

Análise de custos para clínicas oftalmológicas

Cost analysis for ophthalmic clinics services

Eduardo Regonha¹, Ricardo Rinaldi Baungartner², Marinho Jorge Scarpi¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar a aplicação de um modelo de apuração de custos dos serviços prestados em clínicas de oftalmologia, fazendo um estudo comparativo de custos *versus* preços. E avaliar a informação de custos como ferramenta de gerenciamento, controle e tomada de decisão. **Métodos:** Para testar o modelo proposto, foram adotados os conceitos das metodologias de custeio: por absorção, pleno, direto e baseado em atividade. Procedeu-se a implantação do modelo em três clínicas de oftalmologia selecionadas a fim de se apurar o custo dos procedimentos realizados no período de setembro a novembro de 2003; os dados foram coletados por meio de análise dos relatórios financeiros, gerenciais e entrevistas com funcionários. **Resultados:** A aplicação do sistema de custeio proposto é exequível: a clínica de maior porte mostrou-se como a melhor relação custo x benefício, tendo em vista a disseminação dos custos fixos diante da diversidade dos serviços realizados. Quanto à relação custo *versus* preços constataram-se procedimentos rentáveis e outros que geram resultados pífios ou prejuízos, enfatizando a necessidade de controle de custos para a avaliação dos serviços mais rentáveis e utilizá-lo como balizador de preços nas negociações. **Conclusão:** O modelo proposto é aplicável com vantagens, na medida em que contribui para a disseminação e utilização das informações de custos, apoia no gerenciamento e controle operacional e gera informações preponderantes nas negociações junto aos tomadores de serviços.

Descritores: Custos e análise de custos; Serviços de saúde ocular; Procedimentos cirúrgicos oftalmológicos/economia; Procedimentos clínicos/economia; Gastos em saúde

ABSTRACT

Purpose: To present a model of cost allocation for ophthalmic clinics services using cost versus price approach and to evaluate the cost information as a management tool as well as an instrument for cost control and decision-making. **Methods:** The model was tested applying various costing methodologies: absorption costing, full costing, direct costing and activity based costing. Cost allocation systems were installed in three ophthalmic clinics services with the objective of arriving at the cost of procedures conducted in the period september to november of 2003; data was obtained through financial and management reports and field interviews with staff. **Results:** The costing system met its objectives: the larger ophthalmic clinic demonstrates a better cost-benefit relationship given its larger volume and variety of procedures and distribution base to spread its fixed costs. With regard to the cost-charge ratio some procedures were found to be profitable and others with low or negative operating results, illustrating the need for cost control to determine profitable services as well as pricing. **Conclusion:** The proposed model is advantageous for both disseminating and utilizing cost information as well as providing support for management in its decision-making and negotiating activities with potential buyers.

Keywords: Costs and cost analysis; Eye health services; Ophthalmologic surgical procedures/economy; Critical pathways/economy; Health expenditures

¹ Departamento de Oftalmologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

Recebido para publicação em 08/08/2016 - Aceito para publicação em 02/10/2016

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a medicina procedeu avanços extraordinários. Surgiram técnicas inovadoras de diagnósticos que podem (a custos altíssimos) identificar problemas que anteriormente permaneciam ocultos. Há novas (e caras) terapias de cura, modernas (e igualmente caras) técnicas cirúrgicas que prolongam a vida de pacientes, que há bem pouco tempo tinham expectativa zero de sobrevivência. Nunca os profissionais de saúde foram tão especializados. Graças em parte à medicina, o mundo está ficando mais velho. São avanços fantásticos para a humanidade. Mas quanto a sociedade está disposta a pagar por isso?⁽¹⁾

Estes avanços científicos e tecnológicos trouxeram fortes impactos e como resultado o aumento da sobrevida do ser humano. Por outro lado, observou-se um grande reflexo nos custos da saúde.⁽²⁾

Os progressos alcançados pela medicina não obtiveram a mesma repercussão no gerenciamento das organizações de saúde. “A administração hospitalar no Brasil está muito atrasada”?⁽¹⁾

O setor passa por um momento de grandes transformações e de alta competitividade, o que gera preocupação com os preços e com a composição dos custos em busca da lucratividade.⁽³⁾

O grande desafio das instituições de saúde consiste na procura de um novo modelo de gestão envolvendo médicos na administração e incorporando novas técnicas de gerenciamento e controle, todavia são raras as instituições de saúde no país que possuem algum conhecimento de sua estrutura de custos a fim de estabelecer o preço dos serviços prestados⁽⁴⁾.

Em ambientes de alta competitividade a necessidade de ferramentas gerenciais torna-se um imperativo, e o sistema de custos assume um papel primordial neste cenário, não só com o objetivo de se conhecer o custo dos serviços, mas também servir de instrumento gerencial. Dentre outras valiosas informações gerenciais propiciadas pelos dados de custos, pode-se avaliar os resultados operacionais; tomar decisões sobre investimentos; calcular a utilização de capacidade ociosa e analisar a composição da clientela⁽⁵⁾.

A limitação de recursos, a competição empresarial do setor saúde, a oferta de um número cada vez maior de serviços e opções aos consumidores, acentuam a necessidade do profissional da área manter-se atualizado quanto aos conceitos técnicos, mas também de aprimorar seus conhecimentos em relação às tarefas gerenciais⁽⁶⁾.

As empresas da área de saúde precisam de gente que domine a área médica, mas que saiba também como racionalizar custos e definir o mercado⁽⁷⁾.

A situação em que se encontra a área de saúde, exigindo instrumentos de controle, coloca a informação de custo como uma ferramenta imprescindível para a sobrevivência frente à competitividade do setor, onde quem determina os preços é o mercado, e a única maneira de sobreviver é gerenciando os custos⁽³⁾.

