

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E ADMINISTRATIVA DE
PRESIDENTE PRUDENTE

**PLANO DE NEGÓCIO PARA ALAVANCAGEM OPERACIONAL DE
UM EMPREENDIMENTO HOSPITALAR**

Ata Baker
Alyne Siqueira Alves
Daniele de Oliveira Amorim
Fernanda Palma Fernandes Leão

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E ADMINISTRATIVAS
DE PRESIDENTE PRUDENTE

**PLANO DE NEGÓCIO PARA ALAVANCAGEM OPERACIONAL DE
UM EMPREENDIMENTO HOSPITALAR**

Ata Baker
Alyne Siqueira Alves
Daniele de Oliveira Amorim
Fernanda Palma Fernandes Leão

Plano de Negócio apresentado como requisito parcial de Conclusão de Curso para a obtenção do grau de Bacharel em Administração, sob orientação do Prof. Ms. João Cezário Giglio Marques e Prof^a Ms. Maria Cecília Palácio Soares.

Presidente Prudente
2007

PLANO DE NEGÓCIO PARA ALAVANCAGEM OPERACIONAL DE UM EMPREENDIMENTO HOSPITALAR

Plano de Negócio aprovado como
requisito parcial para obtenção do Grau
de Bacharel em Administração.

Prof. MSc. João Cezário Giglio Marques

Prof^a MSc. Maria Cecília Palácio Soares

Prof^a MSc. Aparecida Célia Milan

Prof. MSc. Alexandre Hideo Sasaki

Presidente Prudente,novembro de 2007

As empresas precisam sim, ter lucro como objetivo, senão elas morrem. Mas se estiverem orientadas apenas para o lucro, também morrerão, pois não têm mais nenhum motivo para existir.

Henry Ford

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por ter tornado possível concluir mais este objetivo.

Aos nossos Amigos,

Que colaboraram para a execução deste trabalho, incentivando e auxiliando nos momentos de dificuldade.

Às nossas famílias,

Por ter compreendido as nossas ausências ocasionais

Aos Professores Mestres Maria Cecília Palácio Soares e João Cezário Giglio Marques,

Que demonstraram ser amigos e verdadeiros mestres, nas horas que mais precisamos.

À bibliotecária Alessandra Vieira Antônio,

Por sua essencial colaboração.

RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo avaliar e analisar as características mercadológicas, financeira e contábil de um hospital de pequeno porte localizado na cidade de Presidente Prudente/SP. O estudo foi proposto para diagnosticar pontos fortes e fracos existentes na estrutura organizacional e as conseqüências que essas vêm exercendo sobre o patrimônio. O problema originou-se pela observação “in-loco” de dificuldades econômicas e financeiras espelhadas nos relatórios contábeis e relatadas pelos proprietários. O trabalho conseguiu detectar como resposta, vários fatores administrativo e contábil que, em seu conjunto, impossibilitam uma gestão com eficácia e eficiência, na otimização dos resultados. A ausência de estratégias delineadas de acordo com as necessidades, torna-se ponto fundamental dentro da análise. Após a avaliação de todo o sistema operacional foi feita a análise da capacidade existente e delineou-se as propostas para médio e longo prazo. O desenvolvimento da pesquisa fez-se por meio do método de abordagem dedutivo, quando partiu das teorias gerais e de fatos econômicos reais para estudar e contextualizar o hospital HMA e do método de procedimento comparativo ao analisar as semelhanças e diferenças do sistema hospitalar nacional e regional com o do HMA, as técnicas de pesquisa foram, inicialmente, a de documentação secundária, quando buscou suporte em bibliografias existentes e de documentação direta por meio da pesquisa de campo ao observar os fatos e fenômenos na coleta dos dados na forma que ocorrem espontaneamente junto a empresa.

ABSTRACT

The present research has had the objective to evaluate and to analyze al aspects of the business: Marketing, financial and accounting of a small hospital located in President's Prudente/SP. The study was proposed to diagnose the strengths and the weaknesses of the organizational structure and that it exercises on the patrimony. The problem arose from the observation "in-loco" of the economical and financial difficulties mirrored in the accounting reports and told by the proprietors. The work got to detect as an answer, several administrative and accounting factors that, disable the administration with effectiveness and efficiency, in the optimization of the results. The absence of strategies delineated in agreement with the needs, becomes fundamental point inside the analysis. After the evaluation of the whole operating system, it has been made the analysis of the operation capacity and it was delineated a proposals for short, medium and long term. The development of the research has been made through a deductive approach method, when it left of the general theories and of real economical facts to study and contextualize the HMA hospital and a method of comparative procedure when analyzing the similarities and differences of the national and regional hospital system with the one of HMA, the research techniques were, initially, based on a secondary documentation, when it looked for support in existent bibliographies and of direct documentation through the field research when observing the facts and phenomena in the collection of the data in the form that it happen spontaneously close to company.

LISTA DE SIGLAS

ANHP	- Agência Nacional dos Hospitais Privados
ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
CABESP	- Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo.
CASSI	- Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil
CBO	- Classificação Brasileira de Ocupações
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COFINS	- Contribuição Para Financiamento da Seguridade Social
COREM	- Conselho Regional de Enfermagem
CREMESP	- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
FGTS	- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	- Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	- Instituto Nacional de Seguridade Social
ISS	- Imposto Sobre Serviços
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PEC	- Ponto de Equilíbrio Contábil
PIS	- Programa de Integração Social
SEBRAE	- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SESC	- Serviço Social do Comércio
SESI	- Serviço Social da Indústria
SRPA	- Sala de Recuperação Pós Anestésica
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNIMED	- Cooperativa de Trabalho Médico

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

FIGURAS

FIGURA 1 – Organograma do Hospital HMA.....	20
FIGURA 2 – Fluxograma do atendimento ao paciente.....	21
FIGURA 3 – Perfil Competitivo.....	40

QUADROS

QUADRO 1 – Tipologia de clientes de hospitais privados no Brasil	25
QUADRO 2 – Serviços e clientes.....	26
QUADRO 3 – Lista dos potenciais cliente médicos do HMA	46
QUADRO 4 – Processos e sub-processos	56
QUADRO 5 – Departamentos e atividades	57
QUADRO 6 – Descrição de cargos.....	71

TABELAS

TABELA 1 – Gastos anuais de saúde no Brasil em 2004.....	23
TABELA 2 – Média de permanência em hospitais em dias	23
TABELA 3 – Leitos no Brasil em 2005	23
TABELA 4 – Leitos por tipo em 2006.....	24
TABELA 5 – Profissionais de saúde na 10ª região	24
TABELA 6 – Market share	28
TABELA 7 – Market share por especialidade.....	29
TABELA 8 – Pagador x percentual de receita.....	29
TABELA 9 – Pagadores de serviços hospitalares e percentual de receita (HMA) 30	
TABELA 10 – Modelo de Porter para o setor da indústria hospitalar em Presidente Prudente	35
TABELA 11 – Cronograma de operacionalização.....	48
TABELA 12 – Custos da comunicação de marketing.....	49
TABELA 13 – Direcionadores x serviços prestados	58
TABELA 14 – Custos diretos dos departamentos.....	60
TABELA 15 – Apropriação dos custos indiretos aos serviços.....	61
TABELA 16 – Custos indiretos dos serviços que utilizam o Centro Cirúrgico.....	62
TABELA 17 – Custos indiretos dos serviços que não utilizam o Centro Cirúrgico 62	
TABELA 18 – PEC dos serviços que utilizam o Centro Cirúrgico	62
TABELA 19 – PEC dos serviços que não utilizam o Centro Cirúrgico	63
TABELA 20 – Capacidade operacional do Centro Cirúrgico.....	63
TABELA 21 – Margem de contribuição HMA – período janeiro/2007	63
TABELA 22 – Margem de contribuição com capacidade máxima do Centro Cirúrgico.....	64
TABELA 23 – Funcionários por cargo.....	72
TABELA 24 – Encargos sociais	74
TABELA 25 – Cálculo da mão de obra direta	77
TABELA 26 – Cálculo da mão de obra indireta	77

TABELA 27 – Despesas com salários	78
TABELA 28 – Gastos totais anuais com a folha de pagamento.....	78

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Market share	28
GRÁFICO 2 – Perfil competitivo por hospital	42
GRÁFICO 3 – Perfil competitivo por atributo.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 O NEGÓCIO	18
2.1 Identificação e Definição do Negócio	18
2.2 A Equipe.....	18
2.3 Motivação e Oportunidades	18
3 A EMPRESA	19
3.1 Missão.....	19
3.2 Descrição Legal	19
3.3 Estrutura Organizacional	20
3.4 Operações e Processos	21
3.5 Layout	22
4 ANÁLISE DO MERCADO	23
4.1 Análise do Setor da Indústria Hospitalar	23
4.1.2 O mercado de saúde na região de Presidente Prudente	23
4.2 Análise da Clientela e Sua Segmentação	24
4.3 Análise da Concorrência	26
4.4 Análise dos Pagadores	29
4.5 Análise dos Influenciadores e Decisores	30
4.6 Fornecedores de Materiais, Medicamentos e Equipamentos Hospitalares....	30
5 PLANO DE MARKETING	31
5.1 Produtos e Serviços	31
5.2 Preços.....	31
5.3 Distribuição	31
5.4 Promoção, Publicidade e Propaganda	31
5.5 Análise SWOT.....	34
5.5.1 Modelo das Cinco Forças Competitivas de Michel Porter.....	35
5.6 Diagnóstico	36
5.7 Cenário para o Setor da Indústria Hospitalar (Análise PETS)	37
5.8 Formulação de Estratégias de Marketing.....	38
5.9 Plano de Comunicação Empresa/Mercado.....	39
5.9.1 Produtos/Serviços	39
5.9.2 Análise Situacional.....	39
5.9.3 Análise da Concorrência	39
5.9.4 Posicionamento.....	43
5.9.5 Objetivo de Marketing	43
5.9.6 Objetivo de Comunicação	43
5.9.7 Definição de Estratégias de campanha	44
5.10 Comunicação de Marketing	44
5.10.1 Material a ser utilizado	45

5.10.2 Banco de dados para execução do marketing direto	46
6 PLANO ESTRATÉGICO OPERACIONAL	47
6.1 Estratégia e Implementação.....	49
6.2 Modelo Estratégico	51
7 ANÁLISE FINANCEIRA	54
7.1 Composição dos Custos e Despesas com Base no ABC	54
7.2 Trajetória da Pesquisa Financeira.....	56
7.3 Resultado da Pesquisa Financeira.....	64
8 CONCLUSÃO	66
BIBLIOGRAFIA	68
APÊNDICE A	71

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros hospitais da história surgiram com o imperador romano Constantino, com a finalidade de dar auxílio e tratamento de apoio aos peregrinos cristãos que viajavam para a Terra Santa. Constantino ordenou que fossem construídos pontos de apoio ao longo do caminho da Europa para a Terra Santa, onde os peregrinos pudessem descansar e receber os tratamentos para as suas enfermidades quando precisassem. Estes pontos chamavam-se hospedarias, daí surgiu o nome de hospital que perdura até hoje.

Com o passar do tempo estas hospedarias que inicialmente eram pontos de apoio para descanso e abastecimento, passaram também a oferecer cuidados de saúde aos peregrinos e necessitados. Neste período, os religiosos começaram a administrar estas hospedarias e, assim a igreja através da sua estrutura passou a cuidar deste negocio, afinal, era para cuidar de seus fiéis.

A estrutura destas hospedarias era precária e, os índices de mortalidade eram extremamente altos, pois não tinham nem uma preocupação com o que se chama hoje de infecção hospitalar. Então, surgem as primeiras mudanças estruturais com a finalidade de reduzir os altos índices de mortalidades. A nova estrutura se parece muito com as antigas santas casas que foram construídas no Brasil quando da colonização portuguesa.

No Brasil os primeiros hospitais vieram com a colonização portuguesa, seguindo os padrões europeus que ainda eram administrados por religiosos e, chamados de Santas Casas de Misericórdia, nome que persiste até hoje. Esta situação perdurou no Brasil até a década de sessenta.

Com o avanço científico e, as mudanças políticas e legais, surgem mudanças importantes no setor a partir dos meados do século XX. Nas décadas

de cinquenta e sessenta cada grupo profissional organizado criou um instituto de previdência e saúde, por exemplo, os comerciários, os portuários e, assim por diante tinham seus sistemas de saúde. A partir daí começam a surgir mudanças no sistema. Vários são os fatores que levaram a isso, entre os quais, mudanças na estrutura dos que demandavam os serviços de saúde, que eram os financiadores da saúde no Brasil. Neste período houve uma grande mudança nos institutos que cuidavam de seus segurados e que individualmente financiavam os cuidados de saúde destes.

Esta mudança foi introduzida pelo regime militar de então, com a finalidade de reunificar e otimizar os recursos da saúde e, melhor controlá-los.

Surgindo então o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esta mudança alterou a relação entre os vários interessados no setor saúde, pois, os recursos eram abundantes e concentrados, o que levou a iniciativa privada a querer participar deste novo mercado (oportunidade) que se coloca. Muitos hospitais foram construídos e, até muitos médicos se associavam e construía o seu próprio hospital. Este período se caracterizou pela abundância de recursos para a atividade produtiva (período do milagre econômico brasileiro).

Na metade da década de setenta e na década de oitenta o país mergulhou em crises econômicas em todos os setores, em especial, o setor saúde. Crises de petróleo, mudança do perfil demográfico da população brasileira e, gestão inadequada dos recursos da previdência social, abriu uma crise sem precedentes sobre as fontes de custeio da saúde no Brasil, desestruturando toda a cadeia produtiva do setor. Os hospitais beneficentes e os privados que tinham na sua fonte de recursos, os da previdência social, começaram também a entrar em crise. Neste período surgem novos fatores que influenciam o setor como um

todo. Surgem as primeiras cooperativas de trabalho médico as (UNIMEDS), que tem por objetivo fornecer para o médico trabalho com preços justos de remuneração e, protegê-lo da má remuneração que a previdência social lhe impunha. Ao mesmo tempo surgem no país as empresas privadas com a finalidade de oferecer a população uma alternativa a previdência social que não cumpria a contento o seu papel como provedora de recursos para a saúde da população.

Estas mudanças alteram por completo a cadeia do setor da saúde no Brasil, pois, a classe média que se formou com a industrialização, não estava satisfeita com a qualidade da saúde que o estado lhe oferecia através da previdência social e, com as crises econômicas sucessivas estava empobrecida, buscou alternativas nos planos de saúde, pois podia ter assistência de qualidade a preços justos.

O setor da saúde no Brasil está dividido em: saúde pública e saúde privada. A saúde é uma garantia constitucional para todos os brasileiros, a partir da constituição de 1988, fazendo parte da seguridade social e, é obrigação do estado e direito do cidadão. A constituição de 1988 garantiu os direitos sem se preocupar com as fontes de receita para supri-los, assim, criou-se um problema para a gestão da saúde pública, desde então já não funcionando a contento e, teve a sua dinâmica piorada com a nova regulamentação constitucional.

Para nosso estudo, o interesse de maior ênfase é o das fontes de receita para a saúde suplementar, ou seja, a saúde privada, pois é a mais importante, dentro da cadeia produtiva do setor hospitalar, nosso objeto de estudo. Representando a principal fonte de receita para os hospitais, 76,4% do total. Como se vê, mais de dois terços da receita provem das operadoras privadas

de saúde suplementar (empresas de medicina de grupo, seguradoras, empresas de autogestão e, cooperativas de trabalho médico, as Unimed).

