

Custo hospitalar: uma reflexão sobre implantação e necessidades

Carlos Alberto Serra Negra¹
Elizabete Marinho Serra Negra²

RESUMO

A proposição deste trabalho se deve ao fato de sermos de opinião que devemos antecipar e apresentarmos resultados parciais de uma pesquisa mais abrangente sobre a Contabilidade Hospitalar. Neste universo, o custo representa o aspecto mais importante para a tomada de decisões na concepção dos administradores hospitalares. Urgência e necessidade de sua implantação para a sobrevivência dos hospitais é um desafio técnico para os contabilistas destas instituições. Procuramos estruturá-lo numa seqüência de informações que contemple as informações mais básicas até as mais complexas sobre custos hospitalares. Partimos da exposição dos conceitos básicos da Contabilidade de Custos. Informamos quais foram os recursos metodológicos que nortearam a pesquisa. Fizemos um breve comentário sobre os antecedentes históricos das tentativas de implantação de custo hospitalar no Brasil. Mostramos as metodologias de rateio para o custo hospitalar. Evidenciamos a viabilização de um sistema de custo aplicado às instituições hospitalares e, finalmente, é relatado o resultado de nossa pesquisa.

Palavras-chave: custo hospitalar – contabilidade hospitalar – administração hospitalar – contabilidade de custos

-
- 1 Professor e Coordenador do Curso de Ciências Contábeis do Unileste/MG e Membro da Academia Mineira de Ciências Contábeis.
 - 2 Graduada de Ciências Contábeis do Unileste/MG.

1 INTRODUÇÃO

A contabilidade de custos surgiu junto com a revolução industrial, como tentativa de se elaborar um inventário disponível em um determinado período operacional, onde procurava-se identificar o valor dos produtos fabricados e vendidos. Todavia naquela época as empresas apresentavam processos de produção muito semelhante aos processos artesanais, e compunham, sua matriz de custos, basicamente com matérias primas e mão-de-obra, que eram sem dúvida os mais relevantes (Martins, 1990).

Desde a Revolução Industrial, a contabilidade de custos sofreu uma evolução considerável, devido a necessidade de realinhamento de seus objetivos e no atendimento aos gestores de informações mais confiáveis e rápidas.

À partir da 1ª Guerra Mundial, com o incremento do processo produtivo, conseqüente aumento da concorrência entre empresas e a escassez de recursos, surgiu a necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de planejamento e controle das empresas. Neste sentido as informações de custos, desde que devidamente apresentados em relatórios, seriam um grande subsídio para o controle e planejamento empresarial. Diante de tal fato, a contabilidade de custos tornou-se, devido a grande gama de informações que a compõem, um grande sistema de informações gerenciais (Kaplan & Johnson, 1993).

Pode-se definir a seguinte classificação para os objetivos da contabilidade de custo:

a) Inventariar os produtos fabricados e vendidos

- Determinar o valor inicial e final de matéria-prima em estoque.
- Determinar o valor final dos produtos fabricados e em processamento.
- Elaborar demonstrativos do custo de produção de cada produto fabricado.
- Elaborar demonstrativos do custo dos produtos vendidos.
- Elaborar demonstrativos de lucros e prejuízos.

b) Planejar e controlar as atividades empresariais

- Analisar o comportamento dos custos.
- Preparar orçamentos com base no custo de fabricação.
- Determinar o custo padrão de fabricação.

- Determinar as responsabilidades dentro do processo de produção.
- Determinar o preço de venda de cada item de produção.
- Determinar o volume da produção (além do ponto de equilíbrio, porém dentro da capacidade da empresa).

c) Servir como instrumento para tomada de decisão

- Formar preço de venda.
- Eliminar, criar, aumentar ou diminuir certos produtos da linha de produção.
- Produzir ou adquirir no mercado.
- Aceitar ou rejeitar encomendas.
- Decisões quanto a alugar ou comprar.

Os hospitais modernos são instituições destinados a cumprir, independente do modo que se estruture, cinco grandes funções na área da saúde: preventiva, de reabilitação, restauradora, de ensino e de pesquisa. Por isso é que De Rocchi (1982) nos mostra que em consequência direta da diversidade de serviços prestados, a apuração e a análise dos custos hospitalares é trabalho complexo e exige, entre outras condições, a perfeita delimitação dos centros de custos e um eficiente sistema de informações contábeis.

Em qualquer hospital, independente de tamanho, o controle de custo visa fundamentalmente determinar e analisar o custo total dos serviços prestados a cada paciente. Porém não é tarefa das mais simples a determinação de custos em instituições dessa natureza. Nosso trabalho se propôs a levantar, delimitar e analisar as interfaces necessárias para plena utilização da contabilidade de custos em instituições hospitalares. Partimos de uma pesquisa de campo para depois inserirmos a pesquisa bibliográfica e, para nossa surpresa, muito pouco se tem feito no Brasil no campo da administração, e mais especificamente, da contabilidade hospitalar.

2 CONCEITOS BÁSICOS DA CONTABILIDADE DE CUSTOS

Após analisar vários autores Sá (1990), Leone (1997), Iudícibus (1978), Horngren (1985), Atkinson *et al.* (2000), Nakagawa (1994) e Sakurai (1997) somos de opinião que não existe um conceito universalmente aceito para a palavra custo. Existe por sua vez, uma infinidade de discordância sobre o assunto. Porém, mesmo existindo estas divergências, é necessário definir e

citar alguns conceitos e classificações, que julgamos mais adequados, para fins de entendimento do texto:

Custos: é o valor de bens e serviços e serviços consumidos na produção de outros bens ou serviços. Exemplo: O custo com antibióticos utilizados para dar alta a um paciente com pneumonia.

Despesas: é o valor dos bens ou serviços não relacionados diretamente com a produção de outros bens ou serviços consumidos em um determinado período. Exemplo: Despesas com frete de equipamentos biomédicos para manutenção.

Gastos: é o valor dos bens ou serviços adquiridos pelo Hospital. Exemplo: O valor da aquisição de uma licitação de fios cirúrgicos.

Desembolso: é o pagamento resultante das aquisições dos bens e serviços pelo hospital. exemplo: Pagamento pela aquisição de um lote de bolsas hemoterápicas.