Considerando a escassez de informações literárias e mesmo práticas neste segmento, este trabalho tem por objetivo avaliar a aplicabilidade da adoção de um modelo de apuração dos custos dos serviços prestados em clínicas de oftalmologia, que:

- Gere as informações de custos dos procedimentos;
- Propicie informações relevantes para a negociação de preços;
- Seja utilizado como instrumento de controle e análise dos custos;
- Apoie o processo decisório.

MÉTODOS

Este trabalho propõe a implantação de um modelo de apuração de custos dos procedimentos e a análise da sua exequibilidade em três clínicas de oftalmologia. Para tal fim, utilizou-se os conceitos das metodologias de custeio por absorção, custeio pleno, custeio direto e custeio baseado em atividades e procedeu-se a adequação das informações conforme as necessidades de gerenciamento, controle e tomada de decisão.

Foram selecionadas para o desenvolvimento dos trabalhos três clínicas oftalmológicas no município de São Paulo, com as seguintes características:

A Clínica 1 atende todas as subespecialidades, a Clínica 2 não atende as subespecialidades Órbita e Onco-oftalmologia e não possui centro cirúrgico. Já a Clínica 3 está vinculada a um hospital, que possui um atendimento direcionado aos pacientes

Quadro 1
Características das clínicas

Quantidade				
	Médicos	Funcionários	Consultórios	Salas de Cirurgia
Clínica 1	7	25	5	2
Clínica 2	15	14	4	
Clínica 3	8		2	

do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo todas as subespecialidades. A grande diferença entre esta clínica e as anteriores é o uso das instalações de uma instituição hospitalar, sendo compartilhado o uso da estrutura ambulatorial e do centro cirúrgico com outras especialidades médicas.

A escolha das clínicas indicadas acima teve por base a exequibilidade da metodologia de apuração de custos em diferentes tipos de clínicas, ou seja:

- Clínicas com atendimento de todas subespecialidades e com Centro Cirúrgico;
- Clínicas que não possuíssem Centro Cirúrgico;
- Clínicas vinculadas a hospitais com atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Definidos os requisitos acima, foram selecionadas as três clínicas citadas, mediante alguns critérios:

- Disponibilidade, acesso e interesse;
- Controles e estrutura departamental;
- Confiabilidade dos dados.

Também foi necessário constatar se as clínicas possuíam controles das rotinas de atendimentos realizados, ou se seria possível implantá-los, desde a recepção do paciente até a conclusão final do atendimento, tendo em vista que a apuração dos custos envolve todo este processo.

A metodologia aplicada consistiu em atividades desenvolvidas junto às clínicas, nas quais os funcionários envolvidos nos processos foram treinados para coletar informações com periodicidade mensal. Posteriormente os dados foram processados em uma planilha eletrônica (Software Microsoft Excel).

Os dados apresentados foram coletados no período de setembro a novembro de 2003, utilizando-se de entrevistas com funcionários, análise de relatórios monetários e não monetários, provenientes de informações contábeis, gerenciais e estatísticas, e observações “in loco”.

É importante ressaltar que a escolha da clínica 3, que possui vinculação com um hospital teve como uma pré-condição, que a mesma possuísse uma metodologia de apuração de custos, com o demonstrativo de todos os custos atribuídos ao ambulatório de oftalmologia.

No universo de clínicas às quais tivemos acesso, e que correspondessem aos requisitos da proposta, foram usados os seguintes critérios de exclusão:

- Desinteresse ou desconfiança do dirigente na realização do trabalho;
- Falta de um profissional da área administrativa, disposto a acompanhar e colaborar na coleta de informações;
- Inexistência de controles mínimos: anotações de atendimentos, controle de caixa com distinção entre os gastos da clínica e dos sócios, registros de informações econômico-financeiras extracontábil;
- Inexistência de uma estrutura organizacional mínima.

Para as três clínicas, foram apurados os custos dos procedimentos, conforme descrito:

Não foram averiguados os custos dos procedimentos cirúrgicos, o trabalho limitou-se à apuração da estrutura de custos do Centro Cirúrgico, e do custo unitário do tempo de uso do mesmo, mensurados em minutos e/ou horas.

Organização e padronização das informações:

Para organizar e padronizar a análise, o estudo foi desenvolvido em fases: levantamento das informações, processamento e validação dos dados, apuração dos custos dos procedimentos e análise do desempenho.

1) Levantamento das informações junto às clínicas.

Os trabalhos referentes ao levantamento de dados foram desenvolvidos em etapas conforme segue:

- avaliação e definição da estrutura organizacional;
- divisão dos centros de custos entre produtivos, auxiliares e administrativos, e avaliação das atividades desenvolvidas em cada um destes;
- definição da composição dos custos e despesas e classificação dos custos entre fixos e variáveis;
- definição das unidades de produção;
- estabelecimento das bases de rateio dos custos e despesas indiretas;
- estabelecimento das bases de rateio dos centros de apoio e administrativos;
- elaboração dos relatórios de coleta de dados;
- coleta de dados de custos por centro de custos, em cada um dos setores pertinentes à informação desejada;
- coleta de dados estatísticos, de estrutura física da clínica e de produção.

2) Processamento

Após análise e validação dos dados coletados, a próxima fase dos trabalhos consistiu no processamento das informações e o respectivo cálculo dos custos por centro de custo.

Com o objetivo de facilitar o entendimento, foram desenvolvidas algumas etapas, conforme segue:

- a. estruturação da planilha de custos;
- b. registro dos custos diretos;
- c. rateio dos custos indiretos;

Esta etapa consiste na distribuição dos itens de custos que não são identificados diretamente a um centro de custo, a distribuição destes itens aos respectivos centros de custos é realizada através de critérios de rateio.

