**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE**

**O CÁLCULO DO VALOR ECONÔMICO AGREGADO À SOCIEDADE
POR HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS:
UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMRP – USP**

Carlos Alberto Grespan Bonacim

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Maria Procópio de Araújo

RIBEIRÃO PRETO

2006

Profa. Dra. Suely Vilela
Reitora da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Rudinei Toneto Júnior
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Profa. Dra. Maísa de Souza Ribeiro
Chefe do Departamento de Contabilidade

Profa. Dra. Rosana Carmen de Meiroz Grillo Gonçalves
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade

CARLOS ALBERTO GRESPAN BONACIM

**O CÁLCULO DO VALOR ECONÔMICO AGREGADO À SOCIEDADE
POR HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS:
UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMRP – USP**

Dissertação apresentada ao Departamento de Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para a obtenção do título de Mestre em Controladoria e Contabilidade.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Maria Procópio de Araújo

RIBEIRÃO PRETO

2006

Dissertação defendida e aprovada no Departamento de Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade, pela seguinte banca examinadora:

FICHA CATALOGRÁFICA

Bonacim, Carlos Alberto Grespan

O Cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade por Hospitais Universitários Públicos: um Estudo de Caso no Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Ribeirão Preto, 2006.

157 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Controladoria e Contabilidade.

Orientadora: Araujo, Adriana Maria Procópio de.

1. Controladoria Pública. 2. Hospitais Universitários Públicos. 3. Prestação de Contas. 4. Resultado Econômico. 5. Valor Econômico Agregado à Sociedade.

**Dedico este trabalho à minha doce Débora,
pelo amor, apoio, carinho e compreensão.
Aos meus pais, Miltão e Vânia, e ao meu irmão João Luís,
por representarem a origem de tudo que sou.**

Agradeço a Deus, por cada dia, por cada prece atendida. Agradeço a Ele, hoje e sempre.

Agradeço a minha Débora, minha vida, pelo carinho, amor e dedicação. Dé, muito obrigado!

Meu muito obrigado aos meus pais e ao meu irmão, por tudo. Pai, Mãe, “Jão”, Vó Santina, tia Rosa e tio Neto, Vó Pina (que hoje reza para mim, lá de cima!), que família abençoada. Obrigado sim, pelo apoio, pela preocupação, pelo carinho e principalmente pelo amor.

Um agradecimento especial à Adriana, minha orientadora. Obrigado pelos ensinamentos e principalmente pelo convívio. Agradeço não só pela orientação neste trabalho, mas pelo exemplo enquanto profissional e pessoa que você me representa. Ainda espero ter o prazer de trabalhar contigo. Muito obrigado por tudo.

Agradeço a atenção, disposição e amizade do superintendente do HCFMRP-USP, Prof. Dr. Milton Roberto Laprega, da dirigente da AT, Maria Eulália Lessa do Valle Dallora, e dos amigos Ilza, Carmem, Zara, Sílvia, Luciane, Telma, Cláudia, Marcus, Rita, Eduardo, Maria Bordingon, Rosângela e Wilson Góes. Agradeço também a fundamental colaboração da FAEPA pelo fornecimento dos dados.

Aos professores Roni e Fabiano, meu muito obrigado pelas sugestões e muitas contribuições dadas a este trabalho, pela disposição e pelo aprendizado que me proporcionaram.

Agradeço a todos os meus professores do mestrado e da FEA Ribeirão Preto, pelo que cada um representou para a minha formação. Muito obrigado a todos, em especial, aos professores Maísa, Rosana, Assaf, Lena, Evandro, Sílvio e Maurício.

Agradeço a todos os meus amigos, em especial meus colegas de mestrado, da nossa inesquecível turma. Aos irmãos que fiz nesta vida, meus queridos Andréia Maciel, Adriana Silva, Marcelo Ambrozini, Paula Nardi, Ricardo, Renê, Fábio, Paulo Sérgio, Lucileni e Mariana, obrigado por tudo.

Também aos colegas lá do Centro de Informações e do Laboratório de Pesquisa, muito obrigado pelos agradáveis e inesquecíveis momentos. Quanto tempo juntos!

Irani e meninas do departamento, Eduardo e Érika, muito obrigado pelos inúmeros favores, pela atenção em cada atendimento e principalmente pela torcida.

O desenvolvimento inicial desta pesquisa contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), meu muito obrigado!

E finalmente, a todos aqueles que, ao longo da minha vida, contribuíram para o cumprimento de mais esta etapa importante. Que Deus abençoe a todos, muito obrigado!

**“Plante uma palavra de amor bem no fundo
do coração de uma pessoa. Regue-a com um
sorriso e uma oração e veja o que acontece.”**

Max Lucado

RESUMO

A crescente atuação da sociedade nos processos de discussão e de tomada de decisões relacionados com as políticas públicas incentiva a gestão pública no Brasil a buscar mecanismos para demonstrar eficiência e transparência na aplicação de recursos. Dentro da esfera pública, o setor de saúde é destaque em termos de alocação de recursos, por isso, apresenta acentuadas necessidades de planejamento, avaliação e prestação de contas das atividades desenvolvidas. Este trabalho adotou o modelo conceitual de mensuração do resultado econômico em entidades públicas e teve como objetivo principal calcular o valor econômico agregado à sociedade por Hospitais Universitários Públicos, segundo os preceitos da Gestão Baseada em Valor. Para consecução deste propósito, conduziu-se um estudo de caso no Hospital das Clínicas da FMRP-USP, avaliando seu desempenho econômico em um período de três anos. Para interpretação dos resultados utilizou-se a Análise por Envoltória de Dados que categorizou os departamentos do hospital estudado em eficientes e ineficientes. Este estudo revelou que o valor econômico agregado à sociedade no longo prazo pela entidade é positivo. Essa medida de valor proposta indicou que a sociedade está obtendo um retorno superior ao custo de oportunidade do capital investido, ou seja, o hospital está construindo valor econômico e, conseqüentemente, contribuindo para o bem estar social. Adicionalmente, o estudo demonstrou que a teoria da Gestão Baseada em Valor pode ser adaptada como uma ferramenta para avaliação de desempenho de entidades públicas, adotando-se a perspectiva do cidadão como investidor. Finalmente, os gestores de hospitais universitários públicos podem aprimorar o processo de tomada de decisões utilizando o cálculo do valor econômico agregado à sociedade, porque foi constado que esta medida de valor econômico tem sensibilidade para identificar os direcionadores de valor econômico a serem enfatizados na gestão de curto e longo prazos.

Palavras-chaves: gestão pública. hospitais universitários públicos. gestão baseada em valor. direcionadores de valor. valor econômico agregado à sociedade.

ABSTRACT

The increasing performance of the society in the processes of discussion and taking decisions related to public politics stimulates public administration in Brazil to search for mechanisms to demonstrate efficiency and disclosure in resources application. Within public sphere, the health sector is prominence in terms of allocation of resources; therefore, it presents accented necessities of planning, evaluation and accounts rendering of the developed activities. This work has adopted the conceptual measurement model of economic result in public entities and it has had as main objective to calculate the economic value added to the society by Public University Hospitals, according to the precepts of Value Based Management. For achievement of this intention, a study of case in the “Hospital das Clínicas da FMRP-USP” has been carried out, evaluating its economic performance in a period of three years. For interpretation of the results it has been used Data Envelopment Analysis that categorized the efficient and inefficient departments of the hospital studied. This study has shown that the economic value added to the society in the long term by the entity is positive. This proposed value measure has indicated that the society is getting a superior return at the opportunity costs of capital invested, or either, the hospital is constructing economic value and consequently contributing for the welfare state. Additionally, the study has demonstrated that the theory of Value Based Management can be adapted as a tool for performance evaluation of public entities, adopting the perspective of the citizen as a shareholder. Finally, the managers of public university hospitals are able to improve the taking decisions process using the economic value added to the society calculation because it has been consisted that this measure of economic value has sensitivity to identify which value drivers should be emphasized in short and long term management.

Keywords: *public administration. public university hospitals. value based management. value drivers. economic value added to the society.*

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas	3
Lista de Quadros	5
Lista de Tabelas	6
Lista de Figuras	7
Lista de Gráficos.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
Antecedentes do Problema e Justificativa do Trabalho.....	11
Questão Orientadora da Pesquisa	12
Objetivos da pesquisa	13
Questões Secundárias da Pesquisa	14
Estrutura do Trabalho	14
1 O PAPEL DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	16
1.1 O Hospital como empresa social e o vínculo entre Hospital e Sociedade no Brasil	17
1.2 Os Hospitais Universitários (HU): uma contextualização.....	21
2 A GESTÃO BASEADA EM VALOR E A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	25
2.1 Definição de Gestão Baseada em Valor	26
2.2 O processo da Gestão Baseada em Valor	28
2.3 O Valor Econômico Agregado ou Adicionado (EVA®).....	35
3 VALOR ECONÔMICO AGREGADO POR ENTIDADES PÚBLICAS COM CÁLCULO FUNDAMENTADO NOS PRECEITOS DA GESTÃO BASEADA EM VALOR	41
3.1 Avaliação de desempenho econômico em entidades públicas: considerações preliminares	41
3.2. Desenvolvimento do indicador de valor econômico agregado por entidades públicas com cálculo fundamentado nos preceitos da Gestão Baseada em Valor (GBV).....	48
3.3 Metodologia <i>Social Return on Investment</i> (SROI).....	53
4 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	56
4.1 Protocolo do estudo de caso	58
4.2 Coleta e análise de dados: métodos e instrumentos.....	59

5	ESTUDO EMPÍRICO: CÁLCULO DO VALOR ECONÔMICO AGREGADO À SOCIEDADE PELO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP	65
5.1.	O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP	65
5.1.1	O Sistema de Orçamento do HCFMRP-USP	68
5.1.2	O Sistema de Custeio do HCFMRP-USP	69
5.2.	Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) e do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS)	70
5.2.1.	Cálculo da Receita Econômica	72
5.2.2.	Cálculo do Resultado Econômico Operacional ou Lucro Operacional	77
5.2.3.	Cálculo do VECP e do VEAS pelo HCFMRP-USP	78
5.2.4.	Análise dos resultados do cálculo do valor econômico agregado à sociedade (VECP e VEAS) pelo HCFMRP-USP (GLOBAL)	82
5.2.5.	Cálculo do valor econômico agregado à sociedade (VECP e VEAS) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO)	86
5.2.5.1.	Análise dos resultados do cálculo do valor econômico agregado à sociedade (VECP e VEAS) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO)	92
6	CONCLUSÃO	103
6.1	Conclusões e implicações	103
6.2	Limitações do estudo, perspectivas e sugestões para pesquisas futuras	110
6.3	Considerações finais	112
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICES	122
	ANEXOS	143

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB – Associação Médica Brasileira

ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino

BP – Balanço Patrimonial

CAPM – *Capital Asset Pricing Model* ou Modelo de Precificação de Ativos

CMPC – Custo Médio Ponderado de Capital

CFC – Conselho Federal de Contabilidade

CH – Coeficiente de Honorário

CIREP – Centro de Cirurgia de Epilepsia

CVM – Comissão de Valores Mobiliários

DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

DDF – Demonstração da Dívida Flutuante

DEA - *Data Envelopment Analysis*

DIR – Direções Regionais de Saúde

DMU – *Decision Making Units*

DRE – Demonstração do Resultado do Exercício

DVP – Demonstração das Variações Patrimoniais

EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

EF – Eficiente

EVA[®] - *Economic Value Added* ou Valor Econômico Agregado

FAEPA – Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP

FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde

GAD – Grupo de Avaliação de Desempenho

GBV – Gestão Baseada em Valor

HC – Hospital das Clínicas

HCFMRP-USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

HU – Hospitais Universitários

IBRACON – Instituto dos Auditores Independentes do Brasil

IFES – Instituições Federais de Ensino Superior

INEF - Ineficiente

INV – Investimento

IPEADATA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

KPIs – *Key Performance Indicators*

LOA – Lei Orçamentária Anual

LOP – Lucro Operacional

LPA – Lucro por Ação

MEC – Ministério da Educação

MVA – *Market Value Added* ou Valor de Mercado Agregado

MS – Ministério da Saúde

NVP – Valor Presente Líquido

PL – Patrimônio Líquido

PEC – Programas de Educação Continuada

POS – Proposta Orçamentária Setorial

REDF - *The Roberts Enterprise Development Fund*

SELIC – Sistema Especial de Liquidação e de Custódia

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

SROI – *Social Return on Investment* ou Retorno sobre o Investimento Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UE – Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas

VEAS – Valor Econômico Agregado para a Sociedade

VECP – Valor Econômico Agregado de Curto Prazo

LISTA DE QUADROS

Quadro 3.1 – Medidas de cálculo do valor agregado para a entidade pública	51
Quadro 3.2 – Definição dos indicadores do modelo SROI calculados na primeira fase.....	55
Quadro 5.1 – Relatório de Faturamento enviado ao SUS.....	73
Departamento de Neurologia da Unidade de Emergência (UE).....	73
Quadro 5.2 – Resumo dos resultados dos cálculos do VECP e VEAS	90
para os departamentos do HCFMRP-USP (em R\$)	90
Quadro 5.3 – Estrutura das relações entre <i>inputs</i> e <i>outputs</i> (DEA).....	94
Quadro 5.4 – Resumo das classificações gerais dos departamentos do HCFMRP-USP	96
Quadro 5.6 – Exemplo do Faturamento a valores de Mercado – FAEPA (Ambulatório e Internação) do Departamento de Neurologia - 4º Trimestre de 2005.....	126
Quadro 5.7 – Resumo dos resultados da aplicação da DEA nos departamentos do HCFMRP- USP	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Centros de Custos do HCFMRP-USP.....	69
Tabela 5.2 - Comparativo Receita Contábil (SUS) versus Receita Econômica (FAEPA).....	76
Tabela 5.3 – Resultado Econômico Operacional.....	78
Tabela 5.4 – Valor Econômico Agregado de Curto Prazo	79
Tabela 5.5– Valor Econômico Agregado para a Sociedade	81
Tabela 5.6 – Valor Econômico Agregado de Curto Prazo	88
Tabela 5.7 – Valor Econômico Agregado para a Sociedade	88
Tabela 5.8 – Tamanhos amostrais (n).....	97
Tabela 5.9 – Aplicação do teste de hipóteses (não- paramétrico) para as categorizações por ano	99
Tabela 5.10 – Aplicação do teste de hipóteses (não- paramétrico) para as categorizações do período total.....	101
Tabela 5.11 – Exemplo de formação de preço do hospital baseado nos valores da FAEPA (R\$).....	129
Tabela 5.12 – Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) para o ano de 2003 (R\$).....	132
Tabela 5.13 – Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) para o ano de 2004 (R\$).....	133
Tabela 5.14 – Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) para o ano de 2005 (R\$).....	134
Tabela 5.15 – Cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) para o ano de 2003 (R\$).....	135
Tabela 5.16 – Cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) para o ano de 2004 (R\$).....	136
Tabela 5.17 – Cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) para o ano de 2005 (R\$).....	137

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 – Visão sintética da Gestão Baseada em Valor	28
Figura 2.2 – Direcionadores de valor: micro e macro	31
Figura 2.3 – Direcionadores de valor: micro e macro	33
Figura 2.4 – Visão sintética de uma Gestão Baseada em Valor adaptada ao Setor Público	40
Figura 3.1 – Fluxo de Prestação de Contas e Avaliação de Desempenho no Setor Público	42
Figura 3.2 – Estrutura básica de uma DRE e os efeitos da atuação	46
de uma empresa privada na comunidade	46
Figura 4.1 – Estrutura dos indicadores técnico-operacionais do Hospital das Clínicas da FMRP-USP	61
Figura 4.2 – Fronteira de eficiência da DEA.....	63
Figura 5.2 – Ilustração do cálculo de conversão dos valores “SUS” para valores “Mercado”	74
Figura 5.3 – Fronteira de eficiência da DEA para os departamentos do HCFMR-USP (2005)	93

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1 – Evolução do número de consultas do HCFMRP-USP.....	83
Gráfico 5.2 – Evolução do número de internações do HCFMRP-USP..	84
Gráfico 5.3 – Evolução do número de cirurgias do HCFMRP-USP.....	85

INTRODUÇÃO

Desde a década de 90, a gestão pública no Brasil está passando por grandes mudanças incentivadas por reivindicações sociais que pedem maior eficiência, transparência e eficácia na aplicação dos recursos públicos.

A força da sociedade como agente de mudança, emerge da superação de um regime militar e foi construída ao redor da expansão da cidadania e do aprofundamento da democracia, cujo marco formal é a Constituição Brasileira de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”, incluiu mecanismos de democracia direta e participativa. Entre eles, o estabelecimento de Conselhos Gestores de Políticas Públicas, nos níveis municipal, estadual e federal, com representação paritária do Estado e da sociedade civil, destinados a formular políticas sobre questões relacionadas com a saúde, crianças e adolescentes, assistência social, mulheres etc.

Essas transformações impulsionam o Estado brasileiro e as entidades públicas a preocuparem-se com novos mecanismos de gestão, voltados principalmente à implementação de processos de melhoria contínua, planejamento, avaliação e prestação de contas das atividades desenvolvidas.

A crença de que a melhoria das condições sociais do país passa pela participação ativa da sociedade civil, nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionados com as questões e políticas públicas, determinou o desenvolvimento desta pesquisa que visa contribuir com uma visão mais integrativa da empresa pública e de seu relacionamento com o cidadão (contribuinte).

Todas as empresas necessitam de fundos para desenvolver suas atividades operacionais. Segundo Gitman (1997) as três formas legais básicas de organização de uma empresa são: firma individual - uma empresa de propriedade uma única pessoa que a opera visando a seu próprio lucro; sociedade - consiste de dois ou mais proprietários dirigindo conjuntamente um empreendimento, com fins lucrativos; sociedade anônima – entidade empresarial intangível, criada por lei, cujos donos são os acionistas, em vista de seu patrimônio na forma de ações.

Já as “entidades públicas são as que produzem produtos ou serviços que visam ao bem-estar da sociedade [...], as entidades públicas governamentais são todas as do quadro de administração direta e indireta da União, do estados, do distrito federal e dos municípios, as autarquias e as fundações instituídas e mantidas pelo poder público” (SLOMSKI, 2005, p. 35).

Desta maneira, os cidadãos (contribuintes) que disponibilizam os recursos para o Estado podem ser equiparados aos proprietários ou acionistas das empresas privadas. Assim, a sociedade pode cobrar das entidades públicas governamentais uma atuação mais parecida com a de organizações privadas e exigir, como eles, eficiência na aplicação dos recursos públicos.

Um relatório gerado com a avaliação de uma empresa privada é capaz de influenciar as percepções dos proprietários ou acionistas acerca da empresa e suas perspectivas futuras. Da mesma forma, o cálculo do valor agregado à sociedade é uma importante ferramenta para promover a transparência na gestão pública e ampliar o grau de *accountability*¹, devido às informações que pode revelar sobre a eficiência econômica da empresa.

O presente trabalho procura acompanhar o que existe na gestão contemporânea de empresas, efetuando a devida adequação às condições das entidades públicas. Nesse contexto é que se justifica, a adaptação da teoria de Gestão Baseada em Valor com a finalidade de servir como ferramenta para a prática gerencial de avaliação do desempenho de empresas públicas.

Mais especificamente, este trabalho adotou o modelo conceitual de mensuração do resultado econômico em entidades públicas de Slomski (1996), que possui os seguintes pressupostos: o cidadão compõe o corpo contribuinte das fontes de recursos para a manutenção da entidade pública; a entidade pública tem como missão a prestação de serviços para o desenvolvimento e o bem-estar social da coletividade; e se não existisse o serviço público, em um país capitalista e com mercado competitivo, o cidadão buscaria o menor preço de mercado a vista para a contratação de serviços.

¹ Prestação de contas por meio de instrumentos que facilitem a transparência – “[...] relatórios que façam com que o cidadão possa fazer comparações com resultados privados e, assim, sentir-se confortável ao ver que a gestão pública está sendo eficiente no gasto dos recursos públicos [...]” (SLOMSKI, 2005, p. 133).

Antecedentes do Problema e Justificativa do Trabalho

O Governo Federal (2004) define como serviços públicos essenciais: a seguridade social (previdência, assistência e saúde) e a educação. Estes serviços enquadram-se na dimensão estratégica social do plano de governo.

Por meio do Ministério da Fazenda o Governo Federal, aprovou o orçamento social para o período de 2001 a 2004, que destinou aproximadamente 1,80% do Produto Interno Bruto do país para “gastos diretos” em saúde, o que representa 31,8 bilhões de reais.

Vale ressaltar que este investimento viabiliza-se por meio da ação do Estado em arrecadar impostos e transferir benefícios. É oportuno esclarecer também que as “despesas” com hospitais de ensino, realizadas pelo Ministério da Educação, foram classificados como gasto na área de saúde, e não como “gasto” em educação no Orçamento Social do Governo Federal 2001-2004.

O “gasto” em saúde é o segundo maior dentro do Orçamento Social do Governo Federal 2001-2004, perde apenas para o repasse à previdência social. Portanto, o investimento da sociedade em saúde é bastante significativo.

Além disso, conforme Barbosa (1996), não existem instrumentos contratuais que estabeleçam claramente as prerrogativas, as obrigações, as metas e, muito menos, os critérios de avaliação do desempenho das políticas de saúde pública e de prestação de contas. Por isso, deve-se empenhar esforços para desenvolver pesquisas sobre a avaliação do retorno desse investimento.

Essas constituem as justificativas para a realização de um estudo de caso, com enfoque cálculo do valor agregado à sociedade pelas decisões operacionais e financeiras e seus direcionadores de valor. Selecionou-se, por conveniência, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), para conhecer a realidade de um hospital universitário público sob o prisma da Gestão Baseada em Valor.

O estudo de caso não visa avaliar a eficácia do hospital universitário público, ou seja, a “qualidade” na resposta da demanda dos clientes. Mas sim a eficiência econômica na prestação de serviços. Apesar da eficácia também ser uma dimensão importante dos serviços de saúde, opta-se por pesquisar o tema eficiência econômica para proporcionar uma abordagem de contabilidade ao problema.

Nos hospitais universitários públicos, questões relacionadas à eficiência econômica aparecem com nível de complexidade acentuado, porque além da prestação da assistência médica, essas entidades realizam atividades de ensino e pesquisa e, ainda, devem ser um referencial em tecnologia. Os gestores precisam administrar todos esses fatores de modo a manter o equilíbrio financeiro da instituição.

Cabe ainda aos gestores prestar contas ao governo e à sociedade sobre a utilização dos recursos públicos. As informações de orçamento e custos associadas aos indicadores de produção e aos relatórios financeiros são importantes no planejamento e na tomada de decisão. Constituem, portanto, instrumentos de gestão para a superação dos desafios impostos pela atualidade.

Naturalmente, discussões sobre a viabilidade financeira de hospitais universitários públicos já vêm de longa data. Mas pretende-se contribuir com o desenvolvimento da literatura na área de gestão pública, refletindo sobre o desempenho econômico dessas entidades.

Questão Orientadora da Pesquisa

Considerando o interesse em contribuir para a melhoria do processo de gestão de avaliação de investimentos realizados pela sociedade (Estado) em hospitais universitários públicos, pretende-se, com esse estudo, responder à seguinte questão orientadora de pesquisa:

Como apurar o valor econômico agregado à sociedade por Hospitais Universitários Públicos?

Objetivos da pesquisa

Assim, em consonância com a questão estabelecida, o objetivo geral deste trabalho é: **demonstrar como pode ser calculado o valor econômico agregado à sociedade por Hospitais Universitários Públicos.**

Para alcançar o objetivo geral proposto, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- 1) discutir o papel dos Hospitais Universitários Públicos no Sistema Único de Saúde (SUS);
- 2) apresentar a teoria da Gestão Baseada em Valor (GBV) como ferramenta para avaliação de desempenho;
- 3) propor adaptações à teoria de Gestão Baseada em Valor (GBV) para aplicação em entidades públicas;
- 4) definir os direcionadores de valor econômico à sociedade por Hospitais Universitários;
- 5) aplicar um estudo de caso em um Hospital Universitário Público;
- 6) analisar o valor econômico agregado à sociedade pelo Hospital Universitário Público selecionado para estudo.

Definidos o tema e os objetivos da pesquisa, o próximo passo é definir o método científico a ser adotado. Richardson (1999, p. 22) define método como “o caminho ou a maneira para chegar a determinado fim ou objetivo”.

Adota-se o estudo de caso (pesquisa de campo) como método de pesquisa para este trabalho. Pois a pesquisa de campo é frequentemente empregada em investigações que procuram avaliar a eficácia de um conjunto de processos para auxiliar a sociedade. Apóia-se em métodos, técnicas, instrumentos e outros procedimentos, com o intuito de fornecer resultados pertinentes que venham ao encontro dos objetivos do pesquisador (FACHIN, 2003, p. 134).

Considerou-se a condução do estudo de caso como a parte empírica do trabalho, com a utilidade de testar as adaptações da teoria de Gestão Baseada em Valor para aplicação em entidades públicas, bem como demonstrar uma maneira de calcular o valor econômico agregado à sociedade por essas entidades.

O presente estudo de caso possui um caráter exploratório. Embora contribua com o estado do conhecimento atual suas generalizações podem ser consideradas restritas. Além disso, o escopo desta pesquisa foi o cálculo do valor agregado à sociedade por um hospital universitário público brasileiro, por meio de sua prestação de serviços assistenciais. Desta maneira, o cálculo não abrangeu a receita econômica advinda das atividades de ensino e pesquisa também executadas por essa entidade.

Este estudo de caso contemplou uma análise das receitas econômicas do hospital universitário público estudado no período de 2003 a 2005. Embora a literatura contábil recomende atualizar os valores de cada período pela correção monetária para efeito de comparação, neste estudo optou-se por não atualizar os valores, pois durante esses anos a tabela de ressarcimento do Sistema Único de Saúde, utilizada para dimensionar o valor dos serviços assistenciais, não sofreu reajuste.

Questões Secundárias da Pesquisa

De acordo com as informações apresentadas e os objetivos propostos, elaboraram-se questões secundárias que retratam o conjunto inteiro de interesses da pesquisa e, em essência, servem para manter o pesquisador no caminho certo à medida que avançar na condução do estudo.

- 1) Como a teoria da Gestão Baseada em Valor pode ser adaptada como ferramenta para avaliação de desempenho de entidades públicas?
- 2) Como os hospitais universitários públicos podem agregar valor econômico à sociedade?
- 3) Como os gestores de hospitais universitários públicos podem aprimorar o processo de tomada de decisões utilizando o cálculo do valor econômico agregado à sociedade por essas entidades?

Estrutura do Trabalho

Este trabalho está organizado em seis capítulos. Após a contextualização do problema na introdução, o primeiro capítulo realiza uma compilação da literatura existente sobre os hospitais universitários, abordando o seu papel, as suas características e obstáculos mais comuns enfrentados por essas entidades.

O segundo capítulo apresenta a Gestão Baseada em Valor como ferramenta para a avaliação de desempenho econômico para as empresas do setor privado, discute a importância dos direcionadores de valor em um modelo de gestão baseada em valor, traduzindo os direcionadores de valor para os hospitais universitários (setor em análise).

Por sua vez, o terceiro capítulo discute a compatibilidade da Gestão Baseada em Valor com as organizações públicas, com vistas a possibilitar o desenvolvimento de um instrumento de avaliação que inicialmente foi desenvolvido para empresas privadas.

No quarto capítulo é apresentada a metodologia da pesquisa, que tem caráter exploratório de natureza qualitativa.

O quinto capítulo aborda o caso empírico, descrevendo o contexto organizacional e o cálculo do valor econômico agregado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (unidade de análise); realiza-se, também a análise e a discussão dos resultados encontrados. Finalmente, no sexto capítulo, apresentam-se as conclusões, limitações do estudo e as considerações finais da pesquisa.

Espera-se como resultado desta pesquisa auxiliar na melhoria no processo decisório dos hospitais universitários públicos, por meio do valor econômico agregado à sociedade, baseado nos preceitos da Gestão Baseada em Valor e adaptado às peculiaridades dessas instituições. E também, contribuir para a futura formação de um indicador de desempenho, para que estas organizações possam evidenciar o impacto social de sua atuação e, como consequência disto, certamente, atrair mais investimentos, maximizando a possibilidade de servirem à sociedade.

1 O PAPEL DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Para calcular o valor econômico agregado à sociedade por Hospitais Universitários Públicos é fundamental contextualizar e entender este setor, em especial, discutir o papel dos Hospitais Universitários Públicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Campos (1999), Cordeiro (2001) e Matos e Pompeu (2003), nos estudos em Saúde Pública, categorizam os hospitais em: (i) públicos municipais, estaduais e federais (com capital e recursos estatais); (ii) privados (contratados e de entidades de classe); e (iii) universitários (ensino e pesquisa).

Por sua vez, o presente trabalho adota a terminologia Hospitais Universitários Públicos como referência a instituições de ensino e pesquisa subsidiadas exclusivamente por recursos públicos. Pois, a categorização de hospital universitária, supra citada, não distingue a origem do recurso que os financia.

Nessa parte do trabalho, se discute as principais funções dos hospitais, em especial a função social. A importância dos hospitais universitários na organização da rede de assistência à saúde é indiscutível, seja pelo tipo de serviços assistenciais ofertados (consultas, exames e cirurgias com alto nível de especialização), seja pelo considerável volume de recursos consumidos.

Entretanto, o enfraquecimento da seguridade social na América Latina (o que inclui a realidade brasileira), conforme Leeder (1992), Vergara (2000) e Cordeiro (2001), proporcionou dificuldades associadas à manutenção destas instituições, impedindo que os Hospitais Universitários (HU) exerçam plenamente suas funções primordiais: a atenção à saúde da comunidade (BOSSERT; LARRANAGA; RUIZ MEIR, 2000), e a formação de profissionais, e a produção de conhecimento e o desenvolvimento tecnologia para a área da saúde.

Como exposto, torna-se relevante (sendo o objetivo deste capítulo) dar uma visão geral dos hospitais universitários públicos no Brasil, e demonstrar a necessidade de melhoria no processo de gestão, enquadrando nos próximos capítulos a Gestão Baseada em Valor (GBV) a esta necessidade.

1.1 O Hospital como empresa social e o vínculo entre Hospital e Sociedade no Brasil

A história da assistência médico-hospitalar no Brasil se inicia com a implantação de instituições caritativas e filantrópicas, com a primeira Santa Casa, instalada no ano de 1543 na cidade de Santos-SP (CAMPOS, 1999, p. 2).

Desde então, essas instituições cumpriam uma função muito mais saneadora da sociedade, no sentido de retirar do convívio indivíduos que contrariavam sua ordenação, do que propriamente terapêutico. Com isso, o modelo de “atenção” hospitalar brasileiro não propiciava estratégias preventivas e promotoras de Saúde Pública.

Assim, segundo Bossert, Larranaga e Ruiz Meir (2000) a função social do hospital em sua versão mais restrita, como empresa prestadora de serviços de saúde, inclui funções associadas de responsabilidade pela saúde da comunidade.

A característica que diferencia o hospital do contexto das empresas de serviços é a natureza do seu trabalho. Para Bengoa (1996), a existência do hospital se justifica na medida em que produz os serviços que a sociedade necessita. Para isso, a sociedade entrega recursos e espera receber utilidade nesses serviços.

Portanto, o hospital é uma empresa social, pois suas ações se orientam ao cumprimento de objetivos fixados nas políticas públicas de saúde de uma cidade ou região, na medida em que produz serviços que respondam às necessidades sociais (expectativas da sociedade).

Em geral, ainda segundo o autor, o modelo de atenção à saúde é a forma como a sociedade organiza seus recursos financeiros, humanos e tecnológicos de maneira a proporcionar serviços de prevenção e de assistência médica. O modelo de atenção determina a forma de organização dos sistemas de saúde, o tipo de serviços que serão providos e os mecanismos de financiamento (LUCAS, 2001).

Nesse contexto, a sociedade entrega ao Estado seus recursos na forma de impostos. Em uma analogia, da mesma forma quando um indivíduo aplica seus recursos em uma determinada empresa, torna-se sócio (acionista) da empresa, a sociedade ao pagar os impostos está adquirindo participações, “ações”, das entidades públicas, neste caso o hospital público.

Em tese, o acionista emprega seus recursos em determinada empresa com a expectativa de obter retorno, utilidade: dividendos, normalmente. Fazendo um paralelo, tem-se que a sociedade ao integralizar recursos na forma de impostos espera receber algum retorno. No caso dos hospitais, na forma de serviços assistenciais.

Daí tem-se que o vínculo entre hospital e sociedade é uma relação de agência. Nela, o dono (acionista) é a sociedade e o agente (gerência, empregado) é o hospital. Daí deriva o conceito do hospital como empresa social, à margem de que dividam ou não relações comerciais. (ARRETCHE, 2003).

A esse respeito, Leeder (1992), Bossert, Larranaga e Ruiz Meir (2000), Vergara (2000) e Lucas (2001) comentam que o financiamento dos hospitais está condicionado ao modelo adotado pela sociedade. Assim, as formas de financiamento dos hospitais e de pagamento aos provedores se constituem como chaves para a acessibilidade.

Por sua vez, segundo Bossert, Larranaga e Ruiz Meir (2000), as formas de financiamento dos hospitais, por parte da sociedade, podem ser de três tipos básicos: (i) pagamento *per capita*: tende a fixar o gasto e cujo principal risco é a subprestação; (ii) pagamento por prestações: incentiva a produção; (iii) pagamento por orçamentos diretos, elaborados com base histórica e ajustados à disponibilidade de recursos.

Concluindo, o acesso da população à assistência de saúde depende fundamentalmente: (i) da maneira com que os hospitais são financiados, ou seja, dos investimentos de longo prazo, realizados com recursos públicos e/ou privados; e (ii) do modo com que os hospitais são custeados, ou melhor, dos investimentos de curto prazo, responsáveis pela manutenção da instituição – pagamento de fornecedores, funcionários etc.

Diante das características do modelo de atenção à saúde, tem-se na América Latina (o que inclui a realidade brasileira) a convivência de usuários com seguros de saúde privada

(particular), outros incluídos em programas de cobertura estabelecidos a partir de sua relação trabalhista, geralmente com participação estatal (seguridade social) e, finalmente, aqueles que sem capacidade de pagamento individual são atendidos em instituições financiadas com recursos providos pelo Estado, na figura das instituições públicas (VERGARA, 2000).

Conforme Cordeiro (2001), nos últimos anos tem-se verificado um enfraquecimento da atuação do Estado, também em termos de políticas de seguridade social (e conseqüentemente de atenção à saúde pública):

Na América Latina, o enfraquecimento dos Estados tem inviabilizado as políticas efetivas de busca da equidade e as taxas de investimento e de emprego reduziram-se, tendencialmente, na maioria dos países. A concentração da riqueza e da renda se acentua cada vez mais, ao mesmo tempo em que se difundem ideologias de um “novo humanismo” citando exemplos de como seria possível superar a pobreza pelo voluntariado, as iniciativas da filantropia e a “compaixão” entre as pessoas (CORDEIRO, 2001, p. 328).

A conseqüência imediata desse enfraquecimento seria um aumento da participação de recursos da iniciativa privada, criando instituições de economia mista (parte do capital público, parte privado) tal como ocorreu em outros setores como de telecomunicações, energia elétrica etc., antes do fenômeno das privatizações.

Entretanto, no setor da saúde brasileiro, a iniciativa privada não ocupou esse espaço deixado pelo Estado. Conforme o panorama setorial divulgado no Gazeta Mercantil, “os hospitais privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) vêm perdendo espaço nos últimos anos dez anos. Em contrapartida, os hospitais públicos, especialmente os universitários, estão avançando” (O MAPA, 2006, p. A-10).

O MAPA (2006) acrescenta que em 1992, 46,70% dos hospitais integrados ao SUS eram de natureza particular, ou seja, praticamente metade dos convênios de prestação de serviços assistenciais do SUS estavam estabelecidos com hospitais privados. Em 2003, este percentual caiu para 30,46%. Esta redução de 16,24% representa uma demanda potencial para os hospitais públicos, em especial os universitários.

Conforme mencionado anteriormente, a lógica seria que a iniciativa privada “ocupasse” com eficiência o espaço deixado pelo Estado. Desta forma, sendo eficientes, os hospitais privados conseguiriam ser viáveis economicamente, mesmo custeados pelo SUS. Entretanto o que se

verificou foi uma redução na participação de hospitais privados conveniados, ou seja, uma “falta de interesse” do capital privado.

Matos e Pompeu (2003, p. 630) explicam o porquê da desta “falta de interesse” dos investimentos de iniciativa privada para com o setor de saúde, quando apresentaram uma “análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS”, em que demonstram os reflexos da reestruturação da rede hospitalar brasileira na década de 90.

