DR 370/98

ADILSON ALVES

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca/CIR
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

FONTES DE FINANCIAMENTO E EFICIÊNCIA EM DOIS HOSPITAIS PRIVADOS FILANTRÓPICOS PAULISTAS:

UM ESTUDO DE CASO

SÃO PAULO
1998

ADILSON ALVES

FONTES DE FINANCIAMENTO E EFICIÊNCIA EM DOIS HOSPITAIS PRIVADOS FILANTRÓPICOS PAULISTAS:

UM ESTUDO DE CASO

TESE APRESENTADA AO DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA.

ORIENTADORA: PROFa.Dra. ARACY WITT DE P. SPÍNOLA

SÃO PAULO
1998

APRESENTAÇÃO

Estudos que relacionam as fontes de financiamento com a eficiência em instituições tão complexas como os hospitais são raros, tanto no Brasil como no exterior.

A importância de pesquisas desse tipo revela-se na necessidade de fontes de financiamento que favoreçam a eficiência hospitalar mediante a melhor alocação dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis.

Por se tratar de um assunto pouco pesquisado, optou-se pela utilização do método de estudo de caso. Isso permitiu trabalhar com maior profundidade com dois hospitais gerais privados filantrópicos paulistas com diferentes fontes de financiamento.

Foram utilizados indicadores de produção, recursos humanos, gastos, financiamento e produtividade, além da consideração das características gerais dos hospitais, tais como, os aspectos administrativos, técnicos, operacionais, de instalação e edificação, equipamentos, atividades desenvolvidas, especialidades médicas e morbidade.

Ao final de cada capítulo foi apresentado um comentário com a incorporação dos resultados dos capítulos precedentes.

Os resultados encontrados buscaram trazer novos elementos à discussão da relação entre as fontes de financiamento e a eficiência em hospitais brasileiros, assim como subsídios a novos projetos que permitam avançar em uma área tão carente de estudos em nosso país.

Para Rubens (em memória) e Anésia, meus pais

Para Luz Alcira, minha esposa

Para Robinson, meu irmão

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Aracy Witt de Pinho Spínola pela orientação, apoio e estímulo durante a elaboração desse trabalho.

Ao Dr. Nelson Ibañez pela colaboração e sugestões apresentadas.

Ao Dr. Olímpio José Nogueira Viana Bittar pela colaboração e incentivo quanto a análise e discussão dos resultados desse trabalho.

À Prof. Dra. Lourdes de Freitas Carvalho pela colaboração quanto à pesquisa e coleta de dados.

Ao Dr. Edelton Ghersel Narchi pela colaboração quanto à pesquisa e coleta de dados.

A todos os responsáveis e funcionários dos hospitais que forneceram os dados para essa pesquisa.

À Prof. Dra. Regina Stella que me possibilitou a utilização da infra-estrutura da Universidade Federal de São Paulo para a elaboração desse trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES - pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **1**

2. MATERIAL E MÉTODOS **14**

2.1 CARACTERIZAÇÃO E CRITÉRIO DE ESCOLHA DOS HOSPITAIS 14
2.2 PERÍODO ESCOLHIDO 16
2.3 COLETA DE DADOS 16
2.4 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS 19
2.4.1 VARIÁVEL INDEPENDENTE 19
2.4.2 VARIÁVEL DEPENDENTE 20
2.4.2.1 INDICADORES DE PRODUÇÃO 20
2.4.2.2 RECURSOS HUMANOS 21
2.4.2.3 INDICADORES DE GASTOS 23
2.4.2.4 INDICADORES HOSPITALARES (PRODUTIVIDADE) 23
2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA 26
2.6 IDENTIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS 27
2.7 OUTROS DADOS 28

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO **29**

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS HOSPITAIS 29
3.1.1 DADOS GERAIS DOS HOSPITAIS 29
3.1.2 DADOS RELATIVOS A EDIFICAÇÕES E INSTALAÇÕES 31
3.1.3 ESPECIALIDADES MÉDICAS 31
3.1.4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 33
3.1.5 EQUIPAMENTOS DE ALTA TECNOLOGIA E SISTEMAS DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (SIPAC) 34
3.1.6 MORBIDADE 35
3.1.7 COMENTÁRIOS 37

3.2 PRODUÇÃO 39
3.2.1 INDICADORES DE PRODUÇÃO 39
3.2.2 COMENTÁRIOS 45

3.3 RECURSOS HUMANOS 48
3.3.1 RECURSOS HUMANOS POR ÁREA 48
3.3.2 RECURSOS HUMANOS POR NÍVEL 49
3.3.3 ÁREA MÉDICA E DE ENFERMAGEM 50
3.3.4 SERVIÇOS DE TERCEIROS 52
3.3.5 ROTATIVIDADE DE MÃO DE OBRA 53
3.3.6 COMENTÁRIOS 55

3.4 INDICADORES DE GASTOS 58
3.4.1 GASTOS MÉDIOS DE PACIENTES-DIA, DE INTERNAÇÃO E CONSULTA MÉDICA 58
3.4.2 INVESTIMENTO E CUSTEIO 63
3.4.3 GASTOS COM FOLHA DE PAGAMENTO 66
3.4.4 COMENTÁRIOS 69

3.5 FINANCIAMENTO..... 72
3.5.1 PADRÃO DE FINANCIAMENTO DA RECEITA..... 72
3.5.2 PADRÃO DE FINANCIAMENTO DA DESPESA..... 82
3.5.3 SITUAÇÃO ECONÔMICA-FINANCEIRA..... 87
3.5.4 COMENTÁRIOS..... 93

3.6 PRODUTIVIDADE..... 97
3.6.1 CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS..... 97
3.6.2 PRODUTIVIDADE DE ACORDO COM ALGUNS INDICADORES HOSPITALARES..... 98
3.6.2.1 MÉDIA DE PERMANÊNCIA..... 99
3.6.2.2 ÍNDICE DE RENOVAÇÃO OU GIRO DE ROTATIVIDADE.... 101
3.6.2.3 ÍNDICE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO..... 101
3.6.2.4 ÍNDICE DE FUNCIONÁRIOS/LEITO E/OU CAMA..... 102
3.6.3 COMENTÁRIOS..... 103

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 105

5. BIBLIOGRAFIA..... 109

ANEXOS
ANEXO A - ROTEIRO DE INQUÉRITO HOSPITALAR
ANEXO B - ESPECIALIDADES MÉDICAS

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo o estudo das relações entre as fontes de financiamento e a eficiência em dois hospitais gerais paulistas, privados filantrópicos e de médio porte, e com diferentes fontes de financiamento, sendo que um deles atende quase que exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS e o outro a pacientes de uma importante indústria nacional.

Para isso, optou-se por uma amostra intencional (estudo de caso) com a utilização de dados obtidos através dos registros financeiros, contábeis, do serviço de arquivo médico e de um inquérito hospitalar mediante entrevista com diretores dos hospitais. O período escolhido foi o de 1990 a 1994, já que apenas a partir dessa data existiam dados organizados, registrados e confiáveis e que permitiram uma análise à nível de tendência.

Considerou-se como váriavel independente o financiamento e como variável dependente a eficiência dos hospitais expressa nos indicadores de produção, recursos humanos, gastos, e de produtividade. A eficiência foi definida de acordo com a literatura vigente, ou seja, a adequação dos recursos utilizados (input, gastos) com relação aos benefícios obtidos (output, desempenho hospitalar).

Não foi verificada nenhuma relação entre as fontes de financiamento e a eficiência dos hospitais, no período pesquisado. Apesar de

uma situação econômico-financeira desfavorável, com déficits contínuos, o hospital com financiamento público (Hospital A - HA) apresentou uma melhor performance do que o hospital com financiamento privado (Hospital B - HB).

Diante disso foi constatada a necessidade de readequação das fontes de financiamento dos hospitais pesquisados já que a longo-prazo a manutenção de um canal quase que exclusivo de recursos poderá significar a piora da situação financeira dos hospitais, com reflexos imediatos na eficiência dessas instituições. O atendimento a pacientes de convênios com empresas e particulares tem sido incrementado recentemente pela direção dos hospitais, mas os resultados ainda são inconclusivos quanto aos ganhos de eficiência.

SUMMARY

The objective of the present study is to investigate the relationship between financial sources and efficiency in two private, philanthropic and medium-size general hospitals in São Paulo with two different money resources; one assisting almost exclusively patients from the SUS-Sistema Único de Saúde (Public Health System) and the other with patients from one important national industry.

For this purpose, an intentional sample was chosen (study-case) using data obtained from financial and accounting records, from a medical register and nosocomial inquiry by means of interviews with hospital directors. The period selected was from 1990 to 1994 since only from this date on there were organized, registered and trustful data and allowed an analysis at the level of trends.

Financing was considered an independent variable and efficiency of the hospitals expressed by production indicators, human resources, expenses and productivity were considered dependent variables. Efficiency was defined according to the current literature, that is, adequation of the resources used (input, expenses) to benefits obtained (output, nosocomial performance).

No relationship between the financial resources and the efficiency of the hospitals was found in the assessed period. Despite an

unfavorable economic-financial situation with continuous deficits, the hospital supported by public funds (Hospital A - HA) presented a better performance than by private financing (Hospital B - HB).

Thus, a need for re-adequation of financing sources of the investigated hospitals was observed since a long-term maintenance of an almost exclusive resource channel may mean the worsening of a financial situation with immediate reflexes in the efficiency of these institutions. The assistance to patients associated with enterprises and private institutions has been lately incremented by the hospital boards but the results are still inconclusive regarding efficiency gains.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Os recursos destinados à saúde tem sido reconhecidamente limitados quanto à necessidade de prevenir e controlar as doenças, assim como quanto ao crescimento da demanda por cuidados médicos e de saúde.

Na América Latina durante a década de 80 as políticas de ajuste macroecônomico tendo como ponto importante a diminuição do déficit fiscal reduziram o gasto público na área social gerando maior desemprego e queda da renda individual. Apesar da redução ou estancamento desses gastos não houve redução da oferta de serviços médicos e de saúde, ao contrário, a quantidade de serviços e emprego aumentou. Essa situação aparentemente paradoxal tem explicação na queda de remuneração dos profissionais de saúde e no comprometimento da qualidade dos serviços oferecidos (OPS, 1990; Fleury, 1995).

Nesse mesmo período 140 milhões de pessoas na América Latina e Caribe não tiveram acesso aos serviços de saúde, sendo que a ineficiência desse setor pode ser medida pelo desperdício de 25,0% dos gastos de financiamento, ou seja, US$ 10 bilhões de dólares (OPS, 1994).

Já nos anos 90, muitos países da região tem apresentado uma certa estabilidade econômica com taxas moderadas de crescimento, inflação mais baixa e decrescente, elevado déficit em conta corrente

coberto com capital externo, baixo coeficiente de poupança nacional e insuficiente geração de emprego (CEPAL, 1995). As prioridades de política econômica na América Latina tem sido então, o combate ao déficit público em ascenção, através do corte nos gastos governamentais - notadamente quanto aos gastos na área social.

Na área da saúde como grande parte dos gastos tende a aumentar de acordo com a oferta - já que não existe um nível de saturação da demanda, que parece ser infinita - o aumento vertiginoso dos custos em saúde tem sido uma realidade. É um fenômeno mundial que decorre do progresso tecnológico, do prolongamento da esperança de vida, do aumento da intensidade dos cuidados, do sistema de seguro dos cuidados curativos, e do poder de pressão dos oligopólios (indústria farmacêutica e de equipamentos médicos).

É nesse contexto de ajuste macroeconômico e de redução/controle dos gastos e custos em saúde que aumenta o interesse dos economistas, administradores e autoridades públicas quanto aos recursos alocados aos hospitais. Isso porque essas instituições consomem uma parte substancial dos recursos humanos, materiais e financeiros do setor saúde (WHO, 1995) e são as unidades operacionais mais custosas do sistema de saúde, principalmente quanto ao custeio de pessoal e despesas de capital. Assim, de um modo geral, e nos países em desenvolvimento em particular:

a) os hospitais representam quase a metade das despesas totais consagradas ao setor saúde (Mills, 1990 apud Newbrander et al, 1992);

b) os hospitais representam entre 50 e 80% das despesas públicas de funcionamento do setor saúde (Barnun & Kutzin, 1992 apud Newbrander et al, 1992);

c) os hospitais empregam grande parte do pessoal da saúde mais qualificado (Bloom et al, 1981 apud Newbrander et al, 1992).

Os instrumentos econômicos, gerenciais e financeiros adquirem então grande importância no controle dos gastos e custos da atenção médico-hospitalar, nos ganhos de eficiência, e efetividade, na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, na equidade e na satisfação dos pacientes.

Um aspecto importante para a racionalização e melhor alocação de recursos em hospitais, e que é o objetivo principal do presente trabalho, refere-se à relação entre as fontes de financiamento e a eficiência dessas instituições. Assim, este trabalho englobará no estudo de caso, várias dimensões do hospital como unidade produtiva, ou seja, os indicadores de produção, recursos humanos, gastos, produtividade, e de financiamento. Isso permitirá uma visão mais ampla dos aspectos relacionados às variáveis "financiamento" e "eficiência" quando da análise de instituições tão complexas quanto os hospitais.

Estudos dessa natureza são amplamente justificáveis pois permitem que os hospitais possam adequar sua(s) fonte(s) de financiamento aos critérios de eficiência de acordo com padrões estabelecidos pelas autoridades competentes. Além disso são relevantes para a sociedade já que a

melhor alocação de recursos nos hospitais é condição primordial para o melhor desempenho dessas instituições.

É útil mencionar que durante a pesquisa bibliográfica não foram encontrados, na literatura nacional e internacional especializada, estudos semelhantes que permitissem verificar a relação entre as variávies estudadas e qual o resultado final obtido.

Isso se explica pelo fato de que foi apenas a partir da década de 80 que o aumento dos gastos com hospitais com relação aos gastos totais em saúde passou a preocupar os governos nacionais, incentivando um maior número de pesquisas nessa área. No caso brasileiro, também devido às dificuldades operacionais e a falta de recursos financeiros, já que, a maioria dos hospitais não trabalha com centros de custos, não estão informatizados e não possuem pessoal especializado para um trabalho dessa magnitude.

Os estudos existentes, embora inconclusivos, não tem focalizado a atenção nas fontes de financiamento, mas na importância da relação entre as formas de financiamento e a eficiência hospitalar. Através de análise de regressão entre as variáveis estudadas relacionam-se as formas de financiamento hospitalar com os procedimentos médicos efetuados e/ou com indicadores de produtividade hospitalar como a média de permanência, o número de funcionários por leito etc. (Fetter et al, 1980; Russel & Manning, 1989; Chulis, 1991; Schwartz et al, 1991; Ashby & Altman, 1992). [1]

---

[1] As formas de financiamento mais comuns são: a) Antes do ocorrido: Orçamento global e Capitação; b) Após o ocorrido: a) Diária hospitalar; b) Ato médico; c) Pagamento prospectivo por procedimento.

Em muitos trabalhos a forma de financiamento tem sido considerada fundamental para estimular a eficiência e controlar os custos hospitalares. Caspaire & Hoogendoorn (1991), por exemplo, mostraram que a introdução do orçamento global em hospitais dos Países Baixos reduziu a média de permanência, o número de admissões e a taxa de cirurgias (exceto para os idosos), mantendo constantes os custos hospitalares.

Sloan e Valvona (1986), em um estudo mais amplo, verificaram as causas da queda da média de permanência com relação a 11 procedimentos cirúrgicos, utilizando uma amostra de 521 hospitais comunitários nos Estados Unidos entre 1971 e 1981. Segundo os autores as variáveis competição, intensidade dos serviços, pagamento prospectivo, regulações institucionais, mudançãs tecnológicas, natureza jurídica e o aumento da renda dos pacientes, pouco ou nada tiveram a ver com a queda da média de permanência observada nesses hospitais. Os fatores preponderantes foram as mudanças no "estilo dos cuidados", expressos principalmente na melhoria da técnica cirúrgica e em mudanças na prática médica. Entretanto, ressaltam que a forma de pagamento prospectivo que utliza o paciente-dia ou o número de admissões como unidade de pagamento não teria freado a média de permanência, exceto quando do pagamento por caso tratado.

Muitos outros estudos tem considerado que o nível de desempenho dos hospitais depende amplamente da atuação dos médicos, principais ordenadores de gastos na área da saúde (Caldwell, 1989; Anderson, 1990; Burke, 1990; Goes & Zhan, 1995; Molinari et al, 1995; Loop, 1995).

A base teórica desses trabalhos, explícita ou não, tem como fundamento os pressupostos da teoria econômica neoclássica aplicada à saúde. É uma visão que dá ênfase aos aspectos microeconômicos utilizando o conceito de função de produção e teoria da firma e do consumidor à prestação de serviços médicos e de saúde. No caso dos hospitais é utilizada a teoria da produção e da firma segundo a qual essas instituições são vistas como empresas que devem necessariamente maximizar os lucros, serem competitivas e lutar pela conquista do mercado de saúde (Montfort, 1981; McGuire, 1985; Cullis & West, 1979; Jacobs, 1980).

Os defensores desse tipo de abordagem admitem que existem problemas quanto à aplicação de seus pressupostos básicos à realidade na área da saúde. Isso porque o setor saúde apresentaria certas peculiaridades (falhas de mercado) quando comparados a outros setores produtivos, que afetariam sua eficiência: falta de soberania do consumidor, ausência de competição (instituições não-lucrativas em saúde e monopólio da profissão médica), externalidades (benefícios ou prejuízos recebidos passivamente por uma terceira parte), e pelo fato dos cuidados médicos e de saúde aparecerem como uma necessidade fundamental do ser humano, logo após a alimentação, o vestuário e a habitação, ensejando assim a participação do governo nesse tipo de prestação de serviço (Alves,1993).

A aplicação desses pressupostos econômicos em saúde é típica de países de "capitalismo maduro" pois comporta situações de pouca intervenção e regulamentação governamental na economia e, portanto, de maior liberdade econômica. Quanto aos hospitais, os incentivos econômicos à

produção de serviços de saúde mais eficientes através de mecanismos de pagamento e da competição, a disponibilidade de indicadores hospitalares e econômicos mais refinados e completos, e a existência de metodologias de custos que permitam identificar problemas e propor soluções, são fatores praticamente inexistentes em países como o Brasil. Isso mostra as dificuldades e os esforços necessários à execução de pesquisas desse tipo em nosso país.

No caso desta pesquisa, conforme mencionado anteriormente, apenas a fonte de financiamento será considerada. Podemos então, definir a conceituação de eficiência e as fontes de financiamento dos recursos alocados aos hospitais no Brasil.

O conceito de eficiência exprime a adequação dos recursos utilizados (gastos, custos, input) com relação aos benefícios obtidos (desempenho hospitalar, output) em um determinado período de tempo. Como sugere Motta (1990) apud Grabois & Sandoval (1993), a eficiência é uma relação insumo-produto não tendo nenhuma relação com o corte de recursos ou a diminuição dos gastos, mas sim com o que se consegue com os recursos existentes.

Ou seja, a eficiência segundo André (1993) "é a capacidade de produção da entidade que procura garantir uma produtividade constante de bens e serviços com o uso mais racional possível de um conjunto de insumos necessários a essa produção. São considerados insumos: os recursos humanos, os materiais e componentes, os serviços e o "uso" do capital físico (o valor do desgaste físico e tecnológico efetivo de equipamentos e instalações)".

As conceituações modernas de eficiência estão circunscritas no âmbito dessa definição (WHO, 1993; Campino, 1995; Contandriopoulos, 1996; Bittar, 1997; Williamson, 1978).

A partir desse conceito geral existem outros desdobramentos do conceito de eficiência, sendo a eficiência técnica e a alocativa as mais conhecidas. No primeiro caso refere-se à produção de um resultado ao menor custo, no seguinte refere-se mais propriamente ao resultado final em saúde no sentido da escolha do melhor modo de obter um resultado específico, ou seja, se os recursos estão sendo alocados de uma forma apropriada (WHO, 1993; Contandriopoulos, 1996).

Finalmente, na avaliação da eficiência existem os aspectos que não podem ser medidos (como os valores éticos) e os aspectos relativos ao risco social, equidade, e acessibilidade aos recursos de saúde (Komesaroff, 1994; OPS, 1994). De acordo com o escopo e os objetivos deste trabalho, essa definição mais ampla do conceito de eficiência não será considerada.

Quanto a definição das fontes de financiamento hospitalar, é útil analisar primeiramente como os recursos para a saúde no Brasil são financiados. De acordo com a Constituição Federal de 1988 os recursos destinados à saúde tem sido financiados a partir do Orçamento da Seguridade Social (OSS) mediante a contribuição de empregados e empregadores incidentes

sobre a folha salarial, pela contribuição sobre o faturamento e sobre o lucro líquido das empresas, e sobre os concursos de loterias, além de recursos fiscais.[2]

Como a maior parcela dos recursos para o financiamento da saúde no âmbito do Ministério da Saúde tem como fonte principal as contribuições de empregados e empregadores, há uma dependência muito grande com relação as oscilações da atividade econômica no que se refere ao aumento e manutenção do emprego no mercado de trabalho formal. Assim, por exemplo, em 1992, 30,8% dos recursos do Ministério da Saúde vieram da contribuição originária da folha de pagamento e 44,7% do faturamento das empresas (Oliveira, 1993). Além, disso, estima-se que a evasão dessa fonte seja da ordem de 40,0% (Scotti, 1994). Essa situação tem permanecido inalterada em anos recentes.

A instabilidade das fontes de financiamento e os problemas políticos e econômicos relacionados a implantação do Sistema Único de Saúde -SUS e aos investimentos em saúde se refletem no baixo nível de gastos públicos federais nesse setor. Em 1990 os gastos públicos federais em saúde, foram de US$ 9,4 bilhões contra US$ 10,4 bilhões em 1994, o que representou um aumento de 10,6%. Quanto ao gasto per capita o aumento foi de apenas 3,2%, passando de US$ 65,86 para US$ 67,97 nesse mesmo período. Cabe mencionar que o gasto federal em saúde correspondeu em média a 77,09% do gasto público consolidado no país entre 1980 e 1995 (Mendes, 1996).

---

[2] O Orçamento Anual da União é composto pelo Orçamento Fiscal, Orçamento da Seguridade Social - que inclui os Serviços de Saúde, a Previdência e a Assistência Social - e pelo Orçamento de Investimento das Empresas Estatais.

