

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

599 350101

**ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA DO HOSPITAL PARQUE BELÉM**

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 855
Fone: (51) 316-3840 - Fax: (51) 316-3991
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

Couito B

DAIANE CARVALHO PINHEIRO

Daiane

ORIENTADOR: JOÃO CARLOS QUADRADO FRANCO E MARIA CECI MISOCZKY

PORTO ALEGRE, AGOSTO DE 2002.

RESUMO

A análise da sustentabilidade do serviço de emergência do Hospital Parque Belém foi realizada através de levantamento de dados junto ao mesmo. A partir de então foi possível fazer a constatação dos custos diretos desta emergência, assim como quantificar as receitas percebidas com os atendimentos e procedimentos. Indo além, está aqui exposto o projeto de reestruturação da emergência deste Hospital, que será o futuro Pronto Socorro da zona sul de Porto Alegre, com incentivos do governo federal, estadual e municipal.

SUMÁRIO

Introdução.....	5
Identificação do problema.....	7
Objetivos.....	8
Metodologia	9
Referencial Teórico.....	10
1. Custos Hospitalares – Conceito.....	10
2. Classificação dos Custos Hospitalares.....	10
2.1. Classificação Natural dos Custos Hospitalares.....	10
2.2. Classificação dos Custos em Variáveis, Semivariáveis e Fixos.....	11
2.2.1. Custos Hospitalares Variáveis.....	12
2.2.2. Custos Hospitalares Semivariáveis.....	13
2.2.3. Custos Hospitalares Fixos.....	13
2.3. Classificação em Diretos e Indiretos.....	13
2.3.1. Custos Hospitalares Diretos.....	13
2.3.2. Custos Hospitalares Indiretos.....	15
2.3.2.1. Índice para cálculo de Custos Indiretos Hospitalares.....	16
3. Plano de Contas.....	17
4. Unidade de Custos.....	18
5. Sistemas de Custos Hospitalares.....	18
5.1. Custos Hospitalares Reais.....	19
5.2. Custos Hospitalares Estimados.....	19
6. Método de Acumulação de Custos Hospitalares.....	19
7. Determinação de Custos Hospitalares.....	20
8. Gestão de Materiais Médicos e Medicamentos.....	22
8.1. Métodos para Determinar Custos Hospitalares com Relação ao Consumo.....	25
8.1.1. Método do Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair (PEPS).....	25
8.1.2. Método do Último a Entrar, Primeiro a Sair (UEPS).....	25
9. Levantamento dos Custos da Emergência do Hospital Parque Belém.....	30

10. Avaliação da qualificação profissional do quadro funcional da Emergência do Hospital Parque Belém.....	33
Conclusão.....	35
Expectativas da nova Emergência do Hospital Parque Belém.....	35
Bibliografia.....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Bases de aplicação de custos.....	27
Quadro 2: Custos Diretos.....	28
Quadro 3: Custos Indiretos.....	29
Quadro 4: Relação de serviços prestados pela emergência no mês de julho de 2001.....	30
Quadro 5: Relação de receitas geradas a partir da emergência no Mês de Julho de 2001....	30
Quadro 6: Relação de serviços prestados pela emergência no mês de Outubro de 2001.....	31
Quadro 7: Serviços Gerados a partir da emergência para o Hospital em Outubro de 2001..	31
Quadro 8: Consultas realizadas por convênios em Julho de 2001.....	32
Quadro 9: Consultas realizadas por convênios em Outubro de 2001.....	32

INTRODUÇÃO

O presente estudo visa a obtenção do Título de Especialista em Gestão em Saúde pela Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Durante cinco meses, analisamos a sustentabilidade do serviço de emergência de um Hospital privado que atende basicamente paciente do SUS – Sistema Único de Saúde. Foi usada como base de análise a emergência do Hospital Parque Belém, hospital filantrópico situado na zona sul de Porto Alegre.

O Hospital Parque Belém atendeu, em média, nos dois meses analisados, 1.508 pacientes mensalmente na sua emergência, sendo todos atendimentos SUS, a quantidade de atendimentos dos outros convênios foi inexpressiva, onde se destacou o convênio IPE.

Portanto, o estudo realizado nesta emergência analisou, com base no número de atendimentos realizados nos meses de julho e outubro de 2001, a produção durante este período. Para tanto, foi levantado, dentro do faturamento do Hospital, custos gerados dentro da emergência considerando o número de atendimentos (Gastos com materiais, recursos humanos, equipamentos, etc...), bem como as receitas adquiridas com os atendimentos e procedimentos ali realizados.

Vale salientar que o serviço da Emergência do Hospital Parque Belém está passando por uma transformação física através de recursos recebidos do REFORSUS, acompanhados de recursos provenientes do Estado do Rio Grande do Sul e do Município de Porto Alegre. O principal objetivo desta NOVA EMERGÊNCIA do Hospital Parque Belém é a sua transformação em um Pronto Socorro voltado para o atendimento da população da Zona Sul de Porto Alegre – PS Zona Sul.

O PROBLEMA

Verificação da sustentabilidade do Serviço de Emergência do Hospital Parque Belém, tendo em vista o atendimento quase exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar a sustentabilidade do Serviço de Emergência do Hospital Parque Belém.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o serviço de emergência do Hospital como um todo.
- b) Discriminar a demanda diária de atendimentos, segundo tipo de usuário, tipo de consulta e procedimentos realizados (SUS ou não).
- c) Sistematizar os custos e as despesas efetuadas no Setor.
- d) Verificar a receita percebida por consulta e por procedimento realizado no Setor.
- e) Analisar a qualificação, experiência e capacidade técnica dos profissionais que atendem neste Setor.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado através de coletas de dados em fontes primárias no Hospital Parque Belém, entrevistas com funcionários do Setor de faturamento e da Direção, pesquisa bibliográfica e observação do funcionamento do Setor.

Os custos e as receitas do Hospital Parque Belém apresentadas, referem-se aos meses de julho e outubro do ano de 2001, sendo portanto verificadas respectivamente, num mês de inverno e num mês de primavera pela diferença dos atendimentos nestes meses, uma vez que, aqui no Sul, no inverno, há um aumento da demanda nos hospitais, característica do Estado do RS.

Exploração de Campo

Coleta de dados no Setor de Faturamento do Hospital Parque Belém através de consulta de formulários(dados primários) e entrevista com funcionários do Setor onde foram levantadas informações para a análise da realidade de atendimentos, procedimentos, receitas percebidas, custos, entre outras.

Observação qualitativa do atendimento prestados pelos funcionários do Setor e observação da realização de procedimentos.

Pesquisa junto aos funcionários que trabalham na Emergência quanto a sua capacidade técnica, experiência na área: entrevistas individuais a respeito de especializações, cursos e treinamentos.

Entrevista com a direção para levantar os objetivos do novo Serviço de Emergência da Zona Sul de Porto Alegre.

Leitura de bibliografia sobre custos.

