

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO - FECAP

MESTRADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

RINO GRASSI JUNIOR

**ADEQUAÇÃO DE SISTEMAS DE GESTÃO DE CUSTOS EM
CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO COMO APOIO A ESTÁGIOS EVOLUTIVOS EM
SEUS NEGÓCIOS**

Dissertação apresentada à Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP, como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Dr. Eolo Marques Pagnani

São Paulo

2007

FOLHA DE APROVAÇÃO

RINO GRASSI JUNIOR

ADEQUAÇÃO DE SISTEMAS DE GESTÃO DE CUSTOS EM CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO COMO APOIO A ESTÁGIOS EVOLUTIVOS EM SEUS NEGÓCIOS

Dissertação apresentada à Fundação Escola de Comércio Álvares
Penteado – FECAP, como requisito para a obtenção do título de Mestre em
Ciências Contábeis.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr. Antonio Robles Junior
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC

Prof. Dr. Claudio Parisi
Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP

Professor Orientador: Prof. Dr. Eolo Marques Pagnani
Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - FECAP

São Paulo, 18 de Outubro de 2007

Dedico este trabalho a minha querida esposa pelo seu apoio, incentivo constante e companheirismo.

Agradeço ao meu pai por me fornecer as ferramentas necessárias para chegar tão longe.

E a Deus por me apoiar e me acompanhar em mais esta jornada de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todo corpo docente da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP que me auxiliou nesta jornada do conhecimento, possibilitando a transposição de mais um desafio em minha vida.

Ao Prof. Dr. Eolo Marques Pagnani, pelo incentivo no processo de orientação acadêmica, pelas motivações constantes visando à superação dos obstáculos, pela transmissão de seus conhecimentos, a fim de concluir este trabalho de pesquisa.

Aos Prof. Dr. Antonio Robles Junior e Prof. Dr. Cláudio Parisi, por participarem da banca examinadora, e pela atenção e dedicação que transmitiram seus conhecimentos.

A todos os meus colegas de curso, muito obrigado pelo incentivo e apoio durante toda essa passagem acadêmica.

Ao meu amigo Ricardo por me lançar neste desafio acadêmico, abrindo as portas do conhecimento e da superação.

RESUMO

As

ABSTRACT

Companies working in the health area are facing countless economic and financial difficulties, mainly during the last decade, generating studies concerning the cost management. Health companies generate high technological products and services. The focus, based on the cost management for these companies is relevant and a fundamental tool for the decision centers (managers and directors) because they must cope with planning necessities as well as performing and execution evaluation, to achieve sustainable results. This work was focused on cost management, verifying its applicability in a Medical Diagnostic Center. The methodology is based on a case study, containing documental and in-depth analysis of a company in the health area, where the evolutionary cycle of the organization and its systems was studied and a model for management and cost determination, as well as results and performance for business unities was done. These elements allow serving, at the same time, both the decision making by managers and senior management, giving support and evaluating their business strategies.

Key Words: Medical laboratories. Cost. Decision making.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Sistemas de Custos: Diferentes Funções / Diferentes Exigências.	27
Quadro 2	Sistemas Supletivos de Saúde.....	73
Quadro 3	Quadro Resumo de Apropriação das Utilidades.....	98
Quadro 4	Quadro Resumo de Apropriação dos Custos Indiretos	99
Quadro 5	Quadro Resumo de Apropriação das Despesas Administrativas...	102

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Representação Gráfica do Ponto de Equilíbrio.....	39
Gráfico 2	Investimentos do Governo Federal no Sistema Público de Saúde.	68
Gráfico 3	Indivíduos Cobertos Pelo Sistema de Saúde Suplementar.....	69
Gráfico 4	Beneficiários de Planos de Saúde por Região.....	70
Gráfico 5	Envelhecimento da População Brasileira.....	80
Gráfico 6	Comparação de Expectativa de Vida da População.....	81
Gráfico 7	Despesas com Saúde de Acordo com a Idade.....	82
Gráfico 8	Despesas com Saúde Conforme a Faixa de Renda.....	82
Gráfico 9	Despesas com Saúde no Brasil.....	83
Gráfico 10	Variações de Resultados por Exames Anatomia Patológica.....	119
Gráfico 11	Variações de Resultados por Exames Patologia Clínica.....	120
Gráfico 12	Variações de Resultados por Exames Citologia/Colpo.....	120
Gráfico 13	Variações de Resultados por Exames Diag. por Imagem.....	121
Gráfico 14	Variações de Resultados por Exames Mamografia.....	121
Gráfico 15	Variações das Margens de Contribuição por Divisão.....	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Processo Decisório e Desempenho Estratégico.....	23
Figura 2	Métodos de Custeio.....	35
Figura 3	Fluxo de Custeio por Absorção.....	42
Figura 4	Esquema dos Modelos Tradicionais de Custos Versus ABC.....	46
Figura 5	O Ciclo do Controle.....	49
Figura 6	Opções de Alianças Estratégicas em Termos do Grau de Integração Vertical com a Empresa-mãe.....	53
Figura 7	Modelos de Alianças Estratégicas.....	55
Figura 8	Estrutura de Receitas do Mercado de Assistência Médica.....	71
Figura 9	Centros de Custos Produtivos.....	87
Figura 10	Centros de Custos Não Produtivos.....	87
Figura 11	Fluxo de Apropriação dos Custos no Sistema Vigente.....	90
Figura 12	Organograma Funcional do CDM do Estudo do Caso.....	93
Figura 13	Divisões de Produção e Seus Grupos de Exames.....	94
Figura 14	Unidades de Apoio.....	94
Figura 15	Unidades Administrativas Financeiras.....	95
Figura 16	Redefinição dos Centros de Custos.....	97
Figura 17	Fluxo Geral do Sistema de Custos.....	104
Figura 18	Modelo em Quatro Estágios para Projetar um Sistema de Custos.	124
Figura 19	Subsistema de Gestão de Custos.....	125
Figura 20	Modelo de Gestão de Custos.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC – Activity Based Costing
ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
CDM – Centro de Diagnóstico Médico
CIF – Custos Indiretos de Fabricação
COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CSLL – Contribuição Social Sobre o Lucro
DASA – Diagnósticos da América S/A
FGTS – Fundo de garantia por tempo de serviço
GEC – Gestão Estratégica de Custos
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IRPJ – Imposto de Renda Pessoa Jurídica
ISS – Imposto Sobre Serviços
OMS – Organização Mundial da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PIS – Programa de Integração Social
RKW – Reichskuratorium Für Wirtschaftlichkeit
SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutica
SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio a Micros e Pequenas Empresas
SESC – Serviço Social do Comércio
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SESI – Serviço Social da Indústria
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Definição do problema de pesquisa.....	15
1.2	Justificativas para elaboração da pesquisa.....	16
1.3	Objetivos da pesquisa.....	18
1.4	Estrutura da dissertação.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	Gestão estratégica de custos.....	20
2.2	Contabilidade gerencial e custos.....	24
2.2.1	Departamentalização.....	29
2.3	Definição de custo, despesa, gasto, investimento e perda.....	30
2.4	Classificação dos custos.....	32
2.5	Métodos de custeio.....	34
2.6	O custo como elemento do planejamento e controle do desempenho....	47
2.7	Estudos de estratégias nas organizações.....	51
3	METODOLOGIA APLICADA A PESQUISA	60
3.1	O método do Caso.....	60
3.2	Planejamento do estudo de caso.....	61
3.3	Coleta de informações.....	62
3.4	Fontes de pesquisa.....	65
4	SEGMENTO DE SAÚDE	66
4.1	Sistema de saúde brasileiro.....	66
4.1.1	Sistema único de saúde.....	68
4.1.2	Sistema de saúde suplementar.....	69
4.1.3	Setor brasileiro de organizações de medicina diagnóstica.....	74
5	DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE GESTÃO DE CUSTOS NUM CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO – ESTUDO DO CASO	84
5.1	Sistema de custo vigente.....	86
5.2	Fases de desenvolvimento do sistema proposto de gestão de custos....	92
5.3	Geração de resultados e desempenhos.....	117
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	129
	Apêndice.A - Mapa de distribuição dos custos “colpo/citologia” – base abril/2006.....	133
	Apêndice.B - Demonstrativo de resultado “colpo/citologia” – base ano 2006.....	133
	Apêndice.C - Mapa de distribuição dos custos “patologia clínica” – base abril/2006.....	134
	Apêndice.D - Demonstrativo de resultado “patologia clínica” – base ano 2006.....	134
	Apêndice.E - Mapa de distribuição dos custos “diagnóstico por imagem” – base abril/2006.....	135

Apêndice.F - Demonstrativo de resultado “diagnóstico por imagem” – ano base 2006.....	135
Apêndice.G -Mapa de distribuição dos custos “mamografia” – base abril / 2006.....	136
Apêndice.H - Demonstrativo de resultado “mamografia” – base ano 2006.....	136

1 INTRODUÇÃO

Diante das inúmeras dificuldades de ordem econômico-financeira decorrentes de uma conjuntura nacional complexa, vivenciadas pelas empresas de saúde nos últimos anos, tem contribuído, para tornar o custo um tema essencial no gerenciamento das organizações.

As mudanças nos negócios ocorridas nestas últimas décadas, desencadeadas pela competição crescente e por inovações tecnológicas, impostas ao ramo da saúde, vêm provocando inovações, quanto à utilização de informações financeiras e não financeiras por estas empresas, desencadeando questões refletivas em torno dos níveis de habilidades a serem exigidos ou desenvolvidos pelas atuais gestão e direção nas instituições de saúde.

Com o avanço da competição as empresas se vêm forçadas a aumentar a velocidade de inovações de novos produtos e serviços. Nos últimos anos presenciou-se a entrada de grandes grupos multinacionais que adquiriram laboratórios brasileiros e formaram redes com alta competitividade. Como exemplo pode-se citar grupos como Balague, da Espanha, e Dasa dos Estados Unidos. Beuren (2007).

Frequentemente os Centros de Diagnósticos Médicos – CDM, de médio e pequeno porte, acham difícil manter-se em dia com as inovações tecnológicas, e as demandas de investimentos que serão necessárias para se manterem na vanguarda de seus negócios.

Diante deste quadro, este projeto de pesquisa adentra na ferramenta de gestão de custos como um sistema de informações, que se integra ao sistema de gestão da organização, a fim de auxiliarem na tomada de decisão, e integrados à cultura de conhecimento de seus dirigentes, a fim de auxiliarem no direcionamento de suas estratégias, inclusive no conceito de participações conjuntas em negócios por especialidade médica.

Neste universo competitivo e muitas vezes com preços de seus serviços congelados por políticas públicas e forte concorrência, os CDM se vêem forçados a buscar melhores desempenhos de custos e resultados, possibilitando assim formar serviços competitivos ao mercado.

1.1 Definição do problema de pesquisa

Depois de delineado o tema da pesquisa, ou uma visão clara do trabalho, deve completar-se com a colocação em termos de problema.

A caracterização do problema define e identifica o assunto em estudo.

Segundo Severino (1996, p. 75), “antes da elaboração do trabalho, é preciso ter uma idéia clara do problema a ser resolvido, da dúvida a ser superada.”

Para Lakatos e Marconi (2003, p. 159), “problema é uma dificuldade, teórica ou prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução.”

Ainda de acordo com Lakatos e Marconi (2003, p.160), o problema pode tomar diferentes formas, de acordo com o objetivo, existem quatro tipos de problema:

- a) problema de estudo acadêmico: estudo descritivo, de caráter informativo, explicativo ou preditivo;

atividades e seus custos de forma adequada, e como este sistema pode contribuir como apoio a estágios evolutivos da organização. Um problema de pesquisa pode ser expresso pela seguinte questão:

“Como adequar os sistemas de custos a fim de contribuir como apoio a gestão em um centro de diagnóstico médico?”

1.2 Justificativas para elaboração da pesquisa

O mercado de saúde brasileiro, tem se apresentado acentuadamente competitivo, como se demonstram os seguintes aspectos:

- pressão nos custos dos procedimentos;
- crescente evolução das técnicas de processos dos serviços prestados;
- incremento nos programas de qualidade;
- acréscimos de investimentos constantes;
- dificuldade de negociação de preços com planos de saúde.

Como em qualquer outra organização , as instituições de saúde, para poder apresentar uma situação financeira equilibrada e atualizada tecnologicamente, necessita de resultados.

Os planos de saúde no país vêm a ce

De acordo com Beulke (2000, p. 14), “quem desconhece seus “custos”, estabelece na maioria das vezes preços arbitrários, obtidos de tabelas genéricas, de associações de classe, ou de qualquer outra fonte”.

Segundo resultados do estudo desenvolvido por Souza et. al. (2006, p.12), “verificou-se que os problemas e as dificuldades das organizações de saúde, concentram-se na estrutura organizacional e resultam do desconhecimento de técnicas e ferramentas para gestão de custos”.

Conforme relata Mugnol (2003, p. 73), a carência de ferramentas de gestão de custos em laboratórios de análises. E os cálculos de custos, ainda são feitos de forma bastante rudimentar, sem a incorporação de fatores de grande importância que poderiam levar a resultados mais confiáveis referente ao custo de um exame.

Diante desse cenário que se vislumbra no momento é de crescentes pressões entre planos de saúde e instituições em torno do assunto “custo”.

As organizações ligadas à saúde, principalmente na última década, têm experimentado uma constante profissionalização na gestão destes serviços, sendo que as ferramentas de gestão devem acompanhar esta tendência.

A contabilidade de custos para as empresas da área médica tornou-se nos últimos anos, vital como ferramenta de gerenciamento dos gastos, a fim de que sua gestão fornecesse valiosos instrumentos para tomada de decisão pelos dirigentes dos seus negócios.

A única forma de buscar uma situação de equilíbrio e de se manter competitivo em seu mercado está, neste caso, no aumento da receita, via acréscimo de volume (diversificando sua estrutura de exames), ou então, na redução dos custos através de uma eficiente gestão.

Com a adequação de sistemas de custos, tornam-se possíveis implantar um subsistema de informações, capaz de auxiliar nas questões estratégicas de gestão pela direção da organização, passíveis de fornecer instrumentos aos gestores dos

negócios, levando a organização à adoção de uma postura estratégica, e a um novo posicionamento competitivo

O primeiro capítulo apresenta a introdução ao tema, a definição do problema de pesquisa, suas justificativas e seus objetivos.

O segundo capítulo realiza uma pesquisa bibliográfica de suporte para o capítulo do caso.

O terceiro capítulo trata da metodologia aplicada à pesquisa, onde estão descritos o método da pesquisa, o planejamento do estudo de caso, coleta de dados e os instrumentos utilizados na pesquisa.

O quarto capítulo descreve o segmento de saúde compreendendo: sistema de saúde brasileiro, sistema único de saúde, sistema de saúde suplementar e o setor brasileiro de organizações de medicina diagnóstica e a situação atual desse mercado e suas perspectivas.

O quinto capítulo trata do desenvolvimento da gestão de custos num centro de diagnóstico médico – estudo do caso, demonstrando sua aplicação.

O sexto capítulo trata das considerações finais e recomendações para trabalhos futuros.

O sétimo capítulo relaciona as referências bibliográficas utilizadas na pesquisa.

O oitavo capítulo relaciona os anexos utilizados na pesquisa.

a eliminação dessas atividades gerarem economias de custos, devemos considerar sua eliminação, visando buscar a competitividade para empresa.

Cadeia de valores é a forma sistemática para o exame de todas as atividades relevantes e independentes executadas por uma organização, e do modo como interagem interna e externamente ao ambiente. Shiozawa (2005, p. 60).

Dessa forma as atividades dessa cadeia influem significativamente no desempenho, afetando a produtividade e eficácia dos procedimentos de geração de exames.

Maier (2001, p.47) relata que, “uma abordagem para ganhar vantagem estratégica é identificar onde, na cadeia de valor, sua companhia tem investido recursos que os concorrentes não podem acompanhar”.

Aliados aos processos de GEC, utilizando o conceito de cadeia de valor – atividades que na percepção dos clientes, adicionam utilidade aos produtos e serviços que eles adquirem – e informações a respeito dos custos das atividades, as companhias podem identificar vantagens estratégicas no mercado em que atuam. (MAHER, 2001, p. 47).

Segundo Porter (2000, p. 9), “uma unidade empresarial pode desenvolver uma vantagem competitiva sustentável com base no custo ou na diferenciação, ou em ambos”.

As estratégias diferem nos diferentes tipos de organizações e os controles devem ser talhados para atender as exigências das estratégias específicas.

Conceito de estratégia abordado por Shank e Govindarajan (1999, p. 117),

Processo através do qual os gestores, usando uma projeção de três a cinco anos, avaliam as oportunidades ambientais externas assim como a capacidade e os recursos internos a fim de decidirem sobre as metas e sobre um conjunto de planos de ação para realizar as metas.

O conceito da gestão estratégica de custos é definido por Shank e Govindarajan (1999, p. 4), como uma análise de custos vista sob um contexto mais amplo, em que os elementos estratégicos tornam-se mais conscientes, explícitos e formais. E os dados de custos são usados para desenvolver estratégias superiores a fim de se obter uma vantagem competitiva sustentável.

Ao se discutir o conceito da estratégia, Bacic (1998, p.214), afirma que existem dois aspectos estratégicos relevantes: a missão da empresa e a vantagem competitiva gerada. E a relação desses aspectos ganha destaque quando se adicionam elementos estratégicos as análises de custos.

De acordo com o conceito de estratégia Shank e Govindarajan (1999, p.5) formula uma visão para a administração de empresa, descrita em quatro estágios:

- a) Formular estratégias;
- b) Comunicar estas estratégias por toda a organização;
- c) Desenvolver e por em prática táticas para implementar as estratégias;
- d) Desenvolver e implementar controles para monitorar as etapas da implementação e depois o sucesso no alcance das metas estratégicas.

A postura estratégica de uma empresa depende de um processo estruturado de aprendizado e capacitação organizacional, que a direciona para a implantação de estratégias, visando a uma posição favorável de seus recursos em sua organização.

A fim de compreender profundamente a capacitação organizacional, e necessário que os dirigentes da organização dominem, pensem e atuem sistemicamente, o que significa habilitar-se na monitoração de seu ambiente organizacional.

Segundo Pagnani (2000, p. 5), a partir de um nível de evolução de planejamento, é que se pode avaliar a relevância do desenvolvimento da

informação estruturada, aos pontos de controles e decisões da estrutura empresarial, pois constituirá uma das bases do processo decisório, conforme figura 1 ilustrada abaixo.

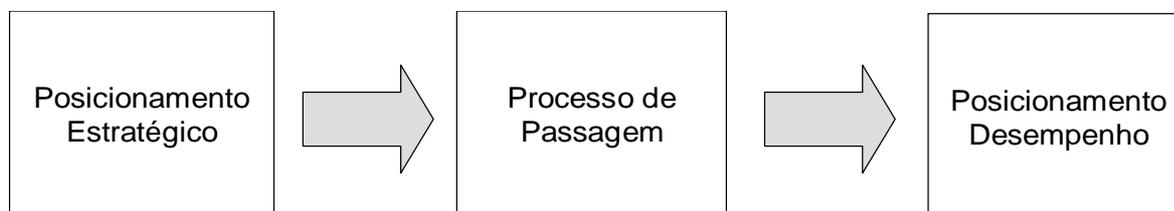


Figura 1 – Processo Decisório e Desempenho Estratégico
Fonte: Pagnani (2000)

Os sistemas de informações gerados através dos métodos de custos, e aliados aos processos decisórios da organização geram sinergias, na formulação de um posicionamento estratégico desenvolvido pela organização, que lhe permitem alcançar um desempenho superior e sustentado em relação à média da concorrência.

O novo ambiente competitivo exige que os dirigentes e gestores disponham de informações adequadas e precisas que os ajudem a tornar os processos mais eficientes e voltados ao paciente. Os progressos na atribuição dos custos e maior agilidade na geração das informações podem aperfeiçoar os tradicionais métodos de custeio, oferecendo informações mais relevantes aos gestores dos diversos níveis de responsabilidades.

E, com relação à área administrativa os médicos são os principais responsáveis pela tomada de decisões, no entanto, não possuem conhecimento adequado para essa função. Os sistemas de custos em organizações de saúde, apesar de sua fundamental importância, principalmente para a tomada de decisões gerenciais, encontram-se, na maioria destas organizações, defasados, precários, desatualizados ou até mesmo são inexistentes. (SOUZA; 2006, p.12)

Dentro das habilidades exigidas dos novos gestores, quanto ao tratamento evolutivo dos métodos de custeio ou de custos, estes devem integrar as informações de custos dentro do sistema de gestão, como um subsistema de

informação, cujo produto (preços, custos unitários e desempenhos), deve ser tratado como informações interdependentes aos sistemas de gestão, fornecendo elementos chaves ao processo decisório da organização.

A evolução de métodos e técnicas de custos com o objetivo de suprir as necessidades da administração ou gestão de custos depende da habilidade com que serão disseminadas e incorporadas nos diferentes âmbitos da empresa, segundo seus estágios evolutivos – dirigentes – e de seus objetivos de desempenho sustentado e superior.

Segundo Pagnani (2000, p. 8), ao se relacionar os elementos de custos à eficácia, estes dependem do estágio da habilidade decisória na organização por envolver decisões de três elementos: valor, preços e custos, que constituem os três pilares do controle e avaliação do desempenho dos resultados.

2.2 Contabilidade gerencial e custos

A contabilidade gerencial e custos que nas últimas décadas, era vista como mera provedora de informações a cerca de avaliação de estoques e apuração de resultado, que só ao longo do tempo, passou a exercer vital importância, no auxílio das missões de controle e ajuda a tomada de decisão.

A primeira preocupação dos contadores foi a de fazer da contabilidade gerencial de custos uma forma de resolver seus problemas de mensuração monetária dos estoques e do resultado, não a de fazer dela um instrumento de administração.

Os sistemas tradicionais de mensuração dos custos dos produtos estão fornecendo informações distorcidas. Eles falham em atribuir com exatidão os crescentes custos indiretos requeridos para projetar, produzir, vender e entregar produtos e serviços. Os gerentes precisam medir o custo e a rentabilidade dos seus produtos, segmentos de mercado e clientes. Eles necessitam de sistemas

operacionais de controle que irão realçar a melhoria de custos e de qualidade (KAPLAN et al. 1997, p. 18).

Segundo Beulke (2000, p. 14), afirma que a quase totalidade das instituições de saúde no país desconhece a sua estrutura de custos para estabelecer os preços dos seus serviços. Como desconhece o seu custo, as instituições estabelecem na absoluta maioria das vezes preços arbitrários, obtidos em tabelas genéricas, de terceiros, de associações de classe, ou outra fonte qualquer.

O desconhecimento dos custos próprios desenvolve em qualquer empreendedor um instinto de proteção, para não incorporar perdas. A consequência disso é o estabelecimento, de valores de serviços absolutamente fora da realidade, o que implica redução de competitividade e como consequência de receita.

Afirma Beulke e Bertó (2000, p. 14), “que as instituições de saúde só conseguirão negociar preços e seus respectivos reajustes com os planos de saúde a partir da apresentação de uma sólida estrutura do custo de cada serviço”.

De um modo geral constata-se que as instituições de saúde se constituem em grandes desperdiçadoras de recursos. Esse desperdício, na absoluta maioria dos casos verificados, resulta diretamente da inexistência de um sistema técnico, detalhado e consistente de custos e, portanto, num desconhecimento e conseqüente despreocupação com eles. (BEULKE; BERTÓ, 2000, p. 15).

Segundo Kaplan (1998, p. 12), as principais empresas estão utilizando sistemas de custeio aperfeiçoados para:

- Projetar produtos e serviços que correspondam às expectativas dos clientes e possam ser produzidos e oferecidos com lucro;
- Sinalizar onde é necessário realizar aprimoramentos contínuos ou descontínuos (reengenharia) em qualidade, eficiência e rapidez;
- Auxiliar funcionários ligados a produção nas atividades de aprendizado e aprimoramento contínuo;

- Orientar o mix de produtos e decidir sobre investimentos;
- Escolher fornecedores;
- Negociar preços, características dos produtos, qualidade, entrega e serviço com clientes;
- Estruturar processos eficientes e eficazes de distribuição e serviços para os mercados e públicos alvo.

Os sistemas tradicionais de custeio de acordo com Martins, E. (2003, p. 298), vêm perdendo relevância por não atender, em muitos casos, adequadamente as necessidades informativas dos gestores nesse novo ambiente de negócios. As principais deficiências nesses sistemas tradicionais são as seguintes:

- a) Distorções no custeio dos produtos, provocados por rateios arbitrários dos custos indiretos quando do uso dos custeios que promovem tais rateios;
- b) Utilização de reduzido número de bases de rateio;
- c) Não mensuração dos custos da não qualidade, provocados por falhas internas e externas tais como retrabalho e outras;
- d) Não segregação dos custos das atividades que não agregam valor;
- e) Não utilização do conceito de custo-meta ou custo alvo;
- f) Não consideração das medidas de desempenho de natureza não financeira, mais conhecidas como indicadores físicos de produtividade.

Conforme Kaplan e Cooper (1998, p. 13), as empresas precisam de sistemas de custeio para realizar três funções principais:

- Avaliar os estoques e medir o custo dos bens vendidos para a geração de relatórios financeiros;
- Estimar as despesas operacionais, produtos, serviços e clientes;
- Oferecer feedback econômico sobre a eficiência do processo a gerentes e operadores.

No passado as empresas se valiam de um único sistema de custeio, a fim de obterem suas informações de gestão, hoje isso não é possível. Os sistemas de custeio tradicionais continuam sendo adequados para a geração de relatórios financeiros.

Para Kaplan (1988, p. 61), muitas companhias agora reconhecem que seus sistemas de custos são inadequados para enfrentar a poderosa competição de hoje, e os sistemas desenvolvidos principalmente para valorização dos estoques, relatórios financeiros e impostos, não são adequados para gerenciar as informações com exatidão, eles precisam desenvolver informações e mensurar custos dos produtos com maior eficiência.

Ainda segundo Kaplan (1988, p. 61), porque tantas companhias estão tendo tantas dificuldades com seus sistemas de custos? Pois seus gestores de custos não têm reconhecido que seus sistemas precisam atender a três requisitos: valorização dos estoques, controles de processos e mensurar custos dos produtos.

Funções	Frequência	Grau de Alocação	Escopo do Sistema	Natureza da Variabilidade	Grau de Objetividade
Valorização dos Estoques	Mensal ou trimestral	Conjunto	Custos de fabricação	Irrelevante	Alto
Controles de Processos	Diário, por unidade de trabalho completada	Nenhum	Centro de responsabilidade	No curto prazo, variável e fixo	Alto
Mensuração dos Custos de Produto	Anualmente e nos pontos de maior variação	Amplamente abrangendo			

Amplamente abrangendo
 1(Ap1,15 Th0.72 -0.78u6.83Ttos)Tj0.92oa66 035 3.45 4sTtos

O quadro 1 retrata as diferentes funções e níveis de exigências que os sistemas de custos atuais devem atingir como meta. Além de gerar informações para valorização dos estoques e atender a legislação em vigor, o sistema de custeio deve concomitantemente, fornecer dados para gerenciamento dos processos e mensuração de seus custos. Determinar o grau de responsabilidade bem como demonstrar e gerenciar as ocorrências e variações examinadas por unidades de negócios.

Os sistemas de custos atuais e seus gestores perceberam que os conceitos e sistemas até então utilizados necessitavam de mudanças, e que a contabilidade de custos vem sofrendo a transição para uma análise gerencial.

De acordo com Pereira (2002, p. 53), “a contabilidade gerencial tem uma utilidade interna e fornece informações aos gestores a fim de melhor gerenciar a instituição. Como uma empresa é estruturada de forma hierárquica, a contabilidade gerencial deve atender a todos esses seguimentos”.

Os informes gerenciais constituem um conjunto de dados, esses dados podem ser transformados de forma que forneçam as informações desejadas pelos gestores, a fim de tomarem suas decisões em suas áreas de atuação.

Segundo Backer e Jacobsen (1979, p.2), corroborando as afirmações citadas, os custos coletados nas contas servem a três finalidades principais:

- a) Fornecem dados de custo para a medição dos resultados e a avaliação dos estoques;
- b) Fornecem informações aos dirigentes para o controle das operações e atividades da empresa, através dos relatórios de controle;
- c) Fornecem informações para o planejamento da direção e a tomada de decisão, através das análises e estudos.

2.2.1 Departamentalização

Departamento é a unidade mínima administrativa para a contabilidade de custos, representada por pessoas ou máquinas, em que se desenvolvem atividades homogêneas, onde se apresenta a figura do responsável para cada departamento. Os departamentos podem ser divididos em dois grupos: os que promovem modificação sobre o produto diretamente, ou departamentos de produção, enquanto o segundo visa basicamente a execução de serviços auxiliares, conhecidos como departamento de serviços. (MARTINS, E., 2003, p. 65).

Segundo o conceito de unidade de responsabilidade, os centros são estabelecidos segundo a divisão hierárquica da instituição, assim o organograma é, nesse caso, a principal fonte de referência para proceder a divisão setorial pretendida.

A departamentalização ocupa uma posição de destaque no desenvolvimento dos sistemas de custeio tradicionais, entende-se como tal a divisão da empresa em locais de ocorrência de custos, onde a denominação técnica adotada para definir esses locais é a de “centros de custos”.

Num conceito mais recente de gestão participativa, essa denominação tem merecido um aprimoramento. Assim os locais que geram somente custos continuam com a sua denominação tradicional. Já os locais que também geram receitas passam a ser denominados “centros de resultado”, constituindo unidades de negócio autônomas. (BEULKE; BERTÓ, 2000, p. 48).

Na área hospitalar, clínicas e saúde em geral, essa nova conceituação de centros de resultado, parece adequar-se muito bem, devido a multiplicidade de serviços/procedimentos/exames, etc.