O estudo conduzido pelos autores,

busca discutir a necessidade de implementação de contratos e regras claras para a transferência de recursos públicos à iniciativa privada, antes mesmo de tentar aprofundar a discussão sobre os potenciais usos gerenciais e regulatórios dos contratos (MATOS; POMPEU, 2003, p. 630).

Dentre as principais conclusões do estudo, ressalta-se o fato dos autores considerarem que “é sintomática também a ausência de análises, artigos e ensaios sobre o tema dos contratos no SUS”, justificando estudos como esse.

Note-se que isso se tornou uma cultura institucionalizada no SUS que ofusca a *accountability* das políticas de saúde, impedindo mesmo a clara responsabilização dos gestores pelas políticas que desenvolvem. Para além da regularização jurídica da situação e da regulação do sistema com base em regras expressas, os contratos afiguram-se, assim, instrumentos que aumentam as garantias dos direitos dos usuários do SUS (MATOS; POMPEU, 2003, p. 642).

Considerando que na década e 90, aproximadamente 10,50% dos hospitais privados romperam o contrato com o SUS, com a justificativa de que os recursos repassados pelo Estado eram insuficientes para a manutenção de suas atividades e que, portanto, inviabilizariam financeiramente a prestação dos serviços. Adotando a premissa de que os empreendimentos privados são mais eficientes operacionalmente do que os empreendimentos públicos, pode-se sustentar a importância da avaliação da eficiência físico-operacional dos hospitais, fundamentalmente dos públicos.

Em especial os hospitais públicos, pois em tese, foi a rede hospitalar exclusivamente pública quem absorveu a demanda repelida (10,50%) pelos hospitais particulares. O resultado prático disso são as filas intermináveis, a precariedade nos atendimentos e nas condições de trabalho dos profissionais destas instituições etc.

Além disso, considerando-se que neste mesmo período (1992 a 2003) os investimentos nos hospitais permaneceram constantes (representam cerca de 12% dos todos os recursos do da Seguridade Social, conforme HOSPITAIS, 2002), a precariedade da situação financeira dessas organizações só se agravou (crise financeira, atrasos nos pagamentos de funcionários, fornecedores, ainda conforme HOSPITAIS, 2002).

Esses problemas são potencializados nos HU, os quais dificilmente poderiam ser competitivos em um sistema de reembolso por serviço e seriam pouco atrativos aos planos de seguro médico. A tendência é que se mantenham custeados pelo setor público, com boa parte dos serviços prestados de forma gratuita ou subsidiados (MEDICI, 2001).

Sendo assim, os HU têm diante de si o desafio de prover atenção à saúde de uma crescente população idosa e arcar com os custos dela derivados, equacionando a relação entre disponibilidade de serviços e acesso versus financiamento adequado.

1.2 Os Hospitais Universitários (HU): uma contextualização

Conforme Medici (2001), o vínculo entre hospitais e ensino é tão antigo como o conceito de saúde que surgiu com o renascimento. Somente a partir do século XX tornou-se obrigatório o vínculo orgânico e dependência institucional destas entidades junto às organizações de ensino de medicina.

No Brasil, somente nos últimos anos foi sendo construído um consenso a respeito das atribuições dos hospitais universitários, a saber: (i) atenção à saúde da comunidade; (ii) educação e desenvolvimento de profissionais; e (iii) produção de conhecimento e de tecnologia (MERHY, 1997, p. 15).

O Ministério da Educação (MEC) define os HU.

[...] são unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem também, o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais. (MEC, 2004, p. 7).

Para Medici (2001), um Hospital Universitário é entendido, antes de tudo, como um centro de atenção médica de alta complexidade, pois: (i) tem importante papel no atendimento médico de alta complexidade; (ii) apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico dispensado; (iii) atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde; (iv) exerce um papel político importante na comunidade que está inserido, dada sua escala, dimensionamento, orçamento e custos.

Diante dessas características, os Hospitais Universitários (HU) são importantes centros de formação de recursos e de desenvolvimento de tecnologia para a área da Saúde. A efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de eficiência e eficácia, colocados à disposição para a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo a Abrahue (2004), entre os mais de seis mil hospitais integrados ao SUS, cento e quarenta e oito foram reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação como de ensino ou auxiliares de ensino.

Em 2002, esses hospitais foram responsáveis por aproximadamente 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS destinados ao pagamento de internações. Conforme Albano (2002), responderam, no mesmo período, por cerca de 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 65% dos atendimentos na área de malformações craniofaciais. Tal concentração reflete maior dimensão média, e envolvimento significativo com a alta complexidade, segundo Hospitais (2002).

Além disso, seus Programas de Educação Continuada (PEC) oferecem a oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de Saúde. Outra característica importante é a de que os Hospitais Universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento.

Desta forma, a importância dos HU para uma comunidade é indiscutível, seja pelo tipo de serviço ofertado, seja pelo considerável volume de recursos consumidos. Considerando o fato dessas instituições lidarem, predominantemente, com pessoas gravemente enfermas e com

risco de morte (atendimentos de média e alta complexidade, ou seja, casos complicados), os HU adquirem maior importância, principalmente sob a percepção dos usuários.

Na verdade, o papel dos HU não se restringe à prestação de serviços assistenciais, esses hospitais contribuem para a formação de estudantes da área de saúde de nível superior, além de sediar muitos cursos de pós-graduação em senso estrito e amplo.

Segundo Vasconcelos (2004), todas estas atribuições fazem com que os custos dos HU sejam ainda mais elevados, quando comparados a hospitais não-universitários de alta tecnologia. O fato de ser uma atividade muito onerosa contribui para que os hospitais universitários passem por uma crise financeira crônica. Essa crise, ainda segundo o autor, pode ser visualizada nas dificuldades de atendimento aos usuários e na carência de recursos.

Nos hospitais públicos, em geral, o quadro de pessoal é financiado pelos instituidores, mas de modo insuficiente. Para os quarenta e cinco HU Públicos ligados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), o MEC arca com tal despesa; no caso das Universidades Estaduais, o respectivo orçamento estadual. Esses HU Públicos integrados ao SUS têm em seus recursos a maior parcela de seu financiamento.

O detalhe é que o SUS reembolsa os hospitais com base numa tabela de preços única para cada procedimento. Desta forma, os hospitais são reembolsados por esses valores, não importando o tempo de permanência no hospital ou os custos reais incorridos com os pacientes (ABRAHUE, 2004).

Além disso, conforme Silva, Costa e Tibério (2003), os hospitais de ensino encontram-se debilitados por serem mais dispendiosos dado que incorporam atividades de ensino, pesquisa e extensão e por serem um referencial em tecnologia de ponta quando é crescente a exigência do governo e da sociedade pela racionalização dos custos e despesas.

O Ministério da Saúde, por meio do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS) diferencia o reembolso aos hospitais universitários por incorporarem atividades de ensino e pesquisa. Este percentual representa um aumento de aproximadamente 25% da arrecadação global dos hospitais universitários em relação aos outros hospitais públicos.

Percebe-se, então, que este sistema de reembolso, teoricamente, não admite ineficiências exigindo dos HU um alto grau de eficiência na alocação e gestão dos recursos. Com isso, torna-se fundamental a avaliação de desempenho (eficiência) dos investimentos efetuados.

Vale ressaltar que a complexidade dos atendimentos, a concentração de serviços médicos especializados com forte demanda por atualização tecnológica, a existência de cursos de pós-graduação, e o crescimento da população idosa com suas demandas específicas, fazem com que os HU tenham grande necessidade de investir em novos espaços físicos, tecnologia e equipamentos.

Para que os HU possam fazer tais investimentos é importante que haja recursos. Eles têm basicamente três maneiras de acumular recursos: (i) gastar menos do que ganham, isto é, superávit; (ii) conseguir recursos extras do governo por meio da aprovação de projetos; (iii) alavancar recursos por meio de doações da comunidade.

Independente de onde provêm os recursos, exige-se que o HU demonstre eficiência em utilizá-los e apresente retorno à sociedade. Por isso, é importante calcular o valor econômico que um hospital agrega à sociedade. Assim como as empresas privadas devem mostrar o retorno proporcionado ao acionista, as entidades públicas devem mostrar o retorno à sociedade.

Abordou-se os principais aspectos sobre os HU, seu papel como empresa social e o vínculo com a sociedade. E, com a contextualização dos HU Públicos no setor de saúde, buscou-se evidenciar a necessidade de melhoria no processo de gestão dessas instituições.

O capítulo seguinte apresenta a discussão sobre a teoria de Gestão Baseada em Valor, como ferramenta de avaliação de desempenho. Só então, realiza-se uma análise da compatibilidade e viabilidade da aplicação desta teoria como ferramenta de gestão para entidades públicas, como forma de melhorar a avaliação do uso dos recursos aplicados pela sociedade.

2 A GESTÃO BASEADA EM VALOR E A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

O valor das empresas depende, em grande parte, das expectativas futuras de seu desempenho. Isso porque, segundo Hendriksen e Van Breda (1999, p. 281) “ativos são essencialmente reservas benefícios futuros”. E mencionam definição do FASB, encontrada em seu referencial conceitual, no SFAC 62: “benefícios econômicos futuros prováveis, obtidos ou controlados por uma entidade em consequência de transações ou eventos passados”. Para o FASB, incorporar um benefício futuro provável é característica essencial dos ativos.

Assim, o valor de uma empresa pode ser determinado por meio de modelos de avaliação. Entretanto, a aplicação de uma simples equação ou metodologia pode não ser considerada suficiente porque existem fatores que não podem ser captados em modelos ou ferramentas que simplificam a realidade.

A Gestão Baseada em Valor (GBV) representa uma revolução nos conceitos de avaliação de investimentos, sendo muito adotada atualmente, apesar do conceito de valor econômico (considerando a necessidade de remuneração do capital) não ser nenhuma novidade. Atualmente, os principais métodos de avaliação de empresas da atualidade são baseados na GBV, embora conforme Frezatti (1998, p. 5), “O tema não se constitui em novidade conceitual [...]”.

Para Cunha (2002, p. 39) a Gestão Baseada em Valor “ [...] não constitui um indicador, mas um sistema de gerenciamento que possui um modelo próprio, auxiliando no processo decisório e que inclui a definição de estratégias para maximizar o valor da empresa”.

Os precursores desta temática, como maior destaque, foram: Rappaport, Stern, Stewart, e Copeland, sendo a maior parte deles associada a alguma grande empresa de consultoria americana. Para entender melhor a GBV, esse capítulo traz uma visão geral da teoria, aprofundando-se nos pontos mais importantes para atender ao objetivo desse estudo.

2.1 Definição de Gestão Baseada em Valor

Copeland, Koller e Murrin (2000, p. 86) definiram o conceito de Gestão Baseada em Valor (GBV) como “[...] uma abordagem administrativa segundo a qual as aspirações da empresa, suas técnicas analíticas e seus processos gerenciais são alinhados para ajudá-la a maximizar seu valor”. Trata-se de um processo integrador, não apenas de uma metodologia, estruturado a partir da identificação dos direcionadores de valor. Busca-se alterar comportamentos, a cultura da empresa. Para a GBV o maior objetivo de uma empresa é maximizar valor para o acionista.

Assaf Neto (2003a) propõe a avaliação de desempenho da empresa em função dos direcionadores de valor (*value drivers*), na medida em que se mensura o alcance dos objetivos traçados para cada estratégia, direcionando a gestão à criação de riqueza.

Criar valor para uma empresa ultrapassa o objetivo de cobrir os custos explícitos identificados nas vendas. Incorpora o entendimento e o cálculo da remuneração dos custos implícitos (custo de oportunidade do capital investido), não cotejado pela contabilidade tradicional na apuração dos demonstrativos de resultados e, conseqüentemente, na quantificação da riqueza dos acionistas (ASSAF NETO, 2003a, p. 165).

Esta idéia, embora pareça recente, não é nenhuma novidade. Segundo Kassai *et al* (1999, p.178), “David Ricardo, em seus tratados de economia, já em 1823, tratava da riqueza da empresa dessa forma, considerando o valor econômico agregado”.

Nesse caso, quando o resultado apurado por uma empresa que excede o custo de capital dos credores (capital de terceiros) e dos acionistas (capital próprio), existe a geração de valor. Por outro lado, uma empresa pode estar destruindo valor quando o retorno de seus investimentos está abaixo do custo de capital (custo de oportunidade do capital investido).

O conceito de custo de oportunidade, conforme Pindyck e Rubinfeld (1994, p. 257), relaciona-se a custos associados com as oportunidades que serão deixadas de lado, caso a empresa não empregue seus recursos em sua utilização de maior valor”. Varian (1994, p. 352) complementa sua utilização afirmando que “a definição econômica de lucros necessita que avaliemos todos os insumos e os produtos aos seus custos de oportunidade.”

Segundo Catelli (1999, p. 415),

O custo de oportunidade corresponde ao valor de um determinado recurso em seu melhor uso alternativo. Representa o custo da escolha de uma alternativa em detrimento de outra capaz de proporcionar um maior benefício, ou seja, é o custo da melhor oportunidade a que se renuncia quando da escolha de uma alternativa.

Para Nascimento (1998; p.28), toda vez que um gestor dentro da empresa decidir intuitivamente ou propositadamente entre várias opções de investimento estará utilizando o conceito de custo de oportunidade. Ao se perguntar se o benefício a ser obtido em relação ao sacrifício de recursos será o melhor possível está seguindo o raciocínio do conceito.

Nessa óptica, a comparação entre o investimento aceito e a melhor alternativa rejeitada pode oferecer relevantes elementos para avaliar a decisão. Caso o primeiro supere a segunda, a escolha foi acertada e registramos um lucro. Se ocorrer o contrário, apuramos um prejuízo e evidenciamos que a ação não maximizou (realizada) ou maximizará (planejada) os benefícios possíveis (MARTINS, 2001, p. 193).

Ou seja, conforme o conceito do custo de oportunidade, devem ser considerados na avaliação do investimento escolhido, os benefícios e os custos da melhor alternativa rejeitada.

Assim, a empresa deve identificar e aproveitar as oportunidades, com vistas na criação e manutenção de projetos geradores de riqueza. Desta forma, a GBV consiste em um sistema de gestão no qual todos os membros da empresa devem estar preocupados em aumentar o valor da mesma. Cunha (2002, p. 39) corrobora: “[...] a Gestão Baseada em Valor não constitui um indicador, mas um sistema de gerenciamento que possui um modelo próprio, auxiliando no processo decisório e que inclui a definição de estratégias para maximizar o valor da empresa”.

Em outras palavras, a empresa gera valor quando desenvolve projetos cujo retorno sobre o capital investido seja maior que o custo de capital, caso contrário, a entidade destrói valor econômico.

Dessa forma, a GBV não está restrita ao cálculo do valor econômico agregado pela empresa (ou por suas divisões, departamentos) ou a calcular o valor da empresa, mas consiste em um sistema de gestão no qual todos os membros da empresa devem estar preocupados em aumentar o valor da mesma. Assim, as empresas devem sempre buscar a identificação das

oportunidades, devido ao fato de o correto uso de uma oportunidade ser um grande diferencial na criação de valor.

Conforme Martin e Petty (2004, p. 6), a premissa fundamental sobre a qual os sistemas GBV são baseados é “[...] que para sustentar o processo de criação de valor, o desempenho da gestão deve ser medido e recompensado utilizando-se métricas que podem ser ligadas diretamente à geração de valor para o acionista”.

Nesse sentido, os objetivos institucionais e os pessoais dos gestores devem estar alinhados, senão podem surgir conflitos de agência – quando os objetivos dos gestores não são convergentes com os objetivos dos acionistas², corroboram (MARTIN; PETTY, 2004, p. 6).

2.2 O processo da Gestão Baseada em Valor

O sucesso na Gestão Baseada em Valor está intrinsecamente relacionado à cultura da organização, ou “[...] até que ponto os valores e comportamentos que promovem a criação de valor são parte de ‘como agimos por aqui’” (COPELAND; KOLLER; MURRIN., 2000, p. 93).

O processo de GBV, sintetizado pela figura 2.1(a seguir), evidencia essa relação:

Figura 2.1 – Visão sintética da Gestão Baseada em Valor
 FONTE: ASSAF NETO, 2003a, p. 169 (adaptado).

A figura 2.1 ilustra quais são as quatro etapas (ou fases) do processo de Gestão Baseada em Valor, descritas a seguir:

- planejamento estratégico: objetivos, estratégias, estrutura organizacional, entre outros;
- direcionadores de valor e o estabelecimento de metas;
- avaliação de decisões sob a ótica do valor; e
- avaliação de desempenho e do sistema de remuneração voltado à geração de valor.

² Para aprofundamento no assunto, pode-se consultar Jensen e Meckling (1976) ou Mendes (2001).

A Gestão Baseada em Valor começa com o planejamento estratégico, definido por Oliveira (1999, p. 46) como “um processo gerencial que possibilita ao executivo estabelecer o rumo a ser seguido pela empresa [...] e diz respeito tanto à formulação de objetivos quanto à seleção dos cursos de ação a serem seguidos [...]”, é o passo inicial do processo de GBV.

Assim, as estratégias e os objetivos estruturados pela empresa devem ser concernentes com a criação de valor. Os gestores da organização devem optar por estratégias capazes de conduzir à melhoria do valor para o acionista. É fundamental ter em mente, no momento de traçar tais objetivos, a geração de valor para o acionista como objetivo global da empresa.

No caso de entidades públicas, os gestores devem traçar estratégias e objetivos pensando na geração de valor à sociedade. Para tanto, tais gestores devem contar com ferramentas, com base nos preceitos da GBV, mas adaptadas à realidade do setor público (capítulo 3 deste trabalho), justificando estudos como este.

Sendo assim, todo o planejamento estratégico desenvolvido por esses gestores, dentro do processo de GBV, deve priorizar estratégias de diferenciação (para agregar vantagem competitiva ao negócio) e estratégias financeiras (para criar valor para o acionista), corrobora Assaf Neto (2003a).

O principal indicador de agregação de riqueza é a criação de valor econômico, que se realiza mediante a adoção eficiente de estratégias financeiras e capacidades diferenciadoras. Para avaliar a capacidade de agregação de valor da empresa, são desenvolvidos direcionadores de valor dos negócios, cobrindo as diversas variáveis das estratégias selecionadas por sua administração (ASSAF NETO, 2003a, p. 169).

Sendo assim, para cada estratégia serão definidos objetivos e para cada objetivo, direcionadores de valor capazes de conduzir a empresa à geração de valor. Ou seja, como a criação de valor está associada à escolha de projetos que adicionem valor à empresa, deve-se identificar os direcionadores de valor (*value drivers*) como forma de subsidiar a otimização da alocação dos recursos.

Segundo Ittner e Larcker (2001, p. 367), direcionador de valor é o parâmetro básico de avaliação do valor. A identificação desses direcionadores é importante para otimizar a alocação de recursos e para a avaliação de desempenho, por meio da detecção de ações ou fatores específicos causadores de novos custos ou de variações na receita.

Os direcionadores de valor são os itens que mais afetam o fluxo de caixa de uma empresa e, portanto, o valor da empresa. Tratam-se (direcionadores) de parâmetros que “fornecem uma estimativa rápida de como uma decisão, estratégica, tática ou operacional afeta o valor de uma empresa” (ALMEIDA, 2000, p. 76).

Copeland, Koller e Murrin (2000) definem direcionadores de valor como os elementos que têm mais impacto sobre o valor da empresa. Enquanto Rappaport (2001, p.198) alerta a importância da busca por direcionadores de valor em longo prazo. Assim, os *value drivers* e os cenários fazem com que a GBV se baseie em fatos porque vinculam ações gerenciais a seus efeitos sobre o valor da empresa. Juntos, esses aspectos formam a cultura voltada para o valor, que é necessária a GBV.

Os autores recomendam ainda a separação dos *value drivers* em três níveis, que são diferenciados pelo impacto que eles provocam: (i) nível genérico: em que as margens operacionais e o capital investido são combinados; (ii) nível operacional: faz-se necessária à vinculação dos *value drivers* às ações e decisões específicas dos gerentes de linha; (iii) nível de unidade de negócio: variáveis, como o *mix* de clientes, é relevante.

Assaf Neto (2003a) considera que a empresa deve compreender quais elementos de suas operações têm mais impacto sobre o valor. Esse processo de identificação deve ser repetido periodicamente, pois mudanças no ambiente externo ou interno à empresa podem influenciar a importância de tais direcionadores (COPELAND; KOLLER; MURRIN, 2004, p. 103).

A identificação busca as variáveis ligadas à criação de valor. Tais variáveis podem ou não ser quantitativas. É mais prático quando a relação pode ser expressa matematicamente, mas as relações qualitativas também devem ser explicadas. A priorização testa a sensibilidade do valor em relação à mudança de cada direcionador identificado. Ou seja, testa-se o potencial de melhoria do valor atrelado a cada direcionador.

Rappaport (2001, p. 195) vai mais adiante: identificar apenas os “macrodirecionadores” de valor não é suficiente para o negócio, pois são muito genéricos. Esses devem ser decompostos em “microdirecionadores” mais fáceis de gerenciar. O gestor deve conhecer, além dos direcionadores de valor, os fatores que influenciam sua gestão.

Figura 2.2 – Direcionadores de valor: micro e macro

FONTE: RAPPAPORT, 2001, p. 196.

A figura 2.2 mostra um exemplo de árvore de decomposição, em que os direcionadores de valor são decompostos até chegar em variáveis que possam ser identificados e monitorados, mas não controlados totalmente pelos gestores.

Estas variáveis associadas aos direcionadores de valor são os *Key Performance Indicators* (KPI) ou indicadores-chaves de desempenho.

Os indicadores-chaves são mensuráveis e comunicam facilmente realizações recentes que têm impacto significativamente positivo sobre o valor de longo prazo de uma empresa. [...] É preciso mais do que um conhecimento significativo de clientes, produtos, fornecedores e tecnologia para que os gestores entendam as origens de valor para seus negócios. (RAPPAPORT, 2001, p. 153).

Por sua vez, a figura 2.3 (próxima página) apresenta uma árvore de decomposição, com os principais direcionadores de valor para o hospital universitário público pesquisado. Em uma análise da estrutura proposta na figura 2.3, note-se que os direcionadores de valor podem ser aplicados às entidades públicas, sob a premissa de que os acionistas são representados pela sociedade.

Sob esse enfoque, os indicadores físico-operacionais (representados por número de atendimentos [consultas], cirurgias realizadas, receita [ressarcimentos] do SUS, duração média de internações, custo de um leito-dia etc.) seriam os microdirecionadores de valor que norteariam o processo de gestão das entidades públicas, mas agora com o foco no valor agregado à sociedade.

O capítulo 3 deste trabalho discute (com mais detalhe) a viabilidade e, principalmente, a importância do uso da GBV (enquanto ferramenta de avaliação de desempenho) para as entidades públicas. E mais, propõe uma mudança de foco nas decisões dos gestores públicos: de uma gestão baseada na prestação de contas dos investimentos realizados pela sociedade, para uma Gestão Baseada em Valor para a sociedade, ou seja, no valor que a entidade agregou para a sociedade.

Retomando a discussão a respeito do processo de GBV, Assaf Neto (2003a) considera o enfoque da GBV com fator de sobrevivência (continuidade) para as organizações, pois, a

Gestão Baseada em Valor prioriza essencialmente o longo prazo, a continuidade da empresa, sua capacidade de competir, ajustar-se aos mercados em transformação e agregar riqueza aos proprietários. [...] A GBV se realiza mediante a adoção eficiente de estratégias e capacidades diferenciadoras. [...] Capacidades diferenciadoras são estratégias adotadas que permitem às empresas atuarem com um nível de diferenciação em relação aos seus concorrentes de mercado (ASSAF NETO, 2003a, p. 170).

Figura 2.3 – Direcionadores de valor: micro e macro

FONTE: RAPPAPORT (2001, p. 196) com adaptações do autor para o HU público pesquisado.

A adoção eficiente de estratégias proposta pelo Assaf Neto (2003a) só é possível quando as decisões são tomadas à luz do conceito de valor agregado, ou seja, incentiva-se projetos que agregam valor ao acionista (no caso das entidades privadas) ou a sociedade (no caso das entidades públicas). Trata-se, da terceira etapa do processo de GBV: a avaliação das decisões sob a ótica do valor agregado.

Nesse caso, cada decisão deverá ser avaliada individualmente, isso é, calcula-se o valor adicionado de cada decisão, seja ela de investimento ou de financiamento. Os projetos ou atividades que adicionam valor são incentivados. Aqueles que destroem valor, descartados. Entretanto, Assaf Neto (2003a) e Copeland, Koller e Murrin (2004) concordam que o sucesso da implantação de um sistema de gestão baseada em valor depende da vinculação entre desempenho e sistema de recompensas, ou seja, cria-se envolvimento por parte dos gestores associando-se incentivos aos direcionadores de valor para cada cargo ou função.

No gerenciamento do desempenho individual encontram-se duas imperativas de criação de valor. Uma delas faz com que os administradores pensem como proprietários, por meio da ligação de sua remuneração a formas de comportamento que criem valor para o acionista. A outra é a de que, em uma economia que se baseia cada vez mais no conhecimento, o talento administrativo é, em si, uma importante fonte de valor e, portanto, as empresas precisam atrair e reter o talento por meio da oferta de incentivos atraentes (COPELAND; KOLLER; MURRIN, 2004, p. 110).

Nesse contexto, em que as decisões são tomadas, no setor privado e em grande parte das grandes empresas, por gestores e não por acionistas (e no caso de entidades públicas pelo gestor público e não pelo cidadão), é necessário garantir que os gestores irão agir em favor acionistas, ou seja, evitar o já citado conflito de agência.

Para tanto, a solução encontrada conforme Martin e Petty (2004, p.169) na avaliação de desempenho, quarta etapa, foi o alinhamento dos objetivos dos gestores e dos sócios: vincular o sistema de remuneração da empresa ao objetivo dos acionistas. Então, a organização deverá desenvolver um sistema de incentivos aos gestores, premiando o valor agregado aos acionistas.

Contudo, os mesmo autores avaliam o valor econômico agregado como parâmetro de desempenho com cuidado. Com a remuneração atrelada ao em um período único, os gestores podem sentir-se desestimulados diante de um projeto de investimento que possa reduzir este indicador, mesmo que o retorno ao longo prazo seja positivo para o acionista.

2.3 O Valor Econômico Agregado ou Adicionado (EVA[®])

Rappaport (2001, p. 31) aponta alguns importantes motivos pelos quais o lucro contábil falha em medir as mudanças no valor econômico da empresa, entre elas o uso de métodos contábeis alternativos que podem alterar significativamente o valor do lucro líquido da empresa (exemplo do cálculo da depreciação), a exclusão das necessidades de investimento (tais como os realizados em capital de giro e ativos permanentes necessários nas atividades operacionais) e a desconsideração do valor do dinheiro no tempo (ignorando a presença da inflação).

Muito embora o lucro contábil apresente algumas deficiências para o uso em decisões financeiras, isto não implica dizer que o lucro contábil é irrelevante. Para Iudícibus (1989), o lucro contábil, além de servir como base de cálculo do *Economic Value Added* (EVA[®]) tem sua importância:

Tradicionalmente, os economistas têm criticado a natureza da mensuração contábil. Para eles é relativamente fácil tal mister, pois, enunciando conceitos gerais e teóricos sobre renda e capital, em nível puramente conceitual, e deixando aos contadores a tarefa de mensurar, na prática empresarial, tais conceitos, obviamente sempre surgem problemas, não porque os contadores sejam intrinsecamente incapazes, mas porque sempre haverá imperfeições de mensuração, dada a complexidade dos conceitos mensurados [...] (IUDÍCIBUS, 1989, p. 1).

Conforme Assaf Neto (2003a, p.174), o cálculo do EVA[®] exige algumas adaptações nos demonstrativos como forma de evidenciar “a segmentação do Imposto de Renda sobre os resultados da atividade e os benefícios fiscais provenientes do uso de capital de terceiros”. Outros estudos, como os de Ehrbar (1999, p. 133), Copeland, Koller e Murrin (2000, p. 370), Rappaport (2001, p. 30), Young e O’Byrne (2003, p. 181), Martin e Petty (2004, p. 101), também apontam a necessidade de ajustes na contabilidade tradicional. Araujo (2002) considera alguns ajustes pertinentes à realidade nacional.

Elaborar um sistema de informação contábil baseado em valor não é tarefa simples. Em verdade, torna-se um sistema até certo ponto audacioso. Tal prerrogativa fundamenta-se em algumas premissas: (i) a contabilidade tradicional não considera o custo de oportunidade do capital próprio; (ii) a contabilidade efetuada de acordo com os princípios fundamentais de contabilidade não demonstra informações relacionadas com valor; (iii) a legislação societária vigente está desatualizada em pontos fundamentais que, de certa forma, interferem no valor do patrimônio da empresa; (iv) os órgãos de classe e regulamentadores, como o CFC, IBRACON e CVM não se posicionam com relação ao *disclosure* da informação contábil ao usuário com relação à medida de valor (ARAUJO, 2002, p. 214).

Sabendo que, a criação de valor somente existirá se a empresa obtiver uma taxa de retorno sobre os investimentos maior que a taxa que os investidores conseguiriam ao investir alternativamente em títulos de risco equivalente, a empresa poderá, ao mesmo tempo, estar destruindo valor (se estiver investindo abaixo do seu custo de capital) e gerando lucro contábil.

Isso pôde ser provado empiricamente por meio de uma pesquisa realizada com empresas americanas no período de 1986 a 1996, apresentada em Rappaport (2001, p. 38)³, que evidenciou a inexistência de relação entre os lucros e os retornos para o acionista. De acordo com a hipótese da referida pesquisa, não se observou nenhuma relação aparente entre o crescimento no lucro por ação (LPA) e o retorno para o acionista.

Segundo o autor, a explicação para isso se devia ao fato de que os maiores retornos se deram em cenários de menores taxas de inflação, levando a menores taxas de juros e, conseqüentemente, um menor custo de capital para as empresas. Isso mostrou que a medida de lucro por ação não condiz com a geração de valor para o acionista.

Com a crescente abertura dos mercados e a onda de globalização que atingiu empresas nos quatro cantos do mundo, os consumidores passaram a exigir produtos diferenciados que atendessem suas mais específicas necessidades de consumo.

Para Assaf Neto (2003c), a supremacia da empresa nestes ambientes competitivos encontra-se em descobrir suas ineficiências antes de seus rivais de mercado, atividade difícil e que dará o verdadeiro diferencial competitivo diante da concorrência.

No intuito de poder expressar esse verdadeiro lucro econômico, surgiu EVA[®], resultado de uma tentativa de tornar mais claro para gestores de empresas o conceito de lucro residual, abordado por economistas financeiros em seus modelos matemáticos desde o final da década de 60 tendo como base os conceitos de retorno mínimo de Adam Smith (1776) e de retorno supra-normal de David Ricardo (1821).

³ Fonte: Standard & Poor's e Stocks, Bonds, Bills and Inflation – 1997 Yearbook. Chicago: Ibbotson Associates, 1997.

O EVA[®], registrado como marca pela Stern & Stewart, expressa o resultado apurado por uma empresa que excede o custo de capital dos credores e acionistas. É uma medida de criação de valor operacional após o desconto do retorno mínimo exigido pelos proprietários do capital investido no empreendimento.

Os criadores do EVA[®] partem do pressuposto de que o lucro conforme apurado tradicionalmente pela contabilidade distorce seriamente os verdadeiros dados econômicos da empresa. A principal crítica auferida por eles refere-se à não consideração, pela contabilidade, do retorno exigido sobre o capital próprio, ou seja, a não consideração da remuneração que os provedores de capital devem exigir da empresa.

EVA[®] representa uma medida de performance utilizada para monitorar a criação de valor de uma determinada entidade ou de unidades operacionais – departamentos (SHINDER E MACDOWELL, 1999). Isso significa que sob a ótica do EVA[®], a empresa estará agregando valor para os acionistas caso obtenha um retorno sobre o capital investido que exceda o custo do capital próprio e de terceiros combinados (YOUNG; O'BYRNE, 2001).

O lucro residual abordado no modelo do EVA[®] quer dizer simplesmente que os lucros de uma companhia só começam a existir a partir do momento que a empresa remunerou o capital nela investido. Assim, o lucro residual é zero se o retorno operacional for apenas igual ao exigido pelos proprietários de capital em troca do risco assumido (BONIZIO *et. al.*, 2006, p. 3).

Conforme Assaf Neto (2003a, p.174), a mensuração do retorno econômico proposta pelo EVA[®] pode ser expressa da seguinte maneira:

$$\boxed{\text{EVA}^{\text{®}} = \text{LOP} - (\text{CMPC} \times \text{INV})}$$

Em que:

- LOP é o lucro operacional da entidade ajustado de modo que represente o resultado da organização por suas decisões de investimento, independente de suas decisões de financiamento;

- CMPC⁴ é o custo médio ponderado de capital, que como o nome já diz é a média ponderada do custo de capital próprio e do capital de terceiros; e
- INV é o investimento de capital no empreendimento, dado pelo total do ativo reduzido do passivo de funcionamento (passivo não oneroso).

O resultado da formulação acima é o que os economistas chamam de lucro residual, que significa o resíduo depois que todos os custos tenham sido cobertos. Além dessa, existem outras formas de mensurar o resultado econômico pelo EVA[®] que chegam exatamente no mesmo resultado final.

Nesse trabalho, porém, opta-se por adotar essa metodologia de cálculo por considerar expressa mais claramente o conceito do resultado econômico, ou seja, mostra de maneira mais nítida que o resultado econômico de uma empresa só é obtido após as decisões de investimento (INV) e de financiamento (Custo Médio Ponderado do Capital, ou CMPC).

Ehrbar (1999, p. 2), um dos principais responsáveis pelo agrupamento das idéias sobre o EVA[®] pela Stern Stewart & Co, afirma que o ponto chave para calcular o Valor Econômico Adicionado por uma empresa aos seus acionistas reside em uma série de decisões quanto a medir corretamente o lucro operacional e o custo de capital total da empresa. Afirma que a simples fórmula evidenciada é a base para uma “revolução gerencial” na empresa.

Isso porque, ao considerar a fórmula de cálculo do EVA[®], os gestores consideram e, principalmente, refletem a respeito da saúde operacional da empresa ou departamento (lucro operacional - LOP), bem como das decisões de investimento (investimento - INV) e financiamento (custo de capital - CMPC). Assim, quando gestor calcula o EVA[®] está monitorando as três principais decisões com enfoque na geração de valor ao acionista.

Além do mundo empresarial, o autor afirma que a comunidade acadêmica, a imprensa de negócios e os investidores institucionais também estão se voltando para o EVA[®] como ferramenta gerencial e de análise de empresas. Mas, “um EVA[®] individual não captura a percepção dos investidores quanto à habilidade da gestão em gerar EVA[®] positivos em anos futuros” (MARTIN; PETTY, 2004, p.107).

⁴ Para aprofundamento no assunto, pode-se consultar Assaf Neto, Lima e Araújo (2006).

O valor adicionado da empresa, conhecido por *Market Value Added* (MVA[®]), também registrado pela Stern Stewart & Co, origina-se da aplicação do conceito de perpetuidade ao EVA[®] (tendo como taxa de desconto o custo de capital). Considera:

$$\boxed{\text{MVA}^{\text{®}} = \text{EVA}^{\text{®}} / \text{CMPC}}$$

Conforme Gitman (1997, p. 182), “uma perpetuidade é uma anuidade com vida infinita – em outras palavras, uma anuidade que nunca deixa de oferecer ao seu detentor pagamentos”. Para o cálculo do MVA[®], considera-se a continuidade da empresa (ou departamento). Trata-se do valor futuro da empresa (retomando o conceito de ativo), ou seja, uma expectativa do mercado para os retornos a serem oferecidos por ela.

Desta forma, “MVA[®] é equivalente à estimativa do mercado de capitais do valor presente líquido ou NPV (método do fluxo de caixa descontado para avaliação de investimentos) de uma empresa” (ARAÚJO; ASSAF NETO, 2003, p. 26).

No capítulo 2 discute-se a Gestão Baseada em Valor, sintetizando seu processo na figura 2.1 (página 28). Em uma releitura da figura, percebe-se que o processo divide-se em quatro etapas: (i) planejamento estratégico; (ii) definição dos direcionadores de valor; (iii) tomada de decisões sob a ótica do valor; e (iv) avaliação de desempenho.

Ao analisar a aplicação deste processo às entidades públicas, não se percebe nenhuma restrição que inviabilize essa associação. O planejamento estratégico deve ser feito nas organizações, independente do modelo de gestão⁵ adotado (público ou privado). Ou seja, a entidade deve definir estratégias de diferenciação para proporcionar vantagem competitiva ao negócio. No setor público, poderiam ser estratégias financeiras para criar valor à Sociedade (equivalente ao acionista, conforme a teoria), por meio de direcionadores de valor (projetos atrativos, sob o ponto de vista da sociedade).

A figura 2.4 (a seguir) apresenta uma adaptação deste processo de geração de valor para a sociedade.