Perda: é o valor dos bens ou serviços consumidos de forma anormal e involuntária. Exemplo: Danos provocados por sinistros.

Desperdício: é o consumo involuntário, que por alguma razão não foi direcionado à produção de um bem ou serviço. Exemplo: Violar pacotes esterilizados e não utilizar todo o seu conteúdo.

É importante ressaltar ainda, que um determinado bem em certo instante pode perfeitamente ser classificado em um determinado conceito e com o desenvolver do processo produtivo poderá mudar de categoria, ou mesmo estar incluído em mais de uma categoria.

Para melhorar o seu entendimento, os custos foram aglutinados em seis grupos. quando relacionados com o tipo de atividade hospitalar e classificam-se em:

Grupo 1: Quanto ao seu objeto

- a) **Aplicáveis:** são custos que ocorrem durante a produção de bens ou serviços relacionados com a atividade fim do hospital ou serviço *etc.* Exemplo: O custo com o oxigênio em uma unidade de internação.

- b) Inaplicáveis: são custos que não estão relacionados diretamente com a produção de um bem ou serviço hospitalar pertencente a atividade fim do hospital ou serviço. Exemplo: o empréstimo de uma sala cirúrgica para outra unidade hospitalar da rede.

Grupo 2: Quanto ao grau de detalhamento

- a) Custo unitário: custo de produção de um único produto ou serviço, obtido através da metodologia do custo por ordem de produção. Este método parte da aglutinação dos custos unitários para os custos totais de produção. Exemplo: reforma de uma unidade de internação.
- b) Custo médio unitário: custo de produção de um único produto ou serviço, obtido através do custo total de produção de “n” produtos dividido pela quantidade deste produto em determinado período. O sentido da aglutinação neste caso parte do custo total para o unitário. Exemplo: custo de um hemograma junto ao laboratório de patologia clínica.
- c) Custo total: é o custo para produzir “n” produtos ou serviços em hospital.

Grupo 3: Quanto ao relacionamento com nível de atividade

- a) Custo fixos: são aqueles que com a estrutura de produção constante, não variam com a quantidade produzida. Exemplo: energia elétrica gasta com a iluminação em laboratório de análise.
- b) Custo variáveis: seu montante, no período em estudo, varia proporcionalmente a quantidade produzida. Exemplo: Filme radiológicos e o número de exames realizados no serviço de radiologia.
- c) Custo misto escalonado: sua variação é direta ao nível de atividade, porém não proporcional. Exemplo: custo de supervisão, para cada 10 pacientes internados, necessita-se de mais cinco auxi-

liares de enfermagem e para cada 5 novos auxiliares, necessita-se de uma nova enfermeira supervisora para equipe.

- d) **Custo misto composto:** este custo possuem parte fixa e parte variável. Uma varia diretamente proporcional à quantidade produzida e a outra mantém-se constante e qualquer nível de atividade. Exemplo: a parcela de energia elétrica utilizada na iluminação e nos equipamentos do serviço do Laboratório de Patologia Clínica.

Grupo 4: Quanto à incidência

- a) **Diretos ao produto:** são alocadas diretamente ao produto. Exemplo: se tomarmos como referência a alta hospitalar, são custos diretos os medicamentos, as próteses, os salários e os encargos sociais do corpo clínico.
- b) **Indiretos ao produto:** são os custos aplicados indiretamente ao produto. Podem em alguns casos, até incidir diretamente, porém apresentam dificuldade para controle individualizado, tendo-se que utilizar bases de rateio para sua alocação ao produto.

Grupo 5: Quanto ao momento do cálculo

- a) **Custo históricos:** são custos já realizados a valor original ou da época em que foi formado. Seu cálculo serve para medir o desempenho empresarial.
- b) **Custos futuros:** são os custos calculados objetivando o planejamento empresarial.

Grupo 6: Quanto a natureza do processo

- a) **Ordens específicas de produção:** baseia-se na agregação dos custos específicos de cada produto fabricado ou serviço prestado.

- b) Por série de produção: tipo de produção baseada na fabricação de vários produtos ou na prestação simultânea de vários serviços.

3 METODOLOGIA APLICADA À PESQUISA

Pelo caráter primaz da pesquisa – levantamento das metodologias de custos utilizadas pelos Hospitais – é necessário que se trabalhe com uma gama maior de técnicas de pesquisa científica, do que geralmente se utilizam nas pesquisas acadêmicas.

O objetivo foi o de buscar um levantamento de todas as informações necessárias para o estabelecimento de conteúdo significativo, abrangentes e práticos que possam ser utilizados por qualquer instituição hospitalar. Desta forma o método científico adotado foi a da indução, visto que partimos das observações e das práticas contábeis individuais de quatro hospitais para estabelecer verdades mais generalizadas.

Por se tratar de estabelecer o “como” e “para que” da realidade dos custos nas instituições hospitalares, a abordagem da metodologia foi direcionada para a pesquisa descritiva e qualitativa.

Quanto as técnicas de pesquisas adotamos as seguintes:

a) *Entrevista*

As entrevistas foram realizadas junto aos contabilistas das instituições visitadas para levantamento e conhecimento das chamadas operações típicas dos hospitais, incluindo neste item a verificação do sistema de custo que utilizam.

Adotamos a técnica da entrevista não-estruturada, não participante e individual do ponto de vista do entrevistado e em dupla do ponto de vista do entrevistador.

b) *Análise documental*

Esta técnica foi utilizada na observação da aplicação direta dos planos de contas dos hospitais, na verificação dos livros de escrituração contábil e na análise das demonstrações financeiras.

A confidencialidade das informações quantitativas destas instituições foram mantidas, uma vez que não há interesse quanto aos

valores apresentados, mas quanto ao *modus operandi* do sistema contábil das instituições pesquisadas.

c) *Técnica do incidente crítico*

Um método de extrair informações que poderiam não ser expressas prontamente foi proposto por Flanagan, citado por Smith (1999). Ele chamou-a de técnica do incidente crítico e a definiu como:

“um conjunto de procedimentos para colher observações diretas do comportamento humano de forma a facilitar sua utilidade potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de princípios psicológicos amplos”.

Por “incidente” Flanagan quis dizer qualquer atividade humana observável que é suficientemente completa em si mesma para permitir que sejam feitas inferências ou predições a respeito da pessoa que desempenha o ato.