2.3 Definição de custo, despesa, gasto, investimento e perda

Os custos devem ser distinguidos das despesas e das perdas, neste tópico trataremos de definir e diferenciar seus conceitos.

Custos

De acordo com Horngren, Data e Foster (2004, p. 26) custos é definido como um recurso sacrificado ou renunciado para conseguir um objetivo específico. Um custo é normalmente medido como a quantia monetária que precisa ser paga para adquirir bens ou serviços.

Martins, E. (2003, p. 25) “cita custo como gasto a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços”.

Ainda segundo Martins, E. (2003) o custo é também um gasto, só que reconhecido como tal, isto é, como custo, no momento da utilização dos fatores de produção (bens e serviços), para a fabricação de um produto ou execução de um serviço.

Despesas

De acordo com Martins, E. (2003, p. 25), despesa é um bem ou serviço consumido direta ou indiretamente para obtenção de receitas. As despesas são itens que reduzem o patrimônio líquido e que têm essa característica de representar sacrifícios no processo de obtenção de receitas.

Segundo Backer e Jacobsen (1979, p. 4) “as despesas são custos que foram aplicados contra as receitas de um determinado período”.

As despesas operacionais incorridas constituem de um esforço da empresa, no sentido de vender seus produtos e serviços, e financiar as operações. Os principais grupos de despesas são:

- Despesas administrativas;
- Despesas de vendas;
- Despesas financeiras.

Gasto

Conforme Martins, E. (2003, p. 24) gasto representa a compra de um produto ou serviço qualquer, que gera sacrifício financeiro para a entidade (desembolso), sacrifício esse representado por entrega ou promessa de entrega de ativos (normalmente dinheiro).

Ainda conforme Martins, E. (2003), é um conceito extremamente amplo e que se aplica a todos os bens e serviços adquiridos; assim, temos gastos com a compra de matérias- primas, gastos com mão-de-obra, tanto na produção como na distribuição, gastos com honorários da diretoria, gastos na compra de um imobilizado etc. Só existe gasto no ato da passagem para a propriedade da empresa do bem ou serviço, ou seja, no momento em que existe o reconhecimento contábil da dívida assumida ou da redução do ativo dado em pagamento.

Investimento

Conforme Martins, E. (2003, p. 25), “investimento é o gasto ativado em função de sua vida útil ou de benefícios atribuíveis a futuro(s) período(s)”.

Os sacrifícios havidos pela aquisição de bens e serviços presentes no ativo da empresa para baixa ou amortização quando de sua venda, de seu consumo, de seu desaparecimento ou de sua desvalorização são denominados de investimentos.

Perda

As perdas são inerentes aos processos produtivos, e que não representam sacrifícios financeiros com a finalidade de obtenção de receitas.

De acordo com Backer e Jacobsen (1979, p. 4), “as perdas são redução do valor patrimonial de uma empresa, excluídas as decorrentes de retiradas dos proprietários, para as quais não foi recebido nenhum valor compensante”.

Para Martins, E. (2003, p. 26), “ são bens e serviços consumidos de forma anormal e involuntária.

Existem, porém perdas que são estimadas em muitos processos produtivos de bens e serviços, e transferidas ao custo final do produto e serviço. Porém as perdas involuntárias e anormais não são visíveis nos demonstrativos financeiros das entidades.

2.4 Classificação dos custos

A questão a ser observada quanto à classificação dos custos, esta ligada a complexidade em relação a sua apropriação aos produtos ou serviços.

Examinando algumas contas de custos, logo podemos observar que alguns custos baseados em unidades de medida (metros, quilogramas e unidades) podem ser facilmente apropriados aos produtos, onde se denomina custos diretos.

Por outro lado existem desafios maiores que exigem algum critério de rateio ou apropriação aos produtos e serviços, não oferecendo uma apropriação direta, denominado custos indiretos.

Os sistemas de custeio consideram dois tipos básicos de padrão de comportamento de custos encontrados em muitos sistemas contábeis: o custo variável e o custo fixo.

Custos diretos

Segundo Horngren, Data e Foster (2004, p. 26), são relativos ao objeto de custo em particular, e podem ser rastreados para aquele objeto de custo de forma

economicamente viável (de custo eficaz). Por exemplo, um custo de garrafas ou latas para uma empresa de refrigerante é custo direto.

De acordo com Bertó e Beulke (2006, p. 22), “custos e despesas diretas devem ser identificados diretamente em cada unidade vendida”.

E de acordo com Ching (2001, p. 17), “os custos diretos podem ser diretamente apropriados a um objeto de custos, bastando haver uma medida objetiva de consumo”.

Custos indiretos

Horngrén, Data e Foster (2004, p. 27), são relativos ao objeto de custo em particular, mas não podem ser rastreados para aquele objeto de custo de forma economicamente viável (de custo eficaz). Por exemplo, os salários dos supervisores que inspecionam a produção de muitos produtos diferentes.

Segundo Martins, E. (2003, p. 49), são custos que não oferecem condição de uma medida objetiva e qualquer tentativa de alocação tem de ser feita de maneira estimada e muitas vezes arbitrária, como: aluguel, salários da supervisão e chefias etc.

Custos variáveis

Horngrén, Data e Foster (2004, p. 28), “define que o custo variável muda no total em proporção às mudanças no nível relativo de atividade ou volume total”.

Com base no exemplo apontado por Horngrén nos custos fixos, as garrafas e latas consumidas na produção de refrigerantes, constituem também custos variáveis, pois variam em função das quantidades produzidas.

Segundo Bertó e Beulke (2006, p. 23), “o foco dos custos variáveis está mais relacionado com o volume vendido. Constituem valores que se modificam em relação direta com o volume vendido”.

De acordo com Martins, E. (2003, p. 49), o valor global de consumo dos materiais diretos por mês depende diretamente do volume de produção. Quanto maior a quantidade produzida, maior seu consumo. Dentro, portanto, de uma unidade de tempo, o valor do custo com tais materiais varia de acordo com o volume de produção; logo, materiais diretos são custos variáveis.

Custos fixos

Segundo Horngren, Data e Foster (2004, p. 28), “o custo fixo permanece inalterado no total por um dado período de tempo, apesar de mudanças amplas no nível relativo de atividade ou volume total”.

E de acordo com Bertó e Beulke (2006, p. 23), a característica dos custos fixos é de se manter inalterados face ao volume de atividade, dentro de certos limites de capacidade, ou seja, não se modificam em razão do crescimento ou da retração do volume dos negócios dentro desses limites.

Martins, E. (2003, p. 50), exemplifica que o aluguel da fábrica em certo mês é de determinado valor, independentemente de aumentos ou diminuições naquele mês do volume elaborado de produtos. Por isso, o aluguel é um custo fixo.

2.5 Métodos de custeio

Regonha (2005, p. 9) “define método como um conjunto de etapas coordenadas entre si com o objetivo de formar o todo”. Com Base nessa definição o autor conclui que um método de custos é uma metodologia que coleta, processa, interpreta, e analisa os dados para obter o custo do serviço ou produto.

De acordo com Beulke e Bertó (2000, p. 40) método é um conjunto de procedimentos adotados numa empresa para calcular algo; sistema constitui uma metodologia aplicada ao desenvolvimento do cálculo de custos.

Segundo Martins, E. (2003, p. 357) método não é somente um conjunto de normas, fluxos, papéis, rotinas, mas um conjunto de pessoas. O sucesso do método está diretamente ligado ao pessoal que o alimenta e o faz funcionar.

Com relação à decisão de qual modelo utilizar, depende do usuário final da informação, o qual deverá tomar as decisões pertinentes a cada situação.

Os métodos de custeio mais usualmente conhecidos são: custeio direto ou variável, custeio por absorção ou RKW e custeio por atividade ou ABC.

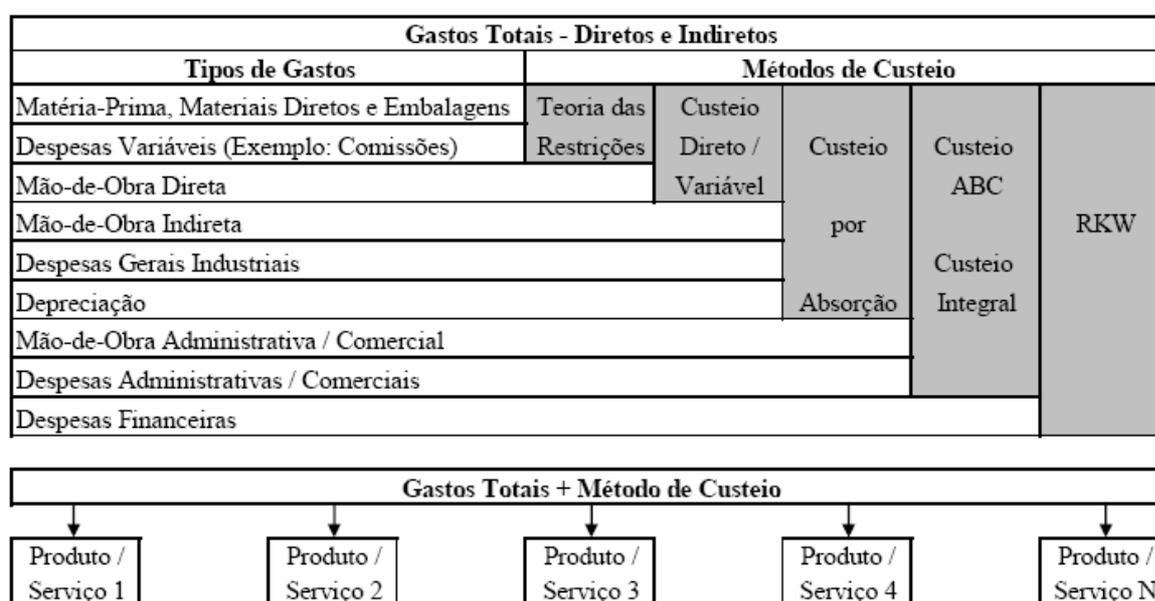


Figura 2 – Métodos de Custeio

Fonte: Padoveze (2003, p.327)

A figura 2, representa esquematicamente os métodos de custeio de acordo com Padoveze, onde descreve os gastos diretos e indiretos e sua relação com os métodos de custeio.

Custeio direto ou custeio variável

O método de custeio direto ou variável consiste em atribuir aos custos de produção do período apenas os custos variáveis incorridos. Os custos fixos

recebem um tratamento diferenciado, sendo transferidos diretamente para a conta de resultado, pois independentemente dos volumes produzidos os custos fixos deverão ser pagos pela entidade.

Segundo Martins, E. (2003, p. 198), no custeio variável, só são alocados aos produtos os custos variáveis ficando os fixos separados e considerados como despesas do período, indo diretamente para o resultado; para os estoques só vão, como consequência, custos variáveis.

O método apura somente o custo variável dos produtos, das mercadorias ou dos serviços, ou seja, aqueles relacionados ao volume de produção, evitando dessa forma às subjetividades a base de critérios de rateio, decorrentes da alocação dos custos fixos de produção, bem como a distribuição de despesas administrativas e comerciais comuns aos produtos.

O custeio variável é largamente utilizado para as questões decisórias por propiciar mais rapidamente informações vitais à empresa.

Ching (2001, p. 32), reforça que o custeio variável é um instrumento mais útil no processo decisório, porque os dados são apresentados de tal forma que se consegue simular o que irá ocorrer se forem alteradas as premissas de volume, custos e preços. Porém ele elucida algumas desvantagens da aplicação deste método, levando-se em conta que o método desconsidera alguns custos semivariáveis e a separação destes em parcelas fixas e variáveis, e gera uma subavaliação do custo do produto para efeito de estoques.

Segue algumas características do método:

- não aceito pela legislação na avaliação de estoques no país;
- eminentemente gerencial, muito flexível, é um sistema que facilita a estratégia de preços em termos de competitividade para a empresa;

- não permite visualização individualizada do resultado dos produtos, das mercadorias ou dos serviços, mas exige planejamento das relações custos/ volumes/ margens;
- voltado ao enfoque mercadológico da empresa.

Principais pontos apontados para sua utilização:

- melhor controle sobre os custos dos produtos em determinado período e avaliação de desempenho;
- o incremento ou diminuição de inventários não afeta o lucro líquido;
- possibilita mais clareza no planejamento do lucro na tomada de decisões.

Vejamos a seguir algumas desvantagens desse método:

- ferem os princípios contábeis;
- alteram o resultado do período;
- acarretam subavaliação dos estoques por excluir os custos fixos gerais de produção;
- o descuido de incluir nos preços dos produtos a recuperação dos custos fixos pode afetar o planejamento de longo prazo.

Margem de contribuição

Os custos variáveis são claramente identificados aos produtos, já os custos fixos existem independentemente dos produtos ou volumes, todavia, o custo fixo unitário depende diretamente da quantidade produzida, quanto maior a produção menor o custo fixo unitário e vice-versa.

Um produto traz para a instituição uma receita e provoca obrigatoriamente um custo variável, porém qualquer parcela de custo fixo, que queira imputar, não

será existente apenas se houver a produção ou venda deste produto, existirá independente dele. Chega-se assim ao conceito de margem de contribuição por unidade, que é a diferença entre a receita e o custo variável de cada produto, é o valor que cada unidade efetivamente traz à empresa. A sobra entre a receita e o custo que de fato provocou e lhe pode ser imputado sem erro (MARTINS, E., 2003, p. 179).

A margem de contribuição, decorre do confronto entre o preço de venda e custo variável do produto.

Por exemplo, admita-se a existência de dois produtos (A e B) com as seguintes composições:

Tabela 1 – Margem de Contribuição

Produto	A	B
Preço de venda	\$ 1,00	\$ 1,00
(-) Custo variável	\$ 0,50	\$ 0,60
= Margem de contribuição	\$ 0,50	\$ 0,40

Fonte: Bertó e Beulke (2006, pg. 216)

O produto A apresenta uma margem melhor que o produto B. Ambos propiciam, na realidade, a mesma receita por unidade vendida. Para cada \$ 1,00 que ingressa do produto A, no entanto, 50% se tornam disponíveis para auxiliar na cobertura dos custos fixos e na formação do resultado da empresa. Já o produto B propicia somente 40% por unidade para essa finalidade. (BERTÓ; BEULKE, 2006, p. 216).

Nessa forma de demonstração, não existe o lucro por produto, mas sim a margem de contribuição, os custos fixos são deduzidos da soma de todas as margens de contribuição, já que os custos fixos são estruturais não alocados aos produtos e sim ao resultado global da entidade, conforme demonstrado:

Tabela 2 – Demonstração dos Custos Fixos na Margem de Contribuição

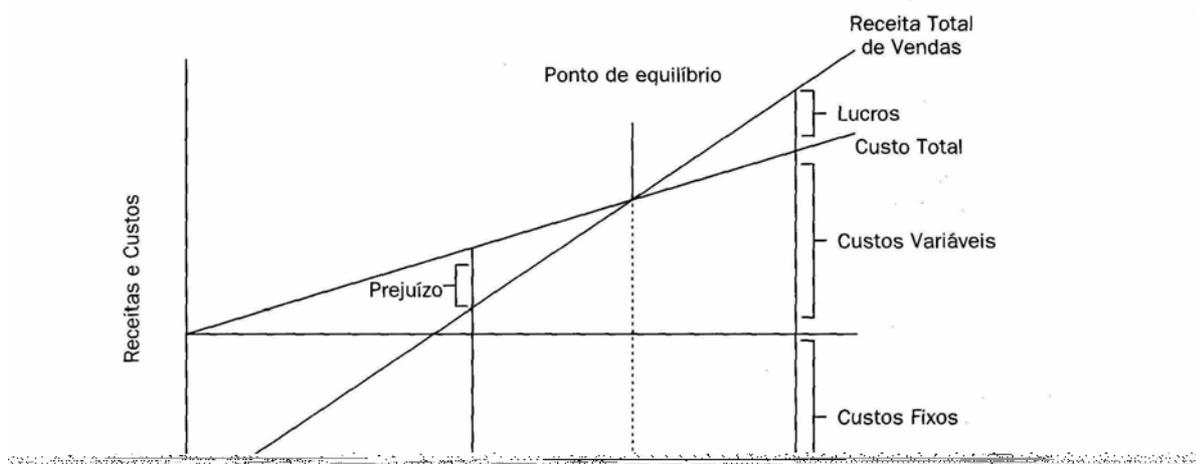
	Produto A	Produto B	Total
Vendas	1.000.000,00	1.250.000,00	2.250.000,00
(-) Custo Variável dos Produtos	(750.000,00)	(800.000,00)	(1.550.000,00)
(=) Margem de Contribuição	250.000,00	450.000,00	700.000,00
(-) Custos Fixos			(350.000,00)
(=) Resultado			350.000,00

Fonte: Elaborada pelo Autor

Vale ressaltar que a Margem de contribuição unitária tende a permanecer constante nos diversos níveis de produção. Isso permite constatar que praticamente não ocorre ingerência do nível de produção na margem de contribuição unitária. Em conseqüência, uma variação da margem, a preços de venda constantes, indica variação efetiva no valor dos insumos.

Ponto de equilíbrio

Segue abaixo a representação gráfica do ponto de equilíbrio, a fim de auxiliar no entendimento do conceito do ponto de equilíbrio descrito a seguir.

**Gráfico 1** – Representação Gráfica do Ponto de Equilíbrio

Fonte: Atkinson et al. (2000, p.195)

Conforme Atkinson et al. (2000, p.192), os administradores necessitam saber o nível de produção no qual o custo dos recursos comprometidos é coberto pelos lucros ganhos da produção e venda de bens e serviços. O nível em que o volume de vendas cobre os custos dos recursos comprometidos é chamado de ponto de equilíbrio.

A análise de custos, volume e lucro baseia-se na decomposição dos custos entre fixos e variáveis, a equação do custo pode ser escrita como segue, onde:

C = custo total

F = custo fixo

V = custo variável por serviço

Q = nível de produção em unidades

$$C = F + (V \times Q)$$

Se a produção de Q unidades é vendida ao preço de \$P por unidade, a receita de vendas totaliza \$P X Q. O lucro dessa operação para a empresa é dado pela seguinte equação:

$$\begin{aligned} \text{Lucro} &= \text{Receitas} - \text{Custos} \\ &= (P \times Q) - [F + (V \times Q)] \\ &= [(P - V) \times Q] - F \end{aligned}$$

A diferença (P - V) entre o preço e o custo variável por unidade é definida como margem de contribuição unitária.

Para determinar o ponto de equilíbrio, Q, consideramos o lucro igual a zero para obter:

$$0 = [(P - V) \times Q] - F$$

$$Q = \frac{F}{P - V}$$

Custeio por absorção

Método de incorporar os custos em sua maioria indiretos, segundo critérios mais racionais possíveis aos diferentes processos de elaboração dos produtos e serviços. Este método se origina do R.K.W. alemão, cuja metodologia envolve etapas de construção das bases técnicas, específicas para cada empresa, as quais permitem o rateio e apropriação dos custos aos processos e produtos. (PAGNANI,2006)

De acordo com Horngren, Data e Foster (2004, p.270), “custeio por absorção é um método de custeio do produto em que todos os custos fixos de produção são incluídos como custos do produto. Ou seja, o produto absorve todos os custos de produção”.

Segundo Martins, E. (2003, p.37), custeio por absorção consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços feitos.

O custeio por absorção é o método derivado da aplicação dos Princípios Fundamentais de Contabilidade, os auditores externos tem-no como básico.

Características:

- legalmente aceito no país para efeitos de avaliação de estoques. É o método adequado para a apuração do resultado no enfoque da contabilidade de custos;
- muito inflexível para efeitos gerenciais de estratégia de preços em situações competitivas mais intensas ou de recessão de demanda;
- demonstra uma ilusória segurança, pois, à medida que todos os custos e as despesas são apropriados aos produtos, às mercadorias ou aos serviços, há uma aparente garantia de que o preço de venda apurado assegure sua integral cobertura propiciando o resultado almejado;

- encontra razoável aceitação por parte da área de produção da empresa.

A legislação do imposto de renda no Brasil torna o método de custeio por absorção obrigatório no país

Ainda segundo Horngren, Data e Foster (2004, p. 270), no custeio por absorção todos os custos variáveis de produção são custos do produto e todas as não produções na cadeia de valores (como pesquisa e desenvolvimento e marketing), sejam elas variáveis ou fixas, são gastos do período e registrados como despesas quando incorridas.

Segue na figura 3 a representação do fluxo do processo no método de custeio por absorção para empresas de serviços, que consiste em apropriar os custos variáveis e fixos do processo, como custo dos serviços prestados, obtendo o lucro bruto, a as despesas lançadas na linha seguinte, gerando o lucro operacional.

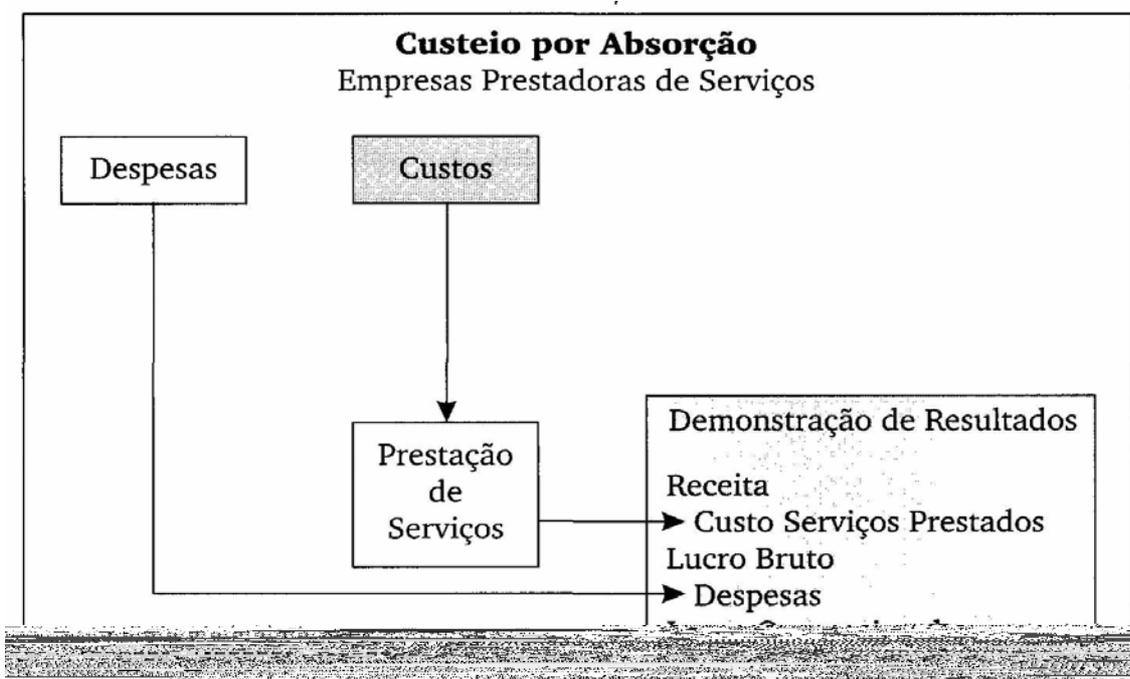


Figura 3 – Fluxo de Custeio por Absorção

Fonte: Martins, E. (2003, p. 38)

- os gastos são alocados, um a um a seus respectivos centros de custos;
- em seguida dos centros de custos aos produtos diretamente.

O método de custeio por absorção pleno possui sua origem, no sistema de custeio RKW.

De acordo com Ludícibus, Martins e Gelbcke (2003, p. 344), RKW é a abreviação da expressão alemã Reichskuratorium Für Wirtschaftlichkeit, esse método consiste em ratear, aos produtos, todos os gastos da empresa; não só custos, mas também despesas comerciais, administrativas e até mesmo as despesas financeiras e os juros sobre o capital próprio são incluídos.

O sistema de custo por absorção constitui base importante, para a estruturação de um sistema de informações para implantação de uma contabilidade de custos. Podendo também, constituir fundamento para o planejamento de um sistema de orçamento de custos e despesas departamentais. (PAGNANI, 2006)

As técnicas desse rateio são semelhantes, as utilizadas pelos demais sistemas de custeio, principalmente, quando tratamos das formas tradicionais de apropriação dos custos indiretos de produção, ou seja, tudo com base na alocação dos custos e despesas aos diversos departamentos da empresa para depois ir-se procedendo às várias séries de rateio de forma que, ao final, todos os custos e despesas estejam recaindo exclusivamente sobre os produtos.

Custeio por atividade ou ABC

Conforme Nakagawa (1994, p. 32), o método de custeio baseado em atividades (ABC – Activity Based Costing) vem merecendo maior atenção por parte dos profissionais, acadêmicos e pesquisadores, pela possibilidade que ele oferece de se aperfeiçoar a análise de custos tradicional.

Ainda segundo Nakagawa a melhoria nos métodos de custos tradicionais, poderá contribuir para o enriquecimento de sistemas de informação desenhados tanto para a gestão da competitividade, como para a gestão econômica das empresas.

Martins, E. (2003, p. 87), “em sua abordagem inicial sobre o método ABC, comenta que é um método de custeio que procura reduzir sensivelmente as distorções provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos”.

Conforme afirma Martins, E. (2003, p. 286), “o ABC é, na realidade, uma ferramenta de gestão de custos, muito mais do que de custeio de produtos”.

De acordo com Nakagawa (1994, p. 39), no método de custeio baseado em atividades ou ABC, assume-se como pressuposto que os recursos de uma empresa são consumidos por suas atividades e não pelos produtos que ela fabrica. Os produtos surgem como consequência das atividades consideradas estritamente necessárias para fabricá-los e/ou comercializá-los, e como forma de se atender a necessidades, expectativas e anseios do cliente.

Para Nakagawa (1994, p. 42), atividade é um processo que combina, de forma adequada, pessoas tecnologia, materiais, métodos e seu ambiente, tendo como objetivo a produção de produtos. Entretanto, a atividade não se refere apenas a processos de manufatura, mas também à produção de projetos, serviços e ações de suporte a processos.

Num sistema de custeio ideal todos os custos deveriam ser diretamente identificáveis com as atividades, mas à medida que aumentam as inovações tecnológicas, os custos tendem a ser cada vez mais indiretos, daí a necessidade de se identificar os custos com suas atividades.

Segundo Horngren, Data e Foster (2004, p. 131), o ABC aprimora um sistema de custeio ao considerar as atividades individuais como objetos de custo fundamentais. O sistema ABC calcula os custos das atividades e atribui custos para

os objetos de custo, como os produtos ou serviços com base nas atividades necessárias para produzir cada produto ou serviço.

O método de custeio variável pode ser utilizado conjuntamente com o sistema ABC, pois o primeiro atende ao sistema de acumulação para fins contábeis, e visa dar maior flexibilidade à análise de custos para controle e tomada de decisão, enquanto o ABC possibilita melhor análise de sensibilidade das relações entre custo, volume e lucro.

A figura 4 ilustra os métodos de custeio tradicional e o ABC, onde os recursos no primeiro são rateados e posteriormente alocados a centros de custos, que posteriormente somados aos custos indiretos de fabricação, determinando os custos de fabricação. Já no segundo método os recursos são consumidos por suas atividades e não produtos que fabrica. Os produtos surgem como consequência das atividades consideradas necessárias para fabricá-los.

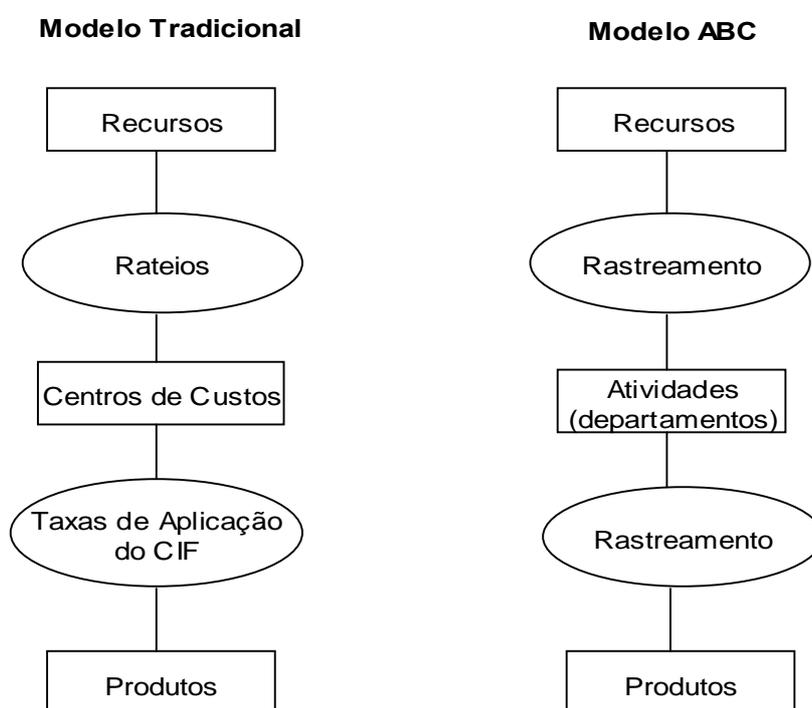


Figura 4 - Esquema dos Modelos Tradicionais de Custos Versus ABC

Fonte: Nakagawa (1994)

2.6 O Custo como elemento do planejamento e controle do desempenho

O objetivo deste capítulo é explanar sobre os fundamentos do planejamento e controle.

Planejamento

O conceito de Ackoff (1975, p. 1), sobre planejamento pode ser expresso na seguinte frase:

“Planejamento é a definição de um futuro desejado e de meios eficazes de alcançá-lo”.

O ato de planejar é nitidamente um processo de tomada de decisão, que pode consistir de três formas: o planejamento precede a ação, consiste no conjunto de decisões interdependentes e visa estados futuros desejados.