⁵ O modelo de gestão diz respeito à promoção de condições necessárias para potencializar a atuação dos gestores, tornando possível o máximo aproveitamento da capacidade gerencial na busca por melhores resultados (CAVENAGHI, 1996, p. 7), conceito adotado por este trabalho.

Percebe-se que existem apenas duas diferenças entre esse processo (figura 2.4) e o tradicional (figura 2.1): o foco da criação de valor, sociedade ao invés de acionista; e o reconhecimento do valor gerado, que não se dá pelo mercado, mas pela sociedade.

Figura 2.4 – Visão sintética de uma Gestão Baseada em Valor adaptada ao Setor Público

FONTE: baseado em FREGONESI, 2005, p. 67 (adaptado para o setor público).

Assim, se em determinado período uma empresa possui EVA[®] positivo (indicador de geração de valor para o acionista), o mercado terá uma maior propensão em investir nas ações desta empresa. Portanto, o cálculo do valor agregado à sociedade por entidades públicas, detalhado no capítulo 3 a seguir, representa não só uma importante ferramenta de auxílio ao processo decisório, mas também um mecanismo eficiente de *accountability* e transparência.

Nesse capítulo, discutiu-se a base conceitual da Gestão Baseada em Valor, e apresentou-se o EVA[®] como principal medida de desempenho baseado nesta concepção. No capítulo três, discutem-se as abordagens desta medida especificamente direcionada para as entidades públicas, mais especificamente para os hospitais universitários públicos. Ou seja, é analisada a adaptabilidade da GBV às entidades públicas.

3 VALOR ECONÔMICO AGREGADO POR ENTIDADES PÚBLICAS COM CÁLCULO FUNDAMENTADO NOS PRECEITOS DA GESTÃO BASEADA EM VALOR

No contexto empresarial, os gestores executam as políticas definidas pelos “donos do capital” (acionistas normalmente), a quem devem prestar contas. Nas organizações públicas, ou organizações sociais, conforme Olak (2000), tem-se de um lado o poder público objetivando implementar políticas sociais e, de outro, as organizações executando atividades sociais.

Existe, portanto, certa analogia nessa relação de *accountability* entre estes dois ambientes: empresarial (privado) e público. Assim, pretende-se contextualizar a avaliação de desempenho de entidades públicas, bem como apresentar algumas proposições sobre avaliação de desempenho, contempladas na literatura contábil, inicialmente voltadas para o setor privado (Valor Econômico Agregado ou EVA[®], de um lado) e para entidades sem fins lucrativos (*Social Return on Investment* ou SROI, no outro extremo), mas que podem ser perfeitamente aplicados às organizações públicas.

3.1 Avaliação de desempenho econômico em entidades públicas: considerações preliminares

Para Olak (2000, p. 110), uma avaliação de desempenho deve ter indicadores que meçam, entre outras coisas: (i) eficácia: em que grau o produto (ou serviço, no caso dos hospitais) atende aos padrões estabelecidos consideradas as demandas de usuários e clientes; (ii) eficiência: em que grau o produto (ou serviço) está sendo produzido a um custo mínimo; e (iii) qualidade: em que grau o produto (ou serviço) é adequado ao uso pelo usuário (cliente ou cidadão).

Corroborando com Pereira (1999, p. 189), entende-se que a avaliação de desempenho também faz parte de um processo em que se busca eficácia e eficiência. Desta forma, qualquer “avaliação de desempenho não tem outro propósito senão o de buscar a eficácia empresarial, nesse contexto entendido como a competência em obter continuidade em um ambiente dinâmico e de cumprir com sua missão” (OLAK, 2000, p. 107).

Nesse sentido, inexistem quaisquer diferenças entre o processo de avaliação de desempenho entre as empresas do setor privado e demais – organizações públicas, sem fins lucrativos.

A figura 3.1 procura evidenciar os elementos básicos à prestação de contas das organizações públicas, como forma de assegurar a eficiência na aplicação dos recursos (investimentos feitos pela sociedade).

Figura 3.1 – Fluxo de Prestação de Contas e Avaliação de Desempenho no Setor Público

FONTE: adaptado de OLAK, 2000, p. 165.

Em uma leitura da figura 3.1, verifica-se que o sistema de avaliação de desempenho deve “cruzar” resultados físicos e operacionais com os resultados econômicos e financeiros. Isso significa que o setor público deve prestar contas à sociedade tal qual empresas privadas devem prestar contas para os acionistas.

Normalmente as empresas privadas prestam contas, de forma espontânea, dos “resultados físico-operacionais” em um relatório complementar ao relatório da administração conhecido como relatório de atividades. Nesse relatório, expõe-se aos acionistas dados agregados e

indicadores como giro de estoques, prazo médio de pagamento, prazo médio de recebimento, giro do ativo total, giro do ativo permanente, produtividade e qualidade etc.

Ainda segundo o autor, a prestação de contas no setor público é feita com base nas informações geradas pelos demonstrativos contábeis convencionais, pelo balanço social e por meio de um relatório de avaliação de resultados e desempenhos (relatório de atividades) e diretamente por meio dos sistemas orçamentários (empenho).

Entretanto, não se verifica a prestação de contas dos resultados econômicos, considerando a eficiência no uso dos recursos investidos, por meio de relatórios gerenciais como é feito no setor privado. Existe a simples prestação de contas da aplicação do recurso. Em uma analogia, um hospital é obrigado a demonstrar para o Tribunal de Contas do Estado (por exemplo) que aplicou determinado recurso conforme previsto em orçamento: execução orçamentária, via empenho. Por outro lado, esse hospital não informa o quão bem utilizou tal recurso, ou seja, se o recurso foi utilizado de forma eficiente.

Em uma outra analogia, no setor privado os acionistas usam os dados financeiros e econômicos (eficiência) publicados pela empresa para avaliar sua situação financeira e decidir se comprem, vendem ou mantêm suas ações. O cidadão era visto (até então) pelo setor público como apenas um contribuinte, o equivalente a um cliente no setor privado. Ele (cidadão), não necessitava de uma detalhada prestação de contas.

Para isso, Slomski (2005, p. 96) coloca o contribuinte como o acionista da “coisa pública”⁶. O autor traz a idéia de a administração pública ter de ser realizada como a administração de empresas que visam lucro.

[...] considera-se que ambos devem pautar-se eticamente e, se assim for, o Estado e suas entidades poderão ser governados como se administra uma empresa, haja vista que o objetivo da administração pública é o de maximizar o retorno do dinheiro arrecadado em favor de seus sócios (cidadãos). (SLOMSKI 2005, p. 96).

Isso significa que a entidade pública deve prestar contas à sociedade tal qual empresas privadas devem prestar contas para o acionista. Assim, quando se pensa em calcular o valor econômico agregado por uma entidade pública, deve-se pensar no valor adicionado para a

⁶ Para aprofundamento no assunto, pode-se consultar Slomski (2001).

sociedade, ou seja, deve-se calcular a quantidade de valor econômico que a entidade agrega à sociedade.

Nos HU públicos, setor objeto de estudo, existe uma prestação de contas ao Tribunal de Contas do Estado no caso das subvenções (investimentos em custeio e para a aquisição de ativos fixos, equipamentos) realizadas pelo governo estadual. Tal prestação de contas se dá por meio dos relatórios de execução orçamentária (execução dos empenhos).

Os HU públicos também prestam contas ao Tribunal de Contas da União, pelos repasses de recursos do SUS, quando do ressarcimento das instituições. Nesse caso, ocorre a prestação mediante um relatório de atividades, que discrimina cada procedimento específico realizado pelos hospitais. Ou seja, o SUS reembolsa a instituição em função dos serviços por ela prestados à sociedade.

Ou seja, existe, simultaneamente, a prestação de contas de resultados físico-operacionais e financeiros, conforme preconiza Olak (2000):

A avaliação de desempenho é, em última análise, uma questão de prestação de contas (*accountability*). Há, de um lado, o Poder Público financiando (fomentando) atividades e projetos sociais prioritários e de outro, as Organizações Sociais que têm sob sua responsabilidade um conjunto de recursos financeiros, tecnológicos, materiais, humanos etc., colocados à sua disposição. É evidente que nessa relação contratual há metas a serem alcançadas (OLAK, 2000, p. 164).

Carvalho, Souza e Slomski (2003, p.3) destacam a necessidade de se criar relatórios gerenciais para evidenciar o resultado econômico produzido pela entidade pública.

Para que se possa ir além dos instrumentos da administração burocrática, para a prestação de contas, se faz necessário que administradores públicos criem dinâmicas que evidenciem seus resultados de maneira diferente daquelas que a regra, a norma e os padrões pressupõem. Para tanto, é imperativo que se produzam resultados que não sejam os financeiros, mas sejam resultados gerados pelo processo de mensuração de itens econômicos (CARVALHO; SOUZA; SLOMSKI, 2003, p. 3).

Assim, as entidades do Estado deveriam sempre mostrar para a sociedade o retorno proporcionado pela gestão pública. Esta não é uma tarefa simples, dada a dimensão da máquina estatal. Mas quando se divide a máquina em pequenas partes, a tarefa torna-se possível.

Fica ainda mais simples quando a gestão da entidade pública é independente, ou seja, tem sua própria contabilidade e seus próprios controles de gestão, como acontece com os HU.

Em verdade, ao analisar a posição dos HU enquanto órgãos públicos de gestão independente, percebe-se a necessidade destes prestarem contas não apenas à sociedade, mas também aos gestores públicos que oferecem recursos para manutenção do hospital (governo federal, estadual ou municipal). Assim, as adaptações propostas para cálculo do valor econômico agregado nesse estudo são para demonstrar a eficiência da entidade pública na gestão de recursos que lhe são concedidos pela sociedade.

Nas organizações sem fins lucrativos, como são as entidades públicas, não existe a figura do acionista. Os proprietários de capital investidores das instituições não possuem expectativa de retorno financeiro. Contudo, esperam que tal investimento seja revertido para uma comunidade. Assim, apesar de não haver a figura do acionista, existe sim o objetivo de maximização de valor econômico agregado, mas à comunidade. Ou seja, o valor que deveria remunerar o capital aplicado nessa instituição deve ser investido na produção de benefícios a uma determinada comunidade.

Cabe discutir a questão do lucro nas entidades sem fins lucrativos, pois o lucro é interpretado de forma diferente nas empresas privadas e públicas (sem fins lucrativos), pois:

Numa empresa, como regra geral, quanto maior o lucro, melhor o desempenho. Numa organização sem fins lucrativos, o resultado líquido deve situar-se somente em torno de um pequeno valor acima de zero. [...] Embora o desempenho financeiro não seja o objetivo principal de uma organização sem fins lucrativos, é um objetivo necessário, porque a organização não pode sobreviver se suas receitas, em média, são menores que suas despesas (ANTHONY; GOVINDARAJAN, 2002, p. 813).

Assim, para os autores “um grande resultado líquido significa que a organização não está prestando os serviços que aqueles que contribuíram com os recursos têm o direito de esperar” (ANTHONY; GOVINDARAJAN, 2002, p. 813).

Entretanto, segundo o raciocínio dos autores, ao apresentar lucros muito altos, a entidade acaba mostrando-se ineficiente no alcance de seu objetivo social, pois tal excedente deveria ser reinvestido nas causas sociais.

Contudo, isso deixa de ser verdade se a entidade apresenta um projeto de investimento no qual o resultado excedente será aplicado, ou mesmo se o resultado for aplicado no exercício seguinte.

Por outro lado, deve-se ter muito cuidado ao atrelar a existência de lucro a ineficiência no alcance dos objetivos sociais. Realizando uma análise mais detalhada da Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), pode-se encontrar uma abordagem diferente para a questão do lucro, tanto para empresas privadas, quanto para públicas e/ou sem fins lucrativos, conforme pode ser acompanhado na figura a seguir:

Estrutura básica de uma DRE	Efeitos na comunidade (externalidades)
Receita das Vendas	Atendimento às necessidades dos Clientes
(-) Custos da Mercadoria Vendida (CMV) ou Custos dos Serviços Prestados (CSP)	Remuneração de Fornecedores e outros prestadores de serviços
(=) Lucro Bruto	
(-) Despesas:	
Administrativas (Salários)	Remuneração de Funcionários
Vendas (Comissões)	Remuneração de Vendedores
(=) Lucro Operacional	
(-) Despesas Financeiras	Remuneração de Juros (Bancos)
(=) Lucro Antes do Imposto de Renda	
(-) Imposto de Renda	Recolhimento de Impostos (Governo)
(=) Lucro Líquido	Reinvestimento ou Sócios

Figura 3.2 – Estrutura básica de uma DRE e os efeitos da atuação de uma empresa privada na comunidade

FONTE: elaborada pelo autor

Note-se que, mesmo empresas privadas e, portanto, com fins lucrativos produzem benefícios sociais para a comunidade em que estão inseridas. Nesse caso, tem-se o lucro como um resíduo da atuação de uma empresa, pois se deduziram da receita de vendas pelos serviços prestados ao mercado todos os insumos necessários: matéria-prima, mão-de-obra, juros, impostos.

Desta forma, a existência de uma entidade, mesmo com finalidades lucrativas, produz benefícios à comunidade (externalidades⁷ positivas). Beneficiaram-se: os fornecedores de matéria-prima ou serviços, a população (emprego), os bancos e o governo, respectivamente.

⁷ As externalidades podem ser positivas (supracitadas) ou negativas (malefícios, como poluição, por exemplo). Para aprofundamento no assunto, pode-se consultar Pindyck e Rubinfeld (1994).

Assim, a diferença fundamental entre as entidades privadas (com fins lucrativos) e demais entidades sem fins lucrativos (públicas, inclusive) reside no objetivo social, ou melhor, na missão. Isso porque, em ambos os casos, a continuidade do negócio depende do atendimento à missão (a que se propõe a instituição).

No caso das empresas privadas, a continuidade depende do cumprimento da missão, sempre direcionada ao atendimento dos objetivos dos sócios. Nesse contexto, os sócios monitoram a todo instante o atendimento da missão por parte dos gestores.

Por sua vez, Drucker (2002, p. 79) trata da questão do desempenho e do resultado nas entidades sem fins lucrativos e afirma que, apesar de não ser prioridade neste tipo de instituição, os resultados “são muito importantes – e muito mais difícil de se medir e controlar” do que na empresa privada.

O autor defende como a primeira pergunta a ser respondida na gestão da entidade: “como deve ser definido o desempenho desta instituição?”, isso é, deve-se definir o desempenho que, quando alcançado, operacionaliza a missão da instituição, pois este mostrará se os esforços estão realmente direcionados ao alcance da missão (normalmente uma causa social).

Em uma outra analogia, da mesma forma que os sócios monitoram e cobram o cumprimento da missão como pressuposto de continuidade nas entidades privadas, a sociedade deveria cobrar das organizações públicas o cumprimento da missão social – cidadania.

Nesse contexto, o cálculo do valor econômico agregado à sociedade por Hospitais Universitários Públicos proporciona parâmetros para uma avaliação econômica da eficiência na aplicação dos recursos da sociedade por parte destas instituições e, conseqüentemente, cria mecanismos para verificar o cumprimento da missão a que estas entidades (HU) se propuseram.

3.2. Desenvolvimento do indicador de valor econômico agregado por entidades públicas com cálculo fundamentado nos preceitos da Gestão Baseada em Valor (GBV)

As empresas privadas calculam o valor econômico agregado a seus acionistas de diversas formas. Uma delas, bastante consolidada no meio empresarial, é por meio do indicador financeiro: Valor Econômico Agregado ou EVA[®]. Nesse contexto, faz-se a adaptação da metodologia de cálculo do EVA[®], apresentado no capítulo anterior, tópico 2.3.

É importante considerar que o lucro residual abordado no modelo do EVA[®] significa que a riqueza de uma companhia só começa a existir a partir do momento que a empresa remunerou o capital nela investido. Assim, o lucro residual é zero se o retorno operacional for apenas igual ao exigido pelos proprietários de capital em troca do risco assumido.

Retomando, a mensuração do retorno econômico (EVA[®]) proposta no estudo, é expressa da seguinte maneira (melhor detalhado no tópico 2.3):

$$\boxed{\text{EVA}^{\text{®}} = \text{LOP} - (\text{CMPC} \times \text{INV})}$$

Com o intuito de adaptá-los às entidades públicas, cada um destes fatores (LOP, CMPC e INV) é analisado isoladamente, desenvolvendo os indicadores sintetizados no quadro 3.1 (página 50): (i) valor econômico agregado de curto prazo (VECP); e (ii) valor econômico agregado para a sociedade (VEAS).

Inicialmente, o lucro operacional (LOP), que é o resultado das decisões de investimento da empresa. Ou ainda, é o resultado produzido pela atividade fim da empresa. De forma simplificada, pode ser entendido também como a diferença entre as receitas e despesas operacionais. No caso da entidade pública também é possível encontrar o ‘lucro operacional’. Basicamente, seria a diferença entre a receita pública e os custos (e despesas) operacionais na prestação do serviço público.

Especificamente, nas entidades públicas existem os termos superávits e déficits. Segundo Slomski (2005), os termos lucro e superávit ou prejuízo e déficits não são comparáveis, cada qual tem seu significado: “lucro representa eficácia na empresa privada, superávit é o indicador de economia de recursos” (SLOMSKI, 2005, p. 99):

A Contabilidade Pública brasileira é uma contabilidade orçamentária e os resultados apresentados são déficits ou superávits, evidenciando dessa forma, como foram consumidos os recursos disponibilizados pelo Principal ao Estado durante o exercício financeiro. Se houver excesso de consumo, apresenta-se déficit; se houver consumo inferior à disponibilização de recursos, apresenta-se superávit. No entanto o cidadão (Principal) está familiarizado com os termos *lucro* ou *prejuízo* (SLOMSKI, 2005, p. 99).

Contudo, o conceito de receita para as entidades privadas não é o mesmo daquele utilizado na contabilidade pública. A receita contábil na entidade privada normalmente é o valor oferecido em contrapartida do bem ou serviço.

Na entidade pública o valor oferecido em contrapartida do bem oferecido não é contabilizado. Conforme Slomski (2001), a receita pública não reflete o valor que o consumidor estaria disposto a pagar pelo bem ou serviço oferecido.

Entretanto, quando se trata de entidades públicas, [...] o termo “receita” refere-se ao recebimento de impostos e às transferências correntes e de capital, tomando desta forma outra roupagem; caracteriza-se, então, como todas as entradas de recursos na entidade, independentemente da contraprestação de serviços ou de entrega de produto (SLOMSKI, 2001, p. 52).

O autor vai além e propõe o cálculo do resultado econômico da entidade pública utilizando o conceito de receita da entidade privada. Para ele, o resultado econômico da entidade pública é a diferença entre a receita econômica e a soma dos custos diretos e indiretos identificáveis à área de responsabilidade que produziu tal receita (SLOMSKI, 2001, p. 56).

A receita econômica, por sua vez, “é o produto da multiplicação do custo de oportunidade que o cidadão desprezou ao utilizar o serviço público, pelos serviços que ele efetivamente tenha executado” (IBID, p. 53). Como custo de oportunidade o autor entende “o menor preço de mercado à vista atribuído ao serviço prestado ao cidadão com similar qualidade, oportunidade e tempestividades daquele desprezado por ele ao utilizar o serviço público” (IBID, p. 54).

Assim, para o caso dos HU, a receita econômica de um período representa o menor preço de mercado que um paciente pagaria para obter os serviços de saúde oferecidos, no mesmo período. Observando a realidade do setor, o serviço de menor preço com qualidade similar seria o oferecido pelos planos de saúde.

Como os planos de saúde geralmente utilizam a tabela de preços-padrão para os diversos tipos de serviços elaborados pela Associação Médica Brasileira (AMB), ela representa a referência (neste trabalho) para o cálculo da receita econômica do caso do HCFMRP-USP.

O conceito do lucro operacional dos HU é, então, definido pela diferença entre a receita econômica (quantidade de serviços prestados multiplicado pelos respectivos valores da tabela AMB) e os custos (e despesas) incorridos para oferecer o serviço ao usuário. Define-se assim, o segundo componente para o cálculo do EVA[®] dos hospitais universitários.

O próximo componente do EVA[®] a definir é o Custo Médio Ponderado do Capital (CMPC). Deve-se observar como o Estado investiria o recurso se não o destinasse aos HU. Baseado no conceito de custo de oportunidade, propõe-se o uso da taxa básica de juros da economia brasileira determinada pelo Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (SELIC).

Obviamente, o ideal seria o desenvolvimento de estudo para buscar uma taxa que realmente reflita o custo de capital dos hospitais baseado no modelo de precificação de ativos (*Capital Asset Pricing Model*, - CAPM⁸), inclusive com a tentativa de desenvolvimento do fator de risco, denominado beta (β). Entretanto, esse estudo adota a taxa a premissa de que a taxa SELIC representa o custo de Capital para o Estado de forma pertinente.

O último componente do EVA[®] a ser definido é o valor do investimento (INV). De acordo com a teoria da Gestão Baseada em Valor, o investimento é dado pela soma do patrimônio líquido com o passivo oneroso da instituição. No caso dos hospitais universitários, enquanto entidade pública, o patrimônio social acumula o investimento do Estado realizado diretamente no ativo permanente da organização e o superávit/ déficit acumulado.

Assim, há duas possibilidades: (i) utilizar o gasto do Estado no período, ou seja, todo o investimento feito pelo Estado no HU em determinado ano, resultando no valor agregado pela entidade na prestação do serviço público por período; e (ii) utilizar o valor do passivo oneroso somado ao patrimônio social como é proposto no EVA[®] original.

⁸ Para aprofundamento no assunto, pode-se consultar Assaf Neto (2003b).

Quadro 3.1 – Medidas de cálculo do valor agregado para a entidade pública

<u>Medida de Valor</u>	<u>Metodologia de cálculo</u>
Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP)	<p>Receita Econômica (-) Custos Operacionais (-) Despesas Operacionais (=) <i>Resultado Econômico Operacional</i></p> <p>↓</p> <p>Taxa SELIC (x) Investimento feito pelo governo na entidade no período (=) <i>Custo de oportunidade do capital do Estado</i></p> <p>↓</p> <p><i>Resultado Econômico Operacional</i> (-) <i>Custo de oportunidade do capital do Estado</i> (=) Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP)</p>
Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS)	<p>Receita Econômica (-) Custos Operacionais (-) Despesas Operacionais (=) <i>Resultado Econômico Operacional</i></p> <p>↓</p> <p>Taxa SELIC (x) Investimento total feito na entidade (Passivo oneroso +PS) (=) <i>Custo de oportunidade para a Sociedade</i></p> <p>↓</p> <p><i>Resultado Econômico Operacional</i> (-) <i>Custo de oportunidade para a Sociedade</i> (=) Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS)</p>

FONTE: elaborado pelo autor

Como as duas possibilidades geram valores diferentes e com significados diferentes, a proposta deste estudo é adotar os dois valores como indicadores de desempenho. O resultado originado da primeira possibilidade (gasto do Estado no período) é o valor econômico agregado de curto prazo (VECP). Representa o quanto a sociedade ganha (ou perde) no período por “terceirizar” (delegar uma obrigação do Estado para terceiros) a prestação de um serviço para uma entidade isolada.

O segundo resultado é o valor econômico agregado para a sociedade (VEAS), isso é, representa o valor devolvido para a sociedade por ela “deixar” o capital investido na entidade. O quadro 3.1 mostra um resumo das medidas propostas no estudo. Confirma-se então a possibilidade de adaptar o EVA[®] para as entidades públicas.

As medidas de valor desenvolvidas neste trabalho, e apresentadas no quadro 3.1, representam uma importante contribuição enquanto ferramentas de avaliação de desempenho pelo fato de incorporarem o conceito de custo de oportunidade. Elas permitem uma análise mais segura do “quanto” do investimento público é devolvido para a sociedade.

Tais medidas de valor econômico demonstram o potencial das entidades públicas na prestação de serviço que agregue valor, tal qual serviço privado, pois as medidas de avaliação de desempenho convencionais (lucro e suas variações) não consideram o custo de oportunidade do capital investido, sendo para as entidades públicas a taxa SELIC.

Quando o governo altera o valor da taxa SELIC, automaticamente afeta o custo do capital a ele confiado pela sociedade. As medidas de valor VECP e VEAS têm a sensibilidade de demonstrar os impactos proporcionados pelas políticas econômicas no valor econômico agregado pelas entidades públicas.

Assim um aumento na taxa básica de juros aumenta o custo de oportunidade do capital investido pela sociedade, exigindo maior eficiência operacional (medida pelo Resultado Econômico Operacional) das entidades públicas, como acontece no setor privado.

As medidas de valor VECP e VEAS podem ser aplicadas tanto para a entidade como um todo (avaliação global do desempenho), quanto para divisões da mesma entidade (avaliação segmentada do desempenho) e proporcionar, em ambos os casos, uma visão sobre o resultado econômico.

Além de servirem como base para a tomada de decisões pelos gestores, essas medidas (VECP e VEAS), por outro lado, favorecem a transparência na prestação de contas da entidade para com a sociedade, que pode avaliar a eficiência de uma entidade com a leitura do cálculo.

Assim, quando o valor apurado pelas medidas VECP e VEAS “[...] significa que o *agenciamento*⁹ está sendo a um custo menor que o preço de mercado” (SLOMSKI, 2005, p. 100), remunerando inclusive o custo de oportunidade do capital investido pela sociedade. Ou seja, entidade é eficiente na prestação de serviços à comunidade, tendo como base preços de mercado (*benchmarking*).

Por outro lado, no caso de valores negativos para VECP e VEAS, trata-se de algo equivalente a um “[...] prejuízo econômico, a sociedade poderá rever toda estrutura de *agenciamento*” (SLOMSKI, 2005, p. 100). Isso significa dizer que a sociedade não deve continuar “terceirizando” a prestação de serviço público.

Não resta dúvidas de que as medidas VECP e VEAS são úteis e válidas. No entanto, a utilização delas deve superar os desafios de impostos pelos requisitos para sua implantação. Pode-se prever que haverá dificuldades semelhantes com as encontradas pelas empresas privadas quando da adoção do EVA[®], por exemplo, a adequação do sistema contábil e de informações.

3.3 Metodologia *Social Return on Investment* (SROI)

Ao contrário do modelo EVA[®], a metodologia *Social Return on Investment* (SROI) apresentada a seguir, foi desenvolvida por uma fundação americana, *The Roberts Enterprise Development Fund* (REDF), em 1996, com o objetivo de quantificar o valor econômico criado com o investimento em instituições sem fins lucrativos. A metodologia SROI vai ao encontro das proposições de Slomski (2005) e do objetivo desse estudo.

A aplicação da metodologia foi feita em entidades com fins sociais que proporcionam emprego e treinamento para pessoas necessitadas e não pode ser generalizado para qualquer organização, mas é um importante referencial para o desenvolvimento de um modelo genérico. O SROI não tenta capturar e quantificar todos os aspectos da criação de valor de um programa sem fins lucrativos bem sucedidos.

⁹ Para aprofundamento no assunto, pode-se consultar Slomski (2005).

Entre os extremos do valor puramente econômico e o valor puramente social está o valor socioeconômico, base do modelo SROI. A mensuração do valor socioeconômico é fundamentada na incorporação de certos elementos de valor social quantificados monetariamente ao valor econômico criado.

Uma entidade sem fins lucrativos cria valor socioeconômico pela transformação de recursos, insumos e/ou processos em produtos passíveis de venda (atividade econômica); e pela geração de receitas ou pela redução de custos para o setor público (atividade social).

Assim, a entidade pode possuir uma atividade econômica, geralmente consequência de sua causa social, e a atividade social em si. Por exemplo, um hospital beneficente atende pessoas carentes (atividade social), e atende pessoas por convênios de saúde (atividade econômica) em sua organização (REDF, 2001, p.12).

O modelo baseia-se na determinação de um grupo de seis indicadores de SROI: valor econômico do negócio, valor econômico da causa social, valor da entidade (negócio com causa social), índice de retorno do negócio, índice de retorno da causa social e índice de retorno da entidade. Os indicadores de negócio referem-se à atividade econômica citada anteriormente e os indicadores de causa social à atividade social.

O quadro 3.2 (próxima página) apresenta uma visão geral dos indicadores. Estas três medidas (Valor do Negócio, Valor da Causa Social e Valor da Entidade) mensuram quanto a entidade sem fins lucrativos está retornando para a comunidade.

No entanto, nem todos os aspectos do impacto do trabalho da entidade na sociedade podem ser mensurados e traduzidos em valores monetários. Por isso, duas considerações importantes devem ser feitas: nem todo baixo índice da entidade representa um investimento ruim ou um trabalho ruim para a sociedade.

Quadro 3.2 – Definição dos indicadores do modelo SROI calculados na primeira fase

Medidas de Valor		
Tipo de Valor Criado	Medida	Definição
Econômico	Valor do Negócio	Valor presente dos excedentes de caixa gerados pela atividade de negócio da entidade (exclui os custos pela causa social e os subsídios e doações)
Socioeconômico	Valor da Causa Social	Valor presente da receita adicional e da redução de custos para o governo gerados pela atividade social reduzidos dos custos desta atividade
Socioeconômico	Valor da Entidade	Valor do Negócio + Valor da Causa Social – Dívida de Longo Prazo
Social*	–	–
<i>* O modelo SROI da REDF mensura os valores econômico e sócio-econômico criados. Algumas medidas de impacto no valor social são expostas no Relatório SROI. Futuros artigos da REDF irão explorar tentativas de mensurar a criação de valor social.</i>		

FONTE: REDF, 2001, p. 17.

A própria REDF propõe oportunidades de melhoria no modelo SROI, encorajando outros pesquisadores a proporem soluções para os problemas levantados. Não obstante, o ponto importante do modelo para esse estudo, além de como é avaliada a causa social, é o modo como o SROI separa as receitas da atividade econômica das receitas da atividade social. Posições subjetivas devem ser tomadas para a aplicação desse modelo no estudo realizado.

Diante da complexidade e da imprecisão na obtenção dos dados, optou-se pelo cálculo do EVA[®] como indicador de cálculo do valor econômico agregado à sociedade, pelo HCFMRP-USP.

O presente capítulo demonstrou dois aspectos importantes ao se tratar da adaptação da teoria da Gestão Baseada em Valor às entidades públicas: a compatibilidade conceitual e a possibilidade de avaliação da entidade à luz de tal teoria. O próximo capítulo apresenta a metodologia utilizada na pesquisa, bem como os métodos de coleta e análise dos dados.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

O objetivo neste capítulo é caracterizar a pesquisa, bem como expor as técnicas utilizadas para a coleta e análise dos dados como forma de validar o estudo. Enquanto no capítulo 3 trata-se da adaptação da teoria da Gestão Baseada em Valor às entidades públicas, em termos de compatibilidade conceitual, o presente capítulo busca subsídios que sustentem a pesquisa de maneira empírica, como forma de aproximar a teoria da prática.

Assim, conforme abordado na introdução do presente estudo, a parte empírica da pesquisa caracteriza-se como estudo exploratório com natureza qualitativa. Collis e Hussey (2005, p. 24) definem pesquisa exploratória:

A pesquisa exploratória é realizada sobre um problema ou questão de quando há poucos ou nenhum estudo anterior em que possamos buscar informações sobre a questão ou problema. O objetivo desse tipo de estudo é procurar padrões, idéias ou hipóteses, em vez de testar ou confirmar uma hipótese (COLLIS; HUSSEY, 2005, p. 24).

Para Selltiz, Wrightsman e Cook (1987, p. 59), a pesquisa exploratória caracteriza-se por buscar “familiarizar-se com o fenômeno ou conseguir nova compreensão deste”. Considerando ainda a pequena quantidade de pesquisas científicas (inclusive internacionais) envolvendo a avaliação econômica de hospitais públicos, o estudo exploratório mostra-se o mais adequado, pois “no caso de problemas em que o conhecimento é muito reduzido, geralmente o estudo exploratório é o mais recomendado” (IBIDEM, p. 61).

Devido a essa particularidade o tipo dessa pesquisa é qualitativo. Especificamente, o plano de pesquisa conduz a um estudo exploratório que, segundo o autor, justifica-se quando não se tem informação sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenômeno.

Para Yin (2005), uma pesquisa qualitativa assinala uma tentativa de entendimento dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos.

Na pesquisa qualitativa, o objeto de estudo não é reduzido à variável única, mas é estudado em sua complexidade e totalidade, em seu contexto diário. A pesquisa qualitativa vai ao

encontro do objetivo deste trabalho, pois se caracteriza por estudar práticas e interações sociais, conforme Flick (2004).

Segundo Richardson (1999), Malhotra (2001), Collis e Hussey (2005) e Martins (2006), técnicas típicas usadas em pesquisas exploratórias qualitativas incluem estudos de caso, observação e análise histórica.

De acordo com Yin (2005), o estudo de caso é uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto real, quando os limites entre fenômeno e contexto não são claramente definidos e nas quais múltiplas fontes de evidências são usadas. O autor ainda destaca cinco componentes de um projeto de pesquisa que são importantes para estudos de caso: (1) uma questão para estudo; (2) suas proposições, se houver; (3) sua unidade de análise; (4) a lógica que une as informações às proposições; e por fim: (5) o critério para interpretar os resultados.

Já Martins (2006) define estudo de caso como uma estratégia de pesquisa caracterizada pela análise profunda e intensa de uma unidade social que pede avaliação qualitativa. Um estudo de caso é uma pesquisa empírica que: (i) investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real; (ii) as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes; (iii) múltiplas fontes de evidências são utilizadas.

Assim, para alcançar o objetivo geral da pesquisa que é calcular o valor econômico agregado à sociedade por Hospitais Universitários Públicos, foi escolhida uma abordagem metodológica empírico-analítica com a condução de um estudo de caso, adequada para esta proposta de trabalho devido a complexidade do fenômeno a ser estudado.

O projeto do estudo de caso foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (unidade de análise). O contato inicial foi feito com a dirigente da Assessoria Técnica do Hospital e formalizado por meio de uma carta de apresentação (Apêndice A).

Desta forma, o estudo foi realizado em profundidade, por meio do desenvolvimento de uma proposta de mensuração baseada no referencial teórico. Segundo Martins (2006), cria-se nesse momento o “constructo”: estabelecer definições conceituais e operacionais dos principais

termos e variáveis do estudo para que se saiba exatamente o que se quer estudar – medir ou descrever. O teste é realizado por meio da busca de múltiplas fontes de evidência para uma mesma variável.

Por sua vez, a preparação para coleta de dados do estudo de caso envolveu o desenvolvimento de um protocolo para investigação, como forma de aumentar a confiabilidade do estudo. Para Martins (2006), o protocolo é mais que um instrumento, pois contém os procedimentos e as regras gerais que deverão ser seguidas. A função do protocolo é a de aumentar a confiabilidade da pesquisa ao servir como guia ao investigador ao longo das atividades do estudo. A estratégia para coleta de dados foi estruturada no protocolo de estudo de caso, conforme sugerido por Yin (2005) e apresentado a seguir.

4.1 Protocolo do estudo de caso

Parte I – a primeira parte do documento contém os procedimentos iniciais para a coleta de dados, conforme apresentado abaixo:

Agendamento Inicial da Visita de Campo: dia 13/03/2006, às 08:00h.

Contato Inicial: Sr^a Maria Eulália Lessa do Valle Dallora, dirigente da Assessoria Técnica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

Objetivo: Apresentação do projeto de estudo de mestrado, obtenção das informações gerais da instituição e verificação formal dos procedimentos para obtenção dos dados necessários ao estudo de caso.

- Apresentação do projeto como forma de sensibilização da instituição.
- Informações gerais: (i) confirmação dos dados gerais obtidos no *site* da instituição; (ii) estrutura administrativa, relação entre a instituição e sua Fundação – Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (FAEPA).
- Verificação dos procedimentos para a coleta dos dados: (i) autorização para a obtenção dos dados; (ii) acesso a documentos e ao banco de dados; (iii) disponibilidade dos funcionários para o atendimento: quais funcionários poderiam ser

abordados sobre os procedimentos de coleta de dados de custos e do SUS?, quais funcionários poderiam ser abordados sobre os procedimentos de coleta de dados da FAEPA?, onde?, quando?.

- Contrapartida da pesquisa: (i) discussão das questões relacionadas ao caso do Hospital; (ii) troca de experiência com o pesquisador; (iii) apresentação dos relatórios de qualificação (parcial) e da dissertação (final) para os funcionários da administração do Hospital e da Fundação; e (iv) autorização formal para possível publicação do caso em congressos ou revistas.

Parte II – a segunda parte do protocolo (Apêndice B) foi constituída por um conjunto de questões que refletem com detalhes as proposições da pesquisa, construídas a partir da revisão teórica sobre o tema abordado e que foram utilizadas com orientação para o pesquisador.

Parte III – na terceira componente do protocolo procurou-se listar as possíveis fontes de evidências, no caso:

- Base de dados da instituição e do SUS (DATASUS);
- Documentos: relatório de atividades da instituição, relatórios financeiros (faturamento, custos, demonstrativos contábeis e gerenciais); relatórios financeiros da FAEPA (faturamento);
- Entrevistas.