Para ser “crítico”, o incidente precisa ocorrer numa situação na qual a finalidade ou intenção do ato parece bastante clara para o observador e quando suas conseqüências são suficientemente definidas para deixar poucas dúvidas sobre o seu efeito.

Foi utilizada esta técnica para conhecer como os contadores hospitalares determinam os rateios de custos dos hospitais, as melhores épocas de contabilização de receitas e despesas e como ele trata o sistema de informações contábeis do hospital.

4 ANTECEDENTES INSTITUCIONALIZADO DE CUSTOS UTILIZADOS PELOS HOSPITAIS

Embora as tentativas de generalizar a criação de Sistema de Apuração de Custos Hospitalar – SACH em saúde sejam recentes, mesmo na experiência dos países centrais, o Brasil é um dos países mais atrasados nesse campo. Tal atraso deve-se basicamente ao descaso do governo quanto a questões relacionadas à eficiência dos sistemas de saúde, bem como ao monitoramento das necessidades de financiamento e da qualidade dos serviço.

Difícilmente conseguiríamos rastrear os antecedentes da estruturação das primeiras tentativas de se estabelecer um sistema de apuração de

custo hospitalar, principalmente levando-se em consideração a atuação da saúde, no Brasil, nas áreas pública e privada.

Partimos para exemplificação de três experiências cujos levantamentos se tornaram mais significativos e explicitados para este trabalho, que são os casos das tentativas de implantação de custo em hospitais da rede universitária, pelo Conselho Interministerial de Preços – CIP e a utilização do manual de Custos Hospitalares pela rede do antigo INAMPS, que foram relatadas nos trabalhos pioneiros de Ralph C. J. Von Gersdorff e publicados na Revista Brasileira de Contabilidade nos anos de 1979, 1980 e 1983.

Segundo Gersdorff (1979) as primeiras tentativas de implantar um sistema de apuração de custos, em toda a rede de Hospitais Universitários do então Ministério da Educação e Cultura, se reportam ao ano de 1982. Naquele momento o Ministério da Educação e Cultura já possuía 33 unidades hospitalares vinculadas as Instituições Federais de Ensino, sendo vinte e quatro hospitais gerais, quatro maternidade e cinco institutos especializados, totalizando 7886 leitos naquela época. Estes hospitais estavam instituídos sob diferentes regimes jurídicos, sendo vinte e sete autarquias, cinco fundações e uma empresa pública. Naquele ambiente de crescente dificuldades que vinham enfrentando as unidades hospitalares, a Secretaria de Educação Superior – SESU tomou a iniciativa de implantar um sistema de apuração de custos.

Em 1984 através da Portaria MEC/SESU n. 32, 24/07/84 publicada no diário oficial da união em 26/07/84, foi criada a Comissão de Coordenação do Sistema de Apuração de Custos, com a função de implantar o Sistema de Apuração de Custos nos Hospitais Universitários das IFES. Este sistema tinha como objetivo servir de instrumento na tomada de decisão por parte dos gestores hospitalares, bem como, possibilitaria um maior intercâmbio entre as unidades para alocação e captação de recursos financeiros.

O sistema de apuração de custo, inicialmente foi concebido por técnicos dos hospitais de Clínicas de Porto Alegre e da Universidade Federal de Goiás, sendo implantada em três etapas: apuração dos custos diretos, apuração do custeio pleno e apuração do custeio pleno por planilha eletrônica.

Desta experiência inicialmente observou-se uma grande heterogeneidade entre os hospitais, onde haviam não só diferenças jurídicas e regionais, mas também diferenças de porte, sofisticação dos serviços oferecidos, inserção no sistema nacional de saúde e suas atuações na comunidade. Também ficou claro naquele momento, que alguns hospitais possuíam, mesmo que rudimentares, sistemas de apuração de custos implantados, outros não possuíam qualquer tipo de informação. Todavia nos que haviam sistemas implantados, era visível a divergência de parâmetros utilizados, dificultando as compara-

ções entre unidades ou mesmo qualquer tipo de acompanhamento por parte do Ministério da Educação e Cultura.

Após o primeiro ano de implantação, o sistema foi avaliado por técnicos da SESU, do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal de Goiás, do Hospital Wálter Cantídeo da Universidade Federal do Ceará e do Hospital Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense. Nesta avaliação ficou evidenciada a necessidade de uma maior participação dos técnicos de custos das instituições, a fim de analisarem as distorções e definirem um sistema que se adequasse a todas as estruturas existentes.

Com esse intuito foram realizados encontros em Porto Alegre, Fortaleza, Brasília e Rio de Janeiro, sendo eleito em cada um deles um representante que participaria do encontro final em Brasília. Esta estratégia mostrou-se extremamente eficaz. Pois permitiu um intenso debate sobre o assunto, ficando então definido um novo plano de centro de custo e um programa de trabalho conjunto que contemplou as seguintes ações: cursos e treinamentos, educação continuada, consultorias e articulação entre instituições.

A comissão acima citada era formada por dois representantes da Coordenadoria de Programação e Articulação da SESU, e três representantes dos Hospitais Universitários sob presidência do Subsecretário de Desenvolvimento das Instituições de Ensino Superior. Em novembro 1986 foi promovido o primeiro curso de análise de custo, na cidade de Natal, com intuito de implementar uma metodologia única para interpretação dos dados obtidos pelo sistema. Entretanto isto não foi possível devido ao desnivelamento em que se encontravam os diversos estágios de implantação nos Hospitais Universitários. Uma nova tentativa foi realizada em 1987 desta vez na cidade de Campo Grande mais uma vez sem sucesso.

Após 1987 a SESU parou de incentivar a implantação do sistema a nível hospitalar. Isto devia-se a questões estratégicas e políticas no âmbito do MEC, passando a incentivar a implantação de um sistema de apuração de custos para as Universidades como um todo. Desde então os hospitais tem sido os verdadeiros gerentes de seus sistemas não havendo mais nenhum tipo de coordenação central ou cobrança de resultados das apurações.

No Brasil, outras duas experiências dicotômicas foram a do Conselho Interministerial de Preços – CIP no período de 1971 a 1974 e a do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS a partir de 1971 até a presente data.

