

Manual de Custos Hospitalares

Apresentação

A Unimed Fesp, no exercício de seu papel como cooperativa de 2º grau, atua de forma estratégica no apoio às Unimeds do Estado de São Paulo, oferecendo assessoria técnica, institucional e promovendo a troca de experiências entre as cooperativas. Com foco contínuo no fortalecimento do Sistema Unimed paulista, investe em inovação, qualificação e desenvolvimento de equipes, contribuindo para a sustentabilidade e excelência dos serviços prestados.

O Departamento de Desenvolvimento Humano e Institucional (DHI) tem papel fundamental ao desenvolver iniciativas voltadas à disseminação de conhecimento, capacitação e formação de públicos diversos, incluindo cooperados, colaboradores, beneficiários e comunidades vinculadas às Unimeds Paulistas. Por meio de uma atuação multidisciplinar, o DHI contribui para o aprimoramento das práticas de gestão e para a evolução das organizações.

Histórico

O Manual de Custos Hospitalares é resultado do trabalho colaborativo do Grupo Técnico de Hospitais Próprios, composto por profissionais que contribuem ativamente para o aprimoramento dos serviços oferecidos pelos hospitais próprios, apoiando a Diretoria Executiva da Unimed Fesp no desenvolvimento de propostas que busquem solucionar desafios comuns, fornecendo subsídios para a melhor atuação e qualificação das unidades de atendimento em todo o estado de São Paulo.

Durante as reuniões do Grupo Técnico de Hospitais Próprios, diante da crescente complexidade assistencial e do aumento da demanda por serviços qualificados, os membros identificaram, entre os desafios comuns, a necessidade da elaboração de um Manual de Custos Hospitalares fornecendo diretrizes e padrões mínimos para garantir a adoção de práticas eficientes de custeio, promovendo melhor utilização de recursos, maior clareza na gestão e mais qualidade nas operações.

Metodologia

A participação ativa dos representantes do Grupo Técnico de Hospitais Próprios contribuiu de maneira significativa para o desenvolvimento e consolidação das diretrizes aqui apresentadas.



Durante o período de fevereiro a agosto de 2026, os encontros virtuais permitiram a troca de conhecimentos e experiências, promovendo uma visão abrangente e coesa dos temas abordados nesse manual. O documento passou por etapas de estudo e análise, baseando-se em normativas e referências técnicas aplicáveis ao tema.

As etapas de elaboração do manual foram organizadas da seguinte forma:

Manual de Custos Hospitalares	
Etapas de construção	
Etapa 1 – Definição do desafio, baseado na necessidade de ter um direcionar antes de estabelecer documentos para análises de custos	
Etapa 2 - Definição dos tópicos a serem contemplados por meio de votação	
Etapa 3 - Descrição detalhada dos tópicos selecionados com subdivisão por grupo	
Etapa 4 - Validação da estrutura do final do Manual – Comitê de Serviços e Recursos Próprios	
Etapa 5: Disponibilização para o Sistema Unimed	

Unimeds participantes na elaboração

Grupo Técnico de Hospitais Próprios

Unimed Araçatuba – Leticia da Cruz Sanches Setolin

Unimed Araraquara - Gabriela Marino Schiavon Arnosti Neves

Unimed Franca - Dinazê Garcia Américo

Unimed Leste Paulista - Emerson Ferreira Gomes

Unimed Piracicaba – Nivaldo Lacerda da Cunha

Unimed Regional Jaú - Dr. Paulo De Conti

Unimed São José dos Campos - Nathalia de Faria Brison

Unimed São Carlos - Vanessa Marolla Bernardes Antonio

Unimed SBA e Americana - Remídio Vizzotto Júnior

Unimed Sul Paulista – Mauro Chinellato

Unimeds participantes na validação

Comitê de Serviços e Recursos Próprios 20/08/2026

Unimed Alta Mogiana

Unimed Amparo



Unimed Andradina
Unimed Assis
Unimed Avaré
Unimed Bauru
Unimed Bebedouro
Unimed Birigui
Unimed Botucatu
Unimed Campinas
Unimed Capivari
Unimed Guarujá
Unimed Guarulhos
Unimed Ibitinga
Unimed Jaboticabal
Unimed Jundiaí
Unimed Lençóis Paulista
Unimed Limeira
Unimed Lins
Unimed Marília
Unimed Norte Paulista
Unimed Ourinhos
Unimed Pindamonhangaba
Unimed Piracicaba
Unimed Regional baixa Mogiana
Unimed Registro
Unimed Ribeirão Preto
Unimed Salto-Itu
Unimed Santa Bárbara D'Oeste E Americana
Unimed São Carlos
Unimed São José Do Rio Pardo
Unimed São José Do Rio Preto
Unimed São José Dos Campos
Unimed Sudoeste Paulista



Unimed Sul Paulista

Unimed Tatuí

Unimed Taubaté

Unimed Vale Novo Paulista

Unimed Dracena

Unimed Monte Alto

Coordenação – Unimed Fesp

Dr. Arnaldo Passafini Neto – Diretor Presidente

Dr. Eduardo Augusto de Lima Portioli – Diretor de Desenvolvimento Humano e Institucional

Elisete Aparecida Rasera – Gerente de Desenvolvimento Humano e Institucional

Equipe de Desenvolvimento Humano e Institucional

Ariel Paz de Melo

Dr. Christian Morato de Castilho

Guilherme Brito de Araujo

Jeferson de Lima Silva Castro

Luciana de Souza Silva

Revisão do Documento:

Professor Enio Jorge Salu

CEO da Escepti Consultoria e Treinamento

Sumário

1. Introdução	6
2. Conceitos	6
3. Importância da gestão de custos para sustentabilidade do econômico-financeira	8
4. Metodologias Apuração de Custeio Aplicadas à Saúde: absorção e ABC	9
4.1. Custeio por Absorção Hospitalar	10
4.2 Fluxo de Apropriação Técnica	10
4.3 Metodologia: Custeio por Absorção Hospitalar	11
5. Classificação dos Custos	12
6. Apuração de custos diretos	13
7. Apuração de custos indiretos	14
7.2 Etapas da apuração de custos indiretos	14
8. Apuração de custos indiretos: hospitalar e operadora	18
9. Metodologia para estruturação de rateio de custos indiretos	19
10. Composição dos centros de custos	200
10.1. Classificação dos centros de custos	231
10.2. Importância da correta composição dos centros de custos	23
11. Estratégias para implantação de gestão de custos no serviço hospitalar	24
12. Resumo de algumas das melhores práticas para implantação da gestão de custos hospitalares	29
12.1 A influência do perfil epidemiológico da população atendida e da carteira de serviço ofertada pelo hospital na composição dos custos e os cuidados necessários para comparação entre os serviços hospitalares	33
12.2. Variáveis Epidemiológicas Chave que Influenciam Custos	34
12.3 Metodologias de Análise do Perfil Epidemiológico sem uso de ferramentas de agrupadores de risco/pacientes	35
12.4 O Impacto da Carteira de Serviços na Estrutura de Custos	37
12.5 Análise de Indicadores Complementares	39
12.6 Implicações Práticas para Gestores e Analistas do Sistema Unimed	39
13. Referências	41

1. Introdução

A gestão de custos em instituições de saúde tornou-se um instrumento fundamental para a sustentabilidade financeira e para a tomada de decisões estratégicas. O aumento da complexidade assistencial, a incorporação tecnológica e a crescente demanda por serviços de saúde exigem maior eficiência na utilização dos recursos.

Nesse contexto, a contabilidade de custos passou a desempenhar papel relevante no controle gerencial, permitindo a identificação, mensuração e análise dos gastos envolvidos na prestação de serviços. No setor hospitalar, o conhecimento dos custos contribui para maior transparência na gestão, além de subsidiar decisões relacionadas à precificação, avaliação de desempenho e planejamento estratégico.

A adoção de sistemas de custeio bem estruturados possibilita maior eficiência operacional e melhor utilização dos recursos disponíveis.

A gestão dos custos hospitalares, no entanto, extrapola a área de abrangência da Contabilidade de Custos, por duas razões fundamentais:

Enquanto a correta apuração dos custos é realizada pela área da contabilidade de custos, a gestão propriamente dita dos custos, no sentido de avaliar e eventualmente ajustar as estruturas organizacionais, processos e demais componentes que compõem o custo, é de responsabilidade dos gestores das diversas áreas assistenciais, de retaguarda assistencial e de retaguarda administrativa;

A maioria dos parâmetros utilizados na gestão dos custos não são contabilizados. São informações relacionadas aos volumes de produção assistencial, de quantidade de colaboradores, de quantidade de leitos, equipamentos, salas e outros parâmetros que permitem avaliar tanto valores médios de custo por elemento humano ou físico, como produtividade e ociosidade dos recursos existentes na estrutura hospitalar.

2. Conceitos

A contabilidade de custos pode ser definida como o sistema responsável pela identificação, mensuração e análise dos gastos relacionados à produção de bens ou à prestação de serviços. No ambiente hospitalar, os custos correspondem ao consumo de recursos necessários para a assistência à saúde, incluindo recursos humanos, materiais médicos, medicamentos, infraestrutura e serviços de apoio.



Uma prática comum na gestão de custos hospitalares é a divisão da organização em centros de custos, permitindo identificar e analisar os gastos por área ou atividade. Essa estrutura facilita o acompanhamento do desempenho das áreas e a responsabilização dos gestores (Bornia, 2002).