Como dado comparativo o gasto nacional total per capita em saúde no Brasil foi de US$ 164,87 em 1995 e nos Estados Unidos de US$ 2.763 em 1990 (Banco Mundial, 1993; Mendes, 1996).

Concomitantemente aos problemas gerenciais, administrativos e de redução dos recursos federais existe o problema crucial para o financiamento da saúde no país que é o da falta de critério quanto à partilha de recursos do OSS. Nem mesmo com a elaboração da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080 de 19/09/90 que, no artigo 35 definiu os critérios para a distribuição dos recursos financeiros do nível federal para as instâncias estaduais e municipais, essa divisão foi explicitada, deixando com que a cada ano a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) definisse os recursos para a saúde. Esses recursos tem variado de composição, ora sobre percentuais, ora quanto a definição de fontes (Médici, 1994). A falta de articulação entre as fontes mantenedoras da saúde tem gerado superposição de oferta e aumento dos custos assistenciais, além disso, como a área da saúde disputa seus recursos com a Previdência e Assistência Social, tem se tornado um mero "resíduo" da seguridade social.

As fontes de financiamento hospitalar no Brasil são eminentemente públicas, sendo a prestação dos seviços majoritáriamente privada. Os recursos públicos são provenientes do SUS na esfera federal, e de subvenções e auxílios nas esferas estadual e municipal além de outras formas de desembolso. Os recursos privados tem como origem o pagamento direto por parte dos pacientes particulares por serviços prestados, as doações, o seguro saúde e a medicina de grupo com pré-pagamento, as cooperativas médicas, os planos administrados e de autogestão.O SUS mantém também convênios e

contratos para prestação de assistência médica com hospitais públicos, filantrópicos. e privados com fins lucrativos. Com os hospitais conveniados é definida a utilização de recursos assistenciais além da liberação de recursos financeiros para aquisição de equipamentos. No caso dos hospitais contratados a referência principal é a liberação de Autorização de Internação Hospitalar-AIH (Lana et al, 1993). As fontes externas de financiamento são inexistentes devido a proibição da participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, conforme o artigo 199 parágrafo 3º. da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

A eficiência dos hospitais, públicos e privados conveniados e contratados é prejudicada pela insuficiente dotação orçamentária, pelo atraso na transferência de recursos para os hospitais que podia chegar a mais de dois meses e sem correção monetária, pelos problemas da instabilidade das fontes públicas de financiamento, e pelos problemas de má gestão dos recursos, além do baixo valor pago por prodedimentos médicos em comparação com o setor privado ou o que propugna a Associação Médica Brasileira (AMB).[3]

Nesse contexto muitos hospitais tem se desligado do SUS ou diminuido a oferta de leitos para o setor público. No segundo caso, a opção encontrada tem sido a abertura para o atendimento a pacientes particulares ou ligados a planos de saúde . Esse é um fenômeno recente, mas

[3] Segundo dados do Ministério da Saúde e da Associação Médica Brasileira ,enquanto o SUS pagava R$ 2,04 por uma consulta médica em 1996 a AMB recomendava R$ 39,00, ou seja, um valor dezenove vezes maior. O pagamento de outros procedimentos também apontava uma grande discrepância: cirurgia de mama SUS (R$ 15,07) e AMB (mais de R$ 40,00); tomografia do abdome (R$ 110,89) e (R$ 226,00); e endoscopia (R$ 19,50 e R$ 70,00), respectivamente.

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

que tem demonstrado ser de caráter emergencial para fazer face à perda de receita originária do SUS.

Essa reorientação é considerada como um aspecto positivo que permitiria a utilização mais ágil dos recursos e a regulação do fluxo de caixa, além de incentivar a competividade que traria mais qualidade aos serviços oferecidos. (MENDES, p.138, 1996)

Ou seja, parte da suposição por exemplo, de que uma maior quantidade de leitos particulares seria responsável por um maior retorno financeiro, já que os preços seguiriam a dinâmica do "mercado da saúde". E, no caso dos hospitais conveniados ou contratados pelo setor público, de que haveria uma transferência de recursos privados para os pacientes do SUS.

Como se trata de um fenômeno recente, embora algumas experiências tenham sido constatadas, há a necessidade de outros estudos para verificar a situação real dos hospitais que estejam passando por essa situação.[4] Mesmo porque, não existem indícios de que as fontes de financiamento derivadas de recursos privados contribuam para o aumento da eficiência das instituições hospitalares. Como indica a OMS: "É difícil julgar empiricamente se um aumento no papel do setor privado melhora ou não a eficiência global. À nível microeconômico existem evidências de que o setor privado fornece serviços mais baratos do que o setor público... Entretanto, não é claro que a unidade de output - tipo ou qualidade do serviço - seja a mesma em cada um dos casos" (WHO, 1993, p.22).

[4] Uma experiência desse tipo tem sido realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. (SILVA, s.d.)

Assim, de acordo com a fundamentação teórica acima, pretende-se estudar a relação entre as fontes de financiamento e a eficiência em dois hospitais privados filantrópicos paulistas, sendo que um atende quase que exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS, e o outro a pacientes de uma unidade trabalhista nacional. Além disso, subsidiáriamente pretende-se verificar a necessidade de readequação das fontes de financiamento quanto aos critérios de eficiência considerados.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Caracterização e Critério de Escolha dos Hospitais

O escopo inicial da amostra envolvia a escolha de hospitais com características diversas quanto à natureza jurídica e diferentes fontes e formas de financiamento. Ou seja, hospitais públicos, privados, e privados filantrópicos.

Ocorre que, durante a visita a diversos hospitais não foi possível obter os dados necessários, principalmente quanto as instituições de caráter privado e público. No primeiro caso pelo fato de que os diretores ou responsáveis não permitiram que os dados fossem coletados, notadamente aqueles referentes ao financiamento, gastos e investimentos. Nos hospitais públicos pela inexistência ou dificuldade em encontrar as informações, já que, em muitos deles não havia um sistema de computação para facilitar a coleta de dados da área operacional e financeira.

Desse modo, optou-se pela escolha de dois hospitais privados filantrópicos, considerando-se apenas suas diferentes fontes de financiamento. Assim, a pesquisa foi desenvolvida em dois hospitais gerais de médio porte, privados filantrópicos, um deles localizado no município de São Paulo, e o outro na Grande São Paulo.[5] Ambos com atendimento médico-

[5] Hospital de médio porte é o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 50 a 150 leitos. Essa definição refere-se unicamente ao número de leitos, não tendo qualquer relação com a qualidade da assistência prestada (Ministério da Saúde, 1977).

hospitalar ambulatorial e com internação, sendo um com financiamento público(atendimento a pacientes do SUS), embora com abertura recente para convênios médicos com empresas, seguro saúde, planos de autogestão e pacientes particulares, e o outro com recursos privados, provenientes de uma entidade de classe trabalhista de um importante setor da indústria nacional e com planos de autogestão e atendimento a pacientes particulares.

Os critérios definidos para a escolha dos hospitais foram os seguintes:

1) hospitais com atendimento médico ambulatorial e com internação (a existência ou não de Residência Médica não foi um fator restritivo nessa decisão, sendo considerado no desenvolvimento da pesquisa);

2) hospitais com características semelhantes, com relação à morbidade, especialidades médicas, tecnologia utilizada, corpo clínico, porte, e número e tipo de serviços complementares de diagnóstico e terapêutica;

3) hospitais com diferentes fontes de financiamento, um deles com recursos predominantemente públicos (atendimento pelo SUS), e o outro com recursos privados.

Hospital geral é o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especilaidades médicas, pode limitar-se a um grupo etário (hospital infantil), ou com finalidade específica (hospital de ensino) (Ministério da Saúde, 1977).

2.2 Período Escolhido

O período escolhido foi o de 1990 a 1994 devido a disponibilidade de dados nesses anos. Isso permitiu uma análise em termos de tendência e que algumas conclusões fossem levantadas.

2.3 Coleta de Dados

A fonte básica de informações e coleta de dados foram os registros médicos e financeiros/contábeis e as entrevistas com os diretores dos hospitais.O contato efetivo com os hospitais ocorreu em junho de 1995 quando foram entrevistados o Superintendente Geral e o Diretor Clínico de cada uma das instituições. Nesses encontros procurou-se obter dados da organização, administração, produção, recursos humanos, e fontes de financiamento. Para isso, foi elaborado previamente um roteiro em forma de um "Inquérito Hospitalar", apresentado no ANEXO A. (Adaptado de Bittar, 1994).

Foram feitas quinze visitas para a coleta de dados nos diversos setores dos hospitais tais como: Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Contabilidade e Finanças, Pessoal, entre outros. Quando necessário, procurou-se conversar com os chefes ou diretores dos vários setores dos hospitais para o conhecimento e correta interpretação da forma como os dados foram produzidos.

As fontes de coleta de dados foram as seguintes:

1) os dados relativos às características gerais dos hospitais foram coletados segundo informações dos dirigentes das instituições (ANEXO A). Os dados de morbidade foram tirados do Boletim CAH 106. Como esses dados não estavam disponíveis em um programa de computador, optou-se pela coleta manual nos anos de 1990 e 1994, considerando-se os quatro primeiros meses de cada ano (janeiro a abril). As causas de morbidade foram classificadas de acordo com as 17 categorias da Classificação Internacional de Doenças - 9a. Revisão - 1975 (OMS, 1978) e quantificadas em valores absolutos e percentuais. Todos os pacientes internados nesse período foram considerados. O perfil de morbidade por grupos de causas, serviu para verificar as possíveis mudanças nesse padrão, e o perfil de demanda existente;

2) os dados de produção foram coletados junto ao SAME de cada hospital;

3) os dados relativos a recursos humanos foram coletados no Departamento de Recursos Humanos;

4) os indicadores de gastos (gastos médios de pacientes-dia, de internação e de consulta médica) e de investimento e custeio, foram calculados a partir do balanço financeiro. Quanto aos indicadores de gastos, dividiu-se as despesas totais pelo número de pacientes-dia, internações e consultas médicas. O mesmo foi feito com relação aos valores monetários recebidos por esse tipo de atendimento. Os gastos com folha de pagamento foram calculados a partir do balancete de verificação;

5) os dados com relação ao padrão de financiamento da receita e despesa, e a situação econômica-financeira das instituições foram calculados respectivamente, a partir do balanço financeiro e do balanço patrimonial dos hospitais;

6) finalmente, os indicadores de produtividade foram obtidos junto ao SAME e ao Departamento de Recursos Humanos.

Para efeito de comparação e de atualização, os valores monetários foram transformados em dólares dos Estados Unidos. Para isso foi utilizado o dólar (médio) comercial do ano - preço de venda do último dia do mês - para cada um dos anos considerados nesta pesquisa. Esses valores foram coletados junto ao Banco Central.

Cabe dizer que, quanto ao hospital que atende pacientes do SUS, como alguns dados mais refinados de despesa (inclusive os gastos com pessoal próprio) para os anos de 1990 e 1992, existentes nos balancetes de verificação estavam dispersos e/ou perdidos, optou-se por fazer uma projeção, tendo como base o ano anterior e posterior a essas datas. Isso foi possível pois aqueles ítens que não figuravam no balancete de verificação foram discutidos com um profissional do setor de contabilidade no sentido de verificar qual o percentual de evolução a ser definido em cada caso.

Além disso, a coleta de dados, sempre que possível, foi orientada segundo a categoria de financiamento dos hospitais. No hospital com financiamento privado, além da unidade hospitalar na capital estão incluídos

os serviços ambulatoriais existentes em cidades do interior paulista. No hospital com fontes de financiamento predominantemente públicas considerou-se também os convênios com empresas e o atendimento a pacientes particulares.

2.4 Análise das Variáveis

2.4.1 Variável Independente

Financiamento

Permitiu verificar o padrão de financiamento dos hospitais. Procurou-se discriminar as fontes de receita e despesa das instituições de acordo com seus componentes.

Do lado da receita temos: 1) Doações (instituições públicas, associados, e particulares), 2) Operação dos serviços (particulares, setor público (SUS e SES) e convênios com empresas), e 3) Receitas Financeiras e Diversas. Procurou-se analisar sua composição e variação no período pesquisado, e a relação entre a operação dos serviços próprios e a dependência de outras fontes de recursos (públicos ou privados).

Do lado da despesa temos: 1) despesas operacionais (pessoal próprio, serviços de terceiros, consumo de materiais e medicamentos, despesas de funcionamento e despesas gerais), e 2) despesas financeiras. Procurou-se analisar sua composição e variação no período pesquisado.

Como parte integrante do padrão de financiamento e para melhor caracterizar a situação financeira dos hospitais, considerou-se o lucro ou prejuízo das instituições, o resultado operacional e final, e a receita financeira líquida disponível. Quanto aos indicadores da situação econômica-financeira foram considerados a rentabilidade (taxa de rentabilidade do investimento) e os índices de liquidez (geral, corrente e imediata).

2.4.2 Variável Dependente

Informações relativas à eficiência

Pressupõe informações variadas como as que caracterizam a produção hospitalar, os recursos humanos, os indicadores de gastos, e a produtividade.

2.4.2.1 Indicadores de Produção

Foram coletados dados como o número de pacientes-dia, a média diária de pacientes, a taxa de ocupação, o número de internações, o número de consultas médicas, o número de cirurgias, o número de atendimentos ambulatoriais e de pronto atendimento, e o número e tipo de exames realizados.

A análise dos indicadores de produção, quando possível, considerou a categoria de financiamento correspondente. Além disso, procurou-se analisar a mudança na demanda dos hospitais e relacionar os seguintes aspectos: percentual de ocupação com relação ao número de leitos

disponíveis e pacientes-dia: a variação no número de internações; a relação entre o número de consultas médicas e a taxa de incremento para verificar a capacidade de oferta de consultas nos hospitais; o número de cirurgias realizadas para verificar a taxa de cesárea dos hospitais; a taxa de incremento das consultas ambulatoriais para verificar a capacidade de oferta dessas consultas, o número de pronto atendimento para verificar a capacidade dos hospitais quanto a esse tipo de atendimento, e o número de exames realizados para verificar o tipo e o número dos principais exames existentes.

2.4.2.2 Recursos Humanos

Levantou-se o número de funcionários por área e por nível, a carga horária e características do corpo médico e da equipe de enfermagem, o número de enfermeiros e profissionais de enfermagem por leito, os serviços de terceiros, e o índice de rotatividade de mão-de-obra.

Os recursos humanos foram divididos em quatro grandes áreas: médica, administrativa, de enfermagem e técnico-auxiliar.

A área médica abrangeu todas as especialidades médicas atendidas pelos hospitais, sendo composta exclusivamente por médicos. A área administrativa incluiu os profissionais do setor de finanças, de material, recursos humanos e serviços gerais, lavanderia, zeladoria, limpeza, informática, secretaria e manutenção. Essa classificação levou em consideração os dados fornecidos pelos hospitais.

A área de enfermagem incluiu toda a equipe de enfermagem, como enfermeiros, técnicos, auxiliares, atendentes e demais profissionais desse setor. Finalmente a área técnico-auxiliar incluiu os profissionais não relacionados acima e que atuavam nos serviços seguintes: serviço de arquivo médico, S.A.D.T., serviço de nutrição e dietética, assistência social, farmácia, psicologia e almoxarifado.

A divisão dos funcionários foi feita com informações dos hospitais e de acordo com a categoria funcional - níveis superior, médio e de apoio. A lógica dessa divisão levou em conta as categorias estabelecidas pela C.L.T. e aquelas criadas pelos próprios hospitais através de treinamento e incentivo aos seus funcionários. Considerou-se no nível superior os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas, administradores, contadores, engenheiros etc. Como de nível médio: auxiliares de enfermagem, operadores de raio-x, técnicos e auxiliares de contabilidade, auxiliares de almoxarifado, escriturários, motoristas etc. E como nível de apoio: atendentes, auxiliares de atendimento, cozinheiros, serventes, office boy, vigias etc.

Como a existência de serviços de terceiros era ainda incipiente e recente, verificou-se apenas as áreas onde isso ocorria.

Procurou-se, com esses dados, verificar a variação no número de pessoal nos hospitais - notadamente quanto ao pessoal diretamente ligado ao processo produtivo.

2.4.2.3 Indicadores de Gastos

Foram coletados e calculados os gastos médios e valores recebidos de pacientes-dia, de internação e consulta médica, assim como os gastos com investimento, custeio e folha de pagamento.

Quanto ao cálculo dos investimentos considerou-se os seguintes ítens: imóveis, veículos, equipamentos (móveis e outros, aparelhos, máquinas e equipamentos hospitalares), e imobilizado em andamento. Quanto ao custeio considerou-se: pessoal próprio, insumos (consumo de materiais e medicamentos) e despesa financeira.

A manipulação dos gastos com folha de pagamento (salários, ordenados, encargos trabalhistas e benefícios) permitiu calcular o gasto médio anual com folha de pagamento por funcionário e o gasto médio mensal com salários e ordenados por funcionário.

Procurou-se verificar em que medida esses gastos eram influenciados pelas fontes de financiamento dos hospitais.

2.4.2.4 Indicadores Hospitalares (Produtividade)

Devido a dificuldade de coleta de dados para a confecção de indicadores para a medição da produtividade, optou-se pelos seguintes:

1) Média de Permanência (MP)

É a relação númerica entre o total de pacientes-dia em um determinado período, e o total de doentes saídos (altas e óbitos) no mesmo período (Ministério da Saúde, 1978).

$$MP = \frac{\text{Número de pacientes-dia durante determinado período}}{\text{Número de pacientes saídos no mesmo período}}$$

2) Índice de Renovação ou Giro de Rotatividade (IR/GR)

É a relação entre o número de pacientes saídos (altas e óbitos) durante determinado período, no hospital, e o número de leitos postos à disposição dos pacientes, no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado (Ministério da Saúde, 1978).

$$IR/GR = \frac{\text{Número de saídas em um determinado período}}{\text{Número de leitos no mesmo período}}$$

3) Índice Intervalo de Substituição (IIS)

Assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Esta medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência (Ministério da Saúde, 1978).

$$IIS = \frac{\text{\% de desocupação X MP em dias}}{\text{\% de ocupação}}$$

4) Relação Funcionários por Leito

Foi utilizado o número de funcionários em relação à soma do número de leitos e camas existentes em operação para cada ano pesquisado (Bittar, 1994).

Leito hospitalar é a cama destinada à internação de um paciente no hospital. Não são considerados leitos, os seguintes: cama destinada a acompanhante, cama transitoriamente utilizada nos serviços complementares de diagnóstico e tratamento, camas pré-parto e recuperação pós-operatória ou pós-anestésica, camas de unidade de tratamento intensivo, berços destinados a recém-nascidos sadios e camas instaladas nos alojamentos de médicos e pessoal do hospital (Ministério da Saúde, 1978).

Procurou-se verificar o hospital mais produtivo, de acordo com os seguintes critérios:

a) menor tempo de permanência,

b) maior índice de renovação ou giro de rotatividade,

c) menor índice intervalo de substituição, e

d) menor número de funcionários por leito e/ou cama (Bittar, 1994);

2.5 Análise Estatística

Por se tratar de uma amostra não-probabilística mas intencional, não cabe realizar inferência estatística. Foram utilizadas estatísticas descritivas, como amplitude de variação, proporções e médias.

Quanto ao tipo de pesquisa tratou-se de um estudo de natureza exploratória, cujo delineamento adotado foi o do estudo de caso.

A pesquisa exploratória é importante pois proporciona uma visão ampla sobre determinado fato. E, também, porque como o tema escolhido ainda não foi pesquisado, torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (Gil, 1995).

Já o método de estudo de caso, que considera uma unidade do universo pesquisado - uma pessoa, uma instituição, um serviço, uma empresa etc - possibilita a compreensão da generalidade do todo, ou pelo menos

o estabelecimento das condições necessárias a uma investigação posterior (Fachin, 1993; Gil, 1995). Isso justifica o grande número de variáveis do ANEXO A, o que permite uma compreensão ampla dos hospitais pesquisados.

É nesse último aspecto que se insere esta pesquisa, ou seja, embora não seja possível fazer generalizações a partir dos resultados obtidos, pode ser útil para o desenvolvimento de estudos que relacionem as fontes de financiamento à eficiência em hospitais.

2.6 Identificação dos Hospitais

Os hospitais selecionados foram identificados com as siglas:

HOSPITAL A: HA

.Natureza Jurídica: Privado Filantrópico

.Data de Fundação: 28/01/68

.Início de Funcionamento: 1975

HOSPITAL B: HB

.Natureza Jurídica: Privado Filantrópico

.Data de Fundação: 20/09/56

.Início de Funcionamento: 1967

2.7 Outros dados

Alguns dados e informações referentes a administração, edificações, instalações e equipamentos, e documentos legais, foram coletados e analisados, pois forneceram informações importantes e que subsidiaram o estudo como um todo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados e tabelas apresentados nesse capítulo embora possam parecer exaustivos, são necessários à caracterização dos hospitais pesquisados. O conhecimento da situação geral dos hospitais, tais como a forma de administração e a infraestrutura, forneceram dados importantes para uma melhor compreensão e fundamentação das relações entre as fontes de financiamento e a eficiência.

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS HOSPITAIS

3.1.1 Dados gerais dos hospitais

Quanto à documentação referente a normalização dos hospitais, ambos apresentaram estatuto, regulamento, regimento etc de acordo com as normas legais (Ministério da Saúde, 1966).

A administração não era descentralizada em ambos hospitais, ou seja, as regras estavam escritas, mas os gerentes ou diretores nos diversos níveis hierárquicos não tinham autonomia para contratar, demitir, licenciar, comprar serviços entre outros aspectos, dependendo do Diretor ou Superintendente Geral, estes últimos com poderes delegados pela diretoria.

Apenas o HA utilizava a contabilidade de custos (centros de custos) como instrumento gerencial, com dados de custo médio de

internação e de consulta médica. No HB estava em andamento um processo de levantamento de custos para favorecer a venda de serviços.

Os programas de gestão e melhoria da qualidade estavam presentes nos dois hospitais. No HB existia a Comissão de Controle da Qualidade, que fazia a revisão dos procedimentos médicos e que mantinha um programa de avaliação pelos usuários envolvendo a recepção, o setor de higiene, o serviço médico e de enfermagem, o laboratório e os exames de raio-x. Em 1994 esse programa obteve 97,0% de aprovação pelos usuários de acordo com os critérios de "ótimo" e "bom". No HA tais programas estavam presentes em áreas como a Pediatria (prêmio "amigo da criança" da UNICEF) e subsidiariamente através de avaliação de desempenho hospitalar por área.