Dentro da cadeia produtiva do setor hospitalar privado foram citados até agora os agentes operadores do sistema, ou seja, as empresas que comercializam os planos de saúde para a população, em forma de planos empresariais e individuais. Estas empresas compram os serviços dos seus fornecedores que são, os hospitais, os laboratórios e, os médicos. Os hospitais compram seus suprimentos da indústria farmacêutica e de equipamentos, assim como os laboratórios.

A outra ponta da cadeia produtiva da saúde suplementar é o usuário final. A partir da lei 9659 de 1998, que entrou em vigor em 1999, a saúde suplementar, passou a ser regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Este órgão governamental, ao tentar criar regras para normalizar setor, como, por exemplo, estabelecer os preços para as operadoras, criou taxas e provisões para proteger os usuários do sistema, trazendo novos custos que as operadoras não estavam preparadas para assumir. Exemplo disso que das 2700 operadoras que existiam no ano da criação da lei (1998), 1100 fecharam suas portas 1999, ou seja, um ano depois. Este órgão, como único órgão que estabelece os preços dos produtos que as operadoras oferecem para seus clientes, estrangulou a receita destas. Por outro lado os custos do setor saúde iam seguindo um curso próprio, com uma inflação anual mais que o dobro da inflação geral do mercado (nos últimos dez anos a inflação geral do mercado foi de aproximadamente de 157% enquanto a do setor saúde em torno de 360%). Neste período apesar dos aumentos estabelecidos pela ANS para as operadoras fosse superior a inflação corrente, ficou muito longe da inflação do setor. Além

disso um outro fator relevante, foi à queda da renda da população neste período, que não acompanhou a inflação repassada pelas operadoras, obrigando os usuários a migrar para planos mais baratos e, os que estavam nestes a abandonaram o sistema por incapacidade de pagamento.

Desta forma, toda a cadeia produtiva do setor saúde ficou desarticulada, pois as operadoras com sua receita reduzida a cada ano, não pagam os preços que os hospitais reclamam, pressionados por seus custos, que também superaram os da inflação do mercado. A causa foi que a receita está engessada pelos aumentos controlados pelo mercado, colocando todo o setor da saúde suplementar em risco de solvência, que por sua vez poderá contaminar a já cambaleante saúde pública, pois, os imigrantes da saúde suplementar fatalmente aumentarão a demanda da saúde pública.

2 O NEGÓCIO

2.1 Identificação e Definição do Negócio

Este plano de negócios apresenta uma proposta de alavancagem operacional e a análise de sua viabilidade em um hospital de pequeno porte fundado em 1998, que opera atualmente com vinte e um leitos e está situado na cidade de Presidente Prudente interior do Estado de São Paulo.

O empreendimento, denominado neste estudo como “Hospital HMA”, está localizado estrategicamente em uma região nobre da cidade onde estão localizados também alguns concorrentes e outros estabelecimentos de serviços de saúde.

2.2 A Equipe

A equipe dirigente é formada por:

- 1 Sócio Diretor Administrativo (médico);
- 1 Sócio Diretor Clínico (médico);
- 1 Sócio Diretor Financeiro (médico);
- 2 Enfermeiras Chefe (enfermeira);
- 1 Gerente Administrativo (Administrador de Empresas);

2.3 Motivação e Oportunidades

A motivação oriunda do aprendizado que o estudo da viabilidade econômica, financeira, operacional e mercadológica de uma empresa atuante em um setor em expansão poderá proporcionar.

A oportunidade oferecida pelo Hospital HMA veio ao encontro das aspirações do grupo de realizar um estudo que proporcionasse o exercício da profissão de administrador.

3 A EMPRESA

3.1 Missão

“Oferecer serviços hospitalares de excelência para a população de Presidente Prudente e região com base em princípios e valores éticos”.

3.2 Descrição Legal

O Hospital HMA é uma sociedade limitada regida na forma de direito civil por cotas de responsabilidade limitada, com a denominação social de HOSPITAL HMA S/C LTDA. No contrato social ainda esta descrita a possibilidade da empresa poder ser transferida ou abrir filiais se assim for necessário e de comum acordo entre os sócios.

A sociedade esta constituída de 14 sócios cada um proprietário de uma cota, cotas estas não necessariamente iguais. A diretoria do hospital só pode ser exercida por sócios proprietários, que terão o direito a uma retirada mensal a titulo de pró-labore, dentro das possibilidades financeiras do hospital, até o limite máximo estabelecido pela legislação vigente.

Nenhum sócio poderá ceder ou transferir parte ou o todo da sua cota a outrem sem antes oferecê-la aos sócios em igualdade de condições. O sócio que desejar retirar-se da sociedade devesa manifestar a sua intenção por escrito e com antecedência de trinta dias.

A diretoria da empresa será constituída por eleição realizada no mês de março de cada ano durante a assembléia geral. Os sócios cotistas serão avisados por correspondência com antecedência mínima de trinta dias da eleição. A renovação da diretoria em cada eleição devesa ser de, no mínimo, um terço de seus membros.

Para os efeitos da eleição cada cota corresponde a um voto e, a sociedade sempre deliberara por maioria, inclusive para os efeitos de alteração contratual.

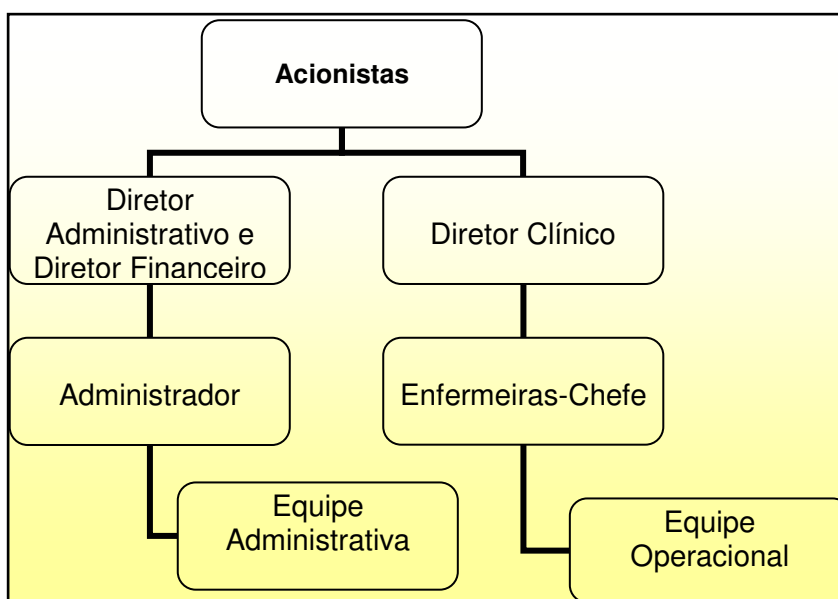
A diretoria executiva será composta por três diretores, um diretor administrativo, um financeiro e um clínico. A diretoria terá competências para tomar decisões executivas exclusivamente sobre assuntos que relacionados à empresa.

As empresas do setor de saúde como consultórios, clinicas e hospitais, são reguladas e fiscalizadas pela secretarias locais de saúde, através da vigilância sanitária local, do conselho regional de medicina, conselho regional de farmácia e conselho regional de enfermagem, e devem ser registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde.

3.3 Estrutura Organizacional

As decisões estratégicas da empresa competem à diretoria executiva e as decisões táticas e operacionais competem ao administrador e às enfermeiras-chefe respectivamente, conforme figura 1.

FIGURA 1 – Organograma do Hospital HMA

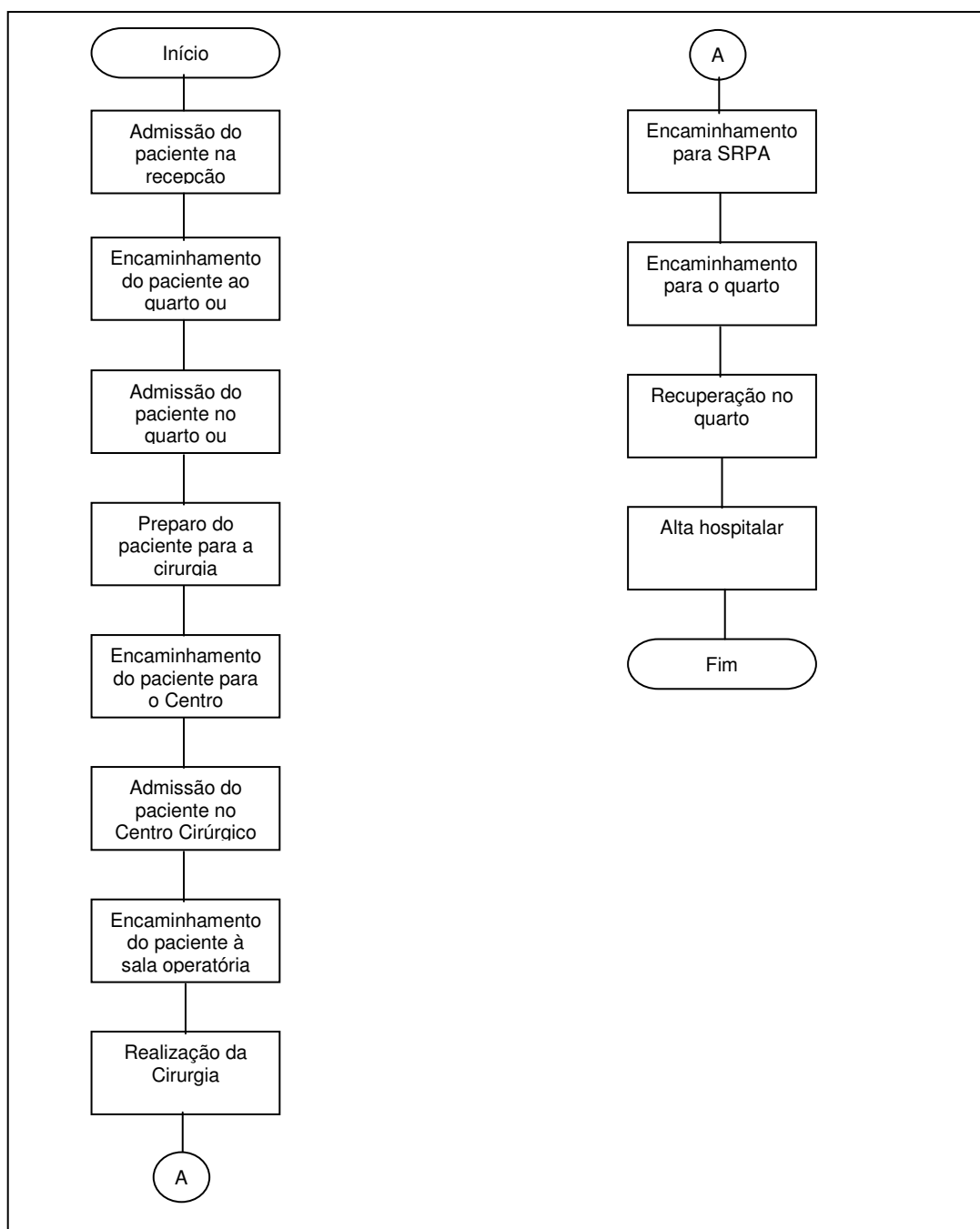


Fonte: Elaborada pelos autores (2007).

3.4 Operações e Processos

Foi elaborado um fluxograma para demonstração e identificação dos procedimentos de atendimento do paciente dentro do hospital. Os processos executados são semelhantes para todos os tipos de serviços oferecidos pelo HMA.

FIGURA 2 – Fluxograma que descreve o atendimento do paciente



Fonte: Organizada pelos autores (2007).

3.5 Layout

O planejamento do layout é de extrema importância em um empreendimento hospitalar, pois deve proporcionar facilidade de locomoção, conforto e segurança aos pacientes, colaboradores e médicos, visando a excelência nos serviços prestados.

O layout do Hospital HMA foi elaborado quando de sua construção, em 1998, os departamentos, bem como acomodações e equipamentos foram dispostos de forma funcional e adequada.

O terreno onde está construído o hospital possui 1.725,16 m², a área construída é de 1055,29 m², sendo 344,80 m² de pavimento subsolo e 710,49 m² de pavimento térreo.

A área construída está distribuída da seguinte forma:

- Recepção, lavanderia, farmácia, cozinha, necrotério e centro de esterilização, que são áreas de suporte à assistência médica;
- Centro Cirúrgico, com três salas de cirurgias, sala de pequenas cirurgias, sala de exames externos, sete apartamentos e uma enfermaria com três leitos, que são áreas de atendimento médico hospitalar;
- Cinco salas utilizadas para os setores de faturamento, arquivo, negociação e administração que são áreas de suporte administrativo e de manutenção.

4 ANÁLISE DO MERCADO

4.1 Análise do Setor da Indústria Hospitalar

O mercado de saúde no Brasil movimenta uma parcela significativa da economia, representando 6,5% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional (Ministério da Saúde/ANS), uma soma de 99 bilhões de Reais para todos os subsistemas de saúde, conforme demonstrado Tabela 1.

TABELA 1 - Gastos anuais de saúde no Brasil em 2004

Subsistema de saúde	Valor (em bilhões)	Percentual
Sistema Suplementar	27,0	27,27%
SUS (Ministério da Saúde)	31,0	31,31%
SUS Estaduais	17,0	17,17%
SUS Municipais	15,5	15,66%
Gastos pessoais	8,5	8,59%

Fonte: Ministério da Saúde/ANS (2005).

TABELA 2 - Média de permanência em hospitais em dias

Região	2002	2003	2004	2005
Centro- Oeste	3,31	3,54	3,54	3,61
Nordeste	4,95	4,57	4,57	4,73
Sul	4,76	5,20	5,20	4,61
Sudeste	3,93	3,89	3,89	3,68
ANHP ¹	4,10	4,14	4,03	3,93

Fonte: Associação Nacional de Hospitais Privados

O número de leitos no Brasil em 2005 está demonstrado na tabela 3.

TABELA 3 - Leitos no Brasil em 2005

Descrição	SUS		"Não SUS"		TOTAL
	Quantidade	%	Quantidade	%	
Clinico/ Cirúrgico	190.315	72%	73.014	28%	263.329
Outros	190.257	79%	50.416	21%	240.673
Total	380.572	76%	123.430	24%	504.002

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), (2005).

4.1.2 O mercado de saúde na região de Presidente Prudente

A região de Presidente Prudente (10ª região administrativa de acordo com o IBGE) possui 788.195 habitantes.

O número de leitos na região de Presidente Prudente difere da distribuição e disponibilidade do restante do país, pois algumas cidades não têm hospitais enquanto outras têm excesso de leitos.

A média regional de leitos por 1000 habitantes é de 3,9, enquanto a recomendação da Organização Mundial de Saúde é de 2,4 a 3, o que nos leva a um excedente de 0,9 a 1,4 leitos conforme tabela 4. A distribuição de leitos entre SUS e “Não SUS” está demonstrada na tabela 4 e evidencia uma participação de quase 30% de leitos “Não SUS”.

TABELA 4 - Leitos por tipo em 2006

	SUS	“Não SUS”	Leitos por 1000 habitantes	Total
BRASIL	380.572	123.430	2,8	504.002
10ª Região	2.181	927	3,9	3.108
Presidente Prudente	902	575	7,17	1477

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) , (2007)

A região de Presidente Prudente tem uma oferta excessiva de profissionais tanto de médicos como de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Isto ocorre porque além de profissionais vindos de outras regiões, temos varias instituições de ensino superior que todos os anos formam novos profissionais para o mercado já saturado. A Organização Mundial de Saúde recomenda 1 médico para cada 1000 habitantes. Na cidade Presidente Prudente, a relação é de 1 médico para cada 249 habitantes.