Entre os principais conceitos de Gestão de Custos Hospitalares, pode-se citar:

- a) **Gasto:** Valor gasto em bens ou serviços para obtenção de outros bens ou serviços;
- b) **Custo:** *tipo de gasto* especificamente aplicado na atividade-fim (assistência ao paciente);
- c) **Despesa:** *tipo de gasto* administrativo ou comercial necessário para manutenção da estrutura, mas que não está ligado diretamente à assistência ao paciente;
- d) **Investimento:** *tipo de gasto em bens* que trarão benefícios futuramente, (como a compra de um novo equipamento de imagem);
- e) **Perda:** consumo anormal ou involuntário sem retorno (como medicamentos vencidos ou desperdícios);
- f) **Centro de Custos:** Divisão de áreas do hospital nas quais os custos são alocados para melhor controle;
- g) **Custo por Procedimento:** Valor médio gasto para realizar uma atividade específica.
- h) **Custo-Efetividade:** Relação entre o custo de uma intervenção e o benefício de saúde que ela proporciona.
- i) **Unidades de Negócio:** Trata-se de serviços relacionados através da jornada do paciente, onde é analisado a rentabilidade do serviço.
- j) **Rateio:** é o processo de distribuição de custos indiretos entre diferentes centros de custos, setores ou serviços da instituição.
- k) **Custo Mínimo Estimado:** custo calculado de um insumo, partindo da distribuição do custo total pela capacidade de produção associada ao insumo (como custo mínimo estimado de uma diária de UTI, ou de uma hora de uma sala cirúrgica, ou de uma hora de uso de um equipamento, ou de uma hora de empenho de um enfermeiro para realização de um procedimento).
- l) **Receita Operacional:** é a receita obtida em contrapartida a um produto entregue ao cliente (como o recebimento de uma conta hospitalar apresentada ao cliente para pagamento), ou o orçamento destinado a uma determinada área de negócios para sua subsistência (como o orçamento definido para cobrir os custos do Pronto Socorro).



- m) Gasto Operacional:** é o empenho de gastos com despesas e custos relacionada a unidade de negócios que é a base da análise dos custos (como despesas e custos das unidades de internação, do centro cirúrgico, das UTIs).
- n) Receitas e Gastos Não Operacionais:** são as receitas obtidas que não se referem a contrapartida do produto entregue ao cliente (como ganhos em aplicações financeiras), e os gastos empenhados em atividades que não se relacionam com as unidades de negócios que são a base das análises dos custos (como os gastos com uma Clínica de Atenção Primária à Saúde, quando se está calculando os custos da atividade hospitalar).

3. Importância da gestão de custos para sustentabilidade do econômico-financeira

A gestão eficiente de custos é essencial para garantir a sustentabilidade das organizações de saúde. O conhecimento dos custos permite aos gestores avaliar a viabilidade dos serviços prestados, identificar oportunidades de melhoria nos processos e reduzir desperdícios.

Além disso, as informações de custos contribuem para o planejamento orçamentário, avaliação de desempenho das áreas, negociação com operadoras de saúde e tomada de decisões estratégicas. Sistemas de custeio bem estruturados fornecem informações relevantes para a análise gerencial e apoio às decisões organizacionais (Beuren, 1998).

Entre os principais benefícios da gestão de custos estão:

- a) Apoio à tomada de decisão gerencial, fornecendo informações precisas sobre os custos dos serviços prestados;
- b) Formação adequada de preços e pacotes assistenciais, evitando distorções na remuneração dos serviços;
- c) Identificação de desperdícios e ineficiências operacionais, permitindo a implementação de ações de melhoria;
- d) Avaliação de desempenho de setores e unidades assistenciais, por meio de indicadores de eficiência;
- e) Planejamento financeiro e orçamentário mais assertivo;
- f) Redução do desperdício de recursos, que em última instância reduz o acesso da população à saúde, em especial nos hospitais de rede própria de operadoras de planos de saúde, reduzem o acesso dos beneficiários dos planos de saúde da entidade

mantenedora diretamente ao hospital e indiretamente aos demais serviços de saúde de sua rede própria.

Além disso, a gestão de custos contribui para aumentar a transparência das informações financeiras da instituição, facilitando a comunicação entre gestores, operadoras e demais stakeholders envolvidos na prestação de serviços de saúde.

4. Metodologias Apuração de Custeio Aplicadas à Saúde: absorção e ABC

Sistema é um conjunto de etapas coordenadas entre si. Assim, um sistema de custos envolve uma metodologia que coleta, processa, interpreta e analisa dados para obter o custo do serviço ou produto.

Elizeu Martins (2000,) pontua que “sistema não é somente um conjunto de normas, fluxos, papéis, rotinas”. Para ele, “o sucesso do sistema está diretamente ligado ao pessoal que o alimenta e o faz funcionar”. Ou seja, depende fundamentalmente da coleta de informações. Recomenda-se iniciar com rotinas simples e dados fáceis de se obter, aperfeiçoando gradativamente a metodologia com treinamentos e prática.

Entre as diversas metodologias de apuração de custos, nenhuma isoladamente resolve todas as necessidades comuns a uma empresa. Portanto, deve-se escolher o sistema de custeio (ou combinar as metodologias entre si) a partir do objetivo principal da empresa e das informações pretendidas por gestores e tomadores de decisão. Assim, recomenda-se o custeio por absorção para formação de preço, sendo o único aceito pelos princípios contábeis; o custeio variável para desenvolver informações nos processos decisórios; o custeio padrão para controles; o custeio ABC para medir custos com foco nos processos. As diferentes abordagens – custeio por absorção, custeio direto e custeio baseado em atividades, custeio padrão – não têm características mutuamente excludentes, ou seja, é possível a adoção simultânea das alternativas, cada uma com um conjunto de informações específicas às funções de controle e planejamento das operações de uma empresa hospitalar (Matos, 2005).

4.1. Custeio por Absorção Hospitalar

Nesta metodologia, o objetivo é que cada atendimento, diária ou procedimento "absorva" uma parcela de todos os gastos do hospital, desde a gaze utilizada até o serviço de hotelaria e manutenção.

No caso de gestão de custos hospitalares é importante que a absorção esteja relacionada com a atividade hospitalar:

- Não é em razão de um serviço de saúde se encontrar fisicamente no edifício hospitalar que seu custo deva ser absorvido pelo hospital;
- Uma Clínica de Terapia ABA, por exemplo, não se relaciona com a atividade fim do hospital. Se seu custo for absorvido pelo hospital, carregará o resultado da apuração com um custo que não se relaciona com internação de pacientes. Se isso ocorrer com esta clínica e com outros serviços que se encontram no edifício hospitalar, mas não se relacionam com a atividade hospitalar, o resultado apurado não será adequado para comparação com outros hospitais que não possuem estas clínicas em suas instalações físicas;
- Um SADT, como um Laboratório de Análises Clínicas por exemplo, também não deve ter seu custo totalmente absorvido pelo hospital se realizar exames para pacientes que não são internados, os chamados pacientes externos. Se o SADT realiza parte da sua produção para pacientes internados do hospital, e outra parte para outros pacientes, a absorção do seu custo pelo hospital deve ser correspondente a parcela que se refere apenas aos pacientes internados. Um rateio proporcional em função da quantidade de pacientes atendidos pelo hospital e externos, por exemplo, deve ser aplicado para que o hospital tenha seu custo apurado de uma forma que mais corresponda a realidade.

4.2 Fluxo de Apropriação Técnica

- a) Custos Diretos (Assistenciais): São os insumos consumidos diretamente no cuidado ao paciente.

Exemplos: Medicamentos (OPME), materiais descartáveis, honorários médicos e equipe de enfermagem alocada exclusivamente ao setor.



- b) Custos Indiretos (CIF Hospitalar):** São os gastos necessários para manter a estrutura assistencial funcionando, mas que não são mensuráveis por paciente individualmente sem um critério de rateio.

Exemplos: Esterilização (CME), higienização hospitalar, manutenção de equipamentos de imagem e energia elétrica da unidade.

- c) Critérios de Rateio (Direcionadores de Valor):** Os critérios de rateio em custos hospitalares são métodos utilizados para distribuir os custos indiretos entre os diversos centros de custo, serviços ou unidades assistenciais de um hospital. O objetivo é garantir maior precisão na apuração dos custos hospitalares, apoiar a tomada de decisão gerencial, precificação de serviços, controle orçamentário e avaliação de desempenho institucional.

Alguns exemplos comuns incluem: Por Dia/Paciente: O custo da hotelaria é dividido pelo número de leitos ocupados. Por Minuto/Hora de Procedimento: O custo fixo do Centro Cirúrgico é rateado pelo tempo de permanência em sala.

4.3 Metodologia: Custeio por Absorção Hospitalar

O Custeio por Absorção na saúde consiste na apropriação de todos os custos (diretos e indiretos, fixos e variáveis) aos objetos de custeio finais — que podem ser o paciente-dia, o procedimento cirúrgico ou a passagem pelo pronto-atendimento.

Nesta metodologia, os custos "fluem" dos departamentos de apoio para os centros de resultado, garantindo que o valor final do serviço contemple a infraestrutura completa da instituição.

