

Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades

Brazilian hospital network uses managerial indicators to manage its units

Red hospitalaria nacional usa indicadores gerenciales en el administración de sus unidades

*Claude Machline**
*Antônio Celso Pasquini***

RESUMO: A área hospitalar compila mais indicadores gerenciais do que qualquer outro setor de atividades econômicas. O presente artigo focalizou o caso de uma rede hospitalar nacional privada, de 45 unidades, que utiliza 352 indicadores gerenciais e dados relevantes para monitorar mensalmente os hospitais que administra. Um benefício conferido pela gestão de uma rede é a possibilidade de comparar sistematicamente o desempenho das várias unidades, podendo-se observar e imitar as práticas melhor sucedidas. Fragmentos dos relatórios gerenciais utilizados pela rede são mostrados no trabalho. Definições e comentários são apresentados no artigo sobre esse tema, ao qual não se dá ainda a devida relevância e no qual permanecem interrogações.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitais. Indicadores de Gestão. Benchmarking.

ABSTRACT: Hospitals work with more indicators than any other segment of economic activities. This paper focuses the case of a Brazilian private hospital network, comprising 45 units, which uses 352 managerial indices and relevant data in order to control monthly its hospitals. An advantage offered by the management of a hospital network is the possibility of compare systematically the performance of the several units, making use of benchmarking in order to emulate the best practices. Samples of the monthly reports utilized by the network are shown. Definitions and comments are presented in the paper on the theme which has not yet received the attention it deserves and still raises many questions.

KEYWORDS: Hospitals. Management Indicators. Benchmarking.

RESUMEN: El área hospitalario compila más indicadores gerenciales que cualquier otro sector de actividades económicas. El presente artículo enfocó el caso de una red hospitalaria nacional privada, de 45 unidades, que utiliza 352 indicadores gerenciales y datos relevantes para monitorear mensualmente los hospitales que administra. Un beneficio conferido por la gestión de una red es la posibilidad de comparar sistemáticamente el desempeño de las varias unidades, pudiéndose observar e imitar las prácticas mejor sucedidas. Fragmentos de los informes gerenciales utilizados por la red son mostrados en el trabajo. Definiciones y comentarios son presentados en el artículo sobre ese tema, al cual no se da aun la debida relevancia y en el cual permanecen interrogaciones.

PALABRAS-LLAVE: Hospitales. Indicadores de Gestión. Benchmarking.

Introdução

O objetivo deste artigo foi relatar a experiência de uma rede hospitalar no uso de indicadores gerenciais. Essa rede, uma das maiores redes hospitalares privadas do País, utiliza 352 indicadores e dados relevantes para monitorar

suas 45 unidades. Uma das vantagens que uma rede possui em relação a hospitais isolados é poder comparar com maior facilidade o desempenho dos diversos estabelecimentos, aprender com os melhores e estimular a emulação, de forma a melhorar progressivamente o desempenho global. Devido à sua complexidade, hospitais

podem usar muitas centenas de indicadores. Como escolher, entre esses, as poucas dezenas mais relevantes, os indicadores-chave? Como comparar hospitais diferentes, no tamanho, na localização, nas especialidades? Como fazer uso inteligente de indicadores inteligentes? Essas foram as questões abordadas no presente artigo.

* Graduação em Engenharia Química pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutorado em *Business Administration* pela *Stanford University*. Mestrado em *Master of Arts* pela *Michigan State University*. Especialização em Estatística pela Universidade de São Paulo. Professor Emérito do Fundação Getulio Vargas-SP e Professor Titular do Centro Universitário São Camilo. E-mail: claudio.machline@fgv.br

** Graduação em Ciências Agropecuárias e em Pedagogia. Mestre em Administração de Serviços de Saúde. Especialização e Administração Hospitalar. Diretor Geral da União Social Camiliana. Vice-reitor do Centro Universitário São Camilo-SP. Conselheiro para assuntos econômicos e fiscais da ANEC. Conselheiro Nacional de Assistência Social do CNAS – 3º mandato. Conselheiro Estadual de Educação do Estado de São Paulo.

Rede Hospitalar

A palavra rede, quando aplicada a hospitais, é usada com significados diversos. Falando-se, por exemplo, da rede brasileira de hospitais, que engloba todos os quase 7.000 estabelecimentos nacionais, ou, em um sentido mais restrito, da rede de hospitais públicos do Estado de São Paulo ou do município de São Paulo, tem-se em mente um conjunto de unidades hospitalares, não um sistema organizado.

Atendo-nos ao âmbito dos hospitais privados, o conceito de rede, em uma acepção usual, aplica-se a um grupo de hospitais de uma mesma “bandeira”, que se imagina gerenciados centralmente, com uma estratégia e com diretrizes comuns. Mesmo dentro dessa definição, subsistem numerosas variações possíveis. Esses hospitais podem, ou não, pertencer ao gestor da rede; há diversas modalidades de contratos de gestão, com variedades legais e estatutárias, indo desde a terceirização até alguma forma de parceria.