A coleta dos dados, conforme sugere a estratégia do estudo de caso, envolveu uma triangulação dos dados (três métodos diferentes): (i) análise documental; (ii) entrevista; e (iii) observação direta.

4.2 Coleta e análise de dados: métodos e instrumentos

As ferramentas de coleta dos dados foram entrevistas e pesquisa documental e, para análise dos dados, utilizou-se além da Análise por Envoltória de Dados (DEA) e análises estatísticas.

A coleta de dados, na pesquisa documental, ocorreu por meio de fontes primárias e secundárias, conforme Yin (2005). Esta técnica, “fundamenta-se em todas as coletas de informações cujos registros estão contidos em documentos” (FACHIN, 2003, p. 137).

Na Análise Documental, procurou-se avaliar as demonstrações contábeis da instituição, bem como as planilhas de custos, planilhas de faturamento e as tabelas de preços referenciais da área. Assim, consideraram-se como fontes primárias: (i) de primeira espécie: são os dados físico-operacionais dos hospitais, encontrados no *site* do Ministério da Saúde –Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS); e (ii) de segunda espécie: são os relatórios contábeis e de atividades (prestação de contas) publicados pelos hospitais, a tabela de pagamentos do SUS, fornecida no *site* do Ministério da Saúde, e a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), fornecida no site da própria associação.

As seguintes variáveis fazem parte do estudo (indicadores técnico-operacionais):

- *Recursos (inputs)*: (i) valor dos ressarcimentos referentes a internações e procedimentos ambulatoriais: RECEITA SUS; (ii) valor das SUBVENÇÕES: Governo do Estado ou por meio das Autarquias; (iii) total de LEITOS disponibilizados; e (iv) total de MÉDICOS contratados.
- *Serviços (outputs)*: (i) TOTAL DE CONSULTAS E EXAMES prestados para a comunidade de Ribeirão Preto e região; (ii) total de INTERNAÇÕES de pacientes da comunidade de Ribeirão Preto e região; (iii) TOTAL DE CIRURGIAS em pacientes da comunidade de Ribeirão Preto e região.

Estes dados (indicadores técnico-operacionais), obtidos, foram transferidos para o Excel® com muito cuidado (tabulação dos dados) no sentido de se evitar erros e garantir a confiabilidade dos dados para fins de comparação.

Os indicadores técnico-operacionais representam os microdirecionadores de valor para o HCFMRP-USP, apresentados no tópico 2.2 (figura 2.3, página 32). Assim, a estrutura empírica dos indicadores técnico-operacionais, para a avaliação econômica dos investimentos realizados no HCFMRP-USP, pode ser representada pela figura 4.1:

Figura 4.1 – Estrutura dos indicadores técnico-operacionais do Hospital das Clínicas da FMRP-USP
 FONTE: adaptado de BELLONI, 2000.

Sendo assim, os gestores do HCFMRP-USP devem monitorar esses indicadores técnico-operacionais de modo a agregar valor econômico à sociedade (nesse caso, a comunidade de Ribeirão Preto e região).

Por sua vez, a fonte secundária foi composta pela revisão crítica da literatura, como forma de dar suporte ao desenvolvimento da temática. Buscou-se, aqui, identificar os principais elementos da gestão dos HU, bem como os aspectos fundamentais no processo de avaliação econômica de investimentos públicos.

Então, calculou-se o Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) e Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS), observando todos os pontos discutidos no capítulo 3 deste estudo, para a instituição (GLOBAL) e para os departamentos (SEGMENTADO) do HCFMRP-USP, conforme apresentado no próximo capítulo.

Estes cálculos (ou seja, a parte prática do trabalho) têm o objetivo de ajudar a responder ao problema de pesquisa por meio da análise do contexto do Hospital, bem como o de mostrar algumas formas de calcular o valor econômico de empreendimentos com objetivos sociais. Para a análise dos dados, utilizou-se da Análise por Envoltória de Dados¹⁰ (DEA, do inglês *Data Envelopment Analysis*).

¹⁰ Conforme Charnes, Cooper, Rhodes (1978), a DEA é uma metodologia que tem sido usada para avaliar a eficiência técnico-operacional (produtiva) de unidades (programas, organizações, empresas etc).

Operacionalmente, a DEA consiste em uma abordagem de programação matemática não-paramétrica para estimar uma fronteira linear de produção que pode ser aplicada para avaliar a eficiência relativa de uma variedade de instituições produtoras de tarefas – definidas como *Decision Making Units* ou DMU (CHARNES; COOPER; RHODES, 1978).

O modelo considera situações de eficiência de produção com variação de escala e não assume proporcionalidade entre *inputs* (recursos) e *outputs* (resultados). Apresenta-se, a seguir, a formulação matemática do modelo (BANKER; CHARNES; COOPER, 1984).

$$\begin{aligned}
 \max \quad & h_o = \sum_{j=1}^m u_j y_{jo} + u^* \\
 \text{sujeito a} \quad & \\
 & \sum_{i=1}^n v_i x_{io} = 1 \\
 & \sum_{j=1}^m u_j y_{jk} - \sum_{i=1}^n v_i x_{ik} \leq 0, \quad k = 1, \dots, s \\
 & u_j, v_i \geq 0 \quad \forall x, y \\
 & u^* \in \Re
 \end{aligned}$$

em que:

- h_o é a eficiência da DMU (departamento) em análise;
- x_{ik} representa o *input* i (recurso “i”) da DMU k , ou do departamento “k”;
- y_{jk} representa o *output* (produto/serviço “i”) j da DMU k ou do departamento “k”;
- v_i é o peso atribuído ao *input* i ;
- u_j é o peso atribuído ao *output* j ;
- u^* é um fator de escala.

No DEA, os departamentos do HCFMRP-USP foram considerados como DMU, sob a premissa de que estes são unidades comparáveis. Com isso, optou-se pela aplicação da DEA apenas nos departamentos da divisão médica¹¹ do hospital, ou seja, na parte clínica aonde são realizadas os serviços à sociedade.

Evidentemente, poderia-se aplicar a análise de eficiência para todos os departamentos do hospital, inclusive aos departamentos de apoio e administrativos, entretanto não é o objetivo do estudo. Isso porque, procedeu-se no cálculo do VECP e do VEAS apenas nos

¹¹ Para mais detalhes, recorra ao tópico 5.1, no capítulo seguinte.

departamentos da divisão médica (prestam serviços assistenciais à sociedade), não se estendendo aos demais.

Assim, a Análise por Envoltória de Dados atribui a cada departamento um valor (escore), representativo de seu desempenho relativo. Segundo Banker, Charnes e Cooper (1984), a metodologia DEA fornece uma medida escalar da eficiência e determina níveis eficientes para os mesmos recursos ou insumos (*inputs*) tratados anteriormente, bem como para os serviços/produtos (*outputs*).

Além de identificar as DMU eficientes e as ineficientes, a metodologia DEA estima uma função de produção linear, que fornece uma fronteira de eficiência, ilustrada pela figura 4.2 a seguir.

Figura 4.2 – Fronteira de eficiência da DEA
 FONTE: adaptado de BELLONI, 2000.

Pela figura 4.2, por exemplo, pode-se afirmar que as DMU (departamentos, por exemplo) “D” e “E” são ineficientes na alocação de recursos (relação entre *inputs* e *outputs*). Os departamentos localizados na fronteira de eficiência gerada pela DEA são considerados eficientes, ou seja, otimizam os recursos (*inputs*) na geração de produtos ou serviços (*outputs*).

Vários exemplos de aplicações podem ser verificados em Kassai (2002), onde são resumidos estudos utilizando DEA tanto no Brasil como no exterior. Entre outros, Banker, Charnes e Cooper (1984) e Marinho (2001), também utilizam valores e quantidades na análise de eficiência de serviços hospitalares.

Assim, para a responder à questão de pesquisa (como calcular o valor econômico agregado à sociedade por HU Públicos?), criou-se as seguintes hipóteses, em termos estruturais:

Hipótese nula (H_0)

H_0 : os departamentos considerados eficientes pela DEA possuirão um VECP / VEAS médio estatisticamente igual ao VECP / VEAS médio dos departamentos categorizados como ineficientes.

Hipótese alternativa (H_1)

H_1 : os departamentos considerados eficientes pela DEA possuirão um VECP / VEAS médio estatisticamente maior do que o VECP / VEAS médio dos departamentos categorizados como ineficientes.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o pacote estatístico SPSS, por meio da aplicação de testes hipóteses de igualdade de médias, indicados por Stevenson (2001), Martins (2002) e Triola (2005) para ser usado quando se quer testar se duas amostras independentes provêm de população com médias iguais.

Supõe-se independência entre as duas amostras, eficientes (EF) e ineficientes (INEF), pelo fato de representares dois grupos distintos de departamentos categorizados pela DEA, ou seja, trata-se de “amostras não emparelhadas” (TRIOLA, 2005, p. 346).

Com base nesta definição, esta técnica bem se aplica a este estudo, uma vez que o mesmo se propõe a avaliar se existem diferenças significativas nos indicadores de valor (VECP e VEAS) dos dois (eficientes e ineficientes) grupos de departamentos da entidade.

De forma geral, o objetivo destas análises será o de contribuir, por meio dos testes de hipóteses e da análise estatística (teste de igualdade de médias) com o entendimento dos pontos levantados no capítulo cinco. Isso, associado ao referencial teórico visto anteriormente, será a base do cálculo o valor econômico agregado à sociedade por HU Públicos (constructo), que serão referenciadas no capítulo seis: considerações finais.

5 ESTUDO EMPÍRICO: CÁLCULO DO VALOR ECONÔMICO AGREGADO À SOCIEDADE PELO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Nesse capítulo aplica-se os conceitos discutidos na revisão bibliográfica ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), objeto do estudo. Em primeiro lugar, há uma caracterização do hospital e em seguida mostra-se o cálculo do valor econômico e analisam-se os resultados encontrados.

Assim, procura-se ilustrar o cálculo do valor agregado pela entidade pública (SLOMSKI, 2005), como forma de demonstrar o quanto do investimento público é devolvido para a sociedade, e mais ainda, perceber o potencial das entidades públicas na prestação de serviço que agregue valor, tal qual serviço privado.

5.1. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

O HCFMRP-USP é vinculado à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e associado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade. É uma entidade autárquica com personalidade jurídica e patrimônio próprio, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e que tem por finalidade, servir de campo de ensino e treinamento a estudantes de cursos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

A instituição destaca-se na promoção e assistência à saúde de Ribeirão Preto e toda região nordeste do estado de São Paulo. Sua unidade ambulatorial é responsável pelo atendimento de 3.000 pacientes por dia, não internados, por meio de consultas médicas, exames diagnósticos e de acompanhamento de pequenos procedimentos cirúrgicos (hospital-dia¹²).

¹² Trata-se de uma modalidade de semi-internação, indicada para cirurgias de pequeno porte, em que o paciente fica apenas em observação e é liberado no mesmo dia em que foi realizada a cirurgia.

Constitui-se, também, centro de referência em tratamentos de alta complexidade (casos clínicos graves, com risco de morte) – absorve aproximadamente 20% da demanda de internações da cidade de Ribeirão Preto e região.

Conforme dados de 2005 (último relatório de atividades), o Hospital possui 851 leitos de enfermaria e 119 leitos de observação, 34 salas cirúrgicas, 333 salas de atendimento ambulatorial (consultórios) dispostos em duas unidades: HC Campus (Campus) e Unidade de Emergência (UE), num total de 111.725 m².

O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto dispõe de 4.795 (quatro mil, setecentos e noventa e cinco) servidores, 211 (duzentos e onze) professores da FMRP-USP (áreas clínicas), 503 (quinhentos e três) médicos em estágio de especialização (residentes), distribuídos em 38 (trinta e oito) programas de residência médica (cardiologia, ortopedia, oftalmologia, por exemplo). Além destes profissionais da área médica, a instituição conta com 84 (oitenta e quatro) profissionais em estágio de especialização para áreas não médicas (como Assistência Social, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Fonoaudiologia), distribuídos em 26 (vinte e seis) programas de especialização.

A residência em Enfermagem foi extinta no ano de 2005, quando a instituição passou a priorizar convênios de estágio para médicos (e demais profissionais de saúde) com outros hospitais, prefeituras e unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto e região.

Assim, o HCFMRP-USP presta serviços médico-hospitalares, de urgência e tratamentos específicos de alta complexidade e tecnologia de ponta à população de Ribeirão Preto. Atende também toda a região, ultrapassando inclusive os limites do Estado de São Paulo, com recursos provenientes do Tesouro do Estado de São Paulo e da arrecadação SUS (ressarcimento pelos serviços médio-assistenciais prestados).

Sua produção assistencial (2005): realizou-se 582.949 (quinhentas e oitenta e duas mil, novecentos e quarenta e nove) consultas e 32.806 (trinta e duas mil, oitocentas e seis) internações. Foram realizadas neste mesmo período 29.397 (vinte e nove mil, trezentas e noventa e sete) cirurgias, 2.384.780 (dois milhões, trezentos e oitenta e quatro mil, setecentos e oitenta) exames laboratoriais, além de 257.783 (duzentos e cinquenta e sete mil, setecentos e oitenta e três) exames especializados, isto é, de maior complexidade.

A produção científica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto com o apoio do HCFMRP-USP em 2005: 606 (seiscentos e seis) trabalhos publicados em periódicos, 1.223 (mil, duzentos e vinte e três) artigos apresentados em congressos, além de 181 (cento e oitenta e uma) dissertações de mestrado e 117 (cento e dezessete) teses de doutorado.

A administração da entidade é composta pela superintendência, pelo conselho deliberativo e pela diretoria clínica, conforme exposto na figura 5.1 (Anexo A). Atualmente, a entidade está se reestruturando e revendo esta estrutura organizacional, com o objetivo de torná-la mais descentralizada. Arelados à superintendência, estão os departamentos de apoio como, a assessoria técnica, divisão de finanças, procuradoria jurídica, engenharia etc.

As diretorias clínicas (ou operacionais), representadas pela divisão médica e divisão de enfermagem, também estão subordinadas à superintendência. A divisão médica, por sua vez, é constituída pelos seguintes departamentos: cirurgia e anatomia, ortopedia, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, neurologia, oftalmologia, genética, medicina social, patologia e laboratórios especializados (vide tabela 5.1).

Neste trabalho, avalia-se a eficiência dos investimentos nessas áreas, por compreender que a prestação de serviços à sociedade acontece nos departamentos operacionais, pois se pretende avaliar o valor econômico agregado à sociedade pela entidade.

O Hospital também possui uma fundação integrada fisicamente, a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP (FAEPA). A FAEPA é uma entidade de direito privado, com autonomia administrativa e financeira, regida por seu estatuto e regimento interno e pelas normas do código civil.

Seu principal objetivo é fomentar as atividades-fim do HCFMRP-USP. Oferece flexibilidade no gerenciamento financeiro do Hospital e tem propiciado ganhos significativos no custeio, modernização e aprimoramento institucional. Cabe ainda mencionar, que a FAEPA está submetida a mecanismos de controles bem definidos que garantem o interesse público.

Desde sua criação, a FAEPA vem desenvolvendo um conjunto de atividades destinadas, prioritariamente, ao aprimoramento funcional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. De um lado, a administração pela FAEPA de recursos gerados

pelo HCFMRP-USP permitiu investimentos substanciais em recursos humanos, na manutenção das atividades básicas do Hospital, no aprimoramento e ampliação da estrutura física, bem como na atualização de equipamentos médicos, para uso diagnóstico ou terapêutico.

Ao mesmo tempo, utilizando recursos próprios, a FAEPA vem desenvolvendo programas de apoio ao aprimoramento de recursos humanos do HCFMRP e da FMRP-USP, à atividades de pesquisa desenvolvidas nos Departamentos Clínicos e Básicos da FMRP-USP e à organização de cursos e eventos.

5.1.1 O Sistema de Orçamento do HCFMRP-USP

O Orçamento do Estado é composto pelos Orçamentos: Fiscal, de Investimento (em empresas cujo Estado tem posição majoritária no capital social) e da Seguridade Social. De acordo com a Constituição Federal, o Estado deve aplicar no mínimo 12% da receita líquida (receita total deduzida as transferências aos municípios) no Orçamento da Seguridade Social, englobando entre outras, a Secretaria da Saúde.

Dentro deste contexto, o HCFMRP-USP elabora sua Proposta Orçamentária Setorial (POS) ocorrendo, geralmente, no período compreendido entre os meses de março a julho do ano em curso. A POS é constituída pelas seguintes etapas: (i) etapa I: previsão da receita própria; previsão das despesas: pessoal e encargos, custeio e investimento; encaminhamento para a Secretaria de Economia e Planejamento para consolidação no nível estadual e elaboração do Projeto da Lei Orçamentária Anual (LOA); encaminhamento, pela Secretaria do Planejamento, do Projeto da LOA à Assembléia Legislativa para análise, inclusão de emendas e sua aprovação e, Publicação da Lei que produzirá seus efeitos a partir de 01 de janeiro do ano subsequente; e (ii) etapa II: execução orçamentária e acompanhamento e controle da execução orçamentária e financeira.

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

5.1.2 O Sistema de Custeio do HCFMRP-USP

Em um hospital do porte do HCFMRP-USP, a aplicação de uma metodologia de custeio é complexa. Atualmente é aplicado o sistema de Custeio por Absorção¹³, adaptado para a realidade da instituição, sendo detalhado sistematicamente a seguir.

A tabela 5.1, a seguir, apresenta o agrupamento dos principais centros de custos da entidade.

Tabela 5.1 - Centros de Custos do HCFMRP-USP

Grupos	Categorias
Grupo 1	Centros de Custos de Base: transportes, almoxarifado, nutrição, lavanderia, higiene e limpeza, engenharia, arquivo médico, controle de leitos etc.
Grupo 2	Centros de Custos Intermediários: são os laboratórios clínicos e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia.
Grupo 3	Centros de Custos Especiais: são as unidades que atendem os pacientes, desempenham as atividades fins do HCFMRP-USP. São eles: ambulatório, enfermarias de clínica médica, pediatria, cirurgia, ortopedia, oftalmologia, ginecologia e obstetrícia, centro cirúrgico, centro obstétrico etc.
Grupo 4	Centros de Custos de Produção: constituem as pequenas indústrias subsidiárias de um hospital. São elas: gráfica, farmácia industrial e rouparia e costura.

FONTE: Seção de custos do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Os grupos 1, 2 e 4, categorizados como centros de custos de base, intermediários e de produção, respectivamente, são centros de custos de apoio (MARTINS, 2003). Esses centros de custos dão suporte aos centros de custos especiais (grupo 3), a área clínica que atende os pacientes – centros de custos operacionais do hospital.

Em síntese, a metodologia do sistema de custeio do HCFMRP-USP, pode ser sistematizada em 5 etapas:

- etapa 1: são levantados os custos e as despesas totais do Hospital, por exemplo, pessoal (salário, vale-alimentação, vale-transporte), energia elétrica, água e esgoto, telefone, manutenção de equipamentos e instalações, materiais de consumo e medicamentos e gerais, como aluguel e locação de aparelhos;
- etapa 2: esses custos (e despesas) são atribuídos aos departamentos, sendo que os indiretos via critérios de rateio estabelecidos.
- etapa 3: os custos dos departamentos de apoio (pela tabela 5.1, os grupos 1,2 e 4) são transferidos aos departamentos “operacionais” por departamentalização;

¹³ Para aprofundamento, pode-se consultar Martins (2003).

- etapa 4: o sistema de custeio da entidade gera relatórios atribuindo a cada departamento do grupo 3 (“departamentos operacionais”) indicadores físicos (por exemplo, o número de consultas, exames, cirurgias e internações realizadas), e financeiros (por exemplo, o custo unitário desses serviços, o custo total de cada departamento);
- etapa 5: a partir das informações de custos e respectivas atividades realiza-se uma avaliação do desempenho de cada grupo de centro de custo operacional, sintetizada em relatórios específicos da instituição, que têm por finalidade fornecer informações destinadas ao processo de avaliação das unidades segundo parâmetros estabelecidos pelo hospital (compara-se com a tabela da Associação Médica Brasileira – AMB).

Note-se que, a metodologia de apropriação dos custos utilizada pela instituição possibilita a avaliação individual dos departamentos, uma vez que se pode associar, a cada departamento, o tipo do serviço prestado, suas respectivas quantidades e o “quanto custaram”. Em outras palavras, pode-se avaliar o desempenho do gestor de cada departamento considerando a relação entre os recursos a ele (gestor) confiados e o quanto foi produzido.

Entretanto, não se verificou, dentre os mecanismos de avaliação de desempenho utilizados pela instituição, a incorporação do conceito de custo de oportunidade, conforme discutido e recomendado no capítulo 2 deste trabalho, sugerindo uma investigação aprofundada.

Assim, calculou-se o valor econômico agregado à sociedade, inicialmente para o hospital e, após, para os departamentos da divisão médica (prestam serviços à comunidade).

5.2. Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) e do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS)

Para o cálculo do valor econômico agregado à sociedade pelo HCFMRP-USP observaram-se todos os pontos discutidos no tópico 3.2 deste trabalho. Portanto, detalha-se, o valor da receita econômica, visto que o custo de capital e os valores de investimento já foram discutidos anteriormente. Por fim, são analisados os resultados encontrados.

Conforme mencionado na seção 4.2 (coleta e análise de dados: métodos e instrumentos) do capítulo anterior, realiza-se uma pesquisa documental para obtenção das informações

contábil-financeiras necessárias para o cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) e do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) do HCFMRP-USP.

Relembrando que os dados foram coletados nas seguintes fontes primárias: (i) relatórios contábeis publicados pela entidade; (ii) arquivos internos com acesso permitido pela organização; (vide protocolo do estudo de caso, no tópico 4.1); (iii) relatório de atividades do HCFMRP-USP; e (iv) tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), fornecida pelo Ministério da Saúde (MS – Tabelas da Saúde).

Dentre os relatórios contábeis publicados pela entidade¹⁴ (i), foram utilizados: os Orçamentos Financeiros e de Execução, a Demonstração da Dívida Flutuante (DDF), o Balanço Patrimonial (BP) e a Demonstração das Variações Patrimoniais (DVP), para os anos de 2003 a 2005.

Por sua vez, dentre os arquivos internos com acesso permitido pela organização (ii), se fez uso do:

- **Relatório de Faturamento** (Anexo C), ou demonstrativo de faturamento, é enviado mensalmente ao SUS e aponta qual seria a receita potencial do Hospital, mediante a ponderação dos serviços assistenciais prestados pelas respectivas quantidades. Esse relatório foi coletado no departamento “Grupo de Avaliação de Desempenho” – GAD.
- **Relatório de Custos** (Anexo E), ou planilha de custos, realiza apontamentos dos custos e das despesas pertinentes à prestação dos serviços assistenciais pelo Hospital. É levantado trimestralmente e foi fornecido pela Seção de Custos do HCFMRP-USP.
- **Relatório de Atividades**, levantado anualmente, representa a prestação de contas físico-operacional da instituição (disponível no *site* do HCFMRP-USP).

O Cálculo da Receita Econômica, apresentado a seguir, demonstra as receitas provenientes das atividades assistenciais (consultas, internações, exames e cirurgias), antes avaliadas por meio do valor reembolsado pelo SUS, e agora medidas a valor de mercado.

¹⁴ Anexo B – Relatórios Contábeis do HCFMRP-USP.

5.2.1. Cálculo da Receita Econômica

Conforme já foi verificado na revisão bibliográfica, para o cálculo da receita econômica deve-se multiplicar a quantidade de serviços prestados pelos respectivos valores da tabela AMB. Trata-se da metodologia utilizado pelo SUS, conforme DATASUS (2005).

Entretanto, o HCFMRP-USP presta serviços também por meio da FAEPA, como citado anteriormente. Para esta prestação de serviços, a FAEPA elaborou uma tabela de preços baseada na tabela AMB. Optou-se pela utilização dos valores praticados na tabela FAEPA uma vez que esta utiliza a infra-estrutura do HCFMRP-USP, isto é, a qualidade (especificação técnica) do serviço prestado no HCFMRP-USP e na FAEPA é similar e, portanto, comparável (como propõe SLOMSKI, 2001, com o conceito de custo de oportunidade). Vale ressaltar que a tabela FAEPA representa, portanto, a *proxy* mais adequada disponível.

Assim, os serviços prestados pelo HCFMRP-USP à comunidade, e ressarcidos pelo convênio com o SUS foram convertidos a preço de mercado pelos valores praticados pela FAEPA. A receita contábil verificada na Demonstração de Superávit e Déficit da entidade refere-se ao valor repassado pelo SUS pela prestação de serviços do período. Entretanto, este valor não reflete o valor de mercado dos serviços (FAEPA).

Para a conversão (de SUS para mercado) dos valores dos serviços prestados pela instituição, utilizou-se como base o Relatório de Faturamento ora coletado no Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD). Torna-se importante, neste momento, entender como é feita a prestação de contas ao SUS.

No Relatório de Faturamento estão dispostos em colunas, para as unidades Campus e UE, respectivamente: os tipos de procedimentos separados por departamentos (DISCIPLINA), suas quantidades (Nº), e a receita - ressarcimento do SUS em Reais e valores percentuais (RECEITA: R\$ e %). Assim, para cada uma das disciplinas ou departamentos do HCFMRP-USP, tem-se o apontamento de todos os procedimentos por natureza: (i) consultas; (ii) diagnose e terapias ambulatoriais; (iii) cirurgias e internações. Acompanhe pelo quadro 5.1, a seguir:

**Quadro 5.1 – Relatório de Faturamento enviado ao SUS
Departamento de Neurologia da Unidade de Emergência (UE)**

DISCIPLINA	Mês: OUTUBRO		
	Nº	RECEITA R\$	%
Neurologia		2.301,12	0,04%
Neurologia - Consultas	282	2.301,12	0,04%
Procedimentos e Cirurgias			
Psiquiatria - Consultas	206	1.540,71	0,02%
Neurofisiologia-Diag./Terapia	49	627,19	0,01%
TOTAL GERAL	537	4.469,02	0,07%

FONTE: Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) do HCFMRP-USP

O Anexo C ilustra o relatório de todo o quarto trimestre de 2005, para o Departamento de Neurologia. Verifica-se uma relação proporcional entre os valores ressarcidos pelo SUS (financeiro) e suas respectivas quantidades (físico-operacional).

Por exemplo, o procedimento “neurologia - consultas”: no mês outubro de 2005, o hospital realizou 282 consultas e foi ressarcido em R\$ 2.301,12. Em novembro, 294 consultas e um reembolso de R\$ 2.399,04, o equivalente a R\$ 8,16 por consulta.

Com isso, existe simultaneamente a prestação de contas (para a sociedade) dos resultados físico-operacionais que ocorre no próprio relatório de faturamento enviado ao SUS, que disponibiliza num segundo momento estas informações em sua base de dados na *internet*: DATASUS. Nessa base de dados do SUS, estão dispostas todas as atividades assistenciais (consultas, internações, cirurgias, exames) prestadas pela instituição em determinado período, bem como o valor respectivamente reembolsado (corroborando com OLAK, 2000).

A partir do Relatório de Faturamento, realiza-se a conversão dos serviços prestados pelo HCFMRP-USP à comunidade (antes ressarcidos pelo convênio com o SUS) a preço de mercado, pelos valores praticados pela FAEPA. O procedimento de conversão respeitou a metodologia utilizada pelo SUS, no caso a proporcionalidade, ou seja:

$$Valor\ Total_{(procedimento)} = Valor\ Unitário_{(procedimento)} \times Quantidade$$

Agora, o Valor Unitário (procedimento) passa ser o valor praticado pela tabela da FAEPA e não mais o valor da tabela SUS. No caso de consultas, exames laboratoriais e de radiodiagnóstico, houve uma simples substituição dos valores da tabela SUS pelos valores da tabela FAEPA, ou seja, nas consultas e atendimentos do ambulatório, utilizou-se o único valor existente na tabela FAEPA para o serviço.

Microsoft Excel - DEMONST_2005 (Mercado)

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Ferramentas Dados Janela Ajuda

Arredondar.... $\times$ $\checkmark$ fx $=\$B\$103*AG103$

	A	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL
		Nº	R\$	%	Nº	R\$	%	Nº	R\$	%
88										
89										
90	Neurologia	71	63.474,00	0,98%	81	72.414,00	1,12%	100	89.400,00	1,22%
91										
92	Psiquiatria	38	27.588,00	0,43%	44	31.944,00	0,49%	62	45.012,00	0,61%
93										
94	TOTAL	109	91.062,00	1,41%	125	104.358,00	1,61%	162	134.412,00	1,83%
95										
96	INTERNAÇÃO - UNIDADE DE EMER									
97										
98	DISCIPLINA	OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
99		Nº	RECEITA	%	Nº	RECEITA	%	Nº	RECEITA	%
100										
101	Neurologia	74	66.156,00	1,02%	87	77.778,00	1,20%	88	78.672,00	1,07%
102										
103	Psiquiatria	87	63.162,00	0,97%	87	$=\$B\$103*AG$	0,98%	75	54.450,00	0,74%
104										
105										
106	TOTAL	161	129.318,00	2,00%	174	140.940,00	2,18%	163	133.122,00	1,81%
107										

Figura 5.2 – Ilustração do cálculo de conversão dos valores “SUS” para valores “Mercado”

FONTE: elaborado pelo autor

O quadro 5.6 (Apêndice C) ilustra essa conversão “SUS / Mercado” para todos os serviços prestados à sociedade pelo departamento de neurologia no quarto trimestre de 2005. Replicou-se esse procedimento para todos os departamentos do HCFMRP-USP no período de 2003 a 2005.

Entretanto, para as cirurgias, internações e outros procedimentos complexos, a tabela FAEPA oferece diferentes níveis do serviço, devido aos padrões de acomodação disponíveis (*standard* a *luxo*). Sendo assim, utilizou-se como padrão o valor *standard* (nível de acomodação mais simples) praticado pela FAEPA.

Evidentemente, cada cirurgia ou internação é única no que diz respeito ao consumo de recursos. Logo, o valor de alguns procedimentos varia entre os diversos casos, isto é, o valor de materiais, por exemplo, varia para cada cirurgia. Entretanto, não houve acesso aos valores individuais de cada cirurgia, apenas aos valores totais praticados.

Adota-se, então, como critério para o cálculo desses procedimentos, no valor *standard*, o cumprimento do protocolo de atendimento, ou seja, o mínimo necessário para um procedimento adequado conforme normas da AMB.

O valor repassado pelo SUS (aos procedimentos) atende ao protocolo médico-hospitalar mínimo, ou seja, o SUS repassa o valor total para o serviço prestado (que pode ser uma consulta, cirurgia etc.) que inclui todos os quesitos necessários à execução do serviço. Entretanto, o SUS não divulga a base de cálculo (metodologia) desses valores.

Por exemplo, uma cirurgia de epilepsia realizada no Centro de Cirurgia de Epilepsia (CIREP) do hospital teve o reembolso médio de R\$ 4.181,23 para o ano de 2005. Nesse caso, o HCFMRP-USP recebe um valor fechado, nesse caso de R\$ 4.181,23, pelo procedimento que envolve: uma sala do centro cirúrgico, materiais cirúrgicos, medicamentos, exames, diárias de internação e recuperação, enfermeiras, médicos (um neurocirurgião e dois anestesistas).

Esse reembolso é conhecido como “pacote fechado”, justamente pelo fato da pouca transparência na metodologia de cálculo dos valores atribuídos aos procedimentos. Dessa forma, para a compreensão dos protocolos mínimos de atendimento, utiliza-se a metodologia de cálculo (formação de preços) da FAEPA, uma vez que a base de dados dos SUS não permite essa compreensão.

Retomando o exemplo, a FAEPA também realiza a referida cirurgia de epilepsia (com natureza e porte equivalentes) e cobra R\$ 9.481,23 (valores médios, também de 2005). A tabela 5.11 (Apêndice D) detalha o cálculo realizado pela Fundação. O cálculo de conversão de todos os valores SUS para valores de mercado respeitou, portanto, o cumprimento do protocolo mínimo. Percebe-se uma diferença significativa entre os valores praticados pelo SUS (no pacote fechado) e pela FAEPA (tabela 5.11 - Apêndice D).

A tabela 5.2 (a seguir) sintetiza os resultados da conversão dos serviços prestados pelo HCFMRP-USP, e apresenta um comparativo entre a Receita Contábil (SUS) e Receita Econômica (FAEPA), a valor de mercado.

Tabela 5.2 - Comparativo Receita Contábil (SUS) versus Receita Econômica (FAEPA)

	2003		2004		2005	
Mês	SUS	Mercado	SUS	Mercado	SUS	Mercado
Janeiro	4.095.169,64	13.002.307,07	4.879.893,43	11.767.275,90	5.165.184,09	14.266.379,20
Fevereiro	4.345.235,60	15.855.926,10	5.027.645,89	14.065.387,25	5.112.644,59	16.417.477,62
Março	4.590.740,31	15.548.444,14	9.533.152,04	14.171.774,71	5.834.411,60	20.152.329,60
Abril	4.626.828,91	15.923.550,09	5.447.148,53	14.393.142,62	6.004.302,51	21.327.860,77
Mai	4.839.447,89	16.361.419,20	4.579.305,56	12.545.956,76	6.014.464,70	19.857.190,97
Junho	4.417.968,44	15.045.280,64	4.705.376,87	11.494.120,94	6.384.359,42	18.359.582,25
Julho	4.761.943,03	15.223.871,20	5.408.671,69	13.397.330,54	6.553.184,39	19.212.902,51
Agosto	4.939.042,84	16.654.700,13	5.673.748,04	15.394.752,12	6.772.340,76	21.702.870,64
Setembro	4.948.601,84	16.116.901,62	5.234.671,63	14.161.197,99	6.355.814,96	20.514.669,44
Outubro	5.222.821,27	16.874.336,98	5.561.482,50	14.740.422,83	6.480.378,00	21.315.811,99
Novembro	5.035.701,29	16.563.938,87	5.634.405,10	14.634.631,06	6.473.459,89	17.697.129,48
Dezembro	4.748.972,75	13.725.948,60	4.916.244,13	11.583.554,92	7.338.595,88	14.437.793,44
Total	56.572.473,81	186.896.624,64	66.601.745,41	162.349.547,64	74.489.140,79	225.261.997,87

FONTE: elaborada pelo autor com base nas tabelas AMB e FAEPA fornecidas pelo HCFMRP-USP

A tabela 5.2 evidencia uma diferença significativa entre os valores referenciais do SUS e da FAEPA, ou mercado. Entretanto, essa análise preliminar não é suficiente. Por isso, investigou-se se a diferença entre os valores “SUS” e de “Mercado” era estatisticamente significativa para dar maior confiabilidade na aplicação da metodologia desenvolvida no tópico 3.2 desse estudo (valor econômico agregado à sociedade). Para tanto, aplica-se um teste para realizar inferências a partir dessas duas amostras.

Antes da aplicação do teste de igualdade de médias, realizou-se o teste de *Komolgorov-Smirnov* para testar a normalidade da população, isto é, se os valores apresentados na amostra têm distribuição normal ou não. O teste de *Komolgorov-Smirnov* (1) apontou para uma distribuição normal (Apêndice E).

Desta forma, optou-se pela utilização do modelo paramétrico para o teste de igualdade de médias no SPSS, assumindo a condição de que as duas amostras (SUS e Mercado) dependentes ou emparelhadas.

Segundo Triola (2005, p. 346) “se existe alguma relação de modo que cada valor em uma amostra esteja emparelhado com um valor correspondente na outra amostra, as amostras são dependentes”.

Como o cálculo do valor da receita “Mercado”, descrito anteriormente, partiu das quantidades de serviços também utilizadas para o cálculo do valor “SUS”, considerou-se que estas amostras são emparelhadas.

Aplicou-se o teste para essas duas amostras no período de 2003 a 2005, rejeitando-se a hipótese nula (H_0 : O valor médio da Receita SUS (μ_1) é igual ao valor médio da Receita Mercado (μ_2) ou $H_0: \mu_1 = \mu_2$), a um nível de significância de menos que 1% (2). Ou seja, pode-se inferir (praticamente 100% de segurança) que os valores da receita SUS e da Receita Mercado são estatisticamente diferentes.

Portanto, existe uma diferença estatística significativa entre os valores referenciais do SUS e da FAEPA, ou mercado: em outras palavras, representa o quanto (R\$) a sociedade pagaria se o HCFMRP-USP não existisse, pois teriam de recorrer à iniciativa privada.

Seguindo este raciocínio, se o Hospital das Clínicas não existisse, a comunidade de Ribeirão Preto (e região) pagaria à iniciativa privada um valor praticamente três vezes maior. Mas, a diferença entre o valor pago atualmente (SUS) e o valor que ela pagaria (Mercado) ainda não pode ser considerada como uma economia feita pela sociedade. Deve-se considerar também, o valor do custo de oportunidade do capital do Estado (tabelas 5.4 e 5.5).