O Custeio ABC (*Activity-Based Costing*) na saúde é a metodologia que permite a maior precisão na gestão hospitalar, pois ela abandona a lógica de "rateios médios" e foca no consumo real de recursos através das atividades realizadas durante a jornada do paciente.

Diferente do método por absorção, que foca em centros de custos, o ABC estabelece que:

- Pacientes (Objetos de Custo) consomem Atividades.
- Atividades consomem Recursos.

Essa abordagem permite identificar o custo de protocolos clínicos específicos (ex: Linha de

Cuidado de doença coronariana aguda) com precisão, revelando onde há desperdício ou ineficiência nos processos assistenciais.

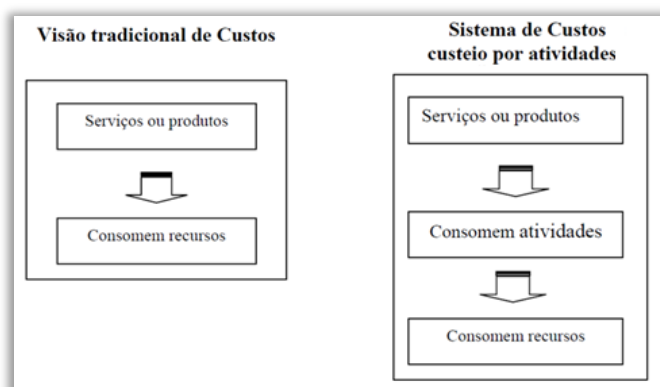


Figura 1– Comparação entre a visão tradicional de custos e o custeio baseado em atividades (ABC). Adaptado de Kaplan e Cooper (1998).

5. Classificação dos Custos

Custos geralmente são classificados conceitualmente como: Consumo (gastos) de insumos (bens ou serviços) para produzir outros bens ou serviços.

Considerando o setor de saúde multiprofissional (profissionais de diversas formações inseridos na estrutura), deve-se definir claramente as nomenclaturas e os conceitos básicos utilizados na área financeira para informar custos (e resultados) úteis ao processo de tomada de decisão.

- a) Custos Fixos:** Custos fixos são aqueles que permanecem relativamente constantes independentemente do volume de serviços prestados (Martins, 2010).
- b) Custos Variáveis:** Custos variáveis são aqueles que variam proporcionalmente ao nível de produção ou de atendimentos realizados.

Outra forma de classificação é a divisão dos custos em custos diretos e indiretos conforme abordados na sessão **4.1 Custeio por Absorção Hospitalar**

Esta classificação e a apuração que se produz é de caráter estratégico, pouco aplicada em discussões de âmbito mais operacionais:

- A empresa ideal, que não existe na realidade, é a que só tem custos variáveis, ou seja, que só empenha recursos quando produz. Os custos fixos que ocorrem mesmo quando a empresa não produz são indesejáveis, se considerarmos que se não existe produção

não existe contrapartida em receita;

- No âmbito estratégico a discussão do balanceamento entre custos fixos e variáveis é importante no sentido de organizar investimentos, desenvolver parcerias de terceirização, e desenvolver tecnologias;
- No âmbito mais operacional a discussão não tem grande aplicação, uma vez que os gestores das dezenas de unidade de negócios hospitalares geralmente não têm autonomia para definir ações estratégicas, e boa parte das vezes, não possuem discernimento sobre as alternativas para transformar custos fixos em variáveis, especialmente porque a própria remuneração *desses profissionais geralmente é fixa (salário)*.

6. Apuração de custos diretos

A apuração dos custos diretos em hospitais consiste em identificar, medir e registrar todos os gastos que estão diretamente ligados ao atendimento de um paciente, procedimento ou serviço/atividade específica. São custos que têm uma relação clara com o que foi realizado, não sendo necessário fazer divisões ou rateios entre setores.

Entre os principais exemplos estão todos os medicamentos e materiais administrados no paciente, exames realizados (como laboratoriais ou de imagem) e a mão de obra direta da equipe assistencial (médicos, enfermeiros, equipe multidisciplinar, técnicos e auxiliares administrativos envolvidos no atendimento).

Por exemplo, em uma cirurgia, entram como custos diretos os materiais descartáveis utilizados, os medicamentos aplicados durante o procedimento e o tempo da equipe envolvida. Já em uma internação clínica, podem ser considerados os medicamentos prescritos diariamente, os materiais de uso contínuo e os exames solicitados para o paciente.

Outro exemplo importante, um custo de contrato de manutenção específico do aparelho de tomografia/ressonância/medicina nuclear, não deve interferir no custo geral do centro de custo de imagem. A depreciação dos equipamentos ocorre de forma individual não devendo também ser compartilhado ao total do centro.

O cálculo desses custos é feito de forma simples: multiplica-se a quantidade consumida pelo valor unitário de cada item. Normalmente, esse controle é realizado por meio de sistemas de informação, como o prontuário eletrônico, que permite rastrear exatamente o que foi utilizado em cada atendimento.

Esse tipo de apuração é fundamental para que o hospital consiga analisar com mais precisão o custo de cada serviço/atividade, avaliar a rentabilidade dos procedimentos e melhorar a gestão e o desempenho das unidades assistenciais, apoio e administrativa.

7. Apuração de custos indiretos

Os custos indiretos são aqueles que, embora indispensáveis ao funcionamento da instituição, não podem ser atribuídos de forma direta e imediata a um único paciente, procedimento, serviço ou centro de custo. Enquadram-se nessa categoria despesas como energia elétrica, segurança, limpeza, manutenção predial, aluguel, tecnologia da informação (impressões), apoio administrativo e salários de áreas de direção e supervisão. Por sua natureza compartilhada, esses custos precisam ser distribuídos entre os diversos setores por meio de critérios de rateio tecnicamente definidos, buscando refletir, da forma mais fiel possível, o consumo dos recursos por cada área da organização.

Na prática, essa distribuição pode ocorrer por diferentes metodologias conforme mencionado na sessão **4.3 Metodologia: Custeio por Absorção Hospitalar**

7.2 Etapas da apuração de custos indiretos

Assim, a apuração dos custos indiretos envolve três etapas essenciais: a identificação dos gastos compartilhados, a definição de critérios ou direcionadores adequados de distribuição e a alocação proporcional desses valores entre os centros de custo ou objetos de custeio. Enquanto o custeio por absorção oferece uma visão mais tradicional e consolidada da distribuição dos custos, o ABC proporciona uma análise mais detalhada e gerencial, especialmente útil em instituições complexas, como hospitais, onde múltiplas atividades de apoio influenciam diretamente o custo dos serviços assistenciais.

Exemplos mais detalhados de rateio:

- a) **Energia elétrica:** Pode ser rateada com base na área (m²) ou no tipo de consumo. Por exemplo, o centro cirúrgico e a UTI costumam consumir mais energia por conta de equipamentos ligados continuamente, então podem receber um peso maior no rateio em comparação com áreas administrativas.

A Engenharia Clínica Hospitalar geralmente tem um mapa detalhado do consumo dos equipamentos de maior porte, e a Engenharia Hospitalar (ou Manutenção Hospitalar) geralmente tem um mapa detalhado do consumo de carga de iluminação e em tomadas



para equipamentos de menor porte. É importante envolver essas áreas na definição do critério de rateio para que o critério se aproxime da realidade de consumo de energia.

Caso o hospital tenha fonte geradora de energia e venda energia para a concessionária, a receita obtida na venda é um tipo de receita não operacional, que não deve entrar no cálculo como receita, mas da mesma forma que o custo da estrutura necessária para gerar a energia deve ser contabilizada como custo, a receita gerada pela venda da energia deve ser abatida do custo geral com energia.

- b) **Aluguel e ou custo de manutenção do prédio:** Dividido conforme o tamanho de cada setor. Uma unidade de internação com vários leitos ocupará mais espaço e, portanto, absorverá uma parcela maior do custo do que um pequeno ambulatório.
- c) **Limpeza e higienização:** Pode ser distribuída pela área, m², ou pelo nível de criticidade. Por exemplo, o centro cirúrgico exige limpeza mais rigorosa e frequente, então pode ter um custo proporcionalmente maior do que áreas administrativas.

A Área de Limpeza e Higienização geralmente tem um mapeamento completo do empenho de recursos para higienização, que utiliza para dimensionar o quadro de pessoal (carga de pessoal) por turno, que é utilizada para definição da escala dos colaboradores, ou para dimensionamento do pagamento dos prestadores de serviços terceirizados. É recomendável que participe da definição dos critérios de distribuição desses custos.

- d) **Recursos Humanos (RH):** Custos como recrutamento, folha de pagamento e benefícios podem ser rateados pelo número de funcionários. Um setor com 100 colaboradores terá uma parcela maior desse custo do que um setor com 10.

A Área de Recursos Humanos geralmente possui um mapeamento dos cargos que oneram mais os processos seletivos e os processos de gestão de absenteísmo, treinamento e outras atividades que influenciam mais ou menos a estrutura de RH hospitalar. Os colaboradores que atuam em áreas de maior risco de acidentes, por exemplo, costumam demandar maior esforço da área de RH. É recomendável que a área de RH participe da definição dos critérios de rateios desses custos.

- e) **Tecnologia da Informação (TI):** Pode ser distribuída conforme o número de computadores, acessos ao sistema ou complexidade dos sistemas utilizados. Por exemplo, áreas assistenciais que usam prontuário eletrônico intensivamente podem absorver mais custo do que setores com uso limitado.