É essencial não confundir rede hospitalar no sentido aqui adotado, com rede credenciada de hospitais de Planos de Saúde.

O gerenciamento conjunto de hospitais, definido como condição necessária para se ter uma rede, apresenta as seguintes vantagens em relação ao seu gerenciamento individual:

- A rede forma um sistema natural de referência para encaminhamento de pacientes, podendo se beneficiar das especialidades de determinado estabelecimento que inexistem em outro, propiciando a economia conjunta do modelo.
- A rede possui, junto aos fornecedores, um poder de barganha muito maior do que as unidades isoladas; poder diretamente proporcional à massa de leitos

hospitalares da rede e, por óbvias razões logísticas, inversamente proporcional ao quadrado da distância entre hospitais e fornecedor, de acordo com a seguinte expressão, fórmula (1):

$$(1) \quad \text{Poder de barganha da rede junto aos fornecedores} = \frac{\text{Massa de leitos hospitalares da rede}}{\Sigma (\text{distância aos fornecedores})^2}$$

Em relação a um fornecedor específico, a fórmula (2) passa a valer:

$$(2) \quad \text{Poder de barganha da rede em relação ao fornecedor} = \frac{\text{Massa de leitos hospitalares da rede} \times (1 - \text{fatia de mercado do fornecedor})}{\Sigma (\text{distância ao fornecedor})^2}$$

- Se a distância entre os hospitais da rede não for proibitiva, eles podem socorrer-se mutuamente, em caso de falta de algum material médico ou equipamento. Um estoque comum de segurança é menor do que a soma dos estoques de segurança das unidades individuais, se independentes.

- A rede proporciona apreciável economia de escala em recursos humanos e físicos, por meio de compartilhamento de diretores, assessores, especialistas e equipamentos caros, desde que a logística o permita.
- Uma rede proporciona o *habitat* natural para a prática de *benchmarking*, ou seja, de comparação entre semelhantes, com a finalidade de aprender com os melhores e de imitá-los.

Essas vantagens conferem a uma rede sinergia na gestão, desde que seus dirigentes consigam superar as forças adversas – rivalidade, ciúme, inveja, hostilidade – que vicejam inevitavelmente em qualquer comunidade. Desde uma rede hospitalar na qual existe a maior colaboração entre seus componentes até, no oposto, uma na qual imperam desconfiança e animosidade, existe vasta gama de possíveis variações. Os dirigentes precisarão mostrar conhecimento das realidades locais e das peculiari-

dades de cada hospital para avaliar com justiça os desempenhos individuais das unidades.

Redes Hospitalares Privadas

Entre as maiores e mais conhecidas redes hospitalares privadas do País, citem-se as seguintes:

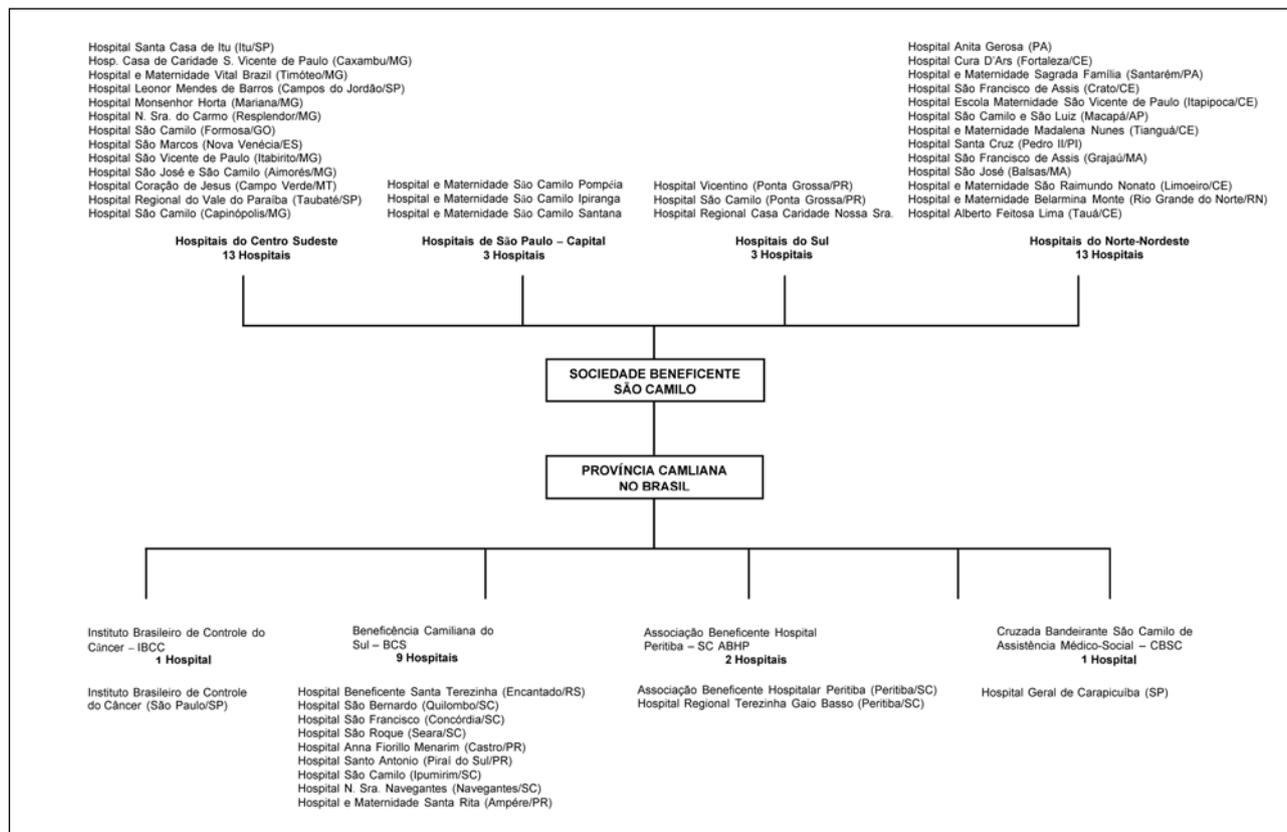
Rede hospitalar da União São Camilo

Conta hoje com 45 hospitais, distribuídos em oito Estados. Por força da existência de várias entidades dentro da Província Camiliana no Brasil, a configuração da rede é complexa, como se percebe em sua representação na Figura 1. A grande maioria desses hospitais é de propriedade da própria São Camilo, todavia, convém lembrar não ser o fato de possuir os hospitais que caracteriza a existência de uma rede hospitalar, conforme o critério aqui adotado, mas a presença de uma gestão conjunta.

Rede Hospitalar do Grupo Pró-Saúde

Essa rede é composta de 41 hospitais, além de clínicas e serviços de saúde, em um total de 2.500 leitos. Certo número desses hospitais são privados, outros são estaduais ou municipais. A sede da Pró-Saúde situa-se em São Paulo. As unidades são localizadas de modo equilibrado nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste.

Figura 1. Configuração da Rede Camiliana de Hospitais no Brasil



Fonte: Rede Camiliana de Hospitais no Brasil

Outras redes

Outras redes privadas da maior relevância, possuindo cada uma até vinte unidades, são geridas por entidades que podem ser uma ordem religiosa, um plano de saúde, uma organização social ou um hospital de relevo. São as seguintes:

- Congregação Santa Catarina
- Congregação Santa Marcelina
- Plano de Saúde AMIL
- Rede d'Or
- Hospital São Paulo, da UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo
- SECONCI, Sindicato das Indústrias de Construção e Mobiliário, São Paulo
- Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
- Grupo Vita
- Plano de Saúde Prevent Sênior.

As UNIMEDs, que são 372 cooperativas médicas regionais fornecendo planos de saúde, possuem, em conjunto, no território nacional, 114 hospitais próprios, administrados de modo totalmente independente um do outro, de maneira que não é possível falar de uma rede de hospitais próprios da UNIMED.

Antecedentes e Indicadores Gerenciais

A importância do presente trabalho deve-se à relevância do tema de indicadores. Um *indicador gerencial*, na empresa, é uma informação significativa para a condução do negócio e a tomada de decisão, nos níveis estratégico, administrativo ou operacional (um sinônimo é métrica).

Contrasta-se um indicador com *dado* na base da relevância da informação. Dados são muito relevantes também, mas um dado isolado, fora do contexto, não será útil. Exemplificando: se, em um hospital de 200 leitos e tempo médio de permanência de 5 dias, o número de internações em determinado mês cair para 600, esse dado em si não tem significância, mas se o diretor clínico se lembrar que, em geral, o número mensal de internações é 960, o dado 600 passa a ter um significado crucial, porque equivale a um indicador. No entanto, usando o indicador apropriado – a taxa de ocupação –, a mensagem se torna clara: a taxa de ocupação caiu de 80% para 50%, o que requer imediatas providências.

Na área hospitalar, indicadores são, há muitas décadas, consagra-

dos. Por exemplo, a taxa de ocupação é um indicador tradicional da maior relevância. É a relação entre dois dados, caso de muitos indicadores gerenciais. É expresso em percentagem^{1,2}.

$\text{Taxa de ocupação no dia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de leitos ocupados no dia}}{\text{N}^\circ \text{ de leitos disponíveis no dia}}$

Muitos indicadores gerenciais são médias de dados. Assim, por exemplo, o tempo médio de permanência no hospital de pacientes internados é a média aritmética simples do tempo de permanência de pacientes internados³.