REFERENCIAL TEÓRICO

1.CUSTOS HOSPITALARES - Conceito

“custos hospitalares são gastos relativos a materiais e serviços utilizados na produção médica do Hospital.”(Martins,2000, p.23)

“Custo-oportunidade seria justamente o valor dos recursos “perdidos” por sua alocação em um outro projeto alternativo” (Falk, 2001, p.32)

“Custo econômico pode ser definido como a quantidade de dinheiro necessária ou requerida para obter o uso de dado recurso” (Falk, 2001, p.32)

Tem-se como custo hospitalar todo o consumo dentro do Hospital que possibilita o seu funcionamento como prestador de serviços seja eles atendimentos ou procedimentos.

2.Classificação dos Custos Hospitalares

2.1.Classificação Natural dos Custos Hospitalares

A classificação natural dos custos hospitalares se faz com a relação de materiais e serviços utilizados, que devem ser agrupados de acordo com uma série de elementos, como salários, materiais, serviços, depreciação, impostos, etc...

Num hospital, o custo total resulta da adição de todos os gastos, incluindo os custos de produção médica, as despesas administrativas, financeiras, tributárias, comerciais, incluindo a folha de pagamento.

Na parte contábil, a parte dos custos da produção médica de pacientes que não receberam alta deve ser considerada no período em que as altas ocorrerem. Assim, o custo total do período corresponde àquele relacionado com pacientes que tiverem alta no mesmo.

A soma dos custos da produção médica com as despesas operacionais correspondem ao custo de produzir e disponibilizar os serviços do hospital.

2.2. Classificação dos Custos em variáveis, semivariáveis e Fixos

Os custos hospitalares são, de acordo com Domingos Martins (2000), classificados em variáveis, semivariáveis e fixos.

A classificação dos custos indiretos de acordo com a variabilidade da atividade (paciente) do hospital tem o propósito de estabelecer um padrão de variabilidade para cada item do custo indireto. Essa classificação deve considerar algumas suposições a respeito das instalações do hospital, preços praticados e nível de tecnologia médica existente. Uma vez realizada a classificação, o custo pode permanecer nessa categoria por determinado período. Ao mudar as condições básicas, instalação hospitalar, preços praticados, tecnologia médica, os itens dos custos indiretos devem ser reclassificados. Como somente os custos indiretos hospitalares totais mudam com os níveis de atividades/pacientes, o custo indireto por paciente é relativamente constante. O custo indireto hospitalar fixo é constante aos diversos níveis de atividade/pacientes e variável de modo decrescente por pacientes, isto é, o aumento da atividade causa decréscimo no custo indireto hospitalar fixo por paciente. O conhecimento do efeito dos custos indiretos fixos e variáveis é importante em qualquer estudo dos custos indiretos hospitalares.

Um exame dos custos indiretos fixos ou variáveis dos hospitais mostra a dificuldade de separar os custos indiretos em fixos ou variáveis. Alguns itens são classificados como semivariáveis, pois são fixos e variáveis simultaneamente. Deve-se determinar a porção fixa do custo indiretos e o grau de mudança da parte variável. Existem diversos métodos disponíveis para descobrir a parte fixa e o grau de variabilidade da parte variável. Esses procedimentos determinam a relação entre aumentos no número de pacientes atendidos e o aumento nos custos indiretos totais e individuais. Por exemplo, quando se espera que o

nível de atividade aumente 15 %, é possível determinar o aumento correspondente do custo indireto.

“...custos diretos nem sempre são variáveis, assim como os indiretos muitas vezes não são fixos. Existem inclusive autores modernos que afirmam que no longo prazo todos os custos acabam sendo variáveis...permite...constatar que não é possível estabelecer um vínculo linear entre eles.” Beulke(1997).

2.2.1.Custos Hospitalares variáveis

São aqueles que variam na proporção e no tipo de atendimentos. Os atendimentos se diversificam conforme as enfermidades e as características de cada caso, modificando a medicação utilizada nos procedimentos, assim como os próprios procedimentos.

Os custos variáveis podem ser considerados como aqueles valores que se modificam em face ao volume de atividade: aumentando quando este cresce; contraindo-se quando a atendimento é reduzido. Entre os exemplos característicos dessa categoria incluem-se: medicamentos e materiais médicos hospitalares. Beulke(1997)

2.2.2.Custos Hospitalares Semivariáveis

São aqueles custos que variam em proporções diferentes em relação ao volume de produção médica, pode variar pelo volume e demanda de demais serviços.

2.2.3.Custos Hospitalares Fixos

São fixos ao longo da produção médica, são variáveis e decrescentes unitariamente. A alta administração é que gerencia estes custos. Não tem relação direta com o atendimento, se referindo à infra-estrutura do hospital.

Obviamente, como o trabalho se baseia num departamento específico: a Emergência do Hospital, os custos serão analisados de acordo com o custo/paciente, sendo a emergência um departamento produtivo do hospital, uma vez que propicia por si só custos por atendimentos e procedimentos. Nesse hospital há uma particularidade: todo paciente que será internado passa pela Emergência, o que aumenta em grande número os atendimentos no Setor.

Entende-se como Departamento produtivo aquele que atua diretamente na prestação do serviço. O conceito de departamentização, segundo Jr, 1999, é a divisão da empresa em áreas distintas, de acordo com as atividades desenvolvidas em cada uma dessas áreas. Dependendo da nomenclatura utilizada nas empresas, essas áreas poderão ser chamadas de departamentos, setores, centros de custos ou centros de despesas. Departamentos produtivos são geradores de receita (Ex.: emergência, UTI, centro cirúrgico, laboratório). Enquanto os Departamentos de apoio são aqueles que, por exclusão, não geram receita, (ex.: nutrição, limpeza, manutenção).

O sistema de custos hospitalares deve refletir a forma dos procedimentos médicos, métodos da produção médica e a maneira com que os itens de custo são consumidos. Cada sistema de custos deve ser aperfeiçoado de forma que calcule os custos totais dos serviços e os custos por ordem de serviço médico/prontuário. Deve também, proporcionar um meio de avaliar estoques de materiais médicos, medicamentos e outros itens, ajude a eliminar desperdícios e auxilie na preparação do preço de venda. Custo-Padrão são os custos diretos e indiretos predeterminados do hospital, utilizados para fixar preços.

2.3. Classificação dos Custos em diretos e Indiretos

Segundo, Gottardo : De uma maneira geral, as estruturas de custo que revelam forte predominância dos gastos diretos (acima de 60% ou 70 %) sugerem a utilização de sistemáticas com princípios de custeio direto ou variável. Já com predominância dos custos indiretos (acima de 40 % ou 50 %), é mais conveniente o uso de sistemáticas de custeio total ou parcial (Vasconcelos, 1996).