Algumas áreas hospitalares demandam custos muito acima da média em relação aos demais. É o caso da área de marketing, que costuma fazer uso de uma série de sistemas de informação além do HIS, ou mais recentemente das áreas que utilizam IA, que além do custo da assinatura do aplicativo, geralmente oneram significativamente os custos com processamento e armazenagem de elevado volume de dados, inclusive energia elétrica no caso de estruturas que não se hospedam na nuvem. É recomendável que a área de TI participe da definição dos critérios de rateios desses custos.

- f) **Manutenção de equipamentos:** Rateada pelo tempo de uso ou quantidade de procedimentos. Um tomógrafo, por exemplo, terá seu custo distribuído entre os setores que mais utilizam o equipamento, como pronto atendimento e internação.

As áreas de Engenharia Clínica e de Engenharia Hospitalar (ou Manutenção) tem na rotina o controle da quantidade de ordens de serviços de manutenção corretiva, preventiva e preditiva, cada uma com os ativos de sua responsabilidade, o custo do serviço e dos insumos de cada evento de manutenção, e os custos dos insumos de funcionamento dos equipamentos de grande porte. É recomendável que estas áreas participem da definição dos critérios de rateio desses custos.

- g) **Segurança patrimonial:** Pode ser dividida pela área total ou pelo nível de necessidade de cada setor. Áreas com maior circulação de pessoas, como pronto atendimento, podem demandar mais vigilância.

A Zeladoria Hospitalar geralmente tem um mapeamento detalhado do empenho de colaboradores e de terceiros distribuídos em cada ponto de presença física, e na central de monitoração de câmeras e sistemas. É recomendável que a Zeladoria participe da definição dos critérios de rateios desses custos.

- h) **Custos administrativos gerais e financeiros:** Como diretoria, financeiro e faturamento, podem ser rateados com base no número de atendimentos ou volume de produção. Um setor com grande número de pacientes tende a demandar mais apoio administrativo. Considerar despesas bancárias e tributárias.

É importante que despesas não sejam consideradas como parcelas de custos nos processos de apuração de custo por procedimento. Despesas são gastos a serem considerados na análise de rentabilidade de unidades de negócios e no cálculo de fatores de custos de instalações físicas, mas no cálculo de custo devem ser considerados apenas os custos, diretos e indiretos – somente custos.

Exemplo prático consolidado: Imagine a conta mensal de energia de um hospital. Ela pode ser distribuída assim:

- **40%** para áreas assistenciais de alta complexidade (UTI e centro cirúrgico),
- **30%** para internação,
- **20%** para pronto atendimento,
- **10%** para áreas administrativas.

Esse tipo de distribuição permite refletir melhor o consumo real de cada setor.

Antes de qualquer estudo deve-se levar em consideração o perfil epidemiológico do hospital. No caso acima, trata-se de uma organização com perfil cirúrgico.

A correta apuração dos custos indiretos, com critérios bem definidos, é fundamental para garantir justiça na distribuição dos gastos, melhorar a gestão financeira e apoiar decisões estratégicas dentro do hospital.

OBS: No que tange a melhor escolha de método de rateio é importante salientar que o ABC demanda maior acuracidade sobre despesas estabelecidas sobre um determinado setor (Ex: Funcionários da limpeza que atuam em uma UTI. Pois estes funcionários possuem despesas específicas como Insalubridade). Pois nestes casos a despesa não seria rateada e sim direcionada para aquele centro de custo.

Importante: neste exemplo, é fundamental antes de fazer o rateio do valor da conta pelas

unidades de negócios hospitalares, abater do valor (subtrair dele) o consumo de unidades que não são hospitalares, caso a conta seja única. Por exemplo: se a conta de energia é única do edifício, mas o edifício tem uma Clínica de APS, uma Clínica de Terapia ABA, um ambulatório, e outras unidades que não são hospitalares, deve-se abater do total da conta o consumo correspondente desta unidade antes de realizar o rateio. Como neste caso provavelmente essas unidades de negócios não devem ter medidores de energia separados, é recomendável que a Área de Engenharia seja envolvida para estabelecer o redutor de valor que deve ser aplicado no valor total da conta.

8. Apuração de custos indiretos: hospitalar e operadora

Em organizações que possuem tanto estrutura hospitalar quanto operadora de planos de saúde (modelo verticalizado), é fundamental separar corretamente os custos indiretos das áreas que podem atender a operadora e o recurso próprio de forma conjunta. EX.: Jurídico, RH, Manutenção, Contabilidade, TI, Segurança. SESMT e Financeiro. Essa distinção permite uma análise mais precisa da eficiência operacional, da rentabilidade e da sustentabilidade do negócio.

De forma simplificada:

- **Hospital** → apura o custo da produção assistencial (prestação de serviços ao paciente)
- **Operadora** → apura o custo da gestão de risco (uso da carteira, principalmente pela sinistralidade)

Para essas áreas que atendem os dois modelos de negócio é fundamental que se estabeleça critérios técnicos de rateio para que o custo seja dividido da forma mais justa e precisa possível entre os serviços, conforme nível de utilização. Podem haver áreas em que haja a necessidade prévia de separação de algumas atividades/serviços que prestam serviço direto a apenas um dos modelos de negócio envolvido e, desta forma, seus custos não devem ser rateados com os outros serviços.

Exemplos de Rateios envolvendo Operadora, Hospital e outras áreas:

- a) **Folha de pagamento:** Toda folha de pagamento gerada para serviços: Hospital, Comercial, Credenciamento, Postos Externos poderia ser rateada pelo número de colaboradores de cada unidade.

- b) Manutenção Predial:** Todos os serviços realizados poderiam ser rateados pelo número de O.S (Ordem de Serviço) demandado por cada estrutura (Hospital, Operadora, Unidades Externas, Laboratórios, outros anexos);
- c) Engenharia Clínica:** Todos os serviços realizados poderiam ser rateados pelo número de O.S (Ordem de Serviço) demandado por cada estrutura (Hospital, Unidades Externas, Laboratórios, outros anexos);
- d) T.I - Tecnologia da Informação:** Todos os serviços realizados poderiam ser rateados pelo número de O.S (Ordem de Serviço) demandado por cada estrutura (Hospital, Operadora, Unidades Externas, Laboratórios, outros anexos); Considerar as observações citadas anteriormente sobre o envolvimento das áreas na definição dos critérios de rateios.

9. Metodologia para estruturação de rateio de custos indiretos

A estruturação do rateio de custos indiretos consiste no processo de identificar os gastos compartilhados da instituição e distribuí-los entre os centros de custos com base em critérios técnicos que reflitam, de forma proporcional, o consumo dos recursos por cada área. No ambiente hospitalar, esse processo é essencial, pois diversos serviços utilizam recursos comuns, como limpeza, manutenção, segurança, energia elétrica, lavanderia, nutrição e apoio administrativo, sem que tais despesas possam ser atribuídas diretamente a um único paciente ou setor.

A metodologia normalmente compreende: identificação dos centros de custos da instituição; levantamento dos custos indiretos totais; definição dos critérios de rateio mais adequados; distribuição desses custos entre centros administrativos, auxiliares e produtivos; e consolidação final dos custos nos centros produtivos. Ao final, o custo total de cada setor produtivo corresponde à soma dos custos diretos com a parcela de custos indiretos recebida por rateio, sendo esse montante dividido pelo volume de produção do período para obtenção do custo unitário por diária, cirurgia, exame ou atendimento.

Entre os critérios de rateio mais utilizados em hospitais estão: área física ocupada (m²) para limpeza, manutenção, aluguel e segurança; número de funcionários para recursos humanos e refeitório; consumo de energia por setor para despesas elétricas; quilos de roupa processados para lavanderia; número de refeições produzidas para nutrição; e quantidade de

materiais processados para CME. Por exemplo, o custo da limpeza pode ser distribuído conforme a metragem de cada setor, enquanto a lavanderia pode ser rateada de acordo com os quilos de roupa utilizados por internação, UTI e centro cirúrgico. A escolha adequada desses critérios é fundamental para reduzir distorções, aumentar a confiabilidade dos dados e apoiar a gestão hospitalar na tomada de decisão.

Exemplos de Critérios de rateio aplicáveis ao hospital		
A seguir, alguns exemplos usuais dos critérios em ambiente hospitalar		
Tipo de custo indireto	Critério de rateio sugerido	Exemplo prático
Limpeza, manutenção predial, aluguel, segurança	Área física ocupada (m ²)	UTI com 300m ² recebe menos custo que internação com 800m ²
Recursos Humanos, SESMT, refeitório	Número de funcionários	Sensores com maior quadro de pessoal absorvem maior parcela do custo
Energia elétrica	Consumo medido ou estimado por setor	Diagnóstico por imagem e centro cirúrgico tendem a consumir mais energia
Lavanderia	Quilos de roupas processados	Internação e centro cirúrgico recebem maior custo por maior volume de enxoval
Nutrição e diética	Numero de refeições produzidas/distribuídas	Internação absorve custo consome conforme quantidade de dietas servidas
CME	Quantidade de caixas cirúrgicas de materiais processados	Centro cirúrgico recebe a maior parcela pelo maior uso da esterelização
Faturamento	Numero de contas processadas	Seres com maior produção assistencial tendem a consumir mais esse recurso
Administração geral	Número de atendimento diárias ou produção total	Pronto atendimento, internação e ambulatório recebem conforme volume assistencial

Quadro 1 – Exemplos de critérios de rateio de custos indiretos em ambiente hospitalar. Fonte: Adaptado de Martins (2018).