Um indicador acompanhado de perto pelos gestores hospitalares é o número de funcionários por leito. Por conta dos diversos regimes de trabalho em vigor (20 horas, 30 horas, 36 horas e 40 horas semanais) e dos numerosos serviços hospitalares que não implicam simples internação, tais como consultas ambulatoriais, pronto atendimento, pronto-socorro, hospital-dia, *home care*, hemodiálise, exame de laboratório, implante, transplante, é necessário substituir esse indicador pelo revelador número de funcionários equivalentes (a 40 horas semanais) por leito ocupado ajustado, isto é, levando-se em conta todos os serviços mencionados acima⁴.

Outros indicadores significativos são: faturamento por funcionário, lucro por funcionário, ativos fixos por funcionário, número de cirurgias realizadas por dia útil por sala cirúrgica, percentagem de tempo em que o sistema está funcionando (*uptime*) e não está no ar (*downtime*).

A *American Hospital Association* – AHA chegou a publicar, nos seus relatórios cobrindo o desempenho de 3 mil hospitais norte-americanos, cerca de 750 indicadores^{5,6}.

Os indicadores gerenciais podem ser classificados, na área hos-

pitalar, da seguinte forma, como um todo e por clínica ou setor:

- Indicadores gerais:
 - Taxa de ocupação
 - Tempo médio de permanência
- Indicadores de qualidade⁷:
 - Percentagem de reclamações
 - Taxa de mortalidade institucional
 - Taxa de infecção hospitalar institucional
 - Taxa de cirurgias canceladas
 - Taxa de cesáreas
- Indicadores de produtividade:
 - Número de funcionários equivalentes por leito ocupado ajustado
 - Número de consultas por médico por hora
 - Número de unidades produzidas por dia ou hora por funcionário
- Indicadores de Suprimento e Estoques
 - Cobertura de estoque para cada item (número de dias de consumo mantidos em estoque)
 - Aderência entre estoque físico no inventário e estoque constando no sistema
 - Percentagem de faltas no estoque
 - Percentagem de entregas atrasadas, por fornecedor
- Indicadores de recursos humanos⁸:
 - Rotatividade dos funcionários
 - Índice de absenteísmo
 - Índices de acidentes no trabalho
 - Índices de doenças profissionais
- Índices contábil-financeiros:
 - Índices de liquidez
 - Taxa de endividamento
 - Lucro sobre patrimônio líquido (rentabilidade)

- Lucro sobre faturamento (lucratividade)
- Faturamento por funcionário
- Lucro por funcionário
- Custos:
 - Preço de insumo por unidade
 - Custo de diária
 - Custo de refeição
 - Custo de procedimento

Hospitais e outros serviços possuem melhores condições para colher indicadores gerenciais do que indústrias. Existem milhares de hospitais no Brasil. Embora haja diferenças entre eles, esses apresentam muitas características semelhantes, o que permite compará-los, respeitadas as diferenças de porte, localização, tempo de existência, especialização, complexidade, jurisdição, patrocínio. Indústrias, mesmo as do mesmo segmento, diferem muito mais entre si do que hospitais. A competição entre fábricas é mais intensa do que a entre hospitais, o que dificulta a criação de grupos de *benchmarking* no setor industrial. Nos hospitais, é prática normativa levantar mensalmente dados e calcular indicadores relativos ao atendimento e à qualidade dos serviços prestados. Em todo hospital, existe um setor que efetua esses cálculos, o SAME – Serviço de Arquivo Médico e de Estatística^{3,9,10}.

Uma *estatística hospitalar* é um dado ou um indicador, resultando de contagem, compilação ou cálculo, relativos a atividades do estabelecimento. Assim, o número de pacientes internados (censo diário) é um dado. A taxa de ocupação é indicador. Ambos são estatísticas hospitalares.

Um *parâmetro* é o valor que se deseja alcançar para um indicador. Por exemplo, 80% para a taxa de ocupação dos leitos disponíveis, ou para a taxa de utilização de um equipamento. Considera-se impossível alcançar mais de 80%, por causa de procedimentos de limpe-

za, manutenção, imperfeições e imprevistos. Os parâmetros são estabelecidos de acordo com a prática acumulada, resultados históricos, consenso, lógica, levantamentos, médias de similares, considerações teóricas, normas de associações técnicas ou normas legais.

O *benchmarking*, ou seja, o referencial de excelência, é, em geral, tomado como o indicador obtido pelo campeão do setor, o paradigma, pela empresa mais representativa, ou pelo principal concorrente. Um *grupo de benchmarking* é um conjunto de empresas do mesmo ramo que troca regularmente informações dos seus indicadores, para elevar seus desempenhos. *Benchmarking interno* refere-se ao *benchmarking* praticado entre empresas do mesmo grupo empresarial. *Benchmarking competitivo* é aquele praticado entre empresas competidoras^{11,12}.

Termo criado por R.S. Kaplan e D.P. Norton^{13,14} o *balanced scorecard* é o conjunto de indicadores essenciais que a cúpula da empresa deve acompanhar regularmente para prevenir qualquer deterioração do desempenho e observar sinais de melhoria. Tem sido comparado ao painel de controle de um veículo (*tableau de bord*, diz-se na França, ou *cockpit*, nos EUA). A atividade de extrair indicações relevantes do banco de dados é chamada de *data mining* ou de *Business Intelligence*.