Quanto a informatização, ambos utilizavam microcomputadores. No HB na Contabilidade, no Departamento de Recursos Humanos (folha de pagamento), Farmácia, SAME, Faturamento e Controle de Estoques. No HA na Contabilidade, no Departamento de Pessoal (folha de pagamento), Almoxarifado, Farmácia, AIC e Contas Ambulatoriais. Entretanto, nos dois casos, a utilização era precária quanto aos programas utilizados, capacidade instalada, atualização dos equipamentos e recursos humanos para operá-los. O processo de informatização estava mais avançado no HB.

Finalmente, cabe mencionar que os dois hospitais contavam com auditoria externa. No HA em todas as áreas, sendo executada pelo Ministério da Saúde, e na parte administrativa com auditoria independente

do poder público. No HB a auditoria na área administrativa e financeira era constante, e na área operacional havia uma auditoria interna. (ANEXO A)

3.1.2 Dados relativos a edificações e instalações

O estado de conservação dos hospitais foi considerado bom pelos seus dirigentes.

A área construída do HB (17.500 metros quadrados) era quase duas vezes maior do que a do HA (9.900 metros quadrados). A última ampliação e remodelação no HA foi finalizada em 1988. Já no HB os contornos atuais da construção datam de 1979.

A manutenção predial e de equipamentos médicos contava com pessoal treinado e era própria e de caráter preventivo nos dois hospitais. Ambos também possuiam aparelhagem contra incêndio de acordo com a legislação vigente. (ANEXO A)

3.1.3 Especialidades Médicas

As especialidades médicas atendidas pelos hospitais foram informadas tendo como base as 62 reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, conforme o ANEXO B (Brasil, 1994).

Os dois hospitais apresentaram 32 especialidades médicas em comum, conforme relação abaixo:

Anestesiologia	Endocrinol.Metab.	Obstetrícia
Angiologia	Endoscopia Digestiva	Oftalmologia
Cardiologia	Gastroenterologia	Ortop. e Traumatologia
Cir. de Mão	Ginecologia	Otorrinolaringologia
Cir. Geral	Hemoterapia	Patologia Clínica
Cir. Pediátrica	Infectologia	Pediatria
Cir. Plástica	Medicina Interna	Pneumologia
Cir. Toráxica	Medicina do Trabalho	Proctologia
Cir. Vascular	Nefrologia	Radiologia
Citopatologia	Neurol. Pediátrica	Urologia
Dermatologia	Neurologia	

Além dessas especialidades o HA possuia também: Eletroencefalografia, Medicina Geral e Comunitária e Psiquiatria. No HB as demais especialidades existentes eram as seguintes: Administração Hospitalar, Broncoesofagologia, Cirurgia Cardiovascular, Hematologia, Neurocirurgia, Psiquiatria, Reumatologia e Terapia Intensiva.

Porém, 20 especialidades não estavam presentes em nenhum hospital:

Alergia e Imunologia	Medicina Esportiva
Cancerologia	Medicina Legal
Cir. Cabeça e Pescoço	Medicina Nuclear
Fisiatria	Medicina Sanitária
Foniatria	Neurofisiologia Clínica

Genética Clínica	Nutrologia
Geriatria	Patologia
Hansenologia	Radioterapia
Homeopatia	Sexologia
Mastologia	Tisiologia

Considerando-se os dois hospitais observa-se que ambos trabalhavam com um número de especialidades médicas que variava de 35(HA) a 40 (HB). Isso correspondia, respectivamente a 56,5% e 64,5% das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina em 1994.

3.1.4 Atividades Desenvolvidas

Com exceção da pesquisa, existente apenas no HA, os dois hospitais atuavam na área preventiva, de ensino, terapêutica, e de realibilitação.

Na área preventiva o HB possuia "Grupos de Saúde Preventiva" para gestantes, diabéticos, planejamento familiar, epilepsia, bronquite, AVC (derrames), hipertensão arterial e doenças respiratórias. No HA, progamas preventivos ligados as atividades de educação em saúde da comunidade, notadamente quanto a hipertensão arterial, diabetes, e questões relacionadas à gestante, criança e adulto.

Quanto ao ensino propriamente dito, o HB promovia cursos de atualização, especialmente em urgências médicas. O HA contava com

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ensino de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária (desde 1980), com uma Escola de Auxiliares de Enfermagem (desde 1988) para a fomação de profissionais de nível médio, e com biblioteca, salas de aula e leitura e moradia para os estagiários.

No caso da pesquisa, o HA tinha convênios com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e com a Santa Casa de São Paulo.

Tanto no HA quanto no HB a parte terapêutica e de reabilitação correspondia ao atendimento hospitalar nas áreas básicas (Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Cirurgia) e especialidades, além da fisioterapia. O HB possuia ainda atividades ligadas à saúde ocupacional. (ANEXO A)

3.1.5 Equipamentos de Alta Tecnologia e Sistemas de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC)

O levantamento dos equipamentos existentes na área complementar de diagnóstico e terapêutica mostrou que apenas tres deles eram de alta complexidade: a endoscopia, a ultrassonografia e a ecocardiografia. O HA não possuia este último.

Quanto aos sete procedimentos de alta complexidade levantados (AIDS, Cardiovascular, Mental - Psiquiatria e Psicologia -, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, e Sangue) ambos os hospitais não tinham

Oncologia, sendo que o HA não possuia também procedimentos ligados a área cardiovascular e sangue. (ANEXO A)

3.1.6 Morbidade (Tabela 1)

De acordo com os dados da Tabela 1, verifica-se que em cinco grupos da CID 9ª. Revisão - 1975 (OMS, 1978) estavam concentradas a maior parte das patologias dos dois hospitais. Ou seja, as complicações da gravidez, parto e puerpério, as doenças dos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo e geniturinário corresponderam a 77,3% e 69,0% das patologias encontradas respectivamente no HA e no HB. Assim, com relação ao total de causas de morbidade, em termos percentuais, o HA tinha quase o dobro de casos de internação relacionados ao parto e complicações da gravidez, 47,4% contra 25,6% no HB. Por outro lado, este último apresentava um maior percentual de casos de internação quanto às doenças do aparelho circulatório (13,4%) contra (7,6%) no HA; do aparelho digestivo (11,3%) e (6,6%); do aparelho respiratório (10,5%) e (9,1%) e do aparelho geniturinário (8,2%) e (6,6%), respectivamente.

Em números absolutos as diferenças com relação a essas cinco causas foram pouco significativas, exceto quanto ao parto e complicações da gravidez que no HA apresentou valores 2,4 vezes maiores do que no HB. Note-se entretanto, que em ambos os hospitais esse mesmo grupo de causas diminuiu sua participação percentual: 50,7% para 44,6% no HA e 26,6% para 24,3% no HB, entre 1990 e 1994.

TABELA 1
CAUSAS DE MORBIDADE DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DO BOLETIM CAH 106, 1990 E 1994.

GRUPOS DE CAUSAS	HOSPITAIS/ANOS 1990 HB Nº (%)	1990 HA Nº (%)	1994 HB Nº (%)	1994 HA Nº (%)	TOTAL GERAL HB Nº (%)	HA Nº (%)
I. D.INFEC.PARASIT.	32 (1,4)	109 (4,5)	24 (1,2)	146 (4,5)	56 (1,3)	255 (4,5)
II. NEOPLASMAS	118 (5,1)	39 (1,6)	104 (5,1)	51 (1,6)	222 (5,1)	90 (1,6)
III. D.GLAND.E.M.IMUNIT.	38 (1,6)	69 (2,9)	46 (2,3)	78 (2,4)	84 (1,9)	147 (2,6)
IV. D.SANGUE ORG.HEMATOP.	10 (0,4)	17 (0,7)	3 (0,1)	20 (0,6)	13 (0,3)	37 (0,7)
V. TRANSTORNOS MENTAIS	5 (0,2)	20 (0,8)	16 (0,8)	14 (0,5)	21 (0,5)	34 (0,6)
VI. D.SIST.NERV.ORG.SENTIDOS	112 (4,8)	15 (0,6)	94 (4,6)	37 (1,2)	206 (4,7)	52 (0,9)
VII. D.AP.CIRCULATÓRIO	337 (14,6)	203 (8,4)	246 (12,1)	226 (7,0)	583 (13,4)	429 (7,6)
VIII. D.AP.RESPIRATÓRIO	237 (10,2)	269 (11,1)	219 (10,8)	246 (7,6)	456 (10,5)	515 (9,1)
IX. D.AP.DIGESTIVO	259 (11,2)	117 (4,8)	231 (11,4)	256 (7,9)	490 (11,3)	373 (6,6)
X. D.AP.GENITURINÁRIO	187 (8,1)	125 (5,2)	171 (8,4)	246 (7,6)	358 (8,2)	371 (6,6)
XI. PARTO,COMPL.GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	617 (26,6)	1.228 (50,7)	494 (24,3)	1.445 (44,8)	1.111 (25,6)	2.673 (47,4)
XII. DOENÇA PELE TEC.CEL. SUBCUTÂNEO	27 (1,2)	26 (1,1)	26 (1,3)	66 (2,1)	53 (1,2)	92 (1,6)
XIII. D.SISTEMA OSTEOM.E TEC.CONJUNTIVO	9 (0,4)	24 (1,0)	50 (2,5)	18 (0,6)	59 (1,4)	42 (0,7)
XIV. ANOMALIAS CONGÊNITAS	85 (3,7)	4 (0,2)	75 (3,7)	41 (1,3)	160 (3,7)	45 (0,8)
XV. ALGUMAS AFECÇOES PERÍODO PERINATAL	19 (0,8)	53 (2,2)	35 (1,7)	91 (2,8)	54 (1,2)	144 (2,6)
XVI. SINTOMAS,SINAIS E AFECÇOES MAL DEFINIDAS	80 (3,5)	43 (1,8)	48 (2,4)	159 (4,9)	128 (2,9)	202 (3,6)
XVII. CAUSAS EXTERNAS	144 (6,2)	57 (2,4)	146 (7,2)	83 (2,6)	290 (6,7)	140 (2,5)
TOTAL	2.316 (100,0)	2.418 (100,0)	2.028 (100,0)	3.223 (100,0)	4.344 (100,0)	5.641 (100,0)

OBS: DADOS REFERENTES AOS MESES DE JANEIRO A ABRIL DE CADA ANO.

3.1.7 COMENTÁRIOS

Quanto às características gerais dos hospitais, temos que:

a) a falta de descentralização na administração dificultava a tomada de decisões e não permitia uma maior agilidade quanto a procedimentos médicos e administrativos;

b) a não utilização da contabilidade de custos de forma significativa como um instrumento gerencial dificultava o alcance dos objetivos aos quais um centro de custo deve favorecer, como o de evitar desperdícios de materiais e esfoços improdutivos de mão-de-obra, permitir a comparação de custos com outros hospitais, conhecer o grau de eficiência e da produção, e permitir a comparação dos custos com as receitas (Fernandes, 1993);

c) a inexistência de um grau adequado de informatização das atividades hospitalares dificultava tanto a coleta como a disseminação de informações administrativas, financeiras e clínicas, com reflexos nocivos para o conhecimento do grau de eficiência dos hospitais. Entretanto, uma situação ainda pior tem sido a regra nos hospitais brasileiros. Segundo o Núcleo de Informática Biomédica da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - apenas 4,0% dos hospitais do país são informatizados, ainda assim, na parte administrativa (Revista VEJA, 1996). Esse quadro implica no desconhecimento

da interrelação entre os recursos empregados e o desempenho obtido, o que dificulta ou impede o estabelecimento de índices de eficiência e um melhor conhecimento da composição da receita, instrumentos imprescindíveis para a renovação da política de pagamento por serviços prestados, assim como para a indicação das áreas mais comumente inflacionadas dos custos (Falk, 1981);

d) os hospitais estavam normalizados, o que segundo Bittar "economiza horas de reuniões, facilita o treinamento, e agiliza supervisões, tornando o local de trabalho harmonizado e profissionalizado" (Bittar, 1997, p.46). Ambos tinham programas de gestão e melhoria da qualidade, auditoria externa e interna, e bom estado de conservação e manutenção do hospital e de seus equipamentos;

e) os hospitais apresentaram uniformidade quanto a existência de Equipamentos de Alta Tecnologia e Sistemas de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), assim como quanto às especialidades ofertadas;

f) finalmente, quanto a morbidade ambos os hospitais apresentaram as mesmas causas principais de internação com um perfil de demanda liderada por procedimentos relativos à gravidez, parto e puerpério. Isso é importante, pois geralmente o grau de complexidade de um hospital tem uma relação diretamente proporcional aos seus custos, fatores que devem ser considerados na avaliação da eficiência dessas instituições.

3.2 PRODUÇÃO

3.2.1 Indicadores de produção (Tabelas 2 a 7)

As Tabelas 2 a 7 apresentam alguns indicadores de produção nos dois hospitais pesquisados. A Tabela 2 mostra o número de pacientes-dia, a média diária de pacientes e a taxa de ocupação, de acordo com a categoria de financiamento.[6]

TABELA 2
NÚMERO DE PACIENTES-DIA, MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES E TAXA DE OCUPAÇÃO SEGUNDO A CATEGORIA DE FINANCIAMENTO, 1990 A 1994.

INDICADORES	ANOS/HOSPITAIS									
	1990		1991		1992		1993		1994	
	HA	HB	HA	HB	HA	HB	HA	HB	HA	HB
Nº DE PAC-DIA	27.892	41.217	31.328	39.462	32.071	37.499	36.371	34.113	38.987	33.754
.SETOR PÚBLICO	27.892	-	31.328	-	32.071	-	36.371	-	37.782	-
.CONV./PARTIC.	-	-	-	-	-	-	ND	-	1.205	-
MÉDIA DIÁRIA PAC.	76,4	112,9	85,8	108,1	87,6	102,5	99,6	93,5	106,8	92,5
.SETOR PÚBLICO	76,4	-	85,8	-	87,6	-	99,6	-	103,5	-
.CONV/PARTIC.	-	-	-	-	-	-	ND	-	3,3	-
TAXA OCUPAÇÃO %	67,0	88,9	66,0	85,1	67,4	80,7	66,4	73,6	71,2	72,8
.SETOR PÚBLICO	67,0	-	66,0	-	67,4	-	66,4	-	73,9	-
.CONV./PARTIC.	-	-	-	-	-	-	ND	-	33,0	-

FONTE:SAME
ND=NÃO DISPONÍVEL
CONV./PARTIC.=CONVÊNIOS E PARTICULARES
PAC-DIA=PACIENTES-DIA
PAC=PACIENTES

Com relação ao número de pacientes-dia verificamos que a partir de 1993 o HA passou a atender mais pacientes do que o HB. O HA apresentou um aumento de 39,8% contra uma queda de 18,1% no HB, no período pesquisado. O aumento de 31,6% no número de leitos no HA (de 114

[6] Paciente-dia é o período de serviço prestado a um paciente ou doente internado num dia hospitalar (entre dois censos consecutivos), o dia da alta sendo contado somente quando o paciente for admitido naquele mesmo dia (Carvalho, 1984).
A taxa de ocupação é a relação percentual entre o número de doentes ou pacientes-dia e o de leitos num determinado período . É dada pela relação: Total de doentes-dia num determinado período X 100/ Total de leitos-dias no mesmo período (Carvalho, 1984).

em 1990 para 150 em 1994) ficou abaixo do aumento do número de pacientes-dia.

Já, no HB ocorreu o contrário: queda na demanda e manutenção dos 127 leitos disponíveis.[7] A queda no número de pacientes-dia e nos demais indicadores apresentados teve uma estreita relação com a redução do número de empregados na indústria que mantém o HB no Estado de São Paulo[8].

A média diária de pacientes obviamente também seguiu essa mesma tendência nos dois hospitais.

Quanto à taxa de ocupação hospitalar, houve pouca variação. O HA apresentou um valor mínimo de 66,0% e um valor máximo de 71,2%, ou 73,9% se consideramos apenas o setor público. Como o número de pacientes-dia aumentou mais rapidamente do que o número de leitos, a taxa de ocupação também apresentou aumento no período pesquisado.

No HB a variação mínima foi de 72,8% e a máxima de 88,9%. Como o número de pacientes-dia caiu 18,1% e o número de leitos

---

[7] No HA o número de leitos passou de 114 em 1990 para 130 em 1991 e 1992 e 150 em 1993 e 1994. Desse total, 10 leitos (a partir de 1993) eram destinados a atendimentos de particulares e de convênios com empresas. O HB, por sua vez, contava com 10 leitos adicionais para os procedimentos pré-operatórios em cirurgia cardiovascular realizados no INCOR/São Paulo.

[8] O número de empregados nessa indústria caiu 19,4% entre 1991 e 1994 em São Paulo, passando de 33.917 para 27.330 empregados. No Brasil a queda foi praticamente a mesma, 19,1%, (78.001para 63.087). A produção brasileira cresceu em média 12,5% e as exportações mais 46,0% nesse mesmo período. Com isso, a capacidade instalada aumentou 7,0% em média em São Paulo, e mais 6,2% no país como um todo, entre 1992 e 1994 (ANFPC, 1992; ANFPC, 1994) Esses dados indicam que também esse setor da indústria nacional tem sentido os efeitos da maior abertura econômica do país, reflexo da globalização do capital, o que significou o uso mais intensivo de tecnologia sofisticada e poupadora de mão-de-obra.

disponíveis permaneceu o mesmo, a taxa de ocupação caiu nessa mesma proporção, no período pesquisado.

De acordo com a Portaria Nº. 3046 do Ministério da Previdência e Assistência Social, que considera 80,0% como uma taxa de ocupação desejável (D'Oleo & Fávero, 1993), pode-se concluir que em média o HB atingiu esse patamar com 80,2%, contra apenas 67,6% do HA, ou 68,1% se consideramos apenas o setor público. Entretanto, deve-se ressaltar que a partir de 1993 o HB apresentou valores referentes à taxa de ocupação abaixo desse parâmetro.

Na Tabela 3, observa-se que as internações no HA cresceram 26,8% (SUS), 31,7% (Total) e 101,5% (particulares e convênios com empresas), no período estudado. Essa última categoria de financiamento teve início em 1993, e nesse mesmo ano correspondia a apenas 0,4% do total das internações, passando a 0,9% no ano seguinte, ou seja, um aumento de 125,0%.

A distribuição das internações refletiu o nível de atendimento dos hospitais pesquisados. No HA de acordo com dados do SAME os percentuais médios quanto ao número de pacientes internados entre 1990 e 1994 foram os seguintes: Obstetrícia (43,3%), Clínica Médica - incluindo as especialidades (20,8%), Clínica Cirúrgica - incluindo Ginecologia (18,2%) e a Pediatria com (17,7%).

TABELA 3
NÚMERO DE INTERNAÇÕES SEGUNDO A CATEGORIA DE FINANCIAMENTO, 1990 A 1994.

	HOSPITAIS/TIPO DE ATENDIMENTO			
		HA		HB
ANOS	SUS	CONV/PART	TOTAL	TOTAL
1990	7.924	-	7.924	7.577
1991	8.549	-	8.549	7.453
1992	7.902	-	7.902	6.805
1993	8.896	195	9.091	6.657
1994	10.045	393	10.438	6.660
TOTAL	43.316	588	43.904	35.152

FONTE: SAME

No HB o número de internações caiu 12,1% entre 1990 e 1994. Os dados de internação por clínica não estavam disponíveis, mas, como vimos anteriormente, o HB apresentou um maior número de causas de morbidade quanto à gravidez, parto e puerpério.

O número de consultas médicas é apresentado na Tabela 4.

TABELA 4
NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS SEGUNDO A CATEGORIA DE FINANCIAMENTO, 1990 A 1994.

	HOSPITAIS/TIPO DE ATENDIMENTO			
		HA		HB
ANOS	SETOR PÚBLICO	CONV./PART.	TOTAL	TOTAL
1990	247.028	0	247.028	235.309
1991	258.426	0	258.426	242.525
1992	227.786	0	227.786	224.311
1993	302.488	1.220	303.708	222.549
1994	305.789	9.395	315.184	212.799
TOTAL	1.341.517	10.615	1.352.132	1.137.493

FONTE:SAME

O número de consultas médicas no HA cresceu 27,6% (Total), 23,8% (setor público) e 670,1% (particulares e convênios com empresas). No HB ocorreu uma queda de 9,6% no período pesquisado. Assim, a capacidade

de oferta de consultas aumentou 1,3 vezes (Total), 1,2 vezes (Setor Público) e 7,7 vezes (particulares e convênios com empresas) no HA.

A Tabelas 5 apresenta o número de cirurgias e o número de cesáreas nos dois hospitais.

O número total de cirurgias aumentou 106,5% no HA e permaneceu estável no HB, embora o número total de cirurgias fosse 3,6 vezes maior nesse último, no período pesquisado.

TABELA 5
NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS, 1990 A 1994.

	CIRURGIAS/HOSPITAIS					
	Nº DE CIRURGIAS		Nº DE CESÁREAS		TOTAL GERAL	
ANOS	HA	HB	HA	HB	HA	HB
1990	773	7.671	549	663	1.322	8.334
1991	1.557	8.246	619	617	2.176	8.863
1992	1.641	7.924	681	529	2.322	8.453
1993	2.059	6.638	795	526	2.854	7.164
1994	1.658	7.863	1.072	465	2.730	8.328
TOTAL	7.688	38.342	3.716	2.800	11.404	41.142

FONTE: SAME

Embora o número de cesáreas tenha sido maior no HA do que no HB, a taxa média de cesáreas entre 1990 e 1994, segundo dados do SAME foi de 42,8% no HB contra 25,2% no HA. Neste último, a amplitude variou de 20,9% a 29,9%, e no HB de 41,4% a 44,1%, nesse mesmo período.

Como a OMS propõe um limite de cesáreas de 10 a 15,0%, e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo de até 30,0% (Rattner,1996), apenas o HA estaria dentro dos padrões preconizados, ainda assim à nível regional.

A Tabela 6 apresenta o número de atendimentos ambulatoriais e de pronto atendimento. O total de atendimentos ambulatoriais cresceu 41,1% no HA e correspondeu quase que exclusivamente ao setor público sendo que a capacidade de atendimento aumentou 1,4 vezes no período pesquisado. O HB, ao contrário, apresentou uma queda de 4,5% nesse tipo de atendimento.