O CIP já tinha conseguido em 1973 e 1974 que suas 'planilhas' (4 grandes formulários de custos) voltassem mais ou menos bem, preenchidos, pelo menos, pelos hospitais grandes, bem organizados em termos de contabilidade de custos. Mas os pequenos acabaram por dar números sem fidedignidade, simplesmente copiados, com os mesmos números de outros hospitais. Foi tomada uma amostra de planilhas referentes ao ano 1973 apresentadas ao CIP, com preços atualizados para março de 1975, só a respeito de hospitais gerais, de psiquiatria e fisiologia, mostrando custos médios ponderados, brutos e corrigidos e por tipo de custos. Os resultados da síntese das planilhas não foram satisfatórios e apresentaram grandes divergências, o que levou o CIP a abandonar a experiência em 1975.

Por sua vez, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS que em 1973 possuía 20 hospitais próprios obrigava-os a usar o 'Manual de Custos Hospitalares – Hospitais Próprios' e o 'Plano de Contas Único' da União que deveria ser adotado também pelos governos estaduais, incluindo suas unidades hospitalares. A primeira edição deste manual é de 1973, a segunda de 1977. Um manual quase idêntico foi elaborado para os hospitais privados, acompanhado por um 'Plano de Contas – Padrão', como sugestão, com o objetivo de compatibilizar a contabilidade geral ou financeira com a contabilidade de custos.

Como mais da metade dos hospitais particulares brasileiros não têm nem um arquivo médico, a contabilidade é feita por contabilista contratado ou escritório de contabilidade contratada com o objetivo de poder fazer a declaração do imposto de renda da pessoa jurídica, de cobrar contas do INAMPS, pagar o Imposto sobre Serviços – ISSQN.

Portanto, os custos (chamados 'despesas' em geral) são apurados com a finalidade de poder fazer o Demonstrativo de Resultado do Exercício após o cálculo da renda bruta da qual os impostos, custos e despesas são deduzidos. O Balanço Patrimonial é feito porque a Receita Federal exige a declaração dos bens e das dívidas. Também o pagamento dos impostos municipais (ISS e imposto predial) exige ter uma contabilidade financeira comum. São poucos os hospitais que têm uma contabilidade de custos e os que tem não se distingue essencialmente daquela usada nos hospitais próprios do INAMPS, isto é, trata-se de um custeio por absorção. Além de facilitar o pagamento dos impostos e a cobrança das contas do INAMPS a contabilidade é usada também para comparações do tipo: mês atual – mês anterior, para descobrir variâncias significantes.

5 METODOLOGIAS PARA O CUSTO HOSPITALAR

Não há dúvidas que as metodologias mais utilizadas em sistema de custos, por parte das empresas de uma maneira geral, são os custeio por absorção e o direto. A diferença principal é que um distingue entre custo direto e indireto e o outro entre custos variáveis (custo direto) e os custos fixos (custo indireto, compostos de custo fixos e variáveis). Ambos apresentam vantagens e desvantagens na sua utilização conforme demonstrado na Quadro 1, que foram explicitados por Gersdorff (1979) há vinte e um anos e que permanecem válidos até a presente data.

Existem outros sistema de custeio? Existem os sistemas de custo por redução escalar, por ordem de produção, por processo, padrão e o baseado em atividades, os quais veremos através de uma breve descrição.

Sistema de Custo por Redução Escalar

Este método, também chamado de método das seções homogêneas ou método RKW, é caracterizado pelo fato do volume de atividades produtivas de cada centro de custo poder ser medido por uma unidade que defina toda a produção que passa pelo centro de custo, por mais diversificado que possa ser. A esta unidade, denominamos 'Unidade de Mensuração', podendo ser também denominada, 'Unidade de Mensuração Ponderada', quando a diversificação não permitir uma classificação homogênea, sendo necessário atribuir um fator de ponderação para cada produto ou serviço hospitalar produzido.

Este método permite que cada centro de custo transfira, por meio de rateio, seu custo total a todos os centros de custos que tenham prestado serviços, que lhe sucedam no plano hierarquizado de centros de custo (o que chamamos de "efeito cascata"). Permite assim, a transferência de custo também entre centros de custo do mesmo grupo.

Em contrapartida, exige um grande rigor na hierarquização dos centros alocados em cada um dos grupos de forma que, no processo de interação de troca de serviços, tenha prioridade, no rateio de seus custos para demais, aqueles cujos serviços prestados tenha maior relevância econômica do que os recebidos. Por esse método, os centros de custo que já foram rateados, não receberão rateios dos demais centros, evitando-se assim, a formação de resíduos de custo não apropriáveis aos produtos.

Quadro 1
QUADRO COMPARATIVO DE METODOLOGIAS DE RATEIO DE CUSTOS

Método	Vantagens	Desvantagens
Custeio por Absorção	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os custos podem ser tomados em conta e os custos unitários calculados, mostrando a estrutura dos custos. • O rateio pelos centros de custo permite usar a 'Gerência por Centros de Responsabilidade' onde os gerentes destes centros são responsáveis pelo comportamento dos custos nos seus centros e pela contribuição dos seus centros ao lucro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Variações no volume de produção não podem ser medidas na sua influência nos custos. • Ênfase na distinção entre custo de produção e outros custos, sem levar em conta a distinção entre custos fixos e variáveis. • Demora na absorção unitária: só podem ser calculados no fim do período contábil. • Os métodos de absorção são arbitrários em muitos casos. Por exemplo, o custo unitário de 1 kg ou de 1 peça de roupa lavada: esta medição só seria possível se a roupa é realmente pesada ou controlada, o que dificilmente acontece na prática.
Custeio Direto	<ul style="list-style-type: none"> • A distinção entre custos variáveis e fixos permite levar em conta variações no volume de produção e de usar as técnicas do ponto de equilíbrio e orçamento flexível. • O cálculo do lucro líquido pode ser mais rápido. • Decisão rápida nos casos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> - parar atividades que não dão lucro; - fixar preços de venda para encomendas especiais (volume maior com preço menor por unidade); - modo mais lucrativo no uso de recursos de produção escassos; fazer, comprar ou alugar um produto. 	<ul style="list-style-type: none"> • É difícil e arbitrária a distinção entre custos variáveis e fixos e a divisão dos custos semivariáveis ou semifixos entre seus componentes fixos e variáveis. • A categoria 'mão-de-obra Variável' fica cada vez mais fictícia à medida que a mão-de-obra de qualquer tipo não pode ser despedida a curto prazo, sendo protegida pela Legislação Trabalhista, por Contratos Coletivos com vigência de pelo menos um ano. • À medida que a produção fica cada vez mais intensiva em capital (automa-tização) a parte fixa dos custos cresce. No entanto, o custeio direto e também o custeio por absorção só tem sentido se a parte variável for maior ou significante em relação à parte fixa (ou indireta).