TABELA 5 - Profissionais de saúde na 10ª Região

	Profissionais por 1000 habitantes	Total de profissionais
Médicos	1,73	1365
Enfermeiros	1,38	1087
Auxiliares de Enfermagem	5,66	4459

Fonte: Conselhos Regional de Medicina e Conselho Regional de Enfermagem

4.2 Análise da Clientela e sua Segmentação

Há três grupos de clientes complementares e interdependentes entre si, como demonstra o Quadro 1.

QUADRO 1 - Tipologia de cliente de hospitais privados no Brasil

Grupos de clientes	Papel no processo de compra	Necessidades
Pacientes	Usuário - paciente	Tecnologia atualizada, acerto na cirurgia, ausência de infecções hospitalares, bom atendimento, rapidez
Médicos	Decisor ou influenciador	Local com infra-estrutura adequada, bons serviços
Operadoras de Planos de Saúde	Pagador	Atendimento com baixo custo

Fonte: Organizado pelos autores (2007).

1. **Os pacientes** são usuários finais dos serviços oferecidos e o hospital pretende ter como público alvo os pacientes cirúrgicos, com patologias que demandam cirurgias eletivas de médio e pequeno porte nas especialidades de oftalmologia, plástica, ginecologia, obstetrícia, vascular e otorrinolaringologia.
2. **Os médicos** são de extrema importância na estratégia a ser adotada ao definir os objetivos de marketing, pois são influenciadores da escolha do hospital pelo paciente, portanto a comunicação para estes profissionais é essencial para o sucesso do planejamento de marketing hospitalar.
3. **As operadoras de planos de saúde** são de suma importância para a sobrevivência do hospital, pois, em Presidente Prudente, por exemplo, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, 57,97% da população tem plano de saúde.

A segmentação no mercado de saúde está em fase embrionária, ao contrario de outros mercados, onde a estratégia já é bastante utilizada para o adequado posicionamento no mercado.

Como exemplo de segmentação no mercado de saúde, podemos citar o Hospital Santa Marina, em São Paulo, que apostou na segmentação do pronto socorro. O PS segmentado tem subunidades para cada especialidade médica e público alvo. Com esta segmentação o cliente percebe a qualidade e diferencia dos demais prontos-socorros de outros hospitais.

Outro exemplo é o do Hospital Sírio Libanês, que implantou em 2004 um sistema de atendimento especial para executivos.

O *chek up* executivo do Sírio Libanês é um sucesso, começou com atendimento de dois pacientes por dia e agora atende dez pacientes por dia. A direção já planeja ampliar a estrutura diante do aumento da demanda. Outros hospitais praticam com sucesso esta estratégia, como o **Santa Cruz** em São Paulo, que tem segmento para pacientes orientais.(BORGHRESE, 2006).

No caso em estudo escolheu-se uma área de especialização de mercado onde se deseja atuar, cujos tipos de serviços e os clientes estão descritos no Quadro 2.

QUADRO 2 – Serviços e Clientes

Tipo de serviço	Descrição do cliente usuário
Ginecologia e Obstetrícia	Mulheres na idade fértil de classe média e classe media alta
Vascular	Mulheres e homens adultos e idosos de classe média e classe média alta
Plástica	Pacientes de ambos os sexos em todas as faixas etárias de classe média e classe média alta
Oftalmologia	Pacientes em todas as faixas etárias de classe média e classe média alta
Otorrinolaringologia	Pacientes em todas as faixas etárias de classe média e classe média alta

Fonte: Organizada pelos autores (2007).

4.3 Análise da Concorrência

Foram consideradas as concorrências direta e indireta, ou seja, todas as organizações que fornecem produtos e serviços oferecidos pelo hospital. Mesmo considerando que o hospital em estudo tem sua segmentação bem definida, qualquer outro hospital em Presidente Prudente e região pode oferecer acomodações e condições técnicas para concorrer com ele.

Como se observa nas análises do setor, o número de leitos na cidade e região é consideravelmente superior a demanda do mercado, portanto, num mercado onde a oferta é superior a demanda, a concorrência é acirrada e a margem de lucratividade é baixa, o que exige uma estratégia de diferenciação para conquistar um *market-share* desejado.

a. Concorrentes diretos do hospital HMA em Presidente Prudente são:

- Hospital e Maternidade Iamada;
- Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças;
- Hospital e Maternidade São Luiz;
- Hospital de Fraturas e Ortopedia São Lucas;
- Instituto da Criança de Presidente Prudente;
- Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente;
- Hospital Universitário da UNOESTE;
- Hospital Estadual.

b. Concorrentes indiretos nas cidades da região de Presidente Prudente:

- As Santas Casas das cidades de Santo Anastácio, Presidente Epitácio, Presidente Vencesalu, Presidente Bernardes, Rancharia, Oswaldo Cruz;
- Pequenas clínicas com condições para fazer pequenos procedimentos.

TABELA 6 - Market Share

Hospital	Receitas	%
Hospital A	R\$ 6.886.613,42	28,2%
Hospital C	R\$ 6.719.398,85	27,5%
Hospital B	R\$ 5.689.433,93	23,3%
Hospital E	R\$ 1.433.829,48	5,9%
Hospital F	R\$ 855.980,80	3,5%
Hospital D (HMA)	R\$ 717.423,38	2,9%
Hospital G	R\$ 585.980,06	2,4%
Hospital H	R\$ 474.677,50	1,9%
Hospital I	R\$ 184.268,57	0,8%
Outros	R\$ 895.825,99	3,7%
Total	R\$ 24.443.431,98	100,0%

Fonte : Organizada pelos autores (2007).

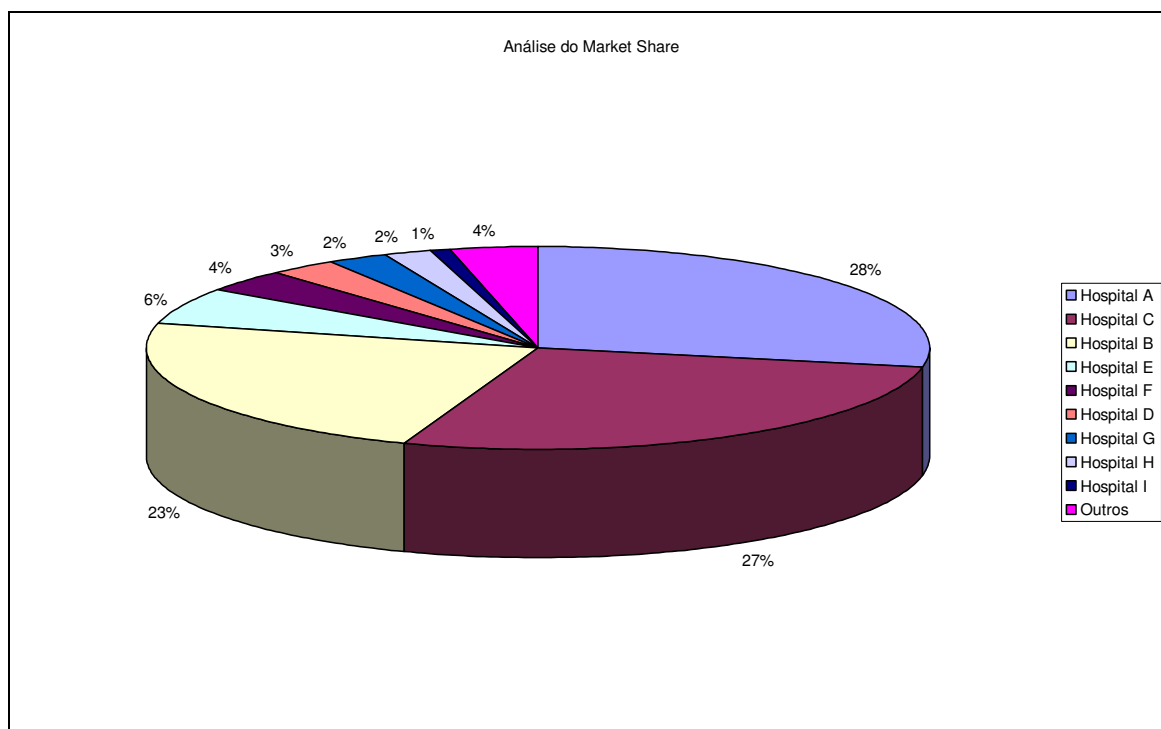
GRÁFICO 1 – Market Share

TABELA 7 - Market Share por Especialidade

Tipo de serviço	Descrição dos Clientes-usuários	Quantidade de Cliente-médico	% Market Share por especialidade
1-Ginecologia/ Obstetrícia	Mulheres na idade fértil de classe média e classe média alta	24	8,92%
Cirurgia vascular	Mulheres e homens adultos e idosos de classe média e classe média alta	8	51,73%
Cirurgia plástica	Pacientes de ambos os sexos em todas as faixas etárias de classe média e classe média alta	8	4,87%
Cirurgia oftalmológica	Pacientes em todas as faixas etárias de classe média e classe média alta	20	32,94%
Cirurgia otorrinolaringológica	Pacientes em todas as faixas etárias de classe média e classe média alta	8	13,95%

Fonte: Organizada pelos autores, 2007.

4.4 Análise dos Pagadores (Planos de Saúde)

Os pagadores da indústria hospitalar privada são as operadoras de planos de saúde, o SUS, os pacientes e o sistema filantrópico organizadas na Tabela 8.

TABELA 8 – Pagador x Percentual de receita

Fornecedor	Percentual de receita (%)
Operadoras de planos de saúde privados	76,4%
SUS	15,7%
Pacientes	7,1%
Sistema filantrópico	0.8%

Fonte: Revista Saúde Business

Como se observa na tabela acima, o percentual de participação das operadoras de planos de saúde na oferta total é altamente significativo, representando 76,4% da receita total das instituições hospitalares privadas no Brasil, portanto, tem um poder de barganha muito grande como força competitiva. No caso do Hospital HMA, os pagadores distribuem-se, como na tabela abaixo.

TABELA 9 - Pagadores de serviços hospitalares e percentual de receita (HMA).

Fornecedor	Percentual de receita
UNIMED	60%
PARTICULAR	38%
CASSI	1%
CABESP	1%

Fonte: Pesquisa dos autores (2007).

A UNIMED (Tabela 9) representa um percentual importante como pagador de serviços de assistência médica para o hospital em questão. Junto com as demais operadoras representam 62% da receita do hospital.

4.5 Análise dos Influenciadores e Decisores

O papel do médico é de grande importância como influenciador da compra dos serviços hospitalares. Influenciador e decisor, porque o usuário final é conduzido pelo médico ao hospital que ele acha “melhor” ou àquele que oferece melhores recursos técnicos para o seu paciente, sendo portanto, um intermediário entre o plano de saúde, o paciente e o hospital.

4.6 Fornecedores de Materiais, Medicamentos e Equipamentos Hospitalares

Os setores que representam o grupo de fornecedores, incluem as indústrias de medicamentos, de equipamentos médicos, de mobiliário, de materiais de consumo, descartáveis, higiene, limpeza e de sistemas de informação.

Não há problemas relacionados aos fornecedores descritos acima, bastando ter disponibilidade econômica e financeira para contar com todos os insumos necessários para a prestação dos serviços hospitalares.

5 PLANO DE MARKETING

5.1 Produtos e Serviços

Os serviços oferecidos pelo hospital HMA são: cirurgia vascular, cirurgia plástica, cirurgia ginecológica e obstétrica, cirurgia oftalmológica e cirurgia otorrinolaringológica, pequenas cirurgias e exames invasivos. O objetivo é oferecer estes serviços de forma diferenciada de forma notória ao cliente. O hospital é de pequeno porte e busca se diferenciar pela qualidade, ausência de infecção hospitalar e nível de atendimento.

5.2 Preços

Os preços dos serviços para os beneficiários dos planos médicos são estabelecidos pelas operadoras. Para pacientes particulares o preço é estabelecido pelo mercado.

5.3 Distribuição

No caso dos hospitais, os clientes não procuram diretamente o estabelecimento hospitalar, são encaminhados pelos médicos, e estes os encaminham aos hospitais, portanto, os médicos são influenciadores dos clientes. Cabe ao hospital estabelecer uma estratégia de marketing, junto ao seu público alvo, médicos e clientes finais de forma diferenciada, pois, cada um exige um canal de comunicação de marketing apropriado.

5.4 Promoção, Publicidade e Propaganda

O objetivo de comunicação de marketing depende do público alvo que se quer atingir e, do posicionamento estratégico da empresa. A partir disso, escolhe-se o canal de comunicação adequado, para fazer chegar à mensagem ao cliente.

Os serviços que o hospital HMA pretende comunicar ao público alvo são, específicos e bem definidos, entretanto, a comunicação de marketing, deve

buscar os influenciadores de compra dos clientes finais, que são os médicos. A ferramenta de comunicação para esse público, devem ser as seguintes:

Reuniões com grupo de médicos das especialidades alvo, como, jantares, visitas agendadas ao hospital, mala direta, patrocínio de eventos médicos das especialidades afins. Nestas reuniões procura se além de estreitar o relacionamento com os médicos, detectar as suas necessidades técnicas para melhor executar suas atividades e melhorar a sua percepção em relação a instituição, como uma identidade sempre preocupada em oferecer para o profissional medico, os melhores meios para o exercício seguro da sua atividade profissional. Patrocinar eventos médicos relacionadas aos produtos/serviços do hospital, portanto às especialidade do publico alvo. Estes eventos buscam fazer com que o cliente medico perceba com que o hospital está efetivamente procurando se diferenciar no atendimento destas especialidades e ser reconhecido por isso pelo seu publico alvo.

Outro ponto importante no diz respeito aos médicos cirurgiões, é a marcação dos horários dos procedimentos cirúrgicos. Este ponto deve der tratado de forma muito especial, pois, os médicos cirurgiões, tem a preferência de realizar as cirurgias no período da manhã. O hospital deve treinar um profissional para desempenhar esta tarefa e, não deixar que todas as enfermeiras do Centro Cirúrgico sejam encarregadas para fazer isso, assim dilui se a responsabilidade na execução de uma tarefa nevrálgica.

Quanto aos clientes finais, os pacientes, devem ser abordados de acordo com a especialidade(segmento): Parra os pacientes obstétricos, agendar reuniões mensais com o obstetra e com o pediatra, para palestras com as parturientes do mês. Estas reuniões devem ser realizadas nas dependências do

hospital e, durante as quais deve se mostrar o hospital e enfatizar os seus pontos fortes e, claro redimir todas as duvidas sobre as suas necessidades. Com estes encontros busca se aproximar o paciente do seu medico e da instituição, o medico perceberá o nível da preocupação do hospital com a qualidade do atendimento em serviços e, o paciente perceberá alem da preocupação o a qualidade, se sentirá envolvido de forma aconchegante com ambiente no qual se submeterá a um importante procedimento medico cirúrgico. Para os pacientes potenciais da cirurgia plástica, mala direta , oferecendo a possibilidade de plano de pagamento antecipado, tipo consorcio. Quanto a estes, procurar sempre ressaltar um ponto forte que a ausência de infecção hospitalar, o paciente que quer fazer cirurgia plástica jamais pensa em infecção, pois coloca o sucesso da sua cirurgia em risco.

Uma propaganda institucional, enfatizando o posicionamento do hospital como uma empresa preocupada em oferecer, serviços de excelência nos produtos que possui.