Os custos diretos são essencialmente os itens mensurados com exatidão para cada setor ou centro de custo, tais como: pessoal,

medicamentos e materiais consumidos, depreciação e despesa gerais.(2001, p. 98)

Os custos indiretos são custos comuns a diversos procedimentos e serviços, não podem ser mensurados individualmente por item de serviços e tendem a apresentar maior complexidade de cálculo, ex. energia elétrica, água, seguros e custos administrativos em geral.

2.3.1 Custos Diretos Hospitalares

Os custos diretos hospitalares estão diretamente vinculados a conta do paciente através de sua quantidade física de acordo com o consumo. Portanto são informações relativas ao prontuário do paciente de consumo em cada setor, ou no período de internação, por exemplo. Neste estudo relacionaremos os custos diretos relativos a materiais e medicações consumidas pelos pacientes na Emergência tendo como base documentos internos de retirada da Farmácia do Hospital para a Emergência.

Já Beulke(1997) menciona como exemplos de custos diretos

“o consumo de medicamentos ou órtese, prótese, etc. por conta;

O consumo de materiais médico-hospitalares por conta/paciente/procedimento;

O consumo de gêneros alimentícios aplicados na elaboração das refeições separadamente: café, almoço, lanche, jantar, ou pratos à la carte;

O filme usado na realização de um exame radiológico;

O valor de comissões médicas vinculado a cada exame, quando for o caso;

A formação de custos financeiros relativos à concessão de prazos a convênios...”

“...os custos diretos caracterizam-se, pois, pela possibilidade de sua especificação por serviço prestado.”

2.3.2.Custos Indiretos Hospitalares

Os custos indiretos hospitalares compõem-se dos gastos com energia elétrica, água, telefone, seguros, depreciação, manutenção, aluguéis, impostos e taxas, materiais de limpeza, lavanderia, expediente, manutenção: para que as OSM (Ordem de Serviços Médicos) recebam uma parcela adequada dos custos indiretos da produção médica, algumas

características devem ser estudadas. A relação de cada item do custo indireto com o procedimento médico ou grupos de procedimentos médicos. O volume de cada procedimento médico ou volume do grupo de procedimentos médicos. A tendência de alguns itens dos custos indiretos hospitalares de variar com o volume de produção médica.

Para Beulke(1997), os custos indiretos apresentam as seguintes condições:

“são custos comuns a diversos procedimentos e serviços;
não podem ser mensurados individualmente por item de serviço prestado;
tendem a apresentar maior complexidade de cálculo, impondo uma série de processamentos paralelos.”

Diferentemente dos custos diretos hospitalares, como materiais médicos e medicamentos, os custos indiretos não aparecem em requisições, ou em qualquer outro documento, indicando o custo indireto utilizado na OSM. Entretanto, constituem-se em uma parte significativa do custo por paciente. Uma taxa de custos indiretos hospitalares, predeterminados adequadamente, permitirá apropriação justa à OSM, e, com isso, posterga-se o uso do custo indireto real para determinação do custo/paciente.

2.3.2.2. Índice de cálculo de Custos Indiretos Hospitalares

A maioria dos itens dos custos hospitalares, tanto os diretos como os indiretos, não é apropriada às OSM, direta ou indiretamente, resultando em um custo por paciente bastante irreal. Somente uns poucos itens, como materiais médicos e medicamentos, taxas, exames, são debitados às OSM por meio de requisições. Por exemplo, os custos indiretos aplicáveis a uma OSM podem ser determinados grosseiramente pela divisão dos custos indiretos hospitalares reais do mês, pelas diárias do mês e esse índice, multiplicado pelas diárias de cada OSM. Com isso, os custos por paciente são conhecidos somente após o fechamento contábil do

mês, evidenciando a importância do uso de taxas predeterminadas para os custos indiretos.(Martins, 1997).

O cálculo do índice de custo indireto hospitalar pode variar de hospital para hospital, assim como de departamento para departamento, para calculá-los faz-se necessário estimar os custos indiretos hospitalares totais; classificar cada item dos custos indiretos hospitalares em fixos ou variáveis; estimar o número de pacientes atendidos.

A base selecionada deverá estar relacionada com o propósito do custo indireto hospitalar que está sendo apropriado. Poderá ser apresentada por porcentagem ou valores monetários. Normalmente se usa como base a **quantificação de pacientes e número dos materiais médicos e medicamentos**. Quanto ao número de pacientes, há que se atentar a uniformidade dos procedimentos médicos para a viabilidade do índice. Divide-se então, o valor total do custo indireto hospitalar pelo número de pacientes atendidos.

Quanto aos custos dos materiais médicos e medicamentos segue-se o mesmo raciocínio da divisão acima, ou seja, divide-se o valor total do custo indireto hospitalar pelo custo total dos materiais médicos e medicamentos. Porém, há que haver uma correlação entre os custos indiretos hospitalares e os custos de materiais médicos e medicamentos para aplicabilidade deste índice. Há que se ter o cuidado com relação à disparidade de valores de materiais/medicamentos de contas hospitalares diferentes, o que propicia distorção ao índice com determinação ao custo /paciente.

Há também um índice muito utilizado pelos hospitais, a **permanência** do paciente que corresponde ao número de dias que os pacientes permanecem internados, onde se divide o valor total do custo indireto hospitalar pela média de dias que os pacientes permanecem no hospital. Não nos aprofundaremos neste índice por não ser ele relacionado ao nosso caso.

3.Plano de Contas

De acordo com Domingos Martins, “o plano de contas deve ser o mais simples possível e permitir análise detalhada dos custos e despesas do hospital. As contas devem ser destinadas a dar a máxima informação possível com a mínima

necessidade de análises extras. Os títulos das contas devem refletir o objetivo dos custos em vez da natureza do custo ou da despesa. Um plano de contas divide-se em contas de balanço para o ativo, passivo, patrimônio líquido e contas da demonstração de resultados de receitas, custos das receitas e despesas.” (2000, p.29)

4.Unidade de Custos

A determinação do custo paciente, o custo/diária/paciente, custo de procedimento médico, entre outros indicadores gerenciais, são objetivos básicos dos custos hospitalares. Neste sentido, a unidade de custos selecionada deve ser aquela que mostre adequadamente o custo para controle e análise.

O custo por paciente é satisfatório porque permite o controle e análise de variações efetivas quando do confronto do custo paciente real com o padrão e com a respectiva receita. Desta forma, após o estabelecimento da unidade de custo, os dados podem ser dispostos de forma que se determine o custo/paciente e o confronto com a respectiva receita.

5. Sistemas de Custos Hospitalares

Depois de definida a unidade de custo, estabelece-se a forma que se montará o sistema de custos, podendo ser o Sistema real, ou Sistema Padrão, porém, o tipo de custo que definirá o sistema, por exemplo, referente a salários, pode-se usar o Sistema de Custo Real, pois somente se somarão ao total de funcionários, já referente a Energia Elétrica, se terá que calcular o percentual referente àquele Setor da Emergência de acordo com a metragem da área física.