Considerar as observações citadas anteriormente sobre o envolvimento das áreas na definição dos critérios de rateios.

10. Composição dos centros de custos

Os centros de custos correspondem às unidades organizacionais da instituição onde os recursos são consumidos, registrados, acompanhados e analisados. Em ambiente hospitalar, essa estrutura é fundamental para permitir a adequada apuração dos custos, o controle gerencial e a avaliação do desempenho econômico das diferentes áreas. Em termos práticos, cada centro de custo representa um setor, serviço ou departamento para o qual os gastos podem ser identificados e posteriormente atribuídos, direta ou indiretamente, conforme sua natureza.

Historicamente, a administração das instituições de saúde desenvolveu-se a partir da lógica dos chamados centros de responsabilidade, normalmente divididos em centros de custos e centros de receita. Nesse modelo, a contabilidade departamental passou a fornecer informações individualizadas sobre os gastos e, quando aplicável, sobre as receitas geradas por cada unidade organizacional, permitindo avaliar a contribuição de cada área para o resultado global da instituição. No contexto hospitalar, essa abordagem tornou-se

especialmente relevante diante da complexidade operacional, da multiplicidade de serviços e da necessidade de mensurar com maior precisão o custo assistencial.

De forma objetiva, o centro de custo pode ser entendido como o departamento hospitalar ao qual são vinculados determinados gastos, sendo essa estrutura essencial para o controle do custo do paciente, para a mensuração do custo dos serviços prestados e para a consolidação do custo hospitalar total. A correta definição dos centros de custos permite separar com maior clareza onde os recursos são consumidos, facilitando tanto a apuração de custos diretos quanto a distribuição dos custos indiretos.

10.1 Classificação dos centros de custos

De modo geral, os centros de custos hospitalares podem ser classificados em três grandes grupos:

- a) Centros produtivos ou assistenciais:** São aqueles diretamente relacionados à prestação do cuidado e à geração do serviço final oferecido ao paciente. Em muitos casos, são também os setores que mais diretamente se vinculam à geração de receita institucional. Neles, os custos são apurados para posterior cálculo do custo unitário de diárias, procedimentos, exames, consultas ou atendimentos.

Exemplos:

- Centro Cirúrgico
- UTI Adulto, Pediátrica ou Neonatal
- Pronto Atendimento
- Internação
- Ambulatório
- Hemodinâmica
- Diagnóstico por Imagem
- Laboratório de Análises Clínicas

b) Centros auxiliares ou de apoio

São os setores que não realizam diretamente a assistência final ao paciente, mas oferecem



suporte técnico e operacional indispensável ao funcionamento dos centros produtivos. Seus custos normalmente são posteriormente rateados para os centros assistenciais, conforme critérios previamente definidos.

Exemplos:

- Lavanderia
- Nutrição e Dietética
- CME – Central de Material e Esterilização
- Farmácia Central
- Higienização e Limpeza
- Manutenção
- Almoxarifado
- Engenharia Clínica

c) Centros administrativos: São os setores responsáveis pela gestão institucional, planejamento, controle, supervisão e suporte corporativo. Embora não participem diretamente da assistência, são indispensáveis para o funcionamento global da organização. Seus custos também costumam ser apropriados por rateio aos demais centros de custos.

Exemplos:

- Recursos Humanos
- Financeiro
- Contabilidade
- Faturamento
- Compras
- Tecnologia da Informação
- Diretoria Administrativa

➤ Governança e Qualidade

10.2. Importância da correta composição dos centros de custos

A adequada estruturação dos centros de custos é decisiva para garantir maior precisão na apuração dos custos hospitalares. Quando os setores são corretamente classificados, a instituição consegue identificar com mais segurança:

- a) Onde os recursos estão sendo consumidos;
- b) Quais áreas concentram maior custo operacional;
- c) Quanto cada serviço efetivamente custa;
- d) Quais centros de apoio impactam mais fortemente a assistência;
- e) Como distribuir os custos indiretos de maneira mais coerente.

Além disso, a composição adequada dos centros de custos melhora a qualidade das informações gerenciais, fortalece a análise de produtividade, apoia a formação de preços, contribui para estudos de viabilidade econômica e fornece base mais confiável para a tomada de decisão estratégica.

Exemplo prático de composição: Em um hospital, a UTI Adulto pode ser classificada como centro produtivo, pois presta assistência direta ao paciente e gera diárias hospitalares. A CME, por sua vez, é um centro auxiliar, pois processa materiais esterilizados utilizados em setores como centro cirúrgico e pronto atendimento. Já o Recursos Humanos é um centro administrativo, pois presta suporte institucional a toda a organização, sem atuar diretamente na produção assistencial.

Nesse modelo, os custos próprios da UTI são apurados diretamente, enquanto os custos da CME e do RH podem ser posteriormente distribuídos à UTI e a outros setores produtivos por meio de critérios de rateio adequados.

É importante ressaltar, especialmente para setores do tipo SADT que atendem pacientes do hospital e pacientes externos, que do custo alocado nele, o que deve ser considerado como “operacional hospitalar” é somente o que se refere ao atendimento dos pacientes do hospital e não dos pacientes externos.

Contabilmente cada um deles pode ser um centro de custo “matriz, ou geral” formado por 2

“centros de custo filiais” – um hospitalar e outro de pacientes externos. Os custos podem ser alocados no geral e distribuídos entre as filiais de acordo com um critério de rateio, que pode ser o número de pacientes ou o número de exames, de pacientes internados e externos, dependendo do SADT. Ao referenciar o custo do SADT hospitalar, utilizar somente a parcela de custo correspondente a ele, não onerando o hospital com o custo relacionado ao atendimento de pacientes externos.

11. Estratégias para implantação de gestão de custos no serviço hospitalar

a) Definir o modelo de custeio adequado: Escolher a metodologia é o primeiro passo:

- Custeio por absorção (base contábil obrigatória)
- Custeio variável (apoio à decisão gerencial)
- *Activity-Based Costing* (ABC) – altamente recomendado em hospitais, pois permite entender o custo por procedimento, paciente ou linha de cuidado

Em hospitais, o ABC costuma trazer mais precisão ao alocar custos indiretos (enfermagem, centro cirúrgico, apoio diagnóstico).

b) Estruturar centros de custos: Dividir o hospital em unidades gerenciais:

- Assistenciais (UTI, pronto atendimento, centro cirúrgico)
- Apoio (laboratório, imagem, farmácia)
- Administrativos

Isso permite identificar onde estão os maiores consumos e desvios.

c) Padronizar protocolos clínicos

- Criar linhas de cuidado padronizadas
- Definir materiais e medicamentos por procedimento

Reduz variabilidade médica e melhora previsibilidade de custos sem comprometer qualidade.

d) Implantar sistema de informação integrado

- Integrar HIS, faturamento, estoque e custos
- Evitar controles paralelos em planilhas

Sem dado confiável e integrado, a gestão de custos não funciona.

Um ponto de atenção importante referente a integração dos sistemas de faturamento, estoque e custos hospitalares. m tudo que passa pelo estoque se torna item de faturamento. Material para assepsia de paciente, por exemplo, não é faturado. Um item, de estoque ou não, pode ser faturado em contas do tipo aberta e não ser faturado em contas tipo pacote. Diárias por exemplo, são faturadas em contas abertas e não são faturadas em contas do tipo pacote;

O custo relacionado ao insumo pode não ser do hospital. Um OPME, por exemplo, pode ser adquirido pelo hospital para ser cobrado do cliente, sendo neste caso um custo hospitalar, mas pode ser adquirido pela fonte pagadora, não sendo neste caso custo hospitalar. Desta forma, ao integrar sistemas de faturamento com o de custos, para estimar a quantidade de diárias faturadas por exemplo, o resultado pode ser muito diferente da realidade; Ao integrar sistemas de estoque com o de custos, para valorizar o custo do OPME em relação às saídas do estoque por exemplo, o resultado pode ser muito diferente da realidade; Especialmente em relação aos custos de insumos de valor significativo é necessário aferir se a integração dos sistemas está considerando as particularidades do modelo de negócios do hospital, que pode ser diferente do modelo de negócios mais comum.

e) Monitorar indicadores-chave: Acompanhar regularmente:

- Custo por paciente/dia
- Custo por procedimento
- Taxa de ocupação
- Tempo médio de permanência (TMP)
- Índice de glosas

Esses indicadores conectam custo com eficiência operacional.

