

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL E APLICADA
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MBA EM FINANÇAS CORPORATIVAS

***Quais são os valores, artefatos, conhecimentos e atitudes necessários à
implantação de um planejamento financeiro no Hospital Novo Mundo?***

Autor: Wellington Bley

**Monografia apresentada para obtenção
do título de Especialista no Curso MBA
em Finanças Corporativas.**

Orientador: Prof. Claudio Miessa Rigo

Curitiba
2004

SUMÁRIO

1	Apresentação	1
2	Introdução	2
2.1	Objetivo do trabalho	2
2.2	Justificativas do objetivo	2
2.3	Metodologia	4
3	Revisão teórico-empírica	5
3.1	Funções da Administração Financeira	6
3.1.1	Direção financeira	7
3.1.2	Tesouraria	9
3.1.2.1	Administração do Caixa	10
3.1.2.2	Crédito e contas a receber	12
3.1.2.3	Faturamento	13
3.1.2.4	Estoque	15
3.1.2.5	Fontes de empréstimo de curto prazo	16
3.1.3	Controladoria	17
3.1.3.1	Planejamento Financeiro	18
3.1.3.2	Sistema de Contabilidade de Custos	21
3.1.3.2.1	Custos	21
3.1.3.2.2	Classificação dos custos	26
3.1.3.2.3	Métodos de apuração de custos	27
3.1.3.2.4	Custeio Direto ou Variável	28
3.1.3.2.5	Alocação de despesas	29
3.1.3.2.6	Unidade de valor Relativo	30
3.1.3.2.7	Custos baseados em atividades	31
3.1.3.2.8	Conclusões acerca dos sistemas de contabilidade de custos para hospitais	33
3.2	Cultura Organizacional	34
3.2.1	Delegação, Avaliação e Administração por Objetivos	37
3.2.2	Controle	38

3.2.3	Comunicação.....	38
3.2.4	Resistência a mudanças e Flexibilidade	40
3.3	Estrutura física e organizacional	40
3.3.1	Estrutura Organizacional.....	42
3.3.1.1	Controle	42
3.3.1.2	Cadeia de comando e centralização	42
3.3.1.3	Formalização, especialização do trabalho, departamentalização e amplitude de controle.....	43
3.3.2	Capacitação de pessoal.....	44
3.3.2.1	Requisitos para a função de diretoria financeira	45
3.3.2.2	Requisitos para a função de controladoria	47
3.3.2.3	Requisitos para a função de tesouraria.....	48
3.3.3	Tecnologia da informação.....	48
3.4	Resumo e conclusão sobre os fatores que afetam o planejamento financeiro	53
3.4.1.1	Funções financeiras da diretoria	53
3.4.1.2	Funções da tesouraria:	54
3.4.1.3	Funções da controladoria.....	56
3.4.1.4	Cultura Organizacional	57
3.4.1.5	Estrutura organizacional	57
3.4.1.6	Capacitação de pessoal.....	58
3.4.1.7	Sistema de informação	60
4	A empresa Hospital Novo Mundo	62
4.1	Descrição da empresa	62
4.2	Diagnóstico da situação	62
4.2.1	Funções financeiras.....	63
4.2.2	Cultura Organizacional	64
4.2.3	Estrutura física e organizacional	66
4.2.3.1	Sistema de Informações	66
4.2.3.2	Capacitação de pessoal.....	67
4.2.3.3	Estrutura organizacional	67

5	Conclusão	69
5.1	Recomendações	72
6	REFERÊNCIAS	73
	ANEXO I.....	77
	ANEXO II.....	91
	ANEXO III.....	94

1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho, em formato de estudo de caso, destina-se a identificar as razões que dificultam a implantação de uma sistemática de planejamento financeiro no Hospital Novo Mundo (HNM).

O HNM é um pequeno hospital localizado no bairro do Novo Mundo, fundado há mais de vinte e cinco anos que, como os demais, carece de aumentar sua competitividade e produtividade.

Como resultado secundário, este trabalho poderá facilitar a implantação do Planejamento Financeiro, através da identificação dos fatores impeditivos e da proposição de novas técnicas de gestão.

2 INTRODUÇÃO

2.1 OBJETIVO DO TRABALHO

O Objetivo Geral deste trabalho é determinar os valores, artefatos, conhecimentos e atitudes necessários à implantação de um planejamento financeiro no Hospital Novo Mundo. Para tal, este estudo restringiu-se a três dimensões do conhecimento administrativo:

- a) Funções administrativas em finanças;
- b) Cultura organizacional;
- c) Estrutura física e organizacional.

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

- 1- Caracterizar o ambiente de gestão financeira do Hospital Novo Mundo;
- 2- Caracterizar o ambiente empresarial ideal para o planejamento financeiro em um hospital;
- 3- Identificar os fatores do ambiente interno, relativos ao planejamento financeiro, que destoam ou faltam no Hospital Novo Mundo, comparado ao ambiente ideal.

2.2 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

“A situação atual dos hospitais brasileiros nos mostra que o orçamento tem sido um instrumento de gestão muito pouco utilizado. De fato, ainda que dispondo de dados contábeis e financeiros suficientes, estes dados são mais destinados ao controle [externo] dos hospitais que à gestão cotidiana. Uma finalidade interna desses instrumentos de gestão não é ainda claramente percebida”.(PORTO; DUPONT, 1995, p.181) Apesar desta ser uma citação antiga, ela ainda está em vigor em muitos hospitais brasileiro.

Nos últimos tempos, observa-se em jornais e revistas, uma grande quantidade de instituições da saúde “fechando suas portas” ou restringindo o atendimento devido a problemas financeiros. Para MARTINS (2001, p.17) “Hospitais são recursos necessários à comunidade, e devem ser administrados para gerar os serviços que ela necessita, com o menor custo possível e nível máximo de qualidade, para se perpetuarem e remunerarem adequadamente os fatores de produção: trabalho e capital.”

Nada mais oportuno do que contribuir para a resolução de um problema (financeiro), em um momento de especial necessidade em uma área de utilidade pública (saúde).

É inegável que se houvesse maior utilização de técnicas e conceitos de finanças, os Hospitais teriam resultado operacional e econômico muito superior aos apresentados hoje. Para MAXIMIANO (1997), o planejamento é característica das organizações bem sucedidas e, no entanto, os gerentes freqüentemente mostram-se mais preocupados com as questões imediatas do que com o ambiente em longo prazo.

Neste contexto, o Hospital Novo Mundo, uma pequena empresa do ramo de saúde da cidade de Curitiba, não foge a regra. Dentre as muitas dificuldades da direção da empresa, a área financeira é a que mais preocupa. A falta de disponibilidade no caixa e a dificuldade em realizar investimentos são uma constante.

O presente trabalho pretende identificar quais são os artefatos, conhecimentos, valores e atitudes, necessários à implantação de um planejamento financeiro no Hospital Novo Mundo; e, desta forma, contribuir para a disseminação do conhecimento técnico e científico sobre a área financeira nos hospitais, de maneira a permitir que casos semelhantes possam ser analisados de maneira análoga. Outro resultado esperado é ajudar a empresa a implantar o planejamento financeiro, na medida em que identificará os empecilhos para tanto, permitindo à direção a neutralização destes.

Para atingir este objetivo, este trabalho irá caracterizar o ambiente de gestão financeira da empresa, irá caracterizar um ambiente ideal para uma sistemática de planejamento financeiro e, por fim, irá identificar os artefatos, conhecimentos,

valores e atitudes necessários à implantação do planejamento financeiro na empresa, através do cruzamento do ambiente ideal com o empresarial.

2.3 METODOLOGIA

A proposta de pesquisa escolhida foi o estudo de caso, em que a abordagem será qualitativa, devido às necessidades de aprofundamento e detalhamento. Os procedimentos escolhidos para o estudo da cultura e estrutura organizacional foram questionários, entrevistas estruturadas e observação participante, que segundo MARCONI e LAKATOS (1982, p.68), “Consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo”. Esta técnica foi escolhida pela facilidade do pesquisador em ter acesso ao grupo participante da pesquisa. O questionário utilizado foi proposto por CARAVANTES e BJUR (1995), com algumas eliminações de perguntas não pertinentes ao estudo. Como complemento a este questionário, utilizou-se um outro questionário proposto por BOBBINS e COULTER (1998,p.231,232), onde aspectos de delegação são investigados.

Para complementar a observação participante e os questionários, foram desenvolvidas entrevistas estruturadas, pois para CERVO e BERVIAN (1983), ela possibilita observações sobre a aparência, sobre o comportamento e sobre as atitudes do entrevistado. A escolha do questionário também foi baseada na impessoalidade, garantindo o anonimato e possibilitando colher informações e respostas mais reais (CERVO e BERVIAN,1983).

Para o estudo das funções administrativas e capacitação do pessoal envolvido, foram utilizadas novamente as técnicas de entrevista e observação participante. Por fim, a tecnologia de informação foi investigada através de pesquisa documental.

3 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

O planejamento financeiro é uma das atividades ou funções da Administração Financeira (LEMES JUNIOR; RIGO; CHEROBIM, 2002), e esta é somente uma das partes de uma organização. Segundo a óptica de CATELLI (1999), o planejamento seria um subsistema da organização, e como tal, se relaciona com os outros elementos formando um todo. Assim, muitos são os fatores que influenciam no planejamento financeiro da organização. Para se analisar um planejamento financeiro devem-se, então, saber quais os fatores que possuem maior importância sobre este.

Ao preconizar a necessidade de se analisar as organizações sobre diversos pontos de vista, cita MORGAN (1996, p.17), “organizações são fenômenos complexos e paradoxais que podem ser compreendidos de muitas maneiras diferentes”. Para a Associação Americana de Hospitais, segundo FALK (2001), os hospitais são organizações particularmente complexas para a prestação de atividades altamente importantes na sociedade. MAXIMIANO (1997) define complexidade como sendo a palavra que indica o grande número de problemas e variáveis que as organizações e os administradores devem enfrentar. Sendo assim, por mais que se analise somente um aspecto de um hospital, como é o caso da análise do planejamento financeiro hospitalar, isto deverá ser feito a partir de mais de um ponto de vista.

“O propósito do planejamento pode ser definido como o desenvolvimento de processos, técnicas e atitudes administrativas, as quais proporcionam uma situação viável de avaliar as implicações futuras nas decisões presentes...” (OLIVEIRA, 2001, p.36). Observam-se aqui, dois pontos de vista sobre o planejamento: o funcional, abrangendo os processos e técnicas; e o sócio-cultural, representado pelas atitudes administrativas. Dando sustentação a estas dimensões, as estruturas físicas e organizacionais também influenciam no planejamento organizacional.

Assim, este estudo considera como dimensões importantes para o planejamento financeiro: as **funções financeiras**; a **cultura organizacional**, sobretudo na propensão ao planejamento, controle e avaliação; os **aspectos**

estruturais, que apóiam o processo de planejamento financeiro, como por exemplo, sistemas de informação, organogramas etc.

3.1 FUNÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

Não se devem confundir as funções financeiras com cargos administrativos. O importante, independente de quem está executando a tarefa, é saber se todas as funções financeiras relevantes para a organização estão sendo realizadas. Para o entendimento do papel da administração financeira, algumas atividades são agrupadas, tanto academicamente, quanto na prática, em funções ou cargos.

LEMES JUNIOR; RIGO e CHEROBIM (2002) indicam três papéis importantes na administração financeira. Porém ressaltam que, quando a empresa é pequena, estes papéis podem ser acumulados por uma ou mais pessoas. São eles:

- a) **Tesoureiro**: responsável por recebimentos e pagamentos diários, liberação de crédito, negociação com bancos, por fim, pela manutenção do caixa da empresa;
- b) **Controller**: responsável pelo acompanhamento e fiscalização das atividades financeiras de curto e longo prazo, pela contabilidade fiscal e gerencial, administração de custos e preços, orçamento, gerenciamento da estrutura de capital, planejamento financeiro e tributário;
- c) **Diretor Financeiro**: responsável pela captação de fundos de curto prazo e recursos de longo prazo, além de coordenar a área financeira e relacionamento com os acionistas.

É oportuno ressaltar que, somente a existência da função financeira em si, não caracteriza que este processo esteja correto. Toda função administrativa deve poder ser avaliada, planejada e controlada também. Ou seja, de nada adianta existir um processo de, por exemplo, manutenção do fluxo de caixa, se este não é mensurado, não foi devidamente adequado ao planejamento do restante da empresa ou se este não possui um controle eficaz.

3.1.1 Direção financeira

O diretor financeiro deve se preocupar com todas as atividades financeiras da empresa, porém, utilizando-se da delegação, deve focar seus afazeres em questões realmente importantes. Ele deverá responder aos acionistas pela gestão financeira da empresa, garantir a credibilidade financeira da empresa perante o mercado e determinar os objetivos financeiros da empresa.

Onde e quanto captar de recursos de longo e curto prazo, também fazem parte do dia-a-dia deste profissional. Os projetos de investimentos podem vir das diversas áreas da empresa como, por exemplo, marketing, produção e manutenção, porém o diretor financeiro deverá auxiliar a confecção do projeto de investimento, com vistas na saúde financeira da empresa. “As decisões de financiamento envolvem a escolha da estrutura de capital, a determinação do custo de capital e a captação de recursos” (LEMES JUNIOR; RIGO; CHEROBIM, 2002, p.11). Observa-se então, que outro profissional, como o *controller*, poderá fazer a gestão da estrutura de capital, porém a escolha desta é de responsabilidade da direção. Os autores também dizem que é muito difícil se determinar, com consistência, o nível de endividamento adequado para a empresa.

O ato de gerir pressupõe, também, controlar e avaliar. Assim, o diretor financeiro deverá, além de avaliar os resultados de sua subordinação, ser avaliado de alguma forma. GITMAN (2004), indica a utilização de índices, tanto para a avaliação da “saúde” financeira da empresa, quanto para a comunicação com os diversos públicos interessados (acionistas, instituições financeiras, fornecedores etc). O autor também faz uma série de ressalvas quanto à forma de utilização dos índices; ainda assim, esta é uma forma objetiva de se avaliar o desempenho dos gestores financeiros.

Alguns índices são mais importantes para certas organizações, ou em certos períodos. Portanto, o uso de todos os indicadores não é necessário em vários casos. A escolha dos índices mais importantes para a organização deve ser criteriosa e refletir a verdade, além de poder avaliar o andamento dos objetivos estratégicos de finanças e acusar eventuais problemas financeiros / econômicos. Certos índices

podem ser indicados para avaliar o desempenho de áreas específicas, como por exemplo, controladoria. Outros, apesar de serem de responsabilidade de setores não financeiros, somente poderão ser apurados com o auxílio da contabilidade gerencial, e podem afetar diretamente o desempenho financeiro da empresa, como é o caso do Giro de Estoques. Nota-se, então, a interligação das várias áreas da empresa com a financeira.

Tanto LEMES JUNIOR; RIGO e CHEROBIM (2002), quanto GITMAN (2004) ou BREALEY e MYERS (1999), separam os indicadores em quatro grupos. A partir destes indicadores, é possível mensurar se as principais funções da administração financeira estão sendo realizadas.

- **Índices de liquidez**

Liquidez Corrente = Ativo Circulante / Passivo circulante

Liquidez Seca = (Ativo circulante – Estoques) / Passivo circulante

Liquidez Imediata = (disponibilidade + aplicações temporárias) / Passivo Circulante

Capital de Giro Líquido = Ativo Circulante – Passivo Circulante

- **Índices de atividade**

Giro de Estoque = Custo dos produtos vendidos / Estoque

Prazo Médio de Recebimento = Contas a receber / vendas diárias médias

Prazo Médio de Pagamento = Contas a Pagar / compras diárias médias

Giro do Ativo Total = Vendas / Ativo total

Giro do Ativo Operacional = Receita Operacional / Ativo Operacional

- **Índices de endividamento**

Endividamento Geral (participação de terceiros) = Passivo Exigível Total / Ativo Total

Cobertura de Juros = Lucro antes do imposto de renda / Juros

- **Índices de rentabilidade**

Margem de lucro bruto = $(\text{Receita de vendas} - \text{Custo dos produtos vendidos}) / \text{Receita de Vendas}$

Margem de lucro operacional = $\text{resultado operacional} / \text{Receita de vendas}$

Margem de lucro líquido = $\text{Lucro disponível aos acionistas} / \text{Receita de Vendas}$

Lucro por ação = $\text{Lucro disponível para o acionista} / \text{Número de ações ordinárias}$

Retorno do Ativo Total = $\text{Lucro disponível para o acionista} / \text{Ativo Total}$

Valor patrimonial da ação = $\text{Patrimônio dos acionistas} / \text{número de ações}$

Cabe observar, que os índices procuram traduzir de forma objetiva, situações complexas. Desta forma, o uso de metas descritas de forma absoluta em Reais, por exemplo, também pode ser uma maneira de se avaliar o desempenho operacional. Pode-se, por exemplo, analisar a evolução da dívida total da empresa, os custos totais. Entretanto corre-se o risco de comparar números em situações diferentes (mudança no ambiente). No curto prazo, estas metas podem simplificar a avaliação, mas a médio ou longo prazo o uso de indicadores, e até mesmo um conjunto de indicadores associados a uma análise situacional trará resultados mais precisos.

No caso hospitalar, cabe a alta administração financeira, também o relacionamento com os planos de saúde. Assinatura de contratos, confecção de pacotes, negociações etc. Eventuais prejuízos oriundos de problemas de negociação, falência de planos ou mesmo inadimplências destes, deve ser respondida pelo diretor. Não se devem confundir estas perdas com os convênios, com “glosas” de faturamento, que serão descritas posteriormente.

3.1.2 Tesouraria

A responsabilidade sobre o planejamento financeiro, para GITMAN (2004), recai sobre a tesouraria. Já para os autores voltados à controladoria como FIGUEIREDO e CAGGIANO, (1997) ou CATELLI (1999), o *controller* é quem deve ser responsável pelo planejamento. Este trabalho utilizará a segunda visão, pois a

função da tesouraria em hospitais é antiga e reconhecida pelos demais profissionais (médicos, fornecedores, compradores etc), principalmente pela sua função de manutenção do caixa (pagamentos e recebimentos).

3.1.2.1 Administração do Caixa

KEYNES citado por MARTINS (2001) listou três razões para uma empresa possuir liquidez: Transação, Preocupação e Especulação. Assim, para os hospitais teríamos as seguintes razões:

Transação. Um hospital mantém saldos de caixa e títulos de curtíssimo prazo, para efetuar os pagamentos previstos com material médico, medicamentos, impostos, salários etc.

Preocupação. Saldos de caixa são mantidos para proteger o hospital de qualquer demanda inesperada de caixa. Por exemplo, problemas elétricos ou hidráulicos, aumento pontual de necessidade de materiais ou medicamentos etc.

Especulação. Para aproveitar oportunidades de investimento de curto prazo. Esse saldo é praticamente inexistente em hospitais.

O dilema diário do tesoureiro é manter saldos suficientes para liquidar os compromissos do hospital, e deixar um saldo para eventuais nefastos. Um grande conservadorismo neste ponto irá proporcionar uma baixa otimização de capital de curto prazo. Esta é a principal razão do tesoureiro ser cobrado pela quantidade de saldo médio mantido em caixa. Na prática, observa-se que o tesoureiro de um hospital está mais preocupado em realizar o casamento entre os compromissos e receitas, visto que dificilmente existe sobra de caixa para atender o motivo de preocupação.