TABELA 6
NÚMERO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A CATEGORIA DE FINANCIAMENTO, 1990 A 1994.

	ATENDIMENTO AMBULATORIAL HOSPITAIS/TIPO DE ATENDIMENTO				PRONTO ATENDIMENTO HOSPITAIS/TIPO DE ATENDIMENTO			
ANOS	HA			HB	HA			HB
	PÚBLICO	CONV/PART.	TOTAL	TOTAL	PÚBLICO	CONV/PART.	TOTAL	TOTAL
1990	32.682	-	32.682	311.422	81.216	-	81.216	11.266
1991	37.511	-	37.511	331.913	80.266	-	80.266	10.098
1992	40.422	-	40.422	318.013	63.035	-	63.035	9.686
1993	44.691	ND	44.691	310.161	95.386	ND	95.386	9.491
1994	41.758	4.368	46.126	297.547	85.598	5.027	90.625	9.684
TOTAL	197.064	4.368	201.432	1.569.056	405.501	5.027	410.528	50.225

FONTE: SAME
ND=NÃO DISPONÍVEL

O pronto atendimento no HB caiu 14,0% e aumentou 11,6% no HA, entre 1990 e 1994. No HA a capacidade de atendimento aumentou 1,1 vezes. Cabe mencionar que em termos absolutos o número de pronto atendimento sempre foi maior no HA. Isso pode ser explicado, pelo tipo de clientela atendida (SUS), e pelo fato de que parte dos pacientes por não terem acompanhamento à nível ambulatorial procuram o hospital quando sua doença já se agravou.

Finalmente, a Tabela 7 apresenta o número e tipo de exame realizado. Ambos os hospitais apresentaram crescimento no número de exames laboratoriais e de imagem: 98,6% e 134,1% no HA e 1,8% e 12,9% no

HB, respectivamente, entre 1990 e 1994. Quanto ao exame de endoscopia o HB apresentou queda de 39,8% e o HA um aumento de 9,3%. Em termos gerais, o número de exames realizados aumentou 108,2% no HA (95.519 em 1990 para 198.914 em 1994) e 3,0% no HB (410.575 em 1990 para 422.923 em 1994), no período pesquisado.

TABELA 7
NÚMERO E TIPO DE EXAME REALIZADO, 1990 A 1994.

	LABORATÓRIO		IMAGEM		ENDOSCOPIA	
ANOS	HA	HB	HA	HB	HA	HB
1990	73.639	355.087	21.880	53.089	_	2.399
1991	97.579	367.814	26.375	56.360	_	2.320
1992	108.052	390.914	32.305	56.702	_	2.159
1993	97.845	360.035	39.766	57.331	1.337	1.432
1994	146.239*	361.548	51.214**	59.931	1.461***	1.444
TOTAL	523.354	1.835.398	171.540	283.413	2.798	9.754

FONTE: SAME
OBS: O NÚMERO DE EXAMES RELATIVOS A PACIENTES PARTICULARES E DE CONVÊNIO COM EMPRESAS NO HA EM 1993 NÃO ESTAVAM DISPONÍVEIS
*INCLUI 2.293 EXAMES DE PACIENTES PARTICULARES E DE CONVÊNIOS COM EMPRESAS
**INCLUI 2.636 EXAMES DE PACIENTES PARTICULARES E DE CONVÊNIOS COM EMPRESAS
*** INCLUI 44 EXAMES DE PACIENTES PARTICULARES E DE CONVÊNIOS COM EMPRESAS

3.2.2 COMENTÁRIOS

O aumento da produção no HA e da queda no HB (exceto quanto aos exames laboratoriais e de imagem) deve-se principalmente ao tipo de clientela atendida pelos hospitais. No HA o atendimento era quase que exclusivo de pacientes do SUS -"população aberta", cuja demanda apresentou um crescimento contínuo. No HB a maior parte da demanda referia-se a uma "população fechada" - os funcionários (e dependentes) da indústria mantenedora no Estado de São Paulo. A redução no número de trabalhadores dessa indústria contribuiu fortemente para a queda dos referidos indicadores.

Um aspecto importante do tipo de clientela atendida pelos hospitais e que tem uma estreita ligação com a fonte principal de financiamento de cada instituição pode ser verificado quando consideramos a relação entre o número de pacientes atendidos em ambulatório e o número de pacientes internados. Como aponta Martinelli, o número de internações depende não apenas da capacidade dos hospitais, mas também da possibilidade de seleção da clientela e de sua vinculação a um serviço de ambulatório (Martinelli, 1993).

Essa relação apresentou um valor médio de 21,8% no HA e de 2,2% no HB, no período pesquisado. Isso sugere que a clientela do HB, em comparação com o HA tivesse um maior grau de vinculação ao ambulatório e um maior grau de seletividade quanto as internações, permitindo a realização de exames e/ou tratamento hospitalar de um modo mais conveniente. O HA pela própria característica de sua clientela apresentou uma maior dificuldade em acompanhar os casos clínicos a partir da assistência ambulatorial e evitar que parte desses casos tivessem necessidade de internação.[9]

Considerando-se que um aumento na eficiência hospitalar passa necessariamente por um aumento relativo na oferta de cuidados ambulatoriais (Mendes, 1996) o HA esteve mais longe desse objetivo do que o HB.

---

[9] Deve-se considerar as deficiências do sistema de atenção primária e a "cultura hospitalocêntrica" no país, a despeito dos avanços e esforços contidos nas prerrogativas do SUS.

Outra questão importante refere-se a capacidade de produção das duas instituições. No HA o crescimento do número de leitos (31,6%) foi praticamente igual ao das internações (31,7%) e um pouco abaixo ao do de pacientes-dia (39,8%), embora a taxa de ocupação apresentasse um valor médio de apenas 67,6% no período pesquisado. Isso sugere que havia espaço para um maior crescimento. O número de cirurgias e de exames mais do que dobraram e o número de consultas médicas e de pronto atendimento embora em níveis mais modestos também cresceram, o que significou uma grande elasticidade da demanda e da capacidade de atendimento da instituição. Note-se que a partir de 1993 a clientela particular e de convênio com empresas médicas, embora ainda muito pequena, estava aumentando muito mais rapidamente do que no setor público, notadamente quanto às internações e consultas médicas.

No HB a queda no número de internações (12,1%), de pacientes-dia (18,1%) e da taxa de ocupação aliado a manutenção do número de leitos mostrou que houve um maior grau de ociosidade quanto a utilização de leitos hospitalares. Por outro lado, a estabilização no número de cirurgias, o crescimento de 3,0% no número de exames, e a queda no número de consultas médicas (9,6%) e do pronto atendimento (14,0%), estava de acordo com a queda geral da produção.

3.3 RECURSOS HUMANOS

3.3.1 Recursos Humanos por Área (Tabela 8)

A distribuição dos recursos humanos nas diversas áreas dos hospitais pesquisados apresentou uma relativa uniformidade.

A área de enfermagem detinha em média o maior número de funcionários em ambos os hospitais: 44,5% no HA e 34,7% no HB. Na área administrativa esses valores eram de 31,1% e 32,7%; na área técnico-auxiliar de 12,7% e 13,6%, e na área médica de 11,7% e 19,0%, respectivamente.

TABELA 8
NÚMERO E PERCENTUAL DE FUNCIONÁRIOS POR ÁREA, 1990 A 1994.

	ÁREAS/HOSPITAIS																		
	MÉDICA				ADMINISTRAÇÃO				ENFERMAGEM				TÉCNICO AUXILIAR				TOTAL		
ANOS	HA	%	HB	%	HA	%	HB	%	HA	%	HB	%	HA	%	HB	%	HA	HB	%
1990	57	12,8	109	18,0	150	33,6	213	35,2	200	44,8	199	32,8	39	8,8	85	14,0	446	606	100,0
1991	51	12,2	119	18,5	148	35,4	213	33,3	188	45,0	220	34,4	31	7,4	88	13,8	418	640	100,0
1992	57	12,0	124	18,8	150	31,5	222	33,6	214	44,8	226	34,2	56	11,7	88	13,4	477	660	100,0
1993	58	11,7	126	19,0	148	29,8	219	32,9	223	44,8	231	34,7	68	13,7	89	13,4	497	665	100,0
1994	59	10,2	121	20,6	155	26,8	167	28,4	251	43,4	219	37,2	113	19,6	81	13,8	578	588	100,0
TOTAL	282	11,7	599	19.0	751	31,1	1.034	32,7	1.076	44,5	1.095	34,7	307	12,7	431	13,6	2.416	3.159	100,0

FONTE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Quanto ao crescimento no número de funcionários, o HA os apresentou em todas as áreas e o HB apenas na área médica e de enfermagem. Na área médica o crescimento foi de 3,5% no HA e de 11,0% no HB; na área administrativa de 3,3% e -21,6%; na de enfermagem de 25,5% e 10,0% e na técnico-auxiliar de 189,7% e -4,7%, respectivamente.

No computo geral o número de funcionários aumentou 29,6% no HA e caiu 3,0% no HB, no período estudado.

3.3.2 Recursos Humanos por Nível (Tabela 9).

Os dois hospitais apresentaram aumento na proporção de funcionários de nível superior e médio.

Quanto ao nível de apoio, segundo Ibañez (1989), existe uma grande variabilidade, podendo flutuar em torno de 50 a 60% com relação aos outros níveis. Os dois hospitais pesquisados estavam em média abaixo desse parâmetro: 40,1% no HA e 49,6% no HB.

TABELA 9
NÚMERO E PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS POR NÍVEL, 1990 A 1994.

ANOS	NÍVEL/HOSPITAIS															
	SUPERIOR				MÉDIO				APOIO				TOTAL			
	HA	%	HB	%	HA	%	HB	%	HA	%	HB	%	HA	%	HB	%
1990	96	21,5	172	28,4	163	36,5	95	15,7	187	42,0	339	55,9	446	100,0	606	100,0
1991	98	23,4	193	30,2	142	34,0	109	17,0	178	42,6	338	52,8	418	100,0	640	100,0
1992	110	23,1	202	30,6	174	36,5	126	19,1	193	40,4	332	50,3	477	100,0	660	100,0
1993	123	24,8	209	31,4	187	37,6	143	21,5	187	37,6	313	47,1	497	100,0	665	100,0
1994	137	23,7	198	33,7	218	37,7	144	24,5	223	38,6	246	41,8	578	100,0	588	100,0
TOTAL	564	23,3	974	30,8	884	36,6	617	19,6	968	40,1	1.568	49,6	2.416	100,0	3.159	100,0

FONTE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Em números absolutos apenas o HB apresentou queda no nível de apoio (27,4%). Todos os demais níveis apresentaram aumento, sendo que os mais relevantes foram de 42,7% no no nível superior no HA e de 51,6% no nível médio no HB, no período pesquisado.

A ênfase em novas tecnologias que absorvem cada vez mais mão-de-obra qualificada tem elevado o número de pessoal de nível superior nos hospitais. Além disso, as políticas de reaproveitamento interno de funcionários nos dois hospitais, tem possibilitado a ascenção funcional, principalmente nas áreas administrativa e de enfermagem (ANEXO A). Isso colaborou também para o aumento no número de profissionais de nível médio.

3.3.3 Área Médica e de Enfermagem (Tabela 10)

Quanto a área médica, o corpo clínico dos hospitais pesquisados não apresentou grandes variações. Em ambos era fechado, ou seja, apesar de possuirem corpo clínico próprio os hospitais não permitiam que outros médicos utilizassem suas instalações para prestar atenção médica a seus pacientes.

No HA os médicos eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), havendo um pequeno número com contratos terceirizados. No HB havia médicos contratados assalariados e mais recentemente (1994) alguns autonômos eventualmente contratados para o período de férias.

A carga horária desenvolvida pelos médicos era semelhante nos dois hospitais. No HB havia uma jornada de 120 horas por mês e plantão de 12 ou 24 horas semanais. No HA havia uma jornada de 240 horas e 120 horas mensais e plantões de 12 ou 24 horas semanais.

Na área de enfermagem,de acordo com dados do Departamento de Recursos Humanos, entre 1990 e 1994, em média, 9,9% dos profissionais de enfermagem no HA eram enfermeiros, no HB esse valor correspondia a 17,4%. A amplitude amostral variou de um limite inferior de 7,5% a um limite superior de 12,6% no HA. No HB esses valores foram de 16,4% e 19,1%, respectivamente.

Esses dados mostram que o HB contava com uma maior qualificação dos profissionais de enfermagem do que o HA.

Bittar (1994) em um estudo com oito hospitais gerais paulistas, encontrou um valor médio de 19,3% de enfermeiros, sendo que a amplitude amostral variou de um nível inferior de 14,2% a um nível superior de 26,2%.

Quanto ao número de enfermeiros e profissionais de enfermagem por leito, a Organização Pan-Americana de Saúde -OPS- preconiza para a área hospitalar no Brasil, um valor mínimo desejável de 18,18 enfermeiros para 100 leitos e de 33 profissionais de enfermagem para 100 leitos (Lana et al., 1993). Ou seja, valores de 0,18 e 0,33, respectivamente.

De acordo com esses critérios, e considerando-se o número relativo de leitos em cada instituição, ambos os hospitais estavam fora dos parâmetros da OPS no que se refere ao número de enfermeiros e de profissionais de enfermagem por leito.

TABELA 10
NÚMERO DE ENFERMEIROS E DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR LEITO, 1990 A 1994.

ANOS	PROFISSIONAIS/LEITOS/HOSPITAIS NÚMERO DE ENFERMEIROS/LEITO		NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM/LEITO	
	HA	HB	HA	HB
1990	0,13	0,30	1,75	1,57
1991	0,14	0,31	1,45	1,73
1992	0,19	0,31	1,65	1,78
1993	0,19	0,30	1,49	1,82
1994	0,14	0,28	1,67	1,72
MÉDIA	0,16	0,30	1,60	1,72

FONTE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

No que se refere a carga horária de trabalho dos profissionais de enfermagem, as jornadas eram as seguintes: 240 horas mensais ou turnos de 12 por 36 horas semanais no HA, e 180 horas mensais com turnos de 12 por 36 horas semanais à noite no HB (ANEXO A).

3.3.4 Serviços de Terceiros

A terceirização é definida como um processo de transferência dentro da firma, de funções que podem ser executadas por outras empresas (Brasil,1993).

Spencer (1980) alerta para o fato de que os serviços terceirizados nos hospitais, devem ser comparados com as normas da indústria, no sentido de serem competitivos e de boa qualidade. E que só devem ser terceirizados quando o próprio hospital não pode executar tais tarefas de uma maneira eficaz.

O processo de terceirização em ambos os hospitais era incipiente e contemplava em sua maior parte as áreas mais comumente terceirizadas no setor hospitalar. No HA abrangia as seguintes sub-áreas: segurança, anestesia, endoscopia, otorrinolaringologia, ultrassonografia, oftalmologia e urologia. No HB, a limpeza, o laboratório clínico, a anatomia patológica, o banco de sangue, a segurança, a neurocirurgia e a imagem (ANEXO A).

Devido a falta de dados mais precisos e pelo fato de que a terceirização era relativamente recente nos dois hospitais, com relação ao período estudado, nenhuma conclusão poderá ser feita quanto à maior produtividade desses serviços. Entretanto, tais informações indicam que os hospitais seguiam a tendência econômica geral de terceirizar alguns de seus setores, inclusive parte de seu processo produtivo.

3.3.5 Rotatividade de Mão-de-Obra (Tabela 11)

Esse indicador considera a relação entre o número de funcionários admitidos e demitidos anualmente em cada hospital

Como aponta Costenaro et al. (1987), existe uma rotatividade vegetativa no hospital expressa em um pequeno número de entradas e saídas de recursos humanos. Quando esses valores superam esse caráter vegetativo, existe um problema administrativo (e/ou financeiro) que deve ser investigado.

Ainda segundo Costenaro et al. (1987), um estudo da OMS, propõe como admissível, valores entre 2,4% e 2,5% para rotação de pessoal.

Bittar (1994), em estudo já citado, encontrou valores entre 0,8% e 3,3%, sendo que este último dado referia-se a um hospital privado. Nesta pesquisa, esses valores variaram de 1,2% a 2,5% no HB e de 13,6% a 42,7% no HA, no período pesquisado.

TABELA 11
ROTATIVIDADE DE MÃO-DE-OBRA , 1990 A 1994.

	HOSPITAIS/ROTATIVIDADE DE MÃO-DE-OBRA (EM %)	
ANOS	HA	HB
1990	38,4	1,9
1991	42,7	1,8
1992	30,7	1,2
1993	25,1	1,2
1994	13,6	2,5

FONTE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.

De acordo com os parâmetros preconizados pela OMS, apenas o HB estava dentro dos critérios desejáveis de rotação de mão-de-obra. Quanto ao HA, os valores eram extremamente altos, embora em queda desde 1992.

Segundo Ibañez (1989) existiriam dois fatores básicos para tal ocorrência: 1) a competitividade salarial em termos de mercado, e 2) a especificidade do trabalho em saúde que exige dedicação e contato com problemas e responsabilidades, principalmente no hospital. Esses fatores

provavelmente estariam atuando no HA, dado que os valores médios foram de 30,1% contra 1,7% no HB entre 1990 e 1994.

Uma rotatividade de mão-de-obra tão alta quanto a do HA pode acarretar prejuízos financeiros e operacionais com gastos constantes com recrutamento, contratação, treinamento e demissão de pessoal, além da dificuldade em manter equipes de saúde no hospital, da perda de produção durante a recolocação de funcionários e da queda da eficiência, qualidade e produtividade dos serviços oferecidos.

3.3.6 COMENTÁRIOS

O aumento do número de pessoal no HA de 29,6% e o decréscimo de 3,0% no HB estava de acordo com o nível de produção dos dois hospitais.

Um modo de avaliar os recursos humanos ligados diretamente à produção é o de considerar a variação da produção por médico em cada instituição. A Tabela 12 abaixo, ilustra essa situação para os anos de 1990 e 1994.

TABELA 12
PRODUÇÃO POR MÉDICO, 1990 E 1994.

DISCRIMINAÇÃO	ANOS/HOSPITAIS					
	1990	1990	1994	1994	1994/1990 (%)	
	HA	HB	HA	HB	HA	HB
CONSULTAS/MÉDICO	4.334	2.159	5.342	1.759	23,3	-18,5
PACIENTE-DIA/MÉDICO	489	378	661	279	35,2	-26,2
CIRURGIA/MÉDICO	23	76	46	69	100,0	- 9,2
ATENDIMENTO AMBULATORIAL/MÉDICO	573	2.857	782	2.459	36,5	-13,9
PRONTO ATENDIMENTO/MÉDICO	1.425	103	1.536	80	7,8	-22,3
EXAMES/MÉDICO	1.676	3.767	3.371	3.495	101,1	- 7,2

FONTE: SAME E DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Verifica-se que no HB a produção por médico caiu com relação a todos os indicadores pesquisados. Entretanto, o número de médicos aumentou 11,0%, passando de 109 para 121 médicos entre 1990 e 1994. Isso é corroborado pelo aumento de 15,1% no número de pessoal com nível superior e de 10,5% no número de médicos por leito (0,86 em 1990 para 0,95 em 1994) nesse mesmo período. O mesmo ocorreu com o número de profissionais de enfermagem por leito com um aumento de 9,5%. Isso significou que o HB atendeu um menor número de pacientes com um maior número de médicos e de profissionais de enfermagem e com a mesma capacidade de leitos existente. Por outro lado, houve uma redução considerável no número de funcionários da área administrativa (21,6%) e em menor escala da área técnico auxiliar (4,7%).

No HA ocorreu uma situação diferente. A produção por médico apresentou crescimento em todos os indicadores pesquisados. Já o número de médicos aumentou apenas 3,5% (de 57 para 59) e o número de médicos por leito caiu 22,0%, passando de 0,50 para 0,39. O mesmo ocorreu com o número de profissionais de enfermagem/leito, com queda de 4,6%. Assim, o HA atendeu um maior volume de pacientes com um menor número de médicos e de profissionais de enfermagem por leito, mesmo considerando-se o aumento de 31,6% na oferta de leitos. Como fator negativo o HA apresentou um alto índice de rotatividade de mão-de-obra.

Os dados acima sugerem que de uma forma geral o HA apresentou uma melhor adequação dos recursos humanos envolvidos diretamente com o processo produtivo. [10]

[10] Deve ficar claro que não estamos considerando os aspectos relativos à qualidade dos serviços oferecidos pelos dois hospitais.

3.4 INDICADORES DE GASTOS

3.4.1 Gastos médios de pacientes-dia, de internação e consulta médica (Tabelas 13 a 15)

Embora a implantação de um sistema de custos hospitalares no Brasil tenha sua regulamentação na Portaria de 4/5/70 do CIP (D.O.U. de 18/5/70) e na resolução de 13/1/71 (D.O.U. de 2/4/71) (Esteves, 1992), e tanto o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 1985) como entidades privadas (Matos, 1993) tenham elaborado manuais de custos hospitalares, muito pouco tem sido feito no sentido de prover os hospitais com um sistema adequado de contabilidade de custos. Isso dificulta a obtenção de uma classificação dos custos hospitalares assim como de dados referentes aos custos de procedimentos médicos e reembolso dos serviços prestados, aspectos cruciais para o gerenciamento e planejamento, para a identificação de estratégias de controle ou contenção desses custos e para a eficiência na alocação de recursos para os hospitais.

Existem poucos estudos e escassa metodologia para medir os custos com assistência à saúde no Brasil como em outros países. Os dados existentes referem-se aos custos de transferências governamentais para os hospitais, porém custos mais detalhados como por exemplo de um exame diagnóstico, são praticamente inexistentes. Além disso, as poucas tentativas de elaboração de estudos dessa natureza, tanto em hospitais públicos quanto em hospitais privados, não podem ser comparados devido à falta de padronização da

metodologia utilizada. A única exceção são os Estados Unidos que possuem um sistema de custos confiável e amplo (Banco Mundial, 1995).

Na falta de um sistema de custos hospitalares, utilizamos o critério sugerido pelo Banco Mundial (1995), fazendo a divisão das despesas totais nos dos hospitais pelo número de pacientes-dia, internações e consultas médicas, obtendo assim uma estimativa aproximada do gasto médio de cada uma dessas categorias.[11] A Tabela 13 abaixo apresenta esses dados para os dois hospitais pesquisados.

TABELA 13
GASTO MÉDIO COM PACIENTE-DIA, INTERNAÇÃO E CONSULTA MÉDICA, 1990 A 1994*.