O Sistema Unimed definiu um grupo de indicadores estratégicos que devem ser monitorados com frequência, são discutidos permanentemente em um fórum específico, e permitem que o hospital compare seus indicadores com os indicadores hospitalares dos demais hospitais do Sistema Unimed. Para gestão adequada desses indicadores é recomendável que o hospital tenha uma equipe em que estejam engajados a Contabilidade de Custos e as áreas assistenciais que produzem as informações necessárias para o cálculo dos indicadores que não estão disponíveis nos registros contábeis.

f) Gestão eficiente de materiais e medicamentos

- Classificação ABC de estoque
- Controle de perdas e vencimentos
- Padronização de itens

Fique Atento! - Farmácia hospitalar costuma ser um dos maiores centros de custo.

g) Engajar os gestores das áreas assistenciais e de apoio:

A Contabilidade de Custos tem como responsabilidade a apuração das informações para cálculo e produção dos mapas de custos. A Gestão de Custos é responsabilidade dos gestores de cada área. São eles que podem modificar os processos, ajustar as estruturas e modificar a forma como a produção é realizada, seja a produção assistencial, seja a retaguarda assistencial, seja a retaguarda administrativa. É necessário o engajamento dos responsáveis pela produção das informações para que a apuração dos custos tenha qualidade, e o engajamento dos responsáveis no monitoramento dos indicadores para desenvolver ações que reduzam os custos hospitalares.

h) Benchmarking Interno e Benchmarking Externo

Os hospitais do Sistema Unimed, sendo hospitais de rede de recursos próprios, têm características de modelos de negócios muito diferentes dos hospitais privados, alguns que não se vinculam com operadoras de planos de saúde, alguns que gozam de benefícios fiscais importantes (benemerências e filantropias), alguns de redes que atuam tanto na saúde suplementar regulada pela ANS, como no SUS, como na saúde suplementar não regulada pela ANS.



As diretrizes que o Sistema Unimed definiu, com um sistema nacional próprio que permite o benchmarking interno, ou seja, com os hospitais da Unimed, é adequada porque compara hospitais de mesma característica.

É necessário cautela ao comparar indicadores dos hospitais do Sistema Unimed com indicadores de grupos de hospitais que têm característica de modelos de negócios muito diferentes, que figuram por exemplo nos painéis da ANAHP, e de outras entidades de classe.

Avaliar o indicador hospitalar comparando com os demais hospitais do Sistema Unimed é um diferencial de qualidade importante que está a disposição do hospital.

Mas o benchmarking interno mais importante não é o da comparação do indicador do hospital com outros hospitais:

O mais importante é avaliar o indicador do hospital ao longo do tempo, ou seja, o indicador do hospital atualmente com o passado, ao longo do tempo.

Esta observação permite identificar se realmente existe Gestão de Custos, no sentido de identificar se existe evolução na gestão que está controlando, ou seja, reduzindo o custo na prática.

Observar a linha de tendência do indicador ao longo do tempo permite afirmar se está havendo evolução ou não do processo de Gestão de Custos. Por exemplo:

O fato do custo hora de sala do centro cirúrgico ser maior ou menor que a média, pode ser devido a uma característica regional do hospital, que nunca vai permitir que seu custo seja menor que a média. Hospitais que ficam em localidades que são fim de linha de transporte, por exemplo, ou que tem uma oferta de mão de obra muito pequena, sempre terão custos maiores que os demais, porque os insumos são mais caros;

Se o custo hora da sala cirúrgica ao longo do tempo está reduzindo é mais importante do que comparar o custo hora da sala cirúrgica com outro hospital;

Se o custo hora da sala cirúrgica é maior que a média, e aparentemente não está havendo gestão do custo, mas ao longo do tempo está reduzindo, significa que existem ações que estão reduzindo o custo, ou seja, na verdade está havendo gestão do custo;

Se o custo hora da sala cirúrgica é menor que a média, e aparentemente está havendo gestão do custo, mas ao longo do tempo está aumentando, significa que a gestão do custo não está adequada.

Os benchmarkings externos e internos são importantes, mas o que define se existe gestão



de custo é a evolução do indicador ao longo do tempo.

A dinâmica do Sistema Unimed de alimentação de indicadores em um sistema institucional, a formação de grupos que desenvolvem os indicadores, a redução da periodicidade das reuniões que discutem a evolução dos indicadores, a participação das federações no processo de desenvolvimento e a definição de indicadores estratégicos de acompanhamento obrigatório é um diferencial competitivo que não existem em outras operadoras de planos de saúde, e não existe na rede de hospitais privados.

O engajamento dos gestores das áreas nesta dinâmica é o principal fator de sucesso.

i) Implantar cultura de gestão por resultados

- Definir metas por setor
- Criar *accountability* (responsáveis por centros de custo)

Gestão de custos precisa virar rotina, não projeto pontual.

j) Auditoria e revisão contínua

- Auditoria interna de contas médicas <<< sugestão: eliminar ... não têm relação direta com gestão de custos
- Revisão de contratos com fornecedores
- Avaliação de desperdícios

Pequenos ajustes recorrentes geram grande impacto ao longo do tempo.

k) Integrar custo com qualidade assistencial: Não adianta reduzir custo piorando desfecho

- Monitorar indicadores de qualidade (infecção, reinternação)
- Relacionar custo x desfecho

O objetivo é eficiência, não só economia.

l) Uso de agrupadores de pacientes (Ex.: DRG)

- Implantar modelos como *Diagnosis Related Groups* (DRG)
- Comparar custo esperado vs. realizado por tipo de paciente

A implantação de um modelo de gestão de custos no serviço hospitalar, em especial em instituições do Sistema Unimed, tende a ser mais bem-sucedida quando é tratada como um programa contínuo (e não um projeto pontual), com governança definida, padronização de conceitos e forte integração entre assistência, suprimentos, faturamento, controladoria e TI.

12. Resumo de algumas das melhores práticas para implantação da gestão de custos hospitalares

a) Governança, patrocínio e cultura de custo

- **Patrocínio da alta direção:** (Direção Geral/Diretoria Administrativa/Financeira), com definição explícita de objetivos: transparência de custos, suporte à negociação, melhoria de eficiência e sustentabilidade.
- **Comitê de custos com representantes de:** Controladoria/Finanças, Suprimentos, Farmácia, Enfermagem, Corpo Clínico, Auditoria de Contas e TI, com calendário mensal e pautas padronizadas (fechamento, variações, planos de ação).
- **Responsáveis por centro de custo:** (gestores assistenciais e administrativos) com metas e ritos de acompanhamento; custo como indicador de gestão, sem perder foco em desfecho, segurança e qualidade.
- **Política de competência e treinamento:** capacitação prática para leitura de relatórios, conceitos (direto/indireto, fixo/variável), consumo de materiais/medicamentos e interpretação de variações.

b) Modelo de custeio e padronização (conceitos, centros e critérios)

- **Definir a metodologia:** (absorção, ABC/TDABC ou híbrida) conforme maturidade de dados e objetivo gerencial; iniciar simples e evoluir para maior granularidade.

- **Padronizar centros de custos:** (produtivos, apoio e administrativos) e seus escopos, com matriz de “o que entra/ o que não entra” em cada centro (ex.: contratos específicos de equipamentos e depreciação individualizada).
- **Crítérios de rateio técnicos e auditáveis:** (m², FTE, horas de equipamento, quilos de roupa, refeições, produção, chamados/O.S.), revisados periodicamente e documentados (manual do rateio).
- **Plano de contas e cadastro de itens alinhados entre: contabilidade,** suprimentos e faturamento (padronização de descrições, unidades de medida, NCM/ANVISA quando aplicável) para reduzir retrabalho e inconsistências.

c) Qualidade de dados, sistemas e integração assistencial

- **Integração entre sistemas:** (ERP/contábil, estoque, farmácia, prescrição, prontuário, faturamento/contas médicas, centro cirúrgico e SADT) para garantir rastreabilidade de consumo por paciente e procedimento.
- **Cadastro e governança do “dado mestre”:** regras para criação/alteração de itens, pacotes, kits cirúrgicos, tabelas de preços internos e vínculos com centros de custos e contas contábeis.
- **Rastreio do consumo real:** checagem à beira-leito e dispensação por paciente sempre que possível; redução de “consumo presumido” e de lançamentos manuais.
- **Rotinas de validação:** (conciliação estoque x faturamento x prontuário; auditoria de kits e OPME; consistência de tempos de sala e equipe) antes do fechamento mensal de custos.

d) Implantação por fases (maturidade)

- **Fase 1 (base):** fechar custos por centros (mensal), com regras claras de classificação contábil e rateios; publicar relatórios gerenciais padronizados.
- **Fase 2 (granularidade):** custos por linha de serviço (UTI, CC, Internação, SADT) e por principais grupos (medicamentos, materiais, pessoal, serviços).

- **Fase 3 (por paciente/procedimento):** custeio do paciente (micro custeio) para procedimentos críticos (ex.: cirurgias de alto custo, UTI, hemodinâmica, oncologia), iniciando por pilotos.

e) Uso do custo na decisão assistencial, padronização e suprimentos

- **Protocolos assistenciais e padronização:** (medicamentos, materiais, OPME) com governança clínica e análise de custo-efetividade, preservando desfechos e segurança.
- **Comissão de padronização:** (farmácia e terapêutica / OPME) conectada ao time de custos para avaliar impacto econômico de inclusões e substituições.
- **Compras orientadas por consumo:** curva ABC/XYZ, contratos por demanda real, gestão de consignados e auditoria de cobrança de OPME/implantes.
- **Gestão de desperdício:** metas para perdas (validade, avaria, fracionamento), rastreio de devoluções e conferência de charge (cobrança) x consumo.

f) Indicadores, transparência e ciclo de melhoria

- **Relatórios gerenciais padronizados:** (DRE gerencial por centros/linhas, custo unitário por diária/procedimento, mapa de variações) com divulgação para gestores.
- **Indicadores recomendados (exemplos):** custo por paciente-dia (por unidade), custo por sala cirúrgica/hora, custo por alta, custo por exame (SADT), % de custos diretos vs indiretos, perdas de estoque (%), consumo de materiais/medicamentos por caso-mix, custo de OPME por especialidade, variação mensal por grupo de despesa.