Segundo Ackoff (1975, p. 4), o planejamento pode ser dividido em partes, que consiste de um conjunto de decisões interdependentes, como:

- Fins – especificação de objetivos e metas.
- Meios – escolha de políticas, programas, procedimentos e práticas através dos quais se tentará atingir os objetivos.
- Recursos – determinação dos tipos e quantidades de recursos necessários, como eles devem ser gerados e obtidos.
- Implantação – determinação de procedimentos para a tomada de decisão e de maneira de organizá-los para que o plano possa ser executado.
- Controle – determinação de procedimentos para antecipar ou detectar erros no plano ou falhas na sua execução.

Segundo Atkinson et al. (2000, p. 567), “o resultado do planejamento é o projeto e a implementação dos processos específicos, que a usa para levar a cabo suas estratégias”.

Ao se elaborar um processo de planejamento, diversas questões de projeto precisam ser consideradas. Não existem respostas únicas sobre as escolhas de projeto; ao invés disso, as respostas dependem da missão que estiver sendo executada pela unidade de negócios. Quando o ambiente é incerto, o processo de planejamento é especialmente importante. (SHANK; GOVINDARAJAN, 1999, p. 121).

A responsabilidade do planejamento é definir a relação que a empresa desenvolverá com os clientes, funcionários, fornecedores e acionistas.

Nas instituições, o planejamento descreve-se como um processo administrativo que possibilita aos gestores, tendo como base o desenvolvimento de cenários, avaliar, antecipadamente, os impactos de algumas decisões que podem ser tomadas pela alta administração sobre os resultados.

Controle

A gestão e o controle de custos se tornam mais significativos no contexto da estratégia específica, visando adquirir vantagens competitivas que influenciem no processo de decisão pelos dirigentes das entidades.

“O papel do controle gerencial realmente depende da estratégia que estiver sendo seguida, e os eficazes sistemas de gestão de custos diferenciam-se de acordo com a estratégia”. (SHANK; GOVINDARAJAN, 1999, p.136).

Todas as decisões, tomadas durante o planejamento ou as operações normais, deveriam estar sujeitas a controle.

Segundo Atkinson et al. (2000, p. 581), controle é o conjunto de métodos e ferramentas que os membros da empresa usam para mantê-la na trajetória para alcançar seus objetivos. Três papéis importantes dos contadores gerenciais são:

- Ajudar uma empresa a ficar sob controle;

- Identificar quando o processo está fora de controle;
- Dar suporte à aprendizagem da empresa.

O processo de manter uma empresa sob controle envolve cinco passos:

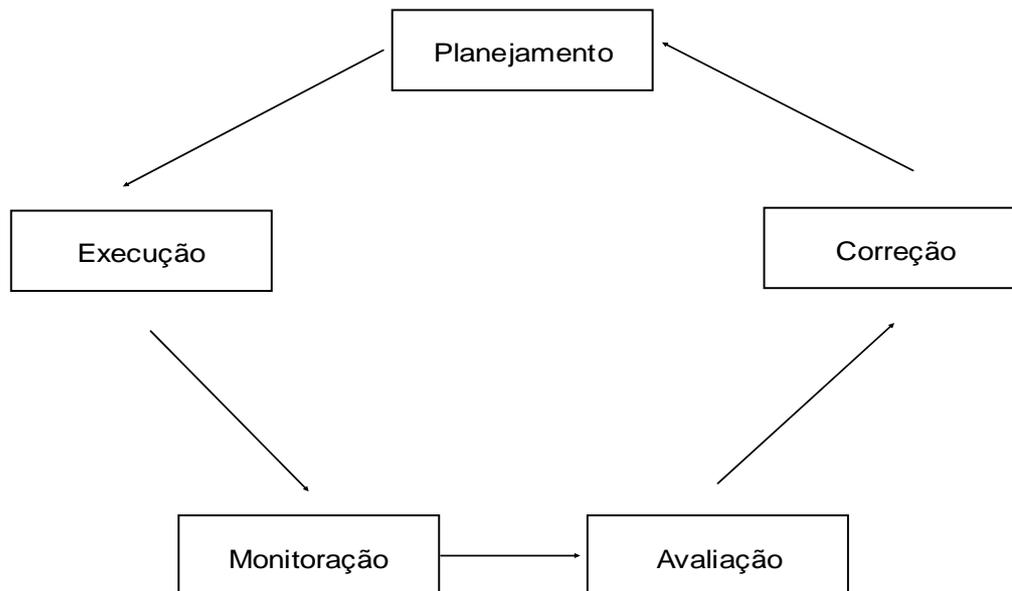


Figura 5 – O Ciclo do Controle

Fonte: Atkinson et al. (2000, p. 582)

Conforme demonstrado os passos são assim descritos:

- Planejar – consiste no desenvolvimento dos objetivos primários e secundários da empresa e na identificação dos processos que o completam.
- Executar – consiste em implementar o plano.
- Monitorar – consiste em mensurar o nível atual de desempenho do sistema.

d) Avaliar – consiste na comparação do nível atual de desempenho do sistema para identificar qualquer variância entre os objetivos do sistema e o desempenho efetivo e decidir sobre ações corretivas.

e) Corrigir – consiste na realização de qualquer ação corretiva necessária para trazer o sistema sob controle.

Para Ackoff (1975, p. 78), “Planejar é tomar decisões. Controlar e avaliar as decisões, desde que tenham sido implantadas”. O processo de decisão envolve quatro etapas:

- a) Prever os resultados de decisões na forma de medidas de desempenho.
- b) Reunir informações sobre o desempenho real.
- c) Comparar o desempenho real com o previsto.
- d) Verificar quando uma decisão foi deficiente e corrigir o procedimento que a produziu e suas conseqüências, quando possível.

Baseado nos conceitos descritos é possível entender o estreito relacionamento que os autores fazem sobre o planejamento e controle, onde planejamento é dirigir o futuro e controle é manter as diretrizes pré-estabelecidas.

Definição de controle segundo Welsch (1983, p. 41), “a ação necessária para verificar se os objetivos, planos, políticas e padrões estão sendo obedecidos”.

Como conseqüência dos controles pressupõem-se o estabelecimento e a comunicação dos objetivos, planos, políticas e padrões aos administradores responsáveis pela sua realização.

O controle também exige medidas de desempenho e ações corretivas destinadas a assegurar o atingimento dos objetivos.

No que se refere à função controle, as informações de custos são relevantes em esforços relativos à redução de custos visando a melhoria dos indicadores de

desempenho, já que as instituições de saúde convivem com restrições de recursos por parte das entidades financiadoras do sistema de saúde. (MUCCINI; BRUNI; MAC-ALLISTER, 2006, p. 08)

De acordo com Atkinson et al. (2000, p. 590), a avaliação do desempenho propicia um vínculo crítico entre o planejamento, que identifica os objetivos da empresa e desenvolve as estratégias e os processos para alcançá-los, e o controle, que faz os membros da empresa mantê-la no caminho em direção ao alcance de seus objetivos.

2.7 Estudos de estratégias nas organizações

Hoje, como no passado, os dirigentes empresariais estão preocupados em tornar suas empresas mais competitivas, enquanto mantêm os custos alinhados e um desempenho superior e equilibrado, buscando obter um posicionamento sustentável no longo prazo.

Os gestores atuais consideram que parte de suas funções básicas consiste em estimular a formação de perspectivas para o futuro. As pressões externas competitivas a empresa, que exercem forte pressão a baixarem seus custos, estão forçando-as a reavaliar seus portfólios de negócios.

Os dirigentes vêm propondo novos modelos de remuneração, no sentido de conter a escalada dos custos, e buscar um crescimento de seus negócios, buscando ser cada vez mais competitivos dentro seus mercados.

No mercado de saúde dentro de um universo competitivo, as relações entre empregado e empregador, ganham uma conotação mais importante, o ser humano passa a ganhar um peso maior como ativo intangível das companhias. Uma organização de sucesso precisa manter seus colaboradores motivados e aptos a se adaptarem a essa constante busca de inovações.

Para Bortoletto et al. (2004, p.2), as empresas diante deste ambiente competitivo, precisam ter objetivos e metas claramente definidas e estratégias de como sobreviverem. As organizações não podem somente se defender das constantes pressões de mercado, mas inovar.

É muito difícil uma empresa possuir todo o conhecimento necessário para competir, o caminho pode estar em juntar o conhecimento de outras organizações, e mais especificamente no segmento da saúde, buscar parceiros interessados em desenvolver participações conjuntas em negócios por especialidade médica.

Além da análise tradicional sobre as formas mais apropriadas de sistemas de desempenho estratégico e financeiro, as questões que preocupam os gestores empresariais, levam a construções de organizações globais, focadas em concepções de formação de alianças estratégicas, parcerias e relacionamentos extensivos do negócio, e além de outras formas de obtenção de valor agregado. O valor agregado da empresa resulta, cada vez mais, da aplicação de capital intelectual do que de promover economias de escala em custos unitários.

A seguir abordaremos os modelos de associações mais fomentados e importantes para as organizações.

Alianças estratégicas

Aliança estratégica é aquela em que a associação está voltada para a conquista de melhores posições e objetivos.

As alianças estratégicas são vistas como instrumentos poderosos para alcançar os objetivos estabelecidos na missão da organização.

Mockler (1999, p. 1), define aliança estratégica como sendo, “associações importantes para ligar sócios e são formadas para aumentar seus interesses comuns. Elas podem envolver franchising e acordos de licenças, contratos de sociedade, investimentos em novas empresas ou já existentes, joint venture e consórcio.

Segundo Mockler (1999, p.2), O termo “aliança estratégica” é usado para descrever uma ampla gama de sociedades e joint ventures cooperativas. Alianças estratégicas têm três características principais:

- Duas ou mais companhias se unem para seguir um plano de metas importantes e que já foram discutidas e estão de acordo com os interesses de ambos, embora, de alguma maneira permanecendo independentes após a formação de uma aliança.
- Os sócios dividem tanto os benefícios da aliança quanto o controle sobre a performance das tarefas designadas durante a vida da aliança. Esta é a característica mais importante das alianças e aquela que as faz tão difíceis de serem administradas.
- Os sócios contribuem em uma base contínua, em uma ou mais áreas chave estratégicas (isto é, importante para eles), por exemplo, tecnologia e produtos.

Segundo Lorange e Roos (1996, p.15), “Uma forma teórica de definir alianças estratégicas é examinar a escala contínua entre, mercado e hierarquia.”

Figura 6 – Opções de Alianças Estratégicas em Termos do Grau de Integração Vertical com a Empresa-Mãe.

Fonte: Lorange e Roos (1996, p. 15)

O lado esquerdo da escala representa a integração total das atividades dentro da organização. Vários tipos de empreendimentos cooperativos formais e informais representam etapas ao longo do caminho em direção a níveis ainda menores de integração vertical. Finalmente, no lado direito da escala contínua encontramos o mercado em que somos livres para trocar bens e serviços. Não há qualquer integração vertical. As alianças estratégicas podem ser definidas como empreendimentos de risco ao longo dessa escala.

Diante desta complexidade muita empresa não tem condições de ter esse domínio completo, sobre a cadeia produtiva, principalmente as pequenas empresas com recursos financeiros e humanos extremamente limitados. A formação de alianças estratégicas pode ser utilizada como poderosa ferramenta estratégica. (BORTOLETTO et al., 2004, p. 3).

De acordo com Harbison e Pekar (1999, p. 43), “Cada empresa encontra maneiras diferentes de ampliar seus empreendimentos, fazendo desde acordos convencionais com fornecedores e prestadores de serviços até aquisições e fusões.”

A definição de Alianças estratégicas segundo Noletto (2000, p. 14)requer,

Envolvimento e cooperação entre duas ou mais entidades. Representam um meio de as instituições manterem suas estratégias individuais, apesar dos recursos limitados em algumas áreas, e fortalecendo-se ao encontrar outras organizações com as quais possam cooperar. Representam uma importante forma de cumprir a missão e atingir objetivos de transformação social.

De acordo com Harbison e Pekar (1999, p. 43),

O termo aliança pode descrever uma gama ampla de relacionamentos que se encontram dentro desses extremos, desde projetos de curto prazo, passando por relacionamentos de longo prazo entre um fornecedor e um fabricante, até amplas alianças estratégicas em que parceiros acessam as capacidades um do outro e aprendem a partir dessa troca.

Uma preocupação fundamental de cada aliança é a questão de quanto dinheiro e recursos colocar e recuperar de uma aliança estratégica. (LORANGE; ROOS, 1996, p.21).

		Alocação de recursos	
		Suficiente para operações a curto prazo	Suficiente para operações a longo prazo
Du retenção de recursos empregados	Para as empresas-mães	Acordo provisório	Consórcio
	Conserva na aliança estratégica	<i>Joint venture</i> baseada em projeto	<i>Joint venture</i> plena

Figura 7 – Modelos de Alianças Estratégicas

Fonte: Lorange e Roos (1996, p. 22)

Conforme demonstrado na figura 5, devido à criação de valor dentro da aliança estratégica, podemos também considerar dois extremos, no caso de recuperação dos recursos envolvidos. Um extremo, as empresas mãe recuperam todos os recursos produtivos que forem gerados através da aliança estratégica, provenientes dos lucros do capital investido, modelo do tipo “acordo temporário”.

No outro extremo todo o resultado gerado através de uma aliança estratégica fica retido na nova empresa, este modelo de aliança estratégica é a *joint venture*.

Características das alianças estratégicas segundo Harbison e Pekar (1999, p. 45):

- Um compromisso de pelo menos dez anos.
- Um elo baseado em participação ou compartilhamento de capacidades.
- Uma relação recíproca com uma estratégia compartilhada como ponto em comum.
- Um aumento no valor das empresas no mercado, o que coloca os concorrentes sob pressão.
- A disposição de compartilhar e alavancar capacidades essenciais.

De acordo com Amato Neto (2000, p. 42), que destaca três entre os vários e possíveis tipos de alianças:

- a) Alianças multiorganizacionais de serviços ou consórcios: nesses tipos organizações que tenham uma necessidade similar (frequentemente, empresas de um mesmo setor industrial) juntam-se, para criar uma nova entidade que venha a preencher a necessidade delas todas.
- b) Alianças oportunistas ou joint ventures: nas quais as organizações vêem uma oportunidade para obter algum tipo de vantagem competitiva imediata, por meio de uma aliança que as leve para a constituição de um novo negócio ou para a ampliação de algum já existente.
- c) Alianças de parceria que envolvem fornecedores, consumidores e funcionários: nesse tipo de aliança, há o envolvimento de vários parceiros no processo de negócio em seus diferentes estágios de criação de valor. Os parceiros, neste caso, são os vários tipos de agentes dos quais a organização depende, incluindo seus fornecedores, seus clientes e seus funcionários.

Uma aliança estratégica deve basear-se em cooperação mútua entre as partes envolvidas. É necessário criar um clima de confiança e entendimento mútuos entre os sócios. Estes sócios devem ser mutuamente realistas em relação às vantagens e desvantagens potenciais, de modo que possam criar um clima de confiança e cooperação mútuas.

De acordo com Wright Apud Bortoletto et al. (2000), Alianças estratégicas são parcerias em que duas ou mais empresas realizam um projeto específico ou cooperam em determinada área de negócios. As empresas que fazem aliança compartilham os custos, os riscos e os benefícios de explorar e arriscar as novas oportunidades de negócios.

Segundo Amato Neto (2000, p. 42) o entendimento de uma série de necessidades pode levar as empresas a buscar alianças destacando-se:

- Combinar competências e utilizar know-how de outras empresas;
- Dividir o ônus de realizar pesquisas tecnológicas, compartilhando o desenvolvimento e o conhecimento adquiridos;
- Partilhar riscos e custos de explorar novas oportunidades, realizando experiências em conjunto;
- Oferecer uma linha de produto de qualidade superior e mais diversificada;
- Exercer uma pressão maior no mercado;
- Compartilhar recursos, com especial destaque aos que estão sendo subutilizados;
- Fortalecer o poder de compra;
- Obter mais força, para atuar nos mercados internacionais.

Para Casarotto Filho e Pires (1999, p. 23), a empresa mesmo operando apenas no mercado nacional deve manter-se informada sobre as ações de seus concorrentes em todas as partes do mundo, para assim poder manter as vantagens competitivas e preservar o mercado atual.

As alianças estratégicas podem contribuir para a força competitiva da empresa, se pensarmos nas pequenas empresas que tem dificuldade de dominar toda a cadeia. As alianças podem significar uma excelente oportunidade de fortalecimento.

Finalizando alianças estratégicas, pressupõe-se uma relação de longo prazo. São definidos objetivos comuns, a duração da aliança, os termos do compromisso. A aliança envolve um comprometimento mais duradouro e de envolvimento maior entre os parceiros, um mergulho mais profundamente no universo do outro. Ocorrem transferências de tecnologia, Know-how, recursos, etc.

Parcerias

O motivo principal que deve levar uma empresa a buscar parcerias é o fortalecimento da organização frente ao mercado, quando somamos esforços e juntamos nossos conhecimentos e recursos, estamos ampliando consideravelmente nossas possibilidades de atuação.

Como retrata Noleto (2000, p. 11),

Quando falamos em parcerias é comum que perguntemos como cada parceiro manterá sua identidade em um projeto conjunto. Até onde irão a responsabilidade e os limites de cada um e como podemos trabalhar em conjunto sem perder nossa autonomia. A questão da identidade e da autonomia de cada parceiro adquire assim especial relevância.

A concepção de parceria significa uma associação em que a soma das partes representa mais que o somatório individual de seus membros, pois, por meio da parceria, há um fortalecimento mútuo para atingir um determinado objetivo.

Definição de parceria segundo Noleto (2000, p. 14),

Reunião de indivíduos para certo fim com interesses comuns; sociedade, companhia. No âmbito comercial significa toda associação em que os sócios são responsáveis apenas pela parte ou quinhão com que entraram na associação e só recebem os lucros proporcionais ao que deram.

Um aspecto importante ao falarmos em parceria é se efetuará apenas em um projeto específico ou em uma ação mais continuada, que certamente demandará planejamento integrado e conjunto.

Parceria está associada à idéia de ações mais pontuais, um projeto ou uma iniciativa conjunta. Ao pensarmos em ações conjuntas de longo prazo ou uma

associação permanente, independente de projeto específico estamos buscando uma aliança estratégica. (NOLETO, 2000)

Parceria define relações de curto prazo, relações pontuais em que as organizações se unem para um projeto comum, uma iniciativa, um evento. Organizações podem ser parceiras tradicionais, unir-se com frequência e costumeiramente para diferentes iniciativas. Mas cada projeto ou iniciativa demandará uma nova conversa e uma nova definição da parceria.

3 METODOLOGIA APLICADA A PESQUISA

A presente pesquisa tem como objetivo apresentar uma contribuição a incorporação da cultura de gestão dos custos sob a ótica estratégica. Neste sentido abrangerá a análise de fatores operacionais e decisórios, por meio de um estudo exploratório, a respeito da necessidade da evolução (adequação), de sistemas de gerenciamento dos custos, em organizações de serviços de diagnóstico médico, comumente denominados de laboratórios de análises clínicas.

Primeiramente a pesquisa teve um caráter exploratório, de acordo com Martins, G. A. (2002, p.38), a pesquisa de gênero exploratório trata-se de uma abordagem adotada para a busca de maiores informações sobre determinado assunto. Possui um planejamento flexível, e é indicada quando se tem pouco conhecimento do assunto.

A fim de se abordar as questões específicas desse trabalho, serão utilizados instrumentos de pesquisa de campo de conteúdo exploratório e descritivo.

Segundo Martins, G. A. (2006, p. 11), “As diferenças entre as categorias exploratória e descritiva são tênues, já que toda investigação científica tem caráter exploratório e descritivo, alterando-se apenas algumas ênfases.”

O caráter exploratório desta forma obedeceu a uma investigação de profundidade, mediante o desenvolvimento de um estudo de caso, que integrará o capítulo cinco deste estudo.

O estudo de caso orientará a busca de explicações e interpretações convincentes para situações que envolvam fenômenos sociais complexos.

3.1 O método do caso

Conforme Yin (2006, p. 177), “o estudo de caso único, utiliza-se de uma narrativa simples para descrever e analisar o caso. As informações da narrativa podem ser realçadas com tabelas, gráficos e imagens.”

O estudo de caso, como outras estratégias de pesquisa, representa uma maneira de investigar uma experiência, seguindo-se um conjunto de procedimentos pré-especificados, visando elaborar o relatório acadêmico de maneira consistente e coerente.

A metodologia empregada utilizou uma pesquisa bibliográfica, efetuada por meio de livros, artigos, dissertações e teses, objetivando fundamentar as bases conceituais do tema principal gestão de custos na saúde como apoio a estágios evolutivos em seus negócios.

Segundo Martins, G. A. (2002, p. 35):

O método bibliográfico trata-se de um estudo para conhecer as contribuições científicas sobre determinado assunto. Tem como objetivo recolher, selecionar, analisar e interpretar as contribuições teóricas já existentes sobre determinado assunto.

O desenvolvimento do estudo de caso único, será possível por intermédio da acessibilidade a um centro de diagnóstico médico.

O intuito da pesquisa é verificar, através das evidências examinadas, se o CDM pode se utilizar de documentação gerencial, planejamento e controle, através do estudo como apoio a estágios evolutivos em seus negócios.

Visando proteger a empresa, será omitido seu nome e todos os dados serão tratados de forma confidencial, de uso exclusivo da pesquisa.

3.2 Planejamento do estudo de caso

Os papéis da teoria no trabalho de planejamento precedem os projetos de pesquisa, forçando o pesquisador a iniciar a formulação de uma teoria preliminar relacionada ao tópico de estudo.

Desta forma a metodologia aplicada desenvolveu o estudo bibliográfico, pesquisa de campo, bem como análise do conteúdo e recomendações finais, correspondendo à pesquisa do tipo exploratória.

O estudo do referencial teórico foi necessário para compreender as questões relacionadas a: conceitos, definições e métodos de gestão de custos e suas implicações nas ações de planejamento e controle de resultados e desempenhos geridos pelas organizações.

De acordo com Yin (2006, p. 49), o papel da elaboração da teoria, anterior à realização de qualquer coleta de dados, apresenta uma diferença entre os estudos de caso e os métodos de pesquisa. O desenvolvimento da teoria como parte da fase de projeto é essencial, saber se o propósito decorrente do estudo de caso seja desenvolver ou testar a teoria.

Caracterização da entidade

A entidade tornou-se acessível ao estudo através de contatos pessoais com seus dirigentes, onde foi demonstrado grande potencial da entidade para o estudo, a empresa atravessa uma fase de crescimento acelerado, na produção de exames e na criação de novas áreas de negócios, possibilitando estudar seu sistema de custos, tomadas de decisão e seu estágio evolutivo de gestão.

Os elementos pesquisados foram os dirigentes, gestores e colaboradores da unidade de medicina diagnóstica situada na cidade de São Paulo, que esta atravessando atualmente a fase de empresa de pequeno porte para de médio porte, conforme contatado pela evolução de seu faturamento, apresentado no capítulo cinco.

3.3 Coleta de informações

As evidências para um estudo de caso podem vir de seis fontes distintas: documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação

participante e artefatos físicos. O investigador deve saber como usar essas seis fontes, que exigem o conhecimento de habilidades e procedimentos metodológicos diferentes. (YIN, 2006, p. 109)

A coleta de informações seguiu a seguinte cronologia no campo:

- histórico e levantamento da estrutura organizacional da instituição;
- detalhamento do funcionamento do sistema de custo vigente;
- processamento da análise crítica do sistema de custo vigente, alinhada a fundamentação teórica;
- identificação dos elementos do sistema de custo vigente, visando sua adequação as operacionais;
- realização das entrevistas com dirigentes e gestores;
- trabalho síntese do desenvolvimento do caso.

O trabalho de coleta de dados para a realização do estudo de caso, incluiu o uso de:

- coleta de informações;
- observação direta;
- entrevistas;
- registros em arquivos;

As informações coletadas através de documentos, foram extraídas das áreas: contábil, suprimentos e de custos, e foram solicitadas por fornecerem a base de dados para os relatórios propostos pelo estudo.

É provável que as informações documentais sejam relevantes a todos os tópicos do estudo de caso. (YIN, 2006, p. 112)

A observação direta foi realizada através de visitas do pesquisador na empresa escolhida para o estudo de caso, durante as quais foram sendo coletadas

evidências a cerca das informações relevantes para a seleção de documentos, e comportamentos ou condições do ambiente interno da empresa.

As observações diretas foram conduzidas ao longo dos períodos de visitas de campo, solicitando aos colaboradores da empresa, a oportunidade de visualizar os fenômenos quando de sua ocorrência, em sua origem, possibilitando fornecer informações adicionais sobre o estudo.

Foram realizadas diversas entrevistas , durante o processo de coleta de dados e nas observações diretas, conduzidas pelo próprio pesquisador. Essas entrevistas foram conduzidas de forma espontânea, indagando aos respondentes-chave os fatos relacionados a tema da pesquisa, solicitando a opinião de determinados eventos, com a finalidade de desenvolver o estudo das necessidades da organização a cerca do assunto estudado.

Conforme Yin (2006, p.118), “no geral as entrevistas constituem uma fonte essencial de evidências para os estudos de caso, já que a maioria delas trata de questões humanas”.

Os registros em arquivos em computador na sua maioria foram relevantes buscando extrair dados estatísticos e volumes de produção, exemplo: número de atendimentos ou procedimentos realizados por uma determinada área. Esses registros foram utilizados em conjunto com outras fontes de informações para se produzir o estudo.

O trabalho de coleta de dados realizado na organização teve como objetivo: levantar o sistema de custos vigente utilizado pela instituição, a cultura organizacional nas tomadas de decisões pelos gestores e a utilização de ferramentas de gestão utilizadas na organização e comparar com a base teórica, descrita na revisão bibliográfica.

3.4 Fontes de pesquisa

As evidências para o estudo de caso foram coletadas segundo descrito no tópico anterior, coleta de dados, destacando alguns comentários sobre sua obtenção e utilização.

Entrevistas

Foram desenvolvidas diversas entrevistas, sem estrutura prévia, realizadas durante as visitas aos departamentos para coleta de dados, com o objetivo de coletar as evidências necessárias.

Os departamentos visitados durante os trabalhos de pesquisa foram:

- Superintendência
- Diretoria Administrativa e Financeira
- Recursos Humanos
- Informática
- Suprimentos
- Contabilidade de Custos
- Financeiro

Foram processadas reuniões de análise e compreensão das evidências levantadas, em conjunto com o diretor administrativo e financeiro, este por possuir vasto conhecimento sobre as diversas operações da empresa, objetivando validar as informações extraídas através dos elementos de coleta de dados.

4 SEGMENTO DE SAÚDE

4.1 Sistema de saúde brasileiro

Conforme previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988, em sua seção II – Da Saúde, em seu artigo 196 (BRASIL, 2007a, p. 206), “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Entretanto, devido às restrições orçamentárias, ineficiência e a consequente qualidade e confiabilidade questionáveis dos serviços públicos, é permitido que a iniciativa privada preste serviços de assistência à saúde, o que divide o sistema em dois grupos, sendo eles: sistema público e sistema suplementar.

Segundo Awad e Ferraz (2005, p. 26), na América Latina, o Brasil possui o maior mercado de serviços privados de saúde e de assistência médica. Este setor engloba os prestadores de serviços de saúde (médicos, hospitais, clínicas, prestadores de serviços de análises clínicas e de diagnóstico por imagem e profissionais de áreas correlatas, como nutricionistas, fisioterapeutas, etc) e as entidades de financiamento e fontes pagadoras (órgãos públicos, empresas de seguros de saúde, cooperativas médicas e organizações de medicina de grupo, etc).

Regulamentação

Com a publicação pelo Ministério da Justiça (BRASIL, 2007c), da lei sobre a proteção do consumidor 8.087/90, no Diário do Congresso Nacional, que trata da defesa e direitos, estabeleceu um marco em que os consumidores de produtos e serviço à saúde, passaram a ter um mecanismo de proteção de seus interesses, principalmente no tocante a forma e apresentação dos contratos, rescisões, abrangências, estipulação de cláusulas e reajustes.

A Lei número 9.961 de 28 de janeiro de 2000, criou Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que definiu sua criação, competência, estrutura organizacional, da gestão financeira e receitas. Entidade vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam à assistência suplementar a saúde. (ANS, 2007).

A ANS que é controlada pelo Ministério da Saúde, é o órgão de supervisão responsável por todas as questões legais relacionadas ao setor de saúde suplementar.

Conforme relata Moura e Silva (2006, p.15):

A missão da ANS consiste em promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Em conformidade com a legislação, o preço dos planos empresariais é negociado entre as partes, independentemente de qualquer interferência da ANS. A ANS inspeciona e monitora o mercado em termos de qualidade dos serviços e da observância da legislação que regulamenta os planos, bem como da extensão da cobertura oferecida.

As regras que determinam os preços dos planos individuais, entretanto, são baseados em diversas variáveis, inclusive a data de assinatura do contrato, a localização geográfica e o nível de cobertura oferecido. A formação de preços é baseada em um índice anual publicado pela ANS, que leva em conta a variação dos custos do setor. Os pagadores podem estabelecer faixas de preços para a cobertura de acordo com a idade do segurado.

4.1.1 Sistema único de saúde

De acordo com Awad e Ferraz (2005, p. 26), o SUS (Sistema Único de Saúde) é o sistema público responsável por aproximadamente 50% de todo o financiamento dos serviços de saúde e de assistência médica no Brasil, atendendo aproximadamente 79% da população.