ANOS	GASTO MÉDIO/HOSPITAIS					
	PACIENTE-DIA		INTERNAÇÃO		CONSULTA	
	HA**	HB	HA**	HB	HA**	HB
1990	148,24	399,14	521,82	2.171,22	16,73	69,92
1991	116,68	351,10	427,60,	1.859,02	14,14	57,13
1992	119,11	384,10	483,44	2.116,56	16,77	64,21
1993	145,84	439,76	596,25	2.253,48	17,54	67,40
1994	221,77	497,25	834,14	2.520,12	27,39	78,87

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO.
*DÓLAR MÉDIO DO ANO(DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).
**PACIENTES DO SETOR PÚBLICO

Podemos, verificar que esses gastos foram maiores no HB em todas as categorias e em todos os anos pesquisados.

Outro aspecto importante é que apesar dos valores absolutos terem sido mais altos no HB, foi o HA que apresentou um maior crescimento desses gastos. O gasto médio com paciente-dia cresceu 49,6% no HA e 24,6% no HB, quanto a internação os valores foram de 59,8% e 16,1%, e

[11] Embora o Banco Mundial considere "gasto" e "custo"como termos intercambiáveis, preferimos manter a primeira designação que nos parece mais correta quando utilizamos esse tipo de metodologia.

quanto a consulta médica de 63,7% e 12,8%, respectivamente, no período pesquisado.

Uma outra forma de situar a magnitude desses valores para as instituições seguiu o mesmo raciocínio anterior. Foi feita a divisão das receitas totais pelo número de pacientes-dia, internação e consulta médica. A Tabela 14 ilustra essa situação.

TABELA 14
RECEITA MÉDIA COM PACIENTE-DIA, INTERNAÇÃO E CONSULTA MÉDICA, 1990 A 1994*.

ANOS	RECEITA MÉDIA/HOSPITAIS					
	PACIENTE-DIA		INTERNAÇÃO		CONSULTA	
	HA**	HB	HA**	HB	HA**	HB
1990	152,89	509,71	538,15	2.772,69	17,26	89,28
1991	100,26	519,46	367,41	2.750,42	12,16	84,53
1992	110,40	595,88	448,07	3.283,65	15,54	99,62
1993	107,82	692,98	440,82	3.551,08	12,96	106,22
1994	208,35	609,42	783,67	3.088,63	25,74	96,66

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO.
*DÓLAR MÉDIO DO ANO(DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).
**PACIENTES DO SETOR PÚBLICO

As receitas com esse tipo de atendimento sempre foram maiores no HB, mas cresceram mais rapidamente no HA. O aumento da receita com paciente-dia foi de 36,3% no HA contra 19,6% no HB, quanto a internação de 45,6% e 11,4% e quanto a consulta médica de 49,1% e 8,3%, respectivamente, no período pesquisado.

Já, as diferenças entre os valores recebidos e os gastos efetuados sempre foram positivas no HB e negativas no HA (com exceção do ano de 1990). Esses dados são apresentados na Tabela 15.

TABELA 15
DIFERENÇA ENTRE OS VALORES RECEBIDOS E OS GASTOS COM PACIENTE-DIA, INTERNAÇÃO E CONSULTA MÉDICA, 1990 A 1994*.

ANOS	PACIENTE-DIA		INTERNAÇÃO		CONSULTA	
	HA**	HB	HA**	HB	HA**	HB
1990	+4,65	+110,57	+16,33	+601,47	+0,53	+19,36
1991	-16,42	+168,36	-60,19	+891,40	-1,98	+27,40
1992	-8,71	+211,78	-35,37	+1.167,09	-1,23	+35,41
1993	-38,02	+253,22	-155,43	+1.297,60	-4,58	+38,82
1994	-13,42	+112,17	-50,47	+568,51	-1,65	+17,79

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO.
*DÓLAR MÉDIO DO ANO(DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).
**PACIENTES DO SETOR PÚBLICO

Considerando-se a tendência da evolução do crescimento médio desses indicadores, e de acordo com os dados anteriores, verificamos que o ritmo de crescimento dos gastos sempre foi maior do que o dos respectivos valores recebidos. No HA essa defasagem sempre foi maior do que no HB. Assim, no período pesquisado, o crescimento médio dos gastos e receitas com paciente-dia foram de 49,6% e 36,3% no HA com uma diferença negativa de 13,3%, no HB de 24,6% e 19,6%, diferença negativa de 5,0%; quanto a internação de 59,8% e 45,6% (-14,2%) no HA, e de 16,1% e de 11,4% (-4,7%) no HB e, quanto a consulta médica de 63,7% e 49,1% (-14,6%) no HA e de 12,8% e 8,3% (-4,5%) no HB, respectivamente.

Ainda com relação ao HA, e de acordo com os dados disponíveis, foi possível também calcular a receita média de internações com pacientes do SUS - através da AIH -, e para os pacientes de convênio com empresas e particulares. Para isso foi feita a divisão das receitas auferidas pelo número de internações ocorridas, segundo dados da Demonstração de Resultados dos hospitais. Considerou-se apenas os anos de 1993 e 1994, já que essa última modalidade de atendimento era ainda recente. Como já referido,

todos os valores monetários foram transformados em dólar médio do ano (dólar comercial - preço de venda do último dia do mês).

Assim, a receita média por internação através da AIH foi de US$ 117,61 em 1993, e US$ 305,67 em 1994. Quanto a convênio com empresas e particulares a receita média de internação foi de US$ 407,48 em 1993 e US$ 1.083,55 em 1994.

Comparando-se essas duas modalidades nota-se que os valores recebidos por internação através do SUS, em média, sempre foram menores do que os valores recebidos com convênios e pacientes particulares. Isso significou um maior aporte de recursos financeiros do que o que seria conseguido com o SUS.

No HB se consideramos apenas as receitas auferidas diretamente com a venda de serviços médicos (segundo dados do balanço financeiro) pelo número de pacientes-dia, internação e consulta médica verificamos que os valores médios encontrados foram os seguintes: pacientes-dia (US$ 23,96), internação (US$ 126,13) e consulta médica (US$ 3,92). Como podemos perceber esses valores são mais baixos do que quando consideramos as receitas totais da instituição. Isso significou que o HB necessitou amplamente da contribuição de seus associados para fazer face ao pagamento desse tipo de atendimento.

3.4.2 Investimento e Custeio

A especificação de cada um dos componentes das despesas de investimento e custeio dos hospitais está descrita na parte referente ao Material e Método.

As Tabelas 16 e 17 apresentam o padrão geral de investimento e custeio anuais dos dois hospitais pesquisados.

TABELA 16
DESPESAS DE INVESTIMENTO E CUSTEIO DO HB, 1990 A 1994*

DISCRIMINAÇÃO	ANOS									
	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%
I. INVESTIMENTOS	217.554	1,8	631.921	6,1	230.426	2,3	118.020	1,1	320.378	2,7
1.IMÓVEIS	12.086	0,1	20.719	0,2	40.074	0,4	-	0,0	-	0,0
2.VEÍCULOS			10.359	0,1						
3.EQUIPAMENTOS	181.295	1,5	238.266	2,3	130.241	1,3	85.833	0,8	130.524	1,1
4.IMOBILIZADO EM ANDAMENTO	24.173	0,2	362.577	3,5	60.111	0,6	32.187	0,3	189.854	1,6
II. CUSTEIO	11.868.812	98,2	9.727.435	93,9	9.788.105	97,7	10.611.094	98,9	11.545.459	97,3
1.PESSOAL	9.463.625	78,3	7.842.032	75,7	8.004.807	79,9	9.033.914	84,2	9.385.877	79,1
2.INSUMOS	2.211.805	18,3	1.812.887	17,5	1.572.909	15,7	1.319.681	12,3	1.779.875	15,0
3.DESPESA FINANC.	193.383	1,6	72.516	0,7	210.389	2,1	257.499	2,4	379.707	3,2
III. TOTAL	12.086.367	100,0	10.359.356	100,0	10.018.531	100,0	10.729.114	100,0	11.865.837	100,0

FONTE: SETOR DE CONTABILIDADE
*DÓLAR MÉDIO DO ANO (DÓLAR COMERCIAL - PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).

TABELA 17
DESPESAS DE INVESTIMENTO E CUSTEIO DO HA, 1990 A 1994*

DISCRIMINAÇÃO	ANOS									
	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%
I. INVESTIMENTOS	133.138	3,4	3.360	0,1	37.907	1,1	34.121	0,7	14.656	0,2
1.IMÓVEIS	23.495	0,6	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
2.VEÍCULOS	66.569	1,7	-	0,0	-	0,0	4.875	0,1	-	0,0
3.EQUIPAMENTOS	43.074	1,1	3.360	0,1	37.907	1,1	29.246	0,6	14.656	0,2
II. CUSTEIO	3.782.697	96,6	3.357.230	99,9	3.408.174	98,9	4.840.279	99,3	7.313.476	99,8
1.PESSOAL	2.784.159	71,1	2.510.361	74,7	2.443.271	70,9	3.504.694	71,9	5.180.989.	70,7
2.INSUMOS	689.187	17,6	608.267	18,1	723.677	21,0	887.141	18,2	1.773.408	24,2
3.DESPESA FINANC.	309.351	7,9	238.602	7,1	241.226	7,0	448.444	9,2	359.079	4,9
III. TOTAL	3.915.835	100,0	3.360.590	100,0	3.446.081	100,0	4.874.400	100,0	7.328.132	100,0

FONTE: SETOR DE CONTABILIDADE
*DÓLAR MÉDIO DO ANO (DÓLAR COMERCIAL - PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).

Nota-se que o HB apresentou, em valores monetários, um volume maior de investimento e custeio do que o HA. Quanto à distribuição percentual dos investimentos efetuados os valores eram muito baixos quando relacionados ao volume total de despesas. Porém, o HB apresentou em média um poder de investimento maior do que o HA. Cabe assinalar que parte da evolução dos investimentos no HA deveu-se à amortização do imobilizado em andamento.

No item custeio a relação percentual e a evolução das categorias de pessoal, insumos e despesa financeira apresentou as seguintes características:

1) homogeneidade quanto às despesas de custeio em geral com 97,2% no HB e 98,9% no HA em média, e crescimento de 93,3% no HA e queda de 2,7% no HB, nesse mesmo período;

2) homogeneidade quanto aos gastos médios com custeio de pessoal: 79,4% no HB e 71,9% no HA. A categoria pessoal cresceu 86,1% no HA e caiu 0,8% no HB. Esses dados refletiram tanto a já mencionada situação econômica conjuntural do país, quanto mudanças na demanda por atendimento nos hospitais;

3) os gastos com insumos - consumo de materiais e medicamentos - como porcentagem do total, foram maiores, em média, no HA com 19,8% do que no HB com 15,8%. Essa categoria também refletiu essa situação com queda real de 19,5% no HB e aumento de 157,3% no HA, no período pesquisado;

4) finalmente, quanto à despesa financeira, a diferença entre os hospitais era marcante. Enquanto o HB gastava em média 2,0% com essas despesas como percentual do total de investimento e custeio, no HA esse valor alcançava em média 7,2%. O aumento real no período pesquidado foi maior no HB do que no HA, 96,3% contra 16,1%, respectivamente. Porém, no HA, as despesas financeiras como percentagem do total foram maiores. Note-se que a conjuntura econômica nesse período era de hiperinflação.[12]

---

[12] A inflação no país medida pelo IGP-DI da Fundação Getúlio Vargas (FGV) foi de 1.476,6% em 1990; 480,2% em 1991; 1.158,0% em 1992; 2.708,2% em 1993, e 1.093,9% em 1994.

3.4.3 Gastos com Folha de Pagamento (Tabelas 18 e 19)

Considerando-se apenas os gastos com ordenados e salários verificamos que o HA consagrava um maior percentual médio de sua folha de pagamento para essa categoria do que o HB: 66,7% contra 57,5%, respectivamente.

TABELA 18
GASTOS COM PESSOAL PRÓPRIO - FOLHA DE PAGAMENTO, ENCARGOS TRABALHISTAS E BENEFÍCIOS - NO HA, 1990 A 1994.*

FOLHA DE PAGAMENTO	ANOS				
	1990 (%)	1991 (%)	1992 (%)	1993 (%)	1994 (%)
GASTOS (1)	2.240.133 (80,5)	2.135.237 (85,1)	1.819.014 (74,4)	2.658.094 (75,8)	3.779.757 (72,9)
ORDENADOS E SALÁRIOS	1.881.155 (67,6)	1.819.092 (72,5)	1.576.967 (64,5)	2.195.207 (62,6)	3.437.557 (66,3)
ENCARGOS (2)	384.023 (13,8)	273.491 (10,9)	440.084 (18,0)	592.636 (16,9)	995.491 (19,2)
BENEFÍCIOS (3)	158.618 (5,7)	100.364 (4,0)	185.813 (7,6)	255.991 (7,3)	409.604 (7,9)
TOTAL(1+2+3)	2.782.774 (100,0)	2.509.092 (100,0)	2.444.911 (100,0)	3.506.721 (100,0)	5.184.852 (100,0)

FONTE: BALANCETE DE VERIFICAÇÃO.
*DÓLAR MÉDIO DO ANO(DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS)

Quanto à evolução real, o HA apresentou um crescimento de 82,7% nos gastos com ordenados e salários contra uma redução de 3,0% no HA, no período pesquisado. Já os gastos totais com folha de pagamento cresceram 86,3% no HA e cairam 0,8% no HB, nesse mesmo período.

TABELA 19
GASTOS COM PESSOAL PRÓPRIO - FOLHA DE PAGAMENTO, ENCARGOS TRABALHISTAS E BENEFÍCIOS - NO HB, 1990 A 1994.*

FOLHA DE PAGAMENTO	1990 (%)	1991 (%)	ANOS 1992 (%)	1993 (%)	1994 (%)
GASTOS (1)	8.034.426 (84,9)	6.553.711 (83,6)	6.928.279 (86,6)	7.863.013 (87,0)	7.782.374 (82,9)
ORDENADOS E SALÁRIOS	5.630.722 (59,5)	4.734.978 (60,4)	4.512.182 (56,4)	4.781.073 (52,9)	5.463.621 (58,2)
ENCARGOS (2)	1.258.632 (13,3)	979.921 (12,5)	776.031 (9,7)	876.681 (9,7)	1.201.622 (12,8)
BENEFÍCIOS (3)	170.341 (1,8)	305.735 (3,9)	296.012 (3,7)	298.252 (3,3)	403.669 (4,3)
TOTAL (1+2+3)	9.463.399 (100,0)	7.839.367 (100,0)	8.000.322 (100,0)	9.037.946 (100,0)	9.387.665 (100,0)

FONTE: BALANCETE DE VERIFICAÇAO
*DÓLAR MÉDIO DO ANO(DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS)

É importante também verificar o montante de encargos e benefícios pagos pelos hospitais.[13] Em todos os anos pesquisados, exceto em 1991, e com relação aos encargos sociais, o HA apresentou um gasto maior nessas despesas como porcentagem dos gastos totais. Assim, enquanto os encargos trabalhistas cresceram 159,2% no HA, no HB ocorreu uma queda de 4,5%, entre 1990 e 1994. Já quanto aos gastos com benefícios sociais o aumento foi de 158,2% no HA e de 137,0% no HB nesse mesmo período.

Ainda com relação aos gastos com pessoal próprio podemos analisar os gastos médios com folha de pagamento e o respectivo nível salarial médio. Esses valores foram obtidos dividindo-se o total da folha de pagamento e os gastos com ordenados e salários pelo número de funcionários

[13] Para o cálculo dos gastos com pessoal próprio foram considerados os componentes da folha de pagamento, tais como: a) Gastos: ordenados e salários, férias, 13° salário, aviso prévio e abono; b) Benefícios: vale transporte, creche, cesta básica, assistência médica e refeição subvencionada (no próprio hospital) e c) Encargos Tabalhistas: seguro de acidente de trabalho,insalubridade, FGTS, PIS, indenizações trabalhistas ,e INSS.

em cada ano. Para maior compreensão do seu significado os valores referentes aos salários e ordenados foram apresentados em médias mensais. A Tabela 20 a seguir, apresenta essa situação:

TABELA 20
GASTO MÉDIO COM FOLHA DE PAGAMENTO E COM SALÁRIOS E ORDENADOS, 1990 A 1994*.

GASTO MÉDIO ANUAL COM FOLHA DE PAGAMENTO POR FUNCIONÁRIO					
			ANOS		
HOSPITAIS	1990	1991	1992	1993	1994
HA	6.239,40	6.002,61	5.125,60	7.055,77	8.970,33
HB	15.616,17	12.249,01	12.121,70	13.590,89	15.965,41
GASTO MÉDIO MENSAL COM SALÁRIOS E ORDENADOS POR FUNCIONÁRIO					
			ANOS		
HOSPITAIS	1990	1991	1992	1993	1994
HA	351,49	362,41	275,50	368,09	495,50
HB	774,32	616,24	569,18	599,56	774,66

FONTE:BALANCETE DE VERIFICAÇÃO
*DÓLAR MÉDIO DO ANO (DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).

Podemos verificar que o gasto médio anual com folha de pagamento por funcionário por ano foi mais alto no HB em todos os anos pesquisados. Entretanto, o HA apresentou um maior crescimento no período pesquisado: 43,8% contra 2,2%, respectivamente.

Quanto ao gasto médio mensal com salários e ordenados por funcionário, observamos um um aumento de 41,0% no HA e uma estabilização no HB, entre 1990 e 1994.

3.4.4 COMENTÁRIOS

Os dados acima mostram que, de acordo com a metodologia utilizada, os gastos com paciente-dia, internação e consulta médica no HA com relação ao setor público (com exceção de 1990) sempre foram superiores aos valores recebidos por esses mesmos procedimentos. Porém, quando a referência foi o atendimento a convênios com empresas e pacientes particulares essa situação se inverteu. No HB os gastos sempre foram inferiores aos valores recebidos.

Entretanto, ambos os hospitais apresentaram defasagem quanto ao ritmo de crescimento dos valores recebidos e pagos pelos procedimentos acima mencionados.

No HA pelo fato de que os recursos públicos recebidos por esses procedimentos não tem sido suficientes para dar conta da crescente demanda. A abertura a convênios com empresas e pacientes particulares foi a forma encontrada para amenizar essa situação.

No HB, principalmente porque com a diminuição do número de contribuintes - devido a redução do número de empregados da indústria mantenedora no Estado de São Paulo- os recursos alocados para esses procedimentos também foram se tornando mais escassos. A venda de serviços a particulares foi incrementada no sentido de amenizar essa situação.

Vale dizer entretanto, que deve ser considerado o aumento dos custos com cuidados médicos e de saúde, que, como vimos na parte introdutória, tem aumentado em todo o mundo.

Outro aspecto importante dos gastos refere-se as despesas de investimento e custeio das instituições. Embora o HB apresentasse um maior nível de investimento do que o HA, em ambos, os recursos foram canalizados em sua maioria para as despesas de custeio, deixando os hospitais com uma capacidade reduzida de investimentos necessários à modernização, manutenção e ampliação de suas atividades.

Quanto ao custeio a situação era a seguinte:

a) No HA o custeio cresceu 93,3% enquanto o item pessoal e insumos cresceram 86,1% e 157,3%, respectivamente, no período pesquisado. Como o HA estava inserido no sistema local com prioridade para a extensão da rede básica em quatro unidades isso implicaria em um volume maior de pessoal com relação às demais categorias de custeio (Ibañez, 1989). Além disso, essa instituição contava com ensino de Residência Médica, o que significou uma maior utilização desses recursos. A maior produção também exigiu uma quantidade crescente de insumos. O maior número de funcionários no período (29,6%), conjugado a um índice de rotatividade da mão-de-obra de 30,1% em média, foi o principal responsável pelo aumento das despesas com pessoal. Isso também se refletiu no aumento dos gastos com folha de pagamento (86,3%) e nos gastos médios com salário mensal (41,0%). Ou seja, o HA encontrou dificuldades em manter um quadro funcional estável, o que levou ao

aumento extra com despesas de pessoal (admissão, treinamento, demissão) e com encargos sociais e benefícios. O aumento salarial, entretanto, não foi suficiente para deter a evasão de pessoal;

b) No HB as despesas de custeio apresentaram queda de 2,7%. A menor produção do hospital exigiu gastos menores com insumos (queda de 19,5%) e queda de 0,8% nas despesas com pessoal, no período pesquisado. Foram fatores resultantes disso: a queda de 3,0% no número de funcionários; o baixo índice de rotatividade da mão-de-obra (média de 1,7%); a diminuição da demanda, expressa na queda dos indicadores de produção (exceto quanto ao número de exames); e a situação financeira da instituição que pode dar conta do aumento de 96,3% nas despesas financeiras, no período estudado. Além disso, o gasto com folha de pagamento caiu 0,8% e o salário médio mensal manteve-se estável, nesse mesmo período. Assim, o HB conseguiu manter salários competitivos à nível de mercado, podendo manter seu pessoal sem alterações significativas.

As duas situações mostraram que, apesar da melhor situação do HB, os dois hospitais necessitavam de maiores recursos financeiros para cobrir o nível de gasto apresentado.

3.5 FINANCIAMENTO

As fontes de informações pesquisadas foram os balanços financeiros dos hospitais. Para melhor análise dos dados. dividimos a apresentação em fontes de receita e despesas efetuadas por categorias de gastos.

PADRÃO DE FINANCIAMENTO

O HA dependia majoritariamente de convênios com o setor público(SUS, orgão municipal, estadual e federal), mas estava incrementando os contratos com convênios de saúde, seguros de saúde, medicina de grupo, planos de autogestão e pacientes particulares. (ANEXO A)

No HB, os recursos tinham como fonte principal as contribuições dos funcionários de uma expressiva indústria do Estado de São Paulo, seguindo-se os recursos provenientes da venda de serviços - planos de autogestão e pacientes particulares. (ANEXO A)

3.5.1 PADRÃO DE FINANCIAMENTO DA RECEITA

As fontes de receitas foram divididas, de acordo com os dados disponíveis no balanço financeiro, nos seguintes grupos: doações, operação dos serviços e receitas financeiras e diversas.

PADRÃO POR FONTE DE RECEITA

O padrão de financiamento é dado pelos grupos que formam a receita. As Tabelas 21 a 23 e 25 a 27 apresentam esses grupos em dólar médio do ano, distribuição percentual e índice de evolução real, permitindo-nos a comparabilidade dos dados da série histórica, assim como a identificação das magnitudes e variações de cada item. As tabelas 24 e 28 apresentam o resultado financeiro das instituições pesquisadas.