Mais detalhes no **Manual de indicadores mínimos de serviços hospitalares – FESP** acesso pelo link: [Grupo Técnico de Hospitais Próprios - Federação das Unimeds do Estado de São Paulo](#)

- **Gestão de variações:** definição de limites de tolerância, análise de causa (volume, mix, preço, desperdício, processo) e plano de ação com responsáveis e prazos.
- **Benchmarking interno e prudência na comparação externa:** comparar unidades/serviços com ajuste de perfil epidemiológico e carteira de serviços, evitando conclusões sem normalização.

g) Checklist mínimo de implantação (resumo executivo):

- ✓ definir governança e responsáveis;
- ✓ mapear centros de custos e plano de contas;
- ✓ documentar critérios de rateio;
- ✓ garantir integração e qualidade cadastral;
- ✓ executar piloto e validar conciliações;
- ✓ instituir fechamento mensal com ritos de análise;
- ✓ conectar custo a protocolos, compras e melhoria de processos.
- ✓ **Alinhamento à governança cooperativista:** deixar explícito o papel do Conselho de Administração (direcionamento e metas), Diretoria Executiva (execução) e Conselho Fiscal (acompanhamento/controles), com ritos e relatórios próprios de custos.
- ✓ **Participação do cooperado e legitimidade clínica:** criar um fórum/comitê com representação médica cooperada (por especialidade/linhas de cuidado) para pactuar protocolos, padronizações e “regras do jogo” de custo—isso reduz resistência e aumenta adesão.
- ✓ **Separação clara de papéis:** Cooperativa x Hospital/Serviço Próprio: definir governança e prestação de contas quando houver verticalização, evitando “mistura” de objetivos (assistência/produção x gestão de risco/sinistralidade) e garantindo transparência para os cooperados.
- ✓ **Matriz de alçadas e decisões:** quem aprova padronização de OPME, inclusão de itens, contratos críticos, mudanças de kits, limites de autonomia por centro de custo; e como isso sobe para diretoria/conselho quando ultrapassa impacto financeiro definido.
- ✓ **Política de transparência e comunicação ao cooperado:** periodicidade e formato de reports (ex.: painéis de custos por linha de serviço, variações relevantes, justificativas), com linguagem objetiva para o público médico.
- ✓ **Incentivos e mecanismos de corresponsabilização:** amarrar metas de custo/eficiência a metas assistenciais (qualidade e desfechos), evitando “corte cego”; e

criar reconhecimento/incentivo institucional para serviços/equipes que melhoram eficiência mantendo qualidade.

- ✓ **Gestão de conflitos de interesse:** regras para decisões de padronização e compras (especialmente OPME), com declarações, critérios técnicos e atas, protegendo a cooperativa e o hospital.
- ✓ **Integração com compliance/regulação:** amarrar governança de custos com auditoria, regras assistenciais internas e requisitos regulatórios aplicáveis (ex.: processos de autorização, auditoria de contas, rastreabilidade).

12.1 A influência do perfil epidemiológico da população atendida e da carteira de serviço ofertada pelo hospital na composição dos custos e os cuidados necessários para comparação entre os serviços hospitalares

O perfil epidemiológico e demográfico da população beneficiária atendida por um hospital dita, em grande medida, a demanda por serviços de saúde e a intensidade de uso dos recursos hospitalares. A transição demográfica brasileira, caracterizada pelo acelerado envelhecimento populacional, atua em sinergia com a transição epidemiológica, marcada pelo aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Estudos recentes demonstram que indivíduos com mais de 65 anos incorrem em custos de saúde significativamente maiores quando comparados a faixas etárias mais jovens. O envelhecimento está intrinsecamente ligado ao aumento da complexidade assistencial, exigindo tratamentos mais prolongados, maior utilização de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e maior consumo de materiais e medicamentos de alto custo.

A gravidade clínica e as comorbidades presentes no momento da admissão hospitalar são determinantes diretos do tempo de permanência e do volume de recursos consumidos. Um paciente idoso internado com pneumonia e múltiplas comorbidades (como diabetes e insuficiência cardíaca) demandará uma intensidade de cuidados — e consequentemente um custo — substancialmente maior do que um paciente jovem e hígido com o mesmo diagnóstico principal.

Portanto, hospitais que atendem predominantemente populações mais idosas ou carteiras de

planos de saúde com maior carga de morbidade apresentarão, estruturalmente, um custo médio por internação mais elevado. Ignorar este fator ao analisar o denominador financeiro da instituição pode levar a conclusões equivocadas sobre sua eficiência operacional.

12.2. Variáveis Epidemiológicas Chave que Influenciam Custos

A literatura científica identifica um conjunto de variáveis epidemiológicas que, quando presentes na população atendida, aumentam significativamente os custos hospitalares. Estas variáveis devem ser monitoradas pelos analistas de custos do Sistema Unimed ao avaliar a estrutura de custos de cada hospital prestador:

- **Idade do paciente:** Pacientes idosos (>65 anos) apresentam custos de internação substancialmente maiores. Estudos indicam que o custo por dia de internação para idosos pode ser até duas vezes superior ao de pacientes jovens, mesmo para o mesmo diagnóstico principal. Esta diferença reflete não apenas a maior complexidade clínica, mas também a maior necessidade de recursos de enfermagem especializados e monitoramento contínuo.
- **Presença de comorbidades:** A quantidade e a gravidade de condições crônicas coexistentes (diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica) elevam exponencialmente o custo da internação. Pacientes com múltiplas comorbidades demandam mais tempo de enfermagem, mais medicamentos, mais exames diagnósticos e, frequentemente, maior tempo de permanência hospitalar.
- **Gravidade da condição clínica:** A necessidade de cuidados intensivos (UTI) é um dos principais drivers de custo. Uma internação em UTI pode custar de 3 a 5 vezes mais do que uma internação em enfermaria convencional, devido ao maior consumo de recursos, medicamentos e equipamentos especializados. Hospitais que atendem proporcionalmente mais pacientes críticos terão estruturas de custos mais elevadas.
- **Tempo de permanência:** Internações prolongadas amplificam o custo total. Cada dia



adicional de permanência hospitalar gera custos fixos de hospedagem, alimentação, limpeza e custos variáveis de medicamentos e materiais. Portanto, hospitais com populações que apresentam maior tempo médio de permanência (seja por perfil epidemiológico ou por ineficiência operacional) terão custos mais elevados.

12.3 Metodologias de Análise do Perfil Epidemiológico sem uso de ferramentas de agrupadores de risco/pacientes

Nem todos os hospitais da rede Unimed possuem acesso a plataformas de agrupamento de risco, como o DRG (*Diagnosis Related Groups*). Entretanto, é possível realizar análises robustas do impacto do perfil epidemiológico nos custos utilizando metodologias alternativas, mais simples e acessíveis, que podem ser implementadas com os dados já disponíveis nos sistemas de informação hospitalar.

a) Análise Estratificada por Grupos Etários

A abordagem mais simples e imediatamente implementável é a estratificação de custos por faixa etária. Esta metodologia não requer softwares especializados e pode ser realizada com dados extraídos dos sistemas de faturamento e custos já existentes no hospital.

O procedimento é o seguinte:

- Agrupar todas as internações do período em faixas etárias padronizadas (ex: 0-17 anos, 18-40 anos, 41-65 anos, >65 anos);
- Calcular o custo médio por internação para cada faixa etária;
- Calcular o custo médio por paciente-dia para cada faixa etária;
- Comparar estes indicadores entre hospitais, ajustando pela distribuição etária de cada um.

Exemplo prático: Se o Hospital A tem 40% de seus pacientes acima de 65 anos e o Hospital B tem apenas 20%, espera-se que o Hospital A tenha um custo médio por internação aproximadamente 15-20% maior, mesmo que ambos operem com eficiência similar. Este ajuste simples permite uma comparação muito mais justa.

b) Índice de Complexidade Simplificado (ICS)

Uma alternativa mais sofisticada, mas ainda viável sem plataformas de agrupamento de risco, é a construção de um Índice de Complexidade Simplificado (ICS) baseado em variáveis

facilmente capturáveis nos sistemas de informação hospitalar.

O ICS pode ser calculado como uma combinação ponderada das seguintes variáveis:

Variável	Peso	Método de Captura
Proporção de pacientes > 65 anos	30%	Extração direta do sistema de admissão
Proporção de internações em UTI	25%	Extração do sistema de alocação de leitos
Proporção de pacientes com ≥ 2 comorbidades	20%	Codificação CID-10 secundária no prontuário
Proporção de internações > 7 dias	15%	Cálculo automático: data saída - data entrada
Proporção de procedimentos cirúrgicos	10%	Extração do sistema de faturamento (código TUSS)

O ICS é calculado como: $ICS = (\% \text{ pacientes } > 65 \times 0,30) + (\% \text{ UTI } \times 0,25) + (\% \geq 2 \text{ comorbidades } \times 0,20) + (\% \text{ internações } > 7 \text{ dias } \times 0,15) + (\% \text{ cirurgias } \times 0,10)$

Este índice varia de 0 a 100, onde 0 representa uma população muito simples e 100 representa uma população muito complexa. Dois hospitais com ICS similares podem ser comparados diretamente; hospitais com ICS diferentes devem ter seus custos ajustados proporcionalmente.

c) Análise de Diagnósticos Principais e Procedimentos

Outra abordagem viável é a análise estratificada por diagnóstico principal e procedimento. Esta metodologia aproveita a codificação CID-10 e TUSS que já é obrigatória para faturamento.