Apesar de não possuir controle total sobre a atividade operacional da empresa, o tesoureiro poderá interferir, na medida em que analisa e propõe ações, em atividades que afetam o desempenho do caixa da empresa. "Capital de Giro, representa o valor dos recursos aplicados pela empresa para movimentar seu ciclo operacional, que compreende o espaço de tempo entre a entrada da matéria-prima no estoque da empresa até a venda dos produtos elaborados e respectivo recebimento."(LEMES JUNIOR; RIGO; CHEROBIM, 2002, p.413)

Ciclo operacional = Idade média do estoque + Período médio de cobrança

Giro de Estoque = Custo do produto vendido / estoque

Idade média do estoque = 360 / Giro de estoque

Período médio de cobrança = Duplicatas a receber / (Vendas / 360)

Para o caso hospitalar, pouco se pode controlar do período de cobrança, visto este ser de política dos agentes financiadores (planos de saúde ou governo). Conforme o perfil do hospital, os pagamentos de contas a particulares podem influenciar no período médio de cobrança. Mas para a maioria dos casos, a idade do estoque fará muita diferença nesta equação.

Já o ciclo de caixa é o tempo em que os recursos foram utilizados para o pagamento dos bens (período médio de cobrança) e / ou matérias-primas até o recebimento.

Ciclo de caixa = Ciclo Operacional – Período médio de pagamento

Ou Ciclo de caixa = Idade Média do estoque + Período Médio de Cobrança - Período Médio de Pagamento

Giro de Caixa = 360 / Ciclo de Caixa

MARTINS (2001), sugere ainda, que o ciclo de caixa de um hospital é dado pela seguinte equação:

Ciclo de Caixa Hospitalar = Período Médio de Estoque + Período Médio de Permanência do Paciente no Hospital + Período Médio de recebimento – Período Médio de Pagamento

A ferramenta de trabalho do tesoureiro é o Fluxo de Caixa. Quanto mais complexa for a atividade da empresa, mais complexo será este. FREZATTI (1997) cita algumas questões importantes a serem observadas no fluxo de caixa da empresa.

Plano de Contas: é o agrupamento das contas, de maneira a permitir uma análise da operação da empresa. Se este for muito detalhado, irá dificultar a visualização e requererá um mapa auxiliar. Se faltar detalhes, não permitirá uma análise mais profunda;

Histórico: seja um complexo sistema informatizado, ou planilhas eletrônicas, o fluxo de caixa deve ser passível de recuperar informações de períodos anteriores;

Funcionalidade: o instrumento deve ser entendido e usado de maneira fácil;

Clareza quanto aos objetivos: para que se faz o relatório? Esta é uma questão que deve estar sempre na mente do tesoureiro, para que este possa realmente atingir os objetivos da organização;

Custo de obtenção: o custo total com a ferramenta, para atender as necessidades da empresa, não pode ser tão alto que não justifique sua existência.

A adequação destas questões facilitará o planejamento financeiro, visto que a base deste é o tratamento de informações.

3.1.2.2 Crédito e contas a receber

Para um hospital, esta atividade está dividida em duas partes: a primeira, relativa à política e controle do crédito fornecido a pacientes “particulares”; a segunda é relacionada aos planos de saúde, e é tão complexa e importante que acabou formatando um dos setores administrativos mais relevantes de um hospital, o Faturamento.

O paciente “particular” é aquele que irá pagar sua conta, sem a intermediação de um plano de saúde. As políticas de crédito a estes pacientes são semelhantes às de outro tipo de empresa. Deve-se definir o perfil a ser atendido (fontes de renda, endereço fixo, telefone etc), definir as formas de garantias que serão dadas pelo paciente (nota promissória, cheque etc), definir os prazos e eventuais descontos.

HOJI (2001), propõe a análise de crédito baseada no “5Cs”: caráter, capacidade, capital, colateral (garantias) e condições. Aqui, cabe a observação de que, por possuir um caráter e fim social, os hospitais estão sujeitos a solicitações de abatimentos e alongamento de prazos, além de solicitações de crédito por parte de

pacientes sem capacidade de pagamento. O tesoureiro deverá ter sensibilidade para tratar estes assuntos, levando em consideração a política de crédito da empresa e exigências da legislação.

Pode-se então definir como padrão de desempenho da atividade de concessão de crédito, a funcionalidade final desta. Ou seja, o crédito concedido está sendo pago? Qual o percentual de pagamento? Existe atraso? Quanto é o atraso? Outra questão que pode ser avaliada é o cumprimento da política de concessão de crédito. Os prazos em média, estão condizentes com a política? Os descontos praticados são adequados à política? Lembrando que estas perguntas somente fazem sentido para o paciente particular.

3.1.2.3 Faturamento

É comum, um hospital atender a algumas dezenas de planos de saúde. Cada um destes possui particularidades quanto a processos de cobrança, prazos de pagamento e documentação necessária, tornando a atividade altamente complexa (LEMES JUNIOR; RIGO; CHEROBIM, 2002). Para atender a estas exigências, o setor de Faturamento deve estar preparado com informações oriundas desde a entrada do paciente no hospital, passando por todo o “consumo” deste dentro do estabelecimento, até sua saída.

Diferentemente de outros setores, depois de emitida a fatura contra o convênio, este poderá não pagar o total faturado. O plano de saúde irá primeiramente realizar uma auditoria nas contas dos pacientes, verificando se estas são coerentes, tanto com as necessidades médicas, quanto com as regras do plano. O jargão usado pelo setor para determinar a parte da conta que não passou pela auditoria é “glosa”. A glosa, a priori, é um questionamento do plano sobre o que está sendo cobrado. O hospital poderá justificar esta cobrança, vindo ou não a receber a “glosa” no futuro.

Desta forma, o que foi faturado pelo hospital, não necessariamente será pago pelos financiadores. As razões da glosa podem ser, questionamentos técnicos, erros documentais da fatura, cobranças errôneas, falta de liberação por parte dos planos de certos procedimentos, erros de interpretação etc. Cabe ressaltar que alguns

convênios (planos de saúde) recebem as faturas juntamente com as notas fiscais. Esta prática, aliada à possibilidade de glosa, faz com que o hospital tribute sobre algo que não receberá. Existe também a possibilidade de um plano não honrar suas dívidas sem justificativa. Conforme citado anteriormente, o relacionamento com os convênios, a priori, é de responsabilidade da diretoria.

Fazendo uma analogia com a inadimplência, o setor, ou atividade de faturamento, pode ser controlado e avaliado pela sua relação com glosas.

Percentual de glosas inicial = faturamento total / faturamento glosado

Percentual de glosas recorridas = faturamento glosado / faturamento reapresentado

Percentual de glosas final = faturamento total / (faturamento glosado – faturamento reapresentado e pago)

Estes percentuais mensuram a qualidade do processo final (externo) de faturamento, porém não considera o processo interno. A inexistência de glosas não significa que a qualidade de faturamento é boa. O fato do plano de saúde não questionar as contas, pode significar que estas estão abaixo do esperado para os procedimentos realizados. Assim, torna-se necessário comparar o que foi faturado com o que realmente foi gasto com o paciente.

A questão de custos hospitalares é muito complexa, e será tratada como de responsabilidade da controladoria. Uma parte deste documento será dedicada à discussão da problemática de custos dentro do hospital, entretanto, pode-se no momento, identificar a importância de um controle eficaz de custos. Pode-se dividir a influência dos custos em duas partes. A primeira é relacionada aos gastos totais, departamentais, por processos ou pacientes. Ela deverá indicar o quanto está sendo gasto, em reais, com o objeto em questão, proporcionando uma análise e redução destes. A segunda parte possui impacto direto no faturamento, ela representa o consumo do paciente dentro do hospital. O faturamento deve poder saber quanto foi consumido pelo paciente, em termos de processos, e não somente em unidades monetárias. Por exemplo, deverá ser faturado contra a conta do paciente, o uso de salas, materiais, medicamentos, exames, independente de seus custos para o hospital.

Nem tudo o que foi consumido pelo paciente pode ser cobrado do convênio. Os casos de pacotes são os exemplos mais claros disto. O convênio irá pagar um preço fixo pelo procedimento, independente do que foi utilizado pelo paciente. Outro caso é o de materiais consumíveis, como os anti-sépticos, que não são pagos diretamente por certos convênios. Seus custos estão, supostamente incluídos no preço de procedimento, junto com a mão-de-obra e outros materiais. Independente de ser cobrado, o faturamento deve saber o que foi utilizado para comparações de rentabilidade de pacientes.

A avaliação do faturamento passa também pelo controle de tudo que foi consumido e passível de ser cobrado. Tudo que era possível de ser cobrado foi realmente faturado? Uma auditoria por amostragem e aleatória poderá resolver o problema.

3.1.2.4 Estoque

Devido a características técnicas das compras de um hospital, pelo menos parte de seu estoque deve ser gerida por um profissional de saúde. O farmacêutico será responsável não só pelas compras de materiais médicos e medicamentos, como também por controles específicos necessários ao atendimento de legislações sanitárias. Em hospitais de pequeno porte, observa-se que todas as compras são centralizadas no farmacêutico, sendo ele o responsável pelas atividades de gerenciamento de estoque e de compras. O formato do departamento de compras e estoque será definido pelo porte do hospital e por perfis administrativos. Para a administração financeira, não importa quem será responsável por qual parte da atividade, mas sim se as atividades estão sendo realizadas de maneira a colaborar com os objetivos financeiros do hospital.

GITMAN (2004) cita que existem vários pontos de vista dentro da organização sobre os estoques. Compras, financeiro, marketing e produção possuem necessidades diferentes quanto ao estoque. "Em face ao envolvimento das diversas áreas, a administração de estoque torna-se mais complexa, pois podem surgir divergências funcionais na definição e execução das políticas de estocagem. A função do Administrador Financeiro é participar na definição e no acompanhamento

dessas políticas aplicadas pela empresa.”(LEMES JUNIOR; RIGO; CHEROBIM, 2002, p.468)

Conforme citado anteriormente, o prazo de pagamento das compras afeta diretamente as necessidades de caixa (ciclo financeiro); assim, além de buscar a compra mais “barata”, o administrador de estoque deverá conseguir prazos de pagamento mais amplos. GITMAN (2004) também cita a importância de se comprar considerando um lote econômico. Esta técnica considera os custos envolvidos (pedido, carregamento, manutenção, etc.) e os volumes necessários.

Para se avaliar a atividade de compras / estoque, pode-se então verificar os prazos de pagamento, lotes econômicos, volumes totais de estocagem (em unidades e em valores monetários) em relação ao volume de atividade operacional, evolução dos preços unitários de compra, perdas e disponibilidade dos materiais e medicamentos. Estas variáveis afetarão o sistema financeiro da empresa. No caso hospitalar, outras questões possuem importância, porém são difíceis de serem analisadas pelo administrador financeiro como, por exemplo, a substituição de medicamentos por similares de custo mais baixo, ou o uso de materiais mais caros, porém de qualidade melhor, ou que proporcionam um custo final de procedimento mais baixo. Estas questões mantêm-se no âmbito das políticas de estocagem da empresa, onde o administrador financeiro (tesoureiro) poderá somente auxiliar, e não controlar ou avaliar. Questões de custo de estocagem, ou custos de transações internas, serão tratadas aqui, pelo *controller*.

3.1.2.5 Fontes de empréstimo de curto prazo

GITMAN (2004) separa as fontes de financiamento de curto prazo em duas: sem garantias, e com garantias. Os empréstimos bancários e a emissão de notas promissórias são fontes sem garantia. O autor considera importante a forma de juros que está sendo cobrado por estes recursos. Já LEMES JUNIOR; RIGO e CHEROBIM (2002), ressaltam os custos totais das operações, onde são incluídos além dos juros, comissões, taxas e demais despesas cobradas pela instituição financeira. Um fator importante citado pelo autor e que não deve ser esquecido, é de

que “os custos de empréstimos devem ser inferiores às margens de contribuição ou lucros, ou economias adicionais geradas pela utilização dos recursos” (p.490).

Empréstimos com garantia costumam ter taxas de juros mais baixas. Estão enquadrados nesta modalidade o uso de *factoring* e descontos de contas a receber. Os estoques também podem ser usados para garantir empréstimos (GITMAN, 2004).

LEMES JUNIOR; RIGO e CHEROBIM (2002) citam ainda outro tipo de fonte de financiamento de curto prazo: os créditos comerciais, também chamados fontes espontâneas. Estes podem ou não ter custos financeiros explícitos. São eles os créditos com fornecedores, crédito de impostos ou obrigações sociais e salários. O administrador financeiro poderá, basicamente, atuar nos créditos com fornecedores, visto que os salários possuem prazos legais de pagamento, limitando em 30 dias o período de uso desta fonte. Os impostos e contribuições sociais podem ser utilizados, dilatando-se os prazos e, em casos de inadimplência, podem-se obter parcelamentos e condições vantajosas. Entretanto, os autores ressaltam que “este é um jogo arriscado, especulativo, ao qual a empresa não deve se submeter”(p.489).

3.1.3 Controladoria

As responsabilidades do departamento de controladoria, segundo FIGUEIREDO e CAGGIANO (1997), são: planejamento, controle, informação e contabilidade entre outras funções administrativas. Já para PEREZ JUNIOR; PESTANA e FRANCO (1995), as funções da controladoria podem ser resumidas da seguinte forma:

- a) Informação - compreende os sistemas contábil-financeiros-gerenciais;
- b) Motivação - refere-se aos efeitos dos sistemas de controle sobre o comportamento dos funcionários;
- c) Coordenação – visa centralizar informações com vista à aceitação de planos;
- d) Avaliação – interpreta fatos, informações e relatórios, avaliando os resultados por área de responsabilidade, por processos, atividades etc;

- e) Planejamento – assessora a direção da empresa na determinação e mensuração de planos e objetivos;
- f) Acompanhamento – verifica e controla a evolução e o desempenho dos planos traçados a fim de corrigir falhas ou de revisá-los.

Observa-se, em ambas as visões, que a controladoria deverá estar voltada fortemente a planejamento e controle, para tal, manipulando informações das diversas áreas da empresa. Assim, alguns dos diversos indicadores e índices citados anteriormente serão apurados pela controladoria. Os dois autores também incluem como funções mais específicas, as atividades de orçamento / planejamento financeiro, contabilidade e determinação de custos. Quando a empresa não é grande, a contabilidade é normalmente terceirizada (LEMES JUNIOR; RIGO; CHEROBIM, 2002); deste modo, o papel do *controller* hospitalar se distancia da contabilidade tradicional e se aproxima da operação da empresa, visto que além das informações contábeis, ele manipulará informações financeiras e operacionais diversas (caixa, compras, custos de procedimentos e pacientes, volumes de atendimentos, custo de mão-de-obra etc). As questões de motivação, impacto do planejamento e avaliações nos funcionários, também de vital importância para a controladoria, serão discutidas em tópico específico mais adiante.

3.1.3.1 Planejamento Financeiro

“Com o conhecimento do que aconteceu no passado aliado aos acontecimentos presentes, a administração do hospital consegue projetar as atividades futuras” (MARTINS, 2001, p.25). “O orçamento é um instrumento direcional. Constitui-se de planos específicos em termos de datas e unidades monetárias, visando orientar a administração para atingir os fins específicos em mente, ou seja, os objetivos empresariais.”(FIGUEIREDO; CAGGIANO, 1997, p.36) Para PEREZ JUNIOR; PESTANA e FRANCO (1995) as expressões planejamento e controle de lucros, *profit planning*, orçamento de lucros, plano, plano orçamentário, controle orçamentário, controle financeiro e *budget*, têm sido utilizadas com o mesmo sentido global.

FIGUEIREDO e CAGGIANO (1997) citam que os objetivos do orçamento são planejamento, a coordenação e o controle, concentrando esforços para:

- a) orientar a execução das atividades;
- b) possibilitar a coordenação dos esforços das áreas e de todas as atividades que compõem a empresa;
- c) otimizar o resultado global da empresa;
- d) reduzir riscos operacionais;
- e) facilitar a identificação das causas dos desvios entre o planejado e o realizado, propiciando a implementação de ações corretivas.

“O planejamento financeiro, ao contribuir para definir objetivos e fixar padrões de avaliação de resultados, é a ferramenta adequada para os estudos de viabilidade do planejamento da empresa.” (LEMES JUNIOR; RIGO; CHEROBIM, 2002, p.506)

Para os autores, o produto de um planejamento financeiro de curto prazo deverá ser apresentado em quatro demonstrativos:

1. Orçamento de capital, também denominado orçamento de investimentos;
2. Projeção do fluxo de caixa, também denominada orçamento de caixa;
3. Demonstração de resultados projetada, também denominada orçamento operacional;
4. Balanços patrimoniais projetados.

Com base nestes demonstrativos pode-se, além de avaliar os objetivos, controlar o andamento do planejamento, comparando o que foi previsto no plano, com o que está sendo realizado. Por exemplo, se no orçamento operacional, o custo

da mão-de-obra era um, e no decorrer do tempo, este foi alterado para mais, pode-se interferir neste custo para que este volte ao padrão pré-estabelecido, ou verifique-se o impacto que este causará no resultado final do plano. Deve-se ter em mente que o planejamento não é estanque. O plano pode e deve ser adaptado devido a alterações positivas ou negativas do ambiente. O plano serve como balizador das ações e decisões da administração. Todo o processo de planejamento leva a organização a um entendimento melhor de suas atividades e a uma visão sistêmica de todos os departamentos. “O processo de planejamento é muito mais importante que seu produto final.” (OLIVEIRA, 2001, p.37)

Sobre a concretização das funções administrativas em hospitais, MARTINS (2001, p.51) define:

Planejamento: é a tarefa básica do processo administrativo que prepara o hospital para seus objetivos. Essa preparação consiste: (1) na elaboração de orçamentos expressos em dados físicos e financeiros, tais como volume de procedimentos médicos expressos em valores monetários de custos, despesas e receitas, materiais médicos e medicamentos também com seus valores monetários de custos, despesas e receitas; e (2) no estabelecimento do objetivo financeiro principal da administração do hospital, que é de manter o equilíbrio entre custos, despesas e receitas para que sobreviva no sistema de economia de mercado.

Organização: é a tarefa que começa quando os objetivos do hospital foram estabelecidos e os respectivos planos de trabalho foram preparados. Inicia-se com a implementação de unidades organizacionais produtivas e auxiliares, em que o hospital desenvolverá suas atividades, com ênfase no planejamento e controle da produção médica, nas vendas dos serviços e na delegação da autoridade e responsabilidade. As unidades produtivas e auxiliares são descritas no organograma do hospital, instrumento essencial para a concretização das responsabilidades e análises dos custos e despesas hospitalares.

Controle: é a tarefa administrativa que avalia se as metas estão sendo atingidas, explicando, quando for o caso, os motivos das variações e as mudanças necessárias no plano de trabalho.

Com base nos autores citados, é possível afirmar que, para existir um planejamento financeiro em um hospital deve existir primeiro:

- a) Um sistema de informações que propicie modelagens e simulações dos demonstrativos de resultado;
- b) Um sistema de apuração dos custos

- c) Uma delegação de autoridade e responsabilidade para unidades produtivas e auxiliares;
- d) Dados históricos de receitas, despesas e atividade produtiva;
- e) Objetivos financeiros definidos.