No HA, os dados da composição e evolução da receita aparecem nas Tabelas 21 a 23 abaixo.

TABELA 21
FONTES DE RECEITA DO HA, 1990 A 1994.*

			ANOS		
TIPO	1990	1991	1992	1993	1994
I. DOAÇÕES	127.929	182.178	138.083	58.822	598.272
1.INSTIT.PÚBLICAS	85.286	62.820	70.812	39.215	377.856
2.ASSOCIADOS	42.643	62.820	14.162	-	-
3.PARTICULARES	-	56.538	53.109	19.607	220.416
II. OPER/SERVIÇOS	3.539.382	2.581.896	3.260.901	3.639.145	7.037.569
1.PARTICULARES	-	3.141	-	39.215	94.465
2.SES	639.647	753.838	1.734.898	2.039.176	2.133.312
3.SUS	2.899.735	1.824.917	1.522.462	1.529.382	4.479.168
4.CONV/EMPRESAS	-	-	3.541	31.372	330.624
III.FINANCEIRA/DIVERSAS	597.005	376.919	141.625	223.525	236.160
1.FINANCEIRA	537.305	232.433	63.732	31.372	228.288
2.DIVERSAS	59.700	144.486	77.893	192.153	7.872
TOTAL	4.264.316	3.140.993	3.540.609	3.921.492	7.872.001

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO
*DÓLAR MÉDIO DO ANO(DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).

TABELA 22
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FONTES DE RECEITA DO HA, 1990 A 1994.

TIPO	1990	1991	ANOS 1992	1993	1994
I. DOAÇÕES	3,0	5,8	3,9	1,5	7,6
1.INSTITUIÇÕES PÚBLICAS	2,0	2,0	2,0	1,0	4,8
2.ASSOCIADOS	1,0	2,0	0,4	0,0	0,0
3.PARTICULARES	0,0	1,8	1,5	0,5	2,8
II. OPERAÇÃO/SERVIÇOS	83,0	82,2	92,1	92,8	89,4
1.PARTICULARES	0,0	0,1	0,0	1,0	1,2
2.SES	15,0	24,0	49,0	52,0	27,1
3.SUS	68,0	58,1	43,0	39,0	56,9
4.CONV/EMPRESAS	0,0	0,0	0,1	0,8	4,2
III.FINANCEIRA/DIVERSAS	14,0	12,0	4,0	5,7	3,0
1.FINANCEIRA	12,6	7,4	1,8	0,8	2,9
2.DIVERSAS	1,4	4,6	2,2	4,9	0,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO.

TABELA 23
ÍNDICE DE EVOLUÇÃO DA RECEITA DO HA, 1990 A 1994.

TIPO	1990	1991	ANOS 1992	1993	1994
I. DOAÇÕES	100	142	108	46	468
1. INSTITUIÇÕES PÚBLICAS	100	74	83	46	443
2. ASSOCIADOS	100	147	33	-	-
3. PARTICULARES	-	100	94	35	390
II. OPERAÇÃO/SERVIÇOS	100	73	92	103	199
1.PARTICULARES	-	100	-	1248	3007
2.SES	100	118	271	319	333
3.SUS	100	63	52	53	154
4.CONV. EMPRESAS	-	-	100	886	9337
III. FINANCEIRA/DIVERSAS	100	63	24	37	39
1.FINANCEIRAS	100	43	12	6	42
2.DIVERSAS	100	242	130	322	13
TOTAL	100	74	83	92	185

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO
OBS: 1990=100
ITEM I.3 E II.1: 1991=100
ITEM II.4: 1992=100

DOAÇÕES

Estavam presentes apenas no HA, com as seguintes características:

1) tendência de estabilidade na participação percentual das doações das instituições públicas (Eletropaulo, Sabesp e Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções) até 1992, com queda a partir de 1991 e aumento substancial em 1994, sendo que esta categoria correspondeu ao maior percentual desse grupo em todos os anos pesquisados;

2) a contribuição dos associados tornou-se nula a partir de 1993;

3) a receita proveniente de particulares (campanhas de fundos e donativos) apresentou uma queda crescente na participação percentual entre 1991 e 1993, voltando a crescer em 1994.

Com relação ao índice de evolução real (Tabela 23), verificamos que, com exceção das doações dos associados, os demais itens apresentaram aumentos expressivos apenas em 1994.

Apesar dos baixos percentuais com relação ao total das fontes de receita, as doações foram importantes pois forneceram verbas

valiosas para investimento e custeio (provenientes de instituições públicas) e auxílios para a manutenção da instituição de uma forma geral.

As demais fontes de receita do HA apresentaram o seguinte comportamento:

OPERAÇÃO DOS SERVIÇOS

1) as fontes derivadas da operação dos serviços corresponderam a quase totalidade das receitas da instituição, com média de 87,9% no período pesquisado;

2) as fontes públicas (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES e Sistema Único de Saúde - SUS), corresponderam a quase totalidade dessas receitas, com uma média de 86,4% no período pesquisado;

3) em termos percentuais as fontes públicas apresentaram a seguinte tendência: aumento com relação à SES e queda quanto ao SUS, exceto em 1994. Quanto ao índice de evolução, a SES apresentou um crescimento de 233,0% e o SUS de 54,0%, nesse mesmo período;

4) as fontes de atendimento particular e de convênios com empresas embora recentes, apresentaram percentuais baixos mas ascendentes, e índices reais de evolução excepcionalmente altos.

RECEITAS FINANCEIRAS E DIVERSAS

1) havia uma tendência de diminuição dessa rubrica, tanto em termos percentuais como quanto ao crescimento real;

2) com relação as receitas totais, a partir de 1992, as receitas financeiras foram pouco relevantes para a instituição, sendo ultrapassadas pelas receitas diversas (exceto em 1994).

Finalmente, as receitas totais cresceram em termos positivos apenas em 1994, com um aumento de 85,0% com relação a 1990.

A Tabela 24 abaixo, apresenta o resultado financeiro do HA. Em conjunto com a Tabela 21 podemos verificar claramente sua dependência com relação a outras fontes de recursos que não as referentes a operação dos serviços.

TABELA 24
RECEITA,DESPESA,LUCRO/PREJUÍZO DO HA, 1990 A 1994*.

DISCRIMINAÇÃO	ANOS				
	1990	1991	1992	1993	1994
RECEITA	4.264.316	3.140.993	3.540.609	3.921.492	7.872.001
DESPESA	4.134.879	3.655.545	3.820.171	5.304.245	8.378.929
LUCRO/(PREJUÍZO)	129.437	(514.552)	(279.562)	(1.382.753)	(506.928)

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO
*DÓLAR MÉDIO DO ANO(DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS)

Assim, se excluíssemos da receita total as receitas derivadas de doações e de receitas financeiras e diversas, a instituição deixaria de apresentar lucro em 1990, e nos demais anos apresentaria um prejuízo

financeiro ainda maior. A receita obtida com a operação dos serviços não foi, portanto, suficiente para dar conta das despesas da instituição. As outras receitas obtidas apenas amenizaram essa situação negativa.

No HB, de acordo com a análise da composição e variação das receitas (Tabelas 25 a 27), temos que:

TABELA 25
FONTES DE RECEITA DO HB, 1990 A 1994*

TIPO	1990	1991	ANOS 1992	1993	1994
I. OPERAÇÃO/SERVIÇOS	17.626.281	15.866.126	13.675.287	12.103.473	15.345.394
1.CONTRIBUIÇÃO LÍQUIDA	16.512.821	15.066.670	13.027.275	11.465.204	14.111.180
2.RECEITA DE SERVIÇOS	1.113.460	799.456	648.012	638.269	1.234.214
II. FINANCEIRA/DIVERSAS	3.382.397	4.632.745	8.669.954	11.536.122	5.224.839
1.FINANCEIRA	3.193.319	4.509.752	8.513.537	11.441.564	5.080.847
2.DIVERSAS	189.078	122.993	156.417	94.558	143.992
TOTAL	21.008.678	20.498.871	22.345.241	23.639.595	20.570.233

FONTE:BALANÇO FINANCEIRO
DÓLAR MÉDIO DO ANO(DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).

TABELA 26
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FONTES DE RECEITA DO HB, 1990 A 1994.

TIPO	1990	1991	ANOS 1992	1993	1994
I. OPERAÇÃO DOS SERVIÇOS	83,9	77,4	61,2	51,2	74,6
1.CONTRIBUIÇÃO LÍQUIDA	78,6	73,5	58,3	48,5	68,6
2.RECEITA DE SERVIÇOS	5,3	3,9	2,9	2,7	6,0
II. FINANCEIRA/DIVERSAS	16,1	22,6	38,8	48,8	25,4
1.FINANCEIRA	15,2	22,0	38,1	48,4	24,7
2.DIVERSAS	0,9	0,6	0,7	0,4	0,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE:BALANÇO FINANCEIRO

TABELA 27
ÍNDICE DE EVOLUÇÃO DA RECEITA DO HB, 1990 A 1994.

TIPO	1990	1991	ANOS 1992	1993	1994
I. OPERAÇÃO DOS SERVIÇOS	100	90	78	69	87
1.CONTRIBUIÇÃO LÍQUIDA	100	91	79	69	85
2. RECEITA DE SERVIÇOS	100	72	58	57	111
II. FINANCEIRA/DIVERSAS	100	137	256	341	154
1.FINANCEIRA	100	141	267	358	159
2.DIVERSAS	100	65	83	50	76
TOTAL	100	97	106	112	98

FONTE:BALANÇO FINANCEIRO
OBS: 1990=100

OPERAÇÃO DOS SERVIÇOS

1) a receita derivada da operação dos serviços apresentou uma participação percentual decrescente no total das receitas da instituição (exceto em 1994), com uma média de 69,7%, no período pesquisado;

2) a contribuição líquida dos associados também apresentou uma participação percentual em queda (exceto em 1994), sendo que a média da participação desse item no total das receitas foi de 65,5%, nesse mesmo período;

3) as receitas de serviços(diárias, CTI, exames médicos, aposentados e convênios) contribuíram em média com 4,2% para a formação das receitas relativas a operação dos serviços;

4) quanto aos índices de evolução real, tanto as receitas da operação dos serviços como os seus componentes - as contribuições líquidas e as receitas de serviços - apresentaram um crescimento negativo com

relação a 1990, com exceção dessas últimas que cresceram 11,0%, nesse mesmo período.

RECEITAS FINANCEIRAS E DIVERSAS

1) as receitas financeiras e diversas corresponderam, em média a 30,3% das receitas totais da instituição, no período pesquisado;

2) as receitas financeiras apresentaram um expressivo crescimento de 59,0% entre 1990 e 1994; já as receitas diversas foram praticamente insignificantes.

Finalmente, as receitas totais apresentaram queda de 2,0% no período pesquisado.

De acordo com esses dados, verificamos que as receitas provenientes das contribuições líquidas dos associados assim como as receitas financeiras exerceram um papel importante na formação das receitas totais da instituição. Em conjunto, ambas representaram em média 95,2% da receita total auferida pelo HB.

Novamente, pela análise das Tabelas 25 e 28, podemos verificar a crescente dependência das receitas financeiras no resultado financeiro final da instituição. Se considerassemos apenas as receitas de operação dos serviços a instituição passaria a ter um prejuízo contínuo a partir do

ano de 1992. Ou seja, as receitas financeiras sempre foram importantes na formação da receita total do HB. Assim, em 1990 as receitas financeiras corresponderam a 18,1% das receitas relativas à operação dos serviços, em 1991 a 28,4%, em 1992 a 62,2%, em 1993 a 94,5%, e em 1994 a 33,1%.

TABELA 28
RECEITA, DESPESA E LUCRO DO HB, 1990 A 1994*.

DISCRIMINAÇÃO	ANOS				
	1990	1991	1992	1993	1994
RECEITA	21.008.678	20.498.871	22.345.241	23.639.595	20.570.233
DESPESA	16.451.344	13.855.316	14.403.245	15.001.423	16.784.034
LUCRO	4.557.334	6.643.555	7.941.996	8.638.172	3.786.199

FONTE:BALANÇO FINANCEIRO
*DÓLAR MÉDIO DO ANO(DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS)

Diferentemente do HA, o HB, dispondo de ativos monetários, aproveitou o período econômico que favorecia a especulação financeira e aplicou grande parte de seus recursos no mercado financeiro.

Em resumo, esses dados mostram que o HA dependia de recursos advindos da operação dos serviços para a formação de sua receita Já, o HB tinha uma forte participação da receita financeira em sua receita total, o que amenizou a queda da receita operacional, no período pesquisado.

3.5.2 PADRÃO DE FINANCIAMENTO DA DESPESA

Para a análise de sua composição e variação, as despesas efetivadas foram divididas por categorias de gastos. A fonte básica de informações foi também o balanço financeiro das instituições.

PADRÃO POR FONTE DE DESPESA

O padrão de financiamento é dado pelos dois grupos que formam a despesa: as despesas operacionais e as despesas financeiras. As Tabelas 29, 30, 32 e 33 apresentam essas despesas em dólar médio do ano e distribuição percentual, e as Tabelas 31 e 34 o respectivo índice de evolução.

No HA as variações das despesas (Tabelas 29 a 31) foram as seguintes:

TABELA 29
DESPESAS EFETIVADAS POR CATEGORIAS DE GASTOS NO HA, 1990 A 1994.*

	ANOS				
TIPO	1990	1991	1992	1993	1994
I. DESPESAS OPERACIONAIS	3.824.762	3.414.279	3.579.500	4.858.688	8.018.635
1. PESSOAL PRÓPRIO	2.782.773	2.507.704	2.444.909	3.506.106	5.186.557
2.SERVIÇOS DE TERCEIROS	33.079	25.589	133.707	47.738	511.115
3.CONSUMO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	690.525	606.820	722.012	891.113	1.767.954
4.DESP.DE FUNCIONAMENTO	227.418	182.777	210.109	312.950	418.946
5.DESPESAS GERAIS	90.967	91.389	68.763	100.781	134.063
II. DESPESAS FINANCEIRAS	310.117	241.266	240.671	445.557	360.294
III.TOTAL	4.134.879	3.655.545	3.820.171	5.304.245	8.378.929

FONTE:BALANÇO FINANCEIRO
DÓLAR MÉDIO DO ANO (DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).

TABELA 30
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS DESPESAS EFETIVADAS POR CATEGORIAS DE GASTOS, NO HA, 1990 A 1994.

TIPO	1990	1991	ANOS 1992	1993	1994
I. DESPESAS OPERACIONAIS	92,5	93,4	93,7	91,6	95,7
1.PESSOAL PRÓPRIO	67,3	68,6	64,0	66,1	61,9
2.SERVIÇOS DE TERCEIROS	0,8	0,7	3,5	0,9	6,1
3.CONSUMO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	16,7	16,6	18,9	16,8	21,1
4.DESP.DE FUNCIONAMENTO	5,5	5,0	5,5	5,9	5,0
5.DESPESAS GERAIS	2,2	2,5	1,8	1,9	1,6
II. DESPESAS FINANCEIRAS	7,5	6,6	6,3	8,4	4,3
III. TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO.

TABELA 31
ÍNDICE DE EVOLUÇÃO DAS DESPESAS EFETIVADAS POR CATEGORIAS DE GASTOS, NO HA, 1990 A 1994.

TIPO	1990	1991	ANOS 1992	1993	1994
I. DESPESAS OPERACIONAIS	100	89	94	127	210
1.PESSOAL PRÓPRIO	100	90	88	126	186
2.SERVIÇOS DE TERCEIROS	100	77	404	144	1545
3.CONSUMO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	100	88	105	129	256
4.DESP.DE FUNCIONAMENTO	100	80	92	137	184
5.DESPESAS GERAIS	100	100	76	111	147
II. DESPESAS FINANCEIRAS	100	78	78	144	116
III. TOTAL	100	88	92	128	203

FONTE:BALANÇO FINANCEIRO
OBS: 1990=100.

DESPESAS OPERACIONAIS

1) as despesas operacionais corresponderam em média a 93,4% do total das despesas da instituição, apresentando crescimento real apenas a partir de 1993;

2) as despesas com pessoal próprio cresceram 86,0% entre 1990 e 1994, sendo o item com maior participação percentual com relação às despesas totais, 65,6% em média, no período pesquisado;

3) os serviços de terceiros apresentaram crescimento de 1.445% entre 1990 e 1994, atingindo nesse último ano um percentual de 6,1% e ultrapassando as despesas de funcionamento, as despesas gerais e as despesas financeiras;

4) as despesas com consumo de materiais e medicamentos também cresceram entre 1992 e 1994, correspondendo em média a 18,0% das despesas totais da instituição, entre 1990 e 1994;

5) as despesas de funcionamento (energia elétrica, água, gás etc) e as despesas gerais mantiveram uma certa uniformidade quanto à participação percentual, apresentando um crescimento positivo a partir de 1993.

DESPESAS FINANCEIRAS

As despesas financeiras apresentaram crescimento de 44,0% e 16,0%, respectivamente, nos dois últimos anos pesquisados Em termos percentuais os valores foram altos, mostrando que a instituição teve que se confrontar com gastos financeiros elevados.

Finalmente, as despesas totais cresceram 103,0% em termos reais, no período pesquisado.

No HB as variações nas despesas efetivadas por categorias de gastos (Tabelas 32 a 34) foram as seguintes:

TABELA 32
DESPESAS EFETIVADAS POR CATEGORIAS DE GASTOS NO HB, 1990 A 1994*.

TIPO	1990	1991	ANOS 1992	1993	1994
I. DESPESAS OPERACIONAIS	16.270.379	13.786.039	14.187.196	14.746.399	16.398.001
1.PESSOAL PRÓPRIO	9.459.523	7.842.109	7.993.800	9.045.858	9.382.275
2.SERVIÇOS DE TERCEIROS	3.882.517	3.075.880	3.572.005	3.555.337	4.128.872
3.CONSUMO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	2.220.931	1.815.046	1.584.357	1.320.125	1.779.108
4.DESPESAS DE FUNCIONAMENTO	361.929	401.804	460.904	450.043	537.089
5.DESPESAS GERAIS	345.479	651.200	576.130	375.036	570.657
II. DESPESAS FINANCEIRAS	180.965	69.277	216.049	255.024	386.033
III. TOTAL	16.451.344	13.855.316	14.403.245	15.001.423	16.784.034

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO
*DÓLAR MÉDIO DO ANO(DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS)

TABELA 33
DISTRIBUIÇÃO DAS DESPESAS EFETIVADAS POR CATEGORIAS DE GASTOS NO HB, 1990 A 1994.

TIPO	1990	1991	ANOS 1992	1993	1994
I. DESPESAS OPERACIONAIS	98,9	99,5	98,5	98,3	97,7
1.PESSOAL PRÓPRIO	57,5	56,6	55,5	60,3	55,9
2.SERVIÇOS DE TERCEIROS	23,6	22,2	24,8	23,7	24,6
3.CONSUMO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	13,5	13,1	11,0	8,8	10,6
4.DESPESAS DE FUNCIONAMENTO	2,2	2,9	3,2	3,0	3,2
5.DESPESAS GERAIS	2,1	4,7	4,0	2,5	3,4
II. DESPESAS FINANCEIRAS	1,1	0,5	1,5	1,7	2,3
III. TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO

TABELA 34
ÍNDICE DE EVOLUÇÃO DAS DESPESAS EFETIVADAS POR CATEGORIAS DE GASTOS NO HB, 1990 A 1994.

TIPO	1990	1991	ANOS 1992	1993	1994
I. DESPESAS OPERACIONAIS	100	85	87	91	101
1.PESSOAL PRÓPRIO	100	83	84	96	99
2.SERVIÇOS DE TERCEIROS	100	79	92	91	106
3.CONSUMO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	100	82	71	59	80
4.DESP.DE FUNCIONAMENTO	100	111	127	124	148
5.DESPESAS GERAIS	100	188	167	108	165
II. DESPESAS FINANCEIRAS	100	38	119	141	213
III. TOTAL	100	84	87	91	102

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO
OBS: 1990=100

DESPESAS OPERACIONAIS

1) as despesas operacionais corresponderam praticamente à totalidade das despesas, embora com crescimento positivo apenas em 1994 ;

2) as despesas com pessoal próprio apresentaram a maior magnitude percentual quanto as despesas totais com 57,2% em média, e com uma queda de 1,0% no período estudado;

3) os serviços de terceiros também foram relevantes, apresentando uma participação percentual estável no período, com uma média de 23,8%, embora com queda entre 1991 e 1993;

4) o consumo de materiais e medicamentos apresentou queda em todos os anos pesquisados, representando 11,4% em média com relação as despesas totais;

5) as despesas de funcionamento e as despesas gerais cresceram em termos reais em todos os anos pesquisados.

DESPESAS FINANCEIRAS

As despesas financeiras apresentaram os mais baixos percentuais entre todas as categorias de despesas, apesar do crescimento de 113,0% entre 1990 e 1994. Isso significou um gasto financeiro crescente para o hospital.

Por fim, as despesas totais cresceram 2,0% em termos reais, no período pesquisado.

3.5.3 SITUAÇÃO ECONÔMICA-FINANCEIRA

O conhecimento da situação econômica-financeira dos hospitais permite verificar seus pontos de estrangulamento e/ou desequilíbrio, e, em conjunto com os dados de produção, produtividade e custo da assistência médico-hospitalar, elaborar um planejamento futuro, assim como servir de parâmetro para a avaliação do padrão de assistência prestada, dos resultados obtidos e da análise comparativa entre períodos. Além disso, os índices financeiros, por sua vez, representam a análise fiel da receita e despesa que se originam da prestação de serviços médico-hospitalares (Barcellos et al., 1983).

Nesse sentido, escolhemos para esse tipo de análise o resultado operacional, os índices de liquidez (geral, corrente e imediata) e a rentabilidade (taxa de rentabilidade do investimento - TRI), que a nosso ver melhor refletem a situação econômica-financeira dos hospitais pesquisados.

As Tabelas 35 e 36 apresentam o resultado operacional e final dos hospitais.

TABELA 35
RESULTADO OPERACIONAL E FINAL DO HB, 1990 A 1994*.