O SUS integra todos os serviços de assistência médica e serviços de apoio prestados por instituições públicas, sejam elas: federais, estaduais e municipais, bem como por instituições particulares (entidades com e sem fins lucrativos) que prestam serviços para o SUS através de contratos assinados com instituições públicas.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde gráfico 2, que demonstram que os investimentos do governo federal no sistema público de saúde permaneceram estagnados no período analisado, em aproximadamente 1,83% do produto interno bruto do país.

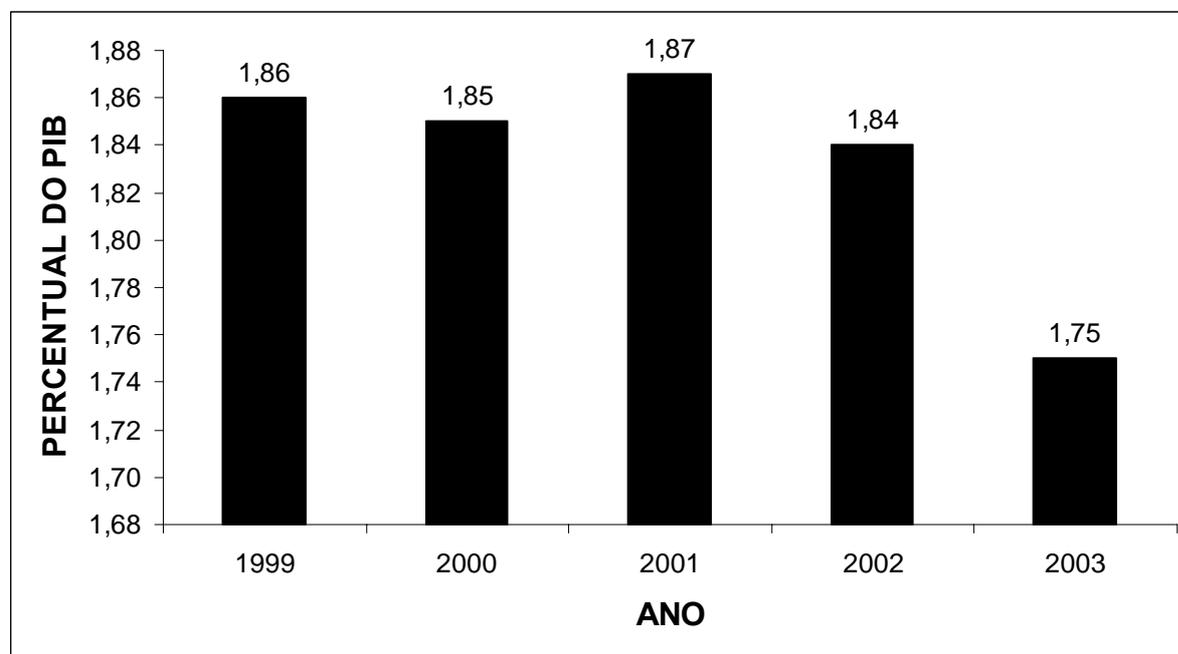


Gráfico 2 – Investimentos do Governo Federal no Sistema Público de Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do Ministério da Saúde – Departamento de Informática do SUS – 2007b

O governo exerce um papel preponderante no financiamento do sistema de saúde. Entretanto, devido à falta de infra-estrutura, ele não é um grande provedor de serviços, e contrata uma grande parte dos serviços de assistência médica e de apoio junto ao setor privado, especialmente sob a forma de leitos hospitalares e de serviços de análises clínicas e de diagnóstico por imagem.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS, 2007), em julho de 2003 havia 5.864 hospitais filiados ao SUS, bem como 63.662 clínicas ambulatoriais.

4.1.2 Sistema de saúde suplementar

De acordo com os dados da ANS – Caderno de Informações da Saúde Suplementar (2007), o número de brasileiros cobertos por planos de saúde suplementar atingiu 44,7 milhões em dezembro de 2006, equivalendo a aproximadamente 23,9% da população total.

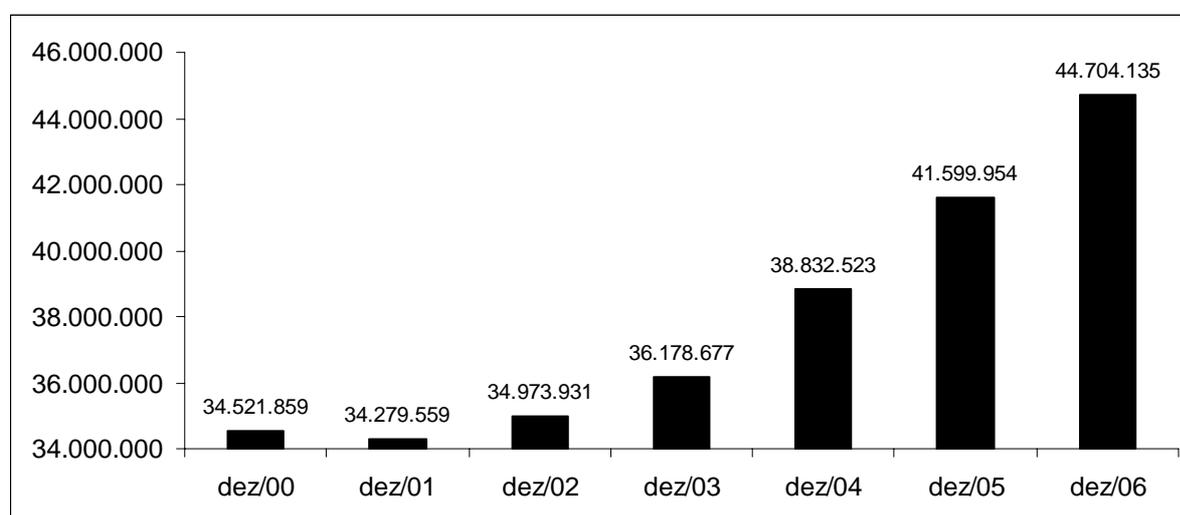


Gráfico 3 – Indivíduos Cobertos Pelo Sistema de Saúde Suplementar

Fonte : Elaborado pelo autor com base nos dados da ANS – Caderno de Informações da Saúde Suplementar (Edição março 2007)

Os dados constantes no gráfico 3 demonstram que os indivíduos cobertos pelo sistema de saúde suplementar, saltaram de 34,5 em 2000 para 44,7 milhões de pessoas em dezembro de 2006, indicando uma variação de 29,5%, sendo que no último ano a variação foi de 7,46%, ou seja, 3.104.181 pessoas contrataram serviços suplementares de saúde, demonstrando o enorme potencial de crescimento do sistema de saúde suplementar.

Os dados a seguir demonstram a relação dos beneficiários de planos de saúde por região do Brasil, conforme se pode ver no gráfico 4:

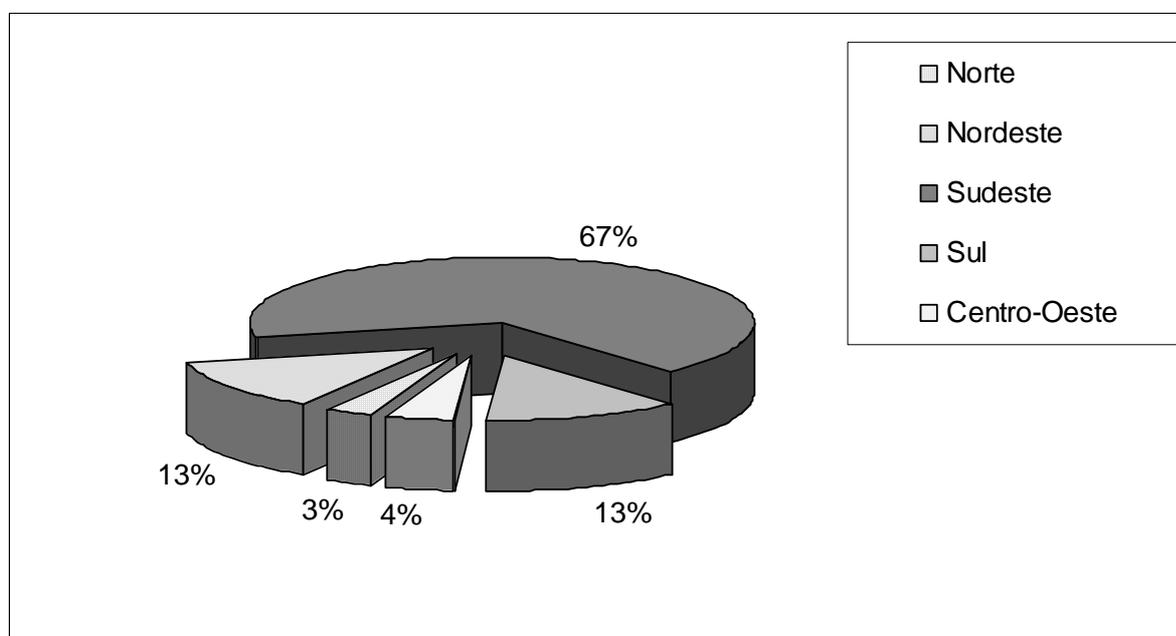


Gráfico 4 – Beneficiários de Planos de Saúde por Região

Fonte : Elaborado pelo autor com base nos dados da ANS – Caderno de Informações da Saúde Suplementar (Edição março 2007)

Conforme demonstra o gráfico 4 a uma grande concentração de beneficiários de planos de saúde, cadastrados em empresas da região sudeste com 67% de pessoas. Quando somamos as regiões sudeste e sul temos um total de 80% de beneficiários, corroborando com o enorme potencial de demanda, vislumbrados pelas empresas, nessas duas regiões brasileiras.

Além disso, percebe-se que o mercado de planos e assistência à saúde, embora passe por algumas crises financeiras temporárias, ainda é atraente e competitivo, pois não pára de se expandir. Basta lembrar as dificuldades encontradas por quem utiliza o Sistema Único de Saúde, como filas de espera desmedidas, atendimento inadequado, falta de equipamentos, que acabam levando um número cada vez maior de pessoas à proteção complementar da saúde. As empresas, por sua vez, acabam adaptando, nos limites legais, seus planos e seguros para que todas as classes sociais possam, de alguma forma, ter acesso aos seus serviços.

Devido às restrições apresentadas pelo setor público de saúde, o mercado de assistência suplementar de saúde, a fim de preencher o espaço deixado pelo SUS, apresenta a seguinte estrutura de receitas demonstrada na figura 8.

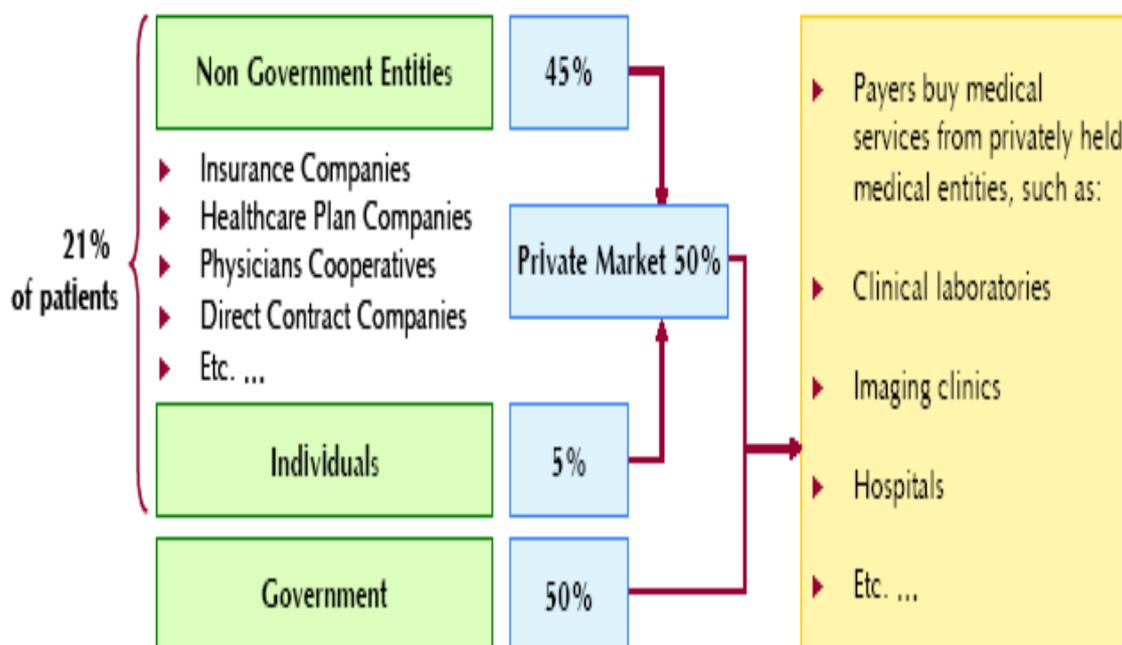


Figura 8 – Estrutura de Receitas do Mercado de Assistência Médica

Fonte: Awad e Ferraz (2005, p. 26)

De acordo com a figura 8, o sistema de saúde suplementar pode ser dividido em pagadores privados (individuais 5%) e prestadores de serviços (non government entities 45%). Os pagadores privados (private market 50%) são responsáveis por aproximadamente 50% do financiamento total do sistema, que representam 21% dos pacientes atendidos.

Os planos de saúde representados pelo mercado suplementar, podem ser divididos em quatro categorias:

- **Seguro de Saúde:** normalmente, as empresas de seguro de saúde pagam as despesas médicas de seus clientes segurados quando estes se utilizam dos serviços da rede contratada pela seguradora, ou efetuam o reembolso total ou parcial de despesas médicas ocorridas quando o paciente escolhe um prestador de serviços médico não contratado pela seguradora.
Os clientes segurados normalmente têm o direito de escolher seus próprios prestadores de serviços médicos e de apoio, embora o montante do reembolso varie com o tipo de plano contratado pelo segurado;
- **Auto-Administração:** um sistema desenvolvido para empresas de grande porte que operam seus próprios planos de saúde, seja diretamente, seja através de uma empresa administradora contratada para este fim. Sob este esquema, prestadores de serviços independentes oferecem serviços para os funcionários destas empresas.
As empresas são responsáveis pelo pagamento aos prestadores de serviços, de acordo com condições e valores previamente ajustados entre as partes. Os funcionários podem ter que contribuir com alguns dos custos destes serviços (co-participação);
- **Organizações de Medicina de Grupo:** empresas envolvidas no setor de assistência médica que operam através de redes próprias ou de terceiros, inclusive prestadores de serviços de assistência médica e de apoio. Com certas limitações, os participantes podem ter o direito de utilizar os prestadores de serviços de suas próprias escolhas e receber reembolso de parte de suas despesas médicas;

- Cooperativas Médicas: sob o sistema cooperativo, os prestadores de assistência médica são tanto proprietários como administradores do plano, que funciona de maneira semelhante à das organizações de medicina de grupo.

O quadro 2, com informações da Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo fornece dados atualizados base agosto de 2006 das principais características e dados comparativos do sistema supletivo de saúde.

	MEDICINA DE GRUPO	COOPERATIVAS MÉDICAS	AUTOGESTÃO	SEGURADORA
PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS				
FORMA DE FUNCIONAMENTO	É conhecido por convênio médico, prestando serviços médico-hospitalares através de recursos próprios e contratados, cobrando valor per capita fixo.	Também conhecida como convênio médico, sendo organizada na forma de cooperativa de trabalho e cobra valor per capita fixo.	Atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas, exclusivo para seus funcionários administrados diretamente ou por terceiros.	É o seguro-saúde, que permite livre escolha de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas, no limite da apólice contratada.
INSCRIÇÃO C.R.M.	SIM	SIM	NÃO	NÃO
DIRETOR CLÍNICO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
CO-RESPONSABILIDADE PELOS SERVIÇOS MÉDICOS	SIM	SIM	NÃO	NÃO
RECURSOS FÍSICOS PRÓPRIOS	SIM	SIM	NÃO	NÃO
RECURSOS FÍSICOS CREDENCIADOS	SIM	SIM	SIM	NÃO DEVERIA
DADOS COMPARATIVOS DO SISTEMA				
USUÁRIOS (milhões)	15,2	11,1*	5,2*	4,7*
EMPRESAS	720			
CONSULTAS/ANO	90,2 milhões			
INTERNAÇÕES HOSPITALARES	2,18 milhão			
MÉDICOS				
CLT	17.300			
CREDENC./COOP.(S)	76.500			
EMPREGADOS				
CLT	58.500			
HOSPITAIS				
PRÓPRIOS	240			
CREDENCIADOS	3.400			
LEITOS				
PRÓPRIOS	22.000			
CREDENCIADOS	310.000			
MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA anual (R\$)	12,41 bi			

ÓRGÃO REPRESENTATIVO

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo

Fone (11) 3289-7511
www.abramge.com.br

Presidente:
Dr. Arlindo de Almeida

Unimed do Brasil

Fone (11) 3265-9700
(PABX)

Presidente:
Dr. Celso Corrêa de Barros

Quadro 2 – Sistemas Supletivos de Saúde

Fonte: Abramge – Informe de Imprensa (2006)

4.1.3 Setor brasileiro de organizações de medicina diagnóstica

Os centros de diagnóstico médico caracterizam-se por oferecer procedimentos na área da saúde e que estão enquadrados na categoria de SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutica.

O principal conceito que justifica a ampliação deste tipo de serviço é o de one-stop-shop, ou seja, as organizações centralizam seus serviços em um único local. Quando o conceito é aplicado à área da saúde. O cliente/paciente dirige-se a um único local e pode realizar todos os exames solicitados pelo médico, utilizando melhor o seu tempo e recebendo os resultados em uma única ocasião. Em geral, as unidades com este conceito têm um horário estendido e funcionam durante todos os dias da semana. (MOURA E SILVA, 2006)

O setor brasileiro de análises clínicas e diagnósticos por imagem é de aproximadamente R\$ 8,0 bilhões por ano, sendo que deste montante os nove maiores centros detêm R\$ 1.245,6 bilhões, conforme demonstrado pela tabela 1, e o restante está extremamente pulverizado em dezenas de pequenas unidades de análises.

A tabela apresenta os principais agentes desse mercado, fornecendo dados sobre o tipo de estratégia, faturamento bruto, presença geográfica, número de unidades e se possui serviços de diagnóstico por imagem. O mercado reconhece que os dois principais agentes são respectivamente DASA e Fleury Medicina e Saúde.

A estratégia está ligada ao tipo de mercado que cada agente em análises clínicas busca atender. Conforme observado somente a empresa Campana atende os públicos de baixa renda. Estes dados comprovam que os grandes centros de análises, especializaram-se em atender as maiores faixas de renda da população.

Tabela 4 - Mercado de Diagnósticos Brasileiro – Principais Agentes em Análises Clínicas

<i>Empresas</i>	<i>Estratégia</i>	<i>Faturamento Bruto 2004 (R\$ Milhões)</i>	<i>Presença Geográfica</i>	<i>Número de Unidades</i>	<i>Diagnóstico por Imagem</i>
DASA	Segmentado	491,1	SP / RJ / Curitiba e Brasília	176	Sim
FLEURY	Renda Elevada	315,3	SP / RJ e Brasília	17	Sim
Instituto H Pardini	Referência	188,5	Belo Horizonte	25	Sim
Sergio Franco Medicina Diagnóstica	Renda Média	68,9	RJ / Niterói e Brasília	44	Sim
Campana	Renda Média / Baixa	40,4	SP	14	Sim
Exame	Renda Alta / Média	28	Brasília	15	Sim
Weinmann Laboratório	Renda Alta / Média	37	Porto Alegre	28	Não
NKB	Renda Média	51	SP / RJ / Curitiba e Brasília	73	Não
Santa Luiza	Renda Média	25,4	Florianópolis	20	Não

Fonte: Awad e Ferraz (2005, p. 10)

Conforme tabela 4 a Diagnósticos da América - Dasa é a maior empresa de medicina diagnóstica da América Latina, presente em seis estados e com onze marcas de negócios. A Dasa atende 20 mil clientes por dia e processa cerca de 90 mil exames de análises clínicas dia.(DASA, 2007)

A empresa Dasa oferece em suas unidades de atendimento, uma ampla gama de serviços:

- Análises clínicas
 - Hematológicos
 - Químicos
 - Endocrinológicos
 - Imunológicos
 - Microbiológicos
 - Citológicos
 - Urina
 - Gravidez

- Diagnósticos por imagem
 - Imagem por ressonância magnética
 - Tomografia
 - Ultra-som
 - Medicina nuclear
 - Raio X
 - Densitometria óssea
 - Endoscopia
 - Mamografia
 - Eletrocardiograma

- Oftalmologia diagnóstica
- Vacinas
- Serviços às empresas
- Pesquisa clínica
- Parcerias
- Apoio a laboratórios

A empresa mais renomada no mercado brasileiro o Fleury Medicina e Saúde, oferece mais de 2.000 diferentes testes em 37 diferentes áreas da medicina conforme segue (FLEURY, 2007):

- Análises clínicas
- Imagem
- Raio X
- Ultra-sonografia
- Tomografia
- Ressonância magnética
- Mamografia
- Capilaroscopia
- Densitometria Óssea
- Eletroencefalografia

- Eletroneuromiografia
- Motilidade gastrointestinal
- Polissonografia
- Cardiologia
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina fetal
- Medicina nuclear
- Neurologia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Oncologia
- Reumatologia
- Urologia

As principais características do setor de diagnósticos médicos brasileiro incluem a fragmentação e a presença geográfica limitada. Além disso, o setor é altamente dependente do reconhecimento de marcas, com a grande maioria dos provedores oferecendo apenas um serviço restrito. (AWAD; FERRAZ, 2005).

- Fragmentação de mercado - o setor de diagnósticos médicos no Brasil é altamente fragmentado, com centenas de prestadores de serviços de escala limitada, a maioria deles com apenas uma unidade para o atendimento de pacientes. As estimativas do setor indicam que há algo como 15.000 laboratórios e 45.000 postos de coleta no Brasil.
- Presença geográfica regional - a imensa maioria dos laboratórios compreende uma ou mais unidades com uma distribuição geográfica limitada em um único município ou região metropolitana específica.
- Reconhecimento de marca - independentemente do tamanho ou abrangência de serviços prestados, a marca comercial é o meio mais importante através dos quais os prestadores de serviços de diagnóstico atraem e mantêm os pacientes.

O relacionamento próximo com os pacientes, bem como com a comunidade médica local, permite que os laboratórios mantenham um elevado grau de fidelidade dos pacientes.

- Variedade de serviços limitada - os prestadores de serviços geralmente limitam suas atividades a análises clínicas ou diagnóstico por imagem, chegando até mesmo a especializarem-se em um único grupo de exames específicos. Isto significa que o paciente freqüentemente precisa se utilizar de vários prestadores de serviços para completarem todos os seus exames.
- Segmentação sócio-econômica - muitos prestadores de serviços se especializam em segmentos de mercado específicos. Tal segmentação limita a capacidade de qualquer prestador de serviços atenderem às necessidades de diferentes classes sociais e econômicas em diferentes categorias de planos de saúde.

Embora não tenha havido alterações significativas nas características do setor ao longo dos últimos dez anos, algumas das maiores empresas em São Paulo, e mais recentemente no Rio de Janeiro, aumentaram suas participações no mercado através da integração de exames de análises clínicas e serviços de diagnóstico por imagem, ao adotarem o conceito de integração de serviços em um só local.

Isto oferece conveniência aos pacientes, uma vez que é possível realizar uma ampla gama de exames em um mesmo local. Além disso, o diagnóstico por imagem pode ser conduzido ao longo de todo o dia, ao contrário dos exames de análises clínicas, que tendem a se concentrar no início da manhã.

Todas estas tendências resultaram em um aumento significativo da base de pacientes destas empresas, o que se traduz em:

- Níveis mais elevados de utilização e diluição de custos fixos;
- Utilização de robótica e TI, levando a uma maior precisão e exatidão na realização dos exames;

- Centralização do processamento dos exames completos; e
- Integração da logística.

Finalmente, estas empresas de maior porte expandiram-se geograficamente, abrindo novas unidades em outras regiões do Brasil.

Estas empresas apresentam uma considerável vantagem competitiva, uma vez que somente prestadores de serviços com uma escala suficiente têm a capacidade de adquirir equipamento de geração avançada desenvolvidos para a utilização em grande escala, assim como a habilidade de operar tais aparelhos suficientemente, de forma a obter um retorno financeiro.

Além disso, estas empresas estão mais bem posicionadas para atender às novas necessidades dos pacientes, médicos e planos de saúde, e têm contribuído para a transformação do setor no Brasil.

Perspectivas de crescimento para o setor

Para justificar o crescimento do setor Awad e Ferraz (2005, p. 4), relaciona três fatores:

- Fatores macroeconômicos através do envelhecimento da população, elevação das despesas com saúde e crescente importância da medicina diagnóstica;
- O tamanho do mercado de medicina diagnóstica;
- A crescente importância da análise de diagnósticos por imagem.

O crescimento demográfico brasileiro tem apresentado modificações nos últimos anos, e alguns fatores têm contribuído para o envelhecimento da população brasileira:

- Redução da taxa de natalidade;
- Melhores condições médicas

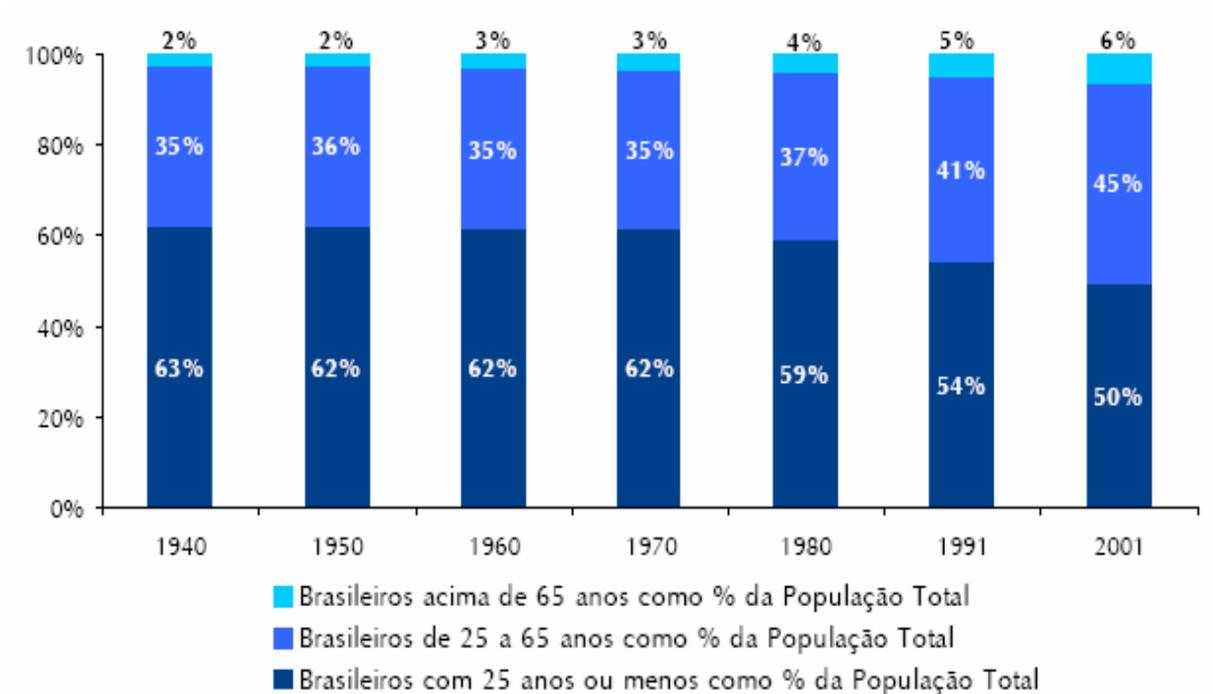
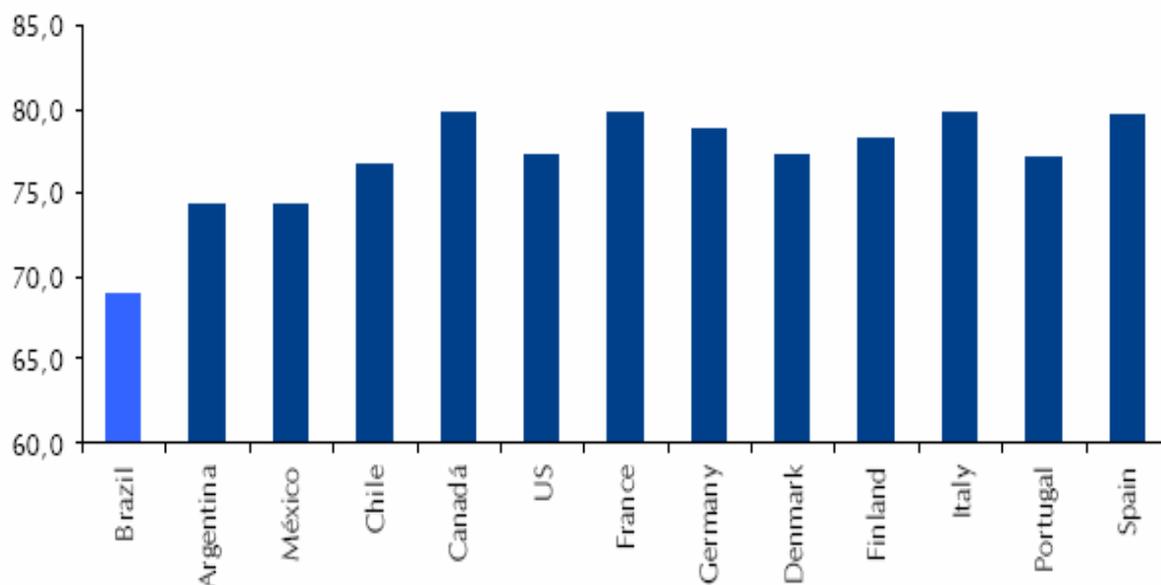


Gráfico 5 – Envelhecimento da População Brasileira

Fonte: Awad e Ferraz (2005)

De acordo com o gráfico 5 a população de brasileiros com mais de 65 anos representam 6,0% da população total, denotando uma alta de 20,0% em relação ao ano de 1991, e mesmo com este recente envelhecimento da população brasileira, o Brasil ainda é um país jovem, havendo espaço para um crescimento adicional da expectativa de vida.