Fatores culturais também são importantes, e serão analisados mais adiante. Além disto, conforme se observa na conceituação anterior dos índices de desempenho, o hospital deverá possuir profissionais que possuam conhecimentos apropriados para calcular e analisar estes indicativos.

3.1.3.2 Sistema de Contabilidade de Custos

Sistemas de custeio são métodos de análise utilizados para a apuração e controle de custos de uma companhia. Pode-se dizer que o objetivo final destes sistemas é identificar os custos reais de um produto e ou serviço. As informações geradas através dos sistemas de custeio devem integrar a rede de informação geral, visando o apoio à tomada de decisão gerencial.

“Um sistema de contabilidade de custos facilita um controle mais preciso dos mesmos para fins de diminuição ou substituição de itens mais onerosos na composição dos custos, permite melhor análise de lucratividade, estabelecimento de taxas de serviços, planejamento estratégico e gerenciamento do pessoal médico e não-médico, em termos de produtividade e perfis operacionais de atendimento” (FALK, 2001, p.15).

3.1.3.2.1 Custos

A responsabilidade sobre o tema de “custos” não é consenso na literatura acadêmica. É comum, na descrição de funções do gerente, a inclusão da responsabilidade sobre os custos do departamento, setor ou até mesmo da organização. Para a escola japonesa, os custos são de responsabilidade de todos

os funcionários envolvidos (MAXIMIANO, 1997). Já para FIGUEIREDO e CAGGIANO (1997), a análise e coleta de informações sobre custos é papel da controladoria. É possível dizer que todos estão certos em suas ópticas. A controladoria ou o administrador financeiro, quando esta não existir, deve coletar e analisar os dados de custos de produtos, serviços, departamentos e de toda a organização. O gerente deverá responder pelos custos de seu departamento e, auxiliado pela controladoria, deverá sempre que possível, procurar a redução destes.

Cabe aos funcionários em geral, a colaboração com os custos da organização, na medida que estes otimizem processos, evitem desperdícios, aumentem a produtividade e auxiliem os níveis hierárquicos na compreensão sobre o consumo dos recursos.

A busca por custos menores é consenso tanto da teoria quanto na prática. Mesmo profissionais que não são da área financeira, como KOTLER (2000), enfatizam a importância do controle de custos, citando inclusive que todos os custos, sobretudo os de marketing, estão sujeitos a melhorias pela aprendizagem. WRIGHT; KROLL e PARNELL (2000, p.263) definem curva de experiência como a redução dos custos por unidade que ocorre à medida que uma organização ganha experiência na oferta de um produto ou serviço.

Teóricos de estratégias competitivas e administração estratégica, como PORTER (1996), WRIGHT; KROLL e PARNELL (2000) e OLIVEIRA (2001) apesar de citarem a questão de custos internos da organização, não consideram esta uma questão estratégica, no sentido restrito. O custo total para o cliente, este sim é de vital importância para as questões estratégicas, mas o mesmo não ocorre para o custo operacional da organização, pois este é uma consequência. SLACK (1997) classifica junto com qualidade, rapidez, confiabilidade e flexibilidade, os custos como objetivos de desempenho da produção. Isto porque o "custo" está associado ao fator competitivo "preço". Porém, com o aumento da competitividade entre as empresas, sobretudo os hospitais, a padronização e achatamento dos preços pagos pelas fontes financiadoras do mercado hospitalar (planos de saúde e governo), na mesma lógica de SLACK (1997), o custo, e conseqüentemente o preço não são mais "ganhadores de pedidos" e sim "critérios qualificadores". Ou seja, preços altos não são absorvidos pelo mercado, conseqüentemente custos altos são inadmissíveis no mercado hospitalar. As fontes financiadoras continuarão a achatam os preços pagos,

forçando os hospitais a reduzirem seus custos. Sendo assim, a redução dos custos para uma organização hospitalar, sob a perspectiva estratégica, enquadra-se na “Estratégia de Sobrevivência” (OLIVEIRA, 2001).

Por outro lado, MAXIMIANO (1997) cita que a prática de comprar, apenas com base no preço, deve cessar. Isto porque o custo total é que deve ser minimizado, e não somente o custo imediato. Desta forma, deve-se compreender todos os custos envolvidos antes de tentar reduzi-los. Se a redução dos custos é extremamente necessária para a sobrevivência de um hospital, o entendimento de seus custos é o primeiro caminho a ser seguido.

Porém, a estrutura e composição de custos das organizações são geralmente muito complexas, especialmente na área de serviços. Um hospital além da complexidade inerente às atividades de serviços, ainda possui questões próprias da expertise do mercado de saúde.

Qualquer estudo sobre custos deve, inicialmente, tratar de dois assuntos: a classificação dos custos e os métodos de apuração dos mesmos.

Para que as áreas básicas da contabilidade de custos hospitalares funcionem adequadamente, os custos e despesas devem ser agrupados de tal maneira que: (1) os custos dos procedimentos médicos, materiais e medicamentos possam ser determinados por pacientes; (2) os custos e despesas possam ser observados e controlados. Estes propósitos exigem a compreensão do conceito de custos hospitalares, de classificação adequada dos custos hospitalares e, finalmente de um sistema de apuração de custos bem projetado. (MARTINS 2001, p.52)

MARTINS (2001) também define como parte do planejamento financeiro e da elaboração dos objetivos financeiros de um hospital, o estudo dos custos. É possível realizar um orçamento sem um estudo aprofundado dos custos organizacionais, porém um planejamento financeiro deve ir além de simplesmente repetir o passado. Neste ponto, qualquer intervenção no andamento financeiro da empresa deve se preocupar com a estrutura e composição dos custos. Fecha-se, assim, a relação entre planejamento financeiro e estudo dos custos.

No decorrer do livro *Gestão de Custos para Hospitais* de FALK (2001), observa-se claramente uma evolução, no sentido de precisão, nas metodologias de determinação de custos. Segundo o autor, as metodologias antigas eram suficientes

nos Estados Unidos, durante o período de “vacas gordas”. Nesta época não importava muito determinar o custo exato de cada paciente ou procedimento. O reembolso dos financiadores era suficiente para cobrir os processos deficitários. A administração se contentava em saber o custo médio de cada paciente. Com a redução gradual do reembolso e práticas de pacotes, tornou-se necessário aprimorar o conhecimento dos custos de um hospital.

No Brasil, durante os anos (décadas) de inflação, não somente os hospitais, mas a grande maioria das empresas, não se preocupava muito com a questão de custos. Com a estabilidade econômica, isto mudou. Notou-se em alguns segmentos, a falência de empresas tradicionais. Muitas delas devido à má gestão financeira, incluindo custos (LEMES JUNIOR; RIGO; CHEROBIM, 2002). Atualmente, para um hospital, saber apenas o custo médio de um paciente, não somente é insuficiente, como também pode se tornar perigoso. Com a tendência de reembolso por pacotes, o administrador hospitalar pode, erroneamente, aceitar um pacote deficitário. Conforme será visto mais adiante, alguns procedimentos são subsidiados por outros. Na média, os pacientes podem ser rentáveis, mas alguns causam prejuízos. Considerando-se dois hospitais rentáveis H1 e H2, cada um deles possui dois procedimentos hipotéticos (A e B). Para H1, o procedimento A é rentável, porém o procedimento B traz prejuízo. Para H2 a situação é inversa. Se um plano de saúde fechar um pacote para o procedimento B com o hospital H1 e um pacote para A com o hospital H2, com base no histórico de reembolso dos procedimentos, a priori não haverá alteração financeira em nenhum hospital. Porém, com o fechamento de pacotes, a tendência é de que o hospital tenha um aumento do volume de procedimentos deste pacote. Se isto acontecer, tanto o hospital H1 quanto H2 passarão a ter prejuízos, pois o volume do seu prejuízo (procedimento deficitário) aumenta, e o volume do lucro (procedimento rentável) diminui.

Apesar desta análise ser simplória, reflete o que aconteceu com alguns hospitais dos Estados Unidos (FALK, 2001). Por analogia, pode-se dizer que acontecerá, ou está acontecendo com hospitais brasileiros. A solução para isto é aumentar o conhecimento sobre os custos do hospital. Utilizar metodologias de apuração de custos que possam atender à necessidade de se determinar qual paciente e qual procedimento é rentável e quais não são. Somente com estes dados, a administração poderá definir qual a melhor tática de assinatura de

contratos de pacotes; além de saber qual é o perfil do hospital em relação ao público e atividades, considerando a rentabilidade. Isto propicia intervenções nos procedimentos deficitários, tornando-os se não rentáveis, pelo menos, diminuindo seu déficit.

Antes de um aprofundamento na questão de custeio, torna-se necessário uma definição da terminologia. Para tal adaptou-se a terminologia de PEREZ JUNIOR; OLIVEIRA e COSTA (1999).

Desembolso: saídas de dinheiro do caixa ou do banco. Os desembolsos ocorrem devido ao pagamento de uma compra efetuada à vista, ou de uma obrigação assumida anteriormente. Exemplos: compra de matéria-prima à vista; pagamento de salários; pagamento de empréstimos bancários etc.

Gastos: consumo genérico de bens e serviços. Os gastos ocorrem a todo o momento e em qualquer setor de uma empresa. O dinheiro não é gasto, ele é desembolsado. Os bens e serviços obtidos por meio do desembolso são consumidos, ou seja, gastos. Exemplo: matéria-prima consumida no processo produtivo, serviços de frete, energia elétrica consumida etc.

Custos: gastos relativos a bens e serviços (recursos) consumidos na produção de outros bens e serviços. Exemplo: matéria-prima consumida, materiais auxiliares, mão-de-obra produtiva, água, energia elétrica etc.

Despesas: gastos relativos aos bens e serviços consumidos no processo de geração de receitas e manutenção dos negócios da empresa. Ou seja, aqueles que não são diretamente ligadas ao processo produtivo. Exemplos: impostos sobre vendas, comissões, propagandas etc.

Perdas: gastos anormais ou involuntários que não geram um novo bem ou serviço e tampouco receitas e são apropriados diretamente no resultado do período que ocorrem. Exemplos: vazamentos de materiais líquidos ou gasosos, material com prazo de validade vencido, greves, enchentes etc.

Desperdícios: gastos incorridos nos processos produtivos ou de geração de receitas e que possam ser eliminados sem prejuízo da qualidade ou quantidade dos bens, serviços ou receitas geradas.

Sob certa óptica, gastos, custos e despesas são considerados semelhantes. Os termos são normalmente intercambiáveis. MARTINS (2001), FIGUEIREDO e CAGGIANO (1997) e FALK (2001) somente diferenciam estes conceitos para enfatizar uma determinada situação. Este trabalho, salvo quando especificado, utilizará a versão menos purista deste conceitos; gastos, despesas, perdas e desperdícios serão tratados a priori como custos.

3.1.3.2.2 Classificação dos custos

FALK (2001) divide os custos em **diretos e indiretos**. Os primeiros são aqueles que estão, clara e diretamente, associados ao objeto de custo. Por exemplo, o salário de operadores de aparelhos e depreciação do equipamento. Já aqueles que não estão visivelmente ligados aos objetos de custo são considerados indiretos. Como por exemplo, o salário do porteiro, os custos com arquivamento etc. Objeto de custo é qualquer item para o qual queremos saber os custos, por exemplo, um procedimento médico, um departamento ou um paciente específico.

Outra subdivisão do custo é em relação a sua variação. Custos **fixos** não se alteram conforme a mudança no volume de atendimento (pacientes ou procedimentos). Por exemplo, o salário de uma enfermeira ou o aluguel do prédio. Se o custo não se mantiver estável perante uma variação de volume de atendimento, será considerado **variável**. Neste se enquadram os medicamentos utilizados, exames radiológicos etc.

Deve-se considerar que, em certas ocasiões, mesmos os custos fixos variam conforme o volume de atendimento. Caso o volume aumente muito, a quantidade de enfermeiras não será suficiente para atender a todos os pacientes, e uma nova profissional deverá ser contratada. Os custos de depreciação de equipamento não se alteram conforme o número de utilizações porém, em certas situações, será necessário adquirir um novo equipamento. Ou seja, existem custos que podem variar conforme patamares de volume de atendimentos. Estes são chamados de custos **semi-fixos ou mistos**.

Neste ponto aparece uma nova classificação de custos: o **marginal**, definido como a mudança nos custos totais relacionados com uma mudança em volume de atividade prestada.

Existem outras observações relevantes feitas por FALK (2001), no que diz respeito aos custos hospitalares. Devido à alta gama de procedimentos e tipos de pacientes (idade, sexo, resistência física etc), conciliado com as adversidades típicas da área, alguns objetos de custo (paciente ou procedimentos) terão seus gastos acima da média esperada. Nestas situações, estes objetos levam a um prejuízo. Este é **subsidiado** por procedimentos ou pacientes rentáveis. Outra questão de extrema relevância é o fato de que, pela complexidade da atividade, a apuração dos custos (ver métodos de apuração mais adiante neste documento) não é precisa e o valor varia conforme a metodologia utilizada. Mesmo os métodos mais complexos são incapazes de refletir com veracidade o que acontece com os custos da organização. "Não existe um custo verdadeiro" (FALK, 2001, p.32). Porém é possível chegar-se bem próximo da "verdade" esperada pela óptica de observação. Vale ressaltar que contadores, gerentes, *controllers*, médicos e acionistas possuem ópticas e objetivos diferentes.

3.1.3.2.3 Métodos de apuração de custos

É de vital importância para os hospitais, saber e controlar seus custos departamentais. Porém, como em qualquer empresa, o conhecimento do custo total dos produtos e serviços finais é imprescindível. O problema está em saber quanto de um custo indireto deve ser considerado na composição do custo final. Por exemplo: quanto do salário do porteiro ou do pessoal de faturamento deve ser considerado no custo total de um procedimento cirúrgico?

Em empresas industriais, onde os custos diretos correspondem à maior parcela do custo total do bem produzido, esta não é uma tarefa muito difícil, mesmo porque pequenos erros não farão muita diferença no final. No caso de hospitais, a situação é inversa. Existem muitas atividades de apoio (agrupadas em departamentos) que são inerentes à atividade fim da organização. Por exemplo: comissão interna de infecção hospitalar, faturamento, manutenção etc. Estas e as

demais despesas gerais de um hospital compõem uma parte significativa do custo final.

Os financiadores pagarão os serviços executados, com base em preços pré-estabelecidos para procedimentos, taxas de sala, diárias, honorários médicos, materiais, medicamentos entre outros. Os materiais e medicamentos normalmente são pagos conforme uma tabela nacional (Brasíndice), onde os custos de aquisição e manipulação são, supostamente, cobertos. Estes podem ser, então, considerados custos diretos e variáveis. Cabe aqui uma observação: apesar de serem facilmente controlados, os custos com materiais e medicamentos merecem certa atenção, pois processos caros de aquisição, custos financeiros, armazenagem (alguns em condições especiais como, por exemplo, refrigerador), transporte e manipulação, podem carregar os custos destes tornando-os deficitários. Entretanto, o maior desafio é saber quanto é o custo dos procedimentos, custo de salas e equipamentos etc.

Para tentar resolver estas questões, algumas metodologias são empregadas.

3.1.3.2.4 Custeio Direto ou Variável

Nesta metodologia, os custos fixos são somados aos variáveis e divididos pelo número total de serviços efetuados (PEREZ JUNIOR; OLIVEIRA; COSTA 1999). Consegue-se assim saber se o custo da média geral de serviços está evoluindo ou não no decorrer do tempo. Outra possibilidade é saber rapidamente quanto será o custo total de um atendimento baseado no custo variável. Esta seria a utilização do conceito de margem de contribuição, onde um fator de multiplicação é aplicado ao custo variável para se conseguir o custo total. Porém, os procedimentos dentro de um hospital não consomem recursos gerais na mesma proporção. A evolução deste método seria determinar a margem de contribuição por tipo de atendimento. Mesmo assim, isto estaria muito longe do custo efetivo.

3.1.3.2.5 Alocação de despesas

Esta metodologia baseia-se, inicialmente, em definir centros de custos (produtivos e auxiliares), onde todos os recursos consumidos são apropriados. Depois de determinadas as despesas dos centros de custos, os custos dos centros auxiliares, ou de apoio, seriam alocados como despesas nos centros de custos produtivos. FALK (2001) cita que, até recentemente, este era o método mais utilizado nos hospitais dos Estados Unidos.

Os centros de custos seriam basicamente os departamentos. Desta forma os custos gerais de limpeza seriam rateados para os centros produtivos (UTI, Centro Cirúrgico etc). O critério utilizado para o rateio dos custos é fundamental para o sucesso do método. Por exemplo: a limpeza pode ser rateada pela área ocupada (metros quadrados) pelo centro produtivo, porém não é incomum observar-se departamentos pequenos em área, que consomem mais recursos de limpeza do que outros grandes.

Para FALK (2001), não é necessário alocar todos os gastos de um centro de custo por apenas uma base de rateio. Assim, por exemplo, os materiais de limpeza poderiam ser rateados conforme área; o salário da chefia do departamento de limpeza e custos de administrá-los, poderiam ser rateados igualmente entre os centros produtivos. Por fim, os salários dos demais funcionários da limpeza poderiam ser rateados pelo total de horas dedicadas a cada departamento.

Ainda assim, existem gastos de centro de custos auxiliares, com outros centros auxiliares. O Faturamento também utiliza os serviços de limpeza. Pode-se, segundo FALK (2001), resolver este problema das seguintes formas.

- a) Alocação direta: o total do consumo dos centros de apoio seriam alocados diretamente nos centros produtivos. A distribuição dos custos entre os centros de apoio não é considerada;
- b) Alocação seqüencial: alocam-se os gastos de um centro de apoio para outro, e a soma dos dois para o terceiro e assim por diante. Deve-se decidir qual será o primeiro centro da seqüência. A ordem do rateio altera a distribuição final dos custos;

- c) Alocação recíproca: esta metodologia considera que existem trocas recíprocas entre os centros de apoio. Para chegar ao resultado final, utilizam-se cálculos matriciais.

Depois de alocados os custos dos centros de apoio, nos produtivos, basta então definir o custo da atividade fim do centro produtivo. A primeira opção seria dividir o custo total pelo número de procedimentos realizados. Por exemplo, para se descobrir o custo do paciente-dia, divide-se o total de despesas do centro de custo produtivo, pelo número total de pacientes-dia no período. Novamente depara-se com o problema de se assumir que todos os pacientes consomem os recursos de forma igual.

Para tentar minimizar este problema, FALK (2001) indica outros dois métodos: unidade de valor relativo e o ABC (custo baseado em atividade).

3.1.3.2.6 Unidade de valor Relativo

Neste método, inicialmente os custos dos centros são divididos em: salário (fixo e variável), não-salário (fixo e variável) e capital. Utilizando-se, por exemplo, a alocação seqüencial discutida anteriormente, com base em rateios pré-estabelecidos. Os diversos procedimentos (atividades) do centro produtivo são mensurados de forma unitária, em termos de utilização de mão-de-obra, materiais e equipamentos. Valores de referência (por salário, não-salário e total) são conseguidos a partir de sua proporção com a média do custo de todos os procedimentos. Estes valores são chamados de UVR (unidade de valor relativo). No final do período de avaliação, multiplica-se o número de procedimentos realizados de cada tipo, pela UVR (salário e não salário). As somas dos valores encontrados servirão de referência para se dividir os custos totais por tipo de conta (salário e não salário). Com isto chega-se à proporção dos custos totais por tipo de procedimento, ou seja, o custo de cada procedimento.

