não se encontrar no mercado um sistema de informações (ou de se desenvolver um) que atenda a esses quesitos a um valor acessível para as pequenas e médias organizações hospitalares. Concluído o custeamento dos procedimentos no HL e após de identificar as dificuldades, observou-se que o sistema ABC gerou informações mais úteis, detalhadas, precisas e confiáveis para a tomada de decisão, as quais foram confirmadas pelos diretores por meio de entrevistas. Ainda, possibilitou identificar as atividades que não agregavam valor aos clientes, as quais, em virtude disto, podem ser eliminadas.

A análise da aplicação do sistema ABC no HUM, no HUCF e no HL, possibilitou conhecer os custos dos procedimentos e fazer a comparação com as remunerações recebidas pelos hospitais. As TAB. 1 e 2 apresentam os valores de remuneração do SUS, custo e MC unitária (obtida pela diferença do valor das remunerações recebidas com o custo) referente ao HUM e ao HUCF. A TAB. 3 apresenta os valores das remunerações recebidas pelo HL (SUS e convênio), custo e MC unitária.

TABELA 1
Margem de contribuição (em R\$) - procedimentos de parto HUM/HUCF

Procedimentos	HUM			HUCF		
	Receita	Custo	MC Unitária	Receita	Custo	MC Unitária
Parto Normal						
Serviços hospitalares	90,00	241,85	(151,85)	110,00	262,18	(152,18)
Serviços profissionais	102,00	221,98	(119,98)	110,00	245,56	(135,56)
S.A.D.T. ⁽¹⁾	5,00	3,42	1,58	5,00	14,92	(9,92)
Recém-nato	25,00	19,25	5,75	35,00	12,85	22,15
Total	222,00	486,50	(264,50)	260,00	535,51	(275,51)
Parto Cesárea						
Serviços hospitalares	230,00	405,81	(175,81)	250,00	379,67	(129,67)
Serviços profissionais	102,00	324,53	(222,53)	102,00	368,04	(266,04)
S.A.D.T. ⁽¹⁾	5,00	3,42	1,58	5,00	19,89	(14,89)
Recém-nato	25,00	19,25	5,75	35,00	12,85	22,15
Total	362,00	753,01	(391,01)	392,00	780,45	(388,45)

Fonte: Hospital Universitário Regional de Maringá; Hospital Universitário Clemente Faria

Nota: Dados trabalhados pelos autores.

⁽¹⁾S.A.D.T. - Serviço Auxiliar de Diagnóstico Terapêutico

A TAB. 1 apresenta os custos incluindo os valores remunerados diretamente pelo Estado onde os hospitais estão localizados (água, energia elétrica e folha de pagamento, sendo esta última a de maior valor entre todos os custos do hospital porque refere-se a mão-de-obra), por tratar-se de hospitais vinculados a uma instituição de ensino. Na TAB. 2 estão excluídos estes custos remunerados pelo Estado. Quanto às receitas, ou seja, à remuneração paga pelo SUS, os valores do HUCF são superiores ao do HUM porque o HUCF está credenciado no Programa Hospital Amigo da Criança, do Ministério da Saúde, obtendo um adicional no valor da remuneração.

TABELA 2
Margem de contribuição (em R\$) - procedimentos de parto HUM/HUCF

Procedimentos	HUM			HUCF		
	Receita	Custo	MC Unitária	Receita	Custo	MC Unitária
Parto Normal						
Serviços hospitalares	90,00	114,11	(24,11)	110,00	51,98	58,02
Serviços profissionais	102,00	0,00	102,00	110,00	0,00	110,00
S.A.D.T.	5,00	0,73	4,27	5,00	1,68	3,32
Recém-nato	25,00	0,36	24,64	35,00	0,00	35,00
Total	222,00	115,20	106,80	260,00	53,66	206,34
Parto Cesárea						
Serviços hospitalares	230,00	230,44	(0,44)	250,00	83,96	166,04
Serviços profissionais	102,00	0,00	102,00	102,00	0,00	102,00
S.A.D.T.	5,00	0,73	4,27	5,00	2,24	2,76
Recém-nato	25,00	0,36	24,64	35,00	0,00	35,00
Total	362,00	231,53	130,47	392,00	86,20	305,80

Fonte: Hospital Universitário Regional de Maringá; Hospital Universitário Clemente Faria
Nota: Dados trabalhados pelos autores.