A Organização Mundial da Saúde mostra que a expectativa de vida no Brasil em 2002 era de 68,9 anos, significativamente abaixo da média 78,6 anos para os países desenvolvidos indicados no gráfico 6.



Fonte: OMS em 2002

Gráfico 6 – Comparação de Expectativa de Vida da População

Fonte: Awad e Ferraz (2005)

Este envelhecimento deverá continuar, à medida que faz parte de uma mudança sócio-cultural na população brasileira. E, o que provavelmente é ainda mais importante em um país com uma população de 180 milhões de habitantes (que representa 25% dos 780 milhões de habitantes da Europa e 55% da população da América do Norte) é ainda muito jovem, a tendência deverá ter um impacto acentuado sobre a demanda por meios de assistência médica, como exames de análises clínicas e diagnóstico por imagem. (AWAD; FERRAZ, 2005)

Com base nas informações do gráfico 7, verifica-se que a população coberta por planos de saúde após os 40 anos de idade, representa quase 60,0%, aproximadamente três vezes quando comparada com a população até 18 anos.

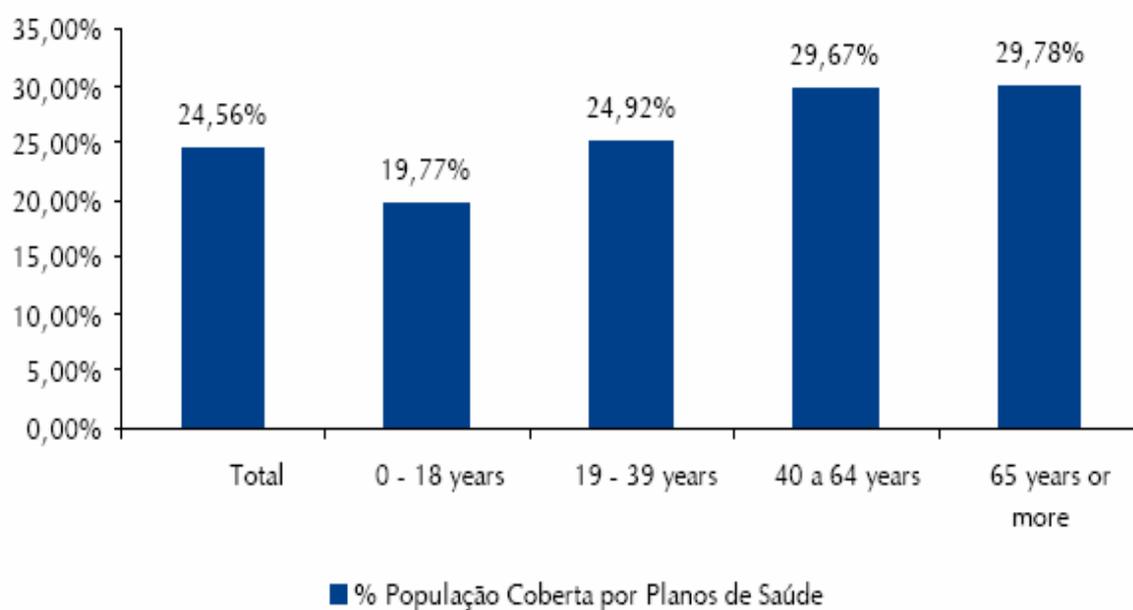


Gráfico 7 – Despesas com Saúde de Acordo com a Idade

Fonte: Awad e Ferraz (2005)

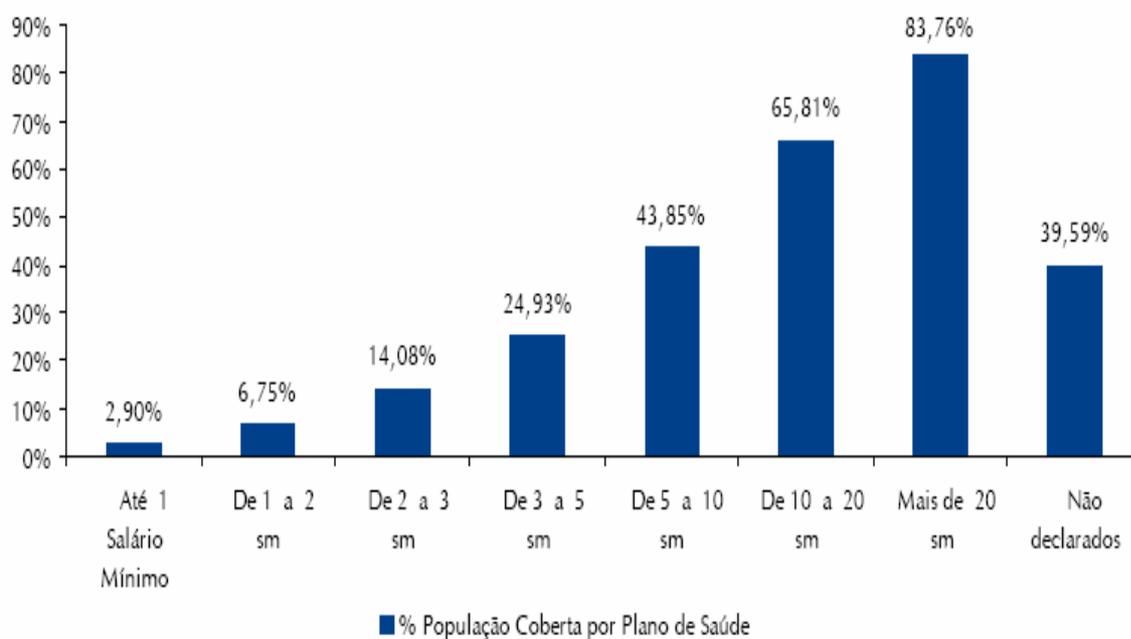


Gráfico 8 – Despesas com Saúde Conforme a Faixa de Renda

Fonte: Awad e Ferraz (2005)

Como se pode observar no gráfico 8 a contratação de serviços à saúde está diretamente ligada à faixa de renda. Com a melhora da renda da população brasileira uma parte destes recursos será direcionado aos cuidados da saúde.

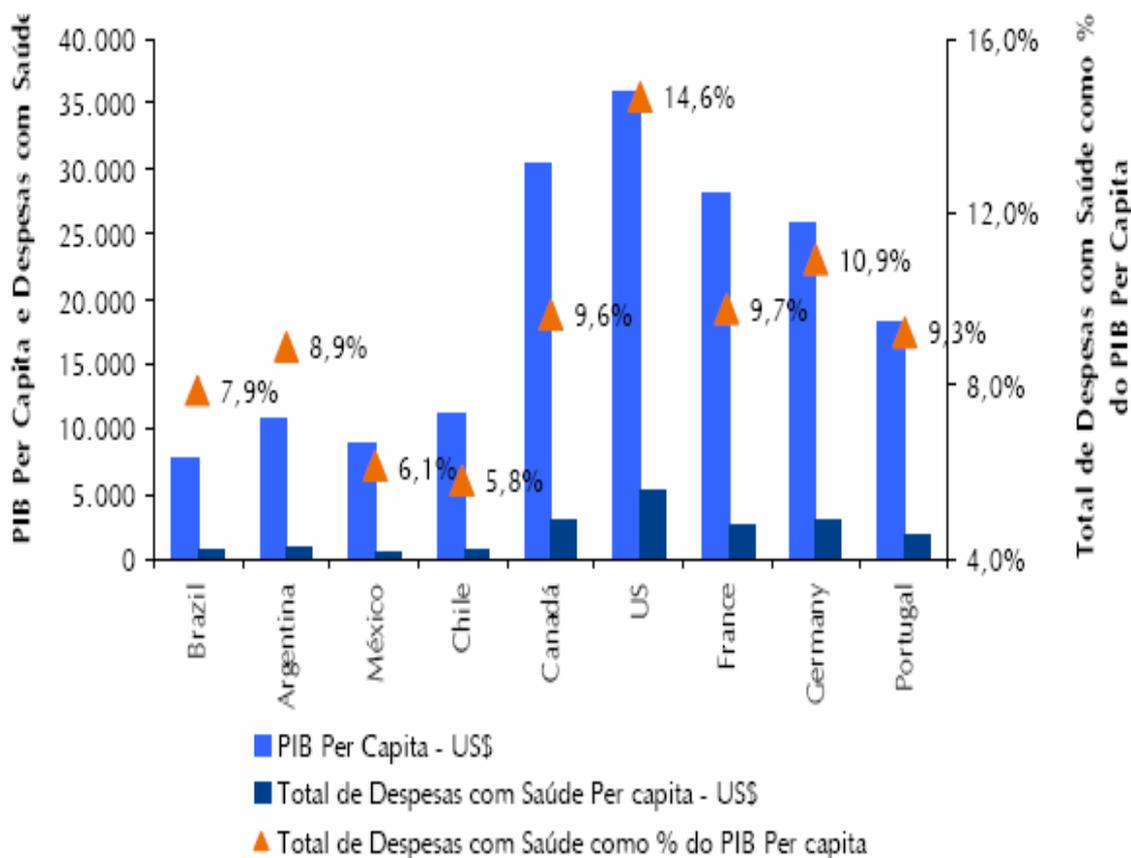


Gráfico 9 – Despesas com Saúde no Brasil

Fonte: Awad e Ferraz (2005)

Como podemos ver no gráfico 9, as despesas com saúde atuais como porcentagens do PIB per capita no Brasil estão ao redor de 7,9%, significativamente abaixo dos 10,8% registrados em países desenvolvidos, e estamos abaixo de países como Argentina com 8,9%.

Para Moura e Silva (2006, p.33), “esta área deve beneficiar-se pelo foco na medicina preventiva e também pelo aumento da expectativa de vida.”

5 DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE GESTÃO DE CUSTOS NUM CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO - ESTUDO DO CASO

Este capítulo se propõe desenvolver um modelo de apuração de custos dos procedimentos e a análise de seus resultados num CDM. Para tal fim, utilizou-se o conceito da metodologia de custeio por absorção, e procedeu-se a adequação das informações conforme as necessidades de gerenciamento, controle e tomada de decisão.

O centro de diagnóstico médico - CDM iniciou suas atividades em 1981, desenvolvendo exames na área de anatomia patológica, encontrou forte demanda e proporcionou um crescimento acelerado para o antigo laboratório de patologia, conforme evidenciado através evolução da receita bruta no período de 2001 a 2006 na tabela 5. Crescimento esse, que desencadeou a abertura de novas áreas de atuação, sendo elas: colposcopia, citologia, diagnósticos por imagem, patologia clínica e mamografia.

Tabela 5 – Evolução da Receita Bruta

Ano	R\$
2001	731.000,00
2002	1.204.000,00
2003	1.185.000,00
2004	1.398.000,00
2005	2.229.000,00
2006	2.396.000,00

Fonte: Levantamento da Pesquisa

Este crescimento acelerado é em sua maior parte, devido às exigências de um mercado extremamente competitivo, sustentados pelas novas demandas e dinâmicas dos concorrentes e políticas públicas de saúde, sempre buscando novas tecnologias e novos procedimentos, explorando serviços de alto conteúdo tecnológico. Ao compararmos a evolução da receita tabela 5 com a tabela 4 – mercado de diagnósticos brasileiro – principais agentes em análises clínicas, em

2004, podemos verificar o enorme potencial de crescimento que este mercado ainda pode desenvolver.

A organização é dirigida pelos seus sócios fundadores, com especialização em medicina patológica. Logo ficou claro que, para a organização atingir os altos níveis de exigências desse mercado competitivo, e buscar seu crescimento era necessário expandir para outras especialidades médicas, além do conhecimento de seus sócios. Diante desse desafio a direção iniciou a formação de associações em negócios em novas áreas a serem exploradas.

Para que antigo laboratório de anatomia patológica pudesse concorrer num mercado extremamente competitivo, tornou-se vital implantar um conceito que justificasse tal ampliação, é o one-stop-shop, ou seja, as organizações centralizam seus serviços em um único local. Quando o conceito é aplicado à área da saúde, o paciente dirige-se a um único local, onde pode realizar todos os exames solicitados pelo médico, utilizando melhor o seu tempo e recebendo os resultados em uma única ocasião. Em geral, as unidades com este conceito têm um horário estendido e funcionam durante todos os dias da semana.

Atendendo aos novos conceitos tornou-se vital a criação da área de patologia clínica, onde se realizam, por exemplo, exames de sangue e imunológicos, e o laboratório não dispunha desse serviço fundamental, assim a diretoria sabia exatamente por onde iniciar a expansão.

A partir da implantação da divisão de patologia clínica, o CDM vem se utilizando da estratégia de crescimento através da utilização de participações conjuntas por especialidade médica nas seguintes unidades de negócios: anatomia patológica, diagnóstico por imagem e mamografia, buscando atuar em áreas até então não possíveis, devido à falta de recursos e tecnologias e principalmente profissionais com capacidades reconhecidas para dirigir as novas áreas de negócios.

A questão das associações foi fundamental para o atingimento de seus objetivos, pois o intuito é ter parceiros profissionais, com experiência e reconhecimento no mercado pela sua capacidade técnica, agregando valor ao novo centro de diagnósticos. Estas associações envolveram acordos comerciais, com o intuito de viabilizar o investimento e a expansão da atividade.

A estratégia de participações conjuntas de profissionais possibilitou, a empresa combinar vantagens como: um negócio de atacado (economias de escala) – alterando seu posicionamento em liderança em custos – valor agregado diferenciado pela oferta de gama maior de exames – posicionamento por diferenciação – levando a empresa a um novo posicionamento na concorrência.

Essa estratégia, sem dúvida contribuiu para que o CDM, em pouco mais de 10 anos, ultrapassasse a quantidade de 100 mil diagnósticos anuais dentro da área da patologia.

As entrevistas junto aos gestores de

Etapa 1 - Estruturação dos centros de custos

A organização adota a estrutura de centros de custos, composta por dois grandes grupos:

- Produtivos – centros de custos diretos e de apoio de produção.
- Não produtivos – centros de custos administrativos.

O grupo dos produtivos é composto pelos seguintes centros de custos:

Produtivos	
Diretoria Técnica Operacional	Hibridização Molecular
Microscopia	Captura Híbrida
Citologia	Imunohistoquímica
Cito-Punção	Macroscopia
Congelação AP	Triagem
Colposcopia	Técnica
Vulvoscopia	Arquivo de Blocos e Lâminas
Bacterologia	

Figura 9 – Centros de Custos Produtivos

Fonte: Levantamento da Pesquisa

O grupo dos não produtivos é composto pelos seguintes centros de custos:

Não Produtivos	
Superintendência	Tesouraria
Assessoria Jornalística	Faturamento
Assessoria Informática	Contabilidade
Assessoria Qualidade	Central de Atendimento
Diretoria Administrativa	Recepção
Assessoria Administrativa	Enfermagem
Assessoria Comercial	Administração de Pessoal
Departamento de Logística e Distribuição	Departamento de Serviços Gerais
Expedição	Almoxarifado
Montagem de Kits	Copa
Digitação	Segurança
Serv-Lab	Higienização e Limpeza
Custos e Orçamentos	Esterilização
Contas a Pagar/Receber	Compras

Figura 10 – Centros de Custos Não Produtivos

Fonte: Levantamento da Pesquisa

Etapa 2 - Acumulação dos custos

A área de custos e orçamentos apura os custos totais através da somatória dos seguintes grupos de despesas por centros de custos:

- Despesas – valores dos gastos realizados no mês transferidos dos relatórios contábeis, para os centros de custos produtivos e não produtivos;
- Insumos de produção – valores obtidos através dos relatórios de consumo dos insumos de produção, gerados no almoxarifado de materiais;
- Salários – valores obtidos do resumo da folha de pagamento por centro de custos, e lançados pelos seus totais. Os valores compõem as seguintes contas: salários, encargos, benefícios e auxílios.

As contas de despesas, insumos de produção e pessoal são acumulados no mapa de totais de custos.

Etapa 3 - Critérios de distribuição

Os custos dos centros não produtivos (figura 9) são apropriados segundo o parâmetro utilizado, sendo que sua metodologia de cálculo está evidenciada nas seguintes etapas:

- a) Apura-se o percentual de participação do número de funcionários de cada área técnica em relação ao total dessas áreas;
- b) Baseado no número total de funcionários das áreas indiretas, efetua-se o cálculo da participação desses funcionários nas áreas produtivas, baseando-se no percentual calculado na etapa 1.

Tabela 6 – Distribuição dos Custos dos Centros Não Produtivos

Centros Produtivos	Parâmetro	Valor
Microscopia	11,60	17301,39
Citologia	15,47	23073,49
Colposcopia	1,93	2878,59
Imunohistoquímica	1,93	2878,59
Macroscopia	5,80	8650,69
Triagem	5,80	8650,69
Técnica	15,47	23073,49
Total a Distribuir	58,00	86506,95

Fonte: Levantamento da Pesquisa

Os centros de custos produtivos recebem as apropriações, de acordo com o parâmetro fixado na coluna quantidade da tabela 6, exemplo: o setor de microscopia representa 11,6 do total a distribuir, atribuindo-se assim o custo indireto de R\$ 17.301,39.

Etapa 4 – Apropriação dos custos aos exames

A seguir está representado o fluxo de apropriação dos custos aos exames no sistema vigente. Os custos dos exames são determinados através da somatória dos custos dos centros produtivos: despesas, insumos de produção e salários, gerando o relatório de totais de custos de produção. Com base no relatório de totais de custos não produtivos, processa a apropriação dos valores aos centros de custos de produção. Os totais são acumulados no mapa denominado distribuição dos custos, e transportados para os relatórios gerenciais. A figura 11 a seguir, traça o fluxograma lógico da geração, no sistema vigente, dos relatórios gerenciais.

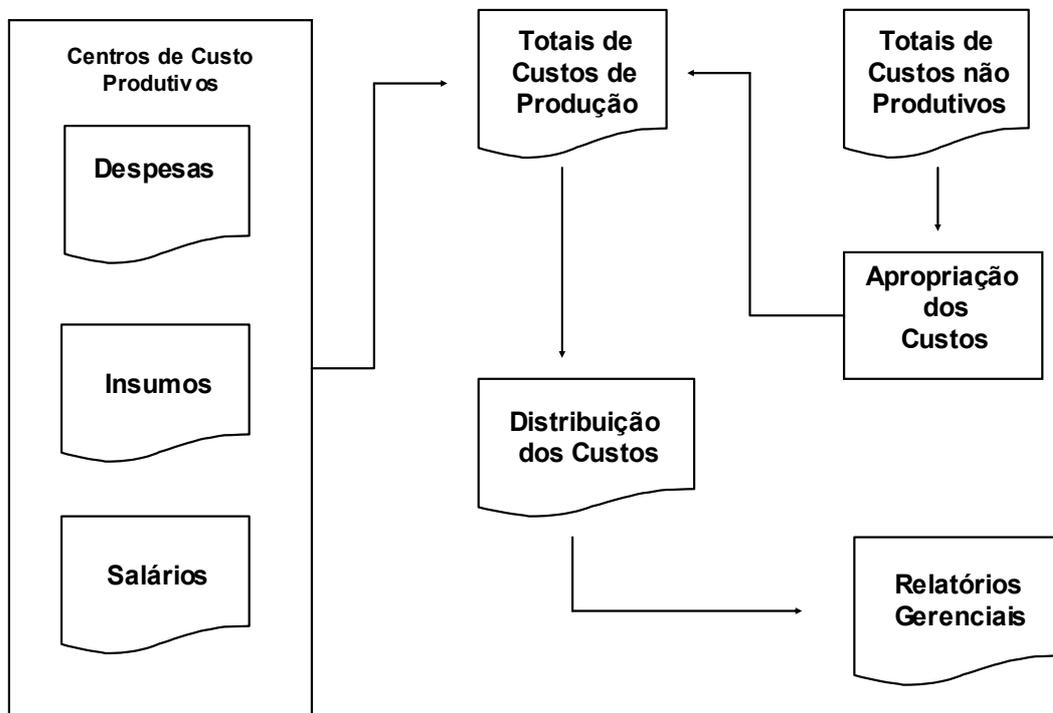


Figura 11 – Fluxo de Apropriação dos Custos no Sistema Vigente

Fonte: Levantamento da Pesquisa

Etapa 5 – Relatórios gerenciais gerados pelo sistema vigente

Esta etapa consolidou e forneceu elementos básicos para avaliação e configuração dos relatórios destinados aos dirigentes, e do próprio sistema vigente. Encontram-se, a seguir, devidamente simplificados para as necessidades da pesquisa:

Tabela 7 – Demonstração das Receitas e Despesas

SERVIÇO	EXAMES	RECEITA UNITÁRIA	DESPESA UNITÁRIA	SUP/DEF UNITÁRIA	% DESP/ RECEITA	% SUP/ RECEITA
Anatomo Patológico	3.573	35,89	42,47	(6,58)	118,34%	-18,34%
Congelação	71	73,94	26,52	47,42	35,87%	64,13%
Bacterologia	425	8,50	17,69	(9,20)	208,23%	-108,23%
Captura Híbrida	87	150,54	149,84	0,70	99,54%	0,46%
Cito-Punção	42	33,39	16,60	16,79	49,71%	50,29%
Citologia	5.682	20,73	14,22	6,51	68,58%	31,42%
Colposcopia	1.312	20,63	22,05	(1,42)	106,86%	-6,86%
Imunohistoquímica	27	269,62	366,38	(96,77)	135,89%	-35,89%
Vulvoscopia	109	29,69	49,57	(19,88)	166,96%	-66,96%
Hibridização	7	418,58	773,10	(354,52)	184,70%	-84,70%
TOTAL	11.335	27,34	26,93	0,41	98,52%	1,48%

Fonte: Levantamento da Pesquisa

Este relatório de periodicidade mensal, apresenta as receitas e despesas unitárias (preços e custos médios) e seus resultados por serviços.

Tabela 8 – Comparativo Receita e Despesa Distribuídas

DESCRIÇÃO	RECEITAS	% TOT	DESPESAS	% TOT	SUP / DEF
Anatomo Patológico	128.237,76	41,38%	151.757,94	49,71%	(23.520,18)
Congelação	5.249,65	1,69%	1.882,93	0,62%	3.366,72
Bacterologia	3.611,34	1,17%	7.519,91	2,46%	(3.908,57)
Captura Híbrida	13.096,88	4,23%	13.036,41	4,27%	60,47
Cito-Punção	1.402,44	0,45%	697,18	0,23%	705,26
Citologia	117.792,79	38,01%	80.779,82	26,46%	37.012,97
Colposcopia	27.067,86	8,73%	28.925,39	9,47%	(1.857,53)
Imunohistoquímica	7.279,61	2,35%	9.892,27	3,24%	(2.612,66)
Vulvoscopia	3.236,07	1,04%	5.402,81	1,77%	(2.166,74)
Hibridização	2.930,04	0,95%	5.411,68	1,77%	(2.481,64)
TOTAL	309.904,44	100,00%	305.306,34	100,00%	4.598,10

Fonte: Levantamento da Pesquisa

Os resultados aferidos oferecem detalhes por setor, das receitas e custos mensais totais por setor.

5.2 Fases de desenvolvimento do sistema proposto de gestão de custos

A síntese do sistema vigente de gestão de custos do CDM, apresentada anteriormente, serviu como base para uma análise crítica desde suas bases de dados, do seu processamento nos sistemas existentes, até a conformação dos relatórios finais (informações), descritos anteriormente por relatórios gerenciais, visando sua melhor qualificação para o processo decisório, seja para acompanhamento, como controle e, acima de tudo planejamento. Por essa razão, o seu desenvolvimento envolveu diversas etapas e atividades, que foram consolidadas e descritas sinteticamente, conforme a seguir:

- a) Identificação da estrutura organizacional do CDM;
- b) Redefinições dos centros de custos, baseados no estudo da estrutura organizacional;
- c) Desenvolvimento de novos fatores e bases técnicas para apropriação de custos indiretos;
- d) Apropriação das despesas administrativas;
- e) Apropriação dos custos de apoio;
- f) Sistema de apuração de informações gerenciais;
- g) Produtos gerados na estrutura de informações gerenciais de custos;
- h) Informações de margem de contribuição e resultado;
- i) Análise do ponto de nivelamento;
- j) Análise do ponto de nivelamento no sistema de custo vigente.

- ✓ Identificação da estrutura organizacional do CDM

Através da identificação da estrutura organizacional do CDM, foi possível apresentar a seguinte proposta de organograma funcional para a organização:

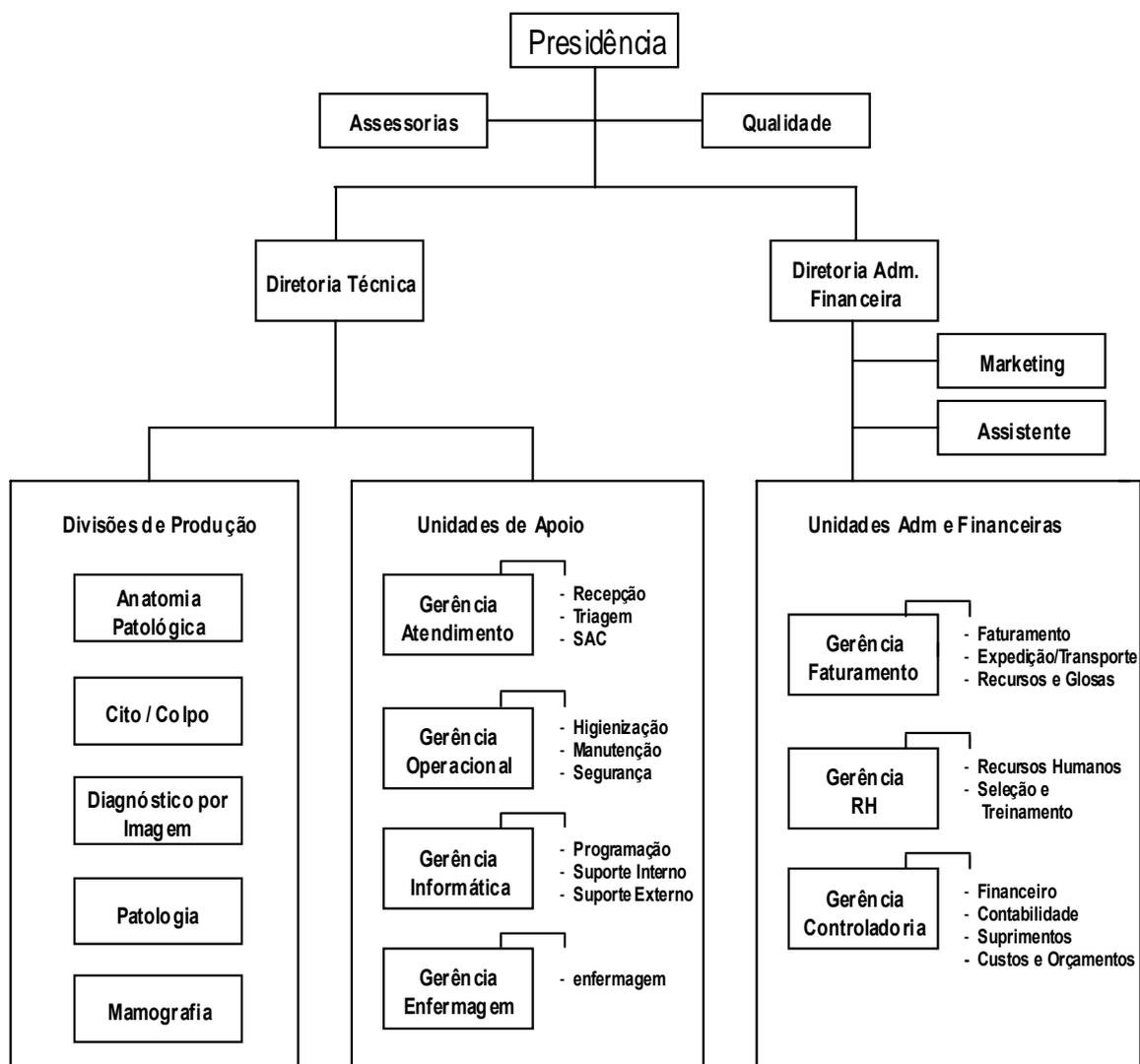


Figura 12 – Organograma Funcional do CDM do Estudo do Caso

Fonte: Elaborado pelo Autor

Divisões de produção e seus grupos de exames

Cada divisão em estudo possui grupos de exames bem diferenciados, e estes foram consolidados, conforme figura 13:

Anatomia Patológica	Citologia/Colposcopia	Diag. por Imagem	Patologia Clínica	Mamografia
Microscopia	Citologia	Abdominal	Biologia Molecular	Mamografia
Punção Aspirativa	Colposcopia	Doppler	Bioquímica	
Congelação	Vulvoscopia	Órgãos e Estruturas	Hematologia	
Hibridização Molecular		Obstétrico	Imunologia	
Imunohistoquímica		Pélvica	Microbiologia	
Revisão de Lâminas		Tórax	Parasitologia	
Necropsia de Feto		Urológica	Urinálise	
		Próstata		
		Punção Aspirativa		

Figura 13 - Divisões de Produção e Seus Grupos de Exames

Fonte: Elaborado pelo Autor

Unidades de apoio

As unidades de apoio à produção são formadas por quatro gerencias, e estas estão estruturadas conforme figura 14:

Atendimento	Operacional	Informática	Enfermagem
Recepção de Pacientes	Limpeza e Higienização	Programação	Enfermagem
Triagem de Exames e Materiais	Manutenção Geral	Suporte Interno	
Serviço de Atendimento ao Paciente		Suporte Externo	

Figura 14 – Unidades de Apoio

Fonte: Elaborado pelo Autor

Unidades administrativas e financeiras

As unidades administrativas e financeiras são formadas por três gerências, conforme segue na figura 15:

Faturamento	Recursos Humanos	Controladoria
Faturamento	Folha de Pagamento	Contas a Pagar e Receber
Expedição e Transporte	Recrutamento e Seleção	Contabilidade
Serviços de Recursos e Glosas		Suprimentos
		Custos e Orçamentos

Figura 15 – Unidades Administrativas Financeiras

Fonte: Elaborado pelo Autor

✓ Redefinição dos centros de custos

Centro de custos é uma unidade operacional autônoma, demonstrada no conjunto dos seguintes fatores: área de abrangência em termos de responsabilidade, fonte geradora de custos, identidade de objetivos comuns, codificação e mensuração específica ao montante processado.