O custo padrão calcula o montante padrão de recursos utilizados na produção de um produto ou serviço. Seu objetivo é estabelecer medidas de comparação, ou padrões, concernentes à eficiência da utilização dos meios de produção e seus custos associados, matéria-prima, mão-de-obra direta e custos indiretos de produção (Kliemann, 1996).

5.1. Custos Hospitalares Reais

Esse sistema coleta os custos à medida que vão ocorrendo e apresenta os resultados finais após terminados todos os serviços médicos do paciente. Embora o serviço ou o departamento sejam debilitados pelas quantidades reais e custos de materiais e medicamentos, refeições, taxas, etc..., alguns custos hospitalares são distribuídos por meio de rateios. Exemplos: Quadro 2.

5.2. Custos Hospitalares Estimados

Através deste sistema, os custos serão medidos da seguinte forma: estabelece-se percentuais de metragem com base na área total do Hospital e a área do Setor, número de ramais telefônicos totais e do Setor...Assim com o valor do consumo geral do Hospital e com estes percentuais calcula-se o rateio do consumo do Setor. Exemplos: Quadros 1 e 3..

6. Método de acumulação de Custos Hospitalares

Tanto o sistema de custo real quanto o sistema de custo-padrão devem ser usados em conexão com o método do custo por prontuário. O prontuário do paciente é composto por documentos com propósitos médicos e financeiros; constitui a base para a determinação do custo e da receita do paciente.

Segundo, os métodos de custo-padrão e centros de custo são os mais tradicionais e largamente empregados pelas empresas, enquanto que o ABC e UEP são métodos mais recentes. Assim, por suas características, atendem melhor às necessidades gerenciais da realidade atual. As características do método ABC, visualizando os processos e a cadeia de valor, facilitam sua aplicabilidade no ramo de serviços, enquanto que o método UEPs enquadra-se melhor em indústrias ou produções com características industriais, por ser mais apropriado para produção de grande escala e processos repetitivos.

O método ABC enfoca a atividade como a base para produtos ou serviços. Uma atividade é um evento, tarefa ou unidade de trabalho com uma proposta específica, dentro do processo produtivo, cujo nível de recursos empregados é acompanhado por

direcionadores de custo. Desenvolvido inicialmente para a área industrial, vem encontrando grande aplicabilidade na área de serviços, pois utiliza a análise de processos e de valor agregado, nas suas fases de implantação, facilitando a compreensão de organização e de seus inter-relacionamentos, servindo como importante ferramenta gerencial, seja como instrumento interno ou externo de desempenho.

O método de custo por prontuário médico, também chamado de custo por Ordem de Serviço Médico (OSM), conserva os custos dos vários serviços durante a permanência do paciente no hospital. A unidade de custo e o custo por paciente, e os lançamentos mostrarão o custo de cada um. Esse método é viável pela possibilidade de identificação do paciente e suas necessidades por materiais médicos, medicamentos, exames, salas médicas especiais, etc...

Uma consequência do método é a possibilidade de determinar os custos por ordem de serviço médico e os custos de procedimentos médicos similares.

7. Determinação dos Custos Hospitalares

A determinação dos custos hospitalares por prontuário ou ordem de produção médica é o sistema empregado por todos os hospitais. Na determinação do custo por ordem de produção médica, cada prontuário é um procedimento médico, no qual materiais médicos, medicamentos, taxas, salários, encargos sociais, benefícios, gêneros alimentícios, energia elétrica, água, telefone, etc... são atribuídos de forma direta ou por meio de rateios. Várias ordens de produção médica ocorrem em um hospital ao mesmo tempo. Cada uma recebe um número chamado registro do paciente, colocado em cada requisição de material médico, medicamentos, exames médicos, taxas de salas, etc. À medida que os pacientes vão recebendo alta, as ordens de produção médica são encerradas e seus valores lançados em folhas de custos que, totalizados mensalmente, tornam-se os custos hospitalares mensais, controlados pelas contas mencionadas no quadro das contas do Razão Geral.

O confronto dessas ordens de produção médica com as notas fiscais emitidas em nome do paciente quando da modalidade particular, ou em nome dos convênios ou seguros

de saúde, permite a determinação do lucro ou prejuízo para cada ordem de produção médica.

As folhas de custo destinam-se a resumir os valores dos materiais médicos, medicamentos, taxas de salas, custos indiretos e permitem o cálculo de um custo unitário para cada item, também mostram os elementos dos custos hospitalares em sua totalidade. Como os hospitais têm as operações médicas departamentalizadas a folha de custo mostrará os materiais médicos, medicamentos, exames médicos, taxas de salas, custos indiretos, etc., aplicados aos prontuários ou ordens de produção médicas em cada departamento.

Observa-se que discussão do que é custo direto e do que é custo indireto não é pacífica e uniforme, oferecendo por vezes, pontos controversos. Cabe, no entanto, sempre ter o suficiente bom senso para conduzi-la dentro de um enfoque pragmático, fugindo assim do academicismo puro. O princípio básico a ser adotado dentro da moderna teoria de custos informatizada é o de tornar direto o maior número possível de valores, vinculando-os às atividades através de direcionadores adequados. Isso por que os custos historicamente considerados de natureza indireta tendem a ser crescentes, nos dias atuais, em praticamente todas as atividades. Nessa circunstância a sua consideração como indiretos e a conseqüente apropriação por critérios genéricos podem ocasionar distorções representativas no cálculo dos custos. Beulke(1997).

8.GESTÃO MATERIAIS MÉDICOS E MEDICAMENTOS

A Gestão de Materiais Médicos e Equipamentos é fundamental em qualquer hospital em função da proporção qualidade versus tecnologia muito difundida pelo marketing hospitalar de que o Hospital teria qualidade se tivesse equipamentos de última geração, assim como os medicamentos também. Até por que, manter um estoque de medicamentos e equipamentos médicos e hospitalares necessita de grandes investimentos, normalmente bem elevados, conseqüentemente constituem parte significativa dos custos hospitalares. A fim de manter esta proporção bem equilibrada, estes custos devem ser controlados física e monetariamente. Da parte física, respondem enfermeiras e compradores que fazem os requerimentos por unidade, de tal forma que jamais pode faltar um

medicamento, por exemplo, numa unidade. Neste ponto, na administração hospitalar os médicos são vistos como os vilões, pois requisitam materiais que o hospital não utiliza e não querem, normalmente, adaptar-se aos manuais de padronizações, o que dificulta bastante a gestão dos medicamentos. Cabe ao pessoal de compras adaptar-se e este problema gerando um custo acessível, mantendo a qualidade, de forma que propicie a sustentabilidade e viabilidade de tratamentos, tendo um volume de investimentos mínimo, atendendo ao hospital de forma eficiente e ininterruptamente, tendo um estoque razoável com a realidade de uso do hospital, atento a prazos de validade, estocando medicamentos no menor número de dias possível e custos de manuseio, roubo, principalmente de medicação controlada.