Sistema de Custo por Ordem de Produção

Este sistema, é característico de empresas que produzem sob encomenda, sejam estas unitárias ou em lotes. Podemos citar como exemplo as empresas de construção civil, tipografias, setor mobiliário, estaleiros e produtoras de filmes.

Os custos acumulados de matérias-primas, mão-de-obra e custos indiretos de fabricação, são computados a partir da emissão de uma ordem para produção de lotes de um bem ou serviço.

Os resultados (lucro ou prejuízo) são rapidamente diagnosticados. Para isso, basta subtrair do preço de venda os custos acumulados naquela ordem, não havendo necessidade de ser feita uma apuração periódica dos resultados.

Os custos primários que incidem diretamente ao produto poderão ser obtidos logo que a ordem esteja completamente concluída. Já os custos indiretos, só poderão ser incorporados ao produto quando terminar o período contábil.

Todo esse processo de determinação e apropriação que caracteriza o sistema requer freqüentemente um grande número de pessoas dedicadas a este fim, fazendo com que os fluxos de informações sejam inúmeros, principalmente na determinação de custo da mão-de-obra, aumentando consideravelmente o seu custo operacional.

Neste sistema o formulário de ordem de produção é o centro nevrálgico, tendo como objetivo principal apresentar e registrar os gastos com material direto, mão de obra direta e uma estimativa dos custos indiretos relativos a unidade produzida. Devem estar no formulário de ordem de produção:

- modelo e características do produto a ser fabricado;
- data de emissão e término esperado, bem como estimativa dos custos indiretos de fabricação;
- locais distintos para registrar material direto e mão de obra direta;
- resumo dos custos.

Sistema de Custo por Processo

O sistema de custeio por processo, adapta-se a empresa que possuam um sistema de produção contínua, com processos consecutivos para produção

de produtos padronizados. Pode-se citar como exemplos, as empresas do ramo de eletrodomésticos, produtos químicos, hospitais, *etc.*

Este processo difere muito do anterior no que tange a acumulação de custos. No primeiro sistema, os custos são acumulados previamente em ordens de produção, para posteriormente serem aglutinados em seus departamentos produtivos.

No sistema de custeio por processo, a metodologia é inversa, pois primeiramente chega-se aos custos por processo ou departamento, para posteriormente distribuí-los aos produtos que passam por estes processos. Com isto, o cerne deste sistema passa a ser os centros de custos e não mais o produto elaborado através de uma ordem de produção.

A seguir, apresenta-se as características mais relevantes deste sistema de custeio.

a) Aplicação

São aplicados em empresas que possuem produção contínua e seriada, com lote de produtos padronizados.

b) Acumulação

Os custos com material de consumo, mão de obra direta e custos indiretos de fabricação são acumulados durante o processo produtivo nos departamentos ou centros de custo.

c) Custo de produção

Originam-se na acumulação dos custos dos diversos processos produtivos, através de cinco etapas seqüenciais: fluxo físico (produtivo), unidade equivalente, fluxo monetário, custo total dos procedimentos e custo médio unitário. O custo total de cada centro de custo ou departamento, dividido pela sua respectiva produção, dará o custo médio unitário.

d) Transferência das apurações

Estas podem ser mensais, bimestrais ou trimestrais, porém recomenda-se serem o mais freqüente possível, pois proporcionam um perfil atualizado da estrutura de custo, e permite uma tomada de decisão a nível gerencial mais rápida e segura.

e) *Custo operacional do sistema*

É um sistema de custeio menos burocrático do o que apresentado anteriormente, devido ao menor número de detalhamentos e registros. Com isto, ganha-se em tempo e economia de custos.

Sistema de Custo Padrão

O termo padrão possui inúmeros significados e várias implicações. Todos os custos padrões são oriundos de uma pré determinação, porém nem todos os custos pré orçados podem ser classificados como tal. Os custos padrões são estabelecidos segundo estudos de engenharia e são cuidadosamente apurados, levando-se em conta o presente e o passado. Para determinação dos custos padrões, há necessidade de seguir alguns critérios:

- seleção minuciosa do material utilizado na produção;
- estudos de tempo e desempenho das operações produtivas;
- estudos de engenharia sobre equipamentos e operações fabris.

Custos históricos através de gastos médios ou que levem em conta uma base científica do método de produção, não podem ser classificados como custos estimados. O custo padrão sintetiza em seu valor o custo para se produzir um bem ou serviço. A seguir são colocadas algumas definições que servirão para um melhor entendimento do assunto.

Padrão: Medida de quantidade, peso, valor e qualidade, estabelecida por uma autoridade.

Custo padrão: Valor material, mão de obra ou gastos gerais de fabricação cuidadosamente apurados, necessários a elaboração de um produto ou serviço.

Método de custo padrão: No ramo contábil, compara os custos atuais com os custo padrão, testando as justificativas possíveis para as variações ocorridas.

Dentre as vantagens deste sistema, considerou-se apenas as mais importantes:

- controle e redução de custos;
- promover e medir a eficiência dos sistema produtivo;
- simplificação dos inventários.

Esta área científica é muito polêmica, por não se tratar, em geral de discussões e controvérsias sobre critérios empíricos e não científicos, tendo assim uma elevada margem de contestação. Os problemas econômicos se assemelham mais a medicina, onde paralelamente ao empirismo consciente e experiente, são utilizadas técnicas científicas.

Sistema de Custo Baseado em Atividades

O Custeio Baseado em Atividades (Activity based costing – ABC) é um sistema de custo que visa quantificar as atividades realizadas por uma empresa, utilizando vetores (direcionadores), para alocar as despesas de uma forma mais realista aos produtos e serviços. O princípio básico do ABC é que as atividades são as causas dos custos, e os produtos incorrem neste mesmo custo através das atividades que eles exigem.