O critério de rateio representa a base com a qual este item será distribuído aos centros de custos. O montante do item a ser rateado é dividido pelo total do critério, localizando assim um índice, este índice é multiplicado pela proporção de cada centro de custo, localizando o montante de rateio de cada centro de custo.

d. rateio dos centros de custos auxiliares e administrativos;

Após conhecermos os custos diretos e indiretos de cada um dos centros de custo, a próxima etapa consiste na transferência dos custos dos centros de custos auxiliares e administrativos para os centros de custos produtivos.

e. processamento e apuração dos custos dos centros de custos;

Após o registro dos custos diretos, rateio dos custos indiretos, rateio dos centros auxiliares e administrativos, efetuamos a soma destes três componentes e alcançamos o custo total de cada um dos centros de custos produtivos. Neste momento, todos os custos dos centros auxiliares e administrativos foram absorvidos pelos centros produtivos. Logo, a soma dos centros de custos produtivos corresponde à totalidade de custos da clínica.

f. cálculo dos custos totais e unitários por centro de custo.

Com a simples divisão dos custos totais pela unidade de produção encontra-se o custo unitário dos centros de custo produtivos, (Neste trabalho todas as unidades de produção foram expressas em minutos trabalhados).

Na etapa anterior conhecemos o custo dos centros de custo onde são realizados os procedimentos, definindo o primeiro passo para apuração dos custos dos procedimentos. A próxima etapa caracteriza-se pela formação do custo de cada um dos procedimentos (consultas, exames e terapias) realizados pela clínica.

3) Apuração dos custos dos procedimentos:

a. apropriação dos custos diretos aos procedimentos;

Os custos diretos estão claramente definidos para cada um dos procedimentos, com destaque para os custos com material, medicamentos e os honorários pagos para médicos e técnicos por serviço realizado.

b. rateio dos custos de depreciação aos procedimentos;

A apropriação dos custos de depreciação aos respectivos procedimentos foi calculada a uma taxa de 10% ao ano, e distribuída de acordo com a produção real, quando o equipamento realiza dois ou mais tipos de exames foi considerado o tempo de utilização do mesmo para de cada tipo de exame.

c. absorção dos custos fixos;

A absorção dos custos fixos (estrutura) pelos procedimentos realizados foi distribuída à proporção das horas utilizadas por serviços realizados.

d. apuração do custo dos procedimentos.

Após a alocação dos custos variáveis e fixos (diretos e indiretos), procedendo-se a soma destes itens e dividindo pelo total de procedimentos realizados, alcançamos o custo unitário do procedimento, encerrando toda etapa de apuração dos custos.

4) Avaliação e análise do desempenho:

- a. apuração e avaliação da margem de contribuição;
- b. definição do ponto de equilíbrio;
- c. comparação do preço x custo;

RESULTADOS

Tabela 1
Custos dos centros de custos: consultórios e exames

Clínica 1			Clínica 2		
Descrição	Consultórios	Exames	Descrição	Consultórios	Exames
Custos Diretos			Custos Diretos		
<i>Honorários Médicos</i>			<i>Honorários Médicos</i>		
Exames		30.991	Exames		9.701
Consultas	22.319		Consultas	14.127	
<i>Subtotal</i>	<i>22.319</i>	<i>30.991</i>	<i>Subtotal</i>	<i>14.127</i>	<i>9.701</i>
<i>Consumo de materiais</i>			<i>Consumo de materiais</i>		
Medicamentos	321	1.202	Medicamentos	227	183
Material Médico		912	Material Médico	105	280
<i>Subtotal</i>	<i>321</i>	<i>2.144</i>	<i>Subtotal</i>	<i>332</i>	<i>463</i>
<i>Custos e despesas gerais</i>			<i>Custos e despesas gerais</i>		
Depreciação Equip. Produt.	1.978	2.688	Depreciação Outros	138	107
<i>Subtotal</i>	<i>1.978</i>	<i>2.688</i>	<i>Subtotal</i>	<i>2.331</i>	<i>2.492</i>
Total de Custos Diretos	24.617	35.793	Total de Custos Diretos	16.928	12.763
Custos Indiretos			Custos Indiretos		
Contabilidade	353	514	Faturamento	458	706
Segurança	1.121	411	Vigilância	755	371
Manut. de Equipamentos	972	916	Ar Condicionado	67	13
Manut. Predial	237	87	Aluguel Dep. Predio	3.115	613
Aluguel do Prédio	2.723	1.000	Energia	252	105
Energia Elétrica e Água	565	469	Água	51	11
IPTU e Alvará	1.278	469	Impostos IPTU	210	41
<i>Subtotal</i>	<i>7.249</i>	<i>3.865</i>	Seguros	346	68
Total Diretos + Indiretos	31.867	39.658	<i>Subtotal</i>	<i>5.254</i>	<i>1.929</i>
Áreas Comuns	1.463	1.819	Total Diretos + Indiretos	22.182	14.692
Administração	3.084	4.484	Rateios Auxiliares		
Informática	1.198	958	Áreas Comuns	807	159
Telefonia e Laudos	2.146	195	Casa Anexo	35	7
Manut./Limpeza	1.780	654	Administração	4.573	3.448
Recepção	9.117	12.347	Telefonia	2.081	367
Itecnólogo	3.153	3.702	Recepção	9.252	13.600
<i>Subtotal</i>	<i>21.942</i>	<i>24.159</i>	Itecnólogo	1.768	3.767
Total Geral	53.809	63.817	<i>Subtotal</i>	<i>18.517</i>	<i>21.347</i>
			Total Geral	40.699	36.039