A quantidade de cada item de material e medicamentos dependerá da periodicidade em que os pedidos são feitos, assim como atenderão aos prazos de entrega de maneira que jamais falte material por demora de entrega. No sistema de periodicidade do pedido, estes podem ser feitos em períodos mais longos ou mais curtos de revisão, dependendo de suas necessidades e preço. Esta previsão se concretiza em número de dias de atendimento, ou seja, uma previsão de sete dias corresponde a existência deste medicamento para sete dias de produção médica. Aqui o importante é a previsão de períodos de tratamento, ou seja, tal antibiótico será utilizado por dez dias, por exemplo.

Uma forma de controle de custos é que as chefias de farmácia e da enfermagem, encaminhem o pedido de acordo com a necessidade, e o estabelecimento de períodos ao departamento de compras, que poderá barganhar, junto aos fornecedores, valores, prazos...

Além da periodicidade, outra forma de controle de custos de material e medicamentos é através da curva ABC, neste sistema, o estoque de materiais médicos e medicamentos é segregado em três classes de itens. Os itens da classe A correspondem àqueles de grandes valores, em geral, pequenas quantidades físicas. Os itens da classe C correspondem àqueles de pequenos valores e grandes quantidades físicas. Os itens da classe B correspondem àqueles de valores e quantidades intermediárias aos dos itens das classes A e C. Esse sistema, além de ser de simples implantação, proporciona economias significativas nos custos dos materiais médicos e medicamentos, tais como: determinar consumo de cada item dos materiais médicos e medicamentos para o período previsto; determinar preço unitário de cada item; multiplicar o preço unitário pelo consumo previsto

de cada item; relacionar os itens pelo custo total, iniciando com o item de maior preço unitário; determinar para cada item (quantidade) sua percentagem em relação ao custo total; elaborar mapa com as percentagens encontradas, considerando que os itens classe A são os que necessitam cuidados especiais como, por exemplo, inventários semanais.

No sistema ABC, as despesas ou gastos deveriam ser separados em contas individuais e relacionados ao nível das atividades do centro de custos onde os recursos estão consumidos. Especificamente, despesas que são necessárias para produzir uma unidade de serviço ou produto particular deveriam ser separadas das despesas efetuadas para produzir serviços ou produtos diferentes, embora realizados no mesmo centro de custos. Gerentes com os dados de custos ABC nas mãos têm melhores condições de conseguir eficiência em seu funcionamento organizacional, sem impactar negativamente a qualidade dos serviços prestados. Por outro lado, a metodologia ABC serve como um sistema para garantir a melhoria contínua de qualidade. A metodologia ABC permite custear serviços, pacientes ou mesmo contratos específicos, isolando o custo da prestação para diversos objetos de custo. (Falk, 2001, p. 100)

Uma nova forma de controle e manutenção de estoques é o método de consignação, onde o Hospital não tem o custo elevado de manter seu estoque, este é mantido pelo fornecedor e o Hospital somente gasta o que consumir, tendo economia, pois somente pagará pelo material que utilizar e pelo praticidade de não correr o risco de necessitar de um material para uma cirurgia de emergência e não tê-lo, por exemplo.

Um cuidado importante que se deve ter, especialmente no controle da farmácia, é quanto à cobrança correta para a OSM. A regra é que, para as requisições da farmácia, deve ser indicado o registro do paciente para débito à respectiva OSM. Assim, se poderá ter fechamentos mensais em que os valores de saída da farmácia sejam confrontados com os valores de faturamento de materiais médicos e medicamentos das OSM encerradas no mês.

Note-se que a melhor forma de evitar glosas junto aos convênios, planos e seguros saúde é trabalhar com o pessoal da enfermagem para que o uso seja registrado corretamente nos prontuários, ficando documentada a quantidade e tempo de uso para facilitar a cobrança.

A determinação do custo dos materiais e medicamentos consumidos pela produção médica e pelas OSM deverá obedecer ao princípio de que o custo corresponda ao preço de fatura pago ao fornecedor, acrescido de frete, IPI, ICMS. O custo de pedir, receber, inspecionar e armazenar materiais médicos e medicamentos deveriam ser custos agregados, porém, são considerados como custos indiretos hospitalares. Importante salientar que atualmente os preços seguem a tabela BRASINDICE, e normalmente os planos e seguros saúde pré fixam os valores dos medicamentos e materiais médicos, estabelecendo valores fixos para medicamentos e procedimentos, cabendo ao hospital regatear com fornecedores melhores e menores preços para manter padrões exigidos pelos médicos, o que nem sempre é fácil e depende de muita experiência do gestor.

8.1.Métodos para Determinar Custos Hospitalares com Relação ao Consumo

9.1.1.Método do Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair (PEPS)

Este método primeiro que entra, primeiro que sai de determinar o custo dos materiais e medicamentos hospitalares segue o princípio de que os materiais médicos e medicamentos consumidos se constituem daquelas unidades compradas há mais tempo. A principal vantagem do método é que o custo do material médico e medicamento é identificado com as unidades físicas de estoque.

O método PEPS deve ser adotado somente quando os custos do material forem altos e de grande volume físico, e quando possuírem baixo movimento de entrada. Sendo o mesmo inadequado para fornecer os custos dos materiais médicos e medicamentos, por exigirem compras freqüentes a preços diferentes e as unidades das várias compras ficam em estoque ao nosso tempo.

8.1.2.Método do Último a Entrar, Primeiro a Sair (UEPS)

O método que o último que entra é o primeiro que sai de determinar o custo e o valor dos estoques é um método de custear os materiais médicos e medicamentos com base no critério de que a última unidade de materiais médicos e medicamentos entrada na

farmácia é a que será consumida pela produção médica, proporcionando que a produção médica seja custeada a valores de mercado e os estoques com valores aquém do mercado.

Conforme Gottardo(2001) o método UEPS propõe unificar a produção através de uma unidade de medida comum a todas as atividades desenvolvidas na fábrica, a Unidade de Esforço de Produção(Rucinski e Ilma, 1996). Este método calcula o custo de produtos e serviços levando em conta os custos diretos e indiretos através de preços e tempos padrões.

Algumas dificuldades operacionais do método:

- ❖ Problemas com registros de entradas, quando o serviço de enfermagem faz devolução de materiais e medicamentos à farmácia, e nos registros de saídas, quando a farmácia faz devolução ao fornecedor.

Os métodos aqui expostos, assim como outros existentes, custo padrão...,são tentativas de otimizar a determinação dos custos hospitalares, porém convém salientar que todos possuem suas debilidades, nenhum sendo reflexo dos custos de materiais médicos e medicamentos com exatidão em todos os momentos, sendo necessários que se mesclem em determinados períodos. A comparação usual entre os métodos está relacionada com o período de alta e queda dos preços. Nos períodos de alta de preços, o custo UEPS resultará em custos de materiais e medicamentos maiores e resultados menores; o custo PEPS resultará em custos de materiais médicos e medicamentos menores e resultados maiores.