A metodologia é complexa e depende de um bom registro dos dados relativos a custos. Porém uma vez determinada, poderá auxiliar no controle mensal dos custos dos procedimentos, pois a partir dos UVR definidos o cálculo do custo final

torna-se simples. Ela resolve alguns dos problemas apresentados anteriormente, principalmente porque além de considerar que os objetos de custo (paciente, procedimentos etc) consomem recursos em quantidades diferentes, ela considera que os recursos humanos e materiais, também são consumidos em proporções diferentes.

Entretanto, o próprio autor (FALK, 2001) cita que, caso haja uma alteração no processo produtivo, por exemplo, uma evolução tecnológica, ou mesmo uma variação dos preços de materiais, isto levaria a um recálculo de todos os índices de UVR. Apesar de muito mais precisa do que simplesmente dividir o custo total pelo número de procedimentos, este método ainda trata custos em relação à média do centro de custos. Deve-se avaliar o custo / benefício de se implantar uma sistemática tão complexa e cara.

3.1.3.2.7 Custos baseados em atividades

O Método ABC tem como alvo principal os custos indiretos. Seu objetivo é desenvolver uma lógica de alocação de custos que permita avaliar como as atividades consomem os recursos da empresa e tratar os custos indiretos como se fossem diretos.

Em um primeiro momento é necessário identificar e entender as atividades que interferem no processo a ser analisado, após isto podem-se direcionar os custos primários e calcular os custos das atividades. Com o custo da atividade calculado alocam-se os custos secundários ao produto e ou serviço final, proporcionalmente à utilização de cada uma das etapas. Esta etapa é particularmente importante, pois pode identificar ineficiência nos processos.

O ABC é oportuno nas atividades que são fornecedoras e ou clientes de outros processos ou áreas. Para estas o ABC faz com que os custos de uma atividade / processo sejam distribuídos baseados em critérios lógicos de utilização de um "serviço" o que gera um resultado mais real dos custos da organização.

Relativamente ao método de Centro de Custo o ABC é conflitante, pois ele responde a pergunta que o método CC não responde; "COMO?". Assim tornando-se

mais eficiente na alocação dos custos indiretos deixando de lado os conceito de Grandes Médias.

A idéia básica para FALK (2001) é de que os serviços ou produtos consomem atividades, e estas são as que consomem recursos, em oposição aos métodos anteriores, que indicam que os serviços ou produtos consomem recursos diretamente.

O sistema ABC foi desenvolvido pelo professor Robert Kaplan na década de 80 (SALIBI NETO, 1999), com o intuito de resolver alguns dos problemas de custeios descritos anteriormente. Inicialmente o método foi utilizado pelas indústrias, mas mostrou-se mais eficaz em empresas de serviços, onde a dificuldade de apuração dos custos dos serviços é maior.

Com o passar do tempo, o método foi sendo utilizado em várias empresas, mas nota-se sua aplicação atual, no ramo hospitalar, pois estes são empresas de serviços altamente complexas, algumas muito grandes (em termos de funcionários e faturamento), e como descrito anteriormente, a dificuldade e a necessidade de apuração precisa de custos são grandes.

KHOURY e ANCELEVICZ (2000) consideram que a metodologia possui distorções e erros, mas ainda assim é uma tentativa interessante de aperfeiçoamento dos sistemas tradicionais de custos.

Assim, como a metodologia da UVR, o ABC também é complexo, difícil de se aplicar e oneroso, porém sua grande vantagem está no entendimento do processo de gasto. A visualização de como as atividades consomem recursos pode levar a uma evolução no processo produtivo ou simplesmente uma otimização do uso dos recursos.

ABBAS; LEZANA e MENEZES conseguiram resultados interessantes utilizando a metodologia na lavanderia do Hospital Universitário de Florianópolis, entre os quais podem-se citar:

- a) funcionários ociosos, tornando dispensável a presença de alguns;
- b) necessidade de estudo para viabilizar o aproveitamento da água consumida;
- c) elevado número de retrabalhos.

Nota-se então, que o uso do ABC leva não só a resultados numéricos e monetários, mas também a conclusões acerca dos processos das próprias atividades. Os autores ainda observam que o ABC não é uma panacéia para todos os problemas dentro de um hospital, mas pode auxiliar os administradores a identificarem problemas operacionais. Novamente deve-se analisar o custo versus benefício, que a metodologia poderá trazer.

3.1.3.2.8 Conclusões acerca dos sistemas de contabilidade de custos para hospitais

Conforme descrito anteriormente, cada modelo de custeio, possui vantagens e desvantagens. A precisão do método é proporcional à dificuldade de implantação e seu custo. Historicamente também se observa, que o modelo utilizado pelos hospitais evoluiu proporcionalmente às dificuldades financeiras dos hospitais. Quanto mais difícil torna-se cobrir os custos totais com o faturamento total do hospital, mais este procura métodos de custeio mais precisos.

Para FIGUEIREDO e CAGGIANO (1997), um método de custeio tem como função principal, produzir as seguintes informações:

- a) Custeio dos produtos, serviços, atividades;
- b) Controle de custos por área de responsabilidade;
- c) Avaliação de desempenho.

Já para MARTINS (2001), o sistema de custos de um hospital deve ser capaz de responsabilizar gerentes, chefes e encarregados pelos custos departamentais incorridos e ainda:

- a) calcular os custos das receitas;
- b) proporcionar meios para analisar os estoques de materiais médicos e medicamentos;

- c) indicar a eficiência dos equipamentos hospitalares;
- d) auxiliar na eliminação de desperdícios, de forma a reduzir os custos hospitalares;
- e) auxiliar no estabelecimento de preços de venda das taxas, dos materiais médicos, dos medicamentos e procedimentos médicos.

Cabe ao gestor avaliar o custo versus benefício que cada método traz, considerando a sua realidade. Para auxiliar a sua decisão, o sistema deve produzir, no mínimo, as informações descritas acima.

3.2 CULTURA ORGANIZACIONAL

Para SCHEIN, citado por WAGNERR III e HOLLENBECK (2002, p.367), “cultura é um padrão de suposições básicas – inventadas, descobertas ou desenvolvidas [pelos membros da própria empresa] para lidar com problemas de adaptação externa e integração interna – que funcionam com eficácia suficiente para serem consideradas válidas e, em seguida, ensinada aos novos membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir problemas.”

Os mesmos autores citam como elementos superficiais da cultura os seguintes aspectos:

- a) Cerimônias – Eventos especiais nos quais os membros da organização celebram os mitos, heróis e símbolos da empresa;
- b) Ritos – Atividades cerimoniais destinadas a comunicar idéias específicas ou a realizar determinados propósitos;
- c) Rituais – Ações regularmente repetidas para reforçar normas e valores culturais;
- d) Histórias – Relatos de eventos passados que ilustram e transmitem normas e valores culturais mais profundos;

- e) Mitos – Histórias imaginárias que ajudam a explicar atividades ou eventos que de outro modo poderiam ser confusos;
- f) Heróis – As pessoas de sucesso que corporificam os valores e o caráter da organização;
- g) Símbolos – Objetos, ações ou eventos dotados de significados especiais e que permitem aos membros da organização trocarem idéias complexas e mensagens emocionais;
- h) Linguagem – Um conjunto de símbolos verbais que geralmente reflete a cultura particular da organização.

Para eles, no cerne da cultura de toda organização existe um conjunto de normas e valores fundamentais que moldam os comportamentos dos membros e os ajudam a entender a organização. “Por estabelecer restrições sobre o que eles podem ou não fazer, a cultura de uma organização é particularmente relevante para os administradores.”(ROBBINS; COULTER, 1998 p.49). Assim, se o comportamento dos membros da organização é moldado e limitado pela cultura, e o planejamento financeiro é um processo constante, dependente de ações e do comportamento de muitas pessoas, então pode-se afirmar que a cultura organizacional influi diretamente no planejamento financeiro, tanto na sua existência quanto no seu sucesso. “... relações informais podem desempenhar um papel construtivo ou destrutivo na tentativa que organização faz para atingir sua missão, objetivos gerais e específicos.”(WRIGHT; KROLL; PARNELL 2000, p.359)

O ato de planejar já caracteriza um traço forte da cultura de uma empresa, chegando a algumas vezes a se tornar um “Ritual”. A não existência de planejamentos na empresa pode significar que a cultura desta não prioriza este valor como fundamental, ou que até mesmo as crenças e valores se opõem ao planejamento. Não é incomum escutar-se a frase: “Planejamento não serve para nada” ou “Não adiante planejar porque tudo muda no caminho”. Assim, para se determinar se a cultura organizacional favorece o planejamento financeiro, devem-se responder duas questões:

1. O ato de planejamento é uma constante na empresa? O planejamento de ações ocorre naturalmente?
2. Existe uma descrença significativa entre os membros da organização sobre o planejamento de uma forma geral?

Para se responder estas questões, pode-se, por exemplo, investigar os elementos superficiais citados anteriormente. Se a primeira questão for respondida de forma afirmativa, isto significa que o ato do planejamento financeiro não sofrerá oposição por parte da cultura. Entretanto se a resposta for negativa, deve-se investigar o fato com a segunda questão. Se esta for afirmativa (não se acredita em planejamento), então o planejamento financeiro estará comprometido.

Porém, nem sempre a cultura influi nas decisões. "Apesar de todas as organizações terem culturas, nem todas as culturas possuem impacto igual sobre os empregados."(ROBBINS; COULTER, 1998, p.49). Para os autores, existem culturas fortes e culturas fracas. Somente as fortes, ou aquelas em que os empregados mais aceitam os valores principais, deverão ser analisadas pela óptica cultural.

Além do planejamento, ROBBINS e COULTER (1998) também citam outros exemplos de decisões administrativas afetadas pela cultura.

- a) Organização: quanto de autonomia deveria ser colocado no trabalho dos empregados; se as tarefas devem ser concebidas por indivíduos ou equipes; o grau com que os administradores de departamento interagem uns com os outros;
- b) Liderança: o grau com que os administradores se preocupam em aumentar a satisfação do empregado no trabalho; que estilos de liderança são apropriados; se todas as discordâncias – mesmo as construtivas – devem ser eliminadas;
- c) Controle: se os empregados devem poder controlar suas próprias atividades ou se deve ser imposto um controle externo; que critérios deveriam ser enfatizados na avaliação do desempenho de empregados; quais serão as repercussões se alguém exceder seu orçamento.

3.2.1 Delegação, Avaliação e Administração por Objetivos

“O controle exige a existência de uma estrutura organizacional que defina a responsabilidade de assegurar o desempenho de tarefas individuais (...) Inevitavelmente o gerente geral para decidir tem de conferir autoridade aos vários gestores divisionais, e à medida que isto ocorre, o resultado é a descentralização do processo de tomada de decisão.”(FIGUEIREDO; CAGGIANO,1997, p.211). Observa-se que, além de aspectos culturais, o controle é influenciado pela estrutura organizacional. Isto se deve ao fato de que a estrutura pode causar impacto sobre a cultura, ou que a cultura moldou a estrutura organizacional. O importante é que, tanto o controle, quanto a delegação, pelo menos na dimensão formal, estão associados a aspectos culturais e estruturais.

A delegação também pode ser usada para fins de motivação. “... o indivíduo é estimulado pelo êxito a fim de atingir novos objetivos. Contrastando com isto, tarefas que não envolvam nenhuma espécie de objetivo ou realização, produzem tédio...” (VERNON, 1973, p.190). Observa-se que a delegação está associada a objetivos. Delegar autoridade, tanto a gerentes divisionais quanto a demais funcionários, não é novidade, e junto com ela surge o problema de avaliação de desempenho.

Foram discutidos anteriormente, índices de avaliação do desempenho de certas atividades. Não obstante, estes somente fazem sentido se culturalmente a organização adota sistemáticas de administração por objetivos, e esta pressupõe inicialmente uma delegação / descentralização de autoridade e posteriormente uma avaliação do desempenho.

“Na prática a descentralização e a centralização total raramente ocorrem”.(FIGUEIREDO; CAGGIANO, 1997, p.211) Neste ponto, aparecem os objetivos ou metas, que servem tanto para avaliação posterior quanto para delimitar a descentralização. “Outro fator que afeta o desempenho é até que ponto uma pessoa se sente comprometida com uma meta. Metas específicas e difíceis apenas resultam em melhoria de desempenho quando existe um alto comprometimento com a meta.”(WAGNERR III; HOLLENBECK, 2002, p.102)

Os mesmos autores discutem outros aspectos das metas como, por exemplo, o grau de dificuldade de realização, a adequação com o cargo e capacidade da pessoa, a clareza da especificação do objetivo etc. Como é possível observar, a

administração por objetivos não é uma tarefa fácil de se implementar. Esta é a razão da importância desta ser um aspecto cultural em um hospital. O Planejamento Financeiro necessita da administração por objetivos para seu pleno sucesso, e caso esta não seja cultural, irá dificultar tanto a implementação quanto o desempenho do planejamento.

3.2.2 Controle

“Independentemente do cuidado com o planejamento, uma idéia ainda pode ser mal interpretada caso não exista um controle satisfatório.”(ROBBINS; COULTER, 1998, p.414) Como visto anteriormente, o controle em uma organização pode ter origens culturais ou estruturais. Da mesma maneira que a administração por objetivos e a delegação são importantes para o planejamento financeiro, o controle desempenha papel fundamental. “**Controle** pode ser definido como o processo de monitorar as atividades de forma a assegurar que elas estejam sendo realizadas conforme o planejado e corrigir quaisquer desvios significativos.”(p.414)

Os mesmos autores sugerem que existem três abordagens de se projetar um sistema de controle: controle de mercado, burocrático e controle de clã. Este último possui sua essência na cultura organizacional. As formas de controle são aprendidas pelos valores e crenças da organização. Assim, se a cultura estiver em sintonia com o planejamento no sentido de controle, pode-se conviver sem um sistema estrutural formal de controle. Por outro lado se o controle for antagônico à cultura, mesmo a implementação de um sistema formal terá problemas.

3.2.3 Comunicação

“A importância de uma comunicação eficaz para os administradores não pode ser exagerada, por uma razão específica: tudo o que um administrador faz envolve comunicação.”(ROBBINS; COULTER, 1998, p.386) Para os autores, comunicação envolve a transferência de significado. Se nenhuma idéia ou informação for transferida, a comunicação não ocorre. Não se trata aqui de discutir as formas

eficazes de se comunicar, tampouco dissertar sobre vasta teoria por trás da comunicação, mas sim analisar seu impacto sobre o planejamento financeiro de um hospital.

ROBBINS (2002) considera que a comunicação possui quatro funções básicas:

- a) Controle: a comunicação age no controle do comportamento das pessoas. Tanto formalmente quanto informalmente;
- b) Motivação: na medida em que esclarece os funcionários sobre o que deve ser feito, avalia a qualidade de seu serviço e orienta para melhorá-lo;
- c) Expressão emocional: a comunicação que ocorre dentro de um grupo é um mecanismo fundamental para que seus membros expressem suas frustrações ou sentimentos de satisfação;
- d) Informação: ela proporciona as informações que as pessoas e os grupos precisam para tomar decisões, transmitindo os dados para que se identifiquem e avaliem as alternativas.

Nenhuma função básica é mais importante que a outra; entretanto, para existir um planejamento financeiro efetivo, a troca de informações é fundamental.

Envolvimento de tomadores de decisão significa que todos aqueles que tomam decisões sobre o fluxo de caixa de uma empresa devem, de alguma forma, ter conhecimento da situação e possibilidade de caixa para o referido período (...) Todo profissional que atue na empresa e tome decisões que afetam a liquidez da empresa deve ser chamado a participar, de alguma forma, no estabelecimento de metas de geração de liquidez do período. (FREZZATI, 1997, p.44 e 45)

Tanto a comunicação vertical entre os líderes e subordinados, quanto a horizontal, entre os departamentos, são fundamentais para o processo de planejamento financeiro, visto que somente com as informações das diversas áreas é possível compor um plano consistente. Mesmo assim, nem sempre o modelo formal de informações pode suprir as necessidades do planejamento financeiro em tempo hábil. "Cada responsável por unidade ao seio da organização tende a considerar que é indispensável receber as informações das outras unidades;

contudo, produz as suas com certa resistência. No hospital, esta tendência se fortalece pela natureza das informações que circulam, e pela necessidade de proteger-se o conteúdo médico no tocante ao indivíduo (segredo médico).”(NICZ; KARMAN, 1995, P.219)

Para CARAVANTES e BJUR (1995) um bom padrão de comunicação só existe quando se cria um ambiente aberto, livre e sem manipulação, onde as necessidades de defesa são minimizadas. Observa-se novamente fatores culturais que podem impedir a livre circulação da informação. Assim, a cultura organizacional deve propiciar uma comunicação aberta entre seus membros, para que o planejamento financeiro se sustente.

3.2.4 Resistência a mudanças e Flexibilidade

Para WAGNERR III e HOLLENBECK (2002, p.376), “Mudança é o ato de variar ou de alterar modos convencionais de pensamento ou comportamento.” Pode-se desta forma, dizer que resistência a mudanças é o ato se opor a variações ou alterações. O planejamento financeiro pressupõe que algo deve mudar. “Se não fosse pela mudança, o trabalho do administrador seria relativamente fácil. O planejamento seria simplificado, já que o amanhã não seria diferente de hoje.”(ROBBINS; COULTER, 1998, p.266)

Existe na literatura uma vasta discussão das origens e formas de neutralizar as resistências a mudanças. Não cabem aqui maiores atenções, visto que é possível definir diretamente que, quanto maiores as resistências culturais a mudanças dentro de uma organização, maior será a dificuldade de se implantar e manter uma sistemática de planejamento financeiro.

3.3 ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL

MAXIMIANO (1997) define administração como sendo o processo de tomar e colocar em prática, decisões sobre objetivos e utilização de recursos. Para ele, os recursos podem ser classificados em seis tipos principais: instalações, espaço,

tempo, dinheiro, informações e pessoas. O tempo e dinheiro são os alvos do planejamento financeiro mas, para que ele ocorra, devem existir instalações adequadas, pessoas que possam realizar o trabalho e informações coerentes.

Conforme discutido anteriormente, o fluxo de informações é fundamental para o planejamento financeiro. Posteriormente esta questão será mais enfatizada. Este fluxo, teoricamente, pode ser feito de forma manual, sem o uso de tecnologia avançada. Porém, devido à complexidade de hospital, isto se tornou inviável. "No novo milênio a tecnologia de informação tornou-se estratégica, pois tem se tornado um meio para a obtenção de vantagem competitiva; ou seja, cada vez mais, a mudança do seu modelo comercial significa o uso explorador da tecnologia da informação."(BOAR, 2002, p.10)

Na prática, para se atender as imposições dos planos de saúde ou SUS, o uso de alguma forma de tecnologia é inevitável. Recentemente, observa-se a tendência da eliminação, ou pelo menos a redução da troca física de papéis entre os hospitais e os planos. A troca de informações em breve será altamente baseada em tecnologia (sistemas computacionais e Internet). Os bons resultados obtidos com o uso de tecnologia da informação têm nivelado por cima as práticas gerenciais. Ou seja, um hospital que não se utilizar dos benefícios trazidos pelo uso da tecnologia de informação ficará aquém daqueles que se utilizam, em termos de agilidade, custo e atendimento. A competição entre os hospitais existe, é alta e está promovendo uma "seleção natural" eliminando os mais despreparados.