Tabela 2
Comparativo da produção das consultas e exames

Descrição	Clínicas		
	1	2	3
Consulta	1.360	809	1.296
Curva tensional diária - binocular	5	1	
Campimetria computadorizada monocular	291	37	
Exame de motilidade ocular	123	37	
Mapeamento de retina - monocular	457	223	244
Retinografia - monocular	168	3	
Tonometria de aplanção	75	254	354
Visão subnormal - monocular	16	2	
Biometria ultrassônica - monocular	94	22	
Paquimetria ultrassônica - monocular	127	66	
Microscopia espelucar de córnea - monocular	256	20	
Gonioscopia - binocular	14	30	
Ceratoscopia computadorizada - Topografia	143	218	
Exercícios de ortóptica	1	12	

Tabela 3
Comparativo do custo unitário – variável, fixo e tota

Comparativo		Valores expressos em reais (R\$)								
Código	Descrição	Custo Variável Unitário			Custo Variável Unitário			Custo Variável Unitário		
		Clínicas			Clínicas			Clínicas		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
00.01.001.4	Consulta	16,88	20,62	0,10	22,68	29,67	21,36	39,56	50,29	21,46
50.01.002.6	Curva tens. diária - binocular	13,59	28,16	-	20,78	39,17	-	34,37	67,33	-
50.01.004.2	Campimetria comp. monocular	13,52	30,61	-	15,82	103,86	-	29,35	134,47	-
50.01.005.0	Exame de motilidade ocular	7,55	11,79	-	9,93	17,53	-	17,48	29,32	-
50.01.009.3	Mapeam. da retina - monocular	8,52	22,83	0,22	8,40	19,74	10,71	16,92	45,57	10,93
50.01.012.3	Retinografia - monocular	9,05	24,49	-	7,33	293,83	-	16,38	318,32	-
50.01.015.8	Tonometria de aplanção	3,00	5,05	0,10	4,16	9,34	3,52	7,16	14,39	3,62
50.01.018.2	Visão sub-normal - monocular	24,10	51,73	-	15,73	78,34	-	39,83	130,07	-
50.01.019.0	Biometria ultr. - monocular	16,73	20,50	-	34,98	46,46	-	51,71	66,96	-
50.01.020.4	Paquimetria ultr. - monocular	14,64	21,61	-	14,25	34,07	-	28,89	55,68	-
50.01.021.2	Microsc. esp. da cornea - mon	32,72	24,31	-	14,11	-	-	46,83	24,31	-
50.01.023.9	Gonioscopia - binocular	8,43	13,38	-	14,26	16,61	-	22,69	29,99	-
50.01.026.3	Ceratoscopia comp. Topografia	22,39	14,65	-	27,71	16,64	-	50,10	31,29	-
50.02.003.0	Exercícios de ortóptica	19,62	35,31	-	6,62	20,87	-	26,24	56,18	-