Inovações, ousadia, eficiência e a mais ambicionada busca da qualidade dentro da administração hospitalar está na revisão e atualização de conceitos.

Para tal se faz necessário um profundo conhecimento da sua organização. Para o sucesso do gerenciamento é necessário absorver os problemas e a realidade vivenciada dentro do hospital.

Através desta busca de conhecimento da organização será possível identificar os conceitos da administração, antes de poder aplicá-los.

Faz-se necessário observar a organização de pessoal: motivação, estruturação de cargos e funções, aproveitamento de pessoas, qualificação e treinamento;

A gestão de custos, levantamento dos custos diretos, aqueles diretamente relacionados ao serviço, folha de pagamento de pessoal, custos dos materiais, custo de

medicamentos, custo de equipamentos. E custos indiretos, aqueles que indiretamente estão relacionados ao serviço, custo de água, luz, telefone, materiais de limpeza...

Dentro de um Hospital, onde há uma série de serviços próprios: emergência, ambulatório, internação, Serviço de Nutrição, Lavanderia...; e serviços terceirizados: laboratório de análises clínicas e patológicas, serviço de radiologia e radioimagem, fisioterapia, etc... a melhor forma de levantamento dos custos é a setorização dos mesmos. É muito difícil ter-se a estimativa mais aproximada dos custos de um serviço se for contabilizado o custo total, por exemplo os custos de água, luz, gás, etc.. de todo o hospital, por que cada setor tem suas peculiaridades, conseqüentemente gastam mais determinados materiais num setor do que no outro.

Acredita-se que este é o maior problema de custos: a real avaliação dos custos de cada setor, porque requer que as despesas sejam subdivididas, e o que normalmente tem-se é um valor total, ou seja, uma avaliação contábil de ativos e passivos, porém em valores totais, o que impossibilita a percepção detalhada de cada setor para facilitar o seu gerenciamento.

Segundo José Hernandez Peres Júnior “ Além da informação sobre o custo dos produtos e serviços, o sistema de custos também pode fornecer informações sobre os gastos incorridos nos diversos departamentos que compõem a estrutura organizacional da empresa, possibilitando a identificação do responsável pelo consumo dos gastos e facilitando o controle e a elaboração de orçamentos” (1999, p.30)

Na realidade, para se obter o controle dos custos, esta minuciação é fundamental, por que sempre se faz o corte dos custos de forma que as despesas sejam enxugadas ao máximo para a sustentabilidade do serviço, para se saber onde estão os desperdícios.

Assim como as despesas devem ser detalhadas, o ideal também é que as receitas sejam discriminadas. Desta forma há que se poder analisar detalhadamente as receitas percebidas pelo SUS. O SUS efetua seu pagamento através de pacotes, onde determinados procedimentos englobam uma receita, assim fica difícil avaliar corretamente o faturamento de determinado procedimento.

Da mesma forma o faturamento é uno para todo o hospital, por exemplo, o faturamento do laboratório é uma conta una, sendo que todos os setores do hospital

solicitam exames, somente que em proporções diferenciadas, obviamente; portanto, como medir quanto fatura a emergência com relação a exames laboratoriais sem discriminar e quantificar os exames solicitados?! Parece óbvio, porém quanto a gestão se faz necessário ater-se a estes pequenos detalhes para se otimizar os custos.

Analisando todos esses detalhes referentes a custos e receitas, não há como fugir do tema da avaliação do atendimento do SUS.

Desde a implantação do SUS há a preocupação da avaliação do sistema através de indicadores hospitalares tais como tempo de atendimento, nº de encaminhamentos a especialidades, nº de reconsultas, satisfação do paciente, etc... E essa preocupação se concretiza como uma motivação para a qualificação da gestão hospitalar, uma vez que um serviço bem gerenciado refletirá num serviço eficaz como vários exemplos em Porto Alegre como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Grupo Hospitalar Conceição.

O SUS, através de seus princípios prevê atendimento universal e gratuito, a realidade do estado prima por esta qualidade, portanto, através do gerenciamento hospitalar se poderá encontrar soluções para as limitações de atendimento e verbas dos serviços, e assim se provar que o SUS pode e deve ser tido como um referencial de eficiência e excelência em serviço de saúde.

O ideal é poder aplicar todos os conceitos da administração para poder impulsionar a evolução do processo de atendimento do SUS nos hospitais.

9. LEVANTAMENTO DOS CUSTOS DA EMERGENCIA DO HOSPITAL PARQUE BELÉM

Quadro 1 - Bases de Aplicação de Custos

	Emergência	Total	Índice
Nº de Empregados	19	-	-
Nº de Médicos	8	-	-
Tempo de Atendimento	7 min.	-	-
Pacientes/dia	50,26	-	-
Nº de Ramais	1	100	1
Área m2	350	11.000	31,42

A equipe que trabalha no hospital Parque Belém é composta por 19 empregados que englobam porteiro, enfermeira, recepcionista, gerente de internação, auxiliar de limpeza, técnico de enfermagem e doze auxiliares de enfermagem. Já a equipe médica é contratada por uma empresa terceirizada, não sendo, portanto, os médicos empregados do Hospital.

Segundo Beulke(1997), Nos hospitais filantrópicos não há recolhimento de quotas previdenciárias. Mantém-se: FGTS, provisões para férias, 13º salário e indenizações. Sobre a folha de pagamento incide 5% de PIS.

Da área física do Hospital e da Emergência foi realizada a estimativa do cálculo de custos com água e luz, porém o ideal seria o número de pontos de luz.

O número de ramais telefônicos basearão os cálculo dos custos com telefone da emergência.

Quadro 2 – Custos Diretos

No quadro 2 encontram-se os montantes financeiros referentes aos custos diretos vinculados aos itens materiais e medicamentos.

Estes valores foram calculados a partir do consumo geral da emergência, baseado na retirada de medicação da farmácia do hospital. Não foi analisado os 3.016 prontuários individualmente por que variam totalmente no tipo e quantidade de medicações, sendo difícil fazer uma média nesta diversidade.

	Julho/2002	Outubro/2002
Materiais	1.511,33	1.142,83
Medicamentos	2.133,05	2.279,59
Total	3.644,38	3.422,42

Os materiais utilizados na emergência são basicamente seringas, agulhas, gases, micropore. Já os medicamentos mais prescritos são soro fisiológico, soro glicosado, cloreto de sódio, cloreto de potássio, dipirona, voltaren, plasil, heparina, ácido acetilsalicílico, ranitidina, dopamina, noradrenalina, bicarbonato de sódio, glicose hipertônica 50 %, dobutrex, buscopan. Estes materiais e medicamentos são utilizados pelos pacientes que consultam e pelos que permanecem na emergência em observação.