O hospital como instituição pública, deve utilizar uma ferramenta de comunicação com seu público alvo, médicos e usuários finais e com a população em geral, o serviço de relações publicas, que deve ser exercido, por algum diretor do hospital ou por um profissional especialista no assunto, para divulgar o hospital nas oportunidades que surgirem ou mesmo procurar expor o hospital através de ação pro ativa do/a relações publicas, por exemplo, divulgar junto á população a compra de um novo equipamento, a realização de uma nova melhoria, a divulgação de uma manifestação favorável de um paciente bem atendido no hospital. Os diretores devem ser pro ativos, (relações publicas), se expondo

publicamente em todos os eventos médicos e sociais possíveis, para divulgar a instituição.

5.5 Análise SWOT

A análise SWOT, aborda os pontos fortes e os pontos fracos, as ameaças e as oportunidades, que se oferecem á instituição hospitalar em relação á concorrência. Para analisar os pontos fortes deve-se abordar:

- **Pontos fortes:**
 - Competência distintiva (que se distingue dos demais);
 - Recursos financeiros;
 - Recursos tecnológicos;
 - Recursos humanos;
 - Equipe administrativa;

Para analisar os pontos fracos deve se observar:

- **Pontos fracos:**
 - Direção estratégica;
 - Posição competitiva;
 - Instalações;
 - Lucratividade/ rentabilidade;
 - Competência e/ou experiência administrativa;
 - Problemas operacionais internos;
 - Vulnerabilidade a pressões da concorrência;
 - Tecnologia;
 - Linha de produtos e serviços;
 - Imagem da marca;
 - Marketing.

- **Oportunidades:**
 - Entrar em novos mercados?
 - Aumentar, reduzir ou mudar a linha de produtos?
 - Incluir produtos complementares?
 - Integração ou terceirização de setores?
- **Ameaças:**
 - É provável a entrada de novos entrantes?
 - Crescimento de mercado, lento?
 - Mudança rápida das necessidades dos compradores?
 - Política governamental para o setor?
 - Pressão competitiva crescente do concorrente?
 - Poder de barganha dos clientes e/ou fornecedores?

5.5.1 Modelo das Cinco Forças Competitivas de Michel Porter

TABELA 10 - Modelo de Porter para o setor da indústria hospitalar na Cidade de Presidente Prudente.

	BOM NEGÓCIO			MAU NEGÓCIO	
	5	4	3	2	1
1. Barreiras-entrada	BAIXA		○		ALTA
2-Rivalidade	BAIXA		○		ALTA
3. Prod/serv. Subst	POUCOS	○			MUITOS
4. Poder neg - fornec	VÁRIOS			○	SÓ UM
5-Poder neg -client	FORTE				FRACO

Fonte: Organizada pelos autores (2007).

As barreiras de entrada são relativas ao alto investimento em estrutura física, tecnologia para prestação dos serviços, reputação, escala. acesso á rede de distribuição(médicos) e ao credenciamento junto aos planos de saúde.

A concorrência, embora grande, não apresenta rivalidade evidente, apenas atuando na sua rede de relações.

Os produtos e serviços substitutos são numerosos e são representados pela Home Care e pequenas clínicas.

O poder de negociação com fornecedores é alto, pois existem vários dispostos a vender produtos e serviços, com exceção dos provedores e pagadores dos serviços, que pressionam para diminuir os custos hospitalares.

O poder de negociação com clientes finais e influenciadores é baixo, pela existência de muitos concorrentes oferecendo os mesmos serviços.

Em relação às barreiras de saída, o mercado não compraria as instalações pelo preço que elas valem, causando assim um grande prejuízo, neste hipótese, induzindo o investidor a não sair do negócio, mesmo com prejuízo.

5.6 Diagnóstico

Feitas as análises SWOT e a competitividade no setor, faz-se o diagnóstico estratégico da empresa em função do seu mercado, abordando os seguintes aspectos:

- Tamanho e crescimento do mercado;
- Participação de mercado;
- Desejos e necessidades do cliente;
- Fatores chave para o sucesso;
- Vulnerabilidades;
- Vantagens e desvantagens competitivas;
- Oportunidades;
- Ameaças, e, outros.

5.7 Cenário para o Setor da Indústria Hospitalar (Análise PETS):

1. Ambiente político legal:

É composto por leis, órgãos governamentais e grupos da sociedade que influenciam e restringem o trabalho de marketing. Mudanças constantes na legislação , regulamentação dos planos de saúde , podem influir nas atividades do setor,sendo tanto oportunidade como ameaça.

2. Ambiente econômico(renda per capita):

A inflação baixa, o real sobre valorizado diante das demais moedas, a globalização dos mercados, aumento da massa salarial, aumento da renda per capita , influenciam de maneira positiva a renovação tecnológica e, a busca pela população de melhores condições de atendimento médico, o que uma oportunidade para o setor como um todo

3. Ambiente tecnológico:

O crescimento da tecnologia, nos últimos 100 anos, é o maior observado em toda a história da humanidade.A aceleração das mudanças tecnológicas traz o risco de sejam antecipadas pelos concorrentes. Isto implica a necessidade de atualização constante.

4. Ambiente social (demográfico):

- A população urbana em 2001 representa 83,9% do total;
- Maior número de mulheres: a proporção é de 94,9 homens para cada 100 mulheres;
- Expectativa de vida: as mulheres, em média, até 72,8 anos, e os homens até 65 anos de idade;
- Envelhecimento da população: a proporção de pessoas de 60 anos ou mais passou, em 1992, de 7,9% para 9,1%, em 2001, e estima-se que , em 2030, chegue a 16%;

- Redução de fecundidade e natalidade: de 1992 a 2001, a taxa caiu de 2,7 filhos por mulher . Em 1992, houve 23 nascimentos por 1000 habitantes, em 2001 20,9.
- Queda de mortalidade: em 1992, a razão era de 7,5 óbitos para cada 1000 habitantes. Em 2000, foi de 6,9 óbitos para cada 1000 habitantes.
- Queda da mortalidade infantil: a participação de óbitos de menores de 1 ano de idade no total de óbitos registrados caiu de 9,7%, em 1992 para 5% em 2001.

5.8 Formulação de Estratégias de Marketing

- **Estratégia de “ *Day hospital*”** - Consiste em oferecer a ocupação hospitalar para procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade e que necessitem de pouca permanência no hospital (um dia). Diante das tendências da indústria hospitalar no Brasil e no mundo, de pouca permanência do paciente no hospital, pois, expõe se menos á possibilidade de infecção. E, das características do hospital HMA, pequeno porte, poucos recursos tecnológicos, necessidade de giro para maximizar os recursos existentes, otimiza a utilização do Centro Cirúrgico e, a satisfação do publico alvo que se pretende atender, a estratégia do day hospital é a mais adequada para ser implantada no presente caso.
- **Gastronomia hospitalar** - Moderna gastronomia (variedade, qualidade e apresentação), Para os pacientes e seus acompanhantes.
- **Exames externos** - Atrair os médicos que têm equipamentos para a realização de exames e, que necessitam do ambiente hospitalar para executá-los.
- **Imagem, marca** - Investir em imagem do hospital, externa e interna.
- **Tecnologia básica** - Mobiliário moderno que transmite para o cliente paciente a preocupação da instituição com a modernidade, em comparação com a concorrência.

- **Compartilhar recursos com os concorrentes**, para equipamentos e recursos com ociosidade para ambos: como nos setores de lavanderia, Tecnologia por imagem, tecnologia de informação, treinamento de RH
- **Compras estratégicas** - Reduz custos administrativos e reduz compras pontuais, geralmente mais caras, pois são feitas fora de contratos.

5.9 Plano de Comunicação Empresa/ Mercado

5.9.1 Produtos/Serviços

Atendimento hospitalar nas seguintes especialidades: Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Plástica, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

5.9.2 Análise Situacional

1. **Análise do Ambiente:** O ambiente econômico regional está estável, indicando porém um pequeno crescimento na procura de serviços médicos especializados. O crescimento demográfico apenas repõe a população , com um crescimento vegetativo.
2. **Análise do Mercado:** O mercado de serviços hospitalares tem muitos concorrentes, com a sua capacidade de atendimento suprida,
3. **Análise da Demanda:** O consumidor final, ou seja os pacientes são influenciados pelos médicos das especialidades citadas , que representam os formadores de opinião quanto à escolha dos hospitais em que seriam realizadas as cirurgias. Quem inicia a compra dos serviços são os médicos e que pagas são os planos de saúde. Os consumidores finais são da cidade, da região e dos estados vizinhos.

5.9.3 Análise da Concorrência

FIGURA 3 – Perfil Competitivo



O perfil competitivo é desenhado a partir dos atributos do hospital em estudo relativamente aos seus concorrentes imediatos e, sempre do ponto de vista do cliente. Identifica-se os atributos (fatores de competitividade), avalia-se estes fatores, atribuindo-lhes notas, de acordo com a sua importância competitiva, do menos para o mais importante. Sempre de forma relativa aos seus concorrentes.

O perfil competitivo sintetiza a posição competitiva do hospital em determinado momento. O hospital terá vantagem competitiva nos atributos que apresentar avaliação mais alta (nota) superior a todos os demais concorrentes e, de forma inversa, terá desvantagem competitiva na avaliação inferior aos seus competidores.

Ao observarmos o perfil competitivo do hospital HMA, observamos que a sua melhor avaliação foi nos atributos: A localização e o controle de infecções hospitalares, fatores estes de média e grande importância do ponto de vista do cliente. Estacionamento, corpo clínico e propaganda, atributos de baixa importância do ponto de vista do cliente, o hospital recebeu avaliação mediana. A pior avaliação foi para o atributo instalação, de importância mediana para o cliente.

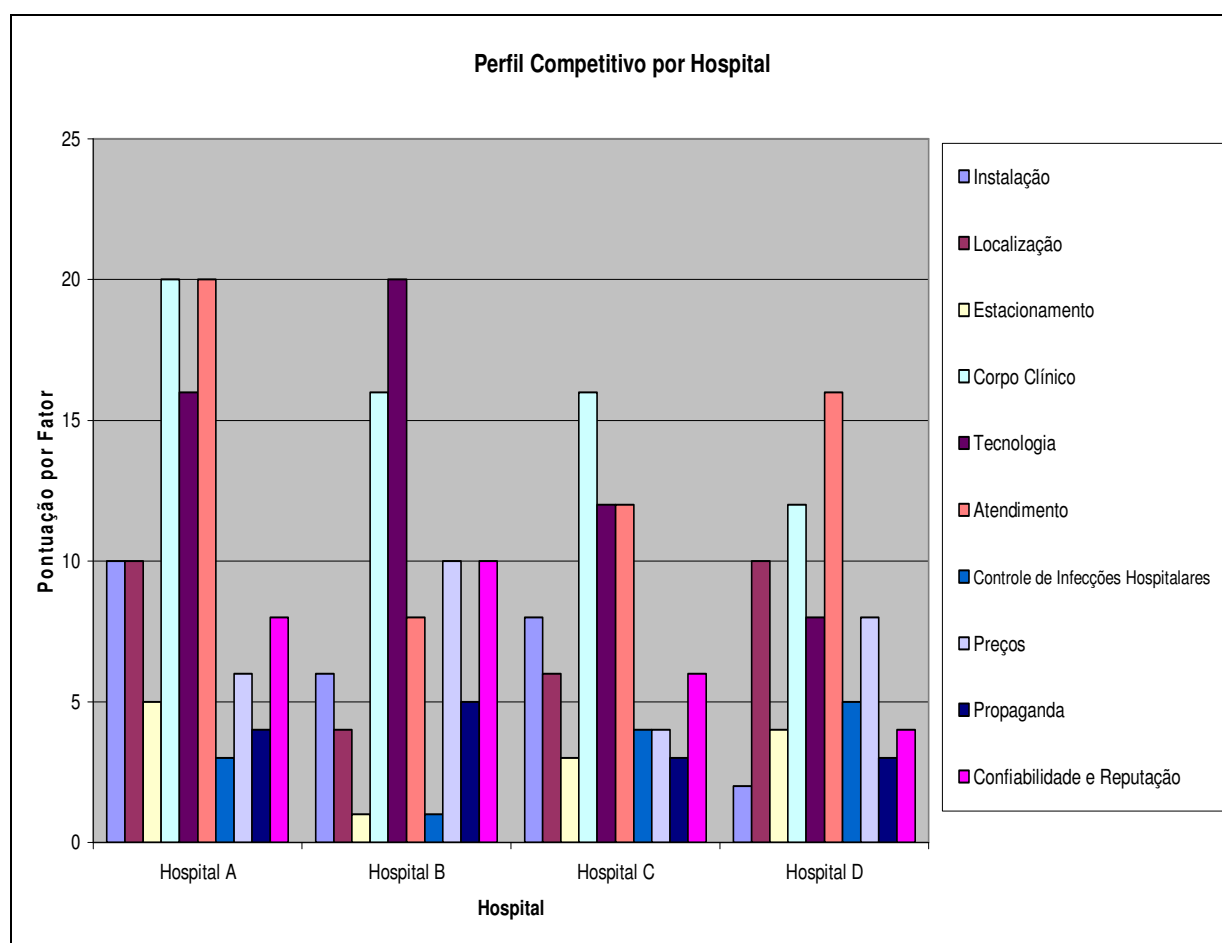
Uma vez feito o perfil competitivo do hospital HMA, observamos, que tem apenas um único atributo que pode ser classificado como vantagem competitiva, a sua avaliação é superior aos demais concorrentes. Quanto à sua pior avaliação (instalação), não chega a ser considerada como desvantagem competitiva, pois é de importância mediana para o cliente.

Quanto à avaliação quantitativa, peso x importância de cada fator, o hospital ficou com a quarta posição em relação aos seus competidores imediatos.

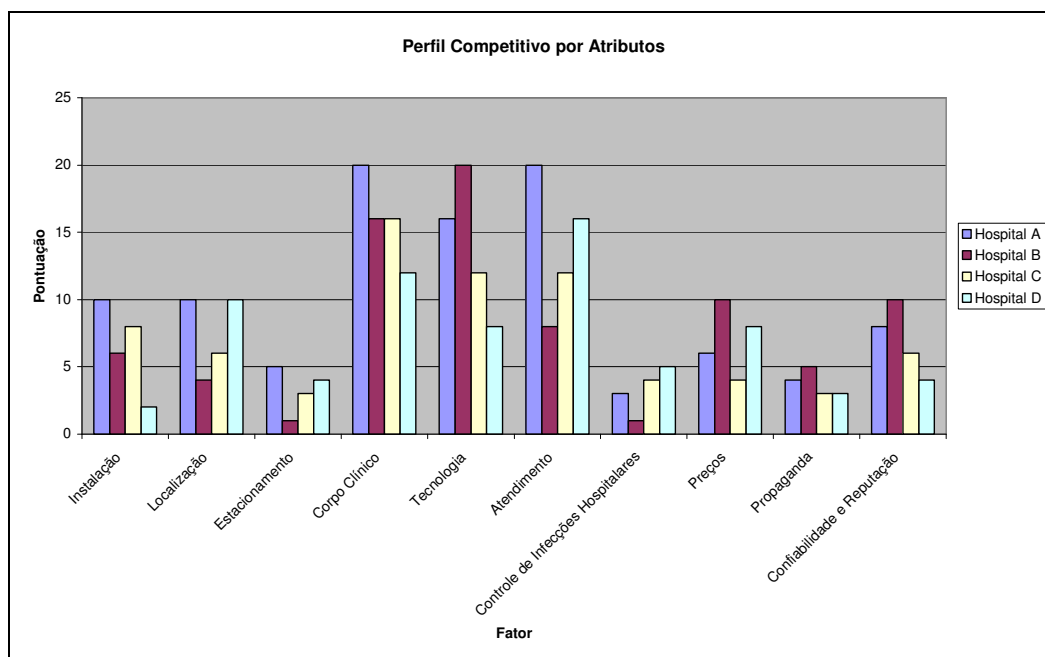
A importância desta análise, tem por finalidade substanciar os gestores do hospital, a buscar ferramentas capazes de transformar os atributos de média avaliação e, transformá-los em de alta avaliação para o cliente. Explorar a vantagem competitiva de forma adequada capaz de aumentar a rentabilidade da empresa. Buscar a melhor capacitação nos atributos considerados pelo cliente como de alta importância: Tecnologia, corpo clínico e atendimento ao cliente.