5.2.2. Cálculo do Resultado Econômico Operacional ou Lucro Operacional

Os custos utilizados para calcular o Resultado Econômico Operacional ou o lucro operacional (LOP) foram exatamente os valores fornecidos pelo hospital. Ao se propor fazer uma apuração de custos, é importante ter claro o conceito de custo. Sendo custo um recurso sacrificado, este não apresenta relação com o dispêndio financeiro ocorrido no período, concordam Martins (2003) e Horngren, Sundem e Stratton (2004).

No caso específico dos Hospitais Universitários, deve ser considerado também que o fato de ser hospital escola gera um custo de aprendizagem. Segundo Silva, Costa e Tibério (2003), a

Comissão de Financiamento da Educação Médica da *Association of American Medical Colleges* realizou, em 1972, estudos de custos em 12 (doze) escolas médicas, sendo seis públicas e seis privadas.

Esta comissão definiu, sem a realização de estudos empíricos, um percentual de 35% (trinta e cinco por cento) de dedicação dos profissionais ao ensino. Sloan *et al.* (1983) realizaram estudos empíricos e concluíram que os hospitais que incorporam atividades de ensino possuem os custos elevados em 20% (vinte por cento) quando comparados com hospitais apenas assistenciais.

Da atividade de ensino, decorrem diversos fatores com impacto nos custos dos hospitais universitários. Alunos e residentes podem utilizar mais recursos mesmo quando não executam nenhum procedimento. Por exemplo, luvas e máscaras para observar a manipulação de um medicamento quimioterápico.

Entretanto, considerando o princípio contábil do conservadorismo optou-se por não retirar dos Custos Operacionais o efeito incremental pertinente à atividade de ensino, apesar deste estudo não ter avaliado o resultado econômico da atividade específica relacionada ao ensino.

Assim, tem-se o Resultado Econômico Operacional:

Tabela 5.3 – Resultado Econômico Operacional	
Receita Econômica	(Receita ao valor de mercado)
(-) Custos Operacionais	(Custo efetivamente incorrido)
(-) Despesas Operacionais	(Despesa efetivamente incorrida)
(=) Resultado Econômico Operacional	

FONTE: Elaborada pelo autor

5.2.3. Cálculo do VECP e do VEAS pelo HCFMRP-USP

Conforme as considerações feitas quanto à apuração dos valores econômicos, foi calculado o valor econômico proposto no item 3.1. As tabelas 5.4 e 5.5 demonstram os resultados apurados para os anos 2003, 2004 e 2005.

Tabela 5.4 – Valor Econômico Agregado de Curto Prazo

Valor Econômico Agregado de Curto Prazo	2003	2004	2005
Receita Econômica	186.896.624,64	162.349.547,64	225.261.997,87
(-) Custos Operacionais	(135.716.486,31)	(127.960.853,38)	(160.033.907,18)
(-) Despesas Operacionais	(4.575.842,64)	(6.005.027,42)	(13.101.639,23)
(=) Resultado Econômico Operacional (1)	46.604.295,68	28.383.666,85	52.126.451,45
Ressarcimentos do SUS (União)	68.645.295,00	70.120.000,00	88.940.836,00
(+) Subvenções para Custeio (Governo do Estado e Autarquia)	119.481.434,00	142.829.129,00	165.906.632,00
(=) Investimento Total (SUS + Orçamento) feito pelo governo na entidade no período	188.126.729,00	212.949.129,00	254.847.468,00
(x) Taxa SELIC	23,62%	16,19%	19,12%
(=) Custo de oportunidade do capital do Estado (2)	44.426.127,05	34.485.336,87	48.714.093,51
Resultado Econômico Operacional (1)	46.604.295,68	28.383.666,85	52.126.451,45
(-) Custo de oportunidade do capital do Estado (2)	(44.426.127,05)	(34.485.336,87)	(48.714.093,51)
(=) Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP)	2.178.168,63	(6.101.670,02)	3.412.357,94

FONTE: Elaborada pelo autor

A tabela 5.4 ilustra o cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP), obtido pela diferença entre o Resultado Econômico Operacional (1) e o Custo de oportunidade do capital do Estado (2), para os anos de 2003, 2004 e 2005.

Para o cálculo do Custo de oportunidade do Capital do Estado (2), de curto prazo, foi realizado um levantamento de todas as Subvenções Estaduais recebidas pelo Hospital nos respectivos anos. Para tanto, recorreu-se ao relatório de atividades do HCFMRP-USP e aos demonstrativos publicados (vide protocolo do estudo de caso).

Desta forma, discriminou-se os investimentos realizados pelo governo em duas categorias: (i) SUS, via ressarcimento pelos serviços prestados pela instituição; e (ii) investimentos em custeio, ou seja, de funcionamento realizados, diretamente, pelo governo do Estado de São Paulo e indiretamente – via Autarquia, no caso Faculdade de Medicina da USP.

Então, existe uma prestação de contas explícita dos resultados físico-operacionais e dos financeiros para os serviços assistenciais (conforme preconizado por OLAK, 2000), quando se considera o reembolso do SUS. A prestação de contas das subvenções orçamentárias não é tão nítida, muito embora a instituição publique (*site*) uma série de informações em seu relatório anual.

Por sua vez, todo o investimento feito pelo governo tem um custo. Em uma analogia, da mesma forma que investimentos feitos por uma empresa privada, no caso o Custo Médio Ponderado do Capital (CMPC, no cálculo do EVA[®]). Em termos de custo dos investimentos realizados pelo governo (ressarcimentos via SUS e as subvenções Estaduais), opta-se pela taxa SELIC, pois é aceita como a taxa de juros livre de risco no Brasil por envolver títulos públicos (ASSAF NETO, 2003c).

De acordo com a circular nº 2.868 de 1999, do Banco Central do Brasil, a taxa SELIC é a taxa média ajustada dos financiamentos diários apurados no Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (SELIC) para títulos federais. Representa, portanto, o custo de capital do governo. Os valores foram obtidos na base de dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEADATA, 2006).

Operacionalmente, multiplica-se o investimento realizado pelo governo no período pelo seu respectivo custo, representado pela taxa SELIC. Logo, tem-se o Custo de Oportunidade do capital do Estado (2).

Assim, Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) representa o que a sociedade pagaria se recorresse ao setor privado (1), caso o HCFMRP-USP não existisse, deduzido do valor que a sociedade paga (2). Trata-se da prestação de contas do desempenho econômico (vide figura 3.1, página 42), até então não realizada pelas instituições do setor público.

A tabela 5.5, apresentada anteriormente, ilustra o cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS), obtido pela diferença entre o Resultado Econômico Operacional (1) e o Custo de oportunidade do capital do Estado - Longo Prazo (3), para os anos de 2003, 2004 e 2005.

Nesse caso, a diferença conceitual entre o VECP (tabela 5.4) e o VEAS (tabela 5.5) reside no custo de oportunidade para a sociedade (3), agora calculado em função dos investimentos fixos ou de longo prazo e não mais nos investimentos em custeio e ressarcimentos do SUS. Para tanto, considera-se como Investimento Total o Passivo Oneroso (Passivo) e o Patrimônio Líquido (PL), que representa o Investimento Fixo efetivo realizado pelo governo no período.

Tabela 5.5– Valor Econômico Agregado para a Sociedade

Valor Econômico Agregado para a Sociedade	2003	2004	2005
Receita Econômica	186.896.624,64	162.349.547,64	225.261.997,87
(-) Custos Operacionais	(135.716.486,31)	(127.960.853,38)	(160.033.907,18)
(-) Despesas Operacionais	(4.575.842,64)	(6.005.027,42)	(13.101.639,23)
(=) Resultado Econômico Operacional (1)	46.604.295,68	28.383.666,84	52.126.451,45
(=) Investimento Total (Passivo oneroso +PS) feito pelo governo na entidade no período	38.020.634,79	50.228.521,96	71.294.355,96
(x) Taxa SELIC	23,62%	16,19%	19,12%
(=) Custo de oportunidade para a Sociedade – LP (3)	8.978.572,91	8.134.090,56	13.627.916,14
Resultado Econômico Operacional (1)	46.604.295,68	28.383.666,84	52.126.451,45
(-) Custo de oportunidade para a Sociedade – LP (3)	(8.978.572,91)	(8.134.090,56)	(13.627.916,14)
(=) Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS)	37.625.722,78	20.249.576,29	38.498.535,31

FONTE: Elaborada pelo autor

Existe, portanto, uma sensível diferença entre os valores apontados pelo VECP e VEAS. Com a justificativa de verificar a necessidade do cálculo dessas duas medidas de valor e, ao mesmo tempo aumentar a confiabilidade (em termos analíticos) dos valores por elas gerados, investigou-se se a diferença entre os valores VECP e VEAS era estatisticamente significativa, tal como realizado para os valores das receitas SUS e Mercado.

Acompanhado o Apêndice F, nota-se que, a partir da condição (verificada no SPSS) de que essas amostras (VECP e VEAS para os anos de 2003, 2004 e 2005) possuem uma distribuição normal (1), rejeita-se H_0 , ou seja, assume-se que o valor médio do VECP não é igual ao valor médio da VEAS a um nível de significância menor que 1% (com praticamente 100% de segurança).

Pode-se então, assumir que os indicadores VECP e VEAS, embora emparelhados, são estatisticamente diferentes. E que, portanto, deve-se separar os investimentos de curto prazo (normalmente associados ao custeio das atividades, ao ciclo operacional) dos investimentos de longo prazos (estruturais) no cálculo do valor econômico agregado à sociedade pelo Hospital (ou departamentos), sugerindo a necessidade do uso dessas duas medidas de valor (VECP e VEAS, referenciadas no quadro 3.1) de forma concomitante.

5.2.4. Análise dos resultados do cálculo do valor econômico agregado à sociedade (VECP e VEAS) pelo HCFMRP-USP (GLOBAL)

Em uma análise preliminar (global), os valores encontrados no cálculo do valor agregado vão ao encontro da realidade do hospital analisado. Duas mudanças, ocorridas no ano de 2000, merecem destaque no modelo assistencial praticado pelo HCFMRP-USP por apresentarem consequências até os dias atuais.

A primeira mudança foi a Regulação Médica, na Unidade de Emergência (UE) do hospital, implantada com a função de ordenar o fluxo de pacientes aos serviços de urgências e garantir o acesso à rede hospitalar, segundo os preceitos do SUS. Com a Regulação Médica a UE assumiu, para a região de Ribeirão Preto, a referência para os casos mais complexos.

Até então, a UE trabalhava com uma sobrecarga flagrante na avaliação dos pacientes encaminhados e daqueles que procuravam a Unidade espontânea e inadequadamente, o que provocava um atendimento caótico e freqüentes conflitos entre equipes de saúde, pacientes e familiares.

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

A segunda mudança ocorreu na outra unidade do hospital. Criou-se na unidade do HCFMRP-USP (Campus) o agendamento descentralizado das consultas. Por meio da disponibilidade de um sistema informatizado ligado diretamente ao banco de dados do hospital, as Direções Regionais de Saúde (DIR) da região de abrangência do hospital agendam os casos novos dos pacientes de suas cidades. Existe uma previsão da demanda, importante para o dimensionamento e alocação de recursos (medicamentos, material, pessoal etc.).

Atualmente, 100% dos pacientes chegam ao HCFMRP-USP (campus) referenciados, isso é, indicados por uma Unidade Básica de Saúde ou hospital de menor porte ou complexidade (este sistema chama-se sistema de Referência e Contra-referência), e já não existem aquelas longas filas de pacientes na porta, na tentativa de conquistar uma vaga para ser atendido.

Isso não foi possível na Unidade de Emergência, pois essa unidade (conforme sugere o nome) atende casos graves, normalmente de acidentes.

Essa ordenação do fluxo de pacientes com a implantação da Regulação Médica na UE e a descentralização do agendamento de consultas eletivas no Campus trouxe resultados significativos no número de consultas realizadas.

Em 1999 foram realizadas 607.491 consultas, para 524.574 no ano de 2000. Com esse modelo, o HCFMRP-USP efetivou-se na assistência médica de alta complexidade no sistema de saúde da região. Sendo assim, tem espaços preservados para o atendimento dos casos mais graves ou que não foram elucidados nas instâncias primárias e secundárias do SUS – Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais de menor porte.

No gráfico 5.1 observa-se a evolução do número de atendimentos no HCFMRP-USP para o período compreendido entre 1994 e 2005.

Gráfico 5.1 – Evolução do número de consultas do HCFMRP-USP

Acompanhando o gráfico 5.1, percebe-se uma sensível queda no número de consultas no ano de 2004. Essa queda reflete uma greve dos funcionários ocorrida neste ano, na qual o hospital ficou dois meses atuando com níveis mínimos de atividade.

A seguir, pode-se avaliar a evolução do número de internações, também reflexo do rearranjo operacional proporcionado pelo sistema de referência e contra-referência. O gráfico 5.2 apresenta a evolução no número de internações.

Gráfico 5.2 – Evolução do número de internações do HCFMRP-USP

O número de internações no HCFMRP-USP (gráfico 2) caiu de 36.236, em 1999, para 33.491 em 2005. Essa redução também reflete o rearranjo operacional promovido pelos gestores da instituição. Busca-se (como ocorrido nas consultas) a internação em casos mais graves (em tese, agregando maior valor à sociedade). Percebe-se, para o ano de 2004, uma redução no número de internações, também reflexo da greve dos funcionários do HCFMRP-USP.

Por outro lado, o número de cirurgias aumentou entre 1999 (27.473) e 2005 (30.938). Note-se também que, houve uma redução no número de internações em 2004 (greve). A opção pelo atendimento de casos mais graves (maior complexidade) implica em um número maior de cirurgias (gráfico 5.3, a seguir) e menor de internações. Isso porque, teoricamente, casos mais graves demandam maior permanência do paciente internado.

Assim, considerando um número de leitos praticamente constante, com pacientes mais tempo internados, tem-se um número menor de leitos disponíveis. Com um número menor de leitos disponível, reduz-se a possibilidade de novas internações, ocorrendo a diminuição no número de internações.

O gráfico 5.3, na sequência, apresenta a evolução percentual das cirurgias realizadas no período.

Gráfico 5.3 – Evolução do número de cirurgias do HCFMRP-USP

Os valores econômicos calculados nas tabelas 5.4 e 5.5 apresentam os impactos econômicos do novo modelo assistencial do hospital.

A prioridade para atendimentos mais complexos fez com que o hospital ainda continue agregando valor econômico à sociedade, mesmo com a redução na quantidade de serviços prestados (tabelas 5.4 e 5.5). Isso reflete o melhor uso dos recursos públicos, ou seja, dos investimentos realizados pela sociedade.

Segundo Medici (2001), o SUS pede uma ação integrada entre os seus agentes (unidades básicas de saúde, hospitais de menor porte e hospitais de maior porte – universitários, inclusive) como forma de otimizar o atendimento aos pacientes. Essa ação integrada pede que as unidades básicas de saúde atendam aos pacientes considerados de baixa gravidade (casos simples).

Essas unidades básicas de saúde devem realizar uma espécie de filtro, ao indicar aos hospitais de maior porte apenas os casos mais complexos, com os quais não teria capacitação operacional e tecnológica para resolver. Assim, ao “recomendar” o paciente ao Hospital, ocorre a chamada “Referência”.

Este plano de ação integrado busca maximizar o retorno (em utilidade dos serviços prestados) à sociedade. Percebe-se que o cálculo do valor econômico agregado captura este retorno. Outro ponto importante observado nas tabelas 5.4 e 5.5: a consistência do cálculo do valor agregado. Houve uma queda significativa do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) no ano de 2004 (ano da greve) e uma retomada em 2005.

Como o cálculo avalia as atividades a valor de mercado, a redução no nível de atividade do hospital gerou Valor Econômico Agregado de Curto Prazo negativo, o que significa que o hospital destruiu valor econômico da sociedade neste período. Então, fica claro como o valor econômico reflete o prejuízo que a sociedade tem quando o HCFMRP-USP deixa de prestar seu serviço.

Além disso, o Valor Econômico Agregado mostra a eficiência da entidade em prestar o serviço público. Enquanto o superávit apresentado nas demonstrações contábeis foi de 20 milhões de reais (sem deduzir o custo do capital investido), o valor econômico agregado para a sociedade (já deduzido o custo de oportunidade do capital investido) foi de 38 milhões. Fica clara a eficiência do hospital como meio de prestação de serviços públicos.

O cálculo do valor do VECP e do VEAS pelo HCFMRP-USP (GLOBAL) tem a potencialidade de demonstrar resultados segmentados, ou seja, por departamentos. Essa abordagem divisional permite uma avaliação mais refinada do valor econômico agregado à sociedade, no nível de departamentos.

Essa aplicação do cálculo ao nível departamental, além de possibilitar um refinamento na análise da entidade, permite avaliações de eficiência alocativa dos recursos repassados pela sociedade (por intermédio do SUS/Estado) nos departamentos, sendo uma importante ferramenta gerencial.

5.2.5. Cálculo do valor econômico agregado à sociedade (VECP e VEAS) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO)

A metodologia de cálculo do valor do VECP e do VEAS pode ser estendida aos departamentos considerando (premissas estabelecidas):

- deve-se nesse caso, identificar a receita econômica, custos e despesas operacionais para o do cálculo do resultado econômico operacional (1);
- deve-se identificar os investimentos de curto prazo (custeio SUS e subvenções) realizados pela sociedade em cada departamento (2); e
- deve-se identificar os investimentos de longo prazo (demonstrativos) realizados pela sociedade em cada departamento (3).

A premissa para o cálculo do resultado econômico operacional (1) pode ser atendida, pois, os relatórios de faturamento (Anexo C) e de custos (Anexo E) são segmentados por departamentos.

Já para a identificação dos investimentos de curto prazo realizados pela sociedade em cada departamento (2), procedeu-se da seguinte forma: (i) os investimentos feitos pelo SUS já estavam segmentados por departamento; e (ii) as subvenções, entretanto, não estavam segmentadas. Como tais subvenções do governo Estadual são para custeio da mão-de-obra (fator de alto impacto, visto que os hospitais são intensivos em mão-de-obra especializada), optou-se pela alocação aos departamentos de forma proporcional ao número de funcionários. Para essa alocação, entendeu-se que o número de funcionários seria a melhor base de rateio¹⁵.

Por sua vez, para identificar os investimentos de longo prazo (demonstrativos) realizados pela sociedade em cada departamento (3) optou-se pelo uso da depreciação como base de rateio, ou seja, tais investimentos foram alocados de forma proporcional (base de rateio) à despesa de depreciação calculada pela seção de custos da instituição, haja visto que não existe obrigatoriedade desse cálculo para as entidades públicas, caso do HCFMRP-USP.

Assim, os valores utilizados nos itens (2) e (3) para o custo de oportunidade do capital investido pela sociedade são estimados e, portanto, devem ser analisados com cuidado. As tabelas 5.6 e 5.7 ilustram a estrutura do cálculo do VECP e VEAS para os departamentos, respectivamente.

¹⁵ Para aprofundamento no assunto, pode-se consultar Martins (2003).

Tabela 5.6 – Valor Econômico Agregado de Curto Prazo

Valor Econômico Agregado de Curto Prazo	Departamento de cirurgia		Departamento de ortopedia	Total Global
Receita Econômica	Estimada a valor de mercado		Estimada a valor de mercado	Estimada a valor de mercado
(-) Custos Operacionais	Seção de custos		Seção de custos	Seção de custos
(-) Despesas Operacionais	Seção de custos		Seção de custos	Seção de custos
(=) Resultado Econômico Operacional (1)	Estimado		Estimado	Estimado
Ressarcimentos do SUS (União)	GAD		GAD	GAD
(+) Subvenções para Custeio (Governo do Estado e Autarquia)	Estimada		Estimada	Estimada
(=) Investimento Total (SUS + Orçamento) feito pelo governo na entidade no período	GAD / Estimado		GAD / Estimado	GAD / Estimado
(x) Taxa SELIC	IPEADATA		IPEADATA	IPEADATA
(=) Custo de oportunidade do capital do Estado (2)	Estimado		Estimado	Estimado
Resultado Econômico Operacional (1)	Estimado		Estimado	Estimado
(-) Custo de oportunidade do capital do Estado (2)	Estimado		Estimado	Estimado
(=) Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP)	Total do departamento		Total do departamento	Total do HCFMRP-USP

FONTE: Elaborada pelo autor

Tabela 5.7 – Valor Econômico Agregado para a Sociedade

Valor Econômico Agregado para a Sociedade	Departamento de cirurgia		Departamento de ortopedia	Total Global
Receita Econômica	Estimada a valor de mercado		Estimada a valor de mercado	Estimada a valor de mercado
(-) Custos Operacionais	Seção de custos		Seção de custos	Seção de custos
(-) Despesas Operacionais	Seção de custos		Seção de custos	Seção de custos
(=) Resultado Econômico Operacional (1)	Estimado		Estimado	Estimado
(=) Investimento Total (Passivo oneroso +PS) feito pelo governo na entidade no período	Divisão de Finanças / Estimados		Divisão de Finanças / Estimados	Divisão de Finanças / Estimados
(x) Taxa SELIC	IPEADATA		IPEADATA	IPEADATA
(=) Custo de oportunidade para a Sociedade – LP (3)	Estimado		Estimado	Estimado
Resultado Econômico Operacional (1)	Estimado		Estimado	Estimado
(-) Custo de oportunidade para a Sociedade – LP (3)	Estimado		Estimado	Estimado
(=) Valor Econômico Agregado Para a Sociedade (VEAS)	Total do departamento		Total do departamento	Total do HCFMRP-USP

FONTE: Elaborada pelo autor

A partir dessa descrição, procedeu-se no cálculo do VECF e do VEAS pelos departamentos do HCFMRP-USP para os anos de 2003, 2004 e 2005. Os Apêndices G e H apresentam os resultados obtidos.

Nota-se que os resultados obtidos da aplicação do cálculo do valor econômico agregado nos departamentos condizem com o contexto vivido pelo hospital e, além disso, demonstram os reflexos das alterações operacionais supracitadas (tópico 5.2.4 deste capítulo).

Em especial, os resultados demonstram que as mudanças na política operacional do hospital propiciaram um atendimento mais humanitário e ainda a manutenção do valor econômico da instituição para a sociedade. Tais mudanças foram: (i) ordenação do fluxo de pacientes com a implantação da Regulação Médica na UE e (ii) descentralização do agendamento de consultas eletivas no Campus. Os valores apurados são condizentes com a realidade vivida pelo hospital e mostram a eficiência da entidade em prestar o serviço público de saúde.

Houve também, modificação na prestação de serviços: o houve uma redução no nível de atividade do hospital, ou seja, deixou-se de priorizar muitos atendimentos com baixo nível de complexidade (gravidade) e passou-se a priorizar os atendimentos mais complexos que, ao mesmo tempo fomentam o ensino e a pesquisa (hospital-escola) e proporcionam melhor qualidade¹⁶ nos serviços.

Nesse contexto, por ser um dos melhores núcleos de pesquisa em saúde do país, há maior eficiência no tratamento de casos de alta complexidade. A mão-de-obra especializada presente no HCFMRP-USP, bem como em outros hospitais-escola, é recurso escasso e precisa ser bem aplicado.

Com isso, as mudanças implantadas otimizaram a utilização desses recursos escassos e o valor econômico mostra isso, pois a redução no nível de atividade ainda permite que a entidade agregue valor para a sociedade.

O quadro 5.2, a seguir, compila os resultados:

¹⁶ Cumprimento dos protocolos de atendimento, preconizados pelo AMB.

Quadro 5.2 – Resumo dos resultados dos cálculos do VECP e VEAS para os departamentos do HCFMRP-USP (em R\$)

Departamentos	2003		2004		2005	
	VECP	VEAS	VECP	VEAS	VECP	VEAS
Cirurgia e Anatomia	3.584.491,71	13.470.181,59	4.838.574,57	12.201.437,24	15.577.523,48	25.461.812,02
Ortopedia	(239.742,59)	1.191.745,39	(358.551,20)	704.209,09	(3.533.717,15)	(2.128.015,62)
Clínica Médica	(7.194.791,24)	(1.047.711,54)	(19.279.613,92)	(14.743.644,25)	(8.550.180,91)	(2.718.138,33)
Ginecologia e Obstetrícia	(346.629,56)	2.102.784,23	380.733,96	2.199.505,11	(2.273.840,19)	133.594,61
Pediatria	(5.981.124,88)	(4.120.483,33)	(5.305.361,83)	(3.949.485,14)	(9.494.732,97)	(7.858.762,59)
Neurologia	(113.728,97)	1.090.808,21	(50.406,91)	844.257,08	(1.375.533,16)	(189.727,04)
Oftalmologia	7.403.245,13	10.844.165,11	7.126.048,78	9.716.526,33	8.834.868,13	12.482.843,13
Genética (outros deptos)	13.458.868,33	21.480.517,50	14.343.012,28	20.364.979,03	15.156.948,44	23.533.174,96
Outros deptos (Lab Espec)	(8.392.419,31)	(7.386.284,38)	(7.796.105,75)	(7.088.208,20)	(10.928.977,72)	(10.218.245,83)
Total	2.178.168,63	37.625.722,78	(6.101.670,02)	20.249.576,29	3.412.357,94	38.498.535,31

FONTE: Elaborado pelo autor

Em uma análise preliminar, nota-se que os departamentos de ortopedia, clínica médica, pediatria e os laboratórios especializados não têm agregado valor à sociedade, segundo os cálculos apresentados nos Apêndices G e H.

Algumas questões podem ser levantadas para explicar esses desempenhos. Essas unidades realizam muitos atendimentos ambulatoriais (consultas) com pouco valor econômico reconhecido (o mercado remunera mal) se comparados as cirurgias e internações (custo de hotelaria – manutenção do paciente dentro do hospital).

Além disso, essas consultas possuem um custo operacional alto em função dos custos fixos serem mais elevados em um hospital universitário (mão-de-obra especializada), reduzindo (conseqüentemente) as respectivas margens operacionais.

Dessa forma, quando o cálculo do VECP e VEAS incorpora o custo de oportunidade pelos investimentos realizados pela sociedade (no curto e longo prazos), esses departamentos passam a destruir valor (VECP e VEAS negativo).

Por outro lado, departamentos como cirurgia, neurologia e oftalmologia agregam valor à sociedade, conforme verifica-se no quadro 5.2. Nota-se que o departamento de cirurgia demanda altos investimentos públicos. Por exemplo, no período em análise, o departamento recebia aproximadamente 28% dos investimentos de curto prazo (SUS e subvenções para custeio) e cerca de 25% dos investimentos de longo prazo. Mesmo com enormes investimentos e, conseqüentemente, alto custo de oportunidade para o capital da sociedade esse departamento agrega valor à sociedade.

Essas análises são importantes, pois conforme Assaf Neto (2003a, p. 176), a geração de valor depende da combinação entre as estratégias operacionais, de financiamento e de investimento. Em uma analogia para o caso do HCFMRP-USP, tem-se como:

- estratégia operacional – a maximização da utilidade¹⁷ recebida pelos pacientes nos serviços prestados e a redução dos custos;
- estratégia financeira – maximizando a utilidade percebida pela sociedade, alavancar recursos públicos e doações (projetos); e
- estratégia de investimentos – realizar investimentos que proporcionem serviços que agregam valor à sociedade e ao mesmo tempo fomenta o ensino e a pesquisa.

Para o autor, a empresa deve identificar quais os fatores de suas operações têm mais impacto sobre o valor. Rappaport (2001), complementa que o valor de uma unidade de negócio (departamento ou hospital, por exemplo) depende das interações entre essas estratégias.

Com isso, cabe aos gestores promover a interação desses fatores. Para tanto, a análise da relação entre investimento (recursos) e retorno (no caso do HCFMRP-USP, serviços assistenciais prestados à sociedade). Conforme discutido na fundamentação teórica desse estudo, a relação de eficiência entre recursos investidos e serviços obtidos pode ser avaliada por meio da Análise por Envoltória de Dados (DEA), tratada no tópico 4.2.

Do ponto de vista da GBV, variáveis como: (i) RECEITA SUS, SUBVENÇÕES do governo do Estado, número de LEITOS e número de MÉDICOS; e (ii) total de CONSULTAS e EXAMES, total de INTERNAÇÕES e total de CIRURGIAS são microdirecionadores de

¹⁷ Para aprofundamento no assunto, pode-se consultar Pindyck e Rubinfeld (1994).

valor, conforme discutido no tópico 2.2 (figura 2.3). Assim, o gestor deve avaliá-las, monitorá-las e gerenciá-las, pois nem sempre essas variáveis são controláveis.

Nesse contexto, a DEA representa uma alternativa plausível enquanto ferramenta de avaliação destas variáveis, especialmente em termos de eficiência na relação recurso aplicado versus resultado obtido. Na Análise por Envoltória de Dados as variáveis (i) são os insumos (ou ainda recursos, *inputs*) e as variáveis (ii) são os produtos ou serviços (ou resultados, *outputs*).

Desta forma, a análise do cálculo do valor econômico agregado à sociedade (VECP e VEAS) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO) pode ser refinada com o uso da DEA, que possibilita uma avaliação na eficiência da relação entre os recursos investidos nos departamentos e os resultados (serviços prestados à sociedade).

5.2.5.1. Análise dos resultados do cálculo do valor econômico agregado à sociedade (VECP e VEAS) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO)

Para a análise dos resultados do cálculo do valor econômico agregado à sociedade (VECP e VEAS) pelos departamentos do HCFMRP-USP utilizou-se, conforme tratado no tópico 4.2 deste estudo, a Análise por Envoltória de Dados (DEA) que avaliou a relação entre:

- *inputs*: recursos investidos pela sociedade, medidos no curto prazo pelas verbas para custeio do SUS e ao longo prazo pelos investimentos estruturais em hotelaria (leitos) e para a contratação de médicos; e
- *outputs*: os resultados gerados pelos departamentos, medidos pelo número de consultas e exames, internações e cirurgias.

Operacionalmente, analisou-se para cada um dos departamentos do HCFMRP-USP a relação entre os recursos aplicados e os retornos obtidos. Estabeleceu-se uma relação entre receita do SUS e: (i) número de consultas e de exames, depois (ii) número de internações; e finalmente (iii) número de cirurgias. Repetiu-se o procedimento para os outros dois *inputs* (nº de leitos e de médicos).

Estabelecia-se uma fronteira de eficiência (relativa) para cada relação entre *inputs* e *outputs*, onde todos os departamentos eram avaliados ao mesmo tempo em relação a eficiência na aplicação dos recursos (investimentos).

Os departamentos sob a “linha envoltória” ou fronteira de eficiência foram classificados como eficientes (EF), e aqueles abaixo desta linha como ineficientes (INEF). A figura 5. 3, a seguir, ilustra esta categorização (EF *versus* INEF) na relação entre números de médicos (*inputs*) e consultas e exames (*outputs*) para o ano de 2005.

Figura 5.3 – Fronteira de eficiência da DEA para os departamentos do HCFMR-USP (2005)

Note-se que a fronteira de eficiência da DEA não parte da intersecção entre os eixos (*inputs* versus *outputs*), sendo iniciada no eixo dos *inputs*. Isso se deve a existência de uma estrutura mínima de insumos (*inputs*), mesmo não sendo utilizada (fixa). Nesse caso em particular, em que se estabelece uma relação de eficiência entre médicos (insumos) e consultas (serviços/produtos), existe um número mínimo de médicos em cada departamento, mesmo que não tenha sido realizada nenhuma consulta. A DEA considera esta estrutura fixa.

Realizou-se, portanto, 9 (nove) relações entre *inputs* e *outputs* para cada departamento: três *inputs* vezes três *outputs*. Operacionalmente, optou-se pelo agrupamento dessas relações por departamentos por dois motivos, a saber:

- para que se pudesse avaliar, em cada departamento, como estão as relações entre as variáveis físico-operacionais (microdirecionadores de valor na abordagem da GBV); e
- para que os departamentos pudessem ser classificados (de forma geral¹⁸) como eficientes ou ineficientes.

¹⁸ Estabeleceu-se como critério que, dentre as 9 relações (entre *inputs* e *outputs*) possíveis, o maior número de categorizações (EF ou INEF) determinaria a classificação a uma classificação geral do departamento. Sendo 9 um número ímpar, não ocorre empate (evita-se a subjetividade).

O quadro 5.3, a seguir, demonstra o agrupamento.

Quadro 5.3 – Estrutura das relações entre *inputs* e *outputs* (DEA)

Departamento				
Ano		2003		
Outputs x Inputs		Outputs		
		Consultas e Exames	Internações	Cirurgias
Inputs	Receita	EF	INEF	EF
	Leitos	INEF	EF	INEF
	Médicos	EF	EF	EF

FONTE: elaborado pelo autor.

O Apêndice I apresenta um quadro sintetizando todas as relações possíveis entre as variáveis de *inputs* e *outputs* tratadas pela DEA nos departamentos do HCFMRP-USP. Com relação ao primeiro motivo, os gestores dos departamentos do HCFMRP-USP podem avaliar a eficiência relativa na gestão dos recursos a eles confiados. Trata-se, sim, de eficiência relativa, pois as categorizações “eficiente” e “ineficiente” são determinadas pelo desempenho relativo do departamento em relação aos demais, ou seja, os departamentos são comparados entre si.

Em decorrência disso, e considerando tais variáveis (*inputs* e *outputs*) como direcionadores de valor, os gestores podem monitorar esses indicadores (técnico-operacionais) com vistas a torná-los eficientes. Espera-se que, automaticamente ao tornar uma variável (indicador técnico operacional) eficiente (sob o enfoque relativo da DEA) o gestor do departamento esteja atuando (de maneira positiva) nos direcionadores de valor.

Assim, quando um gestor atua positivamente nessas variáveis, melhora o desempenho relativo de seu departamento em relação aos demais. Em uma situação ideal, com a cultura da Gestão Baseada em Valor disseminada na instituição, teria-se um ciclo virtuoso, pois, quando um gestor afetasse positivamente os indicadores físico-operacionais na busca pela eficiência (DEA) estaria, ao mesmo tempo, promovendo uma melhoria na geração de valor à sociedade pelo seu departamento.

Como a avaliação pela DEA é relativa, a melhoria em termos de eficiência no referido departamento, em tese faria com que outro (ou outros) departamento (s) se tornasse (m) ineficiente (s). Ou seja, pelo fato da DEA promover uma avaliação relativizada (*ranks*), a melhoria no desempenho de um departamento implica a piora de outro ou de outros.

Nesse contexto, os gestores dos departamentos que eventualmente tenham se tornado ineficientes (DEA), seriam “sensibilizados”. Teoricamente, passariam a monitorar cuidadosamente os indicadores de desempenho (direcionadores de valor) com o intuito voltarem a serem avaliados como eficientes na gestão dos recursos pelo DEA em uma próxima avaliação.

Todavia, o raciocínio desenvolvido anteriormente segue a premissa da existência de relação positiva (e significativa) entre as categorizações da DEA (eficiente e ineficiente) e a geração de valor econômico à sociedade pelos departamentos, resultado do cálculo do VECP e do VEAS (SEGMENTADO).

Para tanto, no presente estudo tem-se o cuidado de analisar essa relação, como forma de medir a sensibilidade dos indicadores VECP e VEAS aos microdirecionadores de valor escolhidos (variáveis de *inputs* e *outputs* na DEA).

Para a consecução dessa análise, procedeu-se da seguinte forma:

- categorização (geral) dos departamentos do HCFMRP-USP em eficientes (EF) e ineficientes (INEF), segundo os critérios supracitados, para os anos de 2003 a 2004;
- criação de dois grandes grupos de departamentos, seguindo os critérios de categorização: o grupo dos eficientes (EF) e ineficientes (INEF);
- aplicação no SPSS do teste de hipóteses, construído no tópico 4.2 deste estudo, para: (i) os três anos (ano a ano); e (ii) para o período todo período fechado; e
- análise dos resultados dos testes de hipóteses e algumas considerações.

Assim, categoriza-se de forma geral os departamentos como eficientes (EF) e ineficientes (INEF), para os anos de 2003, 2004 e 2005. Só então, houve uma categorização dos departamentos para o período como um todo.

O quadro 5.4, a seguir, sintetiza os resultados:

Quadro 5.4 – Resumo das classificações gerais dos departamentos do HCFMRP-USP

Departamentos	2003	2004	2005	Período
Cirurgia e Anatomia	EF	EF	EF	EF
Ortopedia	EF	INEF	INEF	INEF
Clínica Médica	EF	INEF	INEF	INEF
Ginecologia e Obstetrícia	EF	EF	EF	EF
Pediatria	INEF	INEF	INEF	INEF
Neurologia	EF	INEF	INEF	INEF
Oftalmologia	EF	EF	EF	EF
Genética (outros departamentos)	EF	EF	EF	EF
Outros departamentos (laboratórios especializados)	INEF	INEF	INEF	INEF

FONTE: Elaborado pelo autor

Entretanto, acreditava-se que o número de departamentos considerados eficientes (e, por conseguinte, ineficientes) permaneceria constante de um ano para outro. Haveria uma “troca de postos”. Mas isso não se verificou, no caso específico dos departamentos do HCFMRP-USP. Note-se que, a partir de 2004 os departamentos de ortopedia, clínica médica e neurologia passaram a ser categorizados como ineficientes, mas não houve “troca de postos”.