Pode-se considerar, atualmente, que um sistema de informações computacional faz parte das instalações de um hospital. Desta forma agrupam-se, para fins de planejamento financeiro, dois tipos de recursos citados por MAXIMIANO (1997), as instalações e as informações em uma única abordagem: Tecnologia da Informação.

Anteriormente discutiu-se a respeito das funções financeiras dentro de um hospital. O enfoque dado foi de que as funções deveriam existir, mas não necessariamente os cargos. Não se deve esquecer que as funções são realizadas por pessoas, e que estas devem possuir capacidade para exercer o cargo ou função. "Analisar um cargo significa detalhar o que o cargo exige do seu ocupante em termos de conhecimentos, habilidade e capacidade para que possa desempenhá-lo adequadamente."(CHIAVENATO, 1999, p.177)

Para ROBBINS (2002), estrutura organizacional define como as tarefas são formalmente distribuídas, agrupadas e coordenadas. Sendo esta dividida em seis elementos básicos: especialização do trabalho, a departamentalização, a cadeia de comando, a amplitude de controle, a centralização e descentralização e a formalização. Todos estes fatores influenciam as funções financeiras, e estas influenciam o planejamento financeiro. Desta forma o planejamento financeiro de um hospital deve ter respaldo de uma estrutura organizacional adequada.

Assim, para se poder compreender os fatores estruturais que afetam o planejamento financeiro, deve-se analisar a tecnologia de informação envolvida, a capacitação das pessoas e a estrutura organizacional formal.

3.3.1 Estrutura Organizacional

3.3.1.1 Controle

A importância da questão cultural de controle na organização foi discutida anteriormente, mas ainda falta analisar os fatores formais de controle. “Se uma organização possui controles inadequados, ela pode enfrentar custos em rápida ascensão ou descobrir que não está alcançando seus objetivos.”(ROBBINS; COULTER, 1998, p.414) Este é apenas um exemplo dos efeitos práticos de um sistema de controle. Mesmo que a organização esteja apta culturalmente a tratar de controles, existe a necessidade de se instituir um sistema de controle formal como base de sustentação do planejamento financeiro.

3.3.1.2 Cadeia de comando e centralização

ROBBINS (2002), discorre sobre a perda de importância que a cadeia de comando (linha única de autoridade) teve nos últimos anos. Segundo o autor, os funcionários possuem cada vez mais autonomia, até mesmo em áreas estratégicas da organização. Mesmo assim, a cadeia de comando ainda tem sua serventia.

“Outro importante aspecto da dimensão vertical da estrutura organizacional que os administradores devem determinar é o tipo e a quantidade de autoridade e responsabilidade que os membros organizacionais terão (...) Quando os administradores delegam autoridade, uma dada parcela de **responsabilidade** deve ser repassada também.”(ROBBINS; COULTER, 1998, p.212 e 213)

“O termo centralização se refere ao grau em que o processo decisório está centrado em um único ponto da organização. “(ROBBINS 2002, p.407) Como visto anteriormente, o planejamento é também um processo decisório, e deve envolver as diversas áreas da organização. Assim, o poder decisório deve estar descentralizado pelo menos nestas pessoas envolvidas.

Para FREZATTI (1997), o gestor do fluxo de caixa deve possuir certa autonomia e responsabilidade sobre este, mas a responsabilidade também é de todos os envolvidos no processo. Os diversos gerentes devem se reportar ao gestor do caixa, como forma de consulta e permissão, e responder por ações que interfiram no fluxo. Desta maneira, os gerentes, ou pessoas envolvidas, devem possuir autonomia e responsabilidade sobre as questões que influenciem no fluxo de caixa, mas também devem se reportar ao gestor do caixa, para que o planejamento financeiro tenha êxito. Além disto, os envolvidos no planejamento devem possuir poder de decisão sobre o mesmo. WARGER III e HOLLENBACK (2000) definem isto como interdependência, e ressaltam que esta pode ser uma fonte de conflitos dentro da organização.”Compartilhar de um número maior de interligações e estar mais estreitamente ligado aumenta a probabilidade de que as diferenças de opinião, metas ou resultados sejam percebidos e discutidos.”(p.185) Porém, os autores não indicam formas de reduzir este problema, o que leva a crer que a interdependência é um mal necessário e que quem deve ser combatido é o conflito.

3.3.1.3 Formalização, especialização do trabalho, departamentalização e amplitude de controle

ROBBINS (2002), define formalização como o grau em que as tarefas dentro da organização são padronizadas. Já a amplitude de controle é a quantidade de funcionários dirigidos por um administrador. Estes aspectos parecem não possuir

relação com a eficácia do planejamento financeiro, desde que não atrapalhem no trabalho como um todo.

O autor também descreve a especialização do trabalho como o grau de divisão e separação das tarefas; e departamentalização seria o agrupamento das tarefas para que estas possam ser coordenadas. Novamente, a relação destes aspectos com o planejamento financeiro é muito tênue, não merecendo maiores atenções. Da mesma forma, os arranjos e combinações dos diversos aspectos estruturais, formando as estruturas burocráticas (funcional, divisional e matricial) e pós-burocráticas (unidades de negócio) citada por WARGER III e HOLLENBACK (2000), desde que funcionem de maneira geral, não terão grandes influências sobre o planejamento financeiro.

3.3.2 Capacitação de pessoal

Para CHIAVENATO (1999) a análise dos cargos se preocupa com as especificações do cargo em relação à pessoa que deverá preenchê-lo. O ocupante do cargo (tesoureiro, controlador, diretor financeiro etc), ou a pessoa que irá desempenhar as funções financeiras deverá preencher certos requisitos condizentes com as tarefas. Entre os requisitos citados pelo autor, os mentais possuem relação direta com o planejamento financeiro.

O autor divide os requisitos mentais em:

- a) Instrução necessária
- b) Experiência anterior
- c) Iniciativas
- d) Aptidões

No capítulo sobre Administração Financeira, foram discutidas diversas funções financeiras necessárias ao planejamento. Assim, para se analisar a correta ocupação do cargo, bastaria cruzar os requisitos das tarefas financeiras com as capacidades dos ocupantes. Porém este não é um processo fácil, e deve-se lembrar de que o fato de uma pessoa desconhecer a função, por nunca ter realizado, não a

desqualifica de exercer a função. Talvez um pequeno treinamento seja necessário. Outra questão importante é a de que as funções financeiras descritas anteriormente foram feitas de maneira genérica, não detalhando melhor as tarefas.

Uma outra forma de ligar a função com a pessoa, no caso do planejamento financeiro hospitalar, poderia ser em relação aos indicadores de desempenho. O funcionário deve ao menos saber o que significam os indicadores, e como podem ser manipulados. Desta forma, verifica-se, pelo menos de maneira superficial, a experiência anterior e a instrução necessária.

3.3.2.1 Requisitos para a função de diretoria financeira

“Devido ao conjunto de fatores intervenientes sobre o desempenho das organizações e o alcance dos resultados de qualidade, está perfeitamente claro que a prática gerencial não profissionalizada, por mais experiente que seja, não será suficiente para o adequado desempenho organizacional, quaisquer que sejam as condições ambientais a envolver a organização.”(BARBOSA; LAMY, 1995, p.141) Estes autores se referem a grandes hospitais, mas isto não significa que não poderia ser a prática em hospitais menores. Os autores também consideram que a gestão hospitalar não deveria estar sob responsabilidade de um profissional de saúde (médico), salvo se este estiver exclusivamente dedicado à gestão, e buscar capacitação para tal.

No interessante livro “Gestão Hospitalar. Um desafio para o hospital brasileiro”, os diversos autores sugerem que a origem dos hospitais brasileiros propiciou a centralização administrativa em médicos. Mesmo com a instituição de hospitais federais e hospitais escolas, o papel do médico continuou no centro da administração (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1995). Observa-se hoje, os reflexos desta origem na falta de investimentos em pessoal profissional, tanto gerencial quanto nas demais posições que exijam técnicas administrativas. Sendo o médico o principal ator de um hospital, não existe espaço para outros profissionais de mando, visto que estes possuem a palavra final. A lógica que impera é a de que a saúde do paciente é mais importante de tudo, e que o médico é o profissional responsável por ela. Não cabem aqui, discussões filosóficas se esta lógica é correta

ou não, ou mesmo discutir as distorções negativas deste processo, mas sim contextualizar a origem do diretor hospitalar. Esta lógica é encontrada principalmente em pequenos e médios hospitais.

Não é necessário o aprofundamento nas mudanças ambientais, como aumento da concorrência, maiores exigências dos consumidores, dificuldades financeiras entre outras, para se descobrir que esse modelo está esgotado, e que somente o bom uso de técnicas administrativas atuais poderá possibilitar a sobrevivência do hospital. Neste novo, ou não tão novo contexto, o papel do diretor é pelo menos o de um facilitador da profissionalização dos atores administrativos, e de principal agente de mudanças.

Um exemplo disto é o trecho retirado de um antigo livro de gestão de pessoal em hospitais (1977), onde o autor discute o papel do principal executivo de um hospital.

Ontem, o Administrador era ao mesmo tempo, o homem do capital, o chefe da organização, o técnico e o chefe do pessoal. As funções técnicas e administrativas se acumulavam nas mãos daquele que possuía o poder e que fazia girar o hospital. Hoje, a administração do hospital tende a dispor, e pode dispor, de dados resultantes de informes técnicos, cientificamente compilados. Ela se desdobra, então, em processos e em administrações parciais; depende de decisões técnicas menores, de especialidades de profundidades variadas, de forma que, ao Administrador ficou a função de comando deste complexo instável, que é a unidade hospitalar moderna e, para cujo governo, é mister ter ele desenvolvidas suas próprias aptidões individuais e as de seu pessoal. (RIBEIRO, 1977,p.79)

GRABOIS (1995) ao discutir a implantação de técnicas de gestão em hospitais, define a questão de forma mais direta. "Quando tratamos de gerência, nos referimos ao conjunto de técnicas e métodos de planejamento, direção e controle, visando um envolvimento e mobilização dos atores hospitalares na concretização dos objetivos da organização. Tais funções são exercidas não apenas pelo diretor-geral, mas por todos os profissionais que exercem funções que visem direcionar as práticas dos diferentes atores."(p.82)

Torna-se claro que além de conhecimento técnico um diretor deve possuir, pelo menos, capacidade de planejamento, organização, controle, delegação e poder de análise.

Quanto ao conhecimento técnico, o diretor deve saber utilizar-se dos seguintes indicadores, conforme discutido anteriormente:

- **Índices de liquidez**
- **Índices de atividade**
- **Índices de endividamento**
- **Índices de rentabilidade**

3.3.2.2 Requisitos para a função de controladoria

O *controller* auxilia a direção financeira tanto no planejamento e organização dos planos quanto na análise e controle destes. Assim, suas aptidões mentais deverão coincidir com estas tarefas. Ou seja, ele deverá estar voltado basicamente ao planejamento e controle.

Tecnicamente ele deverá ter profundo conhecimento sobre os mesmos índices exigidos ao diretor financeiro e, além destes também deverá conhecer:

- a) Orçamento de capital, também denominado orçamento de investimentos;
- b) Fluxo de caixa;
- c) Demonstração de resultados;
- d) Balanços patrimoniais.

Foi visto também que uma das funções fundamentais da controladoria é a apuração de custos. Desta maneira, o profissional que exercer esta função deverá possuir profundos conhecimentos em apurações de custos. “Tanto para estimar a receita, quanto para fixar a despesa, resulta fundamentalmente conhecer a estrutura de custos correspondente a cada unidade de produção com uma discriminação detalhada segundo a modalidade de pagamento implementada. Por exemplo, no caso brasileiro, como já se mencionou, os custos deveriam ser apurados discriminando os diferentes grupos de procedimentos.”(PORTO; DUPONT, 1995, p.175)

3.3.2.3 Requisitos para a função de tesouraria

O fluxo de caixa é o instrumento principal do tesoureiro, assim é imprescindível o domínio desta ferramenta. Também como os demais cargos, o conhecimento dos indicadores da função é necessário. São eles:

- a) Ciclo operacional;
- b) Giro de Estoque;
- c) Idade média do estoque;
- d) Período médio de cobrança;
- e) Ciclo de caixa;
- f) Giro de Caixa;
- g) Percentual de glosas inicial;
- h) Percentual de glosas recorridas;
- i) Percentual de glosas final;

Para realizar interferências no fluxo de caixa, um completo domínio do valor do dinheiro no tempo é de extrema importância, além de conhecimentos sobre cálculo de juros totais: juros, comissões, taxas e demais despesas.

3.3.3 Tecnologia da informação

“Sistema de informação é um conjunto de pessoas, hardware, software, redes de comunicação e recursos de dados que coleta, transforma e dissemina informações em uma organização.”(O'BRIEN, 2002, p.6) É oportuno ressaltar novamente, que um sistema de informação (SI) não necessita ser computadorizado, não obstante, um hospital que tenha um volume razoável de atendimentos, dificilmente conseguirá realizar o faturamento das contas, e até mesmo realizar atendimentos a pacientes, de forma competitiva.

Foi visto anteriormente a importância de uma boa comunicação e da circulação de informações dentro de um hospital. “Um sistema de informações bem projetado pode trazer benefícios para todas as áreas funcionais de uma unidade de

negócios. Um sistema computadorizado de apoio à tomada de decisões pode permitir que cada área funcional acesse informações de que necessita e também que ela se comunique eletronicamente com outros departamentos funcionais, aumentando assim a coordenação interdepartamental.”(WIRGHT; KROLL; PARNELL, 2000, p.246)

Pode-se dizer, com o risco de se cair no “lugar comum”, que nos últimos anos o mundo passou por drásticas transformações, em parte devido à democratização da tecnologia de informação, também, que as empresas que não utilizarem a tecnologia como forma de competição estarão com sérias dificuldades em breve. Apesar de se observar a inclusão tecnológica nos hospitais, estes ainda não estão usando como diferencial competitivo.

A tecnologia de informação (TI) passou de atributo tirador de pedido, para atributo qualificador. Páginas de Internet de hospitais pululam a rede mundial e recepcionistas de hospitais preenchem cadastros e agendas em um computador. Porém, será que a tecnologia está sendo utilizada para aumentar a produtividade e competitividade, ou somente por modismo? Em 1995, PORTO e DUPONT (1995, p.182) já alertavam para a má utilização da informação dentro dos hospitais. “De uma maneira geral, os hospitais brasileiros dispõem de numerosas informações, tanto financeiras quanto relativas à produção de serviços. Ora, essas informações não são praticamente utilizadas para a gestão interna dos estabelecimentos hospitalares, mas sim destinadas às autoridades sanitárias.” Hoje a situação não se alterou muito, apenas nota-se que além das autoridades sanitárias, a TI também está destinada ao atendimento das necessidades dos planos de saúde.

Constatou-se que a controladoria somente pode desempenhar bem seu papel através da manipulação de informações, tanto financeiras quanto operacionais. Parece lógico que um sistema de informações abrangente, preciso e ágil facilite as atividades da controladoria, sobretudo o planejamento financeiro. NICZ e KARMAN (1995, p.220) ao comentarem sobre a gestão de informações, propõem um sistema de informações como fonte de poder dentro dos hospitais.

O sistema de informações assim concebido encontra-se no coração da organização. Ele transmite ao sistema de pilotagem as informações de produção que lhe permitem tomar às decisões que inclinarão o comportamento do nível de produção na direção dos objetivos

fixados (definição do produto, minimização dos custos, qualidade). Para ser completo o sistema de informações deve também considerar e organizar fluxos transversais; no hospital, um exemplo seria a marcação de consultas junto aos serviços médico-técnicos [sic] (radiologia, endoscopia, consultas especializadas, etc) tendo a finalidade de reduzir prazos, suprimir filas de espera, e de dispor de resultados consistentes no momento oportuno, permitindo desta forma tratar dos casos urgentes quando eles se apresentam.

Os autores também preconizam pelo menos três relatórios básicos que um hospital de médio porte deve extrair de seu sistema de informações:

- a) boletim de movimento hospitalar (censo diário);
- b) relatório de atividades do hospital. Quantifica as atividades médicas, operacionais e administrativas do hospital;
- c) relatório de apuração de resultados. Quantifica as receitas e despesas, permitindo uma apuração dos custos unitários.

Um sistema de informação pode ser definido pelo grau de automação das tarefas ou pelo grau de integração com os departamentos e atividades. Um sistema que realize o maior número de tarefas sem a necessidade de interferência humana terá um grau de automação alto. Já o sistema que estiver presente e disponível nos diversos departamentos da organização, e centralizar todas as informações terá o grau de integração alto. “O grau de automação e integração depende muito das possibilidades físicas e tecnológicas, e mesmo de complexidade das operações em termos de dispersão física. O que se sabe é que quanto mais integrados forem os sistemas, menor a possibilidade de erros e maior a economia de tempo.” (FREZZATI 1997, p. 57)

Somente a existência das informações não garante que estas possam ser utilizadas. PEREZ JUNIOR; OLIVEIRA e COSTA (1999, p.30-31) comentam sobre a qualidade das informações necessárias ao planejamento financeiro.

O sistema de informações gerenciais objetiva fornecerá condições para que os resultados reais das operações sejam apurados e comparados com aqueles orçados. Isto é possível através da integração entre padrões e orçamentos (que fornecem os resultados previstos dentro de determinado nível de atividade) e contabilidade (que fornece os resultados

efetivamente alcançados). (...) O requisito fundamental para a adequação do sistema integrado de informações ao processo de planejamento diz respeito à qualidade das informações geradas por este sistema, o que inclui os seguintes fatores.

- a) O conteúdo das informações, no sentido de serem completas, detalhadas no nível necessário e confiáveis.
- b) A idade da informação, representando o intervalo entre a data de ocorrência do fato e a da geração da informação, ou seja, sua oportunidade.
- c) A frequência ou periodicidade com que a informação é gerada, de modo que atenda às necessidades da administração.

“Os conceitos de ‘correção’ e ‘exatidão’ normalmente são confundidos. Uma informação gerencial quase nunca tem de ser exata, basta-lhe ser correta e estar disponível no momento necessário. Ela refletirá, então, em certa medida (grau de correção) a realidade.”(CASSARO, 1999, p.38) Pela óptica do planejamento financeiro, o sistema de informações deverá auxiliar as funções administrativas e o pessoal responsável a gerar informações corretas no tempo necessário. Sendo assim, o SI deverá possuir e disponibilizar as informações necessárias para o levantamento dos índices de desempenho das funções administrativas descritas e também as informações para a realização das atividades. Aqui cabe a ressalva que o ideal é um SI integrado, porém o uso de vários softwares ou até mesmo planilhas eletrônicas como forma de complementar informações podem resolver o problema, desde que garantam a fácil disponibilidade, “rastreadabilidade” (histórico) e correção dos dados no tempo necessário. Um SI será então, um conjunto de ferramentas que registrem e manipulem informações, podendo abranger diversos softwares complementares (estoque, recursos humanos, faturamento etc) e documentos de registros (planilhas, formulários, resumos etc).