Este perfil foi desenhado e descrito no momento do estudo do hospital, não deve ser visto de forma estática, pois nem a empresa em estudo nem os seus competidores estão parados, pois a indústria é dinâmica, deve ser acompanhada em todos os seus movimentos, tanto interna como externamente, porque o setor tem muitos variáveis que fogem do seu controle, por exemplo, a influência governamental. Hospital D (HMA).

GRÁFICO 2 – Perfil Competitivo por Hospital



Fonte: Organizado pelos autores,(2007)

GRÁFICO 3 – Perfil Competitivo por Atributos

Fonte: Organizado pelos autores,(2007).

5.9.4 Posicionamento

1. **Posição que a empresa e serviços tem no mercado:** é conhecido pelos clientes médicos, mas não pelos clientes finais.
2. **Posição que a empresas quer ter.** O hospital que ser conhecido como um prestador de serviços de nível excelente e giro rápido, com procedimento de baixa e média complexidade

5.9.5 Objetivo de marketing

Aumentar o market share dos serviços e com isto aumentar o faturamento

5.9.6 Objetivo de comunicação

Reposicionar o hospital frente aos decisores, consumidores usuários e influenciadores da decisão de uso.

5.9.7 Definição de estratégias de campanha

- Estratégia de informação;
- Estratégia de posicionamento.

5.10 Comunicação de marketing

1. Qual é o público alvo ?

- a. Clientes médicos;
- b. Clientes usuários finais.

2. Qual é o objetivo de marketing?

- a. Comunicar os clientes e clientes potenciais do posicionamento do hospital;
- b. Fazer com que os clientes médicos e usuários dos serviços medico hospitalares conheçam o hospital;
- c. Atrair novos clientes;
- d. Estreitar o relacionamento com os clientes médicos .
- e. Conhecimento da marca
- f. Reter e fidelizar clientes
- g. Realizar serviços de pos venda..

3. Quais os canais de comunicação mais adequados para atingir estes objetivos?

- **Para os clientes usuários finais** de cada uma das especialidades nas quais o hospital quer ser reconhecido :
 - Mídia de massa : Jornal, Outdoor.
 - Mídia especializada: Eventos médicos com interesse para a comunidade em geral nas áreas de atuação do hospital;
 - Home page: Tem por finalidade fortalecer a marca e, comunicar se com o cliente de forma interativa, disponibilizar para o cliente informações sobre saúde em

geral e especificamente dos serviços foco oferecidos pelo hospital, campanhas de saúde pública de interesse geral (Dengue, por exemplo) para associar á imagem do hospital a responsabilidade social.

- Eventos 1: Eventos para a comunidade em geral sobre temas relacionados a saúde.
- E-Mail : Comunicação com o cliente para periodicamente lembra-lo da marca e, informa-lo sobre eventos programados e novos serviços lançados pelo hospital.
- **Para os clientes médicos:** Nas áreas foco do hospital.
 - Marketing direto: Mala direta
 - Marketing de relacionamento: Reuniões com grupos de médicos das especialidades foco; Oferecer para os médicos a possibilidades de seus clientes fazerem uma visita às instalações do hospital antes do procedimento cirúrgico, com busca se reduzir a ansiedade do paciente e familiarizá-lo com o pessoal que irá atendê-lo.
 - Relações públicas e assessoria de imprensa: Contratar um profissional especializado ou os próprios sócios proprietários do hospital manter presença em todos eventos sociais médicos e não médicos da cidade para que a sua presença seja associada á marca do hospital.
 - Evento 2 : Associado ao evento1, porem dirigido ao cliente medico.
 - E- Mail : Para comunicar o cliente medico sobre aquisição de novos equipamentos, para informa-lo dos eventos programados

5.10.1 Material que pode ser utilizado:

- Banners, Folders e Faixas.

5.10.2 Banco de dados para a execução do marketing direto

QUADRO 3 – Lista dos potenciais cliente – médicos do HMA

Especialidade	Nome	Especialidade	Nome
Cirurgia Plástica	Armando de Domenico Jr	Otorrinolaringologia	Edson Idagawa
	Denis Calazans Loma		Francisco Frutuoso Sobrinho
	Eduardo Perseu de Paiva		Gabriel Bento Junqueira
	Fabio Luiz Bongiovani		Geraldo Cesar Alves
	Flavio Chaves Fernandes		Solange Balbo
	Paulo Eduardo de Domenico		Sydney Balbo
	Wilson Rondo		Marco Antonio Ferreira Leite
	Denis Medina		Josue de Godoy
Cirurgia Vascular	Alvaro alberto A. Fernandes	Ginecologia e Obst.	
	Fernando Jose Fortunato		Odivaldo Ferruzzi
	Jose Adavio Rocha		Roberto Tiezzi
	Jose Dias Junior		Wilson Jcoud
	Mario Vioti Campos		Luciano Jacoud
	Ricardo Martucci		Fernando Barreiro
	Shiroyuki Makino		Ademar Anzai
	Venceslau Balizardo		Alexandra Carvalho Fernandes
	Carlos Maturana		
Oftalmologia	Andre Costa Porto		Carlos Massao
	Carlos Bonini Junior		Demerval B. De Carvalho
	Carlos Renne Guilliod		Edgard G. Guimaraes
	Dino De Aguiar Cintra		Edvar da Costa Galvão
	Edmilson Gigante		Edvar da Costa Galvão Filho
	Edson Rikio Fudo		Elvira
	Francisco Souza Alves		Joao Ricardo Arenales
	Geraldo Takashi Yoshiyaso		Jose Roberto Madrucci
	Glauco Antonio Rosa Cintra		Luis Francisco Milam Lise
	Jose de Sousa Peretti		Maria Nozawa
	Jose Barbosa Liborio		Mary Martins Nery
	Lindomar Claro Cintra		Nereu Oguido
	Mario Massuda		Perola Regina Rodrigues
	Michel Salem		Roberta de Domenico
	Moises Augusto Gomes		Waltuir Jose dos Reis
	Neusa Hatsue Alves		Yoshino Aybe Gomes
	Omar Abou Murad		
	Paulo Amaya		
Pauo Ronaldo Ikuno			
Ronaldo Gazola			

Fonte: Unimed de Presidente Prudente e, Unoeste Saúde (2007).

6 PLANO ESTRATÉGICO OPERACIONAL

Conforme análises anteriores, propomos um plano estratégico mais agressivo, destinado a aumentar o market share do hospital nas especialidades descritas sob de duas abordagens:

- **Aumentar o *market share* retirando margem da concorrência** através de um Plano de Comunicação descrito no capítulo 5, comunicando ao público interno e externo os atributos perceptíveis de qualidade de serviços hospitalares;
- **Aumentar o *market share* através do aumento da demanda** causado por fatos novos que impactem a procura por serviços, por exemplo, a mudança do principal hospital da região para hospital público (hospital de base), alterando toda a estrutura de serviços hospitalares da região. Isto significa estar atento á oportunidade de mercado e aproveitá-las no momento oportuno.

Esta estratégia, que é uma combinação de estratégias, que pode ser chamada de “Estratégia pela Preferência dos Clientes e “Estratégia de Nicho”. Para a operacionalização a curto, médio e longo prazos foram organizadas as ações estratégicas (Tabela 11).

TABELA 11 – Cronograma de Operacionalização

Ferramenta	MESES										
	Janeiro	Fevereiro	Março	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Outdoor	Outdoor		Outdoor		Outdoor		Outdoor		Outdoor		Outdoor
Jornal	Jornal	Jornal			Jornal	Jornal		Jornal	Jornal		
Evento1 ¹			Evento 1					Evento 1			
Evento2 ²				Evento2						Evento2	
Mala Direta	Mala direta				Mala direta				Mala direta		
Rel.Pública.	Rel.Pública.	Rel.Pública.	Rel.Pública.	Rel.Pública.	Rel.Pública.	Rel.Pública.	Rel.Pública.	Rel.Pública.	Rel.Pública.	Rel.Pública.	Rel.Pública.
MKT/Relac	MKT/Rel.	MKT/Rel.	MKT/Rel.	MKT/Rel.	MKT/Rel.	MKT/Rel.	MKT/Rel.	MKT/Rel.	MKT/Rel.	MKT/Rel.	MKT/Rel.
Home Page	Home Page	Home Page	Home Page	Home Page	Home Page	Home Page	Home Page	Home Page	Home Page	Home Page	Home Page

Fonte: Organizada pelos autores, 2007.

(1) Comunicação de marketing com os clientes usuários finais.

(2) Comunicação com os clientes médicos.

TABELA 12 - Custos da Comunicação de Marketing

Ferramenta	Num.Inserções	Despesa/unid.	Total por ferram.
Outdoor	6	R\$ 512,29	R\$ 3.586,03
Jornal	permanente		
Evento1	2	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
Evento2	2	R\$ -	R\$ -
Mala direta	1000	R\$ 510,00	R\$ 510,00
Rel. publicas	permanente	R\$ -	R\$ -
MKT/Relac.	permanente		R\$ -
Home Page	permanente	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00
Banner	3	R\$ 120,00	R\$ 360,00
Folder	1000	R\$ 460,00	R\$ 460,00
Total			R\$ 9.416,03

Fonte: Organizada pelos autores

6.1 Estratégia e Implementação

Feita a análise interna da empresa e a externa do ambiente da indústria hospitalar e do hospital HMA em particular, fez-se o diagnóstico estratégico do hospital e, a partir deste foi elaborada uma proposta de estratégia, o qual é capaz de criar uma alavancagem e otimizar os recursos existentes, proporcionando uma base futura para uma estratégia de crescimento sustentável.

- **ESTRATÉGIA** : Uma mudança ambiental externa de grande importância e, que trará novas ameaças e oportunidades para os partícipes da cadeia produtiva da indústria hospitalar na cidade de Presidente Prudente e região, é a criação do hospital de base na nossa cidade, no curtíssimo prazo, obrigando todos os componentes da cadeia produtiva do setor saúde a se reposicionar estrategicamente diante do novo cenário que se coloca. Uma parcela significativa dos ofertadores (influenciadores) médicos buscara encaminhar os seus clientes aos demais hospitais da cidade, sendo, portanto, uma oportunidade para conquistar a sua preferência. A partir das análises feitas anteriormente, optou-se por criar um posicionamento estratégico, coerente com o diagnóstico organizacional elaborado: Um hospital de pequeno porte, com recursos tecnológicos limitados, que tem escopo amplo de

serviços oferecidos e, uma estreita forma na execução destes. O hospital HMA, não tem a capacidade de oferecer todos os serviços de excelência, pois o seu porte não permite ganho de escala e experiência em todos os serviços oferecidos, portanto, deve concentrar todos os seus recursos nos serviços que melhor faz, tornando se referencia em excelência no que oferece aos seus clientes. A estratégia que a nosso ver, melhor otimiza os seus recursos e ao mesmo tempo proporcionara uma alavancagem futura de crescimento, é a **estratégia de especialização (foco)** associada à **estratégia de preferência pelo cliente**, oferecendo serviços especializados de excelência em segmento determinado de serviços e, com isso conquistar a sua preferência.

- A estratégia consiste em: reduzir a oferta de serviços, de forma ampla (amplitude) para um espectro de menor, ou seja, oferecer os serviços onde se atua melhor, o que permite ganhar escala e experiência, reduzindo custos, aumentando margens e, entregando valor ao cliente.
- **IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA** -A implementação da estratégia consiste na consecução de recursos humanos. Materiais, tecnológicos (TI e outros) e financeiros através de um plano de ação para a sua viabilização.
- **CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO** - Para a implementação da estratégia, necessita se dos seguintes recursos:
 - **Recursos humanos**: Recrutamentos, seleção, socialização treinamento, remuneração e motivação.
 - **Recursos tecnológicos**: Para viabilizar as melhorias de processos, avaliação e controle necessitam se dados adequadamente coletados e organizados, para que deles possa se extrair informações precisas que serão a base da tomada de decisões pela administração e para tornar

as operações consoantes com a estratégia que se pretende implantar (sistemas de apoio à decisão e sistemas para a viabilização das operações).

- **Marketing**: Para viabilizar as ações estratégicas, o marketing através de suas ferramentas (preço, produto, distribuição e comunicação).
- **Pesquisa e desenvolvimento**: Implantar sistema de organização, coleta e análise de dados, assim como relatórios para subsidiar a administração de ferramentas para a tomada de decisão.
- **Recursos financeiros**: Para viabilizar todas as atividades e processos acima descritos.

6.2 Modelo Estratégico

Com base na análise organizacional interna (SWOT), análise setorial (modelo de Porter), análise ambiental externa (análise PETS), estudo da estrutura e cultura organizacionais, perfil competitivo da empresa e no cenário setorial da indústria hospitalar, fez-se a seguinte proposição estratégica para a empresa:

Propõe-se, que a estratégia seja implementada em dois tempos: Estratégia de curto prazo e estratégia de médio e longo prazo.

1. Estratégia de curto prazo a ser implementada no prazo de um ano. A partir do novo posicionamento proposto para o hospital, ou seja, a definição da gama de serviços que irá oferecer e definir o caminho para a verdadeira excelência nesses serviços. Segundo Porter no seu livro Repensando a saúde, oferecer todos os tipos de serviços, é não ter nenhuma estratégia, portanto deve-se concentrar o porto folio para adquirir maior experiência e aprendizagem, equipar-se melhor para atender melhor e obter resultados excelentes (melhor resolutividade), o que acaba reduzindo custos e aumentando margens.

2. A partir desta proposta, confrontamos a capacidade operacional do Centro Cirúrgico do hospital com a capacidade operacional do hospital, o resultado foi que mesmo que o Centro Cirúrgico trabalhe com a sua capacidade plena possível, ou seja, 288 cirurgias mês (considerando, duas cirurgias por sala por período, de segunda a sexta e aos sábados pela manhã). Com esta utilização do Centro Cirúrgico, a ocupação do hospital atingirá 432 leitos dia e , portanto, haverá uma capacidade ociosa de hospital de 30%. A situação atual é seguinte: O Centro Cirúrgico tem uma produção mensal de 170 cirurgias, portanto uma ociosidade de 118 procedimentos cirúrgicos, que representa uma ociosidade de 41% e, ocupando 255 leitos dia. Com esta ocupação do Centro Cirúrgico, a ociosidade do hospital é de 59%. Com estes dados, propõe se que no curto prazo, substituir os procedimentos que não compõe o foco do hospital e, que menos contribuem para a empresa, por serviços mais lucrativos dentro da estratégia e, do novo posicionamento. Com isso reduz se a ociosidade do hospital e otimiza se a utilização do Centro Cirúrgico, diluindo os pesados custos fixos que minam a lucratividade da empresa. Para isso, é necessária uma nova estrutura e, uma nova cultura organizacionais, com foco, que as torna consoante com a missão, visão, crenças e valores dos sócios e da equipe dirigente do hospital.