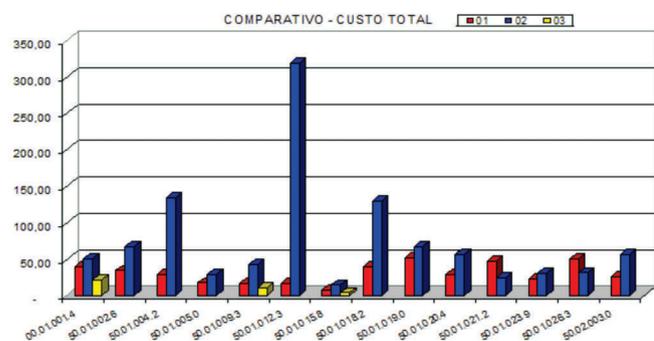


Figura 1: Comparativos dos custos totais unitários

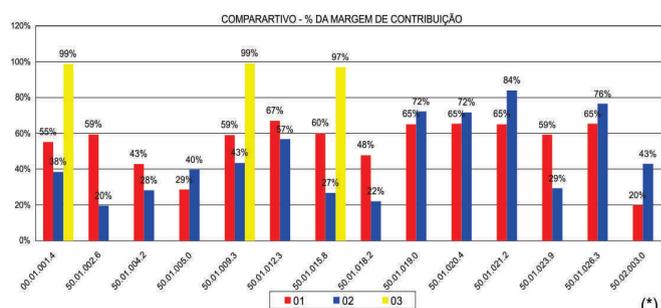


Figura 2: Comparativo do percentual da margem de contribuição

Tabela 4
Comparativo da receita média unitária e do resultado

Código	Descrição	Receita Média Unitária			Custo Total Unitário			Resultado Unitário					
		Clínicas			Clínicas			Clínicas					
		01	02	03	01	02	03	01	02	03			
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	%	R\$	%	R\$	%	
50.01.001.4	Consulta	37,66	33,48	7,55	39,56	50,29	21,46	(1,89)	-5%	(16,80)	-50%	(13,91)	-184%
50.01.002.6	Curva tensional diária - binocular	33,44	35,00	-	34,37	67,33	-	(0,93)	-3%	(32,33)	-92%	-	-
50.01.004.2	campimetria comp. monocular	23,69	42,62	-	29,35	134,47	-	(5,65)	-24%	(91,85)	-216%	-	-
50.01.005.0	Exame de motilidade ocular	10,58	19,57	-	17,48	29,32	-	(6,90)	-65%	(9,75)	-50%	-	-
50.01.009.3	Mapeamento da retina - monocular	20,84	40,34	24,24	16,92	42,57	10,93	3,91	19%	(2,23)	-6%	13,31	55%
50.01.012.3	Retinografia - monocular	27,37	56,69	-	16,38	318,32	-	11,00	40%	(261,63)	-462%	-	-
50.01.015.8	Tonometria de aplanção	7,52	6,88	3,37	7,16	14,39	3,62	0,36	5%	(7,51)	-109%	(0,25)	-8%
50.01.018.2	Visão subnormal - monocular	46,12	66,41	-	39,83	130,07	-	6,28	14%	(63,66)	-96%	-	-
50.01.019.0	Biometria Ultrassônica - monocular	47,83	73,68	-	51,71	66,96	-	(3,88)	-8%	6,72	9%	-	-
50.01.020.4	Paquimetria Ultrassônica - monocular	42,38	76,35	-	28,89	55,68	-	13,49	32%	20,67	27%	-	-
50.01.021.2	Microsc. especular de córnea - monoc.	93,55	151,32	-	46,83	24,31	-	46,71	50%	127,01	84%	-	-
50.01.023.9	Gonioscopia - binocular	20,71	18,94	-	22,69	29,99	-	(1,98)	-10%	(11,05)	-58%	-	-
50.01.026.3	Ceratoscop comp. - Topografia	64,76	62,34	-	50,10	31,29	-	14,66	23%	31,05	50%	-	-
50.02.003.0	Exercícios ortóptica	24,53	62,00	-	26,24	56,18	-	(1,72)	-7%	5,82	9%	-	-

Tabela 5
Apuração do ponto de equilíbrio

Ponto de Equilíbrio	Valores expressos em reais (R\$)								
	Clínica 1			Clínica 2			Clínica 3		
Descrição	Produção	Ponto de Equilíbrio	Variação %	Produção	Ponto de Equilíbrio	Variação %	Produção	Ponto de Equilíbrio	Variação %
Consulta	1.360	1.484	-9%	809	1.862	-130%	1.296	3.717	-187%
Curva tensional diária - binocular	5	6	-5%	1	4	-473%	-	-	-
Campimetria comp. monocular	291	452	-56%	37	320	-765%	-	-	-
Exame de motilidade ocular	123	402	-227%	37	84	-125%	-	-	-
Mapeamento da retina - monocular	457	312	32%	223	251	-13%	244	109	55%
Retinografia - monocular	168	67	60%	3	27	-812%	-	-	-
Tonometria de Aplanção	75	69	8%	254	1.290	-407%	354	381	-8%
Visão subnormal - monocular	16	11	29%	2	12	-434%	-	-	-
Biometria ultrassônica - monocular	94	106	-12%	22	19	13%	-	-	-
Paquimetria ultrassônica - monocular	127	65	49%	66	41	38%	-	-	-
Microscopia espec. de córnea - monocular	256	59	77%	20	-	100%	-	-	-
Gonioscopia - binocular	14	17	-16%	30	91	-199%	-	-	-
Ceratoscopia comp - Topografia	143	94	35%	218	76	65%	-	-	-
Exercícios de ortóptica	1	1	-35%	12	9	22%	-	-	-

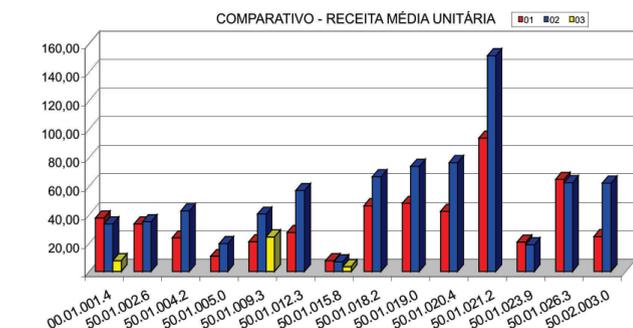


Figura 3: Comparativo da receita média unitária

DISCUSSÃO

O presente trabalho elucida a importância das informações gerenciais diante de um mercado cada vez mais pressionado pela alta tecnologia imposta pelo setor, que convive um momento de transição e de forte concorrência, em virtude disso a necessidade de investimentos para manter-se competitivo é imprescindível. Por outro lado, a escassez de recursos cada vez maior, coloca em conflito o modelo que até hoje possibilitava às instituições excelentes retornos. Podemos assim, inferir que as clínicas médicas que pretendem prosperar neste contexto, devem optar por um processo de modernização gerencial, com a adoção de instrumentos profissio-

nais de gestão que possibilitem a tomada de decisões precisas e rápidas, ou fatalmente, terão poucas chances de sobrevivência.

Quanto aos centros de custos

Comparando a composição de custos entre as Clínicas 1 e 2, podemos observar que os custos do centro de custos Consultórios (Tabela 1) possuem uma composição bastante semelhantes, porém na comparação dos centros de custos Exames (Tabela 1), a Clínica 2 tem uma parcela bastante acentuada de rateios da estrutura de custos fixos (60%); a parcela de rateio recebida do centro de custos Recepção representa mais da metade dos rateios para ambas as clínicas.

Quando avaliamos a distribuição (Rateio) do centro de custo Recepção das clínicas 1 e 2 para os centros de custos: Consultórios e Exames (Tabela 1), observamos que possuem um valor muito parecido, apesar da produção da Clínica 1 ser bem maior que a Clínica 2. A análise acima tem por objetivo ilustrar algumas das possíveis utilizações da apuração dos custos como uma ferramenta gerencial para avaliar o desempenho das clínicas.

Quanto ao custo dos procedimentos

Com o conhecimento do custo unitário, podemos destacar um benefício gerado pela informação de custos, ou seja, suprir a Clínica com dados fundamentais na elaboração da tabela de preços. Embora existam variáveis que influenciam no preço de venda, a informação de custos tem um papel inquestionável na formação do preço de venda, pois geram subsídios para avaliação da clientela, quanto ao volume de atividades como para análise dos resultados propiciados pela venda dos serviços.