TABELA 3
Margem de contribuição (em R\$) - HL

Procedimentos		Receita	Custo	MC Unitária
SUS	Atendimento ambulatorial	7,55	13,17	(5,62)
	Ambulatório + imobilização	25,30	23,32	1,98
	Internamento (por paciente)	27,22	66,04	(38,82)
Convênios	Atendimento Ambulatorial	17,00	14,59	2,41
	Ambulatório + imobilização	33,20	24,74	8,46
	Internamento (por diária)	44,00	33,02	10,98

Fonte: Hospital Londrina
Nota: Dados trabalhados pelos autores.

Quanto à TAB. 3, retoma-se a dificuldade de não ter sido possível mensurar os custos das cirurgias no projeto piloto desenvolvido no HL, confirmando que para esses procedimentos é necessário desenvolver um projeto específico complementar que contemple uma categorização das cirurgias realizadas de acordo com as especificações próprias (duração e/ou tipo). Tal fato justifica-se porque os convênios remuneraram esses procedimentos com base em uma taxa de utilização do Centro Cirúrgico e dos materiais utilizados, que é variável por tipo de cirurgia. Já o SUS remunera por tipo de cirurgia, independente do tempo de utilização do Centro Cirúrgico e dos materiais utilizados.

Outro fato refere ao custo do internamento, ou seja, da diária. O custo de uma diária foi mensurado em R\$33,02 para os pacientes atendidos tanto pelo SUS como pelos convênios particulares. Como a média de permanência dos pacientes no hospital é de duas diárias, o custo total de internamento é de R\$66,04. De acordo com entrevistas realizadas e pesquisa documental no HL, constatou que o SUS remunera o valor de R\$27,22 por internamento, independente do tempo de permanência do paciente no hospital, razão por que considerou como custo de internamento o valor correspondente a duas diárias. Já os convênios remuneraram o internamento por diária.

No HL, os exames radiológicos, necessários para o diagnóstico, são realizados por uma empresa terceirizada, a qual é responsável pela mão-de-obra. O HL fornece os materiais, os equipamentos e faz os pagamentos mensais fixos à empresa terceirizada. No entanto, o HL é remunerado pelo SUS, num valor já incluso na remuneração do atendimento ambulatorial (R\$ 7,55) e os convênios remuneraram de acordo com o tipo de exame e, também, limitam o número destes conforme cobertura concedida ao paciente conveniado. No HUM e no HUCF, o SUS remunera os exames sob a rubrica S.A.D.T., independente se esses foram necessários ou não e do número de exames realizados.

É importante destacar que os médicos que atendem no HL não fazem parte do quadro de funcionários; logo, dos custos mensurados. São profissionais que prestam serviço autônomo, e os valores das remunerações, tanto do SUS como dos convênios, são pagos diretamente aos médicos. De certa forma, em uma análise primária pode ser considerado como um fato que pode contribuir para a redução da MC do serviço. Mas isso não pode ser afirmado, porque se o hospital tiver no quadro de funcionários o profissional médico, este terá como custo o valor da remuneração paga mais os encargos sociais, férias e décimo terceiro salário (aproximadamente 65% da remuneração).

Desse modo, comparando os custos mensurados nos hospitais em estudo com as respectivas remunerações recebidas, observa-se que há uma MC unitária negativa para os procedimentos de parto (HUM e HUCF) quando se consideram os custos que o Estado remunera (TAB. 1). Ao excluir estes custos (TAB. 2), a MC unitária dos procedimentos de parto foi positiva.

Comparando o HUM com o HUCF, verifica que o primeiro obteve as maiores margens de contribuição negativa e também as menores margens de contribuição positiva. Ainda, o HUM, conforme TAB. 2, apresenta custos maiores que o HUCF, os quais são subsidiados com remuneração do SUS.

Já no HL (TAB. 3) observou-se que os valores das remunerações dos convênios são superiores aos respectivos custos, obtendo MC unitária positiva para todos os procedimentos. O mesmo não acontece com as remunerações do SUS. Apenas o serviço de atendimento ambulatorial com imobilização apresentou MC unitária positiva, sendo que os demais serviços (atendimento ambulatorial e internamento) apresentaram MC unitária negativa.