A cobrança da medicação é feita através de patologias, ou seja, através dos sintomas do paciente, e se o paciente ficou em observação. Não é feita por tabela de medicação, e sim por codificação de atendimento grave, onde o valor deverá cobrir toda a medicação utilizada. Mais um motivo para não se ter analisado os 3.016 prontuários, pois na nota de cada paciente não vai a cobrança por medicação. Portanto, a medicação consumida pelo paciente na emergência é cobrada em sua maioria incluída na consulta, ou seja, é cobrado o código de consulta que inclui o atendimento do médico e a medicação que o paciente consumiu no atendimento.

A medicação do hospital é padronizada.

No quadro 3 encontram-se os valores componentes dos custos indiretos.

Quadro 3 – Custos Indiretos

	Julho/2002	Outubro/2002
Energia Elétrica*	3.423,59	2.877,54
Água*	665,41	304,77
Telefone*	40,81	32,74
Materiais de Limpeza	13,80	21,27
Materiais de Expediente	149,63	199,94
Salários	12.387,59	7.932,08
Encargos	2.439,45	2.379,60
Empresa Terceirizada	15.000	15.000
Total	34.120,28	28.747,94

*Valores estimativos

Como a água do hospital é própria, não sendo fornecida pelo Departamento Municipal de Água e Esgoto de POA, os custos são provenientes da Estação de Tratamento de Água (ETA) do Hospital, que no mês de julho era formado pelo salário de uma bioquímica responsável e pelo material de tratamento da água. Em outubro o custo reduziu, posto que passou para uma empresa terceirizada a realização do tratamento, sem valores adicionais.

Quadro 4 – Relação de Serviços prestados no mês de Julho/2001

	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Procedimentos de Enfermagem	718	0,50	359,00
Consultas	1.507	2,28	3.435,96
Atendimento de emergência (1)	365	7,47	2.726,55
Atendimento de emergência (2)	305	3,15	960,75
Punção	1	11,28	11,28
Sondagem Vesical	4	11,28	45,12
Total	2.900	35,96	7

As 1.507 consultas realizadas neste período são relativas a todos os atendimentos realizados na Emergência. Os procedimentos de enfermagem acima referidos incluem toda a medicação ministrada em tais consultas. Já o atendimento de Emergência 1 diz respeito a todo atendimento de maior complexidade. O atendimento de Emergência 2 vem a complementar monetariamente este atendimento 1, porém aquele somente pode ser cobrado uma única vez, dentro do mesmo mês.

Quadro 5: Serviços gerados a partir da emergência para o Hospital em Julho/2001

	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Patologia Clínica	5.450		7.998,00
Radiodiagnóstico			4.188,00
Hemoterapia	6	44,86	269,16
Tomografia	20	91,00	1.820,00
Eletrocardio	63		93,87
			14.369,03

O valor descrito acima quanto a receita do Laboratório já é a estimativa, visto que 40 % do faturamento do Laboratório provém das requisições da Emergência. Já o radiodiagnóstico fatura 30% a partir das requisições da Emergência.

Quadro 6: Relação de Serviços prestados no mês de Outubro/2001

	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Procedimentos de Enfermagem	631	0,50	315,50
Consultas	1.509	2,28	3.440,52
Atendimento de emergência	404	7,47	3.017,88
Atendimento de emergência	341	3,15	1.074,15
Punção	1	11,28	11,28
Sondagem Vesical	9	11,28	101,52
Epistaxe	2	11,28	22,56
Peq. Atendimento em peq. Queimadura	4	10,00	40,00
Parasentese Abdominal	5	11,36	56,80
Punção Lombar	1	5,23	5,23
Imobilização Provisória	1	6,91	6,91
Total	2.908	80,74	8.092,35

QUADRO 7: Serviços gerados a partir da emergência para o Hospital em Outubro/2001

	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Patologia Clínica	5.968		8.881,31
Radiodiagnóstico	599		4.263,88
Hemoterapia	0	44,86	-
Tomografia	20	91,00	1.820,00
Eletrocardio	64	-	95,36
Total:	6.651	135,86	15.060,55

Quadro 8 – Consultas realizadas por convênios no mês de Julho/2001

	Convênio	Qtd. De Consultas	Valor Total (R\$)
	Ipe	34	542,45
	Cabergs	1	20,00
	Geap	1	17,60
	Saúde Bradesco	1	25,20
	Senergisul	1	27,00
	ANTL	1	21,60
Valor Total			653,85
Repasse do Hospital:			621,16
Valor do Hospital:			32,69

Junto a Emergência, funciona o Ambulatório do Hospital que atende todos os tipos de convênios. Salienta-se aqui que a maioria dos atendimentos do ambulatório são de pacientes IPE(34 e 44 atendimentos respectivamente em Julho e Outubro de 2001) pela sua localização do Hospital numa área distante do centro da cidade e num bairro de baixa renda, atendendo a população menos favorecida da cidade, é comum o encaminhamento de presidiários para atendimento na Emergência inclusive.

Quadro 9 – Consultas realizadas por convênios no mês de Outubro/2001

	Convênio	Qtd. De Consultas	Valor Total (R\$)
Valor Total	Ipe	44	397,55
Repasse para o médico			377,67
Valor do Hospital			19,88

Estas consultas de convênios do Ambulatório da Emergência do Hospital, são faturadas pelo Hospital, que cobra o valor da consulta do convênio, após repassa para o médico que realizou o atendimento o valor respectivo, portanto a consulta não fica integralmente com o hospital, por isso que está descrito o valor do repasse.

10. Avaliação da Qualificação profissional do Quadro Funcional da Emergência do Hospital Parque Belém

Importante salientar que os médicos que atendem na emergência do Hospital Parque Belém não são profissionais efetivados pelo hospital, e sim pertencem a uma empresa de emergência médica que mantém um contrato de terceirização com o Hospital. O serviço de terceirização da emergência inclui, além do atendimento 24 hs dos pacientes que procuram a emergência do hospital, assim como a maioria dos paciente que internam no hospital deverão primeiro fazer uma consulta pela emergência.

Diante deste quadro, temos então no total, 8 (oito) médicos que atendem a emergência em sistema de revezamento.

Destes oito médicos, seis deles possuem as seguintes especializações: um cardiologia, um cirurgia geral e um cirurgia do trauma, um hematologia, três medicina interna. Os dois médicos restantes da equipe ainda estão fazendo residência (medicina interna e cirurgia geral), sendo que ambos a concluem em 2002.

Nenhum dos oito médicos que atendem na emergência do Hospital Parque Belém possuem especialização em emergência clínica. Porém, dois dos médicos já possuíam experiência anterior em emergências de outros hospitais de Porto Alegre.

O trabalho dos médicos da emergência do Hospital Parque Belém é atendimento de consultas no ambulatório do SUS, acompanhamento dos pacientes que encontram-se em observação na emergência. Dentro deste atendimento específico da emergência, os médicos desta são responsáveis pelo atendimento de intercorrências nos andares de pacientes internados, não há um médico de plantão por enfermaria, ou por andar.