O ABC, na prática, leva a um rastreamento de dados que habitualmente não são considerados nos sistemas de custeio tradicionais, por extensão, ele ajuda a redimensionar a mentalidade gerencial das empresas onde é aplicado. Este método de custeio visa basicamente detectar os custos 'ocultos' existentes para produzir bens e serviços e auxilia no descobrimento de custos reais dos produtos e processos, na análise mais precisa dos custos de administração e na aferição de propostas mais competitivas em relação aos correntes.

Os sistemas convencionais de gerenciamento de custeio não permitem análises mais consistentes quanto a problemas graves das empresas como retrabalhos de produtos defeituosos ou gargalos de produção. Medir passo a passo o processo produtivo permite a gerentes e supervisores a quantificação econômica de atrasos e ineficiência do processo produtivo.

Na visão de Lima (1997) a aplicação do ABC pode beneficiar serviços de saúde de muitas maneiras. Além de fornecer informações de custos realísticos, o ABC pode ser usado para estudar tendências e comparar custos por diagnósticos, por atendimento médico, ou por pacientes de diferentes planos de saúde.

Para se beneficiar do ABC, os hospitais devem remodelar seus sistemas de contabilidade de custos para fornecer informações de custos relevantes. As pessoas envolvidas com o sistema de custos gerencial devem ser capazes de ir além dos custos médios para estudar fatores básicos que afetam os custos hospitalares e as forças que controlam esses fatores.

6 VIABILIZANDO UM SISTEMA DE CUSTO HOSPITALAR

A estrutura da organização é fundamental para a construção de um sistema de custo que, por sua vez, com suas contas de operação, deve corresponder à divisão de responsabilidade. O Chefe do Serviço, ou Gerente Administrativo ou o Diretor Geral possui uma autoridade e, conseqüentemente, deverá ser responsável pelos seus atos. Sendo assim, deverá prestar conta de todas as suas decisões.

O responsável pelo custo deve associar o custo com as áreas definidas existentes na organização. Ele deve procurar estabelecer uma ligação dos custos de serviços, processos ou projetos com os responsáveis por seu cumprimento e execução.

Considera-se indispensável a identificação de todos os centros de custos, quer sejam de atividades gerais, intermediárias ou final. Um outro elemento é a criação, classificação e identificação dos centros de custos. Um sistema de custos hospitalar, independente da metodologia adotada, deverá contemplar o fluxo apresentado na FIG. 1.

Para a elaboração do sistema de custos são necessários alguns pré-requisitos: o primeiro é o levantamento minucioso de todas as rotinas administrativas, insumos (externos e internos) utilizados e produtos (intermediários ou de demanda final) produzidos pelos serviços de saúde, incluindo, obviamente, os recursos humanos. A combinação dessas rotinas, insumos e produtos permite construir funções de produção e serviços associadas a cada um desses produtos ou serviços (finais ou intermediários).

O segundo passo seria, a partir do levantamento exaustivo do item anterior, identificar e criar os centros de custo, entendidos como aqueles que, num dado espaço físico, e utilizando equipes de pessoal com tarefas complementares, produzem um ou mais produtos ou serviços, com características similares ou afins quanto aos seus usos ou às rotinas desenvolvidas, conhecimento técnico especializado necessário e insumos comuns.

Os centros de custos criados são classificados em diretos, indiretos e de apoio. Essa classificação, embora envolva uma certa subjetividade, deve obedecer a critérios ou convenções adotadas pelos SACH em funcionamento nos estabelecimentos de saúde de cada país ou região.

Tal procedimento facilita a padronização de sistema de informação, adoção de critérios de remuneração e o estabelecimento de margens de custeio para determinados serviços, possibilitando estudos e comparações.