A estruturação em centros de custos inclui: direção geral, administração e finanças, divisões técnicas, apoio, serviços gerais, expedição, sistemas e comercial. Esta definição difere da estrutura utilizada no sistema de custo vigente em sua amplitude e maior estruturação.

Com esta proposta ficam visualizados os centros de custos conforme figura a seguir:

<i>Código Setor</i>	<i>Setor</i>	<i>Código Setor</i>	<i>Setor</i>
100	Direção Geral		
101	Diretoria		
102	Assessorias Externas		
103	Assistente de Diretoria		
104	Qualidade		
110	Divisão de Adm. e Finanças		
120	<i>Financeiro</i>	140	<i>Recursos Humanos</i>
122	Custos e Orçamentos	141	Administração de Pessoal
123	Contas a Pagar e Receber	142	Seleção e Treinamento
126	Tesouraria		
127	Contabilidade		
150	<i>Serviços Gerais</i>	160	<i>Suprimentos</i>
152	Manutenção	161	Compras
153	Copa	162	Controle de Estoques
154	Segurança	163	Montagem de Kits
155	Limpeza		
200	Divisão de Anatomia Patológica		
2XX	<i>Serviços ao Cliente</i>	250	<i>Apoio a Produção</i>
211	Microscopia	252	Triagem
213	Punção Aspirativa	253	Macroscopia
214	Congelação	254	Técnica
218	Hibridização Molecular	255	Arquivo de Blocos e Lâminas
221	Imunohistoquímica	256	Conferência e Apoio Técnico
222	Revisão de Lâminas	261	Corpo Clínico
223	Necropsia de Feto		
300	Divisão de Patologia Clínica		
3XX	<i>Serviços ao Cliente</i>	350	<i>Apoio a Produção</i>
301	Biologia Molecular	352	Triagem
302	Bioquímica	353	Esterilização e Lavagem
303	Hematologia	354	Recepção e Coleta
304	Imunologia	361	Corpo Clínico
305	Microbiologia		
306	Parasitologia		
307	Urinálise		
400	Divisão de Diag. por Imagem		
4XX	<i>Serviços ao Cliente</i>	450	<i>Apoio a Produção</i>
401	Abdominal/Hipocôndrio	451	Enfermagem
402	Doppler	461	Corpo Clínico
403	Órgãos e Estruturas Superficiais		
404	Obstétrica		
405	Pélvica		
406	Tórax		
407	Urológica		
408	Próstata		
409	Punção Aspirativa		

(Continua)

<i>Código Setor</i>	<i>Setor</i>	<i>Código Setor</i>	<i>Setor</i>
500	Divisão de Citologia/Colposcopia		
5XX	<i>Serviços ao Cliente</i>	550	<i>Apoio a Produção</i>
501	Citologia	551	Triagem
502	Colposcopia	552	Técnica
503	Vulvoscopia	553	Arquivo de Blocos e Lâminas
		554	Conferência e Apoio Técnico
		561	Corpo Clínico
600	Divisão de Mamografia		
6XX	<i>Serviços ao Cliente</i>		
601	Mamografia		
700	Expedição e Transporte	800	Sistemas e Comercial
701	Emissão de Laudos	801	Sistemas
702	Expedição	802	Tecnologia
703	Transporte	810	Comercial
		830	Faturamento

- ✓ Desenvolvimento de novos fatores e bases técnicas para apropriação de custos indiretos

Para cada custo indireto coube identificar um critério próprio de distribuição, elegendo a base técnica mais racional e lógica de apropriação, não observado nos critérios do sistema vigente, quais sejam:

Custos de utilidades

As variáveis que integram os custos das utilidades são: energia elétrica, água, aluguel (ocupação), e suas apropriações estão demonstradas no quadro 3:

Contas	Critério
Aluguel = >	$\frac{\text{Custo do Aluguel}}{\text{Total da Área Física}} = \text{Custo por Metro}$
Energia Elétrica = >	$\frac{\text{Consumo Mensal R\$}}{\text{KW Totais Instalados}} = \text{Custo por KW}$
Água = >	$\frac{\text{Consumo Mensal R\$}}{\text{Metros Cúbicos}} = \text{Custo por Metro Cúbico}$

Quadro 3 – Quadro Resumo de Apropriação das Utilidades

Fonte: Elaborado pelo Autor

O montante do item a ser distribuído é dividido pelo total do critério, determinando assim um índice, este índice é multiplicado pela participação de cada centro de custo, localizando o montante de distribuição de cada centro de custo.

Apropriação de custos indiretos

As contas que integram os custos indiretos são: telefonia, suprimentos, expedição, faturamento e serviços gerais, e suas apropriações estão demonstradas no quadro 4:

Contas	Critério
Telefonia = >	$\frac{\text{Custo com Telefone}}{\text{Número de Ramais}} = \text{Custo por Ramal}$
Suprimentos = >	$\frac{\text{Custo Mensal R\$}}{\text{Média Requisições}} = \text{Custo por Requisição}$
Expedição/Faturamento = >	$\frac{\text{Custo Mensal R\$}}{\text{Número de Exames}} = \text{Custo por Exame}$
Serviços Gerais = >	$\frac{\text{Custo Mensal R\$}}{\text{Área Física}} = \text{Custo por Metro Ocupado}$

Quadro 4 – Quadro Resumo de Apropriação dos Custos Indiretos

Fonte: Elaborado pelo Autor

O montante do item a ser distribuído é dividido pelo total do critério, determinando assim um índice, este fator é multiplicado pela participação de cada centro de custo, apurando o montante para cada centro de custo.

Apropriação dos custos com recepção

Baseado nas análises foi possível determinar que a primeira base técnica para apropriação dos custos com recepção, é o registro de atendimento ao paciente. A partir da distribuição por paciente ocorre a utilização da segunda base técnica, que é o número de exames executados no mês por divisões produtivas.

O montante dos custos que no mês em análise foi de 128.251,32, que justifica este detalhamento mais apurado visto sua grandeza de valor.

A divisão de mamografia não compartilha deste serviço, pois possui recepção própria.

Tabela 9 – Distribuição dos Custos com Recepção – Base Abril/2006

APROPRIAÇÃO DOS CUSTOS DE RECEPÇÃO
DIVISÕES DE ANATOMO / CITO / PAT. CLÍNICA / DIAG. IMAGEM

Valor a Apropriar R\$ 128.251,32

	Pacientes		Exames	
	Número	Valor	Número	Valor
1) Anatomia Patológica				
Microscopia			1404	10.786,32
Punção Aspirativa			125	960,32
Híbrid. Molecular			22	169,02
Imunohistoquímica			13	99,87
Revisão Lâminas			13	99,87
Total Divisão	1043	12.115,40	1577	12.115,40
2) Citologia/Colposcopia				
Citologia			1654	10.729,78
Colposcopia			1650	10.703,83
Vulvoscopia			467	3.029,51
Total Divisão	2106	24.463,12	3771	24.463,12
3) Patologia Clínica				
Biologia Molecular			2223	3.013,47
Bioquímica			15340	20.794,68
Hematologia			4715	6.391,58
Imunologia			15701	21.284,04
Microbiologia			2580	3.497,41
Parasitologia			217	294,16
Urinálise			1366	1.851,73
Ref. Laboratorial			0	-
Total Divisão	4918	57.127,07	42142	57.127,07
4) Diag. Por Imagem				
Abdominal			347	3.611,74
Doppler			275	2.862,33
Orgãos e Estruturas			574	5.974,47
Obstétrica			147	1.530,05
Pélvica			1689	17.579,92
Tórax			0	-
Urológica			126	1.311,47
Próstata			37	385,11
Punção Aspirativa			124	1.290,65
Total Divisão	2974	34.545,73	3319	34.545,73
Total Geral Mensal	11041	128.251,32		128.251,32

Fonte: Elaborada pelo Autor

Melhorias apresentadas através do desenvolvimento de novos fatores e bases técnicas de apropriação dos custos indiretos comparados com o sistema de informações vigente

- Foram estruturados novos fatores e bases técnicas aos seguintes grupos de contas: aluguel, energia elétrica, água, telefonia, suprimentos, recepção, direção geral, faturamento, comercial, financeira, recursos humanos e informática. (Conforme quadros 3 e 4 e tabela 9)

✓ Apropriação das despesas administrativas

Os totais de despesas para os grupos de contas administrativas estão demonstrados na tabela 10.

Tabela 10 – Relatório de Acumulação das Despesas Administrativas – Base Abril/2006

Setores	Sal.+Enc.	Contas Desp. Gerais	Materiais	Sub-Total	Utilidades Recebidas	Apropriação Indiretos	Totais a Distribuir
<u><i>Direção Geral</i></u>							
101 - Superintendência	7.934,14	5.113,28	-	13.047,42	1.535,68	987,60	15.570,69
102 - Ass. Externa	-	13.171,26	-	13.171,26	-	-	13.171,26
103 - Assistente de Diretoria	14.247,45	-	2,01	14.249,46	576,74	726,03	15.552,24
104 - Qualidade	7.200,00	841,50	2,35	8.043,85	-	385,56	8.429,41
<u><i>Financeiro</i></u>							
122 - Custos e Orçamento	-	-	-	-	177,14	329,20	506,34
123 - Contas a Pagar e Receber	4.532,69	1.242,32	327,81	6.102,82	692,78	419,38	7.214,98
126 - Tesouraria	-	-	-	-	-	-	-
127 - Contabilidade	-	3.368,34	-	3.368,34	-	-	3.368,34
<u><i>Recursos Humanos</i></u>							
141 - Administração de Pessoal	11.231,67	10.676,96	287,81	22.196,44	393,84	-	22.590,28
142 - Seleção e Treinamento	-	-	-	-	602,34	1128,50	1.730,84
<u><i>Sistemas</i></u>							
801 - Sistemas Administrativos	30.183,02	9.529,22	416,62	40.128,86	1.800,05	827,49	42.756,39
802 - Tecnologia	-	-	-	-	1.026,87	-	1.026,87
<u><i>Comercial</i></u>							
810 - Comercial	18.134,73	1.380,00	395,58	19.910,31	1.107,91	771,12	21.789,34
Totais	93.463,70	45.322,88	1.432,18	140.218,76	7.913,35	5574,88	153.706,99

Fonte: Elaborada pelo Autor

Para este grupo de despesas administrativas, foram determinados fatores e bases técnicas de distribuição conforme quadro 5:

Contas	Critério
Direção Geral = >	$\frac{\text{Custo Mensal R\$}}{\text{Total Faturado p/ Divisão}} = \text{Custo por Faturamento}$
Faturamento = >	$\frac{\text{Custo Mensal R\$}}{\text{Total Faturado p/ Divisão}} = \text{Custo por Faturamento}$
Recursos Humanos = >	$\frac{\text{Consumo Mensal R\$}}{\text{Número de Funcionários}} = \text{Custo por Funcionário}$
Sistemas = >	$\frac{\text{Consumo Mensal R\$}}{\text{Horas Apontadas *}} = \text{Custo Hora}$

Quadro 5 – Quadro Resumo de Apropriação das Despesas Administrativas

* Dados Já Existentes na Área de Sistemas

Fonte: Elaborado pelo Autor

O montante do item a ser distribuído é dividido pelo total do critério, determinando assim um índice, este índice é multiplicado pela participação de cada centro de custo, apurando o montante de distribuição de cada centro de custo.

✓ Apropriação dos custos de apoio

O grupo dos custos de apoio - tabela 11 refere-se aos setores auxiliares de produção, ligados diretamente aos processos, sendo específicos a cada divisão de exames, conforme demonstrado abaixo. Os totais de cada setor são transferidos diretamente aos relatórios de distribuição dos custos de cada divisão, em suas contas próprias.

Tabela 11 – Relatório de Distribuição dos Custos de Apoio – Base Abril/2006

Sal.+Enc.	Desp. Gerais	Materiais	Sub -Total	Utilidades Recebidas	Apropriação Indiretos	Totais a Distribuir
-----------	--------------	-----------	------------	-------------------------	--------------------------	------------------------

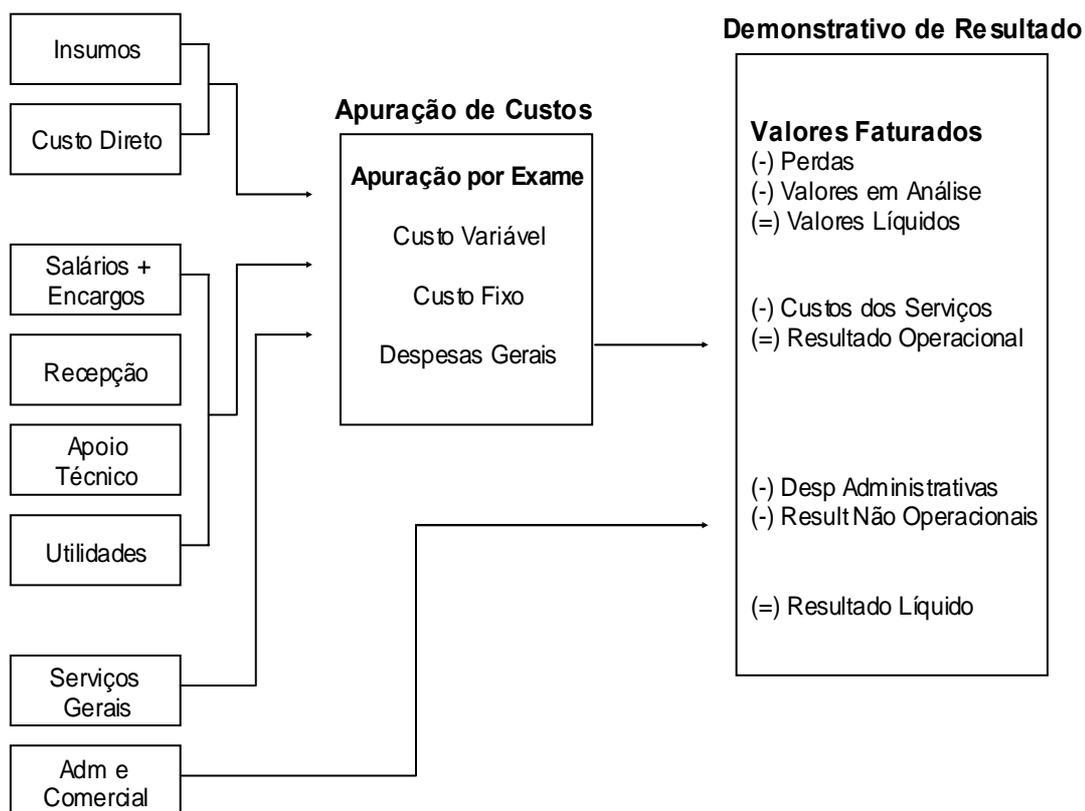


Figura 17 – Fluxo Geral do Sistema de Custos

Fonte: Elaborada pelo Autor

O fluxo geral demonstra de maneira sintética, o sistema de apuração de resultados. Dos elementos expostos na figura anterior, alguns conceitos merecem ser referenciados:

Insumos

Os insumos de produção são compostos por:

- Materiais médicos utilizados na elaboração dos exames
- Outros materiais auxiliares no processo

Custo direto

Os custos diretos são compostos pelos gastos debitados diretamente aos respectivos centros de custos:

- Materiais de escritório/informática;
- Serviços de terceiros;
- Correios

Salários e encargos sociais

Os custos com salários e encargos, ocorridos por centro de custo para o mês em referência, conforme segue:

- Salários - foram considerados os salários base + os adicionais.
- Benefícios - todos aqueles concedidos aos funcionários e que geraram custos para a organização.
- Encargos Sociais - a percentagem de 68,85% foi apurada conforme demonstrativo dos encargos apresentados no quadro a seguir.

Tabela 12 - Composição dos Encargos Sociais

Descrição dos Itens	%	Discriminação dos Itens
<i>Grupo A</i>		
Instituto Nacional de Seguridade Social	20,00	
Seguro de Acidentes de Trabalho	2,00	
Terceiros	3,30	SESI, SESC, SENAC, SEBRAE, SENAI, INCRA
Salário Educação	2,50	
Fundo de Garantia por Tempo de Serviço	8,50	
Sub-Total	36,30	
<i>Grupo B</i>		
Férias (1,33%)	12,10	1,33/11 meses a apropriar
Aviso Prévio	0,90	(0,5/5/11) onde 5 indice de rotatividade total em anos
Auxílio Doença	1,00	Média dos últimos 12 meses
13° salário	8,33	(100 / 12)
Sub-Total	22,33	forma demitidos
<i>Grupo C</i>		
Multa FGTS	2,12	(0,5x0,085x0,5) metade dos funcinários desligados
<i>Grupo D</i>		
Incidências Cumulativas de A sobre B	8,10	(36,3% x 22,33%)
Total	68,85	

Fonte: Levantamento da Pesquisa

Recepção

Os custos com recepção foram alocados segundo obtenção do índice por divisão de negócio e pelo número de exames realizados pelos grupos de exames para uma divisão, conforme detalhado na tabela 9.

Apoio técnico

Os custos de apoio acumulados na tabela 11 referem-se aos setores produtivos ligados indiretamente a produção, sendo específicos a cada divisão de exames, seus custos são transferidos diretamente as divisões correspondentes.

Utilidades

Os custos fixos compostos por: água, energia elétrica, ocupação, são transferidos a cada centro de custo, conforme critérios de distribuição descritos no quadro 3.

Custos indiretos

Para o grupo dos custos indiretos: telefonia, suprimentos, expedição, faturamento, serviços gerais, direção, faturamento, recursos humanos e informações, foram apropriados conforme bases técnicas descritas nos quadros 4 e 5.

- ✓ Produtos gerados na estrutura de informações gerenciais de custos

Esta etapa consistiu na estruturação e geração de produtos – relatórios – obtidos pelo sistema de apuração de informações gerenciais, visando à consolidação por grupos de exames e divisões:

- Relatório de distribuição dos custos – possui a função de consolidar os custos por grupos de exames e divisão de produção, possibilitando o acompanhamento dos valores lançados, procedendo a uma análise mais detalhada dos respectivos lançamentos nas contas. (conforme tabela 13)
- Demonstrativo de resultado – possui a função de apurar os resultados, possibilitar estudos comparativos e agregar informações de: glosas, perdas e contas em análise, com a finalidade de obter os valores base para remuneração dos participantes nos negócios por especialidade médica. As informações de glosas são referentes às faturas não pagas pelos convênios médicos, por estarem em desacordo com procedimentos descritos no contrato, as quais a empresa analisará e entrará com recurso se cabível. Os valores de perdas são as glosas acatadas pelo CDM, representado as perdas efetivas. Finalmente quanto ao valor em análise, representam as contas em atraso, ou aguardando o lançamento de baixa do recebimento pelo CDM. (conforme tabela 14)

Tabela 13 – Relatório de Distribuição dos Custos “Anatomia Patológica” – Base Abril/2006

Contas	Microscopia	Punção Aspir.	Congelação	Híbrid. Mol.	Imunohistoq.	Rev. Lâmina	Total
Consumo Materiais	0,00	370,39	0,00	0,00	4.875,58	0,00	5.245,97
Despesas Diversas	3.076,26	0,00	318,80	0,00	300,00	0,00	3.695,06
<i>Custos Variáveis</i>	3.076,26	370,39	318,80	0,00	5.175,58	0,00	8.941,03
Aprop. Util. Energia	672,56	63,47	20,45	248,12	594,09	7,57	1.606,26
Aprop. Util. Água	212,29	0,00	0,00	0,00	106,15	0,00	318,44
Aprop. Aluguel	1.226,14	0,00	0,00	446,53	446,53	0,00	2.119,21
Aprop. Telefonia	658,40	0,00	0,00	0,00	329,20	0,00	987,60
Aprop. Quadro Médico	31.525,50	0,00	9.000,44	594,43	1.268,96	0,00	42.389,33
Aprop. Triagem	5.812,07	55,69	238,68	54,19	115,69	19,79	6.296,11
Aprop. Macroscopia	22.269,26	0,00	914,51	0,00	0,00	0,00	23.183,77
Aprop. Técnica	37.996,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37.996,59
Aprop. Arquivo	4.316,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.316,37
Aprop. Conf. Apoio Técnico	2.834,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.834,98
Aprop. Atendimento/Recep.	10.786,32	960,32	0,00	169,02	99,87	99,87	12.115,40
Aprop. Emissão de Laudos	497,65	4,77	20,44	4,64	9,91	1,69	539,09
Aprop. Expedição/Transporte	8.956,90	85,83	367,82	83,52	178,29	30,50	9.702,86
<i>Custos Fixos Esp.</i>	127.765,02	1.170,07	10.562,34	1.600,45	3.148,68	159,44	144.406,00
Aprop. Serviços Gerais	4.363,67	640,91	549,35	1.937,38	4.089,00	91,56	11.671,86
Aprop. Suprimentos	338,18	56,36	11,27	0,00	450,90	0,00	856,72
<i>Custos Fixos Gerais</i>	4.701,85	697,27	560,62	1.937,38	4.539,90	91,56	12.528,58
Total Geral	135.543,13	2.237,74	11.441,76	3.537,82	12.864,17	251,00	165.875,61

Fonte: Elaborada pelo Autor

Tabela 14 – Demonstrativo de Resultado “Divisão Anatomia” – Base Ano 2006

Contas	FEV	MAR	ABR
Valores a Receber	349.561,40	380.214,85	390.551,23
Glosas (Glosas em Recurso)	(11.370,38)	(10.133,23)	(5.546,53)
Perdas (Glosas Acatadas)	(13.685,01)	(13.840,57)	(9.441,21)
Valores em Análise	415,47	(21.957,20)	(59.321,68)
Valores Recebidos	324.921,48	334.283,85	316.241,81
(-) Impostos	(19.750,22)	(21.482,14)	(22.066,14)
Valores Recebidos Líquidos	305.171,26	312.801,71	294.175,67
Custos Variáveis	(9.182,55)	(14.118,87)	(8.941,03)
Custos Fixos Específicos	(112.731,98)	(121.410,45)	(144.406,00)
Custos Fixos Gerais	(11.280,94)	(12.456,33)	(12.528,58)
Total dos Custos dos Serviços	(133.195,47)	(147.985,65)	(165.875,61)
<i>Resultado Operacional Bruto</i>	<i>171.975,79</i>	<i>164.816,06</i>	<i>128.300,06</i>
Custos Indiretos Apropriados	(25.288,85)	(37.746,21)	(23.008,85)
<i>Resultado Operacional Líquido</i>	<u><i>146.686,94</i></u>	<u><i>127.069,85</i></u>	<u><i>105.291,21</i></u>

Fonte: Elaborada pelo Autor

Produtos adicionais gerados através da estrutura de informações gerenciais de custos

- a) Relatório de distribuição dos custos – permite o detalhamento e acompanhamento dos custos por contas, acumulando por exames, possibilitando suas análises quanto a variações e integridade dos valores lançados.
- b) Demonstrativo de resultado – possui a finalidade de fornecer os valores base, a fim de remunerar os gestores de divisão, apresentam as informações de glosas, informação vital para o estabelecimento das remunerações. É possível ainda no relatório proposto efetuar análises comparativas mensais das contas. Apresenta os valores efetivamente recebidos pela divisão, procedendo a sua análise e acompanhamento mensal.

✓ Informações de margem de contribuição e resultado

Com base nas informações coletadas no levantamento da pesquisa e os relatórios gerenciais gerados, e as correspondentes apropriações dos custos indiretos, conforme as novas bases técnicas de apropriação foram desenvolvidas as seguintes informações:

- Análise de Margem de Contribuição e Resultado por Divisão
- Resultado por Exames

Sistema tributário do centro de diagnóstico médico

O CDM em estudo está enquadrado no regime de tributação pelo lucro real.

Resumidamente apresentamos os tributos a serem recolhidos por uma empresa enquadrada nesse regime de tributação pelo lucro real.

<i>Tributos</i>	<i>Base de cálculo</i>	<i>Alíquota</i>
PIS	Receita de Serviços	0,65%
COFINS	Receitas de Serviços	3,00%
ISS	Receita com Prestação de Serviços	2,00%
IRPJ	Resultado Contábil	15,00%
CSLL	Resultado Contábil	9,00%
IRPJ – adicional	Resultado Contábil(menos dedução)	10,00%

O pagamento do adicional do imposto de renda é calculado pelo montante que exceder de R\$ 20.000,00, tendo como base o resultado contábil mensal, a este resultado é aplicada a alíquota de 10%.

Conclusivamente, a seguir encontram-se detalhadas as informações a respeito da:

- Análise de Margem de Contribuição e Resultado por Divisão
- Resultado por Exames

Tabela 15 – Análise de Margem de Contribuição e Resultados por Divisão – Base Abril/2006

Contas	Anatomia Patológica	%	Colpo/Citologia	%	Pat. Clínica	%	Diag. Imagem	%	Mamografia	%	Total	%
Faturamento Bruto	390.551,23	100,00	390.438,71	100,00	1.084.797,51	100,00	318.999,51	100,00	211.683,54	100,00	2.396.470,50	100,00
(-) Impostos s/ Serviços	22.066,14	5,65	22.059,79	5,65	61.291,06	5,65	18.023,47	5,65	11.960,12	5,65	135.400,58	5,65
Faturamento Líquido	368.485,09	94,35	368.378,92	94,35	1.023.506,45	94,35	300.976,04	94,35	199.723,42	94,35	2.261.069,92	94,35
(-) Custo Variável	8.941,03	2,29	47.250,58	12,10	203.165,85	18,73	16.320,88	5,12	28.697,63	13,56	304.375,97	12,70
Resultado Bruto	359.544,06	97,71	321.128,34	87,90	820.340,60	81,27	284.655,16	94,88	171.025,79	86,44	1.956.693,95	87,30
(-) Custos Fixos Específicos	144.406,00	36,97	178.973,66	45,84	262.878,74	24,23	137.836,45	43,21	51.195,61	24,18	775.290,45	32,35
(-) Custo Fixo Geral	12.528,58	3,21	33.267,28	8,52	33.115,76	3,05	8.826,18	2,77	4.999,27	2,36	92.737,07	3,87
Margem de Contribuição	202.609,47	57,53	108.887,41	33,54	524.346,10	53,99	137.992,53	48,91	114.830,91	59,90	1.088.666,42	51,08
(-) Custos Indiretos	23.008,85	5,89	72.435,28	18,55	49.426,43	4,56	17.042,14	5,34	8.521,80	4,03	170.434,50	7,11
(-/+) Result não Operacionais		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	-	0,00
Resultado Operacional	179.600,62	51,64	36.452,13	14,99	474.919,68	49,43	120.950,39	43,57	106.309,11	55,87	918.231,92	43,97

Fonte: Elaborada pelo Autor

Tabela 16 – Demonstrativo de Resultados por Exames – Base Abril/2006

Serviços	Qtde Exames	Faturamento Unitário	%	Custos Diretos Totais	Custos Diretos Unitários	%	Margem Contribuição p/ Exame	%	Custos Indiretos p/ Exame	%	Resultado Operacional	%
<u>Divisão de Anat. Patológica</u>												
Microscopia	5499	55,79	100	135.543,13	24,65	44,18	31,14	55,82	3,86	6,92	27,27	48,89
Punção Aspirativa	125	104,01	100	2.237,74	17,90	17,21	86,11	82,79	1,63	1,57	84,48	81,22
Congelamento	182	97,64	100	11.441,76	62,87	64,39	34,78	35,61	4,79	4,91	29,98	30,71
Hibridização Molecular	39	390,41	100	3.537,82	90,71	23,24	299,70	76,76	5,08	1,30	294,62	75,46
Imunohistoquímica	103	353,17	100	12.864,17	124,89	35,36	228,27	64,64	4,10	1,16	224,17	63,47
Revisão de Lâminas	23	61,35	100	251,00	10,91	17,79	50,44	82,21	3,15	5,13	47,29	77,09
Necropsia de Feto	0	0,00	100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				165.875,61								
<u>Divisão de Pat. Clínica</u>												
Biologia Molecular	3318	75,85	100	107.426,67	32,38	42,68	43,48	57,32	1,07	1,41	42,41	55,90
Bioquímica	20263	6,85	100	96.427,36	4,76	69,44	2,09	30,56	0,85	12,44	1,24	18,12
Hematologia	907	54,19	100	51.922,08	57,25	105,64	(3,06)	(5,64)	6,25	11,54	(9,31)	-17,18
Imunologia	21523	37,24	100	185.614,48	8,62	23,16	28,62	76,84	0,83	2,24	27,79	74,61
Microbiologia	3373	10,10	100	42.682,74	12,65	125,33	(2,56)	(25,33)	0,96	9,55	(3,52)	-34,88
Parasitologia	266	4,25	100	4.207,71	15,82	372,61	(11,57)	(272,61)	0,77	18,07	(12,34)	-290,68
Urinalise	1790	4,64	100	10.879,31	6,08	131,03	(1,44)	(31,03)	0,85	18,36	(2,29)	-49,39
				499.160,35								
<u>Divisão de Colpo/Citologia</u>												
Citologia	12747	23,09	100	140.439,96	11,02	47,72	12,07	52,28	3,81	16,50	8,26	35,78
Colposcopia	3011	25,01	100	101.562,92	33,73	134,89	(8,73)	(34,89)	6,86	27,43	(15,58)	-62,32
Vulvoscopia	801	25,99	100	17.488,63	21,83	84,00	4,16	16,00	4,01	15,43	0,15	0,57
				259.491,52								
<u>Div. de Diag. Por Imagem</u>												
Abdominal	497	104,52	100	17.293,21	34,80	33,29	69,73	66,71	3,49	3,34	66,24	63,37
Doppler	322	109,73	100	12.101,30	37,58	34,25	72,15	65,75	4,26	3,88	67,89	61,87
Órgãos e Estruturas	747	56,58	100	28.438,56	38,07	67,28	18,51	32,72	4,32	7,64	14,19	25,08
Obstétrica	307	62,06	100	9.233,93	30,08	48,46	31,98	51,54	3,28	5,29	28,70	46,25
Pélvica	2437	60,61	100	85.541,74	35,10	57,92	25,51	42,08	3,55	5,86	21,96	36,23
Tórax	0	0,00	100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Urológica	197	72,06	100	5.816,46	29,53	40,97	42,54	59,03	3,28	4,56	39,25	54,47
Próstata	65	54,47	100	1.945,12	29,92	54,94	24,54	45,06	3,44	6,31	21,11	38,75
Punção Aspirativa	42	118,10	100	2.613,19	62,22	52,68	55,88	47,32	4,29	3,64	51,59	43,68
<u>Divisão Mamografia</u>												
Mamografia	2234	94,76	100	84.892,51	38,00	40,10	56,76	59,90	3,81	4,03	52,94	55,87

Fonte: Elaborada pelo Autor

Diferenças das informações propostas comparadas com as geradas no sistema vigente

a) Análise de margem de contribuição e resultado por divisão:

- demonstram os valores dos impostos incidentes, apresentando resultados reais;
- possibilita a identificação da alocação dos custos entre: variáveis, fixos e indiretos por divisão, possibilitando análises mais precisas quanto ao comportamento dos custos;
- fornece a informação da margem de contribuição, possibilitando a análise do resultado, antes da alocação dos custos indiretos, possibilitando assim as análises do ponto de nivelamento;

b) Resultado por exames:

- apresenta os faturamentos, custos diretos, margem de contribuição e custos indiretos unitários por exames, possibilitando as análises de resultado por exames, evidenciando seus desempenhos;
- auxiliar na identificação de exames com altos e baixos resultados, possibilitando aumentos de produção e ações de controle no âmbito da divisão.