3. Estratégia de médio e longo prazo:

Uma vez exaurida a capacidade operacional do Centro Cirúrgico, inicialmente com a política de substituição de serviços amplos por serviços foco do novo posicionamento. Planejar uma nova fase de investimentos, que inicialmente deve passar pelo Centro Cirúrgico, com a finalidade de acabar com a ociosidade dos leitos do hospital, pois esta se encontra subutilizada. Uma semi UTI neonatal para dar suporte ao aumento da demanda da especialidade Obstetrícia.

Para viabilizar a estratégia proposta, mudanças funcionais devem ser implementadas simultaneamente: Eficiência operacional se faz necessária, o que

requer investimento em pessoas, tecnologia de informação e uma equipe de gestão comprometida e eficaz.

7 ANÁLISE FINANCEIRA

7.1 Composição dos Custos e Despesas com base no ABC

O ABC é o custeio (método de trabalhar custos) por atividades, ou seja, é o Custeio Baseado em Atividades, definido por Ramiro (200..., p.41) como:

[...]uma ferramenta que se presta à análise estratégica dos custos e proporciona uma visão de negócios, processos e atividades que são vitais para a competitividade das empresas, porque demonstra onde os recursos estão sendo consumidos e, dessa forma, o que se pode fazer para otimizar este consumo e obter o maior retorno possível desta utilização.

Um dos grandes méritos do custeio ABC, é a identificação de atividades que agregam ou não valor ao produto ou serviço. As atividades que agregam valor são aquelas que absorvem recursos transformando-se em produtos e serviços compatíveis com as necessidades do consumidor. Por outro lado, as atividades que não agregam valor podem ser eliminadas, sem que haja alteração dos atributos do produto ou serviço. Esse processo de análise das atividades contribui para visualizar as origens dos custos e pode servir de ferramenta para a tomada de decisões pelos gestores para a redução dos custos.

O método de custeio adotado define quais os custos que devem fazer parte do custeio dos produtos e de que forma estes custos serão apropriados. Portanto, cada método adotado produzirá informações diferenciadas. É importante que, ao escolher um método, sejam considerados os objetivos a serem alcançados, a estrutura organizacional e as características operacionais da empresa.

Como deve ser feito o custeio dos produtos é uma decisão baseada no método de custeio a ser adotado pela empresa. Enquanto o sistema de acumulação de custos está atado ao ciclo operacional e ao processo produtivo, o método de custeio depende muito da visão conceitual que a empresa tem sobre o método ideal de custeamento dos produtos. Assim, se a administração da empresa entende que só os custos diretos devem compor o custos dos produtos, este será o método adotado. O mesmo raciocínio far-se-á com os demais métodos de custeamento." (PADOVEZE,2000, p.226).

Ao realizar-se a pesquisa de campo desse Plano de Negócio verificou-se que o método de custeio mais apropriado para trabalhar com os custos e despesas existentes dentro do hospital seria através dos recursos metodológicos do ABC.

Pois o hospital visto como um sistema e, esse definido como um complexo de elemento em interação, um conjunto de elementos interdependentes que interagem formando um todo unitário e complexo. “Fundamentalmente, o funcionamento de um sistema configura-se a um processamento de recursos (entradas dos sistemas), obtendo-se, com esse processamento, a saídas ou produtos dos sistemas (entradas, processamentos, saídas)” (PADOVEZE, 2000, p.42).

Analogamente, o hospital como um sistema tem como entrada pessoas doentes, que submetidas a processos de diagnósticos e tratamento são transformadas em pessoas tratadas, que são as saídas dos sistemas. Num hospital, os recursos necessários para que o processo do sistema hospitalar possa ser executado, são: recursos humanos, recursos materiais, instalações e equipamentos e cursos financeiros e de informação.

Com essa observação pode-se encontrar a relação com a metodologia do Custeio Baseado em Atividades (ABC) a qual consiste na aplicação prática da constatação de que “as atividades consomem os recursos (materiais, humanos, financeiros, energéticos e informações) e, por sua vez, os serviços e/ou produtos (objetos de custeio) consomem as atividades.” (JUNIOR ROBLES; CRUZ, 1997, p.53).

Segundo Kaplan e Cooper (2000, p.99): “a primeira etapa para desenvolvimento de um método de Custeio ABC é identificar as atividades que estão sendo executadas com seus recursos indiretos e de apoio”.

A coleta de informações para a análise de atividades é feita pelas técnicas de observação direta, e registro dos tempos, questionários e entrevistas. Cada grupo de atividades pertence a um centro de custos. As atividades são agregadas para que o gestor possa identificar o custo total de execução de cada processo.

7.2 Trajetória da Pesquisa Financeira

Inicialmente, a pesquisa teve que detectar o “objeto de custo”. Por exemplo: uma cirurgia com duração de “x” minutos (objeto de custo). A intervenção cirúrgica é classificada como um processo médico-hospitalar que abrange um conjunto de atividades relacionadas entre si. Da admissão do paciente no hospital, ocorrências da intervenção cirúrgica e alta são exigidas diversas atividades e diversos sub-processos: ambulatório (consultas), internação, central de material esterilizado entre outros.

O Quadro 4 apresenta os processos e os sub-processos detectados pela pesquisa de campo.

QUADRO 4 – Processos e Sub-processos

Processos	Sub-processo
Médico hospitalar	a. Internação b. Cirurgias c. Exames externos
Suporte à Assistência Médica	a. Recepção b. Provisão de materiais e medicamentos c. Serviço de nutrição e dietética d. Lavagem de roupas e. Esterilização
Suporte administrativo e de manutenção	a. Limpeza b. Financeiro e contábil

Fonte: Organizado pelos autores (2007).

O Quadro 5 apresenta os departamentos, suas atividades e a correlação com suas atividades.

QUADRO 5 - Departamento e Atividades

Sub-processo	Departamento	Atividades	Direcionador
Internação	Apartamentos e Enfermaria	a. Assistência de enfermagem: medicação, curativo, asseio ao paciente e monitorar sinais vitais	Número de assistências
Cirurgias	Centro Cirúrgico e Sala de Pequenas Cirurgias	a. Intervenção cirúrgica	Tempo de cirurgia (período de cirurgia em horas x número de cirurgias)
Exames Externos	Sala de Exames Externos	a. Exame externo	Número de pacientes ¹
Recepção	Recepção	b. Admissão e encaminhamento do paciente c. Preenchimento de cadastro	Número de pacientes
Provisão de materiais e medicamentos	Farmácia	a. Identificação e entrega de materiais e medicamentos	Número de requisições de medicamentos
Serviço de nutrição e dietética	Cozinha	a. Elaboração e distribuição de dietas	Número de Pacientes
Lavagem de roupas	Lavanderia	a. Recolher, lavar, passar, selar e distribuir roupas	Número de pacientes
Esterilização	Centro de Esterilização	a. Recolher, esterilizar e distribuir materiais	Número de pacientes
Financeiro e contábil	Administração e Faturamento	a. Organização de contas, faturamento, contas a pagar e receber. Emissão de notas fiscais.	Número de pacientes

Fonte: Organizado pelos autores (2007).

O ABC difere dos demais métodos de custeio pela maneira como atribui custos aos produtos, ou seja, no sistema ABC o fundamental é a escolha dos direcionadores de custos.

¹ O direcionador numero de pacientes alocado aos subprocessos Exames Externos e Pequenas Cirurgias teve sua base constituída por meio de um redutor, considerado em custo uma necessidade para a equivalência dos pesos, ou seja, o direcionador pacientes para esses subprocessos deve significar um valor menor ao mesmo direcionador (pacientes) de outros subprocessos, tais como cirurgia vascular. Justifica-se pelo esforço no atendimento.

O direcionador de custo é um evento ou fator causal que influencia o nível e o desempenho de atividades e o consumo resultante de recursos.

Os Quadros 4 e 5 apresentam a seqüência da estruturação do ABC para o Plano de Negócio. Inicialmente, dividiu-se o hospital em processos e sub-processos (Quadro 4). Por meio desta divisão localizou-se os departamentos onde os sub-processos ocorrem, fez-se o diagnóstico das atividades e escolheram-se os direcionadores de custos (Quadro 5).

Após pesquisa, através de observação e entrevistas, para diagnosticar os sub-processos, departamentos, atividades e direcionadores, passou-se a trabalhar a relação dos direcionadores com o conjunto de serviços estruturados para este Plano de Negócio, relativos ao mês de Janeiro de 2007, conforme descrito na Tabela 13.

TABELA 13 - Direcionadores x Serviços prestados

Direcionador	Número de pacientes	Número de assistências	Tempo(h) de cirurgia	Número de requisições de medicamentos	Número de refeições
Vascular	64	512	83,2	116	512
Ginecologia/ Obstetrícia	23	184	25,07	42	184
Plástica	46	184	73,6	83	184
Oftalmologia	37	37	18,5	67	0
Exames Externos	5	5		9	0
Pequenas Cirurgias	30	30		54	0
Total	205	952	200,37	372	880

Fonte: Organizada pelos autores (2007).

A estruturação do número de direcionadores foi realizada da seguinte maneira:

- **Número de Pacientes:** Com base no registro do hospital, referente ao mês de janeiro de 2007, separados de acordo com o serviço realizado;
- **Número de Assistências:** Foi realizado um levantamento médio de quantas vezes a enfermeira visita o quarto para monitorar o paciente, considerando as prescrições médicas para cada serviço prestado (n° de pacientes x n° de assistência).

- **Tempo de Cirurgias:** Multiplicou-se o tempo médio de cada cirurgia pelo número de pacientes (nº de pacientes x horas de cada cirurgia).
- **Número de requisições de medicamentos:** Foi realizado o levantamento de quantas requisições foram realizadas e confrontadas com as prescrições médicas realizadas por paciente.

Com estas informações, a seqüência da pesquisa foi direcionada para alocação dos gastos aos departamentos, para depois transferi-los aos processos, até atingir as atividades.

Dessa forma, a Tabela 14 mostra o gasto direto total (custos e despesas) dos departamentos que foram alocadas as atividades (Tabela 15) todos obtidos com base nas informações contábeis existentes no hospital.

Ressalta-se que a folha de pagamento apresentada no Apêndice A foi re-elaborada para atender os Princípios e Normas Contábeis de acordo com a competência do exercício. Essa medida foi necessária para adaptar a folha de pagamento elaborada pelo Hospital HMA, que não contempla as provisões e encargos trabalhistas.

TABELA 14 – Custos Diretos dos Departamentos

Custos Diretos dos Departamentos	Recepção	Sala de Exames Externos	Sala de Pequenas Cirurgias	Apartamentos	Enfermaria	Posto de Enfermagem	Centro Cirúrgico	Esterilização
Área	30,00	16,00	9,00	182,25	35,75	6,75	203,25	60,75
Funcionários	2.545,33					29.830,89	8.898,14	
Custos e Despesas Indiretos								
Água	31,84	16,98	9,55	193,45	37,95	7,16	215,74	64,48
Energia Elétrica	172,98	92,26	51,89	1.050,86	206,14	38,92	1.171,95	350,29
Telefones	67,71	36,11	20,31	411,36	80,69	15,24	458,76	137,12
IPTU	-	-	-	-	-	-	-	-
Manutenção	30,36	16,19	9,11	184,41	36,17	6,83	205,66	61,47
Material de Escritório	36,27	19,35	10,88	220,36	43,23	8,16	245,76	73,45
Material de Limpeza	132,90	70,88	39,87	807,34	158,37	29,90	900,37	269,11
Outros	37,37	19,93	11,21	227,03	44,53	8,41	253,19	75,68
Depreciação	53,97	28,78	16,19	327,85	64,31	12,14	365,63	109,28
Total	3.108,73	300,48	169,02	3.422,67	671,39	29.957,65	12.715,20	1.140,89

Custos Diretos dos Departamentos	Berçário	Faturamento	Farmácia	Cozinha	Lavanderia	Limpeza	Administração	Total
Área	27,00	14,00	15,25	36,00	126,00		55,00	817,00
Funcionários		2.394,93	1.616,80		2.891,32	2.891,32	3.842,36	54.911,10
Custos e Despesas Indiretos								
Água	28,66	14,86	16,19	38,21	133,74	-	58,38	867,21
Energia Elétrica	155,68	80,72	87,93	207,58	726,52	-	317,13	4.710,85
Telefones	60,94	31,60	34,42	81,26	284,40	-	124,14	1.844,07
IPTU	-	-	-	-	-	-	-	-
Manutenção	27,32	14,17	15,43	36,43	127,50	-	55,65	826,70
Material de Escritório	32,65	16,93	18,44	43,53	152,35	-	66,50	987,86
Material de Limpeza	119,61	62,02	67,56	159,48	558,16	-	243,64	3.619,20
Outros	33,63	17,44	19,00	44,85	156,96	-	68,51	1.017,74
Depreciação	48,57	25,18	27,43	64,76	226,66	-	98,94	1.469,72
Total	507,06	2.657,85	1.903,20	676,08	5.257,62	2.891,32	4.875,27	70.254,44

Fonte: Organizada pelos autores,(2007)

TABELA 15 – Apropriação dos Custos Indiretos aos Serviços

Departamento	Serviços						
	Custo total	Vascular	Ginecologia/Obstetrícia	Plásticas	Oftalmologia	Exames Externos	Pequenas Cirurgias
Recepção	3.108,73	970,53	348,78	697,57	561,09	75,82	454,94
Sala de Exame Externo	300,48	-	-	-	-	300,48	-
Sala de Pequenas Cirurgias	169,02	-	-	-	-	-	169,02
Apartamentos	3.422,67	1.647,00	591,89	1.183,78	-	-	-
Enfermaria	671,39	323,07	116,10	232,21	-	-	-
Posto de Enfermagem	29.957,65	16.111,68	5.790,13	5.790,13	1.164,32	157,34	944,04
Centro Cirúrgico	12.715,20	5.279,75	1.590,91	4.670,55	1.173,98	-	-
Esterilização	1.140,89	356,18	128,00	256,00	205,92	27,83	166,96
Berçário	507,06	-	507,06	-	-	-	-
Faturamento	2.657,85	829,77	298,20	596,40	479,71	64,83	388,95
Farmácia	1.903,20	594,17	213,53	427,06	343,50	46,42	278,52
Cozinha	676,08	325,33	116,92	233,83	-	-	-
Lavanderia	5.257,62	1.641,40	589,88	1.179,76	948,94	128,23	769,41
Limpeza	2.891,32	902,66	324,39	648,78	521,85	70,52	423,12
Administração	4.875,27	1.522,04	546,98	1.093,96	879,93	118,91	713,45
Total	70.254,44	30.503,59	11.162,78	17.010,05	6.279,23	990,38	4.308,41

Fonte: Organizada pelos autores, (2007).

Apropriados os custos diretos dos departamentos e indiretos dos procedimentos, foram separados os serviços que utilizam o Centro Cirúrgico dos que não o utilizam.

TABELA 16 – Custos indiretos dos serviços que utilizam o Centro Cirúrgico

Serviço	Custo Indireto
Vascular	30.585,50
Ginecologia / Obstetrícia	11.162,78
Plástica	17.010,05
Oftalmologia	6.279,23
Total	65.037,56

Fonte: Organizada pelos autores, (2007).

TABELA 17 – Custos indiretos dos serviços que não utilizam o Centro Cirúrgico

Serviço	Custo Indireto
Exames Externos	990,38
Pequenas Cirurgias	4.308,41
Total	5.298,79

Fonte: Organizada pelos autores, (2007).