Busca-se explicações para o fato: como a DEA é estruturada em escores (*ranks*), havendo alterações nos escores pode haver a referida “troca de postos”. Entretanto, existe um escore mínimo para que a DMU (unidade, ou departamento no caso do HCFMRP-USP) alcance (ou permaneça) a linha envoltória (BELLONI, 2000).

Todavia, aplicou-se a DEA nesse estudo com o único objetivo de categorizar os departamentos, segundo suas variáveis. Sabe-se, que a DEA tem o potencial para demonstrar os escores e, principalmente, quais variáveis (*inputs* e *outputs*) necessitam ser trabalhadas para que a DMU consiga atingir o nível mínimo de eficiência.

Assim, coexistem nas categorizações EF departamentos com diferentes escores (níveis de eficiência), mas categorizados taxativamente como eficientes. Da mesma forma, na categorização INEF coexistem departamentos com os mais diferenciados escores (ainda insuficientes), alguns bem próximos da linha envoltória, outros muito distantes (vide figura 5.3).

Portanto, o critério taxativo de categorização dos departamentos pode explicar essa diferença na quantidade de departamentos categorizados como eficientes e ineficientes (próxima tabela). Espera-se que esse critério de categorização também influencie na avaliação da qualidade estatística das medidas VECP e VEAS, a ser avaliada pelo teste de hipótese abaixo. Isso se pelo fato de que o critério de categorização ter sido utilizado para separar grupos de departamentos (EF / INEF), de onde calcularam-se os VECP e VEAS médios, utilizados no referido teste de hipóteses.

Uma vez categorizados, retomam-se as hipóteses fundamentadas no tópico 4.2, do capítulo de metodologia:

H_0 : os departamentos considerados eficientes pela DEA possuirão um VECP / VEAS médio estatisticamente igual ao VECP / VEAS médio dos departamentos categorizados como ineficientes, ou: $VECP / VEAS^{(X)}_{EF} = VECP / VEAS^{(X)}_{INEF}$, em que x representa o ano.

H_1 : os departamentos considerados eficientes pela DEA possuirão um VECP / VEAS médio estatisticamente maior do que o VECP / VEAS médio dos departamentos categorizados como ineficientes, ou: $VECP / VEAS^{(X)}_{EF} > VECP / VEAS^{(X)}_{INEF}$, em que x representa o ano.

Antes do teste de hipótese, é importante se avaliar a qualidade estatística das variáveis. Para isso, o procedimento correto seria o de recorrer aos testes de normalidade das populações de VECP e VEAS para os anos de 2003, 2004 e 2005 e verificar-se que ambas possuíam uma distribuição normal, o que justificaria a adoção de testes paramétricos.

Acompanhe os tamanhos amostrais (n) na tabela 5.8, a seguir:

Tabela 5.8 – Tamanhos amostrais (n)						
Anos	2003		2004		2005	
	Eficientes	Ineficientes	Eficientes	Ineficientes	Eficientes	Ineficientes
Número de departamentos (d)	7	2	4	5	4	5
Tamanho amostral (n) (nº deptos x 12 meses)	84	24	48	60	48	60

FONTE: Elaborada pelo autor

Além disso, duas outras condições preconizadas na teoria (TRIOLA, 2005, p. 347) deveriam ser atendidas: deveriam ser amostras aleatórias simples e “[...] os tamanhos amostrais ambos grandes (número mínimo de 30 elementos) ou ambas as amostras provêm de populações com distribuição normal”.

Entretanto, entendeu-se que o critério adotado para a separação das amostras (formação dos grupos INEF e EF) poderia influenciar as variâncias e, conseqüentemente, o resultado dos testes paramétricos. Considerou-se, também a existência de uma amostra com 24 elementos (departamentos categorizados como ineficientes em 2003).

Então, por segurança, adotou-se para o tratamento estatístico dos dados segmentados, também realizado no SPSS, a aplicação do teste de hipóteses não-paramétrico *Mann Whitney* de inferência de médias para amostras consideradas independentes (STEVENSON, 2001, p. 317).

O objetivo desse teste é comparar se a média de uma amostra possui valor equivalente a da outra amostra. Segundo Martins (2002), este teste é indicado para amostras supostamente independentes e quando não existe suposição de normalidade (não paramétrico, portanto).

Por sua vez, adotou-se o seguinte teste de hipóteses associado (SPSS):

$H_0: \text{VECP} / \text{VEAS}^{(x)}_{\text{EF}} = \text{VECP} / \text{VEAS}^{(x)}_{\text{INEF}}$, em que x representa o ano.

$H_1: \text{VECP} / \text{VEAS}^{(x)}_{\text{EF}} > \text{VECP} / \text{VEAS}^{(x)}_{\text{INEF}}$, em que x representa o ano

Operacionalmente, o primeiro passo foi ordenar as duas amostras (INEF e EF) simultaneamente (como se fossem postos, *ranks*) e, já no SPSS, indicar o *status* de sua categoria: INEF = 1 e EF =2. Só então, aplicou-se o teste, cujos resultados estão apresentados no Apêndice J deste estudo.

Aplicou-se o teste inicialmente para a medida VECP e repetiu-se todo o procedimento descrito anteriormente para a medida VEAS. E só então, o procedimento descrito anteriormente foi replicado para todo o período (2003, 2004 e 2005). A tabela 5.9, a seguir, sintetiza os resultados da aplicação desses testes:

Tabela 5.9 – Aplicação do teste de hipóteses (não- paramétrico) para as categorizações por ano

	VECP			VEAS		
Anos	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Nível de significância	0,04	0,056	0,04	0,04	0,04	0,04
Resultado do teste de Hipóteses (H_0)	Rejeita-se	Deixa-se de Rejeitar	Rejeita-se	Rejeita-se	Rejeita-se	Rejeita-se

FONTE: Elaborada pelo autor

A partir dos resultados apresentados no Apêndice J e sintetizadas na tabela 5.9, deixa-se de rejeitar a hipótese nula (H_0) para o VECP, apenas no ano de 2004. Para os outros anos, pode-se afirmar que existem diferenças significativas nas medidas de valor propostas (VECP e VEAS) entre os departamentos categorizados pela DEA como eficientes (EF) e os departamentos categorizados como ineficientes (INEF).

Estas conclusões partem da análise do índice de *Asymp. Sig. (1-tailed)*, pois o teste é unilateral) na tabela 5.9, cujos níveis de significância (*sig*) foram, exceto para o indicador VECP em 2004, inferiores ao alfa de significância determinado para o teste (5%), mostrando que as médias não são iguais.

Em outras palavras, pode-se afirmar que existem diferenças significativas nas medidas de valor propostas (VECP e VEAS) entre os departamentos categorizados pela DEA como eficientes (EF) e os departamentos categorizados como ineficientes (INEF).

Todavia, estatisticamente, a medida de valor VECP para o ano de 2004 não foi sensibilizada pelas variações nos microdirecionadores de valor selecionados como variáveis da DEA (*inputs* e *outputs*). Dessa forma, algumas considerações fazem-se necessárias.

No presente estudo, consideraram-se os indicadores técnico-operacionais RECEITA, LEITOS, MÉDICOS, CONSULTAS E EXAMES, INTERNAÇÕES e CIRURGIAS como os microdirecionadores mais relevantes para o HCFMRP-USP. Esses indicadores, por sua vez, formaram a base de avaliação (variáveis) da DEA.

Entretanto, considerar apenas essas variáveis como microdirecionadores de valor é um raciocínio muito simplificador e, deve ser levada em consideração.

Além disso, cada departamento possui características peculiares e o ideal seria desenvolver uma “árvore de decomposição” (vide figura 2.2, na página 31) individualizada. Assim, com a incorporação de um número maior de direcionadores de valor, teria-se mais variáveis na DEA.

Em tese, um número maior de variáveis proporcionaria um refinamento na análise de eficiência da DEA, e, conseqüentemente, propiciariam coeficientes estatísticos não tão próximos ao nível de significância de 5%, aumentando o intervalo de confiança e a qualidade das análises. Contudo, verifica-se a potencialidade de aplicação das medidas de valor propostas (cálculo do valor econômico agregado à sociedade – VECP e VEAS) ao nível departamental ou segmentado, tal qual o EVA[®].

Avaliou-se, também, a possibilidade de aplicação dessas medidas ao nível segmentado para o período fechado (três anos). Conforme pode-se verificar no quadro 5.4, que resume as classificações gerais dos departamentos do HCFMRP-USP para o período, dos 9 (nove) departamentos do HCFMRP-USP, considerou-se 5 (cinco) como ineficientes (INEF) e 4 (quatro) como eficientes (EF).

Dessa forma, conforme Triola (2005, p. 492) não se poderia aplicar um teste paramétrico, pois o “tamanho amostral” (n) não era suficiente. Segundo o autor, necessita-se de número mínimo de 30 elementos. Como a intenção do teste é avaliar a relação dos grupos INEF e EF para o período fechado, tem-se para os 3 anos uma comparação de 15 (5 departamentos por 3 anos) contra 12 (4 departamentos por 3 anos), respectivamente.

Assim, adotou-se como teste de hipóteses associado (SPSS):

$H_0: \text{VECP} / \text{VEAS}^{(p)}_{\text{EF}} = \text{VECP} / \text{VEAS}^{(p)}_{\text{INEF}}$, onde p representa o período (2003 a 2005).

$H_1: \text{VECP} / \text{VEAS}^{(p)}_{\text{EF}} > \text{VECP} / \text{VEAS}^{(p)}_{\text{INEF}}$, onde p representa o período (2003 a 2005).

Aplicou-se o teste inicialmente para a medida VECP e repetiu-se, todo o procedimento descrito anteriormente para a medida VEAS. A tabela 5.10, a seguir, sintetiza os resultados da aplicação desses testes:

Tabela 5.10 – Aplicação do teste de hipóteses (não- paramétrico) para as categorizações do período total

	VECP	VEAS
Anos	Período (2003 a 2005)	Período (2003 a 2005)
Nível de significância	0,000	0,000
Resultado do teste de Hipóteses (H_0)	Rejeita-se	Rejeita-se

FONTE: Elaborada pelo autor

Considerando os resultados apresentados no Apêndice K e sintetizadas na tabela 5.10, rejeita-se a hipótese nula (H_0) tanto para o VECP quanto para o VEAS, ou seja, existem diferenças significativas nas medidas de valor propostas (VECP e VEAS) entre os departamentos categorizados pela DEA como eficientes (EF) e os departamentos categorizados como ineficientes (INEF).

Estas conclusões partem da análise do índice de *Asymp. Sig. (1-tailed)* na tabela 5.10, cujo *sig* de 0,000 é inferior ao alfa de significância determinado para o teste, mostrando que as médias não são iguais, o que indica $\text{VECP} / \text{VEAS}^{(p)}_{\text{EF}} > \text{VECP} / \text{VEAS}^{(p)}_{\text{INEF}}$.

Optou-se em aplicar o teste de hipótese para o período todo com forma de avaliar a “qualidade estatística” (TRIOLA, 2005), das medidas de valor propostas pelo estudo, enquanto ferramenta de mensuração do valor econômico agregado à sociedade. Esperava-se que as medidas de valor VECP e VEAS, também influenciadas por fatores incontroláveis aos gestores¹⁹, perdesse sua capacidade em mensurar o valor econômico agregado à sociedade de forma confiável.

Por outro lado, como a modelagem da DEA avalia o desempenho dos departamentos de forma relativa, espera-se que ela capture também os efeitos dos fatores incontroláveis em cada um dos departamentos durante o período em análise.

¹⁹ Considerou-se, por exemplo, as variações na taxa SELIC (afeta o custo de oportunidade dos investimentos realizados pela sociedade) e a greve dos funcionários de 2004 (reduziu sensivelmente a receita dos departamentos cujas que não prestam serviços de urgência – consultas agendadas, por exemplo, pois no período de greve o HCFMRP-USP atendia apenas urgências).

O presente capítulo analisou a aplicação prática das medidas de valor (VECP e VEAS), responsáveis pelo cálculo do valor econômico agregado à sociedade, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Cumpre ser ressaltado que os enfoques analisados não esgotam as possíveis visões quanto à aplicação desses conceitos.

Mas, de maneira geral, pode-se afirmar que as medidas de valor VECP e VEAS propostas representam uma medida de valor agregado à sociedade (no estudo de caso efetuado) pertinente, inclusive ao nível departamental. O capítulo seguinte apresenta as principais conclusões do estudo, limitações da pesquisa e sugestões para pesquisas futuras.

6 CONCLUSÃO

Neste capítulo apresentam-se as conclusões da pesquisa e suas implicações, com base nos objetivos do estudo, as limitações, perspectivas e sugestões para pesquisas futuras e, por fim, as considerações finais acerca do trabalho.

6.1 Conclusões e implicações

O interesse em realizar este estudo surgiu da crença de que a melhoria das condições sociais no Brasil necessita de uma postura ativa da sociedade civil, em especial em relação às discussões sobre as políticas públicas. Especificamente, o desenvolvimento desta pesquisa procura contribuir com a visão de que os cidadãos (contribuintes, que disponibilizam os recursos para o Estado) podem ser equiparados aos proprietários das empresas no setor privado.

Para desenvolver o trabalho, realizou-se basicamente duas etapas: (i) um estudo teórico-conceitual, feito por meio de revisão bibliográfica dos temas: Hospitais Universitários Públicos, Gestão Baseada em Valor e Gestão no Setor Público e (ii) um estudo empírico-analítico, com a condução de um estudo de caso no HCFMRP-USP, que permitiu apurar o valor econômico agregado à sociedade, de acordo com a teoria estudada.

Entretanto, já no início da pesquisa percebeu-se que o conceito de valor econômico agregado, inicialmente desenvolvido para atender a necessidade dos acionistas em acompanharem o resultado de seus investimentos pode ser adaptado para focar a necessidade da sociedade em acompanhar o seu investimento. Desta forma, verificou-se a possibilidade de aplicação desse modelo empresarial em organizações públicas sem fins lucrativos.

Adotou-se como referencial teórico de análise o modelo conceitual de mensuração do resultado econômico em entidades públicas de Slomski (2001) por acreditar que é relevante tratar o tema “valor econômico agregado à sociedade por hospitais universitários públicos”, considerando os aspectos contemporâneos da gestão pública brasileira, visto que a agenda democrática nacional tem reivindicado novos direitos sociais e políticos, participação social, transparência, *accountability* e eficiência na gestão dos recursos públicos.

Um ponto a se destacar é a questão da aproximação da gestão pública e da gestão privada, pois, a entidade privada, por força da concorrência, evoluiu muito em relação às metodologias de avaliação do desempenho enquanto, a gestão pública, em algumas áreas, fez o caminho inverso; muitas vezes por questões políticas, não existe interesse em mostrar o desempenho.

Dentre as contribuições proporcionadas pela primeira etapa, revisão bibliográfica do trabalho, destacam-se as seguintes:

- a contextualização dos hospitais universitários públicos no Sistema Único de Saúde ;
- o processo de Gestão Baseada em Valor pode ser considerado adaptável à mudança do objeto de foco (acionista para sociedade), mantendo-se suas aplicações iniciais; e
- o desenvolvimento das medidas de valor VECP e VEAS, destinadas à mensuração do valor econômico das entidades públicas.

O trabalho ainda demonstra que as medidas de valor desenvolvidas na pesquisa (VECP e VEAS) representam uma importante contribuição enquanto ferramentas de avaliação de desempenho econômico e, pelo fato de incorporarem o conceito de custo de oportunidade do capital investido, elas permitem uma análise mais adequada do “quanto” do investimento público é devolvido para a sociedade.

As medidas de valor desenvolvidas podem demonstrar se as entidades públicas têm agregado valor econômico na prestação de serviço à sociedade, ou seja, se o resultado apurado for positivo, a entidade gerou valor à sociedade excedendo a remuneração mínima exigida (SELIC). Por outro lado, se o resultado apurado for negativo, significa que a sociedade perdeu ao “terceirizar” a prestação de um serviço para uma determinada entidade. Em geral, VECP e VEAS são medidas que podem mostrar se a atuação de uma entidade está gerando ou destruindo valor à sociedade.

Na segunda etapa do trabalho realizou-se o estudo empírico-analítico, com a condução de um estudo de caso no HCFMRP-USP com o objetivo central de analisar o valor econômico agregado à sociedade por este hospital universitário público.

As técnicas utilizadas neste estudo foram: Pesquisa Documental e Análise por Envoltória de Dados. A Pesquisa Documental consistiu em levantar as demonstrações financeiras da entidade analisada e os atendimentos realizados no período de 2003 a 2005 para constituir a

base de cálculo do valor econômico agregado à sociedade (VECP e VEAS) pela entidade, valores demonstrados no capítulo 5 e, a Análise por Envoltória de Dados permitiu analisar os resultados deste cálculo segmentado para os departamentos, adotando-se a hipótese (por ser uma técnica estatística) de que os departamentos considerados eficientes em decorrência dessa análise iriam possuir VECP e VEAS médios estatisticamente superiores aos VECP e VEAS médios dos departamentos categorizados como ineficientes.

Para proporcionar maior confiabilidade nos resultados dos cálculos, os testes de hipóteses foram conduzidos a um nível de significância estatística de 5%, o que garante um nível de segurança de 95% (intervalo de confiança) para os resultados obtidos.

Pelos resultados dos testes de diferenças de médias realizados, e sabendo-se que a hipótese nula corresponde à igualdade de médias, concluiu-se que:

- as medidas de valor VECP e VEAS desenvolvidas são estatisticamente diferentes, justificando a utilização de ambas de forma concomitante;
- tais medidas de valor apresentam sensibilidade para capturar os impactos sofridos pela instituição, desde os provocados por fatores externos como a greve dos funcionários, como também pelos fatores decorrentes das mudanças operacionais, por exemplo, reestruturação do fluxo de pacientes com a implantação da regulação médica e do agendamento dos atendimentos; e
- por meio dessas medidas de valor consegue-se apresentar resultados segmentados por departamentos, representando uma interessante ferramenta gerencial, pois possibilita aos gestores dos departamentos uma avaliação de quais direcionadores de valor devem ser monitorados com vistas a maximização do valor econômico à sociedade pelos departamentos.

Retomando a discussão sobre resultados encontrados, verificou-se que o cálculo do valor econômico agregado pelo hospital universitário público estudado no geral é positivo. Isso demonstra a eficiência da entidade em prestar o serviço público de saúde à sociedade, ou seja, o HCFMRP-USP agrega valor à sociedade quando presta serviços assistenciais à comunidade de Ribeirão Preto e região.

Vale enfatizar que esse resultado demonstra que a entidade utiliza os recursos públicos de forma eficiente na medida em que a “terceirização” da prestação de serviços assistenciais de

saúde está sendo feita a um custo menor do que o de mercado considerando, inclusive, o custo de oportunidade do capital investido pela sociedade.

Mais do que isso, esse trabalho expôs que a medida de valor econômico agregado de curto prazo (VECP) demonstrou ser sensibilizada pelos microdirecionadores de valor: Receita, Consultas, Internações e Cirurgias.

No ano de 2004, ocorreu uma paralisação parcial das atividades do hospital por dois meses. Essa paralisação prejudicou o atendimento à população. A medida capturou essa redução nos serviços prestados pela entidade, reduzindo o valor do resultado econômico operacional, pois este reflete o quanto em reais (R\$) a sociedade pagaria se o HCFMRP-USP não existisse. Mesmo a redução na taxa SELIC, que reflete o custo de oportunidade do capital investido pela sociedade, não foi suficiente para fazer com que a instituição agregasse valor.

Essa medida de valor de econômico agregado de curto prazo (VECP) também apontou uma influência significativa do custo de oportunidade dos investimentos fixos para o custeio das atividades do hospital (curto prazo), representados pelas subvenções do governo do estado e autarquia, destinadas ao pagamento dos servidores, ou seja, existe uma estrutura operacional instalada e, fundamentalmente, representada pelo número de Médicos contratados e de Leitos disponíveis.

Essa estrutura operacional possui um custo elevado e não apresenta flexibilidade operacional, pois, o Hospital detém um quadro de funcionários extremamente especializados em virtude de ser um hospital-escola e que exigem uma melhor remuneração e esses funcionários não realizam atendimentos fora de sua área de atuação. Além disso, cada departamento ou especialidade detém um número de leitos relativamente constante. Com isso, a medida VECP representa um indicador de eficiência na alocação desses recursos e uma ferramenta interessante em termos de monitoramento por parte dos gestores.

Por sua vez, a medida de valor de econômico agregado de longo prazo (VEAS) demonstrou a existência de investimentos fixos (longo prazo) depreciados, que mesmo assim possibilitam a prestação de serviços à sociedade e têm feito com que o hospital agregue valor. Esses investimentos, categorizados como bens de uso comum construídos pela administração

pública ou bens de infra-estrutura (SOLMSKI, 2005, p. 53) são contabilizados por seus valores de aquisição (ativos).

O HCFMRP-USP completou 50 anos de existência e, portanto, possui muitos investimentos fixos (estruturais) depreciados, reduzindo o valor destes investimentos no cálculo do VEAS. A sociedade, que investiu na construção desse hospital, atualmente faz uso dessa estrutura a um custo mais baixo (investimentos depreciados).

No cálculo da receita econômica utiliza-se a iniciativa privada como parâmetro para comparação. Em tese, na formação dos valores cobrados pelo setor privado estão embutidos os custos de depreciação pelos investimentos fixos feitos. Desta forma, se a sociedade opta-se pela iniciativa privada, estaria bancando pelos investimentos. Isso explica a diferença significativa entre os valores apurados pelas medidas VECP e VEAS. Ao longo prazo (VEAS), a sociedade está usufruindo da condição de maturidade dos investimentos feitos no HCFMRP-USP.

Sendo assim, os resultados indicam que a sociedade não precisa “terceirizar” a prestação de serviços para a iniciativa privada, pois:

- a instituição demonstrou ser eficiente na gestão dos recursos de curto prazo-custeio a ela confiados (VECP positivo para o período como um todo);
- a maturidade dos investimentos de longo prazo (infra-estrutura), e que ainda geram serviços (conceito de ativo), tem alavancado o VEAS, promovendo bem-estar social.

O trabalho revela também que os hospitais universitários públicos podem agregar valor econômico à sociedade quando os seus gestores estabelecem estratégias operacionais e identificam as capacidades diferenciadoras de suas unidades ou departamentos, por meio da assimilação dos direcionadores de valor relevantes.

Evidentemente, vários fatores contribuem para a identidade de um hospital ou departamento, em termos de “vocação”. No Brasil, conforme verificado na literatura, os hospitais universitários públicos desenvolvem “habilidades” estreitamente relacionadas com as linhas de pesquisa e de atuação das universidades nas quais são vinculados.

Sendo assim, a estruturação da política assistencial dos hospitais universitários (prestação de serviços médico-hospitalar à sociedade) vem em decorrência muito mais dos interesses das linhas de pesquisa dos departamentos e das universidades em que estão vinculados. Entretanto, tais interesses não necessariamente correspondem às necessidades da comunidade em que estão inseridos.

Portanto, existe atualmente um distanciamento entre a natureza dos serviços prestados pelos HU e as reais (e até, atuais) necessidades das comunidades por ele atendidas, muito embora existam esforços do Ministério da Saúde no sentido de corrigir eventuais divergências e promover uma maior integração dessas instituições ao Sistema Único de Saúde.

Apesar disso, este estudo não teve o objetivo de analisar essas relações, mas considera fundamental a identificação dessas capacidades diferenciadoras (direcionadores de valor à sociedade) em especial os de natureza operacional (estratégias operacionais). Acredita-se, que a identificação desses direcionadores, por parte dos hospitais (ou departamentos) possibilita uma real compreensão de sua relação, enquanto hospital assistencialista, com a comunidade que o cerca.

Considerando que as políticas de investimento do governo são balizadas essencialmente por critérios sócio-econômicos e demográficos (para as verbas da Seguridade Social), e que o sucateamento das universidades públicas tem promovido uma significativa redução nos investimentos em ensino e pesquisa, o reconhecimento dos direcionadores de valor relevantes passa a ser uma questão de sobrevivência.

Nesse sentido, o presente trabalho demonstra ainda que os gestores devem atuar nos direcionadores de valor de nível operacional na estruturação das metas de seus respectivos departamentos; por sua vez, essas metas devem estar alinhadas a um planejamento estratégico mais amplo (Hospital), corroborando com o processo de Gestão Baseada em Valor descrito na literatura.

Assim, os gestores de hospitais universitários públicos podem aprimorar o processo de tomada de decisões utilizando o cálculo do valor econômico agregado à sociedade por essas entidades ao monitorarem os direcionadores de valor (de nível operacional e descritos como variáveis da DEA na avaliação das medidas de valor VECP e VEAS), da seguinte forma:

- Receita SUS (RECEITA): o SUS recomenda que os hospitais universitários (caso do HCFMRP-USP) priorizem os atendimentos de alta complexidade em detrimento dos mais simples – hierarquização do atendimento. Para tanto, os procedimentos mais complexos são remunerados de forma diferenciada. Os gestores devem estimular esses atendimentos mais complexos em detrimento dos mais simples como forma de alavancar recursos (maximizando a receita de seu departamento);
- Número de LEITOS: a estrutura de internação (e hotelaria) não permite alta flexibilidade no número de leitos por departamento em função de fatores como espaço físico, arranjo e layout das enfermarias etc. Entretanto, os gestores podem disponibilizar leitos para internações e atendimentos mais complexos (e melhor remunerados pelo SUS) ao invés de internações de casos mais simples e encontrar alternativas para direcionar esses casos;
- Número de MÉDICOS: da mesma forma que o número de leitos, cada departamento possui a quantidade de médicos relativamente fixa. Entretanto, ao priorizar o agendamento dos casos mais complexos o gestor estará maximizando a utilização desse insumo (direcionador);
- Total de CONSULTAS e EXAMES: a política de reembolso do SUS também incentiva os atendimentos mais complexos. Diante de disso, os gestores podem optar pela realização de consultas e exames mais elaborados, deixando os casos mais simples para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade e região;
- Total de INTERNAÇÕES: esse direcionador de valor está relacionado ao número de LEITOS disponibilizados e a política assistencial: geralmente, quanto mais complexo for o caso, maior será o tempo de internação. Considerando um número fixo de LEITOS, menor será o número de INTERNAÇÕES. Entretanto, o modelo de atendimento preconizado pelo SUS ao mesmo tempo em que incentiva os atendimentos de alta complexidade estabelece tempos limite de internação (dias de internação) segundo protocolos e padrões da AMB. A partir do prazo máximo (teto), o SUS deixa de ressarcir a instituição. Com isso, o direcionador de valor INTERNAÇÕES pede um constante monitoramento no intuito de maximizar o retorno à sociedade. Para tanto, recomendam-se as medidas de valor desenvolvidas nesse trabalho; e
- Total de CIRURGIAS: esse direcionador de valor pode ser gerido em duas dimensões, quantidade e qualidade. Considerando que o número de salas cirúrgicas disponíveis seja constante, o gestor pode atuar no agendamento das cirurgias otimizando os

recursos disponíveis e ao mesmo tempo filtrar as cirurgias pertinentes ao nível de complexidade recomendada pelo SUS.

Entretanto, o monitoramento e a gestão desses direcionadores devem ser realizados com muito cuidado. Evidentemente, o principal cuidado é com a humanização no atendimento. Esse trabalho não propõe o direcionamento das políticas de atendimento (aos pacientes) estritamente atrelado aos valores apurados pelas medidas de valor VECP e VEAS. Contudo, tais medidas de valor podem representar uma importante ferramenta de avaliação dos impactos das estratégias e políticas estabelecidas.

6.2 Limitações do estudo, perspectivas e sugestões para pesquisas futuras

Os valores apurados pelas medidas de valor VECP e VEAS desenvolvidas nesse trabalho incorporam somente a componente assistencial do HCFMRP-USP, ou seja, sua prestação de serviços ou atividades operacionais. Mas, um hospital universitário também pode agregar valor à sociedade de outras maneiras, por exemplo, com ensino e pesquisa. Da mesma forma, as medidas de valor VECP e VEAS possuem potencialidades para avaliar essa geração de valor da atividade de ensino, ajustando o cálculo da receita econômica²⁰, o que não foi objetivo deste estudo.

Assim, o fato do presente estudo não ter excluído os custos incrementais de ensino no cálculo do resultado econômico representa uma das limitações nos valores apurados pelas medidas de valor. Porém, essa limitação refere-se estritamente aos valores encontrados (na apuração), pois as medidas de valor desenvolvidas também poderiam contemplar as atividades de ensino.

Como a tabela de ressarcimento do SUS não havia sofrido reajustes no período em análise (2003 a 2005), não foi necessária a realização de ajustes em relação a correção monetária dos valores utilizados para o cálculo do VECP e VEAS, o que representa uma outra limitação nos valores apurados.

²⁰ Estabelecer uma *proxy* para valor de mercado para as atividades de ensino, pesquisa, produção científica e extensão / residência (*Benchmarking*) e adicionar o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS) - repassado pelo convênio entre o SUS e o MEC.

Tais medidas de valor desenvolvidas são adaptações da metodologia do EVA[®] às entidades públicas. Por isso possuem as mesmas limitações:

- Mede o valor adicionado em decisões passadas;
- Numerosos ajustes devem ser feitos para refletir corretamente a situação da empresa;
- Devido à série de ajustes, necessita de recursos e pessoas na organização e por isso a relação custo/ benefícios deve ser observada;
- Com receio de diminuir o EVA[®] pode levar os gestores a investir menos que o necessário (subinvestir); e
- É utilizado o custo histórico como base de valor para avaliar o capital investido.

Outra dificuldade encontrada refere-se a limitações da metodologia da Análise por Envoltória de Dados (DEA), utilizada na análise de sensibilidade das medidas de valor utilizada no cálculo do valor econômico agregado à sociedade. A principal limitação é a de que o modelo DEA tem a particularidade de avaliar cenários “congelados” (estáticos), isto é, não avalia, por exemplo, o progresso tecnológico ou aumento na produtividade dos insumos de trabalho envolvidos.

Contudo, é importante perceber o quanto do investimento público é devolvido para a sociedade, e mais ainda, é fundamental perceber o potencial das entidades públicas na prestação de serviço que agregue valor, tal qual serviço privado. Para haver a mudança do paradigma da má qualidade do serviço público, deve-se mostrar resultados para a sociedade e a contribuição deste estudo era trazer uma ferramenta para tal.

O cálculo do valor econômico agregado à sociedade pelo HCFMRP-USP pode servir como referência para outros estudos. As conclusões delineadas ao longo do trabalho não podem ser generalizadas a todos os hospitais universitários públicos brasileiros, pois as características culturais da entidade, sua relação com a universidade, o grau de desenvolvimento econômico e social da região etc. são fatores determinantes na condução das políticas assistências promovidas.

As medidas de valor propostas para o cálculo do valor econômico agregado à sociedade podem ser aprimoradas com o desenvolvimento de estudos que incorporem variáveis representativas das condições demográficas e de renda da região atendida pelo hospital universitário público.

Igualmente, essas medidas podem ser expandidas para analisar o desempenho dos serviços educacionais e de pesquisa dos hospitais universitários públicos, considerando como direcionadores de valor, por exemplo, produção acadêmica, formação de médicos residentes e implementação de programas de saúde preventiva.

6.3 Considerações finais

O aprofundamento do estudo do tema em outros hospitais é recomendável, com o intuito de compreender e descrever o atual estágio de evolução do processo de avaliação econômica dos investimentos públicos em hospitais universitários públicos brasileiros.

Com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do referencial conceitual sobre o cálculo do valor econômico agregado à sociedade por entidades públicas, são sugeridas pesquisas que adotem como referencial de avaliação os retornos sobre os investimentos da sociedade em entidades públicas de diferentes setores econômicos.

Compete a sociedade cobrar do governo transparência e *accountability* na gestão pública. Por outro lado, é de responsabilidade da academia contribuir desenvolvendo ferramentas de avaliação de desempenho econômico para auxiliar os gestores públicos na tomada de decisões.

Outras discussões podem ser incluídas ainda nessa proposta de cálculo do valor agregado pela entidade pública à sociedade, porque é importante mudar a forma de apresentação dos resultados das entidades públicas para a sociedade e para o próprio governo.

REFERÊNCIAS

ABRAHUE: Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. 2004. Disponível em: <<http://www.abrahue.org.br>>. Acesso em: 02 set. 2004.

ALBANO, M. Dívida “estrangula” hospitais universitários federais. **FolhaOnline**, 08 dez. 2002. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u11911.shtml>>. Acesso em: 15 jun. 2005.

ALMEIDA, R. J. **Análise da importância dos direcionadores de valor das empresas para diferentes tomadores de decisão no Brasil.** 2000. 165f. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade de Economia Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ANTHONY, R. N.; GOVINDARAJAN, V. **Sistemas de controle gerencial.** São Paulo: Atlas, 2002.

ARAUJO, A. M. P. **Ajustes da contabilidade tradicional para uma contabilidade baseada em valor.** 2002. 261 f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ARAUJO, A. M. P; ASSAF NETO, A. A contabilidade tradicional e a contabilidade baseada em valor. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, n.33, p.16-32, set./dez. 2003.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.331-345, 2003.

ASSAF NETO, A. **Finanças corporativas e valor.** São Paulo: Atlas, 2003a.

_____. **Mercado financeiro.** São Paulo: Atlas, 2003b.

_____. **Contribuição ao estudo da avaliação de empresas no Brasil:** uma aplicação prática. 2003c. 202 f. Tese (Livre-Docência), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003c.

ASSAF NETO, A.; LIMA, F. G. ; ARAUJO, A. M. P. Metodologia de cálculo do custo de capital no Brasil. In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 6., 2003, São Paulo. **Anais....** São Paulo: USP, 2006.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. Apresenta circulares e normas do Banco Central do Brasil. 1999. Disponível em: <<http://www.bacen.gov.br>>. Acesso em: 10 maio 2006.

BANKER, R.D.; CHARNES, A.; COOPER, W.W. Some models for estimating technical e scale inefficiencies in Data Envelopment Analysis. **Manegement Science**. v. 9, n.30, p.126-135, 1984.

BARBOSA, P. R. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **Revista do Serviço Público (RSP)**, Brasília, ano 47, v.120, n.2, p.629-643, maio/ago. 1996.

BELLONI, J. A. **Uma metodologia de avaliação da eficiência produtiva de universidades federais brasileiras**. 2000. 245f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção), Faculdade de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BENGOA, R. **La sanidad:** un sector en cambio: un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores. Barcelona: SG editores, 1996.

BONIZIO, R. C.; BONACIM, C. A. G.; VELLANI, C.; AMBROZINI, M. Mensuração do resultado econômico: um estudo comparativo entre as metodologias do GECON e do EVA. In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 6., 2006, São Paulo. **Anais....** São Paulo: USP, 2006.

BOSSERT, T.; LARRANAGA, O.; RUIZ MEIR, F. Descentralización de los sistemas de salud en América Latina. **Revista Panamericana Salud Publica**, México, v.8, n.1-2, p.84-92. jul./ago. 2000.

CAMPOS, G. W. de S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.187-194. jan./mar. 1999.

CARVALHO, E. M.; SOUZA, G.; SLOMSKI, V. A demonstração do resultado econômico como instrumento de avaliação de desempenho em entidades públicas de administração direta. In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 3., 2003, São Paulo. **Anais....** São Paulo: USP, 2003.

CATELLI, Armando (coord.). Controladoria: uma abordagem da gestão econômica – GECON. São Paulo : Atlas, 1999.

CAVENAGHI, V. O modelo da Gestão Econômica aplicada na área de produção. **Caderno de Estudos FIPECAFI**, São Paulo, v.12, n.14, p.17-32, jul./dez. 1996.

CHARNES, A.; COOPER, W.; RHODES, E. Measuring the efficiency of decision-making units. **European Journal of Operational Research**, v.4, n.3, p.429-444, 1978.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COPELAND, T.; KOLLER, T.; MURRIN, J. **Valuation**: measuring and managing the value of companies. 3. ed. New York: John Wiley, 2000.

_____. **Avaliação de empresas**: valuation. 3. ed. Makron Books: São Paulo, 2004.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.319-28, 2001.

CUNHA, D. R. **Gestão baseada em valor**: uma pesquisa no setor hoteleiro do Rio Grande do Norte. 2002. 186 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

DATASUS: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS). 2005. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 20 mar. 2006.