✓ Análise do ponto de nivelamento

Ainda como subproduto do sistema, este oferece condições de estruturar com maior precisão, elementos para o planejamento e análise de expansão dos setores produtivos, em se conhecendo os respectivos níveis de capacidade instalada/exame ou procedimentos. Ou seja, elementos para decisões focadas em economias de escala e investimento, conhecidas como de análise de ponto de nivelamento.

Neste sentido agregue-se ainda, que Atkinson et al. (2000, p.192) ressalta que os administradores necessitam saber o nível de produção no qual o custo dos recursos comprometidos é coberto pelos lucros ganhos da produção e venda de bens e serviços. O nível em que o volume de vendas cobre os custos dos recursos comprometidos é chamado análise de custos, volume e lucro. Ou seja, o tratamento dos custos totais, segundo os conceitos de custos fixos e variáveis.

São demonstrados, a seguir, os elementos para essa análise, para cada divisão de negócio (base abril de 2006), utilizando os dados do: relatório de análise de margem de contribuição e resultado por divisão (tabela 15) e relatório de resultado por exames (tabela 16).

Anatomia patológica

Quantidade de Exames = 5971

Despesas Fixas Totais = 23.008,85

Preço Faturamento = 390.551,23

Custo Variável Total = 165.875,61

$Q = 23.008,85 / (390.551,23 - 165.875,61) = > 0,1024 = >$
aproximadamente 10,24% da quantidade de exames atuais seriam suficientes para equilibrar receitas versus custos, ou seja 611 exames seriam necessários na posição de equilíbrio.

Patologia clínica

Quantidade de Exames = 51.440

Despesas Fixas Totais = 49.426,43

Preço Faturamento = 1.284.797,51

Custo Variável Total = 499.160,35

$Q = 49.426,43 / (1.284.797,51 - 499.160,35) = > 0,0629\% =>$
aproximadamente 6,29% de 51.440 exames seriam necessários para atingir o ponto de nivelamento, ou seja 3.236 exames.

Citologia/colposcopia

Quantidade de Exames = 16.559

Despesas Fixas Totais = 72.435,28

Preço Faturamento = 390.438,71

Custo Variável Total = 259.491,52

$Q = 72.435,28 / (390.438,71 - 259.491,52) = > 55,32\% \Rightarrow$
aproximadamente 55,32% de 16.559 exames seriam necessários para atingir o ponto de nivelamento, ou seja 9.160 exames.

Diagnósticos por imagem

Quantidade de Exames = 4.614

Despesas Fixas Totais = 17.042,14

Preço Faturamento = 318.999,51

Custo Variável Total = 162.983,51

$Q = 17.042,14 / (318.999,51 - 162.983,51) = > 10,92\% \Rightarrow$
aproximadamente 10,92% de 4.614 exames seriam necessários para atingir o ponto de nivelamento, ou seja 504 exames.

Mamografia

Quantidade de Exames = 2.234

Despesas Fixas Totais = 8.521,80

Preço Faturamento = 211.683,54

Custo Variável Total = 84.892,51

$Q = 8.521,80 / (211.683,54 - 84.892,51) = > 6,72\% \Rightarrow$
aproximadamente 6,72% de 2.234 exames seriam necessários para atingir o ponto de nivelamento, ou seja 150 exames.

- ✓ Análise do ponto de nivelamento no sistema de custo vigente

Em que pese à evidência, como decorrência da mudança de bases de informações do sistema desenvolvido, apresenta-se a seguir um estudo comparativo, tomando a mesma base de dados (abril/2006) quando processadas no sistema vigente do CDM.

Anatomia patológica

Quantidade de Exames = 5971

Despesas Fixas Totais = 148.342,94

Preço Faturamento = 390.551,23

Custo Variável Total = 122.045,19

$$Q = 148.342,94 / (390.551,23 - 122.045,19) = > 0,5524 = >$$

Aproximadamente 55,24% da quantidade de exames atuais seriam suficientes para equilibrar receitas versus custos, ou seja 3.298 exames seriam necessários na posição de equilíbrio.

Patologia clínica

Quantidade de Exames = 51.440

Despesas Fixas Totais = 184.175,71

Preço Faturamento = 1.284.797,51

Custo Variável Total = 366.915,92

$$Q = 184.175,71 / (1.284.797,51 - 366.915,92) = > 0,2006 =>$$

aproximadamente 20,06% de 51.440 exames seriam necessários para atingir o ponto de nivelamento, ou seja 10.319 exames.

Citologia/colposcopia

Quantidade de Exames = 16.559
Despesas Fixas Totais = 120.689,79
Preço Faturamento = 390.438,71
Custo Variável Total = 167.246,07

$Q = 120.689,79 / (390.438,71 - 167.246,07) = > 0,5407 \Rightarrow$
aproximadamente 54,07% de 16.559 exames seriam necessários para atingir o ponto de nivelamento, ou seja 8.953 exames.

Diagnósticos por imagem

Quantidade de Exames = 4.614
Despesas Fixas Totais = 44.687,82
Preço Faturamento = 318.999,51
Custo Variável Total = 104.645,93

$Q = 44.687,82 / (318.999,51 - 104.645,93) = > 0,2084 \Rightarrow$
aproximadamente 20,84% de 4.614 exames seriam necessários para atingir o ponto de nivelamento, ou seja 962 exames.

Mamografia

Quantidade de Exames = 2.234
Despesas Fixas Totais = 16.981,43
Preço Faturamento = 211.683,54
Custo Variável Total = 67.107,24

$Q = 16.981,43 / (211.683,54 - 67.107,24) = > 0,1175 \Rightarrow$
aproximadamente 11,75% de 2.234 exames seriam necessários para atingir o ponto de nivelamento, ou seja 263 exames.

Apresenta-se a seguir, a síntese comparativa dos resultados apurados pelos dois sistemas:

Tabela 17 – Análise dos Pontos de Nivelamento no Sistema Proposto e Vigente
(Base Abril de 2006)

<i>Divisões</i>	<i>Sistema Proposto %</i>	<i>Sistema Vigente %</i>
Anatomia Patológica	10,24	55,24
Colpo/Citologia	55,32	54,07
Patologia Clínica	6,29	20,06
Diagnóstico por Imagem	10,92	20,84
Mamografia	6,72	11,75

Fonte: Elaborado pelo Autor

a) Anatomia patológica

A redução de 45,00% no ponto de nivelamento no sistema proposto para a divisão é explicada, pela redução de 84,49% das despesas fixas, e também justificada pelo acréscimo de 35,91% no custo variável.

b) Colpo/citologia

A oscilação de 1,25% apesar de pequena é explicada pela redução das despesas fixas em 39,98% no sistema proposto e acréscimo nos custos variáveis de 55,16%, compensando seus efeitos.

c) Patologia clínica

A queda de 13,77% é justificada pela redução de 272,63% nas despesas fixas e acréscimo de 36,04% no custo variável.

d) Diagnóstico por imagem

A redução de 9,92% é justificada por uma queda de 61,86% nas despesas fixas e acréscimo de 55,75% no custo variável.

e) Mamografia

A redução de 5,03% é explicada pela redução de 49,82% nas despesas fixas e acréscimo de 26,50 no custo variável.

Considerações finais

Em relação às despesas fixas totais das divisões, houve uma redução de 66,9% dos valores na proposta apresentada, justificada pela aplicação dos novos fatores e bases técnicas de apropriação dessas despesas, e pela melhor alocação das despesas de apoio à produção, incorporadas aos custos variáveis de suas divisões, acarretando uma melhor distribuição dos custos fixos e indiretos as divisões.

Os custos variáveis totais sofreram acréscimo de 41,60%, demonstrando que as mudanças de alocações dos gastos sugeridas no estudo, funcionaram com o objetivo de melhorar a alocação dos custos variáveis, em suas respectivas divisões.

5.3 Geração de resultados e desempenhos

Neste tópico foram desenvolvidos informes de resultados e desempenhos, para os meses de: janeiro, fevereiro, março e abril de 2006.

Estes produtos possuem a finalidade de oferecer e posicionar os gestores de negócios e a alta direção, oferecendo elementos para cortes temporais e análises estruturadas, de comportamento dos custos e resultados, quando referenciados a indicadores econômicos.

Ressalte-se que os indicadores econômicos utilizados, integram diferentes processos de fixação de contratos (convênios, planos de saúde, e outros), permitindo a tomada de decisões de natureza de políticas de negócio e estratégia mercadológica além, de avaliação de preços praticados na concorrência, em segmentos de exames e seus rendimentos, seja por exames, seja por divisões. Para efeito de exemplificação, tomando como base de dados o 1º. quadrimestre de

2006, foram apurados os resultados, utilizando-se como deflator o índice geral de preços do mercado - IGPM/FGV.

Tabela 18 – Variações de Resultados por Exames e Divisões

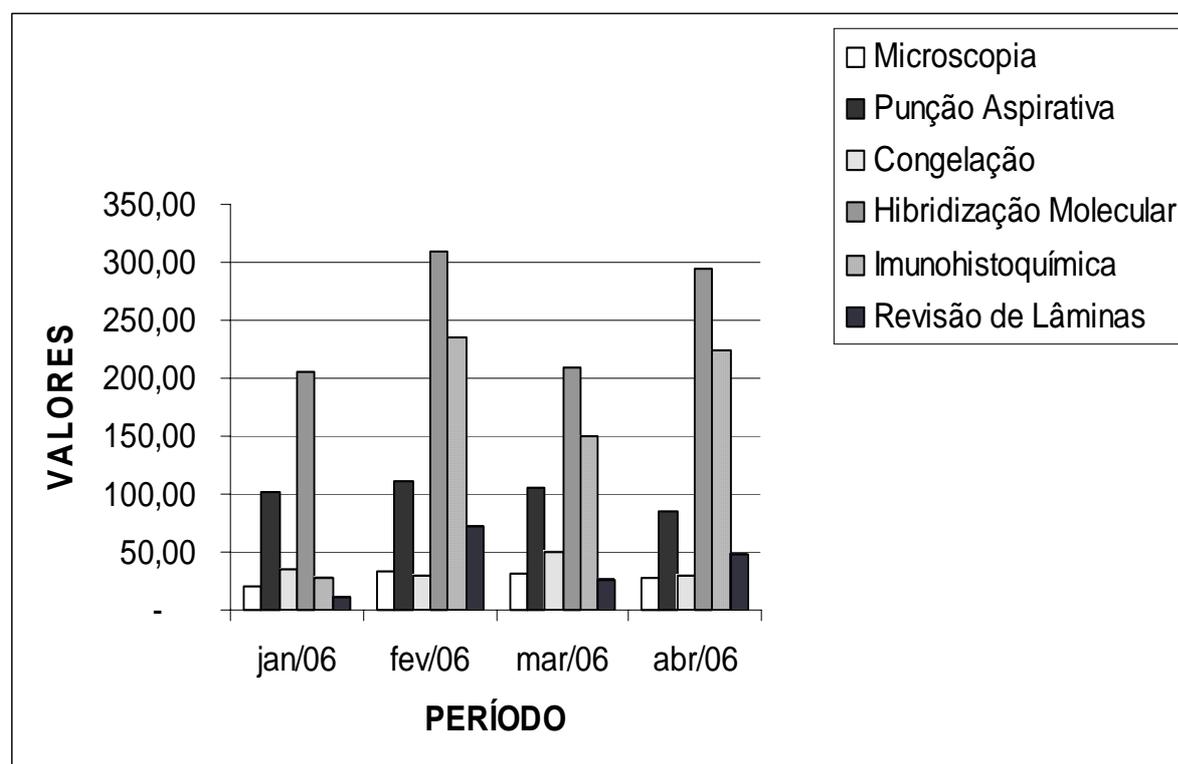
<i><u>Divisão de Anat. Patológica</u></i>								
Microscopia	20,01	41,34	34,09	56,54	32,39	55,12	27,27	48,89
Punção Aspirativa	102,40	91,52	111,74	90,94	106,12	89,38	84,48	81,22
Congelação	35,72	37,60	30,11	31,64	50,65	42,62	29,98	30,71
Hibridização Molecular	207,17	52,35	312,79	62,62	210,36	67,34	294,62	75,46
Imunohistoquímica	27,72	9,27	236,48	63,34	150,64	42,90	224,17	63,47
Revisão de Lâminas	12,01	41,82	72,26	82,60	25,84	54,85	47,29	77,09
Necropsia de Feto	-	-	-	-	-	-	-	-
<i><u>Divisão de Med. Laboratorial</u></i>								
Biologia Molecular	38,38	51,88	51,54	60,44	39,51	53,41	42,41	55,90
Bioquímica	0,39	7,02	2,34	33,15	0,96	13		

Tabela 19 – Variações das Margens de Contribuição por Divisão

Conta	Ano/mês	Anatomia Patológica	% Faturamento	Citologia/ Colposcopia	% Faturamento	Patologia Clínica	% Faturamento	Diagnóstico Imagem	% Faturamento	Mamografia	% Faturamento
Margem de Contribuição	jan/06	136.327,92	43,43	76.724,40	22,98	352.900,51	35,23	72.298,37	30,38	(17.369,82)	(37,67)
	fev/06	218.708,16	63,45	162.771,89	44,34	579.031,08	54,25	151.860,49	64,80	(15.587,85)	(30,53)
	mar/06	233.087,56	56,90	118.129,36	29,92	355.097,65	32,55	137.606,30	36,89	69.437,57	50,35
	abr/06	202.063,90	57,53	108.594,20	33,54	522.934,18	53,99	137.620,95	48,91	114.521,70	59,90

Fonte: Elaborada pelo Autor

Tais produtos podem ser explicitados mediante os gráficos seguintes:

**Gráfico 10 – Variações de Resultados por Exames Anatomia Patológica**

Fonte: Elaborado pelo Autor

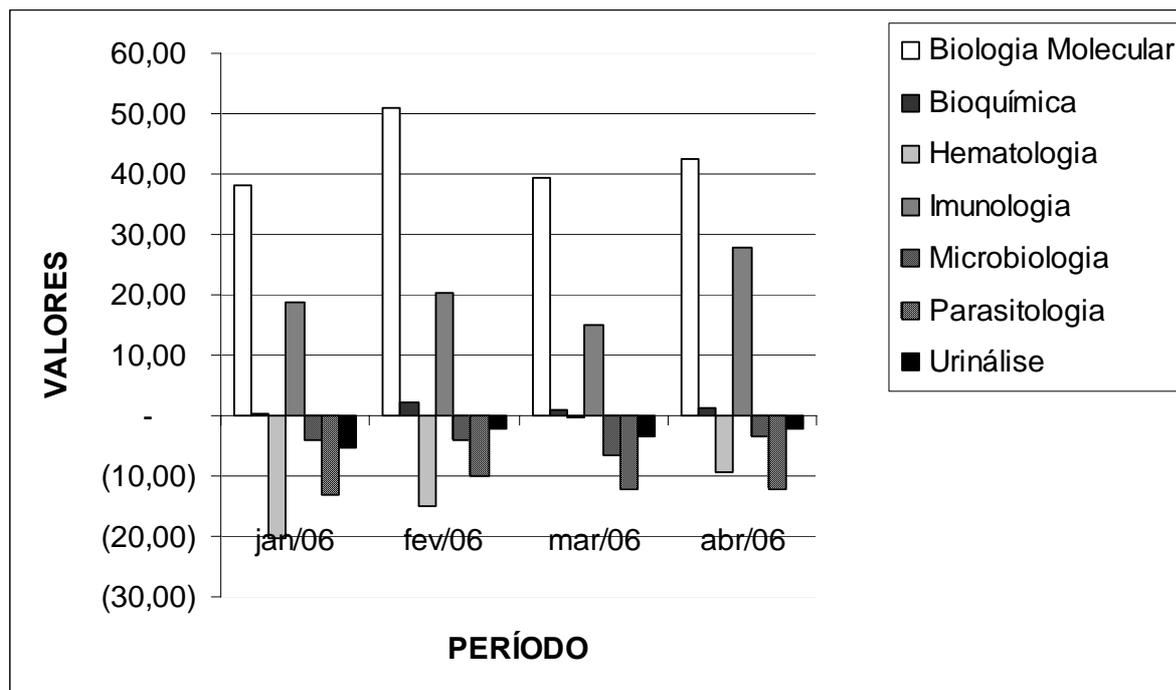


Gráfico 11 – Variações de Resultados por Exames Patologia Clínica

Fonte: Elaborado pelo Autor

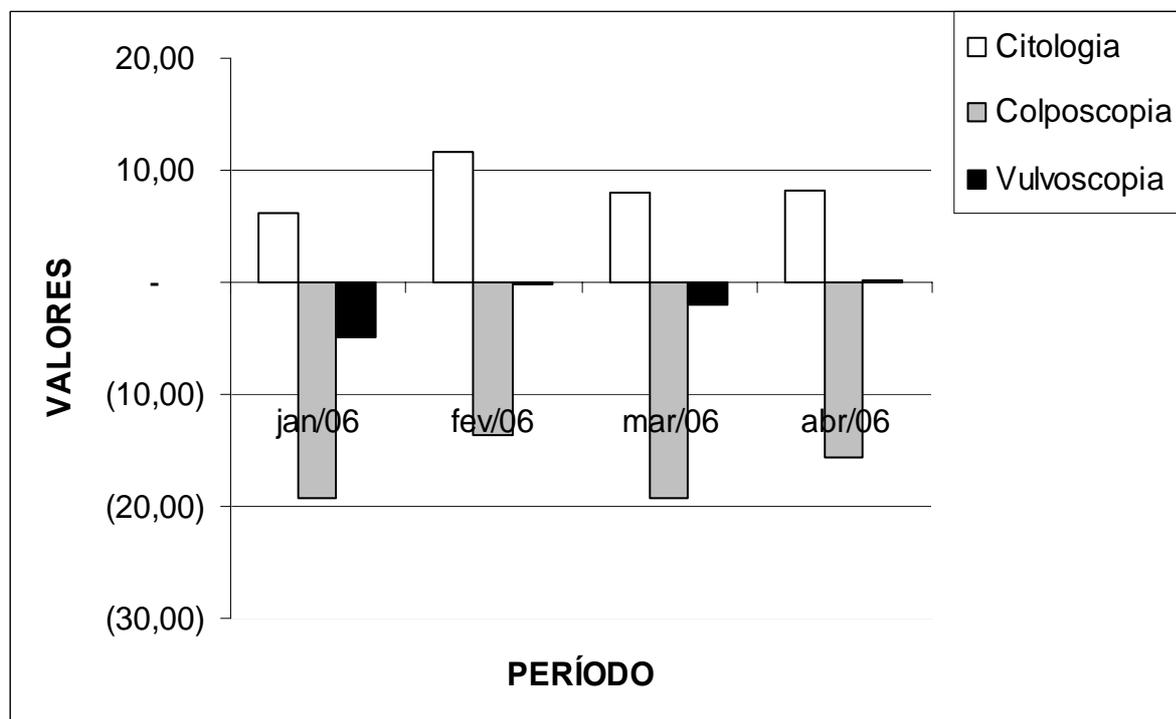


Gráfico 12 – Variações de Resultados por Exames Citologia/Colpo

Fonte: Elaborado pelo Autor

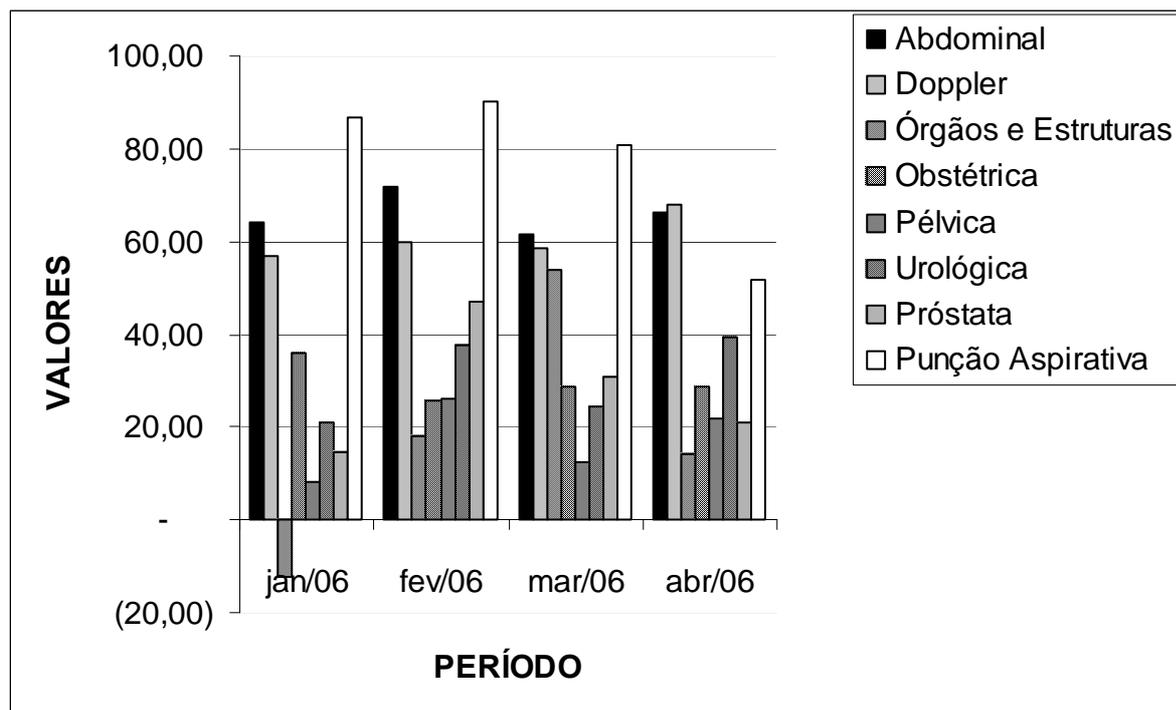


Gráfico 13 – Variações de Resultados por Exames Diag. por Imagem

Fonte: Elaborado pelo Autor

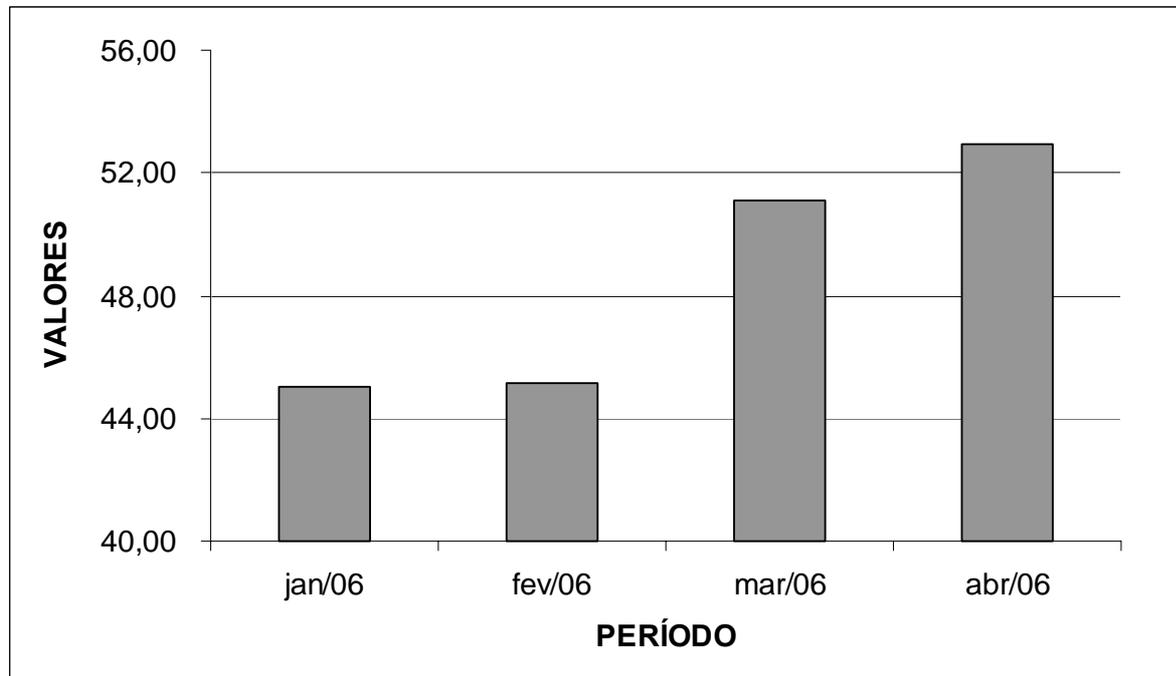


Gráfico 14 – Variações de Resultados por Exames Mamografia

Fonte: Elaborado pelo Autor

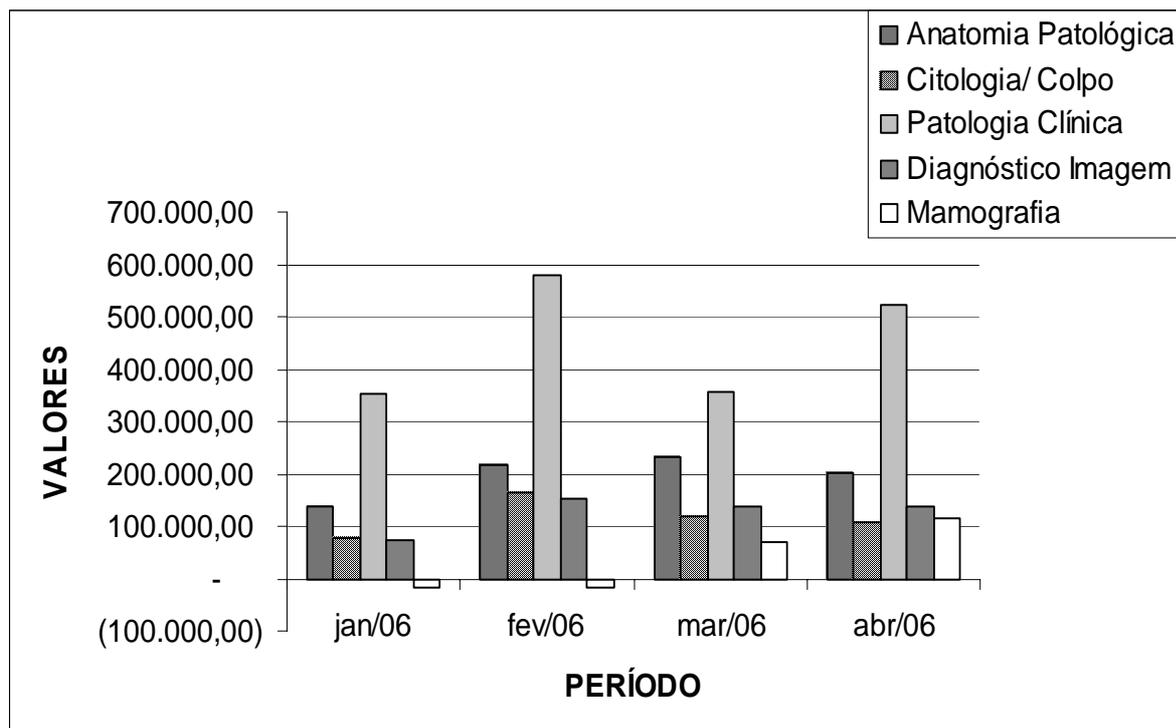


Gráfico 15 – Variações das Margens de Contribuição por Divisão

Fonte: Elaborado pelo Autor

As informações de resultado e desempenho do sistema desenvolvido oferece:

- Demonstração das margens de contribuições mensais deflacionadas por unidades de negócios, evidenciando aos gestores dos diversos níveis de decisão, a evolução das margens por negócios, possibilitando também o acompanhamento do respectivo desempenho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade e identificação do grau de maturidade da organização na utilização dos dados de custos, como sistema de informação para decisões, implica na superação de estágios de competência de seus gestores, diante de barreiras culturais e mesmo recursos sempre restritos, na busca de desempenho superior.