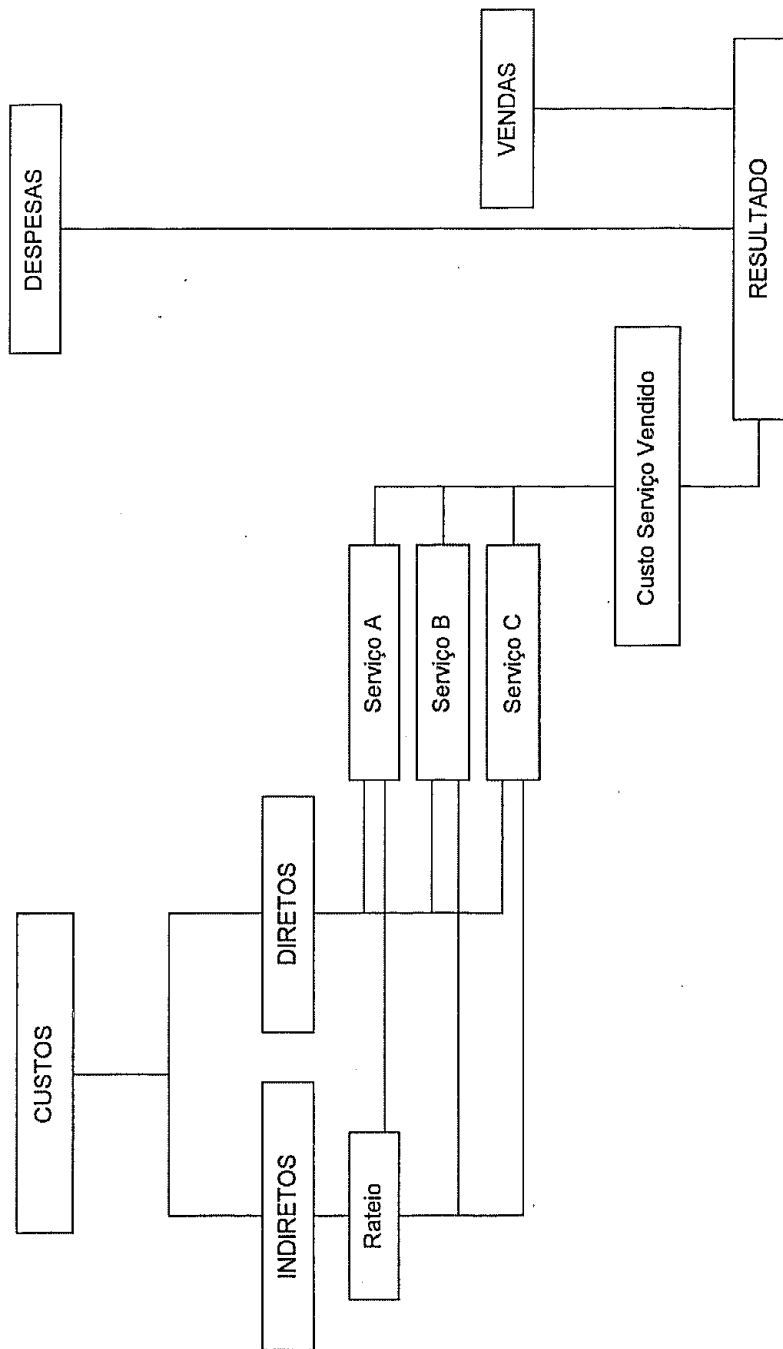


FIGURA 1 – Metodologia para o Curso Hospitalar.

O terceiro passo é manter um sistema de informação que permita registrar a informação física e financeira associada aos insumos, produtos e valores adicionando em cada etapa do fluxo de produção de serviços de saúde.

Este sistema subsidiará o conhecimento dos custos de cada bem ou serviços produzido. Os sistemas de informação devem possibilitar a armazenagem dos dados e o cruzamento com informações associadas a cada paciente e/ou cada patologia. A conta do hospital deverá ser nesse caso, a expressão do acúmulo de custo de cada paciente, de acordo com a totalidade dos bens e serviços que consumiu em cada centro de custo.

Uma vez estabelecidas estas rotinas, a informação levada possibilitará ao hospital e ao paciente ter uma visão mais clara, precisa e detalhada das atividades envolvidas no processo de internação médica utilizado e seus respectivos custos.

Para que se obtenha uma apuração de custo mais precisa faz-se necessário, além do já mencionado, o estabelecimento de um fluxo de informações que abranja os dados financeiros, como as despesas com pessoal, material de consumo, serviços de terceiros e outras despesas correntes. Por exemplo, a farmácia e o almoxarifado encaminharão dados relativos à distribuição de medicamentos e materiais de consumo; a seção de pessoal informará sobre as despesas referentes a pagamentos de salários e encargos sociais; o setor financeiro informará a despesa relacionada a serviços de terceiros; o setor de transporte informará a despesa relacionada com os veículos e assim por diante, sempre identificando os centros de custo, de origem e destino das ações.

7 RESULTADOS DA PESQUISA

Os hospitais brasileiros passam por profunda crise de identidade. A dicotomia entre melhoria do atendimento ao paciente e a realização da modernidade administrativa da instituição tem sido a tônica das discussões.

A pesquisa se propôs, em âmbito mais amplo, a contribuir para o esclarecimento das articulações entre o Sistema de Informações Contábeis – SIC e a gestão administrativa das instituições hospitalares e um dos principais aspectos a ser levantado foi a da aplicabilidade da Contabilidade de Custos em instituições desta natureza.

Foram adotadas ampla gama de métodos de pesquisa, consistindo em: entrevistas, análise documental, técnica do incidente crítico e formulários de pesquisa. Esses métodos possibilitaram o levantamento das operações típicas

e sua contabilização, verificação do plano de contas e de demonstrações contábeis, identificação do perfil jurídico e fiscal, bem como, quais mecanismos são ou não utilizados pelos administradores hospitalares para tomada de decisões e como o sistema contábil tem ou não contribuído para isso.

A pesquisa no campo na administração e na contabilidade Hospitalar, tanto na área pública, quanto na privada, apresenta complexidade por inúmeros fatores, entre os quais selecionamos:

- falta de confiabilidade nos dados estatísticos;
- excessiva burocracia da administração e contabilidade hospitalar;
- dificuldade de entender a terminologia da área médica;
- complexidade operacional de serviços;
- despreparo técnico dos gestores e contabilistas;
- falta de espírito de pesquisa dos profissionais hospitalares. .

Para realização da pesquisa foram consultadas quatro instituições hospitalares da região do Vale do Aço, no Estado de Minas Gerais, compreendidas pelas cidades de Coronel Fabriciano, Ipatinga e Timóteo. O Vale do Aço se caracteriza como pólo industrial do leste de Minas Gerais, tendo como empresas principais a Usiminas, Acesita, Cenibra, Cimento Cauê e Usiminas Mecânica.

Os dados levantados permitiram, de acordo com o Quadro 2, traçar o perfil institucional dos hospitais pesquisados.

Nenhum dos hospitais pesquisados possui uma contabilidade de custos ou até mesmo um sistema de apuração de custos. Dois deles segregam, na Demonstração de Resultado do Exercício, custos de despesas, os outros dois, lançam todos os gatos como despesa do exercício, conforme é demonstrado no Quadro 3.

Ao levantarmos e trabalharmos com a DRE por percentuais, constatamos com certa inquietação a baixíssima margem de lucro líquido de 4% (quatro por cento).

Dessa forma, a operacionalidade com margens baixas e sem o auxílio de um sistema de custos para nortear decisões gerenciais, estas instituições correm um risco grande de se tornarem deficitárias por qualquer problema estrutural, descontrole ou por políticas macroeconômicas.

Por outro lado, sabemos que a realidade encontrada nas instituições pesquisadas não difere muito da realidade nacional, a quase totalidade de hospitais brasileiros não possui sistema de apuração de custo.

Quadro 2

PERFIL DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PESQUISADAS

Entidade	Ano de Fundação	Leitos	Regime Jurídico	Sócios	Regime Econômico
Hospital Vital Brasil	1992	85	Sociedade Beneficente	-	Sem fins lucrativo
Hospital São Lucas	1993	11	Sociedade Limitada	2	Com fins lucrativo
Protoclínica Unimed	1996	22	Cooperativa Trabalho	208	Com fins lucrativo
Hospital Siderúrgica	1962	159	Sociedade Limitada	3	Com fins lucrativo

Quadro 3

FORMATAÇÃO DA DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO

HOSPITAL	FORMATAÇÃO	
São Lucas	RECEITA – 100%	
	DESPESA – 96%	
		LUCRO – 4%
Vital Brasil	RECEITA – 100%	
	DESPESAS – 154%	
		PREJUÍZO – 54%
Protoclínica	RECEITA – 100%	
	CUSTO – 70% DESPESA – 26%	
		LUCRO – 4%
Siderrúrgico	RECEITA – 100%	
	CUSTO – 87% DESPESA – 8%	
		LUCRO – 4%

Esteves (1992) em pesquisa realizada em instituições hospitalares de São Paulo que empregam uma contabilidade de custos chegou a conclusão que os sistemas de contabilidade administrativa e contabilidade de custos não parecem estar interligados, caminham paralelo, trazendo como consequência demora na coleta de dados e, portanto, a impossibilidade de que as informações de custos resultantes sejam realmente um reflexo do que está acontecendo na instituição.