Quando comparamos os valores dos custos unitários obtidos, encontramos muitas variações entre as clínicas,

Observando o custo unitário das consultas (Tabela 3), verificamos que a Clínica 3 possui o menor custo, pelo fato de diluir a estrutura de custos de ambulatório com outras especialidades e os médicos recebem um valor fixo independente do volume de atendimentos, além de atender somente pacientes do SUS. Já a Clínica 2 possui o maior custo, basicamente devido ao alto custo da estrutura e sua baixa produção.

Quando observamos o exame de Campimetria Computadorizada, o alto valor constatado na Clínica 2 chama a atenção, e ocorre basicamente devido à baixa produção. Enquanto a Clínica 1 produziu 291 (Tabela 2) exames a um custo unitário fixo de R\$ 15,82 (quinze reais e oitenta e dois centavos), a Clínica 2 produziu somente 37 exames a um custo unitário fixo de R\$ 103,86 (centro e três reais e oitenta e seis centavos) (Tabela 3).

Para o Mapeamento de Retina o baixo custo constatado da Clínica 3 (Tabela 3) se destaca e é justificável, porque absorve pouco rateio da estrutura de custos do ambulatório, e não existe uma remuneração específica para o médico, o custo do profissional é apropriado através de rateio por tratar-se de um valor fixo.

Com exceção dos exames de Microscopia e Ceratoscopia, todos os outros exames e a consulta possuem um custo inferior na Clínica 1 em relação a Clínica 2, (Tabela 3/ Figura 1) mostrando claramente que uma utilização maior dilui os custos fixos, aumenta a produtividade e consequentemente propicia melhores condições de negociação.

Quanto a margem de contribuição

Uma importante informação gerada pelo modelo proposto, é o cálculo da Margem de Contribuição, que é obtida pelo valor da receita menos o custo variável (x) sem a interferência de rateios de custos fixos, que existem independentes da produção.

A análise da Margem de Contribuição possibilita informações com bastante confiabilidade, pois considera somente o custo efetivamente gerado quando da realização do procedimento, com destaque para os custos com materiais, medicamentos e honorários. O resultado da Margem de Contribuição representa quanto cada produto contribui para cobertura dos custos fixos e geração do lucro⁽⁹⁾.

Na análise do índice da Margem de Contribuição dos serviços prestados pela Clínica 1, observamos a existência de índices superiores a 50%, chegando a 76%, somente os exames realizados pela Ortóptica possuem um índice inferior a 50% (Figura 2).

Com a análise da Margem de Contribuição é possível desenvolver um “Mix” de serviços mais atrativos para a clínica, com destaque para aqueles que possuem maiores margens e alta participação na composição da receita, como os exames de Microscopia Especular e Retinografia Fluorescente; avaliar a possibilidade de estimular os procedimentos com altas margens, porém com baixa produção, propiciando uma melhor cobertura dos custos fixos e consequentemente maior geração de lucro.

Andrade⁽¹⁰⁾ comenta sobre a cobertura dos custos fixos, e sobre o desenvolvimento de uma composição de clientes e serviços. Todavia no desenvolvimento do seu trabalho não há a segregação dos custos em fixos e variáveis, condição fundamental para desenvolver uma composição adequada de clientes e serviços, que direcione as atividades da clínica para procedimentos com maiores margens de contribuição e participação alta na composição da receita.

Já na Clínica 2, a situação é bastante delicada, apesar da receita unitária média ser superior a da Clínica 1 em diversos procedimentos (Tabela 4 – Figura 3), somente em 5 exames (Biometria, Paquimetria, Microscopia, Ceratoscopia e Exercícios de Ortóptica) encontramos uma situação favorável, inclusive em comparação com índices da Clínica 1, entretanto, os demais procedimentos amargam baixas margens de contribuição, com índices não superiores a 45% (Figura 2), com destaque para a consulta (principal fonte de receita) com um índice de somente 38%. Com uma análise superficial podemos concluir que esta situação ocorre primeiramente pela baixa produção em diversos exames realizados (Exemplos: Acuidade visual = 5, Retinografia = 3, Visão Subnormal = 2 etc). O mesmo se deu com as consultas se considerarmos os 4 consultórios existentes, produzindo uma consulta a cada vinte minutos teremos: 3 consultas por hora em cada consultório. Levando-se em conta 8 horas de trabalho por dia (3 x 8 = 24 então, 24 x 4 = 96), estimando 22 dias úteis por mês serão 2.112 consultas mês (96 x 22 = 2112). A produção média dos 3 meses analisados resultou em 809 consultas, ou seja, somente 38% de produção, portanto ociosidade de 62%.

Quanto à Clínica 3, a análise fica bastante prejudicada, pois praticamente não existem custos variáveis, apresentando índices da Margem de Contribuição superiores a 93% (Figura 2).

Quanto à análise do ponto de equilíbrio

Sobre a apuração da quantidade necessária de produção para a clínica atingir o ponto de equilíbrio, cálculo que foi efetuado para cada um dos procedimentos realizados, é importante observar que antes de atingir o ponto de equilíbrio não há geração de lucro. O ponto de equilíbrio é também chamado de “ponto de ruptura”⁽¹¹⁾, pois a geração de lucro ocorre somente após o rompimento deste elo.