Quantos e quais seriam os indicadores compondo o *balanced scorecard* da diretoria de um hospital? Não se pode exigir de um gestor a habilidade de um piloto de aeronave comercial ou de combate que, em vôo rotineiro, teria que controlar simultaneamente mais de uma centena de informações. No conjunto de várias centenas de indicadores mensais que o sistema deve ser capaz de produzir em um hospital, não mais de trinta devem receber destaque e merecer análise por parte dos diretores e/ou dos

conselheiros. Tratando-se de um painel "balanceado", sugere-se que seja composto por cinco indicadores gerenciais de qualidade; cinco de logística e de produção; cinco de produtividade; cinco de recursos humanos; cinco de custos; e cinco de índices contábil-financeiros.

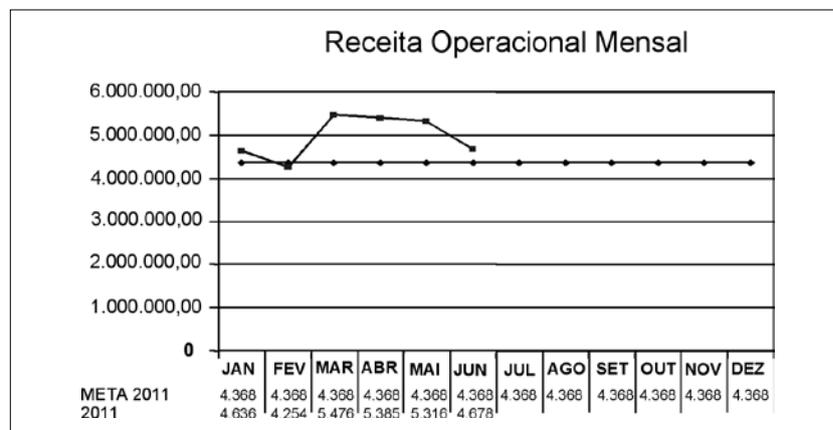
É recomendável valer-se de gráficos na elaboração dos relatórios mensais, para os executivos poderem visualizar instantaneamente a evolução dos dados e indicadores (Gráfico 1) e contrastes significativos entre segmentos (Gráfico 2). O uso de gráficos evolutivos corresponde à transformação de dados (como faturamento mensal) em

autêntico indicador, pois cria uma relação temporal entre dados de diversos meses. O uso de gráficos de barras também equivale a criar um indicador comparativo entre dados de segmentos distintos.

Posto que o maior interesse pelo cálculo de indicadores, nas empresas, provém da área de controladoria, é natural que a ênfase dos 750 indicadores calculados pela AHA⁵ fosse de natureza contábil-financeira, com destaque nos custos.

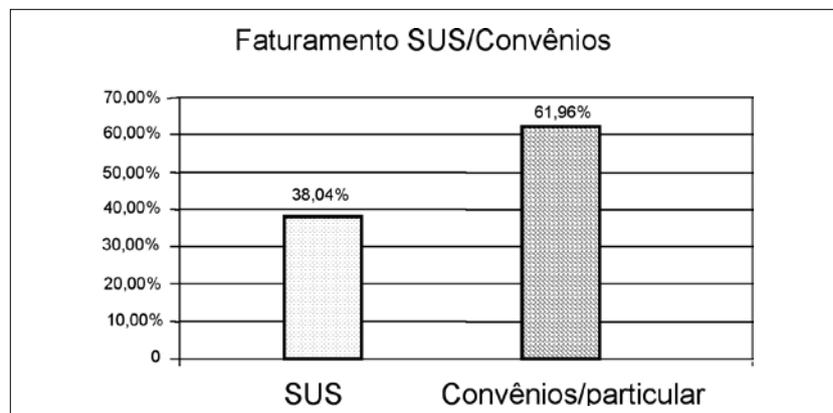
Por sua vez, os dados e indicadores sugeridos pelo Ministério da Saúde são de natureza operacional e de atendimento, com enfoque em qualidade^{3,15}.

Gráfico 1. Gráfico evolutivo



Fonte: União Social Camiliana

Gráfico 2. Gráfico de barras comparativos



Fonte: União Social Camiliana

Outras entidades nacionais que colhem e publicam indicadores de hospitais associados são as seguintes:

- o PROAHS, Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, resultante de um acordo entre a EAESP-FGV e o HCFMUSP, publica boletins trimestrais contendo algumas dezenas de informações e indicadores relativos a números de hospitais e de leitos, seus perfis, número de funcionários, taxa de ocupação, algumas taxas de morbidade e custos¹⁶.
- o CQH, Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo, divulga periodicamente indicadores relativos a mais de uma centena de hospitais, sobretudo paulistas^{17,18}.
- a ANAHP, Associação Nacional de Hospitais Privados, que congrega cerca de 50 hospitais de primeira linha, publica periodicamente, desde 2005, algumas dezenas de indicadores relevantes¹⁹.