Com base nas funções administrativas pode-se afirmar que o sistema de informações de um hospital, que propicie o planejamento financeiro, deve fornecer e manter histórico de forma correta e em tempo hábil as seguintes informações:

- a) perdas com os planos;
- b) ativo circulante;
- c) passivo circulante;
- d) disponibilidades financeiras;

- e) custo dos produtos vendidos;
- f) total do estoque;
- g) total de contas a receber;
- h) vendas diárias médias;
- i) total de contas a pagar;
- j) compras diárias médias;
- k) ativo total;
- l) receita operacional;
- m) ativo operacional;
- n) total do passivo exigível ;
- o) lucro antes do imposto de renda;
- p) total de juros pagos;
- q) lucro disponível aos acionistas;
- r) patrimônio dos acionistas;
- s) número de ações;
- t) fluxo de caixa;
- u) plano de contas adequado;
- v) inadimplência (atrasos, perdas e prazos concedidos);
- w) consumo dos pacientes (medicamentos, alimentação, procedimentos etc);
- x) glosas (iniciais, recorridas e finais);
- y) prazos de pagamento à fornecedores;
- z) volume de atividade operacional (pacientes, cirurgias, procedimentos etc);
- aa)preços unitários de compra;
- bb)disponibilidade dos materiais e medicamentos;
- cc) perdas de materiais e medicamentos;
- dd)taxas e juros pagos em cada operação;
- ee)custo de mão de obra por departamento;
- ff) consumo de recursos (materiais) por departamento;

3.4 RESUMO E CONCLUSÃO SOBRE OS FATORES QUE AFETAM O PLANEJAMENTO FINANCEIRO

Como foi possível observar, diversos são os fatores que interferem no planejamento financeiro. Desde os mais óbvios (conhecimentos e informações) até os mais sutis (comunicação e delegação). O fato é que os diversos fatores interagem não somente com as funções financeiras, mas com todo o restante da organização (formal e informal; tangível e intangível). E assim como influenciam na organização, são influenciados por ela. Desta forma, seria impraticável determinar todos os fatores que afetem o planejamento financeiro, pois tudo é parte de um grande sistema físico e social.

Este trabalho pretende identificar somente alguns aspectos mais importantes. Os outros fatores não devem ser ignorados, mas sua relevância para o problema é pequena.

Com base na bibliografia utilizada é possível listar os principais influenciadores do planejamento financeiro de um hospital, em forma de perguntas. A totalidade das perguntas respondidas de forma afirmativa caracteriza um ambiente propício ao planejamento financeiro hospitalar. Quanto mais respostas negativas, mais o ambiente dificulta a implantação e manutenção do processo.

3.4.1.1 Funções financeiras da diretoria

Existe gestão (planejamento, organização, controle e análise) sobre os seguintes assuntos?

- a) perdas com planos;
- b) objetivos financeiros;
- c) índices de liquidez:

Liquidez Corrente = Ativo Circulante / Passivo circulante

Liquidez Seca = (Ativo circulante – Estoques) / Passivo circulante

Liquidez Imediata = (disponibilidade + aplicações temporárias) / Passivo Circulante

Capital de Giro Líquido = Ativo Circulante – Passivo Circulante

d) índices de atividade:

Giro de Estoque = Custo dos produtos vendidos / Estoque

Prazo Médio de Recebimento = Contas a receber / vendas diárias médias

Prazo Médio de Pagamento = Contas a Pagar / compras diárias médias

Giro do Ativo Total = Vendas / Ativo total

Giro do Ativo Operacional = Receita Operacional / Ativo Operacional

e) índices de endividamento:

Endividamento Geral (participação de terceiros) = Passivo Exigível Total / Ativo Total

Cobertura de Juros = Lucro antes do imposto de renda / Juros

f) índices de rentabilidade:

Margem de lucro bruto = (Receita de vendas – Custo dos produtos vendidos) / Receita de Vendas

Margem de lucro operacional = resultado operacional / Receita de vendas

Margem de lucro líquido = Lucro disponível aos acionistas / Receita de Vendas

Lucro por ação = Lucro disponível para o acionista / Número de ações ordinárias

Retorno do Ativo Total = Lucro disponível para o acionista / Ativo Total

Valor patrimonial da ação = Patrimônio dos acionistas / número de ações

3.4.1.2 Funções da tesouraria:

Funções da administração do caixa

O Ciclo de caixa / Giro é medido e controlado de alguma forma?

O plano de contas colabora para o entendimento dos custos e para uma boa visualização do Fluxo de Caixa?

O Fluxo de Caixa (ferramenta de controle) é de fácil entendimento? Está disponível a todos os interessados?

A informações do Fluxo de Caixa são claras, rapidamente acessíveis e o custo de obtê-las é baixo?

Funções do Crédito

Existe uma política de crédito (5s) a pacientes particulares?

A política de crédito é respeitada?

Existe gestão (planejamento, organização, controle e análise) sobre a Inadimplência, Perdas, Prazos e Descontos à pacientes particulares?

Funções do Faturamento

Tudo o que era possível de ser cobrado é realmente faturado?

É possível saber se os pacotes são vantajosos? Esta análise é realizada?

Existe gestão sobre:

- a) Percentual de glosas inicial = $\text{faturamento total} / \text{faturamento glosado}$
- b) Percentual de glosas recorridas = $\text{faturamento glosado} / \text{faturamento reapresentado}$
- c) Percentual de glosas final = $\text{faturamento total} / (\text{faturamento glosado} - \text{faturamento reapresentado e pago})$

Funções do Estoque

Existe gestão sobre as seguintes atividades?

- a) prazos de pagamento;
- b) lotes econômicos;
- c) volumes totais de estocagem (em unidades e em valores monetários) em relação ao volume de atividade operacional;
- d) evolução dos preços unitários de compra;
- e) disponibilidade dos materiais e medicamentos;
- f) perdas.

Funções do empréstimo de curto prazo

O Custo total das operações é calculado e controlado?

3.4.1.3 Funções da controladoria

Existe apuração dos índices de avaliação das demais funções financeiras?

É realizada a contabilidade fiscal?

É realizada a contabilidade gerencial?

Funções de planejamento

Existe uma delegação de autoridade e responsabilidade para unidades produtivas e auxiliares?

Existem dados históricos de receitas, despesas e atividade produtiva?

Existem objetivos financeiros definidos?

Funções da contabilidade de custos

Existe um sistema eficiente de apuração dos custos? O sistema de custos realiza as seguintes atividades?

- a) calcular os custos das receitas;
- b) proporcionar meio para analisar os estoques de materiais médicos e medicamentos;
- c) indicar a eficiência dos equipamentos hospitalares;
- d) auxiliar na eliminação de desperdícios, de forma a reduzir os custos hospitalares;
- e) auxiliar no estabelecimento de preços de venda das taxas, dos materiais médicos, dos medicamentos e procedimentos médicos.

3.4.1.4 Cultura Organizacional

O ato de planejamento é uma constante na empresa? O planejamento de ações ocorre naturalmente?

Existe uma descrença significativa entre os membros da organização sobre o planejamento de uma forma geral?

A cultura é forte ou fraca?

Existe administração por objetivos?

O controle e delegação são culturais ou formais?

Qual a intensidade da resistência a mudanças?

A Comunicação entre os membros é aberta e livre?

3.4.1.5 Estrutura organizacional

Existe um sistema de controle formal que sustente o planejamento financeiro?

Os gerentes e envolvidos no fluxo de caixa possuem autoridade e responsabilidade adequada?

O gestor do fluxo de caixa possui autonomia e autoridade sobre questões relativas ao caixa, mesmo em outros departamentos?

Os envolvidos no planejamento financeiro possuem poder decisório sobre o planejamento?

3.4.1.6 Capacitação de pessoal

Capacitação de pessoal da direção financeira

Existem profissionais que possuam conhecimentos apropriados para calcular e analisar estes indicativos?

- a) Índices de liquidez;
- b) Índices de atividade;
- c) Índices de endividamento;
- d) Índices de rentabilidade.

O profissional sabe realizar planejamento, controle, análise, organização e delegação?

Capacitação de pessoal da Controladoria

Existem profissionais que possuam conhecimentos apropriados para calcular e analisar estes indicativos?

- a) Índices de liquidez;
- b) Índices de atividade;
- c) Índices de endividamento;
- d) Índices de rentabilidade.

O profissional sabe realizar planejamento, controle, análise e organização?

O profissional conhece as seguintes ferramentas?

- a) Orçamento de capital, também denominado orçamento de investimentos;
- b) Fluxo de caixa;

- c) Demonstração de resultados;
- d) Balanços patrimoniais.

O profissional sabe como apurar custos por procedimentos? Por centro de custos?

Capacitação de pessoal da tesouraria

Existem profissionais que possuam conhecimentos apropriados para calcular e analisar estes indicativos?

- a) Ciclo operacional = idade média do estoque + período médio de cobrança
- b) Giro de Estoque = Custo do produto vendido / estoque
- c) Idade média do estoque = $360 / \text{Giro de estoque}$
- d) Período médio de cobrança = $\text{Duplicatas a receber} / (\text{Vendas} / 360)$
- e) Ciclo de caixa = Ciclo Operacional – Período médio de pagamento
- f) Ou Ciclo de caixa = Idade Média do estoque + Período Médio de Cobrança - Período Médio de Pagamento
- g) Giro de Caixa = $360 / \text{Ciclo de Caixa}$
- h) Percentual de glosas inicial = $\text{faturamento total} / \text{faturamento glosado}$
- i) Percentual de glosas recorridas = $\text{faturamento glosado} / \text{faturamento reapresentado}$
- j) Percentual de glosas final = $\text{faturamento total} / (\text{faturamento glosado} - \text{faturamento reapresentado e pago})$
- k) Cálculo de juros totais: juros, comissões, taxas e demais despesas.

3.4.1.7 Sistema de informação

Existe um sistema de informações que propicie modelagens e simulações dos demonstrativos de resultado?

O Sistema de Informações gera as informações abaixo, de forma correta, detalhada e completa, no tempo necessário? Garante rastreabilidade e histórico?

- a) perdas com os planos;
- b) ativo circulante;
- c) passivo circulante;
- d) disponibilidades financeiras;
- e) custo dos produtos vendidos;
- f) total do estoque;
- g) total de contas a receber;
- h) vendas diárias médias;
- i) total de contas a pagar;
- j) compras diárias médias;
- k) ativo total;
- l) receita operacional;
- m) ativo operacional;
- n) total do passivo exigível ;
- o) lucro antes do imposto de renda;
- p) total de juros pagos;
- q) lucro disponível aos acionistas;
- r) patrimônio dos acionistas;
- s) número de ações;
- t) fluxo de caixa;
- u) plano de contas adequado;
- v) inadimplência (atrasos, perdas e prazos concedidos);
- w) consumo dos pacientes (medicamentos, alimentação, procedimentos etc);
- x) glosas (iniciais, recorridas e finais);

- y) prazos de pagamento à fornecedores;
- z) volume de atividade operacional (pacientes, cirurgias, procedimentos etc);
- aa)preços unitários de compra;
- bb)disponibilidade dos materiais e medicamentos;
- cc) perdas de materiais e medicamentos;
- dd)taxas e juros pagos em cada operação;
- ee)custo de mão de obra por departamento;
- ff) consumo de recursos (materiais) por departamento.

O Sistema de Informações é capaz de Emitir os seguintes relatórios:

- a) boletim de movimento hospitalar (censo diário);
- b) relatório de atividades do hospital. Quantifica as atividades médicas, operacionais e administrativas do hospital;
- c) relatório de apuração de resultados. Quantifica as receitas e despesas, permitindo uma apuração dos custos unitários.

4 A EMPRESA HOSPITAL NOVO MUNDO

4.1 DESCRIÇÃO DA EMPRESA

O Hospital Novo Mundo iniciou suas atividades em 1977, como Clínica de Fraturas Novo Mundo. A data oficial de registro é de 31/12/1977, apesar das atividades terem iniciado em março do mesmo ano. Cinco sócios, todos médicos, foram responsáveis pela criação da empresa como uma sociedade limitada. O nicho escolhido, até mesmo pelo perfil dos fundadores, foi o de atendimento ortopédico e traumático.

Com o decorrer dos anos a clínica foi sendo ampliada até tornar-se hospital. Hoje são treze os sócios, sendo que quatro deles juntos possuem perto de sessenta e dois por cento das ações (61,95%). O Hospital Novo Mundo está situado na Avenida República Argentina, 4650, em um prédio próprio de seis pavimentos.

Estão cadastrados cento e dez médicos e outros profissionais de saúde que prestam, mesmo que eventualmente, serviços no hospital. Destes, aproximadamente cinquenta, são mais ativos. O hospital possui duas salas de cirurgia e perto de quarenta leitos. Presta serviços de pronto atendimento vinte e quatro horas e serviços ambulatoriais. Por mês, são realizados em média dois mil atendimentos ambulatoriais e duzentas cirurgias.

Além dos médicos, a estrutura conta com noventa e sete funcionários contratados e algumas terceirizações.

4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Com base nas observações, pesquisas documentais e questionários, foi possível identificar os fatores existentes no Hospital Novo Mundo, que destoam daqueles propostos pela revisão bibliográfica, para que exista um planejamento financeiro adequado. Novamente, os fatores serão divididos em três tópicos para melhor entendimento.

4.2.1 Funções financeiras

Observou-se que as funções financeiras denominadas da diretoria, em sua grande maioria não são realizadas. As poucas informações existentes não chegam a serem transformadas em índices ou mesmo gerenciadas. O balanço contábil não é utilizado para nenhuma análise da diretoria. No passado, o contador realizou algumas análises históricas e projeções, porém estas não foram plenamente utilizadas pela diretoria.

Com relação à tesouraria, notou-se que as ações são basicamente voltadas ao pagamento e recebimento de contas. A análise de crédito é muito precária e o fluxo de caixa não possui uma metodologia de controle adequada. Nenhum índice ou meta é mensurado. O estoque é uma preocupação constante da empresa, pois “gasta” recursos, e as informações relativas a este são fáceis de se conseguir, porém não existe uma gerência sobre os resultados da atividade de compras e estoque.

Para as funções de empréstimos de curto prazo, viu-se que as taxas são consideradas, porém de forma incipiente. As taxas efetivas não são calculadas e a capacidade de pagamento frente ao fluxo de caixa é analisada de forma muito superficial.

Já nas funções da controladoria, percebe-se que os poucos índices produtivos e financeiros apurados não são plenamente utilizados. Não existe um controle entre a atividade produtiva da empresa e a atividade financeira.

Somente a contabilidade fiscal é realizada, a contabilidade gerencial não existe. Da mesma forma, a contabilidade de custos não é realizada nem de maneira precária. Não existe apuração de custos por centros de consumo ou centros produtivos, e até mesmo o custo total da operação não é gerenciado.

Não existem objetivos financeiros claros e nem mesmo delegação para o controle destes. Existem alguns dados históricos que podem ser utilizados para planejamento, porém são incompletos devido à falta de consciência da importância de preservar os mesmos.

4.2.2 Cultura Organizacional

O questionário adaptado de CARAVANTES e BJUR (1995) serviu como base para a determinação dos fatores culturais. Algumas das apurações do questionário foram constatadas por observação participante do pesquisador. O questionário pode ser encontrado nos anexos com o nome de Anexo I.

Vê-se que, de modo geral, a cultura organizacional vigente não colabora para o planejamento financeiro e nem para a produtividade geral da empresa. A cultura é relativamente forte e antiga, e em alguns aspectos atrapalham a atividade diária, porém permite o funcionamento da empresa de forma adequada aos objetivos de saúde. Como em muitos hospitais, a prioridade da empresa é o atendimento das necessidades dos médicos. Estes são considerados, em primeiro momento, os responsáveis pelos pacientes e para tal devem receber os subsídios necessários. O paciente é muito mais um cliente do médico do que do hospital. A situação financeira do hospital está relegada, na lista de prioridades, a uma posição insignificante.

Como principais problemas, foram identificados os seguintes aspectos:

- Comunicação interpessoais e intergrupais: dificilmente há clima para se dizer a verdade. A preocupação maior é agradar aos chefes. As informações são deficientes e muitas vezes não são honradas no futuro. O que é dito hoje pode ser desmentido em outra data;
- Objetivos para a ação gerencial: não existem objetivos a longo ou médio prazo. Muitas vezes os objetivos imediatos são definidos de forma arbitrária. As pessoas trabalham em função do presente;
- Avaliação dos resultados: não há sistema de avaliação. As avaliações são puramente pessoais e não relacionadas aos resultados obtidos;
- Produtividade geral: existem gastos mal ordenados e pouca preocupação com custos operacionais. Os custos não são controlados e os gerentes não se sentem responsáveis por este aspecto;
- Planejamento das operações: o planejamento é muitas vezes dissociado da realidade e aceitam-se como flexível os excessos de flutuações que derivam de aspectos mal planejados;

- Controle das operações: o sistema não consegue indicar o que vai bem e o que vai mal;
- Previsão e acompanhamento orçamentário: não há cuidado sistemático na preparação e acompanhamento orçamentário;
- Força de trabalho: há falta ou excesso de pessoal em quase todos os níveis.

Já o questionário número dois constante no Anexo II, aplicado com a direção, acusou uma baixa propensão por parte da direção em delegar. A atitude de centralização também pode ser observada no dia-a-dia da organização e assumida no questionário número três, Anexo III, em que foi questionada a função da direção geral.

Por fim, o questionário três (Anexo III) aplicado aos responsáveis pelos departamentos indicou que a visão de economia de recursos e lucro final não faz parte da preocupação da organização. O único setor que demonstrou alguma atenção à economia de escala e aproveitamento de recursos foi o departamento de compras; os demais mostraram apenas a preocupação na rotina do trabalho, em uma visão demasiada imediatista. O mesmo questionário foi aplicado à direção que, quando questionada sobre a função dos departamentos, demonstrou esta mesma visão imediatista e voltada para a tarefa, e não aos fins.

Desta forma, torna-se claro que a cultura organizacional dificulta, ou até mesmo impede a implantação de uma sistemática de planejamento financeiro, devido principalmente à negação por parte dos participantes em realizar, de maneira geral, o ciclo administrativo ou gerencial (planejar, organizar, controlar e avaliar). Os problemas levantados pelo questionário um tem sua origem na falta de implantação de metas organizacionais. Sem objetivos ou metas não podem existir avaliações, controles, produtividade, planejamento ou orçamentos. A força de trabalho não é devidamente aproveitada ou mesmo controlada.

O único problema levantado pelo questionário um, que não possui sua origem na falta de metas, pelo menos a priori, é a falta de comunicação. Este seria o segundo problema em ordem de importância que pode atrapalhar o planejamento financeiro.