DISCRIMINAÇÃO	ANOS				
	1990	1991	1992	1993	1994
(+) RECEITA OPER. LÍQ.	17.815.359	15.989.119	13.831.704	12.198.031	15.489.386
(-) DESP. OPER.	16.270.379	13.786.039	14.187.196	14.746.399	16.398.001
(=) LUCRO (PREJUÍZO) (1)	1.544.980	2.203.080	(355.492)	(2.548.368)	(908.615)
(+) REC. FINANCEIRA	3.193.319	4.509.572	8.513.537	11.441.564	5.080.847
(-) DESP. FINANCEIRA	180.965	69.977	216.049	255.024	386.033
(=) REC. FINANCEIRA LÍQ.(2)	3.012.354	4.439.595	8.297.488	11.186.540	4.694.814
(=) RESULTADO FINAL (1+2)	4.557.334	6.642.675	7.941.996	8.638.172	3.786.199

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO.
*DÓLAR MÉDIO DO ANO (DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).

TABELA 36
RESULTADO OPERACIONAL E FINAL DO HA, 1990 A 1994*.

DISCRIMINAÇÃO	ANOS				
	1990	1991	1992	1993	1994
(+) RECEITA OPER. LÍQ.	3.727.011	2.908.560	3.476.877	3.890.120	7.643.713
(-) DESP. OPER.	3.824.762	3.414.279	3.579.500	4.858.688	8.018.635
(=) LUCRO (PREJUÍZO) (1)	(97.751)	(505.719)	(102.623)	(968.568)	(374.922)
(+) REC. FINANCEIRA	537.305	232.433	63.732	31.372	228.288
(-) DESP. FINANCEIRA	310.117	241.266	240.671	445.557	360.294
(=) REC. FINANCEIRA LÍQ.(2)	227.188	(8.833)	(176.939)	(414.185)	(132.006)
(=) RESULTADO FINAL (1+2)	129.437	(514.552)	(279.562)	(1.382.753)	(506.928)

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO.
*DÓLAR MÉDIO DO ANO (DÓLAR COMERCIAL-PREÇO DE VENDA DO ÚLTIMO DIA DO MÊS).

Verificamos que o HB apresentou um prejuízo operacional entre 1992 e 1994 coberto pela receita financeira líquida, permitindo assim, um resultado positivo ao longo desses anos. No HA, pelo contrário, excetuando-se o ano de 1990, o prejuízo operacional foi incrementado por uma receita financeira líquida negativa. Sua receita operacional não foi suficiente para cobrir as despesas operacionais.

A Tabela 37 apresenta os índices de liquidez. Segundo Iudícibus (1982), os índices de liquidez fornecem uma medida da capacidade das empresas (hospitais) em saldar suas obrigações correntes imediatamente, a curto-prazo e/ou a longo prazo. Esses índices foram calculados de acordo com as normas contábeis vigentes a partir do Balanço Patrimonial de cada hospital.

TABELA 37
ÍNDICES DE LIQUIDEZ , 1990 A 1994.

ÍNDICES	ANOS/HOSPITAIS									
	1990		1991		1992		1993		1994	
	HA	HB	HA	HB	HA	HB	HA	HB	HA	HB
LIQUIDEZ GERAL	0,92	2,45	0,29	3,52	0,95	3,50	0,27	3,13	0,76	2,64
LIQUIDEZ CORRENTE	0,91	2,29	0,46	3,52	1,08	3,50	0,32	3,12	0,80	2,64
LIQUIDEZ IMEDIATA	0,02	0,55	0,03	1,42	0,13	2,19	0,01	2,16	0,01	1,63

FONTE: BALANÇO PATRIMONIAL.

O índice de liquidez geral serve para detectar a saúde financeira da empresa quanto a saldar seus compromissos no longo prazo na data do vencimento (Iudícibus, 1982).

$$\text{Índice de liquidez geral} = \frac{\text{Ativo circulante + realizável a longo prazo}}{\text{Passivo circulante + Exigível a longo prazo}}$$

Apenas o HB apresentou índices satisfatórios, ou seja, para cada US$ 1,00 de dívida existia pelo menos US$ 2,45 ou mais para saldá-la. O HA dependia totalmente de capital de terceiros para financiar suas atividades. Em termos comparativos, Michell et al. (1985), em uma pesquisa com sete hospitais nos Estados Unidos entre 1972 e 1982 encontraram índices entre 1,52 e 1,98.

O índice de liquidez corrente "relaciona quantos cruzeiros (dólares, reais) dispomos, imediatamente disponíveis e conversíveis em certos prazos em dinheiro, com relação às dívidas de curto prazo" (Iudícibus, 1982, p.78) .

$$\text{Índice de liquidez corrente} = \frac{\text{Ativo circulante}}{\text{Passivo circulante}}$$

Esse índice deve variar entre 1,50 e 2,00, sob o risco de, se estiver próximo da unidade tornar a liquidez muito vulnerável (Barcellos et al., 1983). É considerado como o melhor indicador da situação de liquidez de uma empresa (Iudícibus, 1982). Novamente o HB apresentou valores acima do preconizado, sendo que o HA tinha sérias dificuldades em saldar seus compromissos no médio prazo.

Finalmente, o índice de liquidez imediata "representa o valor de quanto dispomos imediatamente para saldar nossas dívidas de curto prazo" (Iudícibus, 1982, p.78).

$$\text{Índice de liquidez imediata} = \frac{\text{Disponível}}{\text{Passivo circulante}}$$

Para hospitais que dependem principalmente de clientes do sistema público poderá ser de 0,20 a 0,25, já que necessitam de maior volume no ativo circulante (Barcellos et al., 1983). O HB superou esse parâmetro em todos os anos analisados. Ou seja, apresentou uma situação financeira muito confortável. No HA a liquidez era praticamente nula não havendo recursos para saldar seus compromissos no curto-prazo.

O outro indicador analisado é a rentabilidade da empresa, expresso na taxa de rentabilidade do investimento - TRI, que, como sugere Iudícibus (1982), é a expressão da divisão entre um conceito de lucro e um conceito de investimento. Esse indicador é útil para verificarmos a relação entre o investimento e a rentabilidade das atividades operacionais em um determinado período. Hospitais que tem rentabilidade inadequada quanto aos seus recursos terão seus débitos quanto ao ativo aumentados e mais desvalorizados (Baehr,1991). Os cálculos foram efetuados a partir do Balanço *Patrimonial de cada instituição, e de acordo com a seguinte equação:*

$$\text{TRI} = \frac{\text{Receitas Operacionais}}{\text{Patrimônio Líquido}} \times \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Receitas Operacionais}}$$

Relacionamos na Tabela 38 abaixo, os cálculos da TRI para os dois hospitais pesquisados.

TABELA 38
TAXA DE RENTABILIDADE DO INVESTIMENTO, 1990 A 1994.

			ANOS/TRI*		
HOSPITAIS	1990	1991	1992	1993	1994
HA	RN	RN	RN	RN	RN
HB	9,75%	9,20%	RN	RN	RN
			ANOS/TRI**		
HOSPITAIS	1990	1991	1992	1993	1994
HA	30,72%	RN	RN	RN	RN
HB	25,30%	23,73%	25,33%	23,66%	20,50%

FONTE:BALANÇO PATRIMONIAL
*NÃO CONSIDERANDO APLICAÇÕES E RECEITAS FINANCEIRAS
**CONSIDERANDO APLICAÇÕES E RECEITAS FINANCEIRAS
RN=RESULTADO NEGATIVO.

Os dados da Tabela 38, mostram que o HA nunca apresentou rentabilidade sobre o investimento efetuado - exceto no ano de 1990, considerando-se as aplicações e receitas financeiras. Ou seja, o prejúizo apresentado entre 1991 e 1994, não permitiu que houvesse rentabilidade do investimento nesse período.

No HB a receita operacional dependeu em sua maioria das contribuições compulsórias de seus associados. Esses recursos, obtidos principalmente em 1990 e 1991, em parte foram aplicados no mercado financeiro, favorecendo-se assim de uma conjuntura inflacionária com altas taxas de remuneração desses ativos. Desse modo, a rentabilidade do investimento, não considerando as aplicações e receitas financeiras, a partir de 1992, deixou de existir. O que sustentou a TRI foi o expressivo resultado das aplicações e receitas financeiras. Nesse caso, a TRI apresentou valores entre 20,50% e

25,33%, no período pesquisado. Como dado comparativo, uma pesquisa da Hewitt Associates em conjunto com a American Hospital Association em 210 hospitais nos Estados Unidos, mostrou que a taxa média de rentabilidade quanto ao ativo de fundações hospitalares foi de 6,5% (Cerne, 1994).

3.5.4 COMENTÁRIOS

Os dados anteriormente apresentados mostraram que, de um modo geral, os hospitais dependiam fortemente de suas receitas operacionais como fonte principal de recursos financeiros. Entretanto, essas receitas não foram suficientes para cobrir as despesas correspondentes.

No HB isso ocorreu a partir de 1992, mas o hospital contou com uma receita financeira líquida positiva, o que permitiu a obtenção de um resultado financeiro positivo nesse período. O mesmo não ocorreu com o HA que apresentou prejuízo a partir de 1991, devido principalmente ao crescente descompasso entre os gastos e os respectivos valores recebidos com atendimento a pacientes-dia, internação e consulta médica. Com isso, praticamente não restaram recursos para reserva de contingência.

A análise do balanço patrimonial e do resultado operacional das instituições (Tabelas 35 e 36) ratifica essa situação.

No HB existia uma situação econômica-financeira muito confortável , com índices de liquidez e TRI bem acima da média de

mercado. Muito embora a receita operacional líquida tenha demonstrado queda entre 1990 e 1993, aliado ao aumento das despesas operacionais, o seu resultado final foi positivo, sustentado pela excelente participação da receita financeira líquida. Os recursos próprios gerados ao longo do período foram canalizados para o mercado financeiro, não tendo efetuado investimentos de porte em seu imobilizado (terrenos, máquinas etc). Pela posição estática dos balanços analisados, o hospital não recorreu a bancos para a manutenção de suas atividades.

No HA a situação econômica-financeira era bastante desequilibrada, com TRI nula e um forte aperto de sua liquidez, associada ao crescente nível de endividamento, principalmente junto a bancos e obrigações sociais e previdenciárias. Embora a receita operacional líquida tenha crescido mais rapidamente do que a despesa operacional no último período, 1993 -1994 (96,5% e 65,0%, respectivamente), isto não foi suficiente para evitar mais um ano de prejuízo operacional. Assim, para a manutenção de suas atividades, a instituição recorreu a empréstimos e financiamentos junto a bancos, não tendo aplicado recursos em investimento no ativo permanente. O significativo crescimento de seu imobilizado técnico deveu-se à reavaliação de bens efetuada no ano de 1994, o que não implicou em efetivo desembolso de dinheiro.

Embora o HB apresentasse uma melhor situação financeira, o crescimento de suas despesas foi de 2,0% contra uma queda de 2,0% nas receitas. No HA as despesas cresceram 103,0% e a receita 85,0%, no período pesquisado.

Deve-se levar em consideração a fonte principal de financiamento de cada instituição. No HB os recursos - advindos da contribuição dos funcionários da indústria mantenedora em todo Estado de São Paulo - oscilavam de acordo com o mercado de trabalho nesse setor e com a relação direta entre o número de contribuintes (e dependentes) e a produção do hospital, o que favorecia uma melhor condição para o equilíbrio do balanço financeiro do que no HA. Ou seja, a queda no número de contribuintes ensejou um menor volume de produção hospitalar, com queda nas despesas com consumo de materiais e medicamentos, estabilização nas despesas com pessoal próprio, e queda no número de funcionários.

No HA essa situação era mais complicada, já que a adequação de sua crescente clientela e produção aos respectivos recursos recebidos (SUS e SES) não permitia à instituição manter uma situação financeira favorável. Os baixos valores disponíveis para pagamento por procedimentos médicos era a principal causa dessa situação. Além disso, as possibilidades de reajuste monetário dos valores recebidos por serviços prestados ao setor público são de caráter eminentemente político, não dependendo diretamente da instituição.

Como forma de melhorar a obtenção de recursos financeiros, os hospitais, como já mencionado, incrementaram a venda de serviços junto a particulares. Entretanto, esses recursos tem se mostrado ainda insuficientes no sentido de propiciar um equilíbrio quanto ao resultado operacional verificado.

Em resumo, o equilíbrio financeiro deve passar principalmente pela recuperação das receitas operacionais, já que o atendimento a pacientes é o motivo fundamental pelo qual os hospitais foram criados.

3.6 PRODUTIVIDADE

Esse trabalho não considera a existência de uma relação diretamente proporcional entre produtividade e qualidade dos serviços médicos e hospitalares. Ou seja, que uma maior produtividade sempre signifique uma melhor qualidade do atendimento médico e satisfação dos pacientes. A produtividade é a relação entre a produção alcançada e o número de funcionários para conseguir essa produção (Moreira, 1993). A análise da qualidade dos serviços hospitalares, como já mencionado, não foi objeto de pesquisa deste trabalho.

Os dados apresentados a seguir, fornecem subsídios importantes à caracterização da relação entre financiamento e eficiência nos dois hospitais pesquisados.

3.6.1 Classificação dos Hospitais

Como já haviamos assinalado no capítulo referente a Material e Métodos, os hospitais pesquisados possuem características comuns que possibilitam a comparação entre eles, tais como: são hospitais gerais e de médio porte, privados filantrópicos, com atendimento ambulatorial e internação, e perfil de morbidade, equipamentos e procedimentos de alta complexidade homogêneos.

3.6.2 Produtividade de acordo com alguns indicadores hospitalares (Tabela 39)

D'Oleo & Fávero (1993) apontam dois importantes fatores para o estudo dos indicadores de utilização de leitos hospitalares: 1) por manifestarem a eficiência hospitalar no cuidado à pacientes, e 2) porque as hospitalizações representam um maior volume de consumo quanto aos serviços médicos. [14]

Bittar (1994) refere que autores como Massabot (1978) e Lasso (1986) já haviam se utilizado da taxa média de permanência e do índice intervalo de substituição para medir a performance e a utilização de leitos hospitalares.

Porém, segundo Massabot (1978), a avaliação da utilização dos leitos hospitalares em uma cifra é impossível, seria necessário analisar a utilização dos leitos de cada um dos serviços que os compõem. Como esses dados discriminados por especialidade não estavam disponíveis, e embora não haja concordância com relação aos indicadores que em conjunto possibilitem uma análise mais adequada da produtividade hospitalar face a complexidade do hospital como unidade produtiva e a diversificação de suas áreas de produção, optou-se pela análise dos indicadores expressos na Tabela 39.

---

[14] Cabe mencionar que estes indicadores hospitalares, embora muito utilizados na área da saúde como indicadores de produtividade, apresentam limitações quanto à sua utilização. A média de permanência, por exemplo, que como já definido relaciona o total de pacientes-dia durante determinado período no hospital com o número de pacientes saídos (altas e óbitos) nesse mesmo período, poderia significar que seria mais produtivo o hospital que tivesse mais óbitos. Para minorar esse e outros problemas tais indicadores devem ser vistos em conjunto, notadamente quando da denominação do hospital mais produtivo.

TABELA 39
PRODUTIVIDADE DE ACORDO COM ALGUNS INDICADORES HOSPITALARES. 1990 A 1994.

	ANOS/HOSPITAIS											
	1990		1991		1992		1993		1994		MÉDIA	
INDICADORES	HA	HB	HA	HB	HA	HB	HA	HB	HA	HB	HA	HB
.MP (DIAS)	3,53	5,15	3,69	5,14	4,20	5,35	4,01	4,99	3,90	4,94	3,87	5,11
.IR/GR(PACS/ANO)	69,13	61,24	65,30	59,64	58,89	53,60	66,48	53,60	69,79	53,13	65,86	56,24
.IIS (DIAS)	1,75	0,81	1,90	0,98	2,03	1,46	1,48	1,82	1,33	1,93	1,70	1,40
.FUNC/LEITOS COM MÉDICOS	3,91	4,77	3,22	5,04	3,67	5,20	3,31	5,24	3,85	4,63	3,58	4,98
.FUNC/LEITOS SEM MÉDICOS	3,41	3,91	2,82	4,10	3,23	4,22	2,93	4,24	3,46	3,68	3,17	4,03

FONTE: SAME E DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
MP=MÉDIA DE PERMANÊNCIA IIS=ÍNDICE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO
IR/GR=ÍNDICE DE RENOVAÇÃO OU GIRO DE ROTATIVIDADE
FUNC=FUNCIONÁRIO
PACS=PACIENTES

3.6.2.1 Média de Permanência (MP).

A média de permanência (MP) varia com o diagnóstico, a idade, sexo, sistema de financiamento e distância do domicílio ao hospital (Fávero, 1975).

D'Oleo & Fávero (1993), em uma pesquisa em 1988 com 25 hospitais de todos os portes e diferente natureza jurídica,na cidade de Ribeirão Preto, encontraram uma MP média de 4,90 dias, com uma amplitude variando entre 2,45 e 6,82 dias, sendo ambos hospitais privados filantrópicos.

Os valores médios encontrados nesta pesquisa foram de 5,11 dias no HB contra 3,87 dias no HA. Esses valores eram esperados no sentido de que, de acordo com dados do SAME, o HA concentrou em média no período estudado, 43,4% de suas internações na área obstétrica onde a MP foi em média de 3,24 dias. A MP na área cirúrgica também ficou abaixo da média

geral, com 3.10 dias. Isso porque as cirurgias eram em sua maioria de baixa complexidade e os exames laboratoriais realizados à nível ambulatorial, sendo que o paciente era internado apenas um dia antes da cirurgia.

Embora a MP fosse mais alta no HB, este hospital apresentou queda nesse indicador a partir de 1993. Os dados referentes a MP das áreas médicas não estavam disponíveis.

A queda da MP nos dois hospitais a partir de 1993, embora pequena, seguiu uma tendência nacional e mundial de declínio desse indicador. Fávero (1975), em um estudo sobre a duração média dos hospitais gerais na cidade de Ribeirão Preto, encontrou em média uma queda da MP de 10,6 dias em 1970 para 6,3 dias em 1974. Lasso (1986), em um trabalho com 73 hospitais regionais na Colômbia, encontrou valores médios declinantes na MP de acordo com o tamanho do hospital: hospitais com menos do que 100 leitos apresentaram uma MP de 5,8 dias em 1977 e de 5,2 dias em 1980; hospitais entre 100 e 199 leitos de 6,8 dias para 6,0 dias, e hospitais com 200 leitos ou mais leitos, de 7.8 dias para 7,2, dias nesse mesmo período. Nos Estados Unidos essa tendência foi e continuará sendo declinante no futuro. (Sloan & Valvona, 1986; Baehr,1991).

De acordo com a literatura existente os motivos para essa queda estão relacionados à melhoria no diagnóstico médico, fortalecimento da medicina preventiva, crescimento dos serviços domiciliares médicos e de enfermagem, e a forma de gerenciamento e pagamento por serviços prestados.

3.6.2.2 Índice de Renovação (IR) ou Giro de Rotatividade (GR).

O HA apresentou uma maior produtividade média com relação ao HB: 65,86 pacientes/ano contra 56,24 pacientes/ano, respectivamente. A amplitude variou de 58,59 a 69.79 pacientes no HA e de 53,13 a 61,24 pacientes no HB. D'Oleo & Fávero (1993), em trabalho já citado, encontraram uma média de 30,5 pacientes e amplitudes variando de 14,71 a 79,92 pacientes, ambos em hospitais privados.

Para hospitais do mesmo porte que os desta pesquisa, D'Oleo & Fávero (1993), encontraram uma amplitude que variou de 30,79 a 61,74 pacientes. Isso significou que tanto o HA como o HB conseguiram girar mais rápido os leitos, apresentando uma maior produtividade.

3.6.2.3 Índice Intervalo de Substituição (IIS).

O IIS mede o tempo que o leito fica desocupado, ou sua ociosidade, e que se analisado com outros índices pode se transformar num indicador de produtividade (Bittar,1994). Pela própria composição desse índice, alterações na MP - que como vimos apresenta uma tendência mundial de redução - e no percentual de ocupação, podem levar a um aumento no IIS, refletindo uma baixa produtividade hospitalar.

Verifica-se que, em média o HB apresentava um menor IIS do que o HA, 1,40 dias contra 1,70 dias respectivamente. Entretanto, deve-se considerar que o HB possuia em média, uma maior MP e um menor IR/GR do que o HA, o que contribuiu para sua menor produtividade.

Considerando-se mais uma vez o trabalho de D'Oleo & Fávero (1993), a média para hospitais de todos os portes foi de 4,39 dias. Quanto a hospitais de médio porte, esses autores encontraram uma amplitude de 0,92 a 7,05 dias em dois hospitais privados filantrópicos. Como a amplitude no HB foi de 0,81 a 1,93 dias e no HA de 1,33 a 2,03, podemos concluir que ambos apresentaram uma baixa ociosidade.

3.6.2.4 Índice de Funcionários/Leito e/ou Cama

Históricamente a relação funcionários/leito vem aumentando ao longo do tempo. Alguns estudos confirmam essa tendência, apesar da grande discrepância nos valores encontrados.

Azevedo (1989) em um trabalho com 26 hospitais complexos no Brasil encontrou uma variação de 1 a 7,2, e cita também que nos Estados Unidos essa relação aumentou 179,0% entre 1946 e 1984, passando de 1,48 para 4,13.

Bittar (1997) cita dados do Programa de Controle de Qualidade da Associação Paulista de Medicina relativos ao informativo CQH, mostrando que em 9 hospitais gerais e em 3 maternidades, sendo 2 públicas,

todas com atendimento à nível secundário, a relação funcionários/leito foi de 4,21.

Finalmente, Bittar (1992) em um trabalho com hospitais públicos de São Paulo, encontrou valores de 4 a 9 funcionários/leito. E relata que um estudo da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da SES de São Paulo estabeleceu para seus hospitais gerais um quadro de pessoal de 2,9 a 3,9 funcionários/leito.

O aumento dessa relação deve-se ao maior uso de recursos hospitalares e ao desenvolvimento da tecnologia em saúde que é complementar e não substitutiva de mão-de-obra, absorvendo cada vez mais pessoal qualificado.

Neste trabalho, ambos os hospitais não seguiram a tendência mundial de alta na relação funcionários/leito. Entretanto, os valores encontrados são maiores no HB, considerando-se ou não a inclusão de médicos. O HA apresentava uma melhor relação funcionários/leito, o que indicava que aproveitava melhor a sua mão-de-obra.