Metodologia da Pesquisa

O artigo relata o fato de existir uma rede de hospitais nacionais cujos diretores se reúnem regularmente em volta dos seus indicadores gerenciais. O artigo descreve o sistema empregado no grupo para gerir por meio de indicadores.

A fim de proporcionar a essa atividade medular o merecido destaque, o artigo, além de testemunhar os fatos, esclarece as definições e os significados de termos como: dado, indicador, estatística hospitalar, parâmetro e referencial de excelência (*benchmark*), ainda objetos de desconhecimento e dúvidas.

Os resultados da pesquisa, reportados a seguir, são constituídos pela própria exposição dos pro-

cedimentos usados por esta rede hospitalar para monitorar seu desempenho por meio de indicadores.

Resultados

Fundada em 1960, a rede focada no presente artigo opera 45 hospitais nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul. Cada região tem um diretor encarregado das unidades locais, que possuem três ou quatro diretores cada. Um diretor nacional é responsável pelo conjunto dos estabelecimentos.

Alguns desses hospitais, de alta complexidade, atendem a convênios particulares, possuem nível 3 de acreditação hospitalar (nível de excelência) da ONA – Organização Nacional de Acreditação e pertencem à ANAHP. A maioria dos 40 hospitais são Santas Casas de Misericórdia ou similares, atendem a pacientes do SUS – Sistema Único de Saúde. Os preços pagos por esse convênio público aos hospitais pelos serviços prestados não lhes permitem equilibrar seus orçamentos, portanto recebem apoio financeiro dos hospitais superavitários da rede. A instituição ainda administra, em São Paulo, vários hospitais estaduais, a pedido do Governo, que reconhece sua competência na gestão hospitalar.

Cada hospital preenche mensalmente extenso relatório gerencial contendo 352 dados e indicadores. O Quadro 1 reproduz um fragmento de uma das 11 páginas do relatório.

Quase todos os hospitais do grupo dispõem de um sistema integrado de informações, um ERP – *Enterprise Resource Planning* – construído especificamente para hospitais, dotado de um módulo que proporciona o cálculo dos indicadores gerenciais solicitados¹⁰.

Os diretores dos hospitais da região reúnem-se para comentar os resultados regionais. Os resultados

da região são consolidados em um relatório levado à reunião nacional, à qual comparecem os quatro diretores regionais e o diretor geral. O fragmento desse relatório consta no Quadro 2.

O processo de *benchmarking* interno serve apenas, evidentemente, para comparar um hospital com o melhor do grupo, não com o melhor do país. É de se ressaltar, também, que a escolha judiciosa dos indicadores é indispensável para se poder efetuar um diagnóstico correto dos problemas e formular recomendações para solucioná-los.

O Relatório de atividades mensal é composto de:

- 84 dados operacionais, tipo “número de leitos”
- 70 indicadores operacionais de atendimento, tipo “giro do leito”
- 167 dados econômicos e financeiros, tipo “contas a receber”
- 31 indicadores contábil-financeiros, tipo “índice de liquidez corrente”
- 352 informações totais

Em uma pesquisa informal conduzida junto a funcionários graduados da rede, prevalecia a opinião de que o relatório deveria conter maior número de indicadores, em substituição a dados. Dessa forma, o indicador “quilos de roupa lavada por paciente-dia ajustado” seria mais revelador do que “quilos mensais de roupa lavada”, um dado.

Comentários

Alguns indicadores gerenciais deveriam ser mais amplamente computados em hospitais, tais como os seguintes:

- Percentagem de prescrições médicas imediata e totalmente preenchidos a partir de medicamentos e material médico-hospitalar existente no estoque

Quadro 1. Fragmento do Relatório Gerencial de Atividades dos Hospitais da Rede Camiliana