E em terceiro lugar nota-se que a falta de propensão à delegação também causará efeitos negativos na sistemática proposta. Porém aqui, observa-se um paradoxo, pois apesar da delegação ser precária, os questionários e observações apontaram para uma falta de controle sobre a mão-de-obra e funções administrativas, indicando um excesso de autonomia em certas atividades ou em certos momentos. Para solucionar tal questão deve-se utilizar a visão mais apurada da delegação, que define que esta existe quando há uma transferência de responsabilidade (mesmo que parcial) e de autonomia. Estes aspectos não foram observados. A autonomia ocorre na empresa de forma muito restrita e variável, e a responsabilidade é transferida sem clareza ou nem mesmo é transferida. Ou seja, o que ocorre é uma falsa delegação, muito próximo da situação de “descuido”.

As perguntas propostas pela revisão teórica ficam respondidas da seguinte maneira:

A cultura é forte ou fraca? A cultura é relativamente forte.

Existe administração por objetivos? Não.

O controle e delegação são culturais ou formais? Estes não são culturais, e os poucos formais são realizados de forma ineficiente.

Qual a intensidade da resistência a mudanças? Não é muito alta.

A Comunicação entre os membros é aberta e livre? Não, pelo contrário. Existem problemas sérios de comunicação.

4.2.3 Estrutura física e organizacional

4.2.3.1 Sistema de Informações

Durante a realização deste trabalho, a empresa realizou a troca de seu sistema de informações. O antigo sistema não atendia às necessidades de planejamento financeiro, porém o atual está bem próximo do ideal. Tanto para realização da contabilidade gerencial, quanto à apuração de custos o novo sistema fornece as informações necessárias. As áreas de compras, estoque, faturamento e

operacional estão plenamente integradas. O módulo financeiro é parcialmente integrado, deixando somente a contabilidade e departamento de pessoal sem integração. A falta de integração destes dois departamentos não impede que as atividades de controladoria sejam executadas de forma adequada.

A total implantação deste sistema ainda não está realizada, e dependerá de alterações de procedimentos e reestruturação de atividades. Espera-se que em seis meses todo o sistema (informática, pessoal, procedimentos etc) esteja funcionando em plena capacidade. Assim, considerando-se a situação futura, pode-se afirmar que o sistema de informações do hospital novo mundo responde afirmativamente a todas as questões propostas ao final da revisão teórica.

4.2.3.2 Capacitação de pessoal

Como praticamente todas as funções financeiras discutidas anteriormente não são realizadas adequadamente, os profissionais em exercício na empresa atualmente não possuem domínio completo para realizar as atividades propostas. Ou seja, a capacitação de pessoal proposta no referencial teórico não é atendida pelo grupo de profissionais existentes hoje na empresa. Isto não significa que estes mesmo profissionais não possam realizar as tarefas no futuro, mas sim que no mínimo será necessário efetuar uma capacitação técnica e também aprimorar as habilidades inerentes às funções (visão sistêmica, capacidade de planejamento e controle poder de análise etc).

4.2.3.3 Estrutura organizacional

Foram procurados artefatos que indicassem a existência de um controle e delegações oficiais, visto que os envolvidos desconheciam a existência de tais documentos. A descrição de funções dos departamentos existe, apesar de incompleta e desatualizada. O problema é que esta é restrita, não fazendo parte do dia-a-dia dos envolvidos. Assim, sua utilidade torna-se nula.

Como os objetivos não são definidos, assim como os limites de cada função (responsabilidades), o poder decisório de cada função é muito limitado às atividades rotineiras. Pode-se dizer então, que a estrutura organizacional, na forma de delegação de poderes, atribuição de responsabilidades, autonomia e autoridade, não colabora para um planejamento financeiro.

5 CONCLUSÃO

Com base no cruzamento do ambiente ideal para o planejamento financeiro com o ambiente encontrado na empresa, é possível afirmar que um projeto de implantação de uma sistemática de planejamento financeiro no Hospital Novo Mundo encontrará barreiras, tanto em questões funcionais, quanto culturais e estruturais.

Vale ressaltar que estas barreiras poderão ser suplantadas a médio e longo prazo. As questões culturais são, devido as suas características, de maior dificuldade de solução, pois envolvem fatores intangíveis. Entretanto, com algum trabalho e principalmente com vontade e apoio da alta direção, é plenamente possível remover pelo menos as barreiras principais.

Como dito no início deste trabalho, a empresa não necessariamente deverá possuir um ambiente ideal de planejamento financeiro para que este possa existir. Uma proposta plausível para a empresa seria a de se eliminar ou reduzir as principais barreiras, para que o planejamento financeiro possa ser implantado mais facilmente e, ao longo do tempo, poder-se-ia trabalhar as demais barreiras, de maneira a aperfeiçoar o processo de planejamento das finanças.

A primeira grande barreira encontrada refere-se às funções administrativas. Foi detectado que praticamente todas as funções financeiras necessárias ao planejamento financeiro não são realizadas a contento. Da mesma forma o conhecimento para a realização destas atividades não existe dentro da empresa. O maior problema encontrado nestas questões (funções e conhecimentos) é a não existência das atividades de controladoria, seja por departamento próprio ou dispersa entre os diversos setores.

Em princípio, a relação “funções administrativas e conhecimentos” parece causal, ou seja, se não existe a função, não existe o conhecimento. Porém esta afirmação é precipitada, pois problemas de ordem estrutural ou cultural podem desassociar estas variáveis. Um exemplo disto seria a existência do conhecimento necessário para realizar uma determinada tarefa e a impossibilidade de sua realização por falta de recursos (tempo, informações etc); ou até mesmo pela falta de valorização da tarefa por parte dos níveis hierárquicos superiores. Problemas mais complexos desta questão podem envolver interesses escusos (não revelar

incompetências ou desvios propositais) ou excesso de autoconfiança. Este último ocorre quando as pessoas envolvidas deixam de realizar certas atividades, por acreditarem que não sejam necessárias, pois não poderiam ajudar a melhorar seu desempenho profissional ou da organização. Estes problemas não foram detectados no Hospital Novo Mundo. *A priori*, a razão das funções financeiras não serem realizadas é o desconhecimento por parte dos envolvidos sobre a importância destas funções como ferramentas de aprimoramento organizacional voltado a resultados financeiros.

As várias deficiências da cultura organizacional têm sua origem provável na negação generalizada de planejamento organizacional. A falta de sistemáticas de planejamento a médio e principalmente a longo prazos, cria os problemas encontrados, como por exemplo, avaliação, produtividade, objetivos, controles e orçamentos. Se não existem objetivos definidos, não é possível avaliar o desempenho dos departamentos ou pessoas. A própria avaliação global da empresa fica limitada a fatores muito subjetivos, como bom ou ruim. Observou-se, como consequência provável desta situação, a tendência de não se avaliar o desempenho da empresa, e sim da situação. Ao invés de se perceber a organização como melhorando ou piorando, proclama-se que a situação está melhor ou a situação está piorando. Como se somente o ambiente fosse responsável pelo desempenho organizacional.

A não definição de objetivos arruinou qualquer tentativa de controle e coibiu a avaliação tanto empresarial quanto de cargos. Deve-se lembrar que até mesmo “manter o resultado atual” é uma forma de definição de objetivos. Se isto não possui significado dentro da organização, torna-se desnecessário controlar e avaliar o desempenho, visto que isto de nada servirá para a administração.

Se não existe avaliação, no sentido de mensuração dos resultados ao longo do tempo, torna-se impossível medir a produtividade. Novamente isto ocorre tanto no âmbito empresarial quanto no pessoal (profissional).

Pode-se dizer que o início da resolução dos grandes problemas culturais seria a adoção de objetivos de médio prazo tanto por parte da alta administração para com a organização como um todo, quanto por parte dos departamentos. O exercício de utilização de objetivos de médio prazo, mesmo que pequenos ou de pouca importância, poderá levar a organização a absorver este traço cultural faltante. Os

próximos passos seriam a adoção de objetivos mais ambiciosos, definição de planos de ação, determinação das formas de mensuração dos resultados parciais e finais, definição as formas de controle e as formas de avaliação. Só então o planejamento financeiro terá um “solo fértil” para evoluir.

A falta de costume de planejamento, entretanto, não justifica os sérios problemas encontrados em comunicação. Assim, um estudo mais profundo das causas e soluções para este problema é recomendado, visto que a comunicação possui papel fundamental no planejamento financeiro. Alguns problemas na estrutura organizacional e na forma de delegação de autoridades também foram encontrados. Estes, porém, são de fácil e rápida solução.

Não foram encontradas uma contabilidade gerencial, e nem contabilidade de custos. Com a ativação do novo software de gestão hospitalar, e o módulo de gestão financeira, todas as informações necessárias ao planejamento financeiro serão fornecidas a um custo e rapidez razoáveis. Entretanto, para um maior aprimoramento da contabilidade de custos, torna-se necessário implantar uma sistemática de consumo de estoque por paciente e não somente por centro de custos. O novo software permite isto. Esta sistemática propicia a alocação das despesas diretas no momento em que ocorrem, permitindo um acompanhamento periódico de certos custos com relação ao movimento operacional do hospital. Atualmente os custos somente podem ser apurados, ainda que de forma deficiente, pela contabilidade fiscal. Isto ocasiona uma falta de sincronismo com a atividade operacional, pois os recursos consumidos (principalmente os medicamentos e materiais médicos) são contabilizados pelo regime de pagamento e não pelo efetivamente consumido. Ou seja, um medicamento pago, por exemplo, no dia vinte do mês, pode vir a ser consumido realmente somente no mês seguinte. Observa-se então uma distorção entre consumo, pagamento e recebimento.

Por fim, pode-se afirmar que a administração do Hospital Novo Mundo está apenas focada no presente, despendendo muita energia para a resolução dos problemas do dia-a-dia, sem dedicar tempo aos objetivos futuros. Este paradoxo muito comum na administração, somente poderá ser resolvido pela vontade da alta gerência em construir um futuro para a empresa. Apesar de, *a priori*, os problemas imediatos se agravarem, parte do tempo da organização e principalmente da

diretoria, devem ser gastos na elaboração e acompanhamento de objetivos a médio e longo prazos.

5.1 RECOMENDAÇÕES

Apesar de não ser escopo deste trabalho, algumas recomendações são inevitáveis:

- Uma administração por objetivos deve partir e ser estimulada pela alta direção da empresa;
- Devem ser implantadas as contabilidades gerenciais e de custo;
- As funções da controladoria devem ser, ou realizadas por um profissional específico ou, pelo menos, distribuídas nos diversos cargos que envolvem a administração financeira da empresa;
- Uma revisão na estrutura de delegação, autoridade e responsabilidade deve ser realizada, com o objetivo de favorecer o planejamento financeiro;
- Os profissionais envolvidos na gestão financeira devem passar por um programa de capacitação, visando o domínio completo das funções financeiras necessárias ao planejamento financeiro. Em última estância, novos profissionais, com os conhecimentos e habilidades necessárias devem ser recrutados;
- Os problemas de comunicação devem ser resolvidos.

6 REFERÊNCIAS

- ABBAS, Kátia; LEZANA, Álvaro Guillermo Rojas ; MENEZES, Emílio Araújo. **Apuração dos custos nas organizações hospitalares: o método ABC aplicado no serviço de processamento de roupas de um hospital.** Disponível em: http://www.suttlii.hpg.ig.com.br/arquivos/apuracao_dos_custos_na_organizacoes.pdf > Acesso em: 7 de maio de 2004. Revista FAE, p.77-97. maio / ago 2002.
- BARBOSA, Pedro; LAMY, Yves. A função do diretor hospitalar. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor (Dir.). **Gestão Hospitalar. Um desafio para o hospital Brasileiro.** Éditions ENSP. Rennes, França, 1995.
- BREALEY, Richard A. ; MYERS, Stewart C.. **Princípios de Finanças Empresariais.** -3ª ed. Lisboa: MC Graw Hill, 1999.
- BOAR, Bernard. **Tecnologia da Informação. A arte do planejamento estratégico.** 2ª ed. São Paulo: Beekley Brasil, 2002.
- CARAVANTES, Geraldo R. ; BJUR, Wesley. **Readministração em Ação: A prática da mudança rumo ao sucesso.** Porto Alegre: FACTEC / ed. AGE, 1995.
- CASSARRO, Antonio Carlos. **Sistemas de informação para tomada de decisões.** 3º ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
- CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor (Dir.). **Gestão Hospitalar. Um desafio para o hospital Brasileiro.** Éditions ENSP. Rennes, França, 1995.
- CATELLI, Armando. **Controladoria. Uma abordagem da gestão econômica.** São Paulo, Atlas, 1999.
- CERVO, Armando Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários.** 3ªed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.
- CHIAVENATO, Idelberto. **Gestão de Pessoas; o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- FALK, James Anthony. **Gestão de Custos para Hospitais: conceitos, metodologias e aplicações.** São Paulo: Atlas, 2001.
- FREZATTI, Fábio. **Gestão do Fluxo de Caixa Diário: como dispor de um instrumento fundamental para o gerenciamento do negócio.** São Paulo: Atlas, 1997.

FIGUEIREDO, Sandra; CAGGIANO, Paulo César. **Controladoria: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 1997.

GRABOIS, Victor. A Implantação de técnicas de organização e gestão. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor (Dir.). **Gestão Hospitalar. Um desafio para o hospital Brasileiro**. Éditions ENSP. Rennes, França, 1995.

GITMAN, Lawrence Jeffrey. **Princípios de administração financeira**. – 10ª ed. São Paulo: Addison Wesley, 2004.

HOJI, Masakazu. **Administração financeira: uma abordagem prática**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing: a edição do novo milênio**. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

KHOURY, Carlos Yorghi; ANCELEVICZ, Jacob. “Controvérsias acerca do sistema de custos ABC”. **ERA – Revista de Administração de Empresas**, nº40, p.56-62, Jan / mar 2000.

LEMES JUNIOR, Antônio Barbosa; RIGO, Cláudio Miessa; CHEROBIM, Ana Paula Mussi Szarbo. **Administração financeira: princípios, fundamentos e práticas brasileiras** – Rio de Janeiro : Campus, 2002

MARTINS, Domingos. **Gestão financeira de hospitais** –2ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARCONI, Mariana de Andrade; Lakatos, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1982.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria Geral da Administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada**. 2ªed. São Paulo: Atlas, 1997.

MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização**. 1ªed. São Paulo: Atlas, 1996.

NICZ, Luiz Fernando, KARMAN, Jean-Marie. A gestão da informação e da qualidade. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor (Dir.). **Gestão Hospitalar. Um desafio para o hospital Brasileiro**. Éditions ENSP. Rennes, França, 1995.

O'BRIEN, James A. **Sistemas de informações e as decisões gerenciais na era da Internet**. São Paulo: Saraiva, 2002.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e prática**. 16ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

PEREZ JUNIOR, José Hernandez; OLIVEIRA, Luís Martins de; COSTA, Rogério Guedes. **Gestão Estratégica de Custos**. São Paulo: Atlas, 1999.

PEREZ JUNIOR, José Hernandez; PESTANA, Armando Oliveira; FRANCO, Sergio Paulo Cintra. **Controladoria de Gestão: teoria e prática -2ª ed.** São Paulo: Atlas, 1995.

PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva 20ª Tiragem**. Rio de Janeiro: Campus 1986.

PORTO, Silvia; DUPONT, Jean-Paul. A gestão Financeira. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor (Dir.). **Gestão Hospitalar. Um desafio para o hospital Brasileiro**. Éditions ENSP. Rennes, França, 1995.

RIBEIRO, Augusta Barbosa de Carvalho. **Administração de pessoal nos hospitais**. 2ª ed. São Paulo: LTr, FENAME, 1977.

ROBBINS, Stephen; COULTER, Mary. **Administração**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil Ltde. 1998.

ROBBINS, Stephen. **Comportamento Organizacional**. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

SALIBI NETO, José. "Dos custos à performance". **Revista HSM Management**, nº13, p. 6-10, mar / abr 1999.

SLACK, Nigel et al.. **Administração da Produção**. São Paulo: Atlas, 1997.

VERNON, M.D. **Motivação Humana: A força interna que emerge, regula e sustenta todas as nossas ações**. Petrópolis: Editora Vozes Ltda., 1973.

WARGER III, John A.; HOLLENBACK, John R. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Savaiva, 2002.

WRIGHT, Peter; KROLL, Mark J.; PARNELL, John. **Administração estratégica - conceitos**. São Paulo: Atlas, 2000.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUÇÕES

A tarefa consiste em elaborar uma rápida diagnose do sistema de trabalho. Não se trata de um teste nem de qualquer outro método de mensuração. O objetivo é tão somente diagnosticar uma situação vigente com base nas informações e dados disponíveis no momento e está fortemente apoiado no consenso dos participantes do grupo.

. Leia, inicialmente, o item por inteiro. Não se atenha apenas ao título do item, mas procure captar o sentido das dimensões nele envolvidas

. Analise as graduações possíveis, procurando descobrir aquela que melhor descreva o atual estado de sua organização. Isso deve ser feito obedecendo-se ao seguinte:

- a) Estamos procurando a graduação correspondente ao estado atual da organização e não o estado desejável da organização.
- b) Mesmo que nenhuma das graduações esteja integralmente adaptada ao estado atual, procure encontrar aquela que mais se aproxime dele.

. Cada membro do grupo trabalhará individualmente, assinalando nas graduações que tiver escolhido. Quando todos tiverem cumprido essa tarefa, o grupo cumprirá sua parte, dessa vez mediante discussão e procurando sempre o consenso. Ou seja, o grau atribuído pelo grupo para cada item deve ser mais o consenso do que a média aritmética das opiniões individuais.

. Não há tempo marcado, mas estima-se que a parte individual não exceda 35 minutos e a parte em coletiva de acordo com o interesse do grupo.

. Sempre que o texto usar as palavras executivo, gerência ou gerente, entenda como sendo você ou a sua função.

1 – RECURSOS HUMANOS E ESTILO GERENCIAL**1.1 – OBJETIVOS PARA A AÇÃO GERENCIAL**

Quando os executivos (você) conhecem bem os objetivos que devem alcançar, suas atividades tornam-se mais seguras, pois tem propósitos, direção e firmeza. Mais do que trabalhar em função de “são essas ordens recebidas”, esses executivos conhecem concreta e especificamente o que estão tentando executar. Por isso mesmo suas contribuições são relevantes e seu comprometimento individual é mais fortemente sentido. Apenas quando há objetivos claramente definidos torna-se possível avaliar resultados concretos da ação gerencial.

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto à administração em função dos objetivos ?

5 – Eficácia excelente : cada gerente conhece claramente os objetivos gerais da organização e seus objetivos particulares. Os gerentes não só conhecem como participam da determinação dos objetivos que constituem a base das avaliações. Os objetivos são estabelecidos realisticamente, apresentam certo grau de complexidade, embora sejam factíveis, e são integrados entre si.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : os objetivos são deficientes ou não atingíveis na realidade. Os objetivos não são a verdadeira fonte de motivação do esforço ou de avaliação da eficácia, mas existem num sentimento geral. Nem sempre são claramente definidos.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : não há objetivos determinados, ou, quando há, são estabelecidos de forma arbitrária e sem a participação daqueles que deverão ser os responsáveis diretos por seu cumprimento. Os objetivos, quando existem, não são utilizados para a avaliação dos resultados. Os executivos percebem os objetivos como diretrizes abstratas e não os conhecem a contento.