8 CONCLUSÕES

O Sistema de Apuração de Custos Hospitalares – SACH possibilita determinar custos dos serviços oferecidos pelos hospitais e acompanhá-los com valores pagos pelo INAMPS e seguros privados. Fornece a base para o planejamento de gastos operacionais. Oferece a base para comparar o custo de um hospital com os demais. Permite conhecer a eficácia em termos de custo das intervenções nas diversas áreas do hospital.

É o SACH que responde ou alerta a alta administração quanto ao fato da unidade estar ou não operando eficientemente, qual o custo mais elevado ou se os preços de vendas são realistas em relação ao custo. Fornece as informações necessárias para o planejamento futuro, indicando o comportamento do custo histórico sempre que possível, separando o custo fixo do variável. Identifica as atividades que não adicionam valor, mas que consomem recursos sem adicionar valor de serviços prestados aos pacientes. É através das informações fornecidas pelo SACH que a alta administração terá a certeza de que está investindo corretamente os recursos para atender as contínuas necessidades de modernização das instalações e equipamentos de sua unidade. Padroniza as informações utilizadas como critério de pagamento de serviço de saúde. É responsável pela tradução dos serviços produzidos no Sistemas através de valores monetários.

Sabemos que muitas são as dificuldades de implantar um sistema de custos gerenciais ou uma contabilidade de custos. As principais dificuldades encontradas na implantação e manutenção de um sistema de custos hospitalares são evidenciados por Fernandes (1980) da seguinte maneira:

- Falta de literatura especializada. A maior parte da literatura existente sobre custos diz respeito às empresas manufatureiras, que tem sido o foco principal de interesse de acadêmicos e profissionais por vários anos.

- Falta de pessoal técnico e/ou especializado que conheça a dinâmica e, conseqüentemente, a implantação e manutenção do sistema.
- Desinteresse por parte dos responsáveis (médicos) pelos hospitais, propiciado talvez, por desconhecimento do assunto e pela falta de condições de aproveitarem as informações na gestão administrativa.
- Dificuldade na obtenção das informações contábeis e estatísticas para implantação de sistemas de custos, devido ao custo e ao tempo despendidos.
- Falta de supervisão, treinamento e conscientização do pessoal ligado ao sistema de custos. É possível notar que em grande parte das instituições de saúde a preocupação está apenas com corpo clínico e de enfermagem, e esquece-se um pouco da qualificação e treinamento de pessoal administrativo.

A contabilidade de custos constitui-se em ferramenta básica para o conhecimento, acompanhamento e avaliação sistemática da despesa e custo das diversas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde. Integra e complementa o subsistema de Informação Gerencial. Constitui-se numa ferramenta extremamente potente para ação gerencial; não só para monitorar o custeio intraestabelecimento, como também para definir linhas de ação gerencial mais amplas, na medida em que possibilita identificar caminhos estratégicos mais custo-efetivos para as organizações. Oferece aos administradores a oportunidade de identificar os procedimentos ou atividades mais rentáveis àquelas cujo custo precisa ser analisado e controlado com mais cuidado, ou que não são viáveis economicamente.

Por fim, entendemos que a contabilidade hospitalar ainda se apresenta como um vasto campo para a pesquisa e aplicações práticas da contabilidade, praticamente ainda inexplorado e altamente promissor.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATKINSON, Anthony A. *et al.* *Contabilidade gerencial*. São Paulo: Atlas, 2000.
- DE ROCHI, Carlos Antônio. Apuração de custos nos estabelecimentos hospitalares. *Revista Brasileira de Contabilidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 41, p. 19-25, abr./jun. 1982.
- ESTEVES, Maria Josefa Vilar. *A utilização dos custos hospitalares em hospitais paulistas: um estudo preliminar*. 1992. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 1992
- FERNANDES, Luiz Oswaldo. *Contabilidade hospitalar: o plano de contas*. São Paulo: LN, 1980.
- GERSDORFF, Ralph C. J. Von. Contabilidade hospitalar e custos no Brasil. *Revista Brasileira de Contabilidade*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 22-34, jul./set. 1979.
- . A contabilidade de custos hospitalares no Brasil. *Revista Brasileira de Contabilidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 33, p. 34-46, abr./jun. 1980.
- . Fases possíveis de estabelecer uma contabilidade de custos numa empresa hospitalar. *Revista Brasileira de Contabilidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 46, p. 4-12, jul./set. 1983.
- HORNGREN, Charles T. *Introdução à contabilidade gerencial*. 5.ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, c1985.
- IUDÍCIBUS, Sérgio de. *Contabilidade gerencial*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1978.
- KAPLAN, Robert S.; JOHNSON, H. Thomas. *Contabilidade gerencial*. Rio de Janeiro: Campus, 1993.
- LEONE, George S. G. *Curso de contabilidade de custos*. São Paulo: Atlas, 1997.
- LIMA, Carlos Rogério Montenegro. *Activity-based costing para hospitais*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 1997.
- MARTINS, Eliseu. *Contabilidade de custos*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- NAKAGAWA, Masayuki. *Custeio baseado em atividades*. São Paulo: Atlas, 1994.

SÁ, Antônio Lopes de. *Dicionário de contabilidade*. 8.ed. São Paulo: Atlas, 1990.

SAKURAI, Michilaru. *Gerenciamento integrado de custos*. São Paulo: Atlas, 1997.

SMITH, Mark Easterby *et al.* *Pesquisa gerencial em administração: um guia para monografias, dissertações, pesquisas interna e trabalhos de consultoria*. São Paulo: Pioneira, 1999.