Observando as quantidades necessárias para alcançar o ponto de equilíbrio da Clínica 1 (Tabela 5), verificamos que são poucos os casos com acentuada deficiência de produção. Por

exemplo, o exame de Motilidade Ocular teria a necessidade de aumentar a produção em 227% para atingir o ponto de equilíbrio passando de 123 exames para 402, também a Campimetria para atingir o ponto de equilíbrio precisaria de um incremento de mais 161 exames, o que representa um aumento na produção de 55%. Os demais itens demandariam somente um pequeno aumento na produção para alcançar o ponto de equilíbrio, inclusive as consultas, que com um aumento de produção de apenas 9% atingiriam o ponto de equilíbrio.

Já na Clínica 2, a situação é um pouco mais delicada, no momento em que as consultas, principal fonte de receita da clínica, para atingir o ponto de equilíbrio necessitaria de um incremento na produção de 1053 exames, passando de 809 para 1862 consultas. Isto representa 130% de aumento, alcançando 88% da capacidade máxima (2112 consultas), índice pouco provável de ser alcançado no curto prazo. Podemos destacar também os exames de Campimetria e Tonometria, que necessitam de um aumento de produção de 765% e 407% respectivamente, para alcançar o ponto de equilíbrio (Tabela 5).

A análise do ponto de equilíbrio da Clínica 3 apresentou os seguintes resultados (Tabela 5): para as consultas seria necessário um aumento de 187% na produção, passando de 1296 para 3717 consultas para atingir o ponto de ruptura, situação impossível de se atingir, pois este montante é superior à capacidade máxima de produção (20 minutos por consulta = 3 consultas por hora, 2 consultórios trabalhando 12 horas por dia = 24 horas por dia, sendo que $3 \times 24 = 72$ consultas por dia, 22 dias por mês, teríamos no máximo 1.584 consultas). Esta situação já era esperada considerando as baixas remunerações oferecidas pelo SUS. Todavia para a realização dos exames, encontramos os seguintes números: Tonometria - com o incremento de 27 exames, apenas 8%, já alcançaríamos o ponto de equilíbrio. O Mapeamento de Retina por sua vez ultrapassou o ponto de equilíbrio em 135 exames gerando uma rentabilidade de 55%.

Quanto ao preço versus custo

Muitas discussões ocorrem entre compradores e prestadores de serviços no momento da negociação da tabela de preços, contudo, na grande maioria dos casos, não existe nenhum fundamento conceitual que disponibilize dados concretos para uma negociação saudável. A carência de informações de custos centraliza a discussão em suposições e conjecturas, sem encontrar uma solução favorável para ambas as partes.

Um dos propósitos de grande relevância deste trabalho é a análise comparativa entre os preços praticados no mercado e o efetivo custo dos procedimentos. O objetivo é dar alguma contribuição para amenizar a situação de conflito deste cenário propiciando algumas informações conceituais, a fim de que as decisões sejam norteadas em dados concretos e significativos.

Com relação à consulta, observamos que nas três Clínicas analisadas a receita média unitária não cobre os custos (Tabela 4). A Clínica 1 mostra uma pequena defasagem, portanto alguns comentários devem ser feitos a este respeito. Em todas as análises constantes neste trabalho, os valores de receita unitária foram calculados pela média, sem distinção entre pacientes particulares e os diferentes tipos de convênios, que oferecem remunerações diferenciadas. Além disso, as comparações dos custos x receita média, não incluíram os impostos incidentes sobre a receita e não foi considerada nenhuma margem de lucro.

Outros fatores devem ser considerados neste tipo de análise, a Clínica 2, por exemplo, apresenta um prejuízo unitário

médio de 50% (Tabela 4), todavia esta Clínica tem uma elevada ociosidade e além disso possui uma receita média unitária inferior à Clínica 1.

Quando nos reportamos à Clínica 3, a situação é bastante crítica devido ao nível de remuneração praticado pelo Sistema Público de Saúde.

Em relação aos exames, podemos observar uma variabilidade de situações, alguns apresentam bons resultados, enquanto outros, forte defasagem (Tabela 4). Os exames de Paquimetria e a Ceratoscopia, por exemplo, com margens superiores a 20%, nas Clínicas 1 e 2, o Mapeamento de Retina propicia à Clínica 3 uma margem de 55% (mesmo sendo remunerado pelo SUS), na Clínica 1 de 19%, e um pequeno prejuízo na Clínica 3 (-6%), devido ao alto valor de repasse de honorários para este exame. Todavia, encontramos casos com acentuada defasagem, como exemplo, os exames de Campimetria, Motilidade Ocular, Gonioscopia que apresentam índices deficitários nas Clínicas 1 e 2.

O autor menciona que devido ao resultado deficitário do exame de Campimetria, a Clínica tomou a decisão de eliminar este exame do rol de procedimentos ofertados e ceder o equipamento em regime de comodato a um hospital da região.

Há necessidade de grandes avanços e criatividade nas negociações entre compradores e prestadores de serviços. Com o intuito de amenizar ou corrigir os desequilíbrios expostos. Contudo, as decisões devem ser lastreadas em informações confiáveis. E mais, cada instituição (clínica, consultório ou hospital) deve conhecer seus custos, baseados em conceitos claros e objetivos, a fim de negociar a sua tabela de preços com segurança. Afinal, cada instituição tem seu perfil e sua particularidade, os preços não devem ser uniformes para todas as situações, independente de região ou cidade. Cada clínica pode oferecer serviços diferenciados que impactam diretamente nos custos. Cabe ao mercado decidir se está disposto a pagar o preço, e cabe à clínica gerenciar suas atividades com profissionalismo até encontrar o equilíbrio entre a qualidade e o preço justo, viabilizando seu negócio e prosperando.