DRUCKER, P. F. **Administração de organizações sem fins lucrativos**: princípios e práticas. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

EHRBAR, Al. **EVA**: valor econômico agregado: a verdadeira chave para a criação de riqueza. Rio Janeiro: Qualitymark, 1999.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREGONESI, M. S. F. A.; ARAUJO, A. M. P.; ASSAF NETO, A.; ANDERE, M. A. Metodologia SROI: uma proposta para cálculo do valor socioeconômico das organizações do terceiro setor. In: ENANPAD, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília, 2005.

FREZATTI, F. Valor da empresa: avaliação de ativos pela abordagem do resultado econômico residual. **Caderno de Estudos FIPECAFI**, São Paulo, v.10, n.19, p.1-16, set./dez. 1998.

GITMAN, L. J. **Princípios de administração financeira**. 7 ed.. São Paulo: Harbra, 1997.

GOVERNO FEDERAL. 2004. Disponível em: <<http://www.planobrasil.gov.br>>. Acesso em: 02 nov. 2005.

HENDRIKSEN, E. S., VAN BREDA, M. F. **Teoria da Contabilidade**. São Paulo: Atlas, 1999. Tradução da 5 ed. americana por Antonio Z. Sanvicente.

HORNGREN, C. T.; SUNDEM, G. L.; STRATTON, W. O. **Contabilidade gerencial**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

HOSPITAIS universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções. *Linha Direta UnB* n. 46/2002. 26 jul. 2002. Disponível em: <http://www.unb.br/reitor/reitoria-informa/linha_direta/linha_direta46.htm>. Acesso em: 17 jul. 2005.

IPEADATA: Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada. 2006. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br>>. Acesso em: 13 jan. 2006.

IUDÍCIBUS, S. de. Lucro contábil: crepúsculo ou ressurgimento? **Caderno de Estudos**, São Paulo, n.1, out.1989.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, Amsterdam, v.3, p.305-360, out. 1976.

KASSAI, J. R.; KASSAI, S.; SANTOS, A.; ASSAF NETO, A. . **Retorno de Investimento: abordagem matemática e contábil do lucro empresarial.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

KASSAI, S. **Utilização da análise por envoltória de dados (DEA) na análise de demonstrações contábeis.** 2002. Tese (Doutorado) – Departamento de Contabilidade, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

LEEDER, S. R. Valuable health: what do we want, and how do we get it? **Australian Journal of Public Health**, Sidney, v.2, p.8-24, mar.1992.

LUCAS, A. Reconciling decentralization and equity: health. **F. Magazine**, maio 2001. Disponível em: <http://www.forumfed.org/publications/pdfs/vol1_no4_may_2001.pdf>. Acesso em: 23 out. 2005.

MALHOTRA, N. K. Pesquisa de marketing, uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARINHO, A. Hospitais universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência. Texto de discussão do **IPEA**, nº 833. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MARTIN, J. D.; PETTY, J. W. **Gestão baseada em valor: a resposta das empresas à revolução dos acionistas.** Qualitymark: Rio de Janeiro, 2004.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, G.de A. **Estatística geral e aplicada**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores de serviços privados e o SUS. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.629-644, 2003.

McFARLAN, F. W. Working on nonprofit boards: don't assume the shoe fits. **Revista de Administração**, São Paulo, v.9, n.4, p.293-301, out./dez. 2004.

MEC – Ministério da Educação. **Hospitais universitários: uma avaliação do setor**. s. d. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/Sesu/hospuni.shtm>>. Acesso em: 03 set. 2004.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47, n.2, p.149-56, 2001.

MENDES, A. P. S. **Teoria de agência aplicada à análise de relações entre os participantes dos processos de cooperação tecnológica universidade-empresa**. 2001. 131 f. Tese (Doutorado em Administração), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

O MAPA dos hospitais: empreendimentos privados perdem espaço. **Gazeta Mercantil**. São Paulo, p.A10, 27 jun. 2006.

OLAK, P. A. **Bases para a eficácia na aplicação do contrato de gestão nas organizações sociais brasileiras**. 2000. 234 f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico**: conceitos, metodologia e práticas. 13. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

PEREIRA, C. A. Avaliação de resultados e desempenhos. In: **Controladoria: uma abordagem da gestão econômica**. São Paulo: Atlas, 1999.

PINDYCK, R. S.; RUBINFELD, D. L. **Microeconomia**. Makron Books: São Paulo, 1994.

RAPPAPORT, A. **Gerando valor para o acionista**: um guia para administradores e investidores. São Paulo: Atlas, 2001.

REDF – ROBERTS ENTERPRISE DEVELOPMENT FUND (REDF). **SROI Methodology**. San Francisco, 2001. Disponível em: <<http://www.redf.org>>. Acesso em: 30 set. 2005.

RICARDO, D. [1821] **Princípios de Economia Política e Tributação**. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, J. S. dos *et al.* Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, n.36, 2003.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1987.

SIEGEL, SIDNEY. **Estatística não-paramétrica**. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1975.

SHINDER, M.; McDOWELL, D.. ABC, the Balance Scorecard and EVA[®]: distinguishing the means from the end. EVALuation. **Stern Stewart Europe limited**. Volume I, issue 2. April 1999.

SILVA, E. P; COSTA, P. S; TIBÉRIO, C. S. B. Gestão estratégica de custos: estudo de caso aplicado a hospitais universitários. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUSTOS, 8., 2003, Uruguai. **Anais...** Uruguai, 2003.

SMITH, A. [1776] **A Riqueza das Nações**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

SLOAN, F. A *et al.* Effects of teaching on hospital costs. **Journal of Health Economics**, [S.l.], v.2, n.1, p.1-28, 1983. Proquest ABI/Inform (R) Global 01-05/2000.

SLOMSKI, V. **Mensuração do resultado econômico em entidades públicas**: uma proposta. 1996. 82 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SLOMSKI, V. **Mensuração do resultado econômico nas entidades públicas**: uma proposta. Chapecó: Argos, 2001.

_____. **Controladoria e governança na gestão pública**. São Paulo: Atlas, 2005.

STERN, J. M.; SHIELY, J. S. **The EVA challenge**: implementing value added change in an Organization. New York: John Wiley & Sons, 2001.

STEVENSON, W. J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harbra, 2001.

TABELA SUS – Tabelas de coeficientes de honorários do ministério da saúde (MS). 2005. Disponível em: <http://www.calcmed.com.br/tabelasnet/tabelas_convenios.asp>. Acesso em: 03 mar. 2006.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 9 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Hospital das Clínicas, Ribeirão Preto. **Relatório de Atividades**, 2005. Disponível em: <<http://hcrp.fmrp.usp.br/Public/Relatorio2005.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2006.

VARIAN, H. R. **Microeconomia**: princípios básicos. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

VERGARA, C. El contexto de las reformas del sector de la salud. **PanAmer Journal Publ. Health**, Chile, v.8, n.1, p.7-12, 4/2000. Proquest ABI/Inform (R) Global 01-05/2000.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YOUNG, S. D.; O'BYRNE, S. F. **EVA e gestão baseada em valor:** Guia prático para implementação. Porto Alegre: Bookman, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta de apresentação do projeto de estudo

APÊNDICE B - Questões orientadoras da pesquisa

APÊNDICE C - Exemplo do faturamento a valores de mercado – FAEPA (Ambulatório e Internação) do Departamento de Neurologia – 4º Trimestre de 2005

APÊNDICE D - Exemplo de formação de preço do hospital baseado nos valores da FAEPA

APÊNDICE E - Inferências estatísticas sobre Receita SUS versus Mercado

APÊNDICE F - Inferências estatísticas sobre VECP versus VEAS

APÊNDICE G - Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO)

APÊNDICE H - Cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO)

APÊNDICE I – Resultados da aplicação da DEA nos departamentos do HCFMRP-USP

APÊNDICE J - Teste não paramétrico de *Mann Whitney* para os anos de 2003, 2004 e 2005

APÊNDICE K - Teste não paramétrico de *Mann Whitney* para o período fechado (2003 a 2005)

APÊNDICE A

Carta de apresentação do Projeto de Estudo

FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E
CONTABILIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
Av Bandeirantes, 3.900 - Ribeirão Preto/SP, CEP.:14040-900
Fone: (16) 602-3899 – Fax: (16) 633-3221

Ribeirão Preto, 06 de março de 2006.

Ilma. Sra.

Maria Eulália Lessa do Valle Dallora

Dirigente da Assessoria Técnica – AT – HCFMRP/USP

Prezada Senhora,

Encaminhamos o projeto de pesquisa cujo tema é “*Avaliação de Desempenho Econômico de Hospitais Universitários Públicos – um estudo de caso no HCFMRP-USP*”. Trata-se de uma pesquisa de análise no resultado operacional da instituição. Sendo assim, gostaríamos do aval da Direção desta Instituição.

Realizaremos um estudo no qual será aplicada uma metodologia de avaliação de desempenho econômico desenvolvida para o Setor Público (SLOMSKI, 2001). A metodologia preocupa-se em analisar a aplicabilidade de indicadores tradicionais de empresas lucrativas em instituições públicas. Isso significa que a entidade pública deve prestar contas à sociedade tal qual empresas privadas devem prestar contas para o acionista. Assim, quando se pensa em calcular o valor econômico agregado por uma entidade pública, deve-se pensar no valor adicionado para a sociedade.

Seguem em anexo:

- Projeto de Pesquisa na Íntegra (inclusive com cronograma);
- Currículo Lattes dos Pesquisadores.

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos,

Atenciosamente,

Carlos Alberto Grespan Bonacim
Pesquisador

Adriana Maria Procópio de Araújo
Pesquisadora Orientadora

APÊNDICE B

Questões orientadoras da pesquisa

Temática 1: A inserção do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (HCFMRP-USP) na comunidade de Ribeirão Preto e região.

- (1) Quais é a missão, quais são as estratégias, os objetivos, as metas do HCFMRP-USP no curto e longo prazos?
- (2) Como estas estratégias (etc) são definidas? Quem as define?
- (3) Quais os departamentos envolvidos consecução destas estratégias, objetivos etc.?
- (4) Estas estratégias estão alinhadas as estratégias da Secretaria Municipal, Estadual da Saúde? E ao Ministério da Saúde? E ao Sistema Único de Saúde (SUS)?
- (5) Normalmente, tais estratégias envolvem melhorias no desempenho físico-operacional (incremento da prestação de serviços à comunidade)?
- (6) Tais estratégias poderiam envolver melhorias no desempenho econômico (o que proporcionaria, indiretamente, um incremento da prestação de serviços à comunidade). Qual é a visão e compreensão dos dirigentes do HCFMRP-USP a este respeito?

Temática 2: A visão e a compreensão dos dirigentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (HCFMRP-USP) sobre a importância da avaliação de desempenho (inclusive econômico) enquanto mecanismo de prestação de contas à comunidade de Ribeirão Preto e região.

- (1) Qual é a visão e compreensão dos dirigentes do HCFMRP-USP sobre a importância da avaliação de desempenho?
- (2) Quais são as ferramentas de avaliação de desempenho utilizadas pela instituição? O que se tem medido e avaliado até então?
- (3) Existe algum mecanismo de avaliação de desempenho econômico?
- (4) Qual é a visão e compreensão dos dirigentes do HCFMRP-USP sobre a importância da prestação de contas à comunidade?
- (5) A instituição presta contas à comunidade do quê? Qual o mecanismo? De que forma?

Temática 3: A visão e a compreensão dos dirigentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (HCFMRP-USP) sobre a importância da prestação de contas à comunidade de Ribeirão Preto e região enquanto mecanismo de Transparência.

- (1) Qual é a visão e compreensão dos dirigentes do HCFMRP-USP sobre a importância e a necessidade da prestação de contas?
- (2) Quais são as ferramentas de prestação de contas utilizadas pela instituição? O que se tem divulgado até então?
- (3) Sabidamente, no Terceiro Setor as entidades têm apostado na transparência de sua gestão financeira e de aplicação de recursos como forma de alavancagem de doações. Mesmo sendo uma instituição pública, qual é a visão e compreensão dos dirigentes do HCFMRP-USP sobre a importância da transparência à comunidade?
- (4) Principalmente quando a instituição “lança” uma campanha de arrecadação (doações da comunidade, portanto) para projetos como o HC Criança, por exemplo?

APÊNDICE C - Exemplo do Faturamento a valores de Mercado – FAEPA (Ambulatório e Internação) do Departamento de Neurologia - 4º Trimestre de 2005

Quadro 5.6 – Exemplo do Faturamento a valores de Mercado – FAEPA (Ambulatório e Internação) do Departamento de Neurologia - 4º Trimestre de 2005

AMBULATÓRIO - CAMPUS		OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
DISCIPLINA	Valores \$	Nº	RECEITA		Nº	RECEITA		Nº	RECEITA	
			R\$	%		R\$	%		R\$	%
Neurologia			107.851,80	1,66%		84.033,60	1,30%		108.192,00	1,47%
Consultas	33,6	3.193	107.284,80	1,66%	2.501	84.033,60	1,30%	3.220	108.192,00	1,47%
Biópsia - Proc. e Cirurgias	63	9	567,00	0,01%						
Psiquiatria - Consultas	33,6	809	27.182,40	0,42%	809	27.182,40	0,42%	918	30.844,80	0,42%
Grupo Psiquiatria - Consultas	12,6	8	100,80	0,00%	10	126,00	0,00%	20	252,00	0,00%
Psicologia/Campus - Consultas	33,6	1.545	51.912,00	0,80%	1.287	43.243,20	0,67%	1.273	42.772,80	0,58%
Grupo Psicologia - Consultas	33,6	59	1.982,40	0,03%	60	2.016,00	0,03%	21	705,60	0,01%
Psiquiatria HD - Consultas	33,6	175	5.880,00	0,09%	39	1.310,40	0,02%	27	907,20	0,01%
Neurologia - 9 de Julho	33,6									
Terapia Ocupacional		766	1.953,30	0,03%	21	53,55	0,00%	369	940,95	0,01%
Psicologia/9 de Julho										
Consultas	33,6									
Diagnose e Terapia										
Neurofisiologia - Diagnose/Terapia	63	206	12.978,00	0,20%	168	10.584,00	0,16%	186	11.718,00	0,16%
Laboratório			50.853,60	0,78%		42.436,80	0,66%		48.006,00	0,65%
Líquido Cefalorraqueano	126	316	39.816,00	0,61%	270	34.020,00	0,53%	301	37.926,00	0,52%
Neurologia Aplicada	50,4	219	11.037,60	0,17%	167	8.416,80	0,13%	200	10.080,00	0,14%
TOTAL GERAL		7.305	260.694,30	4,02%	5.332	210.985,95	3,26%	6.535	244.339,35	3,33%

FONTE: elaborado pelo autor

NOTA METODOLÓGICA (2): Operacionalmente, procedeu-se da seguinte forma: a partir do relatório de faturamento, fornecido pelo HCFMRP- USP (Anexo C):

- passo 1: no Excel®, criou-se uma coluna para valores da tabela FAEPA (**Valores \$**), entre as colunas procedimentos (Disciplina) e quantidades (Nº);
- passo 2: os Valores Unitários da tabela FAEPA foram cuidadosamente transcritos, nesta nova coluna, nas correspondentes linhas dos procedimentos;
- passo 3: realizou-se a multiplicação entre os valores da coluna Valores \$ (tabela FAEPA) pelas colunas das quantidades (Nº), para cada período (mês).

**APÊNDICE C - Exemplo do Faturamento a valores de Mercado – FAEPA (Ambulatório e Internação) do Departamento de Neurologia -
4º Trimestre de 2005**

Quadro 5.6 – Exemplo do Faturamento a valores de Mercado – FAEPA (Ambulatório e Internação) do Dep. de Neurologia - 4º Trim. de 2005 (Continuação)

AMBULATÓRIO - UE		OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
DISCIPLINA	Valores \$	Nº	RECEITA		Nº	RECEITA		Nº	RECEITA	
			R\$	%		R\$	%		R\$	%
Neurologia			9.475,20	0,15%		9.878,40	0,15%		9.744,00	0,13%
Neurologia - Consultas	33,6	282	9.475,20	0,15%	294	9.878,40	0,15%	290	9.744,00	0,13%
Procedimentos e Cirurgias										
Psiquiatria - Consultas	33,6	206	6.921,60	0,11%	204	6.854,40	0,11%	211	7.089,60	0,10%
Neurofisiologia-Diag./Terapia	63	49	3.087,00	0,05%	47	2.961,00	0,05%	51	3.213,00	0,04%
Laboratório										
Líquido Cefalorraqueano	126									
TOTAL GERAL		537	19.483,80	0,30%	545	19.693,80	0,30%	552	20.046,60	0,27%

FONTE: elaborado pelo autor

APÊNDICE C - Exemplo do Faturamento a valores de Mercado – FAEPA (Ambulatório e Internação) do Departamento de Neurologia - 4º Trimestre de 2005

Quadro 5.6 – Exemplo do Faturamento a valores de Mercado – FAEPA (Ambulatório e Internação) do Dep. de Neurologia - 4º Trim. de 2005 (Continuação)

INTERNAÇÃO - CAMPUS DISCIPLINA	Valores \$	OUTUBRO		NOVEMBRO		DEZEMBRO	
		Nº	RECEITA R\$ %	Nº	RECEITA R\$ %	Nº	RECEITA R\$ %
Neurologia (CIREP) (NOTA 2)	22.574	3	67.723,07 0,98%	4	90.297,43 1,12%	4	90.297,43 1,22%
Psiquiatria	726	38	27.588,00 0,43%	44	31.944,00 0,49%	62	45.012,00 0,61%
TOTAL		109	91.062,00 1,41%	125	104.358,00 1,61%	162	134.412,00 1,83%
INTERNAÇÃO - UE DISCIPLINA	Valores \$	OUTUBRO		NOVEMBRO		DEZEMBRO	
		Nº	RECEITA R\$ %	Nº	RECEITA R\$ %	Nº	RECEITA R\$ %
Neurologia	894	74	66.156,00 1,02%	87	77.778,00 1,20%	88	78.672,00 1,07%
Psiquiatria	726	87	63.162,00 0,97%	87	63.162,00 0,98%	75	54.450,00 0,74%
TOTAL		161	129.318,00 2,00%	174	140.940,00 2,18%	163	133.122,00 1,81%

FONTE: elaborado pelo autor

NOTA METODOLÓGICA (1): Para encontrar os valor da receita das cirurgias do CIREP, por exemplo, multiplicou-se o valor em CH (valor taxa, encontrado na NOTA METODOLÓGICA (3)) pelas respectivas quantidades. Esta metodologia é concernente a do SUS – proporcionalidade (conforme página 73). Desta forma, replicou-se está metodologia para todos os procedimentos (de todos os departamentos) do HCFMRP-USP, para os anos de 2003 a 2005. Assim, encontrou-se o valor da Receita Econômica (FAEPA), apresentada na tabela 5.3 – página 78.

NOTA METODOLÓGICA (2): Existe uma forte simplificação nesta metodologia: evidentemente, cada procedimento, em especial os mais complexos (internações, cirurgias), é único, inclusive em termos de custos, que são a base de cálculo para a formação do preço. Optou-se pelo protocolo mínimo dos procedimentos; ou seja, os valores de mercado estão estimados conforme o mínimo preconizado pela Organização Mundial da Saúde: mínimo de tempo de permanência no quarto, medicamentos, etc. Entretanto, esta “simplificação operacional” não invalida o modelo, haja visto que o HCFMRP-USP pode refinar o tratamento dos dados – convertendo cada serviço (procedimento), quando executado, a valor de mercado (FAEPA). Assim, a instituição teria valores reais da Receita Econômica, e não estimados, para o cálculo do VEC e VEAS.

APÊNDICE D

Exemplo de formação de preço do hospital baseado nos valores da FAEPA

Tabela 5.11 – Exemplo de formação de preço do hospital baseado nos valores da FAEPA (R\$)

Formação de Preço da FAEPA				
CIREP- Cirurgia para Epilepsia (Neurocirurgia)				
Centro Cirúrgico				
Gasoterapia				42,00
Materiais				1.768,46
Medicamentos				1.232,09
Exames Laboratoriais				89,10
Honorários Médicos				
Neurocirurgião				1.980,00
Auxiliar -1				594,00
Auxiliar -2				396,00
Anestesista				726,00
Taxa de Sala de Centro Cirúrgico				688,00
Taxa de Uso de Equipamentos	Custo unit. (\$)	Unid Cons	Total (\$)	
Aspirador Ultrassonico	100,00	1,00	100,00	
Bomba de Infusão -dia	40,00	3,00	120,00	
Vídeo Cirúrgico	150,00	1,00	150,00	
Total				370,00
Seção de Enfermagem	Custo unit. (\$)	Unid Cons	Total (\$)	
CTI	390,00	1,00	390,00	
Plantões	99,00	1,00	99,00	
Serviços - curativo médio	21,00	1,00	21,00	
Serviços - curativo pequeno	12,00	2,00	24,00	
Exames Laboratoriais			130,52	
Materiais			33,25	
Medicamentos			398,81	
Total				1.096,58
Unidade de Internação	Custo unit. (\$)	Unid Cons	Total (\$)	
Diárias - Apto <i>Standard</i>	200,00	2,00	400,00	400,00
Seção de Enfermagem	Custo unit. (\$)	Unid Cons	Total (\$)	
Plantões	99,00	1,00	99,00	99,00
Total Geral				9.481,23

FONTE: elaborada pelo autor

NOTA METODOLÓGICA (3): Para encontrar o Coeficiente de Honorários (CH) para cirurgias, internações e outros procedimentos complexos, dividiu-se o Valor Geral – segundo o protocolo mínimo, pelo valor de CH utilizado pela FAEPA, no caso \$ 0,42 (quarenta e dois centavos): Neste exemplo, tem-se para uma cirurgia “standard” de Epilepsia o valor de 22.574 CHs, encontrado pela divisão de \$9.481,23 por \$0,42.

APÊNDICE E - Inferências estatísticas sobre Receita SUS versus Mercado

(1) Teste de normalidade

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		DIFERENC
N		36
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	10467911
	Std. Deviation	2589230,5
Most Extreme Differences	Absolute	,107
	Positive	,107
	Negative	-,079
Kolmogorov-Smirnov Z		,644
Asymp. Sig. (2-tailed)		,801

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

(2) Teste de diferenças de médias (amostras emparelhadas, ou seja, dependentes)

H_0 : O valor médio da Receita SUS (μ_1) é igual ao valor médio da Receita Mercado (μ_2) ou $H_0: \mu_1 = \mu_2$

H_1 : O valor médio da Receita SUS (μ_1) não é igual ao valor médio da Receita Mercado (μ_2) ou $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	SUS - Mercado	-1,0E+07	2589230,593	431538,4	-1,1E+07	-9591842	-24,257	35	,000

APÊNDICE F - Inferências estatísticas sobre VECP versus VEAS

(1) Teste de normalidade

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		dif
N		36
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	2691250
	Std. Deviation	431898,9
Most Extreme Differences	Absolute	,137
	Positive	,117
	Negative	-,137
Kolmogorov-Smirnov Z		,820
Asymp. Sig. (2-tailed)		,512

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

(2) Teste de diferenças de médias (amostras emparelhadas, ou seja, dependentes)

H_0 : O valor médio do VECP (μ_1) é igual ao valor médio da VEAS (μ_2) ou $H_0: \mu_1 = \mu_2$

H_1 : O valor médio da VECP (μ_1) não é igual ao valor médio da VEAS (μ_2) ou $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	VECP - VEAS	-2691249	431898,89312	71983,15	-2837383	-2545116	-37,387	35	,000

APÊNDICE G - Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto (VECP) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO)

Tabela 5.12 – Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) para o ano de 2003 (R\$)

Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (2003)	Cirurgia e Anatomia	Ortopedia	Clínica Médica	Ginecologia e Obstetrícia	Pediatria	Neurologia	Oftalmologia	Genética (outros deptos)	Outros deptos (Lab Espec)	Total
Receita Econômica	53.074.132,26	7.442.702,40	29.988.825,59	12.755.516,32	7.860.988,72	6.290.864,40	20.441.996,60	46.440.276,75	2.601.321,60	186.896.624,64
(-) Custos Operacionais	(36.151.431,80)	(5.667.527,94)	(27.852.811,54)	(9.661.425,98)	(10.599.313,89)	(4.718.808,26)	(9.073.413,88)	(23.319.098,32)	(8.672.654,70)	(135.716.486,31)
(-) Despesas Operacionais	(1.218.888,49)	(191.087,44)	(939.090,65)	(325.746,46)	(357.368,47)	(159.100,23)	(305.920,93)	(786.231,12)	(292.408,86)	(4.575.842,64)
(=) Resultado Econômico Operacional (1)	15.703.811,97	1.584.087,02	1.196.923,40	2.768.343,88	(3.095.693,64)	1.412.955,91	11.062.661,79	22.334.947,31	(6.363.741,96)	46.604.295,68
Ressarcimentos do SUS (União)	19.493.607,62	2.733.631,51	11.014.601,16	4.684.975,89	2.887.263,97	2.310.572,72	7.508.144,62	17.057.057,63	955.439,88	68.645.295,00
(+) Subvenções para Custeio (Governo do Estado e Autarquia)	31.826.825,39	4.989.551,26	24.520.925,60	8.505.680,20	9.331.373,50	4.154.321,95	7.988.008,91	20.529.556,74	7.635.190,45	119.481.434,00
(=) Investimento Total (SUS + Orçamento) feito pelo governo na entidade no período	51.320.433,01	7.723.182,77	35.535.526,77	13.190.656,09	12.218.637,46	6.464.894,67	15.496.153,53	37.586.614,37	8.590.630,33	188.126.729,00
(x) Taxa Selic	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%
(=) Custo de oportunidade do capital do Estado (2)	12.119.320,26	1.823.829,61	8.391.714,65	3.114.973,44	2.885.431,24	1.526.684,88	3.659.416,66	8.876.078,98	2.028.677,35	44.426.127,05
Resultado Econômico Operacional (1)	15.703.811,97	1.584.087,02	1.196.923,40	2.768.343,88	(3.095.693,64)	1.412.955,91	11.062.661,79	22.334.947,31	(6.363.741,96)	46.604.295,68
(-) Custo de oportunidade do capital do Estado (2)	(12.119.320,26)	(1.823.829,61)	(8.391.714,65)	(3.114.973,44)	(2.885.431,24)	(1.526.684,88)	(3.659.416,66)	(8.876.078,98)	(2.028.677,35)	(44.426.127,05)
(=) Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP)	3.584.491,71	(239.742,59)	(7.194.791,24)	(346.629,56)	(5.981.124,88)	(113.728,97)	7.403.245,13	13.458.868,33	(8.392.419,31)	2.178.168,63

FONTE: elaborada pelo autor

APÊNDICE G - Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto (VECP) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO)

Tabela 5.13 – Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) para o ano de 2004 (R\$)

Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (2004)	Cirurgia e Anatomia	Ortopedia	Clínica Médica	Ginecologia e Obstetrícia	Pediatria	Neurologia	Oftalmologia	Genética (outros depts)	Outros depts (Lab Espec)	Total
Receita Econômica	52.669.153,92	6.725.356,60	7.177.813,72	13.157.798,14	7.824.585,06	5.994.980,80	19.609.663,80	46.695.416,80	2.494.778,80	162.349.547,64
(-) Custos Operacionais	(36.673.047,40)	(5.446.187,44)	(18.823.756,36)	(9.928.076,82)	(10.386.145,71)	(4.658.158,27)	(9.284.969,50)	(24.490.806,41)	(8.269.705,47)	(127.960.853,38)
(-) Despesas Operacionais	(1.771.644,32)	(219.611,71)	(1.064.709,69)	(427.411,10)	(459.760,57)	(200.792,53)	(410.273,00)	(1.065.764,36)	(385.060,14)	(6.005.027,42)
(=) Resultado Econômico Operacional (1)	14.224.462,20	1.059.557,45	(12.710.652,33)	2.802.310,22	(3.021.321,22)	1.136.030,00	9.914.421,30	21.138.846,03	(6.159.986,81)	28.383.666,84
Ressarcimentos do SUS (União)	19.912.388,26	2.792.358,04	11.251.227,54	4.785.623,10	2.949.290,98	2.360.210,69	7.669.441,89	17.423.493,93	975.965,57	70.120.000,00
(+) Subvenções para Custeio (Governo do Estado e Autarquia)	38.046.059,52	5.964.552,29	29.312.524,37	10.167.762,92	11.154.803,76	4.966.112,02	9.548.934,23	24.541.207,87	9.127.172,02	142.829.129,00
(=) Investimento Total (SUS + Orçamento) feito pelo governo na entidade no período	57.958.447,78	8.756.910,33	40.563.751,91	14.953.386,02	14.104.094,74	7.326.322,71	17.218.376,12	41.964.701,80	10.103.137,59	212.949.129,00
(x) Taxa Selic	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%
(=) Custo de oportunidade do capital do Estado (2)	9.385.887,63	1.418.108,65	6.568.961,59	2.421.576,26	2.284.040,61	1.186.436,91	2.788.372,53	6.795.833,75	1.636.118,94	34.485.336,87
Resultado Econômico Operacional (1)	14.224.462,20	1.059.557,45	(12.710.652,33)	2.802.310,22	(3.021.321,22)	1.136.030,00	9.914.421,30	21.138.846,03	(6.159.986,81)	28.383.666,84
(-) Custo de oportunidade do capital do Estado (2)	(9.385.887,63)	(1.418.108,65)	(6.568.961,59)	(2.421.576,26)	(2.284.040,61)	(1.186.436,91)	(2.788.372,53)	(6.795.833,75)	(1.636.118,94)	(34.485.336,87)
(=) Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP)	4.838.574,57	(358.551,20)	(19.279.613,92)	380.733,96	(5.305.361,83)	(50.406,91)	7.126.048,78	14.343.012,28	(7.796.105,75)	(6.101.670,02)

FONTE: elaborada pelo autor

APÊNDICE G - Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto (VECP) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO)

Tabela 5.14 – Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) para o ano de 2005 (R\$)

Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (2005)	Cirurgia e Anatomia	Ortopedia	Clínica Médica	Ginecologia e Obstetria	Pediatria	Neurologia	Oftalmologia	Genética (outros depts)	Outros depts (Lab Espec)	Total
Receita Econômica	80.675.849,72	3.934.194,87	37.168.670,95	12.479.733,47	6.708.303,40	5.645.970,30	23.388.720,80	52.253.035,59	3.007.518,77	225.261.997,87
(-) Custos Operacionais	(48.563.547,71)	(4.894.038,68)	(33.207.118,65)	(10.364.478,04)	(11.515.820,96)	(4.876.523,39)	(10.255.317,95)	(26.175.851,13)	(10.181.210,67)	(160.033.907,18)
(-) Despesas Operacionais	(3.259.339,73)	(572.509,51)	(3.275.397,72)	(971.192,48)	(1.495.385,18)	(470.081,72)	(318.832,92)	(1.246.794,03)	(1.492.105,94)	(13.101.639,23)
(=) Resultado Econômico Operacional (1)	28.852.962,27	(1.532.353,32)	686.154,59	1.144.062,95	(6.302.902,74)	299.365,19	12.814.569,93	24.830.390,42	(8.665.797,84)	52.126.451,45
Ressarcimentos do SUS (União)	25.257.051,60	3.541.851,95	14.271.157,78	6.070.127,20	3.740.907,09	2.993.712,38	9.727.988,78	22.100.115,75	1.237.923,47	88.940.836,00
(+) Subvenções para Custeio (Governo do Estado e Autarquia)	44.193.321,35	6.928.270,09	34.048.672,20	11.810.611,14	12.957.132,31	5.768.507,62	11.091.795,69	28.506.434,02	10.601.887,59	165.906.632,00
(=) Investimento Total (SUS + Orçamento) feito pelo governo na entidade no período	69.450.372,95	10.470.122,03	48.319.829,98	17.880.738,34	16.698.039,40	8.762.220,00	20.819.784,46	50.606.549,77	11.839.811,05	254.847.468,00
(x) Taxa Selic	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%
(=) Custo de oportunidade do capital do Estado (2)	13.275.438,79	2.001.363,83	9.236.335,50	3.417.903,13	3.191.830,23	1.674.898,35	3.979.701,80	9.673.441,99	2.263.179,88	48.714.093,51
Resultado Econômico Operacional (1)	28.852.962,27	(1.532.353,32)	686.154,59	1.144.062,95	(6.302.902,74)	299.365,19	12.814.569,93	24.830.390,42	(8.665.797,84)	52.126.451,45
(-) Custo de oportunidade do capital do Estado (2)	(13.275.438,79)	(2.001.363,83)	(9.236.335,50)	(3.417.903,13)	(3.191.830,23)	(1.674.898,35)	(3.979.701,80)	(9.673.441,99)	(2.263.179,88)	(48.714.093,51)
(=) Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP)	15.577.523,48	(3.533.717,15)	(8.550.180,91)	(2.273.840,19)	(9.494.732,97)	(1.375.533,16)	8.834.868,13	15.156.948,44	(10.928.977,72)	3.412.357,94

FONTE: elaborada pelo autor

APÊNDICE H - Cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) pelos departamentos do HCFMRP-USP (SEGMENTADO)

Tabela 5.15 – Cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) para o ano de 2003 (R\$)

Valor Econômico Agregado para a Sociedade (2003)	Cirurgia e Anatomia	Ortopedia	Clínica Médica	Ginecologia e Obstetrícia	Pediatria	Neurologia	Oftalmologia	Genética (outros depts)	Outros depts (Lab Espec)	Total
Receita Econômica	53.074.132,26	7.442.702,40	29.988.825,59	12.755.516,32	7.860.988,72	6.290.864,40	20.441.996,60	46.440.276,75	2.601.321,60	186.896.624,64
(-) Custos Operacionais	(36.151.431,80)	(5.667.527,94)	(27.852.811,54)	(9.661.425,98)	(10.599.313,89)	(4.718.808,26)	(9.073.413,88)	(23.319.098,32)	(8.672.654,70)	(135.716.486,31)
(-) Despesas Operacionais	(1.218.888,49)	(191.087,44)	(939.090,65)	(325.746,46)	(357.368,47)	(159.100,23)	(305.920,93)	(786.231,12)	(292.408,86)	(4.575.842,64)
(=) Resultado Econômico Operacional (1)	15.703.811,97	1.584.087,02	1.196.923,40	2.768.343,88	(3.095.693,64)	1.412.955,91	11.062.661,79	22.334.947,31	(6.363.741,96)	46.604.295,68
(=) Investimento Total (Passivo +PS) feito pelo governo na entidade no período	9.458.523,74	1.661.408,52	9.505.123,61	2.818.376,68	4.339.571,01	1.364.165,60	925.245,29	3.618.165,62	4.330.054,73	38.020.634,79
(x) Taxa Selic	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%	23,62%
(=) Custo de oportunidade para a Sociedade – LP (3)	2.233.630,38	392.341,62	2.244.634,94	665.559,65	1.024.789,69	322.147,71	218.496,68	854.429,81	1.022.542,42	8.978.572,91
Resultado Econômico Operacional (1)	15.703.811,97	1.584.087,02	1.196.923,40	2.768.343,88	(3.095.693,64)	1.412.955,91	11.062.661,79	22.334.947,31	(6.363.741,96)	46.604.295,68
(-) Custo de oportunidade para a Sociedade – LP (3)	(2.233.630,38)	(392.341,62)	(2.244.634,94)	(665.559,65)	(1.024.789,69)	(322.147,71)	(218.496,68)	(854.429,81)	(1.022.542,42)	(8.978.572,91)
(=) Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS)	13.470.181,59	1.191.745,39	(1.047.711,54)	2.102.784,23	(4.120.483,33)	1.090.808,21	10.844.165,11	21.480.517,50	(7.386.284,38)	37.625.722,78

FONTE: elaborada pelo autor

**APÊNDICE H - Cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) pelos departamentos do HCFMRP-USP
(SEGMENTADO)**

Tabela 5.16 – Cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) para o ano de 2004 (R\$)