Através da apuração dos custos diretos dos departamentos alocados aos procedimentos, com base no preço de venda praticado pelo hospital para cada serviço e na quantidade de venda dos serviços no mês de janeiro de 2007, foram obtidas as Margens de Contribuição Ponderadas de cada serviço bem como a Margem de Contribuição Percentual Média.

De posse desses valores calculou-se o Ponto de Equilíbrio Contábil em valor e volume para os serviços que utilizam o Centro Cirúrgico, conforme demonstrado na Tabela 18 e para os serviços que não utilizam o Centro Cirúrgico conforme demonstrado na Tabela 19

TABELA 18 – PEC dos serviços que utilizam o Centro Cirúrgico

Especialidade	Participação na Receita Total	PEC R\$	PVU	PEC volume
Vascular	22%	22.758,66	425,00	54
Ginecologia / Obstetrícia	16%	16.242,32	844,00	19
Plástica	54%	55.821,62	1.450,33	38
Oftalmologia	9%	9.287,54	300,00	31

Total	100%	104.110,14		142
-------	------	------------	--	-----

Fonte: Organizada pelos autores

TABELA 19 – PEC dos serviços que não utilizam o Centro Cirúrgico

Especialidade	Participação na receita total	PEC R\$	PVU	PEC volume
Exames Externos	77%	5.416,16	50,00	108
Pequenas Cirurgias	23%	1.578,95	40,00	39
Total	100%	6.995,11		148

Fonte: Organizada pelos autores, (2007)

A capacidade operacional em leitos do HMA é de 620 leitos/mês(dias úteis x número de leitos) e a do Centro Cirúrgico é de realizar 288 cirurgias /mês (tabela20).

TABELA 20 – Capacidade Operacional do Centro Cirúrgico

Dias úteis	Salas	Cirurgias/Sala/Período	Períodos	Capacidade/mês
22(segunda a sexta- feira)	3	2	2	264
4 (sábado)	3	2	1	24
Total				288

Fonte: Organizada pelos autores, (2007).

A Tabela 21 apresenta Margem de Contribuição Total de cada serviços no mês de janeiro

TABELA 21 – Margem de Contribuição HMA – período janeiro/2007

Serviços	Vascular	Ginecologia / Obstetria	Plásticas	Oftalmologia	Total
Quantidade	64	23	46	37	170
Receita total	R\$ 27.200,00	R\$ 19.412,00	R\$ 66.715,18	R\$ 11.100,00	R\$ 124.427,18
Impostos	R\$ (3.332,00)	R\$ (2.377,97)	R\$ (8.172,61)	R\$ (1.359,75)	R\$ (15.242,33)
Custos Diretos	R\$ (6.632,96)	R\$ (6.042,10)	R\$ (9.913,00)	R\$ (4.773,00)	R\$ (27.361,06)
MC Total	R\$ 17.235,04	R\$ 10.991,93	R\$ 48.629,57	R\$ 4.967,25	R\$ 81.823,79

Fonte: Organizada pelos autores, (2007).

Foram calculadas as margens de contribuição por serviço de acordo com a quantidade levantada na apuração da capacidade total.

TABELA 22 – Margem de Contribuição com Capacidade Máxima do Centro Cirúrgico

Serviços	Vascular	Ginecologia / Obstetria	Plásticas	Oftalmologia	Total
Capacidade Máxima	108	39	78	63	288
Receita total	R\$ 46.080,00	R\$ 32.886,21	R\$ 113.023,36	R\$ 18.804,71	R\$ 210.794,28
Impostos	R\$ (5.644,80)	R\$ (4.028,56)	R\$ (13.845,36)	R\$ (2.303,58)	R\$ (25.822,30)
Custos Diretos	R\$ (11.237,01)	R\$ (10.236,03)	R\$ (16.793,79)	R\$ (8.086,02)	R\$ (46.352,85)
MC Total	R\$ 29.198,19	R\$ 18.621,62	R\$ 82.384,21	R\$ 8.415,11	R\$ 138.619,13

Fonte: Organizada pelos autores, (2007).

7.3 Resultado da Pesquisa Financeira

A pesquisa financeira abordou os serviços foco do novo posicionamento proposto para o hospital. Estudou-se a capacidade operacional do Centro Cirúrgico, o seu nível de atividade atual, a margem de contribuição, o ponto de equilíbrio de cada serviço, assim como do *mix* (conjunto) destes serviços.

Os resultados encontrados foram os seguintes:

- A capacidade operacional plena do hospital é igual a 620 leitos / mês
- A capacidade plena do Centro Cirúrgico é igual a 288 cirurgias mês, que utilizaria em média (proporcional aos serviços prestados atualmente, considerada a permanência do paciente em cada serviço) 435 leitos / mês
- O ponto de equilíbrio do Centro Cirúrgico é igual a 142 cirurgias, o que representa a ocupação de 215 leitos e uma receita de R\$ 104.110,14

O resultado do Centro Cirúrgico, com a atual utilização de 170 cirurgias gera uma receita líquida de R\$ 81.823,79. A receita líquida do Centro Cirúrgico com a utilização de 100% de sua capacidade produtiva seria de R\$ 138.616,13, resultando numa diferença negativa de R\$56.792,34, ou seja, de 69,41%.

Quanto a composição da receita atual, os serviços que utilizam o Centro Cirúrgico são responsáveis por R\$ 81.823,79 (88%) e os serviços que não

utilizam o Centro Cirúrgico, são responsáveis por R\$ 7.620 (12%), totalizando R\$ 89.443,80.

Observa-se que o hospital trabalha com déficit financeiro de R\$14.666,30. A partir deste resultado faz-se a proposta estratégica, de marketing para alavancar o negócio.

8 CONCLUSÃO

8.1 Proposta para do modelo estratégico a ser implantado no hospital HMA

Com base na análise organizacional interna (SWOT), análise setorial (Modelo de Porter), análise ambiental externa (análise PETS), estudo da estrutura e cultura organizacionais, perfil competitivo da empresa e no cenário setorial da indústria hospitalar, faz-se a seguinte proposição para a empresa:

- Estratégia implementada em dois tempos: Estratégia de curto prazo e Estratégia de médio e longo prazo.

1. **Estratégia de curto prazo** a ser implementada no prazo de um ano. A partir do novo posicionamento proposto para o hospital, ou seja, a definição da gama de serviços que irá oferecer e definir o caminho para a verdadeira excelência nesses serviços. Segundo Porter no seu livro Repensando a saúde, oferecer todos os tipos de serviços é não ter nenhuma estratégia, portanto deve se concentrar o porto folio para adquirir maior experiência e aprendizagem, equipar se melhor para atender melhor e obter resultados excelentes (melhor resolatividade), o que acaba reduzindo custos e aumentando margens. A partir desta proposta, confrontamos a capacidade operacional do Centro Cirúrgico do hospital com a capacidade operacional do hospital, o resultado foi que mesmo que o Centro Cirúrgico trabalhe com a sua capacidade plena possível, ou seja, 248 cirurgias mês (considerando, duas cirurgias por sala por período, de segunda a sexta e aos sábados pela manha) haverá uma capacidade ociosa de hospital de 45%. Com estes dados, propõe se que no curto prazo, substituir os procedimentos que não compõe o foco do hospital e, que menos contribuem para a empresa, por serviços mais lucrativos dentro da estratégia e, do novo posicionamento. Com isso reduz se a ociosidade do hospital e otimiza se a utilização do Centro Cirúrgico, diluindo os pesados custos fixos que minam a lucratividade da empresa. Para isso, é necessária uma nova estrutura e, uma nova cultura organizacionais,

com foco, que as torna consoante com a missão, visão, crenças e valores dos sócios e da equipe dirigente do hospital. Não se pode esquecer

2. **Estratégia de médio e longo prazo:** Uma vez exaurida a capacidade operacional do Centro Cirúrgico, inicialmente com a política de substituição de serviços amplos por serviços foco do novo posicionamento. Planejar uma nova fase de investimentos, que inicialmente deve passar pelo Centro Cirúrgico, com a finalidade de acabar com a ociosidade dos leitos do hospital, pois esta se encontra subutilizada. Uma semi UTI neonatal para dar suporte ao aumento da demanda da especialidade Obstetrícia.

Para viabilizar a estratégia proposta, mudanças funcionais devem ser implantadas simultaneamente: Eficiência operacional se faz necessária, o que requer investimento em pessoas, tecnologia de informação e uma equipe de gestão comprometida e eficaz.

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Apresenta informações sobre regulação dos planos de saúde. <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda**: micro regulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2005.

COMPRAS estratégicas como um diferencial na rentabilidade. **Revista Hospitais Brasil**, São Paulo, ano IV, n. 20, p. 19-20, jul./ago. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Apresenta informações sobre o número de enfermeiros da cidade de Presidente Prudente/SP. Disponível em: <<http://www.coremsp.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Programa de controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar**. 3. ed. São Paulo, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Apresenta informações sobre o número de médicos da cidade de Presidente Prudente/SP. Disponível em: <<http://www.cremesp.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2007.

DAY Hospital. **Revista Fornecedores Hospitalares**, São Paulo, ano 14, n. 128, p.40, jun. 2006.

GREGÓRIO, Renato. **Marketing médico**: criando valor para o paciente. São Paulo, Laboratório Wyeth, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Apresenta informações sobre o número de leitos hospitalares no Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2007.

KAPLAN, Roberts; COOPER, Robin. **Custo e desempenho**: administre seus custos para ser mais competitivo. 2. ed. São Paulo: Futura, 2000.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. 5. ed. Tradução de Ailton Bonfim Brandão. São Paulo; Atlas, 1998.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 7. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

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

MEYER, Ildo et al. **Marketing para médicos**: um caminho ético. Porto Alegre: AGE, 2005.

PADOVESE, Clovis Luis. **Contabilidade gerencial**: um enfoque em sistema de informação contábil. 3. ed. São Paulo: Editora, 2000.

PEREIRA Luciano Lucio; GALVÃO Claudia Raffa; CHAMES Marcelo. **Administração hospitalar**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2005.

PORTER, Michel E. **On Competition**: estratégias competitivas essenciais. tradução de Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PORTER, Michel E.; TEISBERG, Elizabeth Olmested. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PROCURE seu público, segmentação de mercado de saúde. **Revista RH**, São Paulo, ano 14, ed. 134, p. 60-67, dez. 2006.

RAMIRO, Wonley. **ABC - Activity Based Costing**: motives e finalidade da sua adoção por empresas brasileiras. 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Presbiteriana Makenzie, São Paulo, 2000.

REVISTA FORNECEDORES HOSPITALARES. São Paulo: It Mídia, 2005. Número especial: Hospitais Referência: uma radiografia da saúde brasileira.

ROBLES Junior, Antonio; CRUZ, Denis Rodrigues da. Custos de serviços compartilhados. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE COSTOS, 5., 1997, Acapulco, México. **Anais...** Acapulco, 1997.

SAÚDE BUSINESS: Hospitais Referência 2006. São Paulo: It Mídia, ano 14, dez. 2006. Número especial: Fornecedores hospitalares.

ZACCARELLI, Sergio B. **Estratégia e sucesso nas empresas**. São Paulo: Saraiva, 2003.

APÊNDICE A

ESTRUTURA DA FOLHA DE PAGAMENTO

A descrição das atividades foi realizada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações vigente (CBO2002), conforme exposto no Quadro 5.

QUADRO 6 - Descrição de Cargos

Cargo	Descrição Sumária
Enfermeiras (Código: 2235-05)	Prestam assistência ao paciente e/ou cliente em clínicas, hospitais, ambulatórios, transportes aéreos, navios, postos de saúde e em domicílio, realizando consultas e procedimentos de maior complexidade e prescrevendo ações; coordenam e auditam serviços de enfermagem, implementam ações para a promoção da saúde junto à comunidade. Podem realizar pesquisas.
Auxiliares de Enfermagem (Código: 3222-30)	Desempenham atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência médica, embarcações e domicílios; atuam em cirurgia, terapia, puericultura, pediatria, psiquiatria, obstetrícia, saúde ocupacional e outras áreas; prestam assistência ao paciente, atuando sob supervisão de enfermeiro; desempenham tarefas de instrumentação cirúrgica, posicionando de forma adequada o paciente e o instrumental, o qual passa ao cirurgião; organizam ambiente de trabalho, dão continuidade aos plantões. Trabalham em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança. Realizam registros e elaboram relatórios técnicos; comunicam-se com pacientes e familiares e com a equipe de saúde.
Auxiliares de Farmácia (Código: 5152-10)	Coletam material biológico, orientando e verificando preparo do paciente para o exame. Auxiliam os técnicos no preparo de vacinas; aviam fórmulas, sob orientação e supervisão. Preparam meios de cultura, estabilizantes e hemoderivados. Organizam o trabalho; recuperam material de trabalho, lavando, secando, separando e embalando. Trabalham em conformidade a normas e procedimentos técnicos e de biossegurança
Diretores Administrativos (Código: 1231-05)	Dirigem o fluxo financeiro da empresa; implementam o orçamento empresarial e administram recursos humanos. Controlam patrimônio, suprimentos e logística e supervisionam serviços complementares. Coordenam serviços de contabilidade e controladoria e elaboram planejamento da empresa.
Administradores (Código: 2521-05)	Planejam, organizam, controlam e assessoram as organizações nas áreas de recursos humanos, patrimônio, materiais, informações, financeira, tecnológica, entre outras; implementam programas e projetos; elaboram planejamento organizacional; promovem estudos de racionalização e controlam o desempenho organizacional. Prestam consultoria administrativa a organizações e pessoas.
Assistentes Administrativos (Código: 4110-10)	Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística; atendem fornecedores e clientes, fornecendo e recebendo informações sobre produtos e serviços; tratam de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos; preparam relatórios e planilhas; executam serviços gerais de escritórios.
Auxiliares de Escritório (Código: 4110-05)	Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística; atendem fornecedores e clientes, fornecendo e recebendo informações sobre produtos e serviços; tratam de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos; preparam relatórios e planilhas; executam serviços gerais de escritórios.
Recepcionistas (Código: 4221-10)	Recepcionam e prestam serviços de apoio a clientes, pacientes, hóspedes, visitantes e passageiros; prestam atendimento telefônico e fornecem informações em escritórios, consultórios, hotéis, hospitais, bancos, aeroportos e outros estabelecimentos; marcam entrevistas ou consultas e recebem clientes ou visitantes; averiguam suas necessidades e dirigem ao lugar ou a pessoa procurados; agendam serviços, reservam (hotéis e passagens) e indicam acomodações em hotéis e estabelecimentos similares; observam normas internas

	de segurança, conferindo documentos e idoneidade dos clientes e notificando seguranças sobre presenças estranhas; fecham contas e estadas de clientes. Organizam informações e planejam o trabalho do cotidiano.
--	--

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (O cargo de auxiliares gerais não consta na CBO).

As informações sobre a quantidade de funcionários por cargo e departamento, os salários e a jornada de trabalho (Tabela 23) foram coletadas junto ao hospital. A confirmação dos valores dos salários foi obtida por meio da Convenção Coletiva de Trabalho de 2006 do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Presidente Prudente e Região.