DEPARTAMENTO:	MÊS:	
8.2. RECURSOS HUMANOS	PREVISTOS	REALIZADOS
8.2.1. Porcentagem de Pessoal na Administração	20%	
8.2.2. Porcentagem de Pessoal na Enfermagem	55%	
8.2.3. Porcentagem de Pessoal no S.A.D.T.	05%	
8.2.4. Porcentagem de Pessoal no Apoio	20%	
8.2.5. Coeficiente de Funcionários por Leito Ocupado	-	
8.2.6. Índice de Rotatividade do Pessoal	2,0	
8.2.7. Total de Pessoal – Serviços Terceirizados	-	
8.2.8. Outros não Empregados (Especificar)	-	
8.3. ECONÔMICOS		
8.3.1. Margem Líquida de Resultado Total	10% RT + Infl.	
8.3.2. Margem Líquida de Resultado Op. – Antes da Depreciação	8% RO + Infl.	
8.3.3. Margem Líquida de Resultado Op. – Depois da Depreciação	7% RO + Infl.	
8.3.4. Porcentagem de Encargos RH/Receita Operacional	35%	
8.3.5. Média Salário Base	-	
8.3.6. Média Salário Bruto	-	
8.3.7. Média de Salários com Encargos Sociais	-	
8.3.8. Evolução Percentual das Receitas Operacionais	> Infl.	
8.3.9. Evolução Percentual das Despesas Operacionais	< Infl.	
8.3.10. Margem de Comercialização de Mat/Med Reemb	60%	
8.3.11. Total Geral de Compras	-	
8.3.12. Total de Compras – Central de Compras	-	
8.3.13. Estoque em Dias de Consumo – Mat/Med	30	
8.3.14. Índice de Débito a Fornecedores/Estoques	1,0	
8.3.15. Percentual do Total de Compras/Receita Operacional	30	
8.3.16. Período Médio de Recebimentos	45 dias	
8.3.17. Período Médio de Pagamentos	30 dias	
8.3.18. Índice de Liquidez Imediata	0,5	
8.3.19. Índice de Liquidez Seca	1,0	
8.3.20. Índice de Liquidez Corrente	1,2	
8.3.21. Índice de Liquidez Geral	1,5	
9. INFORMAÇÕES DE CUSTOS		
9.1. Custo da Diária – Enfermaria		
9.2. Custo do Paciente/Dia – Enfermaria		
9.3. Custo do Almoço		
9.4. Custo do kg de Roupas Lavadas		
10. ADMINISTRATIVOS		
10.1. Número de Refeições Servidas		
10.2. kg de Roupas Lavadas		
10.3. kg Prod. Utilizados Proces. Lavagem de Roupas		
10.4. Gramas por kg de Roupas Lavadas	7	
10.5. Metros Cúbicos de Oxigênio Utilizados		
10.6. Preço do m ³ de Oxigênio Gasoso		
10.7. Preço do m ³ de Oxigênio Líquido		
10.8. Preço do m ³ de Filme Radiológico Consumido		
10.9. Preço do m ³ de Água		
10.10. Quantidade de Água Consumida em m ³		
10.11. Preço do kw/h de Energia Elétrica		
10.12. Quantidade de kw/h consumida		

Fonte: União Social Camiliana.

Quadro 2. Fragmento do Relatório Nacional dos Indicadores Gerenciais da União Social Camiliana

RELATÓRIO NACIONAL DEZEMBRO 2010 (FRAGMENTO)				
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS		Hospital e Maternidade São Camilo	Hospital e Maternidade São Camilo	Hospital e Maternidade São Camilo
		São Paulo - SP	São Paulo - SP	São Paulo - SP
1.5.	Porcentagem de Ocupação			
1.5.1.	Clínica Médica	84,96%	98,49%	96,60%
1.5.2.	Clínica Pediátrica	76,77%	4,84%	0,00%
1.5.3.	Clínica Cirúrgica	87,87%	80,65%	42,40%
1.5.4.	Clínica Obstétrica	52,73%	79,35%	0,00%
1.5.5.	UTI de Adultos	78,42%	0,00%	90,66%
1.5.6.	UTI Infantil	67,49%	0,00%	0,00%
1.5.7.	UTI Neonatal	69,89%	0,00%	0,00%
1.5.8.	Outros (especificar)	0,00%	53,23%	0,00%
1.5.9.	Outros (especificar)	16,13%	0,00%	0,00%
Porcentagem Geral de Ocupação		79,77%	82,07%	81,32%
1.6.	Média de Permanência por Especialidades			
1.6.1.	Clínica Médica	7,81	3,60	6,36
1.6.2.	Clínica Pediátrica	3,90	6,30	-
1.6.3.	Clínica Cirúrgica	1,75	1,20	2,15
1.6.4.	Clínica Obstétrica	2,89	2,60	-
1.6.5.	UTI de Adultos	11,15	4,00	11,50
1.6.6.	UTI Infantil	9,30	8,20	-
1.6.7.	UTI Neonatal	15,29	-	-
1.6.8.	Outros (especificar)	-	-	-
1.6.9.	Outros (especificar)	1,25	-	-
Média Geral de Permanência por Especialidades		4,94	3,84	3,35
3.13.	Recursos Humanos			
3.13.1.	Porcentagem de Pessoal na Administração	23,91%	26,53%	26,71%
3.13.2.	Porcentagem de Pessoal na Enfermagem	52,25%	47,55%	42,96%
3.13.3.	Porcentagem de Pessoal no S.A.D.T.	5,20%	5,78%	6,50%
3.13.4.	Porcentagem de Pessoal no Apoio	18,64%	20,14%	23,83%
3.13.5.	Número de Enfermeiros por Leito	0,89	0,63	0,48
3.13.6.	Coefficiente de Funcionários por Leito Ocupado	7,71	8,34	7,03
3.13.7.	Índice de Rotatividade do Pessoal	0,01	2,18	2,38
3.13.8.	Total de Pessoal – Serviços Terceirizados	187	286	62
3.13.9.	Outros não Empregados (especificar)	-	-	-

Fonte: União Social Camiliana.

do hospital. Esse indicador de desempenho da gestão de materiais tem sido chamado de nível de serviço, nível de atendimento ou “fill rate” (percentagem de preenchimento). Deveria estar bem próximo a 100%, por exemplo, 99%. Somente deve-se levar em conta no seu cálculo medicamentos e materiais padronizados, de consumo regular e não as solicitações ocasionais, de produtos não padronizados.