Martins⁽²⁾ expõe que as negociações coletivas são melhores que negociações individuais. Esta afirmação tem um ingrediente de questionamento, pois, enquanto está se negociando metodologias, padrões, modelos de contratos, entre outros, é excelente que as negociações sejam em conjunto, todavia quando o foco for única e exclusivamente o preço, talvez a negociação individual seja o melhor caminho para os dois lados. Preços padronizados podem beneficiar algumas clínicas que possuem estruturas simples e direcionadas para um determinado tipo de clientela, enquanto podem prejudicar fortemente outras clínicas, com estruturas diferenciadas para atender clientes com alto grau de exigências. Isto, sem mencionar as diferenças regionais do país, que causam enormes diferenças no custo de vida, com destaque para o nível salarial que impacta diretamente nos custos da clínica.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos mostraram que a aplicação do modelo alcançou os objetivos propostos, gerando informações relevantes no contexto do uso prático da informação, subsidiando as clínicas com dados, no que tange ao gerenciamento dos custos incorridos em cada setor, propiciando ao gestor da área o efetivo planejamento e controle dos custos.

Nas análises comparativas entre as clínicas foi possível detectar a influência dos custos no desempenho econômico-finan-

ceiro de cada uma delas. A separação dos custos em fixos e variáveis deixou claro onde ocorreram as maiores discrepâncias, e comprovou que a ociosidade tem forte influência nos custos fixos.

A comparação entre os custos e as receitas deixa clara a importância de um instrumento de apuração de custos no momento da negociação, subsidiando a clínica com informações imprescindíveis. Chegamos à conclusão que o modelo alcançou seu propósito também neste quesito, e poderá servir de referência e estímulo para que diversas instituições desenvolvam suas informações de custos e obtenham dados consistentes para realizar uma negociação consciente e racional.

A metodologia aplicada para apuração dos custos mostrou-se exequível e adequada para aplicação em clínicas de oftalmologia, e propiciou a geração de informações para diferentes níveis de interesse. Assim, o custo por centro de custo é relevante para o gestor do centro de custo no planejamento, gerenciamento e controle das operações; enquanto que a apuração da margem de contribuição é um importante instrumento para área comercial e financeira da clínica no sentido de desenvolver um perfil de clientes e serviços que propiciem o melhor retorno; ainda, o alcance do custo unitário por serviço prestado, informação essa fundamental no processo de negociação e na formação do preço de venda.

Comentários finais

É notória a importância de um bom instrumento de apuração de custos na gestão das empresas de saúde, portanto, este trabalho procura contribuir para o crescimento e sustentabilidade das clínicas oftalmológicas, colocando um novo instrumento de apoio à gestão. Desta forma, este trabalho, por inculcar a idéia de uma visão clara, baseada em elementos conceituais irrefutáveis, parece ser útil, não só para os prestadores de serviços (que vende sem saber o efetivo custo), quanto para o comprador (que paga sem conhecer o verdadeiro valor), desenvolvendo um novo marco nas negociações, que se encontram tão conturbadas nos dias atuais. Ampliando o escopo de potenciais interessados nos resultados do presente trabalho, podemos chamar a atenção de entidades de classe como: Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia (SBAO), Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia (COESO) dentre outros, no momento em que discutem e lutam em defesa da classe. Invariavelmente, esses órgãos sentem falta de instrumentos de bases conceituais para corroborar suas arguições. Além de poder fornecer subsídios de comparabilidade entre as clínicas, no momento em que várias delas venham a implantar uma metodologia de apuração de custos homogênea.

O presente trabalho também oferece uma contribuição científica, além de tratar-se de um pioneirismo no estudo de

custos, quando o enfoque é direcionado a clínicas de oftalmologia. Afora os aspectos práticos, arrolados no item sobre a aplicabilidade e utilidade dos métodos de custeio utilizados de forma simultânea, os resultados deste trabalho podem ser úteis por mais aspectos significativos, de cunho científico, ampliando a base para estudos relacionados com custos em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vassalo C. Socorro, porque os preços cobrados pelos hospitais brasileiros são tão altos. Exame (São Paulo). 1997; 635(30):84-9.
2. Scarpi MJ, organizador. Gestão de clínicas médicas. São Paulo: Futura; 2004.
3. Baumgartner RR. Avaliação da aplicabilidade do custeio ABC – Activity based costing na acurácia de custos na área hospitalar, especificamente na unidade de terapia intensiva - estudo de um caso pratico [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1998.
4. Beulke R, Bertó DJ. Gestão de custos e resultados na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. 2a ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
5. Matos AJ. Gestão de custos hospitalares: técnicas análise e tomada de decisão. São Paulo: STS; 2002.
6. Yamamoto E. Os novos médicos administradores. São Paulo: Futura; 2001.
7. Santos LR. Dose Certa – à frente de grandes empresas ou do próprio consultório, médicos mostram que entende de administração melhora a saúde profissional. Você S/A, (São Paulo). 2002; 50:30-4.
8. Martins E. Contabilidade de custos. 7a ed. São Paulo: Atlas; 2000.
9. Atkinson AA, Banker RD. Contabilidade gerencial. São Paulo: Atlas; 2000. p. 36,45,67.
10. Andrade LE. Modelo de gestão de custos utilizando a técnica ABC. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.
11. Ludícibus S, Marion JC. Curso de contabilidade para não contadores: para as áreas de administração, direito e engenharia. 2a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
12. Martins LO. Exames complementares em oftalmologia – Ponto de equilíbrio, viabilidade e custo real dos exames: Uma contribuição para futuras negociações. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.

Autor correspondente:

Eduardo Regonha. Av. Paulista, nº 575 – 6º andar, cj. 608
Bela Vista
CEP 01311-100 – São Paulo (SP), Brasil
E-mail: eduardo@xhl.com.br