A TAB. 4 (HUM e HUCF) e a TAB. 5 (HL) demonstram a MC total. Ou seja, a MC unitária (TAB. 2 e 3) foi multiplicada pelo número de procedimentos realizados.

TABELA 4
Margem de contribuição total do HUM e HUCF (em R\$)

Procedimentos	HUM			HUCF		
	Nº Partos	MC por parto	MC total	Nº Partos	MC por parto	MC total
PN	36	106,80	3.844,80	158	206,34	32.601,72
PC	12	130,47	1.565,64	32	305,80	9.785,60
Subtotal	48	-	5.410,44	190	-	42.387,32
PC não remunerado	21	231,53	(4.862,13)	-	-	-
MC TOTAL	69	-	548,31	190	-	42.387,32

Fonte: Hospital Universitário Regional de Maringá; Hospital Universitário Clemente Faria
Nota: Dados trabalhados pelos autores.

Considerando a quantidade de procedimentos realizados no HUM e no HUCF, observa-se que para ambos hospitais a MC total é positiva, porém o HUM tem uma redução na MC total correspondente ao custo de 21 PC. Isso aconteceu porque o HUM não atendeu à proporção estabelecida pelo Ministério da Saúde para receber a remuneração paga pelo SUS: para cada três PN, apenas um PC. Desse modo, como o HUM realizou 36 PN e 33 PC, somente 12 PC foram remunerados pelo SUS e os demais (21 PC) não foram remunerados, pois excederam a proporção estabelecida. Isso provocou uma redução de aproximadamente 50% da MC total, que, por ora, é informação desconhecida pela administração do hospital.

TABELA 5
Margem de contribuição (MC) total do HL (em R\$)

Procedimentos	SUS			Convênios			MC TOTAL
	Nº de Ocorrências	MC Unitária	MC total	Nº de Ocorrências	MC Unitária	MC total	
Atendimento Ambulatorial	1.017	(5,62)	(5.715,54)	628	2,41	1.513,48	(4.202,06)
Ambulatório/imobilização	406	1,98	803,88	259	8,46	2.191,14	2.995,02
Internamento	50	(38,82)	(1.941,00)	38	10,98	417,24	(1.523,76)
Total	1.473	-	(6.852,66)	925	-	4.121,86	(2.730,80)

Fonte: Hospital Londrina

Nota: Dados trabalhados pelos autores.

No HL, a MC total dos procedimentos via SUS apresenta-se negativa, enquanto a MC total dos procedimentos via convênio apresenta-se positiva. Somando as margens de contribuição total (SUS e convênios), observa-se que a MC do hospital é negativa. Isso demonstra que os procedimentos pelo SUS prejudicam o desempenho financeiro do hospital.

Comparando os hospitais públicos (HUM e HUCF) com o hospital privado (HL), observa-se que para os hospitais públicos o valor da remuneração paga pelo SUS é suficiente para obter MC positiva. Para o hospital privado (HL) essa remuneração não é suficiente para obter MC positiva, sendo interessante para esse hospital prestar serviços apenas para pacientes com convênios particulares. Além disso, ao considerar o volume de procedimentos, verifica-se que esse fator interfere de forma acentuada na MC total, seja por não atender a proporções estabelecidas (HUM) ou porque o número de procedimentos é significativo quando se tem uma MC negativa.

5 CONCLUSÕES

Dos resultados apresentados na seção 4, pôde-se concluir que o sistema ABC é aplicável em organizações hospitalares, públicas ou privadas, e gera benefícios que a administração necessita para a gestão de custos e tomada de decisão. Entre os benefícios destaca-se que foi obtido o custo do serviço prestado (ou do procedimento que foi realizado), o qual pôde ser decomposto

em atividades ou grupos de atividades, ou seja, para esse último a categorização das atividades;

Sobre essa categorização das atividades, após a aplicação do sistema ABC no HUM, no HUCF e no HL, foi possível categorizar os custos de acordo com as rubricas utilizadas pelo SUS e pelos convênios. Mas também é possível categorizar os custos conforme propõe Cooper e Kaplan (1991) - em hospitalização, rotineiros diários e cuidados clínicos - e Atkinson et al. (2000) - em relação ao número de pacientes por dia, em relação ao número de pacientes atendidos e em relação à conservação e manutenção da infra-estrutura do hospital. Ainda, é possível categorizar os custos seguindo os processos necessários para realizar a prestação de serviço do procedimento, obtendo o custo por processo. Essa categorização dos custos contribui para analisar os custos (custos fixos e variáveis no procedimento, e processos que agregam maiores custos, por exemplo) e para compará-los com as respectivas remunerações.