3.6.3 COMENTÁRIOS

De acordo com os critérios estabelecidos, considera-se mais produtivo o hospital que apresenta:

a) menor tempo médio de permanência;

b) maior índice de renovação;

c) menor índice intervalo de substituição;

d) menor número de funcionários por leito/cama.

(Bittar, 1994)

É interessante notar, entretanto que, apesar das fontes de financiamento serem menos favoráveis ao HA seu nível de produtividade - de acordo com os critérios acima apresentados - foi maior do que o do HB. Ou seja, no período estudado, as fontes de financiamento parecem ter tido pouca influência quanto aos indicadores de produtividade relacionados.

Porém, mesmo considerando-se as diferenças entre os dois hospitais no que se refere à utilização e gastos com recursos humanos, materiais e financeiros, e as fontes de financiamento, ambos apresentaram indicadores de produtividade aceitáveis segundo os parâmetros oficiais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se a escassez de estudos quanto às relações entre fontes de financiamento e eficiência hospitalar, as conclusões apresentadas a seguir podem contribuir para o desenvolvimento de pesquisas sobre essa temática.

No período estudado a relação entre as fontes de financiamento e a eficiência dos hospitais não apresentou uma relação direta. Ou seja, as condições de financiamento não foram fatores decisivos na determinação da eficiência dos hospitais pesquisados.

Mesmo com uma situação financeira desfavorável o HA apresentou um bom nível de eficiência de acordo com os critérios estabelecidos nessa pesquisa. Com um menor volume relativo de recursos, porém com um maior crescimento da produção em geral (e da produção por médico), da capacidade de utilização de leitos (com aumento da taxa de ocupação) e do número de pessoal, e com menores gastos relativos, o HA apresentou um melhor desempenho hospitalar do que o HB. Sua fonte principal de financiamento (SES e SUS) não teve influência preponderante na determinação do seu desempenho. Assim, pode-se atribuir os ganhos de eficiência ao bom gerenciamento da instituição.

O HB com uma queda significativa no volume de produção geral (e da produção por médico) e de pessoal (mas com aumento

importante no número de médicos e profissionais de enfermagem), manutenção do número de leitos (com queda na taxa de ocupação) e maiores gastos relativos (apesar de uma situação financeira mais confortável) apresentou um desempenho hospitalar com ganhos de eficiência - também de acordo com os critérios estabelecidos nessa pesquisa - porém, abaixo do verificado no HA.

Entretanto, a longo-prazo a situação financeira nos dois hospitais pode afetar o bom desempenho obtido.

No HA pelo fato de que sua receita, que dependeu basicamente da produção efetuada, não foi suficiente para evitar os déficits operacionais consecutivos (incluindo as receitas relativas às doações e receitas financeiras e diversas). Isso, pode significar dificuldades para o hospital devido a falta de investimentos em equipamentos e infra-estrutura em geral e na melhoria do processo produtivo como um todo, a perda da qualidade dos serviços oferecidos, a insatisfação dos funcionários (relacionado ao alto índice de rotatividade de mão-de-obra), assim como o estresse da direção na busca de recursos no mercado financeiro e ao crescimento constante do endividamento.

No HB, porque as receitas financeiras - que a partir de 1992 tem coberto o prejuízo operacional da instituição - dependiam em última instância das receitas operacionais (derivadas de contribuições líquidas de funcionários da indústria mantenedora no Estado de São Paulo e em menor escala da receita obtida pela venda de serviços) que não foram suficientes para fazer face às respectivas despesas da instituição.

Em suma, o crescimento das receitas operacionais era condição fundamental para a manutenção do equilíbrio financeiro dos dois hospitais estudados.

De acordo com o exposto acima, e, independentemente da origem dos recursos financeiros (setor púbico ou privado), há necessidade de readequação das fontes de financiamento dos hospitais.Isso envolve inclusive a busca de novas fontes de financiamento, já que a quase exclusividade de um canal único de financiamento mostrou suas limitações. A melhoria da utilização dos recursos humanos, materiais e financeiros nos hospitais, depende no futuro de fontes alternativas de financiamento para fazer face aos requisitos de eficiência e qualidade na prestação desses serviços.

Embora recente isso tem sido feito nos dois hospitais através da venda de serviços médicos a pacientes de convênios com empresas e pacientes particulares. A ampliação dessas fontes de financiamento foi mencionado como um objetivo estratégico pela direção dos hospitais e apresentado inclusive como uma proposta para a superação de suas dificuldades econômicas e financeiras. (ANEXO A)

Seria interessante, em outras pesquisas, verificar o alcance da readequação das fontes de financiamento com relação à eficiência e qualidade dos serviços prestados, notadamente quanto aos hospitais que estão substituindo os recursos financeiros obtidos através do SUS por recursos privados.

Finalmente, cabe mencionar que os resultados obtidos podem ser úteis para pesquisas posteriores no sentido de orientar os pesquisadores, planejadores e administradores hospitalares quanto à melhor adequação entre as fontes de financiamento disponíveis e o nível de eficiência a ser alcançado.

5. BIBLIOGRAFIA

5. BIBLIOGRAFIA

ALVES, A. ***Alguns aspectos do pensamento econômico neoclássico em saúde: uma abordagem crítica***. São Paulo, 1993 (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Economia e Administração da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

ANDERSON, H. J. CFOs see physician relations as key to financial performance. ***Hospitals***, **64**(16): 38-42, 1990.

ANDRÉ, M. Contratos de gestão, avaliação de desempenho e eficiência no setor público. ***Boletim de Conjuntura IEI/UFRJ***,**13**(2), 1993.

ASHBY, J. L. & ALTMAN, S. H. The trend in hospital output and labor productivity, 1980-1989. ***Inquiry***, **29**(Spring): 80-91, 1992.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS FABRICANTES DE PAPEL E CELULOSE (ANFPC). ***Relatório Estatístico***, 1992.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS FABRICANTES DE PAPEL E CELULOSE (ANFPC). ***Relatório Estatístico***, 1994

AZEVEDO, A. C. ***Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos***. São Paulo, 1989. (Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

BAEHR. R. A. Financially troubled hospitals: diagnosis and prescription. ***Top.Health Care Financ.***, **17**(3): 1-9, 1991.

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial - 1993. ***Investindo em saúde: indicadores de desenvolvimento mundial***. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BANCO MUNDIAL. ***A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90***. Relatório No.12655-BR. Divisão de Recursos Humanos - Região da América Latina e Caribe, 1995.

BARCELLOS, L. F. et al. Administração Financeira nos Hospitais. ***Rev. Gaúcha de Hospitais***, ***11***(1): 13-33, 1983.

BITTAR, O. J. N. V. Dimensionamento de pessoal na área hospitalar. ***Prev. em Dados***, ***7***(1): 10-18, 1992.

BITTAR, O. J. N. V. ***Produtividade em hospitais***. São Paulo,1994. (Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

BITTAR, O. J. N. V. ***Hospital: qualidade & produtividade***. São Paulo, Ed. Sarvier,1997.

BRASIL. Constituição 1988. ***Constituição: República Federativa do Brasil***. Brasília, Senado Federal, 1988. Seção II. Da Saúde.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1441/94 de 12 de agosto de 1994: reconhece as especialidades médicas para efeito de registro de qualificação de especialistas. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 16 Ago. 1994.

BRASIL, H. G. A empresa e a estratégia da terceirização. ***Rev.Adm.Emp.***, **33**(2): 6-11, 1993.

BURKE, M. Hospitals anticipate pitfalls physician payment reform. ***Hospitals***, ***64***(4): 38,42,44, 1990.

CALDWELL, J. R. A closer examination of physician responsability for expanding health care costs. ***J.Florida MA.***, ***76***(2): 265-68, 1989.

CAMPINO, A.C.C. Alternativas de financiamiento de la atención médica en América Latina y el Caribe. ***Rev.Saúde Pública***, **29**(3): 234-42, 1995.

CARVALHO, L. De F. ***Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital***. 3a. edição. São Paulo, Associação Paulista de Hospitais, 1984.

CASPAIRE, A.F. & HOOGENDOORN, D. Effects of budgeting on health care services in dutch hospitals. ***American Journal of Public Health,*** **81**(11): 1442-7, 1991.

CERNE, F. Low rates of return have hospitals searching for new investment. ***Hospitals & Health Networks***, **February 5**, 1994.

CHULIS, G. Assessing prospective payment. ***Medical Care Review***, ***48***(2), Summer, 1991.

CEPAL (COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE) ***Notas sobre la economía y el desarrollo: Balance preliminar de la economía de América Latina y El Caribe*** **1995**. (CEPAL - ONU - Nº 585/586, Diciembre 1995).

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Performance of health care organizations: place and limit on economics approaches. IN: ***Seminário Internacional Tópicos Conceituais e Metodológicos da Economia da Saúde***. Escola Nacional de Saúde Pública -ENSP, Rio de Janeiro, Janeiro de 1996. (Mimeo)

COSTENARO, O. M. V. et al. Rotatividade de pessoal: causas, consequências e propostas. ***Rev.Paul.Enf.***, ***7***(1): 40-3, 1987.

CULLIS, J. G. & WEST, P. A. ***The economics of health: an introduction***. Oxford - Great Britain, Martin Robertson & Company LTD, 1979.

D'OLEO, R. J. M. & FÁVERO. M. Utilização dos leitos hospitalares na região de Ribeirão Preto (Brasil) 1988. ***Medicina Ribeirão Preto***, **26**(1): 33-40, 1993.

ESTEVES, M. J. V. ***A utilização dos custos hospitalares em hospitais paulistas: um estudo preliminar***. São Paulo, 1992. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

FACHIN, O. ***Fundamentos de metodologia.*** São Paulo, Ed. Atlas, 1993.

FALK, J. A. ***Custos e desempenho***. São Paulo, 1981. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

FÁVERO, M. ***Estudo da duração da internação em hospitais gerais de Ribeirão Preto***. Ribeirão Preto, 1975. (Tese de Livre Docência - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).

FERNANDES, L. O. ***Custos hospitalares: técnicas, problemas, soluções***. São Paulo, Ed. LN Impressos Padronizados Ltda, v.**1**, 1993.

FETTER, R. B. et al. Case-mix definition by diagnosis related groups. ***Medical Care***, **18**(Suppl), 1980.

FLEURY, S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. ***Rev. Saúde Pública***, **29** (3): 243-50, 1995.

GIL, A.C. ***Pesquisa em Economia.*** 2ª ed. São Paulo, Ed. Atlas, 1995.

GOES,J. B. & ZHAN, C.The effects of hospital - physician integration strategies on hospital financial performance. ***Health Ser. Res.***, **30**(4): 507-30, 1995.

GRABOIS, V. & SANDOVAL, P. Caminhos para uma nova política hospitalar. In: ***Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro***. Rennes Cedex, Edicions ENSP, 1993, pp. 69-79.

IBAÑEZ, N. ***Sistema Local de Saúde de Cotia: estudo de caso***. São Paulo, 1989. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

IUDÍCIBUS, S. ***Análise de balanços***. 4a. ed. São Paulo, Ed. Atlas, 1982.

JACOBS, P. ***The economics of health and medical care: an introduction***. Baltimore, Univ.Park Press, 1980.

KOMESAROFF. P. Hard times for hospital administrators: the problem of resource allocation. ***The Medical Journal of Australia***, ***160***: 468-71, 1994.

LANA, F. C. F., et al. Características da rede hospitalar de Ribeirão Preto: categoria de financiamento, cobertura populacional e recursos humanos. ***Medicina Ribeirão Preto,*** **26**(3): 408-418, jul-set., 1993.

LASSO, H. P. Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators. ***Bull.Pan Am.Health Organ.***, **20**(4): 341-59, 1986.

LOOP, F. D. You are in charge of cost. ***Ann. Thorac. Surg.*** **60**(5): 1509-12, 1995.

MARTINELLI, M. C. S. Estudo evolutivo de indicadores hospitalares do Hospital Ana Costa. ***Qualimetria***, **5**(27): 4-16,1993.

MASSABOT, N. E. R. Interpretación de los indicadores que miden la utilización de las camas hospitalarias. ***Rev.Cub.Adm.Salud***, **4**(1): 47-58, 1978.

MATOS, A. J. de. ***Manual de custos hospitalares: uma metodologia simplificada***. São Paulo, Federação Brasileira de Hospitais, 1993.

McGUIRE. A. The theory of the hospital: a review of the models. ***Soc.Sci.Med.***, **20**(11): 1177-84,1985.

MÉDICI, A. C. ***Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização***. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1994. (AdSaúde - Série Temática).

MENDES, E. V. ***Uma agenda para a saúde***. São Paulo, Ed. Hucitec, 1996.

MICHEL, A., et al. The proprietary hospital industry: a financial analysis 1972-1982. ***Soc.Sci.Med***. **21**(3): 235-242, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Projeto de normas para elaboração de estatuto e regulamento hospitalares***. Rio de Janeiro, 1966.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Conceitos e definições em saúde***. Secretaria de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Brasília, 1977.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde: conceitos e definições - hospital geral de pequeno e médio portes, unidades sanitárias***. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1978.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. ***Manual de apuração de custos hospitalares***. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

MOLINARI, C., et al. Does the hospital board need a doctor? The influence of physician board participation on hospital financial performance. ***Med.Care***, **33**(2): 170-85, 1995.

MONTFORT, G. P. W. P. Production functions for general hospitals. ***Soc.Sci.Med***. ***15***: 87-98, 1981. (Suppl. C)

MOREIRA, D. A. Medida de produtividade em bibliotecas acadêmicas: o caso da Universidade de São Paulo. ***Rev.Ind.Qual.Prod***., **1**(2): 33-48, 1993.

NEWBRANDER, W., et al. ***Economie hospitalière et financement des hôpitaux dans les pays développment***. Géneve, Organisation Mondiale de la Santé, 1992. (WHO/SHS/NHP/92.2).

OLIVEIRA, Jr. M. de. Problemas atuais e propostas para a revisão política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. ***Saúde em Debate***, **38**: 55-69, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ***Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos***; 9ª rev.1975. São Paulo, Centro da OMS para Classificação de doenças em Portugues, 1978.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. ***Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud***. Washington, D. C., 1990. (OPS-OMS - Doc. HSD / SILOS - 11).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. ***El hospital público - tendencias y perspectivas***. Washintong, D. C., OPS - OMS, 1994.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea. ***Rev. Saúde Pública, 30***(1): 20-33, 1996.

REVISTA VEJA. ***Edição 1469***, **ano 29**(45): 21, 6 de novembro de 1996.

RUSSELL,L.B. & MANNING,C.L. The effect of prospective payment on medical expenditures. ***The New England Journal of Medicine***, **320**(7): 439-44, 1989.

SCHWARTZ, M. D., et al. Hospital cost containment in the 1980s. Hard lessons learned and prospects for the 1990s. ***The New England Journal of Medicine***. ***234***(15), 1991.

SCOTTI, R. F. Financiamento da saúde e revisão constitucional. IN: Encontro Nacional de Economia da Saúde, 1º. São Paulo, 1993. ***Anais***. São Paulo, Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1994.

SILVA, A. A. da. ***Empresa pública - Hospital de Clínicas de Porto Alegre: Um modelo eficaz***. Porto Alegre, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, s.d.

SLOAN, F. A. & VALVONA, J. Why has hospital lenght of stay declined? An evaluation of alternative theories. ***Soc.Sci.Med***., *22*(1): 63-73,1986.

SPENCER, D. S. Contribution of hospital management firms to quality, cost-effective health care. ***Topics Health Care Finan***., **6**(4): 1-9, 1980.

WILLIAMSON, J. W. ***Assessing and improving health care outcomes***. Cambridge, Ballinger, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Evaluation of recent changes in the financing of health services***. Geneva, WHO, 1993. (WHO - Technical Report Series, 829).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***A participatory approach for reducing costs in the public hospitals of the Canton de Vaud***. Geneva, WHO - Task force on health economics, 1995. (WHO/TFHE/951).

A N E X O S

ANEXO A

ROTEIRO DE INQUÉRITO HOSPITALAR

1- DADOS GERAIS

Razão Social_____

_____

Natureza Jurídica_____

Nome da Instituição Mantenedora_____

_____

Nome do Hospital_____

Atividades desenvolvidas: 1.Sim 2.Não

Preventiva ( )
Terapêutica ( )
Ensino ( )
Pesquisa ( )
Reabilitação ( )
Outras ( )_____

Contratos e Convênios assistênciais: 1.Sim 2.Não

Inamps (SUS) ( )
Orgão Municipal ( )
Orgão Estadual ( )
Orgão Federal ( )
Empresas ( )
Particular ( )
Outros ( )_____

2- ESPECIALIDADES MÉDICAS:_____

_____

_____

_____

_____

3- ENTIDADE JURÍDICA

Data da fundação do hospital _____/_____/_____

Tem estatuto e regulamento ou regime interno?: Sim ( ) Não ( )
(Juntar exemplares)

Organograma e histórico do hospital: Sim ( ) Não ( )
(Juntar exemplares)

4- ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL

A administração é: centralizada ( ) descentralizada ( )? Justificar.

_____

_____

_____

_____

Política de recursos humanos: Sim ( ) Não ( )
Se "sim": Qual?_____

_____

_____

_____

_____

Recrutamento:_____

Seleção:_____

Admissão: _____

Treinamento: (frequência, tipo)_____

_____

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Plano de cargos e salários: Sim ( ) Não ( )

Benefícios: Sim ( ) Não ( )
Se "Sim" quais?

_____

_____

Política de promoções: Sim ( ) Não ( ) Como?

_____

_____

_____

Reaproveitamento interno: Sim ( ) Não ( ) Como?

_____

_____

_____

Sistema de avaliação: Sim ( ) Não ( ) Qual?

_____

_____

_____

Assistência médica: Própria ( ) SUS ( ) Outra ( ) Qual?

_____

Auditorias externas: Sim ( ) Não ( ) Qual?

_____

Em quais áreas:_____

_____

Serviços de terceiros (mesmo temporário) Sim ( ) Não ( )

Discriminar:_____

_____

Contabilidade de Custos: Sim ( ) Não ( )

_____

Programa de gestão e melhoria contínua da qualidade Sim ( ) Não ( )
(Descrever)_____

_____

_____

5- SITUAÇÃO ECONÔMICA-FINANCEIRA

Demonstração da receita e despesa (Anexar Balanços)

Percentual de investimento e de custeio (discriminar)

_____

_____

FONTES DE FINANCIAMENTO

SUS Sim ( ) Não ( )

SEGURO SAÚDE Sim ( ) Não ( )

Qual (is)?

_____

_____

MEDICNA DE GRUPO Sim ( ) Não ( )

Qual (is)?_____

_____

PLANOS DE AUTOGESTÃO Sim ( ) Não ( )

Qual (is)?_____

PARTICULARES Sim ( ) Não ( )

Qual(is)?_____

_____

Existe pagamento por produtividade?: Sim ( ) Não ( )

Áreas:_____

Existe incentivo à melhoria dos serviços?: Sim ( ) Não ( )

Quais?:_____

_____

Proposta (política) do hospital para superar a crise:

_____

_____

_____

_____

_____

6. EDIFICAÇÕES, INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Prédio:

Data de início do funcionamento _____/_____/_____

Área construída:_____

Qual o estado de conservação? Bom ( ) Regular ( )

Houve remodelações? Sim ( ) Não ( )

Data das reformas substanciais: _____/_____/_____

Obras de ampliação: Sim ( ) Não ( )

Equipamentos de alta tecnologia existentes: _____

_____

_____

Informática:

Tipo de equipamento:_____

Número:_____

Programas:_____

7- SISTEMA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (SIPAC):

1. Sim ( ) 2. Não ( )

AIDS ( )

CARDIOVASCULAR ( )

MENTAL ( )

OFTALMOLOGIA ( )

ONCOLOGIA ( )

ORTOPEDIA ( )

SANGUE ( )

8- ÁREA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

ÁREA MÉDICA

CORPO CLÍNICO

Características:

Aberto ( ) Fechado ( )

Médicos contratados ( ) Conveniados ( ) Autonômos ( ) Outros ( ):

_____

Trabalham os médicos em Regime de Tempo Integral? Sim ( ) Não ( )

Em caso negativo, qual o número de horas diárias exigidas?_____

_____

Há médicos residentes no hospital? Sim ( ) Não ( )

Se "Sim" quantos?_____

Há internos no hospital? Sim ( ) Não ( )

Se "Sim" quantos?_____

Médicos plantonistas? Sim ( ) Não ( )

ÁREA DE ENFERMAGEM

Possui a área estagiários, alunos, aprimorandos? Sim ( ) Não ( )

Cursos e treinamentos Sim ( ) Não ( )

Horário de funcionamento do serviço (tipo de turnos)_____

_____

NOME E CARGO DO INFORMANTE_____

_____

_____

ANEXO B

ESPECIALIDADES MÉDICAS DE ACORDO COM O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1994.

1- Administração Hospitalar
2- Alergia e Imunologia
3- Anestesiologia
4- Angiologia
5- Broncoesofagologia
6- Cancerologia
7- Cardiologia
8- Cirurgia Cabeça e Pescoço
9- Cirurgia Cardiovascular
10-Cirurgia de Mão
11-Cirurgia Geral
12-Cirurgia Pediátrica
13-Cirurgia Plástica
14-Cirurgia Toráxica
15-Cirurgia Vascular
16-Citopatologia
17-Dermatologia
18-Eletroencefalografia
19-Endocrinologia e Metabologia
20-Endoscopia Digestiva
21-Fisiatria
22-Foniatria
23-Gastroenterologia
24-Genética Clínica
25-Geriatria
26-Ginecologia
27-Hansenologia
32-Mastologia
33-Medicina Geral Comunitária
34-Medicina Interna
35-Medicina Esportiva
36-Medicina Legal
37-Medicina Nuclear
38-Medicina Sanitária
39-Medicina do Trabalho
40-Nefrologia
41-Neurologia Pediátrica
42-Neurocirurgia
43-Neurofisiologia Clínica
44-Neurologia
45-Nutrologia
46-Obstetrícia
47-Oftalmologia
48-Ortopedia e Traumatologia
49-Otorrinolaringologia
50-Patologia
51-Patologia Clínica
52-Pediatria
53-Pneumologia
54-Proctologia
55-Psiquiatria
56-Radiologia
57-Radioterapia
58-Reumatologia

28-Hematologia

29-Homeopatia

30-Hemoterapia

31-Infectologia

59-Sexologia

60-Terapia Intensiva

61-Tisiologia

62-Urologia