- Tempos de espera dos pacientes antes do atendimento. Os tempos médios e máximos de espera dos pacientes na triagem, na admissão, no consultório, no laboratório, nos exames, nas Contas a Pagar, deveriam ser

objeto de medição – e de redução.

- Percentagem de tempo de ociosidade dos equipamentos ou da instalação. Esse tempo perdido pode ser causado por falta de demanda, quebra do equipamento, reforma do prédio, manutenção preventiva, e alguma falha técnica ou humana.

Conclusão

Relatou-se nesse artigo o caso de um grupo privado de 45 hospitais que se dedica assiduamente, há décadas, à análise dos seus indicadores de desempenho e desenvolveu um eficiente modelo de *benchmarking* interno, regional e nacional, isto é, de comparação

entre suas unidades, à procura de um referencial de excelência inter pares. O objetivo desse processo sistemático é acompanhar, por meio de indicadores quantitativos, o desempenho dos hospitais em todas as frentes; e estimular os hospitais a progredir, mostrando-lhes o caminho da melhoria, que alguns deles já trilharam.

Todos os hospitais nacionais deveriam comprometer-se a utilizar essa introspeção por meio de indicadores e criar grupos de *benchmarking*, isto é, de terapia por grupos, à procura da excelência. Os hospitais públicos têm essa dívida para com o público brasileiro, que lhes paga as contas. Os hospitais particulares, com essa prática, beneficiariam em muito seu público de pacientes particulares e conveniados.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves EL. O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea. 2a ed. São Paulo: Pioneira; 1989.
2. Gonçalves EL. Gestão Hospitalar, Administrando o Hospital Moderno. São Paulo: Saraiva; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Normas e Padrões de Construção e Instalação de Serviços de Saúde. 2a ed. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1983.
4. Machline C, Picchiai D. Dois conceitos inovadores no dimensionamento de recursos humanos em hospitais e no seu cálculo de produtividade. QUALIHOSP-IX Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde; 2009.
5. AHA. American Hospital Association, Hospital Administrative Services – HAS. Chicago (IL); 1979.
6. AHA. American Hospital Association, Hospital Statistics. Chicago (IL); 1979.
7. Schiesari LMC, Malik AM. Instrumentos usados na prática diária da gestão da qualidade. In: Gonçalves EL. Gestão Hospitalar, Administrando o Hospital Moderno. São Paulo: Saraiva; 2006.
8. Picchiai D. Parâmetros e Indicadores de Dimensionamento de Pessoas. São Paulo: GVPesquisa, FGV-EAESP; 2009. (Relatório de Pesquisa)
9. Carvalho LF. Serviço de Arquivo Médico e Estatística de um Hospital. 2a ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1977.
10. Mezzomo AA. Planejamento e Organização do Serviço de Prontuário do Paciente. São Paulo: Sesc; 1972.
11. Camp Robert C. Benchmarking: o Caminho da Qualidade Total. São Paulo: Pioneira; 1993.
12. Spendolini MJ. Benchmarking. São Paulo: Makron; 1993.
13. Kaplan RS, Norton DP. “Putting the Balanced Scorecard to Work”. Harv Bus Rev. Sept-Oct; 1993.
14. Kaplan RS, Norton DP. Organização orientada para a estratégia. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
15. Escrivão Jr A. Uso de Indicadores de Saúde na Gestão de Hospitais Públicos na Região Metropolitana de São Paulo. Relatório de Pesquisa. São Paulo: FGV-EAESP; 2004.
16. PROAHSA. Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. Acordo entre EAESP-FGV e HCFMUSP. Indicadores publicados no site (2010).
17. CQH. Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar. Manual de Orientação aos Hospitais Participantes. 3a ed. Associação Paulista de Medicina. Conselho Regional de Medicina. São Paulo: Atheneu; 2001.

18. Burmester H, Duarte IG, Pacheco MIR. Sistema de Monitoração de Indicadores de Qualidade e Produtividade de Hospitais. Projeto BRA 93/11. São Paulo; 1993.
19. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados, Boletim SINHA – Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares; 2005-2010.
20. Pasquini AC. Sistema de Informações Gerenciais como Facilitador no Processo de Tomada de Decisão no Hospital São Camilo-SP [dissertação]. Mestrado em Administração com área de concentração em Gestão Organizacional de Instituição Hospitalar e da Saúde do CUSC. São Paulo: Jun 1997.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Bittar OJNV. Hospital: Qualidade e Produtividade. São Paulo: Sarvier; 1996.

Recebido em 2 de maio de 2011
Aprovado em 31 de maio de 2011