1.2 – FLEXIBILIDADE

Toda organização sofre mudanças que se originam das alterações do meio, da tecnologia, ou das necessidades internas. Idealmente essas mudanças devem ser planejadas, tirando-se o máximo partido dos recursos atualmente existentes e minimizando as fontes de resistência à mudança. Muitas vezes, as normas gerais precisam ser adequadas às condições particulares de uma região ou de uma operação particular. Por outro lado, um obstáculo sério à eficácia organizacional é a dificuldade de fazer com as normas e estruturas mudem em sincronia com as alterações provenientes da situação e das operações. Na organização flexível, a estrutura subordina-se à função.

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto à flexibilidade?

5 – Eficácia excelente: há grande poder de adaptação em face as novas necessidades; a organização mantém uma estrutura atualizada e se renova de forma planejada, em tempo hábil. As resistências formais e informais são minimizadas. As adaptações regionais não comprometem as normas gerais. Há mecanismos internos de revisão periódica das estruturas, permitindo sua adequação à natureza dos problemas.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : existe esforço de adequação, mas as providências concretas encontram óbices nas normas e estruturas. Perde-se muito tempo para se conseguir introduzir mudanças necessárias. As resistências informais comprometem os resultados.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : a organização é rígida e não atende às novas necessidades que surgem. As resistências são muito fortes e geram conflitos. Muitas vezes, por necessidades reais, a organização cria estruturas “clandestinas” para separar as inadequações das estruturas oficiais.

1.4 – PADRÕES DE LIDERANÇA EXECUTIVA

O estilo dominante de uma organização é diretamente correlacionado aos padrões usuais de liderança executiva. Uma organização, dependendo desses padrões, pode tornar-se dinâmica, cheia de iniciativas, capaz de assumir riscos, ou, ao contrário, tornar-se repetitiva, monótona, rígida e resistente às mudanças. Os subordinados de um líder eficaz sentem-se motivados e se desenvolvem tanto profissional como pessoalmente. A autoridade se exerce mais como uma forma de influência do que como imposição derivada do poder.

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto aos padrões usuais de liderança executiva ?

5 – Eficácia excelente : os gerentes sentem-se altamente motivados pela empresa, pela natureza de seu trabalho específico e pelo cumprimento de seus objetivos particulares. O comportamento dos gerentes reflete nos subordinados, constituindo-se um poderoso exemplo de motivação, de iniciativa, de aceitação de riscos e desafios, de confiança na equipe e de solidariedade.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : o comportamento dos executivos é suficientemente bom para orientar os esforços dos subordinados na direção dos objetivos. Nota-se, contudo, ausência de desafio, de motivação mais profunda, de aceitação de riscos e etc. Os subordinados percebem certa hesitação nos executivos, especialmente quando se trata de interesses pessoais ou da segurança do cargo desses executivos.

2 – Eficácia insuficiente

1 – Eficácia nula : os gerentes mostram-se desmotivados e psicologicamente alheios aos objetivos da organização. A autoridade está essencialmente baseada no poder. Há pouca ou nenhuma oportunidade de influenciar os escalões superiores. A iniciativa e a aceitação de riscos são consideradas “condutas suicidas” pelos executivos. Há excessivo apego aos cargos.

1.6 – COMUNICAÇÕES INTERPESSOAIS E INTERGRUPAIS

Um bom padrão de comunicação só existe quando se cria um ambiente aberto, livre, não manipulativo, onde as necessidades de defesa são minimizadas. Um bom padrão de comunicações exige uma atmosfera de aceitação, especialmente quando há divergência de opiniões e perspectivas. Supõe liberdade de manifestar tanto opiniões como sentimentos, com autenticidade, especialmente em presença de superiores. Supõe empatia e capacidade de ouvir ativamente. Isto é, de examinar os fatos segundo perspectivas e sentimentos dos outros e não apenas dos nossos. Supõe a capacidade de entender e de fazer-se entender.

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto aos padrões de comunicação interpessoal e intergrupar ?

5 – Eficácia excelente : as comunicações são abertas, francas, honestas, em todos os níveis. Os sentimentos são levados em conta tanto quanto as opiniões. Todos se vêem livres para dizer o que sentem e o que pensam, com a certeza de que opiniões ou sentimentos divergentes não implicam não-aceitação. Os gerentes são sempre bem informados, qualitativa e quantitativamente. As divergências são aceitas, expostas abertamente e utilizadas em benefício de soluções mais adequadas.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : as informações não são integralmente satisfatórias, por serem incompletas ou distorcidas. Os relatórios são escritos mais em torno do que “deve ser dito” ou do que “é isso que estão desejando receber”. As divergências tendem a ser reprimidas, para evitar antagonismos. Os fatos e as opiniões são modulados em função da personalidade dos chefes; os sentimentos raramente são expostos.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : as comunicações são bastante definidas e distorcidas. A preocupação maior é agradar aos chefes, para ficar bem visto. As informações são deficientes e freqüentemente inautênticas. Raramente o subordinado se faz ouvir e os chefes só ouvem o que querem ouvir. Dificilmente há clima para dizer a verdade. Os sentimentos nunca são expostos nem são reconhecidos como componente fundamental.

1.7 – AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Em toda a organização, a avaliação dos resultados obtidos é o principal fator para correção das medidas adotadas. Ao mesmo tempo, para o gerente, essa avaliação é o principal fator de aferição de sua produtividade individual. A obtenção e análise desses resultados e suas conseqüências podem e devem gerar medidas diversas em vários níveis, desde os prêmios e recompensas, medidas corretivas, treinamento e reformulação dos planos de trabalho e de carreira até punições... Tão importante como existirem objetivos claramente definidos é a avaliação dos resultados atingidos. Essa avaliação tem de ser regular, prática e deve gerar conseqüências objetivas.

Qual é a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto à avaliação dos resultados obtidos na gerência ?

5 – Eficácia excelente : a organização dispõe de um sistema eficaz de avaliação de desempenho gerencial, baseado principalmente nos resultados obtidos. Os gerentes que se situam abaixo de um mínimo aceitável são encaminhados a treinamento, recebem nova orientação, são transferidos ou até dispensados. Os gerentes que obtêm resultados superiores são promovidos, premiados ou recebem outras formas de compensação. A avaliação é constante.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : não há esforço sistemático de avaliação, ou de seus resultados não decorrem efeitos satisfatórios. O sistema de avaliação é precário e pouco confiável.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : não há sistema de avaliação de resultados; as avaliações são puramente pessoais e não relacionadas aos resultados obtidos. O desempenho ineficiente é ignorado, tanto quanto o superior. As promoções (ou punições) não dependem dos resultados. O treinamento é encarado como “curso” e não como um instrumento de solução de problemas. Obter bons ou maus resultados não tem maior influência na carreira dos gerentes. “Tanto faz, como tanto fez.”

1.10 – CULTURA DA ORGANIZAÇÃO

As atividades, crenças e valores dos integrantes de uma organização juntam-se às tradições, precedentes e formas habituais de comportamento da organização como um todo para formar uma determinada cultura.

Essa cultura cria um comportamento modal, que passa a servir de padrão e influencia profundamente cada um de seus integrantes. Aqueles cujo comportamento é compatível com a cultura são aceitos e bem integrados; aqueles que se afastam da cultura são marginalizados pelo grupo. Não se pode pretender mudar uma organização sem examinar sua cultura e sem trabalhar sobre ela. Por seu turno, a alteração de uma cultura é um trabalho amplo, que envolverá pessoas, grupos e a organização como um todo e constitui o cerne das atividades de desenvolvimento da organização.

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto à cultura dominante ?

5 – Eficácia excelente : as crenças, atitudes e valores individuais são sinérgicos aos valores e práticas da organização, servindo como fator estimulante, em proveito da maior produtividade. Há indiscutível lealdade à organização. Os ideais comuns são esposados por todos e há um entusiasmo inequívoco em pertencer à organização. Por seu turno, a organização favorece esse orgulho, incentivando o espírito de equipe e ajudando na realização individual. A tradição é um fator de coesão, mas não um obstáculo à inovação. As pessoas sentem-se fortemente identificadas com a organização.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : a cultura fornece alguns elementos positivos, mas também há outros mais negativos. Há um apego excessivo às tradições, ao “sempre foi feito assim” e etc. Vários elementos, embora leais à organização, já não tem muito entusiasmo por ela. Há um bom número de frustrações pessoais, derivadas da não adequação e algum negativismo.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : não há nada que possa chamar-se espírito de equipe: a apatia e a indiferença são os traços dominantes; os conflitos entre as necessidades individuais e os objetivos da organização impedem o aparecimento de melhores resultados. Há pouca ou nenhuma lealdade à organização. As pessoas sentem-se frustradas e não têm orgulho em pertencer à organização.

2 – OPERAÇÕES

2.1 – PRODUTIVIDADE GERAL

Atingir e manter um nível de produtividade é um indicador seguro de uma efetiva gerência de operações. Produção em grande volume é uma coisa, mas produção em relação ao esforço, aos custos e aos resultados obtidos é uma consideração chave. Mais importante do que perguntar se o resultado obtido é bom, é perguntar se o resultado não poderia ser melhor.

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto ao nível de produtividade?

5 – Eficácia excelente : a máxima produtividade tem sido alcançada com custo e esforço minimizados. Um maior esforço para aumentar a produtividade provavelmente seria injustificado, pelo acréscimo de despesas que acarretaria.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : o nível de produtividade é satisfatório em face às condições vigentes, mas sente-se que poderíamos ter resultados superiores, sem acréscimo de custos. Ainda há certos gastos mal ordenados ou falhas a corrigir. Não há muita preocupação com os custos operacionais.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : a produtividade é muito baixa, principalmente se comparada às organizações similares. Os custos não são controlados e os gerentes não se sentem responsáveis por esse aspecto.

2.2 – PLANEJAMENTO DAS OPERAÇÕES

Com uma previsão das atividades de operação, os programas de trabalho podem ser elaborados, evitando-se flutuações demasiadas em benefício da capacidade e dos recursos existentes, bem como dos órgãos de apoio. O planejamento deve integrar todas as atividades de tal forma que as operações possam contar com pessoal adequado, os recursos financeiros, o material e tudo o mais que lhe for necessário. O planejamento exige sólido conhecimento da realidade existente e deve receber constante fluxo de informações que lhe permita guardar uma razoável flexibilidade.

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto ao planejamento das operações?

5 – Eficácia Excelente : os planos são realistas e conseguem integrar todas as atividades complementares. Há perfeito entrosamento entre os órgãos operacionais e o órgão de planejamento. Há freqüente emprego de modelos matemáticos para a melhor utilização dos recursos disponíveis. O andamento das operações constantemente realimenta os dados do planejamento, mantendo-se razoável flexibilidade.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : o planejamento é sinônimo de “plano”, impresso e, algumas vezes, dissociado da realidade. Aceita-se como “flexibilidade” o excesso de flutuações que derivam de aspectos mal planejados.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : o planejamento é muito deficiente, desligado da realidade. Causa constante duplicação de esforços. É muito rígido ou excessivamente flutuante.

2.3 – AÇÃO SINÉRGICA

Sinergia – esforço simultâneo de vários órgãos em benefício de uma mesma função – é um conceito recentemente integrado à ação gerencial. Ele é útil na análise e no estabelecimento de projetos de operações. Ele se evidencia quando o projeto de vários produtos tira vantagem da intercambialidade das partes. Por exemplo, a ação sinérgica se mostra na compra de um equipamento de múltiplas aplicações, em oposição a outro, de uso unitário. Ou quando se instalam paredes móveis num escritório, que permitem novos arranjos com facilidade. Ou quando um mesmo caminhão leva um produto e, no retorno, aproveita sua capacidade e freta outra carga.

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto às aplicações do conceito de sinergia ?

5 – Eficácia excelente : as decisões são tomadas sob a influência do conceito de sinergia, resultando daí efeitos multiplicadores que aumentam a produção e reduzem os custos.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : nem sempre se atenta às possibilidades de ação sinérgica; as decisões quase sempre são isoladas e não consideram outras possibilidades.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : o conceito é desconhecido na organização. Algumas decisões chegam a ter caráter anti-sinergista, aumentando os custos e reduzindo a produção.

2.4 – CONTROLE DAS OPERAÇÕES

Para assegurar um efetivo fluxo de operações, há necessidade de algo que sirva de base de comparação entre o processo atual e o processo pretendido no planejamento. Essa é a tarefa do controle das operações, que permitirá a adoção de medidas corretivas quando e onde necessárias.

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto ao controle efetivo das operações ?

5 – Eficácia excelente : o sistema existente é plenamente satisfatório para avaliar o progresso ou os desvios existentes. As causas dos atrasos são rapidamente identificadas e os ajustes feitos asseguram a normalidade do processo.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : o sistema existente consegue indicar o que vai bem ou mal, mas a tolerância é demasiada. As causas dos atrasos costumam a ser identificadas e as medidas nem sempre geram efeitos satisfatórios.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : não há sistema de controle ou, quando existe, é totalmente ineficaz. Não há pesquisa das causas de atrasos nem há medidas corretivas.

2.5 – ORÇAMENTOS

A correta utilização dos orçamentos é um dos melhores instrumentos para antecipar e controlar o custo das operações. Os orçamentos mais eficazes são aqueles feitos com base no melhor conhecimento da realidade operacional. Os orçamentos “mentirosos”, isto é, que superestimam as despesas quase sempre são o resultado da falta de flexibilidade e do clima de pouca confiança que levam os gerentes a raciocinarem dentro do esquema “é preciso pedir 100 para obter 70 ...”. O outro grande problema é o acompanhamento orçamentário, instrumento que permitirá aos níveis mais elevados adotar medidas corretivas e preventivas.

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto à previsão e o acompanhamento orçamentário ?

5 – Eficácia excelente : os orçamentos são realistas e acurados; as alterações que ocorrem são justas e se devem a situações anteriormente não existentes. O acompanhamento orçamentário é dinâmico e permite que os reajustes necessários sejam feitos com oportunidade.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : algumas alterações orçamentárias são explicadas como “imprevisíveis”, quando realmente poderiam ter sido evitadas. O acompanhamento é usualmente percebido como mero instrumento de fiscalização e seu uso é mais punitivo que educativo.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : os orçamentos não conseguem prever com adequação os gastos necessários; não há um cuidado sistemático na preparação e no acompanhamento orçamentário. Operações sensivelmente iguais recebem orçamentos bastante diferenciados. Os reajustes não decorrem de novas situações, mas em função de falhas.

2.6 – FORÇA DE TRABALHO

Os custos da mão de obra, associados aos da produção, são previsíveis somente quando se conhece o padrão de desempenho esperado de cada homem. Tais padrões são básicos ao planejamento e controle da produção, à comparação de diferentes métodos de trabalho e até aos projetos de *lay-out*. Por outro lado, tais padrões permitirão evitar ociosidade ou excesso de mão de obra e, muito especialmente, subemprego de níveis mais altos (e mais caros).

Qual a eficácia de sua organização, no estado atual, quanto à avaliação e ao controle dos custos da força de trabalho ?

5 – Eficácia excelente : há controle sistemático; as operações individuais de cada cargo são avaliadas em função de padrões de desempenho, instituídos a partir de acurada profissiografia. Não há ociosidade; as lotações de pessoal estão rigorosamente dimensionadas pelo volume de trabalho a ser feito; não há subemprego de mão de obra qualificada. Os gerentes pautam suas atuações em função de orçamentos realistas.

4 – Eficácia boa.

3 – Eficácia regular : existe preocupação genérica com os custos do pessoal, mas as estimativas são feitas sem maior exatidão. As lotações tendem a ser super ou subdimensionadas, pois não se concluem, a rigor, padrões de desempenho que sirvam de referência.

2 – Eficácia insuficiente.

1 – Eficácia nula : não há maior preocupação com esse problema, que é tido como responsabilidade exclusiva do órgão de pessoal. Há falta ou excesso de pessoal em quase todos os níveis.

ANEXO II

Hospital Novo Mundo – Planejamento Financeiro
Questionário 2
Instruções

Este exercício foi concebido para ajudá-lo a compreender os seus pressupostos a respeito das pessoas e da natureza humana. A seguir estão dez pares de afirmações. Escreva uma nota de 0 a 10 ao lado de cada frase, refletindo até que ponto você acredita nela. O número de pontos dados a cada par deve totalizar 10. Seja o mais honesto possível e resista à tendência a responder refletindo a forma como você gostaria que as coisas fossem. Este exercício não é um teste: não existem respostas certas ou erradas. Ele é concebido para estimular a reflexão pessoal e a discussão.

1. _____ a. É da natureza humana que as pessoas queiram fazer o mínimo de trabalho possível.

_____ b. Normalmente quando as pessoas evitam o trabalho é porque ele não faz sentido.

2. _____ c. Se os empregados têm acesso a mais informações que precisam para fazer uma tarefa, eles tendem a fazer mau uso dela.

_____ d. Se os empregados têm acesso a qualquer informação que queiram, eles tendem a mostrar uma melhor disposição e se comportar de forma responsável.

3. _____ e. Um problema relacionado a pedir as opiniões dos empregados é que a visão deles é limitada demais para que as sugestões tenham valor prático.

_____ f. Pedir aos empregados suas opiniões amplia suas perspectivas e resulta no desenvolvimento de sugestões úteis.

4. _____ g. Se as pessoas não usam muita imaginação e engenhosidade no trabalho, é possivelmente porque relativamente poucas pessoas têm essas duas características.

_____ h. A maior parte das pessoas é imaginativa e criativa, mas normalmente estas características não são mostradas por limitações impostas da supervisão e pelo trabalho.

5. _____ i. Os indivíduos tendem a elevar seus padrões caso sejam responsáveis pelo seu comportamento e pela correção de seus próprios erros.

_____ j. Os indivíduos tendem a baixar seus padrões caso não sejam punidos pelo mau comportamento e pelos erros.

6. _____ k. É melhor que as pessoas recebam tanto as boas quanto as más notícias, pois a maior parte dos empregados quer saber a história completa, não importando o quão dolorosa ela possa ser.

_____ l. É melhor não contar as notícias desfavoráveis a respeito dos negócios, pois a maior parte dos empregados quer ouvir apenas a boas notícias.

7. _____ m. Como um supervisor merece mais respeito do que os que estão em níveis mais baixos da organização, é prejudicial ao seu prestígio admitir que ele está errado, e que um subordinado está certo.

_____ n. Como as pessoas de todos os níveis merecem respeito igual, o prestígio de um supervisor aumenta quando ele apóia este princípio ao admitir que está errado e um subordinado está certo.

8. _____ o. Se você dá dinheiro suficiente às pessoas, existe uma menor chance de que elas se preocupem com coisas intangíveis como responsabilidade e reconhecimento.

_____ p. Se você dá um trabalho interessante e desafiador as pessoas, existe menor chance de que ela se queixe de coisas como salário e benefícios adicionais.

9. _____ q. Caso se permita que as pessoas estabeleçam suas próprias metas e padrões de desempenho, elas tendem a escolher níveis mais elevados do que o chefe.

_____ r. Caso se permitas que as pessoas estabeleçam suas próprias metas e padrões de desempenho, elas tendem a escolher níveis mais baixos do que o chefe.

10. _____ s. Quanto mais conhecimento e liberdade a pessoa tem com relação ao seu trabalho, mais controles são necessários para mantê-la na linha.

_____ t. Quanto mais conhecimento e liberdade a pessoa tem com relação ao seu trabalho, menos controles são necessários para garantir um desempenho satisfatórios no trabalho.

ANEXO III