Este estudo, ao desenvolver uma investigação em caso único de organização de diagnóstico médico, teve como pressuposto subjacente que as informações de custos constituem elementos de apoio ao grau de maturidade e complexidades das decisões, o mesmo que dizer, das competências internas de gestores e dirigentes, por se constituem nos agentes validadores e ao mesmo tempo, consumidores das mesmas.

Outra vertente subjacente, é constituída pela estratégia nos negócios, fruto também do seu aprimoramento e formação multidisciplinar dos dirigentes, base sobre a qual a organização consolidará competências para responder as mudanças do sistema competitivo em que se insere.

A base experimental utilizada, do CDM, revelou que a organização se encontra em um nível de competitividade intenso e, que seu crescimento, em que pese significativo nos últimos anos, a posicionaram sob condições severas para sua sustentabilidade e continuidade, ante a dinâmica de concorrentes significativos, no seu contexto de atuação.

Tais elementos constituíram o balizamento para o desenvolvimento da investigação, o que aliás constitui os fundamentos da nova Administração do Custos Basic (1998), e da Gestão Estratégica de Custos para um alto desempenho como ressaltado por Kaplan e Cooper (1998), ao enfatizar as etapas evolutivas e estruturadas no tratamento dos custos e desempenhos:

Aspectos dos sistemas	Sistemas de Estágio I Falhos	Sistemas de Estágio II Voltados para a geração de relatórios financeiros	Sistemas de Estágio III Controle de custo por exame e desempenho por padrões	Sistemas de Estágio IV Integração entre elementos estratégicos e desempenho
Qualidade dos dados	> muitos erros > grandes variações	> erros relativos > variações analisadas e justificadas	> desvios dentro de padrões estabelecidos	> bancos de dados e sistemas totalmente integrados
Relatórios financeiros externos	> inadequados	> adequados as necessidades de geração de relatórios financeiros	> adequados as necessidades de geração de relatórios financeiros	> sistemas de relatórios financeiros
Custos p/ usuários internos e externos	> inadequados	> identificados	> sistema de controle operacional oferecendo feedback	> integração com elementos estratégicos
Controle operacional e estratégico	> inadequados	> feedback limitado > feedback desatualizado	> métodos de custeio por absorção e direto > controle orçamentário	> custo para decisão integrando os diversos métodos estratégico e operacional

Figura 18 – Modelo em Quatro Estágios para Projetar um Sistema de Custos

Fonte: Adaptado de Kaplan e Cooper (1998, p.23)

Os sistemas de informações e gestão de custos são adequados e moldados as características e a cultura da organização e o papel estratégico dos métodos e sistemas de custos.

O sistema de gestão de custos proposto ao CDM, fundamentou-se nesses pressupostos, ao projetar o sistema de gerenciamento de custos, buscando oferecer aos gestores sistemas de feedback operacional, integrando diversos métodos de custo e elementos de natureza estratégica, possibilitando a continua melhoria dos processos sob controle dos gestores e dirigentes.

Não seria arriscado com base no estudo desenvolvido, situar o CDM como operando no estágio II, com tendências (ou exigências) para migrar para o estágio III, ampliando suas competências para um sistema de controle operacional através de feedback, entre os usuários internos e externos, de modo a gerar informações adequadas, a decisões e ações ao longo de sua cadeia de valores, foco este em

que atuou esporádica e assistêmicamente. Em especial, em organizações de saúde, empreendimentos em que a densidade de investimentos, assim como a renovação tecnológica, aliada à alta qualificação da mão de obra (trabalho), torna-se imprescindível e permanente relacionar a eficiência à eficácia, atingindo novos estágios evolutivos de seus objetivos de desempenho e posicionamento estratégico para suas organizações.

Visando atender aos objetivos propostos da pesquisa, o estudo propõe um sistema de gestão de custos que atenda ao mesmo tempo, demanda de informações para: planejamento, controle e avaliação de diferentes centros de decisão da organização, e contribua como subsistema de informações como apoio ao processo de gestão da organização, conforme demonstrado na figura 19.

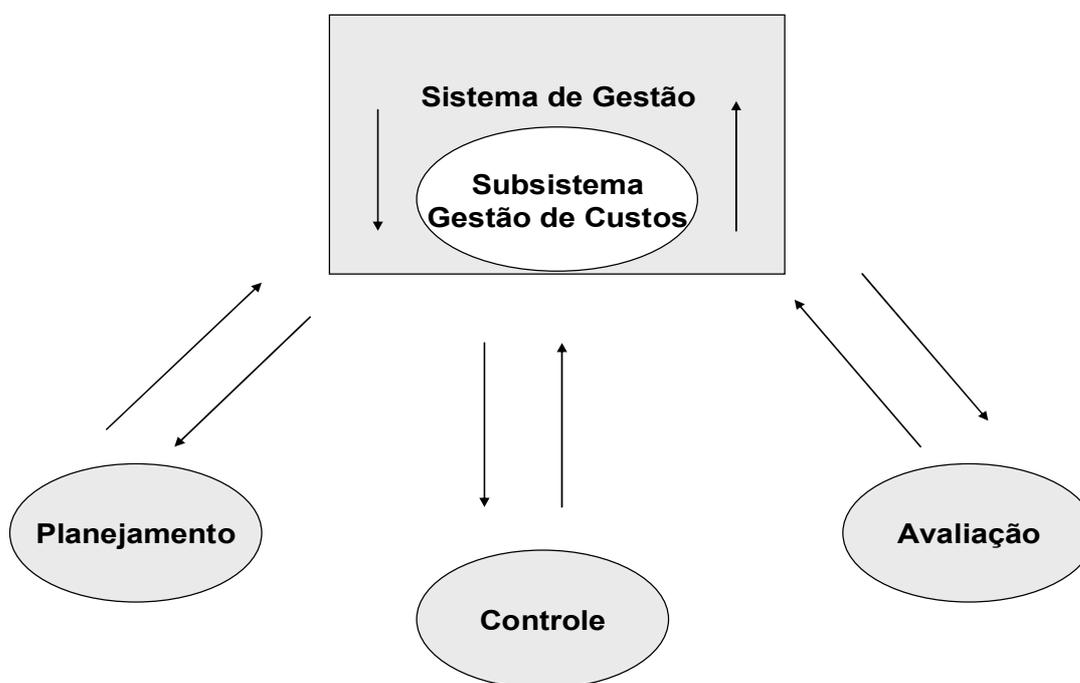


Figura 19 – Subsistema de Gestão de Custos

Fonte: Elaborada pelo Autor

O modelo de gestão de custos desenvolvido, atende as demandas por informações de custos por grupos de exames, e tratamento de dados mediante relatórios gerenciais, que permitisse, sobretudo, análises de resultado e

desempenhos por áreas de atuação, fornecendo informações úteis no processo de gerenciamento, base de remuneração dos participantes, controle e tomadas de decisões pelo CDM, incluindo sua aplicação nas questões de associações em áreas de negócios (exames). Enfatiza um conjunto de informações que permitem ampliar o leque de fatores presentes e que determinam a ampliação dos sistemas de gestão, conforme sintetizado na fig. 20, a seguir:

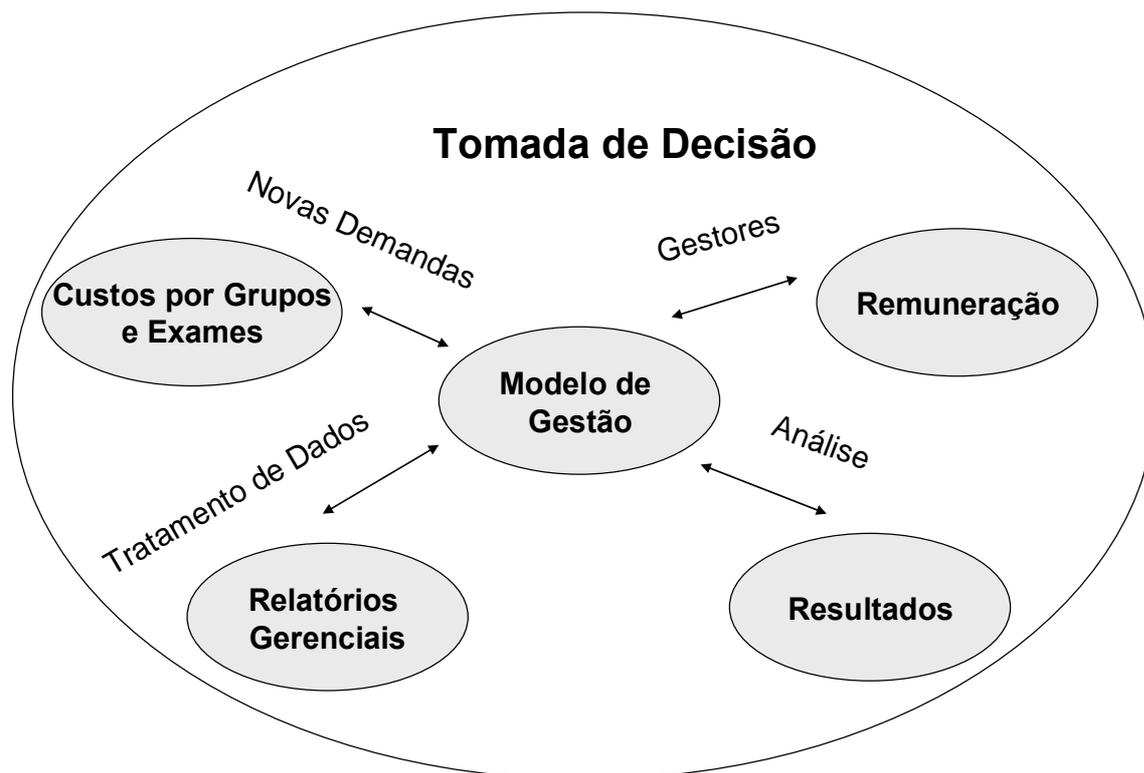


Figura 20 – Modelo de Gestão de Custos

Fonte: Elaborada pelo Autor

Os processos descritos nas figuras 19 e 20 corroboram com a descrição de um modelo de adequação de sistemas de custos, objetivando contribuir como apoio a gestão de um CDM, visando responder ao problema de pesquisa formulado no capítulo I.

Através do estudo foi possível implantar diversas melhorias se comparadas com o sistema de custo vigente, entre elas:

- Redefinição da estrutura por centro de custos;
- Custos de apoio a produção;
- Desenvolvimento de novos fatores e bases técnicas para apropriação de custos indiretos;
- Informações de controle e resultados;
- Análise da margem de contribuição e variações de resultados;
- Análise do ponto de nivelamento.

Nesse sentido o sistema vem contribuir para a elevação do nível da gestão de um CDM, integrando as informações de custos ao processo decisório de natureza estratégica, e a cultura de conhecimento interdisciplinar que deve ser difundida entre os gestores, corroborando com Pagnani (2000), que através de seus estudos, identifica diversas etapas evolutivas no tratamento dos custos, relacionadas aos estágios da maturidade organizacional, permitindo a evolução dos métodos de custeio ao nível de administração estratégica de custos, com habilidades a serem disseminadas nos diferentes âmbitos da empresa.

O sistema desenvolvido, nessa vertente, integrou diferentes métodos de custeio, entre eles: custeio por absorção e custeio direto, além dos estudos de margem de contribuição e ponto de nivelamento. Sua estrutura, portanto corrobora, com a abordagem de Bacic (1998) a respeito da gestão da administração dos custos, que fornece análises dentro de um contexto mais amplo que o tradicional, incorporando elementos estratégicos. Ainda confirmando este autor, o sistema fornece elementos para desempenho superior e sustentável de: setores, áreas e negócio como um todo; e atendendo a ênfase à gestão de administração dos custos em serviços de alto conteúdo tecnológico. BUZO (2005).

O sistema proposto, conclusivamente vem demonstrar que uma boa administração dos custos, mediante a incorporação de diferentes métodos, geram informações mais consistentes e de qualidade para os gestores e dirigentes nessa organização.

E como sugestões para trabalhos futuros, considerando as limitações impostas a esta investigação, dentre:

- Custos de logística em serviços e produtos de suprimento ou junto a clientes.

- Análise de Investimentos por divisão e estudo de suas taxas de retorno;

- Aplicação de preços de transferência “Fee” para os serviços prestados pelos setores de apoio a produção e administrativos.

REFERÊNCIAS

- ABRAMGE, **Informe de imprensa**. Ago. 2006. Disponível em: <http://www.abramge.com.br/informes/{BCDE153A-1885-4BEF-9734-262639205B78} Inf2006.doc>> Acesso em: 15 mai 2007.
- ACKOFF, R. L. **Planejamento empresarial**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1975.
- AMATO NETO, J. **Redes de cooperação produtiva e clusters regionais**. São Paulo: Atlas, 2000.
- ANS. **Caderno de informações da saúde suplementar**: Mar. 2007. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informacoes_todos.xls> Acesso em: 07 mai. 2007.
- ATKINSON, A, et al. **Contabilidade gerencial**. 1. ed. São Paulo, Atlas, 2000.
- AWAD, T; FERRAZ, V. **Diagnostic services**: Healthcare. São Paulo, 2005.
- BACIC, M, J. **Administración de costos: proceso competitivo y estrategia empresarial**. 1998. Tesis (Doctor em Ciências de La Administración) - Universidad Nacional Del Sur, Bahia Blanca, Argentina, 1998.
- BACKER, M; JACOBSEN, L, E. **Contabilidade de custos**. São Paulo, McGRAW-HILL, 1979. v 1.
- BERTÓ, D, J; BEULKE, R. **Gestão de custos**. São Paulo: Saraiva, 2006.
- BEULKE, R; BERTÓ, D. **Gestão de custos e resultado na saúde**. São Paulo: Saraiva, 2000.
- BEUREN, I, M; FREITAG FILHO, A, R. **Análise da viabilidade de atendimento em laboratório de análises clínicas pelo SUS**. In: X Congresso Internacional de Custos, 10, 2007, Leon, França. **Anais...** Lyon, Université Jean Moulin, 2007.
- BORTOLETTO, M. C. et al. **A formação de alianças estratégicas como alternativa de crescimento da pequena empresa no Brasil**. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE GESTÃO DE COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS - SINCOMP, 4., 2004, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UniFECAP, 2004. 1 CD-ROM.
- BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: de 05 de outubro de 1988. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2007a.
- _____. **Ministério da Saúde**: Departamento de informática do SUS. [2007b]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe>> Acesso em: 07 maio 2007.

_____. **Ministério da Justiça**. [2007c]. Disponível em:
<http://www.mj.gov.br/dpdc/servicos/legislacao/pdf/cdcmot.pdf> Acesso em: 15 maio 2007.

BUZO, D. M. **Gerenciamento de projeto**: o Emprego do sistema ABC no custeio de projetos de empresas de consultoria de organização. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP, São Paulo, 2005.

CASAROTTO FILHO, N; PIRES, L, H. **Redes de pequenas e médias empresas e desenvolvimento local**. São Paulo: Atlas, 1999.

CHING, H. Y. **Manual de custos de instituições de saúde**. São Paulo: Atlas, 2001.

DASA. **Diagnósticos da América**. Quem somos . [2007]. Disponível em:<<http://www.diagnosticosdaamerica.com.br/quemsomos.php>> Acesso em: 15 maio 2007.

FLEURY. **Institucional**. [2007]. Disponível em:
http://www.fleury.com.br/site/calandra.nsf/weHP/HPTsite_fleury-0016 Acesso em: 15 maio 2007.

HARBISON, J, R; PEKAR, P. **Alianças estratégicas**: Quando a parceria é a alma do negócio e o caminho para o sucesso. São Paulo: Futura, 1999.

HORNGREEN, C. T; DATAR, S. M; FOSTER, G. **Contabilidade de custos**: Uma abordagem gerencial. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

IUDÍCIBUS, S.; MARTINS, E.; GELBCKE, E. R. **Manual de contabilidade das sociedades por ações** (Aplicável às demais sociedades). 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

KAPLAN, R. S. One cost system isn't enough. **Harvard Business Review**, Boston, v. 66, p. 61 – 66. Jan. - Feb. 1988.

_____; COOPER, R. **Custo & desempenho**: Administre seus custos para ser mais competitivo. São Paulo: Futura, 1998.

_____; et al. **Management accounting**. New Jersey: Prentice-Hall, 1997.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LORANGE, P; ROOS, J. **Alianças estratégicas**: Formação, implementação e evolução. São Paulo: Atlas, 1996.

MAHER, M. **Contabilidade de custos**: criando valor para administração. São Paulo: Atlas, 2001.

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

MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. São Paulo: Atlas, 2002.

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

MATOS A. J. **Gestão de custos hospitalares: técnicas análise e tomada de decisão**. São Paulo: STS; 2002.

MOCKLER, R. J. **Multinational strategic alliances**. West Sussex: John Wiley & Sons, 1999.

MOURA E SILVA, S. J. **Uma contribuição da controladoria para a gestão de um centro de medicina diagnóstica**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, São Paulo, 2006.

MUCCINI, R. Z; BRUNI, A. L; MAC-ALLISTER, M. **Gerenciando custos, informações e sistemas: o caso do HSA**. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2006. 1 CD-ROM.

MUGNOL, K. C. U. **Aplicação dos sistemas de informática no cálculo e na gestão de custos em laboratórios de análises clínicas**. 2003. Tese (Mestrado Profissionalizante) – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2003.

NAKAGAWA, M. **ABC custeio baseado em atividades**. São Paulo: Atlas, 1994.

NOLETO, M. J. **Parcerias e alianças estratégicas: uma abordagem prática**. São Paulo: Global, 2000.

PADOVEZE, C. L. **Controladoria estratégica e operacional: conceitos, estrutura, aplicação**. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

PAGNANI, E. M. **Gestão estratégica de custos**. Apostila do Mestrado em Ciências Contábeis. São Paulo, FECAP, 2006.

_____. **O tratamento estratégico dos custos – uma visão crítica quanto ao seu enfoque econômico e sistêmico para as empresas**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 7., 2000, Recife. **Anais...** São Paulo : MBI consulting, 2000. 1 CD-ROM.

PEREIRA, C. P. **Uma contribuição à análise dos métodos de custeio aplicados às atividades hospitalares**. 2002. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica) – Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP, São Paulo, 2002.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva, criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro: Campos, 2000.

REGONHA, E. **Avaliação da aplicabilidade de um modelo de apuração de custos para clínicas oftalmológicas**: um estudo comparativo de custos versus preços. 2005. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 20. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

SHANK, J. K; GOVINDARAJAN, V. **A revolução dos custos**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

SHIOZAWA, Newton. **A análise de custos de serviços médico-hospitalares por margem de contribuição como instrumento de decisão estratégica e vantagem competitiva**. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP, São Paulo, 2005.

SOUZA, A. A; et. al. **Análise das pesquisas brasileiras sobre gestão de custos em hospitais**. In: SIMPÓSIO DE GESTÃO E ESTRATÉGIA EM NEGÓCIOS, 4., 2006, Rio de Janeiro. **Anais...** 2006.

WELSCH, G. A. **Orçamento empresarial**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1983.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

Apêndice A – Mapa de Distribuição dos Custos “Colpo/Citologia” – Base Abril/2006

Contas	Citologia	Colposcopia	Vulvosscopia		Total
Consumo Materiais	31.894,67	9.086,61	0,00		40.981,28
Despesas Diversas	0,00	6.269,30	0,00		6.269,30
Custos Variáveis	31.894,67	15.355,91	0,00		47.250,58
Aprop. Util. Energia	392,32	902,65	85,58		1.380,56
Aprop. Util. Água	424,58	0,00	0,00		424,58
Aprop. Aluguel	1.124,99	2.934,36	277,94		4.337,30
Aprop. Telefonia	658,40	658,40	329,20		1.645,99
Aprop. Quadro Médico	50.094,02	41.114,30	10.278,58		101.486,90
Aprop. Triagem	2.818,56	0,00	0,00		2.818,56
Aprop. Técnica	11.434,96	0,00	0,00		11.434,96
Aprop. Arquivo	2.350,22	0,00	0,00		2.350,22
Aprop. Conf. Apoio Técnico	166,34	65,63	11,01		242,97
Aprop. Atendimento	10.729,78	10.703,83	3.029,51		24.463,12
Aprop. Emissão de Laudos	983,14	387,89	65,08		1.436,11
Aprop. Expedição/Transporte	18.451,27	7.279,77	1.221,34		26.952,38
Aprop. Mont. Kits	0,00	0,00	0,00		0,00
Custos Fixos Esp.	99.628,58	64.046,83	15.298,24		178.973,66
Aprop. Serviços Gerais	8.409,45	21.934,72	2.077,67		32.421,84
Aprop. Suprimentos	507,27	225,45	112,73		845,45
Custos Fixos Gerais	8.916,71	22.160,17	2.190,39		33.267,28
Total Geral	140.439,96	101.562,92	17.488,63		259.491,52

Fonte: Elaborada pelo Autor

Apêndice B – Demonstrativo de Resultado “Colpo/Citologia” – Base Ano 2006

CONTAS	FEV	MAR	ABR	
Valores a Receber	457.137,91	427.737,25	390.438,71	
Glosas	(3.772,29)	(5.797,33)	(4.444,81)	
Perdas	(12.094,21)	(9.157,54)	(4.551,96)	
Diferenças	(2.989,82)	(17.816,21)	(77.985,69)	
Valores Recebidos	438.281,59	394.966,17	303.456,25	
(-) Impostos	(25.828,29)	(24.167,15)	(22.059,79)	
Valores Recebidos Líquidos	412.453,30	370.799,02	281.396,46	
Custos Variáveis	(27.392,42)	(48.211,15)	(47.250,58)	
Custos Fixos Específicos	(157.796,85)	(149.723,58)	(178.973,66)	
Custos Fixos Gerais	(34.024,55)	(37.339,18)	(33.267,28)	
Total dos Custos dos Serviços	(219.213,82)	(235.273,91)	(259.491,52)	
Resultado Operacional Bruto	193.239,48	135.525,11	21.904,94	
Custos Indiretos Apropriados	(82.977,57)	(105.342,49)	(89.085,51)	
Resultado Operacional Líquido	110.261,91	30.182,62	(67.180,57)	
Resultado Final	110.261,91	30.182,62	(67.180,57)	

Fonte: Elaborada pelo Autor

Apêndice C – Mapa de Distribuição dos Custos “Patologia Clínica” – Base Abril/2006

	Biologia Molec	Bioquímica	Hematologia	Imunologia	Microbiologia	Parasitologia	Urinálise	Total
Consumo Materiais	70.988,02	3.718,40	12.264,14	89.027,04	6.750,58	0,00	887,59	183.635,77

Apêndice E – Mapa de Distribuição dos Custos “Diagnóstico por Imagem” – Base Abril/2006

Contas	Abdominal	Doppler	Org. e Estrut.	Obstétrica	Pélvica	Tórax	Urológica	Próstata	Punção Asp.	Total
Consumo Materiais	2.991,96	911,32	2.712,25	655,32	8.742,12	0,00	307,91	0,00	0,00	16.320,88
Despesas Diversas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Custos Variáveis	2.991,96	911,32	2.712,25	655,32	8.742,12	0,00	307,91	0,00	0,00	16.320,88
Aprop. Util. Energia	69,68	23,33	274,93	104,97	794,49	0,00	35,45	23,33	59,83	1.386,01
Aprop. Util. Água	30,85	10,50	122,76	47,27	354,50	0,00	15,76	10,50	26,92	619,07
Aprop. Aluguel	202,76	67,89	799,66	305,28	2.310,13	0,00	102,98	67,89	173,60	4.030,19
Aprop. Telefonia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aprop. Quadro Médico	7.251,79	5.939,89	11.832,36	4.359,29	37.434,90	0,00	2.800,82	945,20	388,83	70.953,07
Aprop. Atendimento/Recepção	3.611,74	2.862,33	5.974,47	1.530,05	17.579,92	0,00	1.311,47	385,11	1.290,65	34.545,73
Aprop. Enfermagem	1.945,48	1.539,18	3.622,28	1.129,61	9.700,38	0,00	725,77	250,66	202,33	19.115,69
Aprop. Emissão de Laudos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aprop. Expedição/transporte	731,42	578,67	1.361,82	424,68	3.646,93	0,00	272,86	94,24	76,07	7.186,69
Custos Fixos Esp.	13.843,72	11.021,79	23.988,28	7.901,15	71.821,24	0,00	5.265,09	1.776,93	2.218,23	137.836,45
Aprop. Serviços Gerais	434,98	145,64	1.715,48	654,91	4.955,83	0,00	220,91	145,64	372,42	8.645,82
Aprop. Suprimentos	22,55	22,55	22,55	22,55	22,55	0,00	22,55	22,55	22,55	180,36
Custos Fixos Gerais	457,52	168,19	1.738,03	677,46	4.978,38	0,00	243,46	168,19	394,97	8.826,18
Total Geral	17.293,21	12.101,30	28.438,56	9.233,93	85.541,74	0,00	5.816,46	1.945,12	2.613,19	162.983,51

Fonte: Elaborada pelo Autor

Apêndice F – Demonstrativo de Resultado “Diagnóstico por Imagem” – Ano Base 2006

CONTAS	FEV	MAR	ABR
Valores a Receber	314.827,81	313.832,16	318.999,51
Glosas (Glosas em Recurso)	(6.501,57)	(6.999,02)	(7.376,85)
Perdas (Glosas Acatadas)	(2.585,56)	(4.406,37)	(3.826,82)
Valores em Análise	(52.165,12)	(60.988,13)	(49.697,09)
Valores Recebidos	253.575,56	241.438,64	258.098,75
(-) Impostos	(17.787,77)	(17.731,52)	(18.023,47)
Valores Recebidos Líquidos	235.787,79	223.707,12	240.075,28
Custos Variáveis	(4.476,01)	(6.664,82)	(16.320,88)
Custos Fixos Específicos	(113.935,24)	(160.393,13)	(137.836,45)
Custos Fixos Gerais	(8.008,98)	(8.814,61)	(8.826,18)
Total dos Custos dos Serviços	(126.420,23)	(175.872,56)	(162.983,51)
Resultado Operacional Bruto	109.367,56	47.834,56	77.091,77
Custos Indiretos Apropriados	(26.656,36)	(27.286,45)	(54.518,18)
Resultado Operacional Líquido	82.711,20	20.548,11	22.573,59
Resultado Final	<u>82.711,20</u>	<u>20.548,11</u>	<u>22.573,59</u>

Fonte: Elaborada pelo Autor

Apêndice G – Mapa de Distribuição dos Custos “Mamografia” – Base Abril/2006

Contas	Mamografia			Total
Consumo Materiais	24.365,95			24.365,95
Despesas Diversas	4.331,68			4.331,68
<i>Custos Variáveis</i>	28.697,63			28.697,63
Aprop. Util. Energia	1.249,68			1.249,68
Aprop. Util. Água	336,12			336,12
Aprop. Aluguel	6.948,15			6.948,15
Aprop. Telefonia	658,40			658,40
Aprop. Quadro Médico	38.409,61			38.409,61
Aprop. Apoio/atendimento	0,00			0,00
Aprop. Expedição/Transporte	3.593,65			3.593,65
<i>Custos Fixos Esp.</i>	51.195,61			51.195,61
Aprop. Serviços Gerais	4.322,91			4.322,91
Aprop. Suprimentos	676,36			676,36
<i>Custos Fixos Gerais</i>	4.999,27			4.999,27
Total Geral	84.892,51			84.892,51

Fonte: Elaborada pelo Autor

Apêndice H – Demonstrativo de Resultado “Mamografia” – Base Ano 2006

CONTAS	FEV	MAR	ABR	
Valores a Receber	117.894,04	160.552,72	211.683,54	
Glosas (Em recurso)	(2.798,75)	(2.753,19)	(3.778,78)	
Perdas (Glosas acatadas)	(326,76)	(387,01)	(354,22)	
Valores em Análise	(11.366,59)	(6.965,36)	(17.844,89)	
Valores Recebidos	103.401,94	150.447,16	189.705,65	
(-) Impostos	(6.661,01)	(9.071,23)	(11.960,12)	
Valores Recebidos Líquidos	96.740,93	141.375,93	177.745,53	
Custos Variáveis	(11.968,72)	(15.428,47)	(28.697,63)	
Custos Fixos Específicos	(38.952,50)	(39.402,10)	(51.195,61)	
Custos Fixos Gerais	(3.984,00)	(4.446,83)	(4.999,27)	
Total dos Custos dos Serviços	(54.905,22)	(59.277,40)	(84.892,51)	
<i>Resultado Operacional Bruto</i>	<i>41.835,71</i>	<i>82.098,53</i>	<i>92.853,02</i>	
Custos Indiretos Apropriados	(8.812,44)	(11.613,11)	(11.708,40)	
<i>Resultado Operacional Líquido</i>	<i>33.023,27</i>	<i>70.485,42</i>	<i>81.144,62</i>	
<i>Resultado Final</i>	<i>33.023,27</i>	<i>70.485,42</i>	<i>81.144,62</i>	

Fonte: Elaborada pelo Autor