O procedimento consiste em:

- Identificar os 20-30 diagnósticos principais mais frequentes no hospital;
- Calcular o custo médio de internação para cada diagnóstico;

- Comparar o custo de um mesmo diagnóstico entre dois hospitais, isolando o efeito da complexidade do paciente.

Exemplo: Comparar o custo médio de uma internação por "Pneumonia Bacteriana" (CID J15) entre o Hospital A e o Hospital B. Se ambos têm custos similares para este diagnóstico específico, mas custos diferentes no geral, a diferença pode ser atribuída a diferenças no mix de casos (carteira de serviços), não a ineficiência.

Esta abordagem é particularmente poderosa quando combinada com análise de comorbidades. Por exemplo: "Custo médio de Pneumonia Bacteriana em pacientes sem comorbidades" versus "Custo médio de Pneumonia Bacteriana em pacientes com ≥ 2 comorbidades". Esta comparação intra-diagnóstico revela o impacto real da complexidade.

d) Matriz de Ajuste de Complexidade

Uma metodologia intermediária, que oferece maior precisão que a estratificação por idade, é a construção de uma Matriz de Ajuste de Complexidade (MAC).

A MAC é uma tabela de dois eixos: um eixo representa o diagnóstico principal (agrupado em categorias clínicas amplas: clínica médica, cirurgia geral, ortopedia etc.) e o outro eixo representa o nível de complexidade (simples, moderado, complexo), determinado pela presença de comorbidades e necessidade de cuidados intensivos.

Para cada célula da matriz, calcula-se um fator de ajuste (ex: 0,8 para casos simples; 1,0 para casos moderados; 1,3 para casos complexos). Este fator é então multiplicado pelo custo médio esperado para aquela categoria clínica, gerando um custo ajustado que reflete a complexidade real.

Embora mais trabalhosa na construção inicial, a MAC pode ser implementada em planilhas Excel e oferece uma aproximação muito boa de sistemas de agrupamento de risco, sem necessidade de software especializado.

12.4 O Impacto da Carteira de Serviços na Estrutura de Custos

A carteira de serviços, ou seja, o mix de especialidades, procedimentos e nível de complexidade tecnológica que o hospital se propõe a oferecer, é o segundo pilar que define sua estrutura de custos. A decisão estratégica de ofertar serviços de alta complexidade altera



fundamentalmente o comportamento dos custos fixos e variáveis da instituição.

De acordo com dados do setor, as internações representam a maior fatia das despesas assistenciais (cerca de 40%), seguidas por exames (20%) e consultas (15%) . No entanto, a composição interna destes custos varia drasticamente conforme o escopo de atuação do hospital.

Tipo de Perfil Hospitalar	Características da Carteira de Serviços	Impacto na Estrutura de Custos
Hospital Geral de Baixa/Média Complexidade	Predominância de clínica médica, cirurgias eletivas simples, pronto-atendimento e maternidade de risco habitual.	Custos fixos diluídos por alto giro de leitos. Menor proporção de custos com materiais especiais (OPME) e medicamentos de alto custo. Mão de obra menos especializada.
Hospital de Alta Complexidade / Terciário	Oncologia, cirurgias cardiovasculares, neurologia, transplantes e UTI especializada.	Elevado custo fixo devido à necessidade de equipamentos de ponta (ex: hemodinâmica, ressonância) em regime de prontidão 24h. Forte impacto de OPME e drogas antineoplásicas nos custos variáveis.
Hospital Especializado (ex: Ortopédico)	Foco em nicho específico, procedimentos cirúrgicos altamente padronizados.	Estrutura de custos otimizada pela curva de aprendizado e padronização. Forte peso de materiais implantáveis (próteses) no custo direto por paciente.

Hospitais que mantêm serviços de alta complexidade abertos 24 horas (como pronto-socorro referenciado, centro cirúrgico para traumas e UTI) incorrem em elevados custos de prontidão ou capacidade instalada ociosa. A alocação destes custos fixos aos procedimentos realizados eleva o custo unitário apurado, uma dinâmica que deve ser compreendida pelos analistas de

custos do Sistema Unimed ao avaliar a remuneração e a eficiência da rede prestadora.

12.5 Análise de Indicadores Complementares

A análise de custos nunca deve ser feita isoladamente. Um custo menor pode ser reflexo de eficiência, mas também pode indicar subutilização de recursos necessários ou queda na qualidade assistencial. A comparação de custos deve ser sempre pareada com indicadores de desfecho e qualidade, tais como: taxa de mortalidade ajustada ao risco, taxa de readmissão hospitalar em 30 dias, incidência de infecção hospitalar e tempo médio de permanência ajustado à complexidade.

A verdadeira eficiência hospitalar, o conceito de Valor em Saúde, é alcançada quando se otimizam os custos mantendo ou elevando os desfechos clínicos e a segurança do paciente. Um hospital que reduz custos através da redução de qualidade não está sendo eficiente; está transferindo custos para o futuro (readmissões, complicações) e prejudicando a reputação e a sustentabilidade da rede.

12.6 Implicações Práticas para Gestores e Analistas do Sistema Unimed

Os gestores e analistas de custos do Sistema Unimed devem incorporar os conceitos apresentados neste capítulo em suas rotinas de análise e negociação com a rede prestadora. Especificamente, recomenda-se:

- **Coletar dados epidemiológicos detalhados de cada hospital, incluindo distribuição etária de pacientes, prevalência de comorbidades e proporção de pacientes críticos:** Estes dados devem ser utilizados para ajustar as expectativas de custo. Para hospitais sem plataformas de agrupamento de riscos, começar com a estratificação simples por idade (Nível 1) e evoluir progressivamente.
- **Mapear a carteira de serviços de cada hospital e compreender o mix de procedimentos realizados:** Hospitais com maior proporção de procedimentos complexos terão custos mais elevados, o que é justificável.
- **Implementar um sistema de custeio padronizado em toda a rede prestadora própria, permitindo comparações válidas e identificação de ineficiências reais:** Estabelecer um Manual de Custeio Padronizado que seja obrigatório para todos os hospitais próprios.

- **Utilizar metodologias:** de ajuste de complexidade apropriadas ao estágio de maturidade de cada hospital.
- **Acompanhar indicadores de qualidade e desfecho:** em paralelo com indicadores de custo, garantindo que reduções de custo não sejam acompanhadas de deterioração da qualidade.
- **Estabelecer metas de evolução:** para que todos os hospitais da rede progressivamente implementem metodologias mais sofisticadas de análise de complexidade, com prazos e apoio técnico do Sistema Unimed.

13. Referências

- MARTINS, Eliseu. Contabilidade de Custos. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARTINS, Eliseu. *Contabilidade de Custos*. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2018.
- BORNIA, Antonio Cezar. Análise Gerencial de Custos. São Paulo: Atlas, 2002.
- BEUREN, Ilse Maria. Gerenciamento da Informação no Processo de Gestão Empresarial. São Paulo: Atlas.
- BRUNI, Adriano Leal; FAMÁ, Rubens. Gestão de Custos e Formação de Preços. São Paulo: Atlas.
- KAPLAN, Robert S.; COOPER, Robin. Cost & Effect: Using Integrated Cost Systems to Drive Profitability and Performance. Harvard Business School Press.
- LAGIOIA, U. C. T. et al. ESTUDO SOBRE MÉTODOS DE CUSTEIO EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES. IX Congresso Brasileiro de Custos – São Paulo, SP, 13 a 15 de outubro de 2002.
- LOPES, S. D. (2013). GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES: OS PRINCIPAIS SISTEMAS DE CUSTOS UTILIZADOS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE. *Maiêutica - Estudos Contemporâneos Em Gestão Organizacional*, 1(1). Recuperado de https://revistas.uniasselvi.com.br/index.php/GESTAO_EaD/article/view/481
- SOUZA, C. M. M. G.; SANTANA, L. C. CUSTEIO POR ABSORÇÃO COMO INSTRUMENTO DE INFORMAÇÃO GERENCIAL NO RAMO HOSPITALAR. *CAD. Vol. 9, n-1. Jan – Dez 2015*, p. 73-84.
- UNIMED DO BRASIL. Cartilha de Orientações para Custos em Serviços Próprios. Versão 02. São Paulo: Unimed do Brasil.
- MARTINS, Eliseu. Contabilidade de Custos. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- HORNGREN, Charles T.; DATAR, Srikant M.; RAJAN, Madhav V. Contabilidade de Custos: Uma Abordagem Gerencial. 14. ed. São Paulo: Pearson, 2012.
- KAPLAN, Robert S.; COOPER, Robin. Custo e Desempenho: Administre Seus Custos para Ser Mais Competitivo. São Paulo: Futura, 1998.
- KAPLAN, R. S.; COOPER, R. Cost & Effect: Using Integrated Cost Systems to Drive Profitability and Performance. Boston: Harvard Business School Press, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Custos em Saúde (Apuração e Gestão de Custos no SUS). Brasília: Ministério da Saúde.