Durante o dia dois médicos ficam de plantão por 6 horas consecutivas, trocando o turno da tarde, quando outros dois médicos assumem a emergência. Durante a noite, finais de semana e feriados um médico assume tanto a emergência quanto as intercorrências do hospital inteiro.

O mesmo acontece com relação às enfermeiras, onde uma enfermeira faz plantão na emergência pela manhã, uma enfermeira pela tarde. Já à noite, nos finais de semana e nos feriados há somente uma enfermeira que deve revezar com os andares, ou seja, atende a emergência e as enfermarias.

CONCLUSÃO

Diante do estudo feito no Hospital Parque Belém para a análise da sustentabilidade financeira do serviço da sua Emergência, foi possível entender o funcionamento da emergência do hospital: conhecer o serviço, quantificar a quantidade de atendimentos, quanto o hospital recebe por eles, quanto o hospital gasta mensalmente para manter o serviço funcionando, como são feitas as faturas de cobranças e como é calculado os custos gerais, tanto os diretos, como os indiretos.

Através deste levantamento de dados pode-se concluir que as receitas geradas através da Emergência do Hospital não são suficientes para mantê-la.

No mês de julho de 2001 as receitas auferidas foram no total de R\$ (Quadros 4 e 8), enquanto que os custos totais foram de R\$ (Quadros 2 e 3). O mesmo se repete em outubro de 2001, quando foi atingida uma receita de R\$ (Quadros 6 e 9) e as despesas atingiram o valor de R\$(Quadros 2 e 3).

Porém, apesar deste quadro negativo, o Setor é um grande gerador de renda indireta. O paciente que é atendido na Emergência, muitas vezes é encaminhado para a realização de exames laboratoriais(40% do faturamento do Laboratório do Hospital é proveniente das requisições fornecidas pelos médicos da Emergência); exames de RX, Tomografias(Quadros 5 e 7), e internações, etc....Portanto, outros setores são mantidos indiretamente pela Emergência do Hospital, e aí que também está a sua importância, gerar receitas para outros setores produtivos do Hospital.

Concluindo, a Emergência, apesar de não se sustentar por completo, uma vez que possui muitos custos e em valores bem elevados (Quadros 2 e 3), deve se aprimorar deste levantamento de dados de forma gerencial podendo, quem sabe, diminuir custos, e não somente isso, aplicar melhor o gerenciamento de forma a melhorar sua sustentabilidade e dos outros setores produtivos que dela dependem também.

Expectativas da NOVA Emergência do Hospital Parque Belém

A idéia base da construção da Nova Emergência do Hospital Parque Belém nasceu do convênio do Hospital Parque Belém com o governo Federal no qual ficou estabelecido inicialmente que a emergência do Hospital passaria uma reforma física. O governo Federal então, disponibilizaria uma verba do REFORSUS para que o espaço físico onde se encontra a emergência do Hospital Parque Belém fosse reformado, dando melhores condições de atendimento. Após fechamento do convênio com o governo federal, foi proposta parceria dos governos estaduais e municipais. Esta alteração ocorreu em função da demanda surgida através do orçamento participativo do município de Porto Alegre.

Em reuniões do orçamento participativo do município de Porto Alegre, a população reivindicou a necessidade de um Pronto Socorro na zona sul, pois o deslocamento para as áreas centrais e zona norte da cidade provocariam morosidade aos atendimentos, o que em alguns casos era uma consequência fatal.

Em tratativas com o Hospital, ficou estabelecido que tanto o município de Porto Alegre, quanto o Estado do Rio Grande do Sul, contribuiriam, complementando a verba federal para que o Hospital Parque Belém se tornasse então o HPSS no bairro Belém Velho. A partir de então, estabeleceu-se um convênio com estes quatro entes: governo federal, governo estadual, governo municipal e Hospital Parque Belém para que finalmente a zona sul da cidade de Porto Alegre pudesse contar com um atendimento de pronto socorro de qualidade.

Inicialmente, estabeleceu-se entre os entes governamentais e o Hospital Parque Belém que a emergência teria quatro áreas básicas de atendimento, quais seriam:

Emergência Clínica; que atualmente possui o hospital.

Emergência Traumatológica;

Emergência Cirúrgica;

Emergência Neurológica.

Portanto, a idéia inicial era complementar o serviço já prestado pelo hospital Parque Belém de emergência clínica, melhor aparelhando-a, inclusive melhorando a parte física, e, ainda, ampliando os atendimento nas áreas pediátricas(que o hospital ainda não possui), cirúrgicas, traumatológicas e neurológicas. Atualmente, o hospital já realiza cirurgias eletivas traumatológicas e neurológicas.

Mensalmente são realizadas reuniões com a população da cidade, através do orçamento participativo, para ouvir a comunidade, prestar esclarecimentos, contar com o seu apoio, etc...

Como se pode observar, o projeto iniciou pequeno, com apenas uma idéia de reforma, e pela necessidade da comunidade foi ampliado. Para tal, a verba liberada pelo governo federal foi de R\$ 350.000,00 (Trezentos e Cinquenta mil reais). No final do mês de abril, o Hospital concretizou convênio com o estado e com o município que repassaram respectivamente R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) e R\$ 170.000,00 (cento e setenta mil reais) cada um.

A verba estadual e municipal foram necessárias para complementar a verba federal que foi utilizada para a reforma física da área da emergência do hospital e compra de equipamentos, portanto, com este dinheiro, o Hospital pretende comprar mais equipamentos necessários para a ampliação da emergência. Como um projeto desta amplitude absorve um orçamento muito além do percebido pelo hospital através das verbas do governo, estabeleceu-se que a emergência estará à disposição da população dentro de seis meses, porém, neste período, somente as emergências clínica e pediátrica estarão efetivamente implantadas – esta foi uma alteração necessária no projeto inicial em função do orçamento despendido para a total implantação do projeto.

Para solucionar este problema, o hospital está pleiteando recursos, para custeio, com o município, uma vez que encontram-se nas prioridades e metas da saúde para 2002 essa possibilidade, como se expressa no item que segue: “...*ainda se encontra em negociação dependendo de iniciativa do Executivo e deliberação da Câmara Municipal...*”. Esperamos que haja sucesso nesta negociação para que o hospital consiga realizar o projeto em sua total complexidade, o que beneficiará toda a população da cidade e arredores, pois é sabido que o hospital recebe muitas pessoas do interior do estado.

BIBLIOGRAFIA

BEULKE, Rolando e Bertó, Dalvio José. Gestão de Custos e Resultado na Saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

FALK, James Anthony. Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações. São Paulo: Atlas, 2001

MARTINS, Domingos. Custos e Orçamentos Hospitalares. São Paulo: Atlas, 2000.

ZUCCHI, Paola; Del Nero, Carlos; Malik, Ana Maria. Gastos em Saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Sociedade de Saúde; 9(1/12): 127-50. jan-dez.2000.

Gestão financeira em saúde: Remuneração e Custos. Porto Alegre: Dacasa, 2001.