Categorizados os custos de acordo com as rubricas do SUS e dos convênios, conclui-se que para os hospitais públicos (HUM e HUCF) as remunerações pagas pelo SUS são superiores aos custos. Logo, há MC positiva, porque o estado subsidia custos como a folha de pagamento, energia elétrica e água (sendo o primeiro o mais oneroso de todos os custos). O mesmo não acontece com o hospital privado (HL), no qual a MC para os procedimentos prestados por intermédio do SUS é negativa. Isso reduz a MC do hospital, uma vez que para os procedimentos prestados por intermédio de convênio houve MC positiva. Assim, as informações geradas pelo sistema ABC quanto à análise de custos facilitam a gestão, a tomada de decisão e a negociação com convênios público ou privado.

Devido as informações geradas pelo sistema ABC dar condições de analisar os custos, tomar decisões e fazer negociações, pôde-se concluir que são informações precisas, detalhadas e confiáveis. Ainda, por descrever o processo de prestação de serviço, ou seja, o mapeamento do processo, foi possível compreender como, onde e por que os custos ocorrem. Assim, a análise dos custos não restringe-se somente na avaliação financeira mas, também, na avaliação operacional, dando condições de avaliar quais atividades podem ser padronizadas, racionalizadas e/ou terceirizadas com o propósito de aumentar a eficiência operacional, logo, com reflexos na eficiência financeira, sob a perspectiva do que agrega valor e que não agrega valor ao serviço prestado.

Pôde-se concluir, ainda, que para implementar o sistema ABC, bem como, mantê-lo é necessário controle interno mais rígido. Isso é facilitado quando se têm um sistema de informações que pode armazenar os dados, formando um banco de dados. Porém, a falta desse sistema de informações pode ser substituído por planilhas do microsoft Excel, logo o desempenho dos dados que são gerados torna-se prejudicado mas não inviabiliza a implementação do sistema ABC.

6 REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. *Gestão de custos em organizações hospitalares*. 2001. 155 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- ATKINSON, A. A. et al. *Contabilidade gerencial*. São Paulo: Atlas, 2000.
- CECILIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.36-47, maio/jun., 1997.
- COOPER, R.; KAPLAN, R. S. *The design of cost management systems: text, cases and readings*. New Jersey: Prentice-Hall, 1991.
- COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. *Business research methods*. New York: McGraw-Hill Irwin, 2000.
- GARRISON, R. H.; NOREEN, E. W. *Contabilidade gerencial*. 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2001.
- GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.
- JATENE, A. Tecnologia versus falta de leitos. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 nov. 2003. Caderno Especial: São Paulo 450 anos de história, p. 8.
- KAPLAN, R. S.; COOPER, R. *Custo e desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo*. São Paulo: Futura, 1998.
- KIRCHBACH, F. A country's competitive advantage. *International Trade Forum*, Geneva, n.1, p.6, 2003.
- MAHER, M. *Contabilidade de custos: criando valor para a administração*. São Paulo: Atlas, 2001.
- MICHELMAN, J. E.; RAUSCH, P. E.; BARTON, T. L. Value measurement in health care: a new perspective. *Healthcare Financial Management*, Weschester, v.53, n.8, p.48-52, Aug, 1999.
- PINOTTI, J. A. Os progressos que ocorreram na saúde brasileira na última década foram inerciais. *Folha de São Paulo*, São Paulo, p. A 3, 25 nov. 2003.
- SHANK, J. K.; GOVINDARAJAN, V. *Gestão estratégica de custos: a nova ferramenta para a vantagem competitiva*. Rio de Janeiro: Campus, 1995.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.