Valor Econômico Agregado para a Sociedade (2004)	Cirurgia e Anatomia	Ortopedia	Clínica Médica	Ginecologia e Obstetria	Pediatria	Neurologia	Oftalmologia	Genética (outros depts)	Outros depts (Lab Espec)	Total
Receita Econômica	52.669.153,92	6.725.356,60	7.177.813,72	13.157.798,14	7.824.585,06	5.994.980,80	19.609.663,80	46.695.416,80	2.492.685,95	162.347.454,79
(-) Custos Operacionais	(36.673.047,40)	(5.446.187,44)	(18.823.756,36)	(9.928.076,82)	(10.386.145,71)	(4.658.158,27)	(9.284.969,50)	(24.490.806,41)	(8.269.705,47)	(127.960.853,38)
(-) Despesas Operacionais	(1.771.644,32)	(219.611,71)	(1.064.709,69)	(427.411,10)	(459.760,57)	(200.792,53)	(410.273,00)	(1.065.764,36)	(385.060,14)	(6.005.027,42)
(=) Resultado Econômico Operacional (1)	14.224.462,20	1.059.557,45	(12.710.652,33)	2.802.310,22	(3.021.321,22)	1.136.030,00	9.914.421,30	21.138.846,03	(6.162.079,66)	28.381.573,99
(=) Investimento Total (Passivo +PS) feito pelo governo na entidade no período	12.495.521,70	2.194.863,26	12.557.084,13	3.723.317,50	5.732.945,78	1.802.179,84	1.222.328,44	4.779.907,34	5.720.373,95	50.228.521,96
(x) Taxa Selic	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%	16,19%
(=) Custo de oportunidade para a Sociedade – LP (3)	2.023.024,96	355.348,36	2.032.991,92	602.805,10	928.163,92	291.772,92	197.894,98	773.867,00	926.128,54	8.131.997,71
Resultado Econômico Operacional (1)	14.224.462,20	1.059.557,45	(12.710.652,33)	2.802.310,22	(3.021.321,22)	1.136.030,00	9.914.421,30	21.138.846,03	(6.162.079,66)	28.381.573,99
(-) Custo de oportunidade para a Sociedade – LP (3)	(2.023.024,96)	(355.348,36)	(2.032.991,92)	(602.805,10)	(928.163,92)	(291.772,92)	(197.894,98)	(773.867,00)	(926.128,54)	(8.131.997,71)
(=) Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS)	12.201.437,24	704.209,09	(14.743.644,25)	2.199.505,11	(3.949.485,14)	844.257,08	9.716.526,33	20.364.979,03	(7.088.208,20)	20.249.576,29

FONTE: elaborada pelo autor

**APÊNDICE H - Cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) pelos departamentos do HCFMRP-USP
(SEGMENTADO)**

Tabela 5.17 – Cálculo do Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) para o ano de 2005 (R\$)

Valor Econômico Agregado para a Sociedade (2005)	Cirurgia e Anatomia	Ortopedia	Clínica Médica	Ginecologia e Obstetrícia	Pediatria	Neurologia	Oftalmologia	Genética (outros depts)	Outros depts (Lab Espec)	Total
Receita Econômica	80.675.849,72	3.934.194,87	37.172.235,67	12.479.733,47	6.708.303,40	5.645.970,30	23.388.720,80	52.253.035,59	3.007.518,77	225.265.562,59
(-) Custos Operacionais	(48.563.547,71)	(4.894.038,68)	(33.207.118,65)	(10.364.478,04)	(11.515.820,96)	(4.876.523,39)	(10.255.317,95)	(26.175.851,13)	(10.181.210,67)	(160.033.907,18)
(-) Despesas Operacionais	(3.259.339,73)	(572.509,51)	(3.275.397,72)	(971.192,48)	(1.495.385,18)	(470.081,72)	(318.832,92)	(1.246.794,03)	(1.492.105,94)	(13.101.639,23)
(=) Resultado Econômico Operacional (1)	28.852.962,27	(1.532.353,32)	689.719,31	1.144.062,95	(6.302.902,74)	299.365,19	12.814.569,93	24.830.390,42	(8.665.797,84)	52.130.016,17
(=) Investimento Total (Passivo +PS) feito pelo governo na entidade no período	17.736.141,49	3.115.388,56	17.823.523,19	5.284.876,27	8.137.342,31	2.558.013,78	1.734.972,80	6.784.599,71	8.119.497,86	71.294.355,96
(x) Taxa Selic	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%	19,12%
(=) Custo de oportunidade para a Sociedade – LP (3)	3.391.150,25	595.662,29	3.407.857,63	1.010.468,34	1.555.859,85	489.092,23	331.726,80	1.297.215,46	1.552.447,99	13.631.480,86
Resultado Econômico Operacional (1)	28.852.962,27	(1.532.353,32)	689.719,31	1.144.062,95	(6.302.902,74)	299.365,19	12.814.569,93	24.830.390,42	(8.665.797,84)	52.130.016,17
(-) Custo de oportunidade para a Sociedade – LP (3)	(3.391.150,25)	(595.662,29)	(3.407.857,63)	(1.010.468,34)	(1.555.859,85)	(489.092,23)	(331.726,80)	(1.297.215,46)	(1.552.447,99)	(13.631.480,86)
(=) Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS)	25.461.812,02	(2.128.015,62)	(2.718.138,33)	133.594,61	(7.858.762,59)	(189.727,04)	12.482.843,13	23.533.174,96	(10.218.245,83)	38.498.535,31

FONTE: elaborada pelo autor

APÊNDICE I – Resultados da aplicação da DEA nos departamentos do HCFMRP-USP

Quadro 5.7 – Resumo dos resultados da aplicação da DEA nos departamentos do HCFMRP-USP

Cirurgia e Anatomia										
Anos		2003			2004			2005		
Outputs x Inputs		Outputs			Outputs			Outputs		
		Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias
Inputs	Receita	EF	INEF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF
	Leitos	INEF	EF	INEF	INEF	EF	EF	INEF	EF	EF
	Médicos	EF	EF	EF	INEF	EF	EF	EF	EF	EF
Ortopedia										
Anos		2003			2004			2005		
Outputs x Inputs		Outputs			Outputs			Outputs		
		Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias
Inputs	Receita	INEF	INEF	EF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF	EF
	Leitos	EF	INEF	EF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF
	Médicos	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF
Clínica Médica										
Anos		2003			2004			2005		
Outputs x Inputs		Outputs			Outputs			Outputs		
		Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias
Inputs	Receita	INEF	EF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF
	Leitos	INEF	EF	EF	INEF	EF	EF	INEF	INEF	EF
	Médicos	EF	INEF	EF	EF	INEF	EF	EF	INEF	EF
Ginecologia e Obstetrícia										
Anos		2003			2004			2005		
Outputs x Inputs		Outputs			Outputs			Outputs		
		Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias
Inputs	Receita	EF	INEF	INEF	EF	INEF	EF	INEF	INEF	INEF
	Leitos	INEF	EF	INEF	INEF	EF	EF	INEF	EF	EF
	Médicos	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF

FONTE: Elaborado pelo autor.

APÊNDICE I – Resultados da aplicação da DEA nos departamentos do HCFMRP-USP

Quadro 5.7 – Resumo dos resultados da aplicação da DEA nos departamentos do HCFMRP-USP

(continuação)

Pediatria										
Anos		2003			2004			2005		
Outputs x Inputs		Outputs			Outputs			Outputs		
		Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias
Inputs	Receita	EF	INEF	INEF	EF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF
	Leitos	INEF	INEF	INEF	INEF	EF	INEF	INEF	INEF	INEF
	Médicos	EF	INEF	INEF	EF	INEF	INEF	EF	INEF	INEF
Neurologia										
Anos		2003			2004			2005		
Outputs x Inputs		Outputs			Outputs			Outputs		
		Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias
Inputs	Receita	INEF	INEF	EF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF
	Leitos	INEF	EF	EF	INEF	INEF	EF	INEF	EF	INEF
	Médicos	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF
Oftalmologia										
Anos		2003			2004			2005		
Outputs x Inputs		Outputs			Outputs			Outputs		
		Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias
Inputs	Receita	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF
	Leitos	INEF	EF	EF	INEF	EF	EF	INEF	EF	EF
	Médicos	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF
Genética (outros departamentos)										
Anos		2003			2004			2005		
Outputs x Inputs		Outputs			Outputs			Outputs		
		Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias
Inputs	Receita	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF
	Leitos	INEF	INEF	EF	INEF	EF	EF	INEF	INEF	EF
	Médicos	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF
Outros departamentos (laboratórios especializados)										
Anos		2003			2004			2005		
Outputs x Inputs		Outputs			Outputs			Outputs		
		Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias	Consultas e Exames	Internações	Cirurgias
Inputs	Receita	EF	INEF	INEF	EF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF
	Leitos	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF	INEF
	Médicos	EF	INEF	INEF	EF	INEF	INEF	EF	INEF	INEF

FONTE: Elaborado pelo autor.

APÊNDICE J - Teste não paramétrico de Mann Whitney para os anos de 2003, 2004 e 2005.

(1) Relação entre as categorias INEF (1) e EF (2) e o VECP para os anos de 2003, 2004 e 2005.

Ano de 2003

Test Statistics^b

	VECP
Mann-Whitney U	19,000
Wilcoxon W	92,000
Z	-5,238
Asymp. Sig. (2-tailed)	,041
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,040 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: EF_INEF

Ano de 2004

Test Statistics^b

	VECP
Mann-Whitney U	14,000
Wilcoxon W	98,000
Z	-4,450
Asymp. Sig. (2-tailed)	,055
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,056 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: EF_INEF

Ano de 2005

Test Statistics^b

	VECP
Mann-Whitney U	9,000
Wilcoxon W	80,000
Z	-3,601
Asymp. Sig. (2-tailed)	,043
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,041 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: EF_INEF

APÊNDICE J - Teste não paramétrico de Mann Whitney para os anos de 2003, 2004 e 2005.

(2) Relação entre as categorias INEF (1) e EF (2) e o VEAS para os anos de 2003, 2004 e 2005.

Ano de 2003

Test Statistics^b

	VEAS
Mann-Whitney U	4,000
Wilcoxon W	123,000
Z	-4,148
Asymp. Sig. (2-tailed)	,042
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,040 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: EF_INEF

Ano de 2004

Test Statistics^b

	VEAS
Mann-Whitney U	6,000
Wilcoxon W	72,000
Z	-3,575
Asymp. Sig. (2-tailed)	,040
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,039 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: EF_INEF

Ano de 2005

Test Statistics^b

	VEAS
Mann-Whitney U	7,000
Wilcoxon W	92,000
Z	-3,131
Asymp. Sig. (2-tailed)	,040
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,040 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: EF_INEF

APÊNDICE K - Teste não paramétrico de Mann Whitney para o período fechado (2003 a 2005)

(1) Relação entre as categorias INEF (1) e EF (2) e o VECP para o período (2003 a 2005).

Test Statistics^b

	VECP
Mann-Whitney U	12,000
Wilcoxon W	90,000
Z	-3,806
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: EF_INEF

Ranks

	EF_INEF	N	Mean Rank	Sum of Ranks
VECP	1,00	12	7,50	90,00
	2,00	15	19,20	288,00
	Total	27		

(2) Relação entre as categorias INEF (1) e EF (2) e o VEAS para o período (2003 a 2005).

Test Statistics^b

	VEAS
Mann-Whitney U	5,000
Wilcoxon W	83,000
Z	-4,148
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: EF_INEF

Ranks

	EF_INEF	N	Mean Rank	Sum of Ranks
VEAS	1,00	12	6,92	83,00
	2,00	15	19,67	295,00
	Total	27		

ANEXOS

ANEXO A - Organograma do Hospital das Clínicas da FMRP-USP

ANEXO B - Relatórios contábeis publicados pela entidade (2003 a 2005)

ANEXO C - Relatório de Faturamento SUS (Ambulatório e Internação) do Departamento de Neurologia (Exemplo - 4º Trimestre de 2005)

ANEXO D - Resumo do Faturamento SUS (Ambulatório e Internação) de 2001 a 2005

ANEXO E - Resumo do Relatório de Custos de 2003 a 2005

ANEXO F - Tabela de Preços para Convênios (FAEPA)

ANEXO A

Organograma do Hospital das Clínicas da FMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Figura 5.1 – Organograma do Hospital das Clínicas da FMRP-USP

FONTE: Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

ANEXO B

Relatórios contábeis publicados pela entidade (2003)

ESTADO DE SÃO PAULO
CONTADORIA GERAL DO ESTADO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CONTAS DO EXERCÍCIO FINANCEIRO DE 2003
BALANÇO PATRIMONIAL

ATIVO			PASSIVO		
<u>ATIVO FINANCEIRO</u>			<u>PASSIVO FINANCEIRO</u>		
DISPONÍVEL			DÍVIDA FLUTUANTE		
DISPONÍVEL EM MOEDA NACIONAL			Restos a Pagar		
Caixa			Pessoal a Pagar		
Bancos c/Movimento			Serv. da Dívida a Pagar		
Aplicações Financeiras			Depósitos		16.332.595,04
Recursos Vinculados			OUTROS CREDORES		
Bancos c/Mov - Setoriais e Subsetoriais			Outros Depósitos		
DISPONÍVEL NO EXTERIOR			Obrigações de Curto prazo		
			Credores Entidades e Agentes		
			Valores Pendentes		10.419.166,12
			26.751.761,16		
DEPÓSITOS REALIZÁVEIS			559.204,46		
			590.375,80		
<u>ATIVO PERMANENTE</u>			<u>PASSIVO PERMANENTE</u>		
BENS MÓVEIS - ANEXO Nº 14-B			DÍVIDA FUNDADA INTERNA		
BENS IMÓVEIS - ANEXO Nº 14-B			Em Títulos - Anexo nº 16		
CRÉDITOS - ANEXO Nº 14-B			Por Contratos - Anexo nº 14-B		1.912.820,95
VALORES - ANEXO Nº 14-B			DÍVIDA FUNDADA EXTERNA		
DEPRECIAÇÕES, AMORTIZAÇÕES, EXAUSTÕES			Por Contratos - Anexo nº 14-B		0,00
ANEXO Nº 14-B			DIVERSOS		
DIFERIDO - ANEXO Nº 14-B			Outras Obrigações do Estado		
			Anexo nº 14-B		5.994.331,34
			RESULTADO DE EXERCÍCIOS FUTUROS		
			Receitas de Exercícios Futuros - Anexo nº 14-B		0,00
					7.907.152,29
SOMA DO ATIVO REAL LÍQUIDO			SOMA DO PASSIVO REAL		
			64.467.975,32		
			34.658.913,45		
			<u>PATRIMONIO LÍQUIDO</u>		
			Passivo Real Líquido		29.809.061,87
			Reservas		0,00
					29.809.061,87
<u>ATIVO COMPENSADO</u>			<u>PASSIVO COMPENSADO</u>		
RESPONSABILIDADE POR TÍTULOS E VALORES			RESPONSABILIDADE POR TÍTULOS E VALORES		
De Terceiros			DIREITOS E OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS		
<u>DIREITOS E OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS</u>			304.420,63		304.420,63
De Terceiros					
			304.420,63		304.420,63
TOTAL			TOTAL		
			64.772.395,95		
			64.772.395,95		

MARIA BORDIGNON
Chefe da Seção de Contabilidade Financeira
Contadora CRC 1SP098582/0-6
R. F. Nº 2807

SILVIA MARIA CEDRINHO
Diretora da Divisão de Finanças
Contadora CRC 1SP105671/0-4
R. F. Nº 9793

Prof. Dr. MILTON ROBERTO LAPREGA
Superintendente
R. F. Nº 10.673

Relatórios contábeis publicados pela entidade (2004)

ESTADO DE SÃO PAULO
CONTADORIA GERAL DO ESTADO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CONTAS DO EXERCÍCIO FINANCEIRO DE 2004
BALANÇO PATRIMONIAL

ATIVO			PASSIVO		
<u>ATIVO FINANCEIRO</u>			<u>PASSIVO FINANCEIRO</u>		
DISPONÍVEL			DÍVIDA FLUTUANTE		
DISPONÍVEL EM MOEDA NACIONAL			Restos a Pagar		
Caixa			Pessoal a Pagar		
Bancos c/Movimento			Serv. da Dívida a Pagar		
Aplicações Financeiras			Depósitos		18.667.693,62
Recursos Vinculados			OUTROS CREDORES		
Bancos c/Mov - Setoriais e Subsetoriais			Outros Depósitos		
DISPONÍVEL NO EXTERIOR		29.565,85	Obrigações de Curto prazo		
DEPÓSITOS REALIZÁVEIS		<u>559.204,46</u>	Credores Entidades e Agentes		
		588.770,31	Valores Pendentes		<u>22.238.409,41</u>
					40.906.103,03
<u>ATIVO PERMANENTE</u>			<u>PASSIVO PERMANENTE</u>		
BENS MÓVEIS - ANEXO Nº 14-B		56.511.740,99	DÍVIDA FUNDADA INTERNA		
BENS IMÓVEIS - ANEXO Nº 14-B		16.112.498,08	Em Títulos - Anexo nº 16		
CRÉDITOS - ANEXO Nº 14-B		0,00	Por Contratos - Anexo nº 14-B		1.770.807,03
VALORES - ANEXO Nº 14-B		0,00	DÍVIDA FUNDADA EXTERNA		
DEPRECIAÇÕES, AMORTIZAÇÕES, EXAUSTÕES			Por Contratos - Anexo nº 14-B		0,00
ANEXO Nº 14-B		0,00	DIVERSOS		
DIFERIDO - ANEXO Nº 14-B		<u>0,00</u>	Outras Obrigações do Estado		
		<u>72.624.239,07</u>	Anexo nº 14-B		18.648.653,06
			RESULTADO DE EXERCÍCIOS FUTUROS		
			Receitas de Exercícios Futuros - Anexo nº 14-B		<u>0,00</u>
					<u>20.419.460,09</u>
SOMA DO ATIVO REAL LÍQUIDO		73.213.009,38	SOMA DO PASSIVO REAL		61.325.563,12
			<u>PATRIMONIO LÍQUIDO</u>		
			Passivo Real Líquido		11.887.446,26
			Reservas		0,00
					11.887.446,26
<u>ATIVO COMPENSADO</u>			<u>PASSIVO COMPENSADO</u>		
RESPONSABILIDADE POR TÍTULOS E VALORES			RESPONSABILIDADE POR TÍTULOS E VALORES		
De Terceiros					
<u>DIREITOS E OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS</u>			DIREITOS E OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS		
De Terceiros					
		1.312.602,11			1.312.602,11
		<u>1.312.602,11</u>			<u>1.312.602,11</u>
TOTAL		74.525.611,49	TOTAL		74.525.611,49

MARIA BORDIGNON
Chefe da Seção de Contabilidade Financeira
Contadora CRC 1SP098582/0-6
R. F. Nº 2807

SILVIA MARIA CEDRINHO
Diretora da Divisão de Finanças
Contadora CRC 1SP105671/0-4
R. F. Nº 9793

Prof. Dr. MILTON ROBERTO LAPREGA
Superintendente
R. F. Nº 10.673

Relatórios contábeis publicados pela entidade (2005)

ESTADO DE SÃO PAULO
CONTADORIA GERAL DO ESTADO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CONTAS DO EXERCÍCIO FINANCEIRO DE 2005
BALANÇO PATRIMONIAL

ATIVO			PASSIVO		
<u>ATIVO FINANCEIRO</u>			<u>PASSIVO FINANCEIRO</u>		
DISPONÍVEL			DÍVIDA FLUTUANTE		
DISPONÍVEL EM MOEDA NACIONAL			Restos a Pagar		
Caixa			Pessoal a Pagar		
Bancos c/Movimento			Serv. da Dívida a Pagar		
Aplicações Financeiras			Depósitos		
Recursos Vinculados			OUTROS CREDORES		
Bancos c/Mov - Setoriais e Subsetoriais			Outros Depósitos		
DISPONÍVEL NO EXTERIOR			Obrigações de Curto prazo		
	46.097,60		Credores Entidades e Agentes		
			Valores Pendentes		
DEPÓSITOS REALIZÁVEIS	559.204,46	605.302,06		22.868.673,10	
				4.062.853,14	26.931.526,24
<u>ATIVO PERMANENTE</u>			<u>PASSIVO PERMANENTE</u>		
BENS MÓVEIS - ANEXO Nº 14-B			DÍVIDA FUNDADA INTERNA		
BENS IMÓVEIS - ANEXO Nº 14-B			Em Títulos - Anexo nº 16		
CRÉDITOS - ANEXO Nº 14-B			Por Contratos - Anexo nº 14-B		
VALORES - ANEXO Nº 14-B			DÍVIDA FUNDADA EXTERNA		
DEPRECIAÇÕES, AMORTIZAÇÕES, EXAUSTÕES			Por Contratos - Anexo nº 14-B		
ANEXO Nº 14-B			DIVERSOS		
DIFERIDO - ANEXO Nº 14-B			Outras Obrigações do Estado		
	0,00		Anexo nº 14-B		
	0,00		RESULTADO DE EXERCÍCIOS FUTUROS		
	0,00		Receitas de Exercícios Futuros - Anexo nº 14-B		
	0,00	94.178.308,34		34.145.385,62	
				0,00	35.307.972,37
SOMA DO ATIVO REAL LÍQUIDO		94.783.610,40	SOMA DO PASSIVO REAL		62.239.498,61
			PATRIMONIO LÍQUIDO		
			Passivo Real Líquido	32.544.111,79	
			Reservas	0,00	32.544.111,79
<u>ATIVO COMPENSADO</u>			<u>PASSIVO COMPENSADO</u>		
RESPONSABILIDADE POR TÍTULOS E VALORES			RESPONSABILIDADE POR TÍTULOS E VALORES		
De Terceiros			DIREITOS E OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS		
<u>DIREITOS E OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS</u>			DIREITOS E OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS		
De Terceiros					
	3.442.271,80	3.442.271,80		3.442.271,80	3.442.271,80
TOTAL		98.225.882,20	TOTAL		98.225.882,20

MARIA BORDIGNON
Chefe da Seção de Contabilidade Financeira
Contadora CRC 1SP098582/0-6
R. F. Nº 2807

SILVIA MARIA CEDRINHO
Diretora da Divisão de Finanças
Contadora CRC 1SP105671/0-4
R. F. Nº 9793

Prof. Dr. MILTON ROBERTO LAPREGA
Superintendente
R. F. Nº 10.673

ANEXO C - Relatório de Faturamento SUS (Ambulatório e Internação) do Departamento de Neurologia (Exemplo)
(4º Trimestre de 2005)

AMBULATÓRIO - CAMPUS

DISCIPLINA	OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
	Nº	RECEITA		Nº	RECEITA		Nº	RECEITA	
		R\$	%		R\$	%		R\$	%
Neurologia		24.239,09	0,37%		18.882,55	0,29%		24.311,00	0,33%
<i>Consultas</i>	3.193	24.107,15	0,37%	2.501	18.882,55	0,29%	3.220	24.311,00	0,33%
<i>Biópsia - Proc. e Cirurgias</i>	9	131,94	0,00%						
<i>Psiquiatria - Consultas</i>	809	6.107,95	0,09%	809	6.107,95	0,09%	918	6.930,90	0,09%
<i>Grupo Psiquiatria - Consultas</i>	8	44,72	0,00%	10	55,90	0,00%	20	111,80	0,00%
<i>Psicologia/Campus - Consultas</i>	1.545	3.949,44	0,06%	1.287	3.293,82	0,05%	1.273	3.255,27	0,04%
<i>Grupo Psicologia - Consultas</i>	59	329,81	0,01%	60	335,40	0,01%	21	117,39	0,00%
<i>Terapia Ocupacional</i>	766	1.953,30	0,03%	21	53,55	0,00%	369	940,95	0,01%
Psicologia/9 de Julho									
<i>Consultas</i>									
<i>Diagnose e Terapia</i>									
<i>Neurofisiologia - Diagnose/Terapia</i>	206	3.681,05	0,06%	168	3.044,13	0,05%	186	3.383,99	0,05%
Laboratório		4.860,18	0,07%		4.005,22	0,06%		4.463,69	0,06%
<i>Líquido Cefalorraqueano</i>	316	578,77	0,01%	270	496,50	0,01%	301	553,72	0,01%
<i>Neurologia Aplicada</i>	219	4.281,41	0,07%	167	3.508,72	0,05%	200	3.909,97	0,05%
TOTAL GERAL	7.305	46.486,79	0,72%	5.332	36.072,97	0,56%	6.535	43.718,84	0,60%

FONTE: Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) do HCFMRP-USP

ANEXO C - Relatório de Faturamento SUS (Ambulatório e Internação) do Departamento de Neurologia (continuação do exemplo)
(4º Trimestre de 2005)

AMBULATÓRIO - UNIDADE DE EMERGÊNCIA

DISCIPLINA	OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
	Nº	RECEITA		Nº	RECEITA		Nº	RECEITA	
		R\$	%		R\$	%		R\$	%
Neurologia		2.301,12	0,04%		2.399,04	0,04%		2.366,40	0,03%
<i>Neurologia - Consultas</i>	282	2.301,12	0,04%	294	2.399,04	0,04%	290	2.366,40	0,03%
<i>Procedimentos e Cirurgias</i>									
<i>Psiquiatria - Consultas</i>	206	1.540,71	0,02%	204	1.552,44	0,02%	211	1.514,19	0,02%
<i>Neurofisiologia-Diag./Terapia</i>	49	627,19	0,01%	47	588,96	0,01%	51	634,32	0,01%
Laboratório									
<i>Líquido Cefalorraqueano</i>									
TOTAL GERAL	537	4.469,02	0,07%	545	4.540,44	0,07%	552	4.514,91	0,06%

FONTE: Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) do HCFMRP-USP

ANEXO C - Relatório de Faturamento SUS (Ambulatório e Internação) do Departamento de Neurologia (continuação do exemplo)
(4º Trimestre de 2005)

INTERNAÇÃO - CAMPUS DISCIPLINA	OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
	Nº	RECEITA		Nº	RECEITA		Nº	RECEITA	
		R\$	%		R\$	%		R\$	%
<i>Neurologia</i>	3	18.408,11	0,28%	4	21.313,71	0,33%	4	33.096,14	0,45%
<i>Psiquiatria</i>	38	28.520,43	0,44%	44	27.087,29	0,42%	62	34.800,13	0,47%
TOTAL	109	46.928,54	0,72%	125	48.401,00	0,75%	162	67.896,27	0,93%
INTERNAÇÃO - UE DISCIPLINA	OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
	Nº	RECEITA		Nº	RECEITA		Nº	RECEITA	
		R\$	%		R\$	%		R\$	%
<i>Neurologia</i>	74	33.108,42	0,51%	87	37.073,99	0,57%	88	39.905,34	0,54%
<i>Psiquiatria</i>	87	5.168,47	0,08%	87	5.328,08	0,08%	75	4.934,10	0,07%
TOTAL	161	38.276,89	0,59%	174	42.402,07	0,66%	163	44.839,44	0,61%

FONTE: Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) do HCFMRP-USP

ANEXO D

Resumo do Faturamento SUS (Ambulatório e Internação) de 2001 a 2005

MÊS	FATURAMENTO TOTAL (AMBULATÓRIO E INTERNAÇÃO)				
	2001	2002	2003	2004	2005
JANEIRO	3.231.084,90	3.476.619,70	4.095.169,64	4.879.893,43	5.165.184,09
FEVEREIRO	3.217.628,85	3.865.918,88	4.345.235,60	5.027.645,89	5.112.644,59
MARÇO	3.415.749,46	4.172.365,77	4.590.740,31	9.533.152,04	5.834.411,60
ABRIL	3.491.273,92	4.586.621,28	4.626.828,91	5.447.148,53	6.004.302,51
MAIO	3.792.840,90	4.393.150,17	4.839.447,89	4.579.305,56	6.014.464,70
JUNHO	3.892.068,89	4.395.937,42	4.417.968,44	4.705.376,87	6.384.359,42
JULHO	3.888.028,24	4.637.975,83	4.761.943,03	5.408.671,69	6.553.184,39
AGOSTO	4.166.147,32	4.748.355,07	4.939.042,84	5.673.748,04	6.772.340,76
SETEMBRO	3.795.898,48	4.471.854,50	4.948.601,84	5.234.671,63	6.355.814,96
OUTUBRO	4.470.401,81	4.533.894,46	5.222.821,27	5.561.482,50	6.480.378,00
NOVEMBRO	4.267.097,96	4.701.238,70	5.035.701,29	5.634.405,10	6.473.459,89
DEZEMBRO	3.807.046,71	4.393.997,10	4.748.972,75	4.916.244,13	7.338.595,88
TOTAL	45.435.267,44	52.377.928,88	56.572.473,81	66.601.745,41	74.489.140,79

FONTE: Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) do HCFMRP-USP

ANEXO E

Resumo do Relatório de Custos de 2003 a 2005

ANUAL	2003	2004	2005
ITENS DE DESPESAS	TOTAL GERAL	TOTAL GERAL	TOTAL GERAL
PESSOAL E SEUS ENCARGOS	34.911.492,30	36.722.581,58	43.402.126,95
CONSUMO DE MATERIAIS	30.504.012,95	27.519.916,28	33.156.113,34
SERVIÇO DE TERCEIROS	1.484.733,39	940.891,19	1.102.187,49
DESPESAS GERAIS	4.628.572,86	4.685.657,05	4.628.572,86
RATEIOS C. DE CUSTO DE APOIO	33.169.829,04	27.938.571,69	29.671.206,08
RATEIOS C. DE CUSTO DE PRODUÇÃO	403.755,00	487.699,13	498.568,46
EXAMES LAB./ DIAGNÓSTICOS	28.800.332,60	28.038.835,18	45.761.373,83
DEPRECIAÇÃO DE BENS	1.813.758,17	1.626.701,28	1.813.758,17
TOTAL GERAL =>	135.716.486,31	127.960.853,38	160.033.907,18
Valor da Adm. Geral - Despesas	4.575.842,64	6.005.027,42	13.101.639,23
TOTAL COM ADMINISTRAÇÃO =>	140.292.328,95	133.965.880,80	173.135.546,41

FONTE: Seção de Custos da Assessoria Técnica do HCFMRP-USP

ANEXO F

Tabela de Preços para Convênios (FAEPA)

Fundação de Apoio ao Ensino,
Pesquisa e Assistência do Hospital
das Clínicas da FMRPUSP

TABELA DE PREÇOS PARA CONVÊNIOS TAXAS HOSPITALARES

ESPECIFICAÇÃO	VALOR R\$
DIÁRIAS	
APARTAMENTOS LUXO - 1 LEITO - (Acompanhante, Leito c/ controle remoto, TV a cabo, Telef., Frigobar e Ar Condic.)	280,00
APARTAMENTO PADRÃO - 1 LEITO - (Acompanhante, TV, Telefone, Ar Condicionado)	240,00
APARTAMENTO STANDARD 2 LEITOS - (Sem direito acompanhante, TV, Telefone, Ar Condicionado)	180,00
APARTAMENTO - UNIDADE DE QUEIMADOS	330,00
BERÇÁRIO (RN DESACOMPANHADO DA MÃE)	110,00
C.T.I / C T I PEDIÁTRICA	450,00
ISOLAMENTO	450,00
HOSPITAL DIA (PSQUIATRIA)	130,00
HOSPITAL DIA (UETDI)	130,00
RECUPERAÇÃO ATÉ 4 HORAS	60,00
RECUPERAÇÃO HORAS ADICIONAIS	+ 50%
OBS.: Não estão incluídos no preço da diária: 1 - Refeições de acompanhantes. 2- Hemoderivados, medicamentos, materiais descartáveis. 3- Oxigênio, ar comprimido e outros gases 4- Dietas enterais (específicas) e parenterais, leites especiais, 5- Honorários médicos.	

ANEXO F: Tabela de Preços para Convênios (FAEPA) – continuação

TAXA DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO OBSTÉTRICO	
CIRURGIA PORTE 1	184,80
CIRURGIA PORTE 2	309,50
CIRURGIA PORTE 3	409,20
CIRURGIA PORTE 4	551,10
CIRURGIA CARDIACA (Correspondente Porte Anestésico 6 e 7 da Tabela AMB 92)	1.950,00
CIRURGIA PORTE 9 (AMBULATORIAL)	88,00
TAXA DE SALA PARA PEQUENOS PROCEDIMENTOS / GESSO / SUTURA	70,00
TAXA DE SALA PARA QUIMIOTERAPIA / RADIOTERAPIA	83,00
TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO até 6 horas	52,00
TAXA DE SALA DE CONSULTORIO	10,00
<p>OBS.: Não estão incluídos no preço da Taxa de Sala:</p> <p>1 - Taxas de utilização de Equipamentos relacionados nesta tabela;</p> <p>2- Hemoderivados, medicamentos, materiais descartáveis;</p> <p>3- Oxigênio, ar comprimido e outros gases</p>	

ANEXO F: Tabela de Preços para Convênios (FAEPA) – continuação

TAXAS DE SERVIÇOS	
AEROSOL SIMPLES/ POR SESSÃO - Excluído Medicação	8,40
APLICAÇÃO DE INJEÇÃO - ENDOVENOSA - Ambulatorial	5,00
APLICAÇÃO DE INJEÇÃO - INTRAMUSCULAR - Ambulatorial	5,00
APLICAÇÃO DE SORO - Ambulatorial	7,50
ASPIRAÇÃO - Ambulatorial	5,00
CATETER SWAN-GANZ - Instalação	144,00
CATETER UMBILICAL - Instalação	66,00
CURATIVO GRANDE	40,00
CURATIVO MÉDIO	30,00
CURATIVO PEQUENO	15,00
CURATIVO QUEIMADOS - PORTE I	35,00
CURATIVO QUEIMADOS - PORTE II	45,00
CURATIVO QUEIMADOS - PORTE III	60,00
CURATIVO UMBILICAL / VAGINAL	10,00
OBS: Medicamentos, materiais de consumo, descartáveis e gases serão cobrados à parte	

ANEXO F: Tabela de Preços para Convênios (FAEPA) – continuação

TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS	
APARELHO PARA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA COM TV e CONGELAMENTO DE IMAGEM (Rx em arco)	396,00
APARELHOS DE VÍDEO - Taxa de uso em cirurgia	242,00
APARELHOS DE Vídeo - Taxa de uso em Diagnóstico	198,00
ASPIRADOR ULTRASSONICO	145,20
BOMBA DE CIRCULÇÃO EXTRA-CORPÓREA - SESSÃO	74,80
BOMBA DE INFUSÃO - Dia	60,70
BRONCOFIBROSCÓPIO - Inclui Taxa de Sala + Tx Equipamento	190,00
COLCHÃO DE AR/ÁGUA - Dia ou Fração	15,00
COLONOSCÓPIO - Taxa Equipamento	149,60
COLPOSCÓPIO - Taxa Equipamento	39,60
DESFIBRILADOR - por aplicação fora do Centro Cirurgico e UTI	143,00
FACOEMULSIFICADOR - Uso	61,00
FACOFRAGMENTADOR - Uso	31,90
GASTROFIBROSCÓPIO - Taxa Equipamento	190,00
HEMODINÂMICA (CATETERISMO/ANGIOPLASTIA/ELETRORFISIOLOGIA) - Inclui Taxa de Sala + Tx Equipamento	939,00
LASER - por sessão	108,50
LITOTRIPSIA - Taxa de uso - Por Sessão	300,00
LITOTRIPSIA - Taxa de uso - Por Sessão Adicional	150,00
MICROSCOPIO CIRURGICO	150,00
MONITOR MODULAR	96,00
RETOSCÓPIO - Taxa Equipamento	39,60
RETOSSIGMOIDOSCOPIA - Inclui Taxa de Sala + Taxa Equipamento	189,20

ANEXO F: Tabela de Preços para Convênios (FAEPA) – continuação

GASOTERAPIA	
AR COMPRIMIDO (POR HORA OU FRAÇÃO)	9,00
INALAÇÃO/POR SESSÃO (EXCLUIDO MEDICAÇÃO)	9,50
NEBULIZAÇÃO/POR SESSÃO (EXCLUÍDO MEDICAÇÃO)	13,00
NITROGÊNIO (POR HORA)	10,00
OXIGÊNIO (POR HORA OU FRAÇÃO)	16,00
ÓXIDO NITRICO (POR HORA OU FRAÇÃO)	60,00
PROTÓXIDO DE AZOTO (POR HORA OU FRAÇÃO)	28,00
VÁCUO	8,50

OUTROS EXAMES E PROCEDIMENTOS

- **EXAMES/PROCEDIMENTOS:** LISTA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS DA AMB DE 1992
- **HEMOTERAPIA:** 2 (Duas) VEZES A LISTA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS DA AMB DE 1992
- **MEDICAMENTOS:** PREÇO DO BRASÍNDICE AO CONSUMIDOR
- **MATERIAIS:** PREÇO DE MERCADO MAIS 30% DE TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO
- **FILME RADIOGRÁFICOS:** R\$ 21,70 m²

HONORÁRIOS MÉDICOS:

- **CONSULTA :** R\$ 60,00 (Sessenta reais) + Taxa de sala de Consultório
- **AValiação de PSICOLOGIA / FOAUDIOLOGIA / TERAPIA OCUPACIONAL:** R\$ 50,00 (Cinquenta reais) + Taxa de sala de Consultório
- **EXAMES/PROCEDIMENTOS:** LISTA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS DA AMB DE 1992
- **INTERNAÇÃO APARTAMENTO LUXO:** 2 (Duas) VEZES A LISTA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMB 1992
- **INTERNAÇÃO APARTAMENTO PADRÃO:** 2 (Duas) VEZES A LISTA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMB 1992
- **INTERNAÇÃO APARTAMENTO STANDARD:** LISTA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMB 1992
- **C.H. = R\$ 0,42 (quarenta e dois centavos de reais)**

Ribeirão Preto, 09 de março de 2006

Prof. Dr. JAIR LÍCIO FERREIRA SANTOS