TABELA 23 - Funcionários por Cargo

Cargo	Departamento	Funcionários	Salário e Adicional de Insalubridade por funcionário	Jornada de Trabalho
Auxiliar de Escritório	Faturamento	1	R\$ 530,50	8 Diurna
Auxiliar de Escritório	Faturamento	1	R\$ 909,50	8 Diurna
Administrador	Administração	1	R\$ 1.400,00	8 Diurna
Assistente Administrativo	Administração	1	R\$ 909,50	8 Diurna
Recepcionista	Recepção	1	R\$ 485,90	12 x 36 Diurna
Recepcionista	Recepção	1	R\$ 485,90	8 Diurna
Encarregada da Recepção	Recepção	1	R\$ 558,10	12 x 36 Diurna
Auxiliar de Enfermagem*	Enfermaria	5	R\$ 733,20	12 x 36 Diurna
Auxiliar de Enfermagem*	Enfermaria	4	R\$ 733,20	12 x 36 Noturna
Auxiliar de Enfermagem*	Enfermaria	2	R\$ 733,20	6 Diurna
Auxiliar de Enfermagem*	Enfermaria	1	R\$ 733,20	8 Diurna
Auxiliar de Serviços Gerais*	Lavanderia	2	R\$ 555,90	12 x 36 Diurna
Auxiliar de Serviços Gerais*	Lavanderia	1	R\$ 555,90	8 Diurna
Auxiliar de Enfermagem*	Centro Cirúrgico	4	R\$ 733,20	6 Diurna
Auxiliar de Enfermagem*	Centro Cirúrgico	3	R\$ 733,20	12 x 36 Diurna
Auxiliar de Serviços Gerais*	Limpeza	3	R\$ 555,90	8 Diurna
Enfermeira*	Chefia de Enfermagem	1	R\$ 1.351,00	8 Diurna
Enfermeira*	Chefia de Enfermagem	1	R\$ 1.351,00	6 Diurna
Auxiliar de Farmácia	Farmácia	2	R\$ 485,90	12 x 36 Diurna

* Funcionários com adicional de insalubridade

Fonte: Organizada pelos autores.

- **Base Legal para Formação dos Salários, Encargos e FGTS**

Os salários base demonstrados nas tabelas 4, 5, 6 e 7 foram obtidos através da soma do salário base de cada funcionário, como informado na Tabela 2, com o adicional de insalubridade de 20% sobre o salário mínimo (somente para os

cargos que se enquadram para receber o referido acréscimo) e agrupado por cargo e departamento. Para obtenção do gasto anual o valor alcançado foi multiplicado por

- **Adicional de Insalubridade:** conforme artigo 192 da CLT e Resolução nº 137/2005 do TST o empregador é obrigado a pagar ao empregado que se expõe a insalubridade e risco, o adicional de insalubridade.
- **Adicional Noturno:** O adicional noturno está previsto na legislação trabalhista vigente, §2º do artigo 73 da CLT, que determina que seja pago ao empregado que trabalhar no período compreendido entre as 22h00 e as 05h00, adicional de 20% sobre o valor da hora normal. Porém, a Convenção Coletiva de Trabalho do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Presidente Prudente e Região de 11 de maio de 2006, determina em sua cláusula 7ª que o adicional noturno assegurado aos empregados no período noturno seja de 40% (quarenta por cento). Respeitando o princípio do direito do trabalho da norma mais favorável ao trabalhador, foi aplicado 40% de adicional sobre o valor da hora normal.
- **Horas Reduzidas:** As horas reduzidas foram calculadas com base no § 1º do artigo 73 da CLT, que determina que a hora noturna seja compreendida de 52 minutos e 30 segundos.
- **Encargos Sociais:** Os encargos sociais incluem a contribuição previdenciária à Previdência Social, Seguro de Acidentes de Trabalho, Salário Educação, Incra, Serviços de Educação, Sesi/Sesc, Sebrae, PIS e Complemento do INSS, conforme descrito Tabela 24.

TABELA 24 - Encargos Sociais

Descrição	Percentual de recolhimento
Contribuição Previdenciária	20,0%
Seguro de Acidentes de Trabalho	2,0%
Salário Educação	2,5%
INCRA	0,2%
Serviços de Educação	1,0%
SEBRAE	0,6%
SESI/SESC	1,5%
PIS	1,0%
Subtotal	28,8%
Complemento INSS	6,0%
Total	34,8%

Fonte: Organizada pelos autores.

Conforme o artigo 22, inciso I, da Lei nº 8212/91, a empresa é obrigada a recolher 20% sobre o total da folha de pagamento à Previdência Social, à título de contribuição previdenciária.

O seguro de acidentes de trabalho deve ser de acordo com a classificação do nível de risco dos serviços, o prêmio pode ser de 1%, 2% ou 3%, conforme preceitua o inciso II do artigo 22 da Lei nº 8212/91.

No caso do Hospital HMA, o prêmio deve ser de 2% sobre o total da folha de pagamento. Os prestadores de serviços contribuem com 2,5% do total da folha de pagamento a título de Salário Educação por determinação do artigo 15, da Lei nº 9424/96, do artigo 2º do Decreto nº 3142/99 e § 5º do artigo 212 da CF.

A empresa contribui com 0,2% do total da folha de pagamento para o INCRA em atendimento dos artigos 1º e 2º do Decreto-Lei nº 1146/70. De acordo com o Decreto-Lei nº 2318/86 a empresa é obrigada a contribuir com 1% sobre o total da folha de pagamento aos Serviços de Educação (Exemplo: SENAI, SENAC).

As Leis nº 8.029/90 e 8.154/90 determina que o empregador contribua com 0,6% sobre o total da folha de pagamento para o SEBRAE. Por força do artigo 30 da Lei nº 8036/90, o empregador é obrigado a pagar 1,5% do total da folha de pagamento para o SESI/SESC e, a empresa também recolhe contribuição ao Programa de Integração Social (PIS) de 1% sobre o total da folha de pagamento. Sobre a remuneração dos funcionários de alguns setores, conforme laudo de médicos do trabalho é obrigatório o recolhimento de 6% ao INSS.

- **Cálculo das Provisões Trabalhistas**

- **13º Salário:** É a gratificação de Natal, obrigatória, instituída pela Lei nº 4090. A provisão representa 1/12 ou 8,33% do total da folha de pagamento.
- **Férias:** É o afastamento de 30 dias, sem prejuízo da remuneração, após cada período de 12 meses de vigência do contrato de trabalho, que está previsto nos artigos 129 e 130 do Decreto-Lei nº5452/43 – CLT. A Constituição Federal, em seu artigo 7º, inciso XVII, prevê que as férias sejam pagas com adicional de, no mínimo, 1/3 da remuneração do mês. A provisão de férias e do abono de férias portanto, é de 1/12 mais 1/3 de 1/12, ou seja, 11,11% sobre o total da folha de pagamento.
- **Encargos Sociais e FGTS sobre as Férias e o 13º Salário:** Sobre as férias e o 13º salário são devidos os encargos sociais e o FGTS, já sobre o abono de férias não são devidos os referidos recolhimentos. Portanto, sobre os valores de 13º salário e férias foram calculadas as provisões para encargos sociais e FGTS de 36,8% para os funcionários sem o Complemento do INSS e 42,8% para os funcionários com o Complemento do INSS.
- **Multa FGTS:** É determinado por lei o pagamento de multa de 50% sobre o saldo do FGTS quando da demissão de funcionário sem justa causa. A provisão da multa é, portanto, de 50% de 8%, ou seja, 4%.

- **Classificação das Funções em: Mão-de-Obra Direta e Mão-de-Obra Indireta e Despesas**

Essa classificação se faz necessária para a realização dos cálculos do valor de cada procedimento médico realizado, eliminando erros quanto ao custo do serviço prestado parte variável.

Mão-de-Obra Direta (MOD) - Os custos com salários, encargos e provisões dos funcionários que atuam de maneira direta na prestação dos serviços foram considerados como mão-de-obra direta.

Mão-de-obra Direta é aquela relativa ao pessoal que trabalha diretamente sobre o produto em elaboração, desde que seja possível a mensuração do tempo despendido e a identificação de quem executou o trabalho, sem necessidade de qualquer apropriação indireta ou rateio. Se houver qualquer tipo de alocação por meio de estimativas ou divisões proporcionais, desaparece a característica de “direta” (MARTINS, 2003, p.133).

Os custos com os salários, encargos e provisões das enfermeiras das auxiliares de enfermagem da enfermaria e do Centro Cirúrgico foram alocados como mão-de-obra direta, conforme Tabela 25.

Mão-de-Obra Indireta (MOI) - Os custos com salários, encargos e provisões dos funcionários que atuam de maneira indireta na prestação dos serviços foram considerados como mão-de-obra indireta. São eles: os colaboradores da lavanderia, da farmácia e da limpeza, conforme Tabela 26.

Despesas com Salários – Considerou-se como Despesas Administrativas os gastos com salários, encargos e provisões com os funcionários que não atuam direta ou indiretamente na execução dos serviços. São eles: os colaboradores da diretoria, administração, faturamento e recepção, conforme Tabela 27. A Tabela 28 apresenta os gastos totais anual com os salários da três categorias contábeis: MOD, MOI e Despesas Administrativas.

TABELA 25 - Cálculo da Mão-de-Obra Direta.

Descrição	Enfermeiras	Auxiliares de Enfermagem (Enfermaria)	Auxiliares de Enfermagem	TOTAL
	(Chefia de Enfermagem)		(Centro Cirúrgico)	
Salário Base	R\$ 34.104,00	R\$ 105.580,80	R\$ 61.588,80	R\$ 201.273,60
Adicional Noturno	R\$ -	R\$ 58.677,33	R\$ -	R\$ 58.677,33
Horas Reduzidas	R\$ -	R\$ 10.128,82	R\$ -	R\$ 10.128,82
(=) Total Folha	R\$ 34.104,00	R\$ 174.386,95	R\$ 61.588,80	R\$ 270.079,75
(+) ENCARGOS SOCIAIS	R\$ 11.868,19	R\$ 59.646,66	R\$ 21.432,90	R\$ 92.947,75
(+) FGTS (8%)	R\$ 2.728,32	R\$ 13.950,96	R\$ 4.927,10	R\$ 21.606,38
(+) PROVISÃO DE FÉRIAS (11,11%)	R\$ 3.788,95	R\$ 19.374,39	R\$ 6.842,52	R\$ 30.005,86
(+) PROVISÃO 13º SALÁRIO (8,33%)	R\$ 2.840,96	R\$ 14.526,43	R\$ 5.130,35	R\$ 22.497,74
(+) PROVISÃO INSS E FGTS S/ FÉRIAS E 13º	R\$ 2.432,27	R\$ 9.983,03	R\$ 4.392,46	R\$ 16.807,76
(+) MULTA DO FGTS (4%)	R\$ 1.364,16	R\$ 6.975,48	R\$ 2.463,55	R\$ 10.803,19
(=) TOTAL ANO	R\$ 59.126,85	R\$ 298.843,90	R\$ 106.777,68	R\$ 464.748,43

Fonte: Organizada pelos autores.

TABELA 26 – Cálculo da Mão-de-Obra Indireta

Descrição	Auxiliares Gerais (Lavanderia)	Auxiliares de Farmácia	Auxiliares Gerais (Limpeza)	Total
Salário Base	R\$ 20.012,40	R\$ 11.661,60	R\$ 20.012,40	R\$ 51.686,40
(+) ENCARGOS SOCIAIS	R\$ 6.964,32	R\$ 3.358,54	R\$ 6.964,32	R\$ 17.287,18
(+) FGTS (8%)	R\$ 1.600,99	R\$ 932,93	R\$ 1.600,99	R\$ 4.134,91
(+) PROVISÃO DE FÉRIAS (11,11%)	R\$ 2.223,38	R\$ 1.295,60	R\$ 2.223,38	R\$ 5.742,36
(+) PROVISÃO 13º SALÁRIO (8,33%)	R\$ 1.667,03	R\$ 971,41	R\$ 1.667,03	R\$ 4.305,47
(+) PROVISÃO INSS E FGTS S/ FÉRIAS E 13º	R\$ 1.427,27	R\$ 715,10	R\$ 1.427,27	R\$ 3.569,64
(+) MULTA DO FGTS (4%)	R\$ 800,50	R\$ 466,46	R\$ 800,50	R\$ 2.067,46
(=) TOTAL ANO	R\$ 34.695,89	R\$ 19.401,64	R\$ 34.695,89	R\$ 88.793,42

Fonte: Organizada pelos autores.

TABELA 27 – Despesas com Salários

Descrição	Diretores	Administrador e Assistentes Administrativos	Auxiliares Escritório (Faturamento)	Receptionistas	Total
Salário Base	R\$ 86.400,00	R\$ 27.714,00	R\$ 17.274,00	R\$ 18.358,80	R\$149.746,80
(+) ENCARGOS SOCIAIS	R\$ 17.280,00	R\$ 7.981,63	R\$ 4.974,91	R\$ 5.287,33	R\$ 35.523,87
(+) FGTS (8%)	R\$ -	R\$ 2.217,12	R\$ 1.381,92	R\$ 1.468,70	R\$ 5.067,74
(+) PROVISÃO DE FÉRIAS (11,11%)	R\$ -	R\$ 3.079,03	R\$ 1.919,14	R\$ 2.039,66	R\$ 7.037,83
(+) PROVISÃO 13º SALÁRIO (8,33%)	R\$ -	R\$ 2.308,58	R\$ 1.438,92	R\$ 1.529,29	R\$ 5.276,79
(+) PROV. INSS E FGTS S/ FÉRIAS E 13º	R\$ -	R\$ 1.699,45	R\$ 1.059,26	R\$ 1.125,78	R\$ 3.884,49
(+) MULTA DO FGTS (4%)	R\$ -	R\$ 1.108,56	R\$ 690,96	R\$ 734,35	R\$ 2.533,87
(=) TOTAL ANO	R\$103.680,00	R\$ 46.108,37	R\$ 28.739,11	R\$ 30.543,91	R\$209.071,39

Fonte: Organizada pelos autores.

TABELA 28 – Gastos Totais Anuais com a Folha de Pagamento

Descrição	Mão de Obra Direta	Mão de Obra Indireta	Despesas com Salários	Total
Salário Base	R\$ 201.273,60	R\$ 51.686,40	R\$ 149.746,80	R\$ 402.706,80
Adicional Noturno	R\$ 58.677,33	R\$ -	R\$ -	R\$ 58.677,33
Horas Reduzidas	R\$ 10.128,82	R\$ -	R\$ -	R\$ 10.128,82
(=) Total Folha	R\$ 270.079,75	R\$ 51.686,40	R\$ 149.746,80	R\$ 471.512,95
(+) ENCARGOS SOCIAIS	R\$ 92.947,76	R\$ 17.287,17	R\$ 35.523,88	R\$ 145.758,81
(+) FGTS (8%)	R\$ 21.606,38	R\$ 4.134,91	R\$ 5.067,74	R\$ 30.809,04
(+) PROVISÃO DE FÉRIAS (11,11%)	R\$ 30.005,86	R\$ 5.742,36	R\$ 7.037,83	R\$ 42.786,05
(+) PROVISÃO 13º SALÁRIO (8,33%)	R\$ 22.497,64	R\$ 4.305,48	R\$ 5.276,79	R\$ 32.079,91
(+) PROVISÃO INSS E FGTS S/ FÉRIAS E 13º	R\$ 16.807,75	R\$ 3.569,63	R\$ 3.884,49	R\$ 24.261,88
(+) MULTA DO FGTS (4%)	R\$ 10.803,19	R\$ 2.067,46	R\$ 2.533,87	R\$ 15.404,52
(=) TOTAL ANO	R\$ 464.748,34	R\$ 88.793,41	R\$ 209.071,39	R\$ 762.613,13

Fonte: Organizada pelos autores

