

PROPOSTA PARA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE HOSPITAL, SEGUNDO A ÓTICA DE ANÁLISE DE INVESTIMENTO ESTUDO DE CASO - HOSPITAL UMBERTO I - SP

ARQ. ÁLVARO GERMANO ALBERNAZ
INSTITUTO DE ENGENHARIA LEGAL
Rua Santos Titara, 138/202 - Méier - RJ.

Resumo: Este trabalho tem por objetivo fornecer subsídios ao processo de avaliação e análise de investimentos de unidades hospitalares, sendo ilustrado com a experiência na análise do Hospital Umberto I - SP.

Abstract: This working will give subsyde about evaluation process and investment analysis for unit of hospital that will be illustration with the work of the Hospital Umberto I, for example.

1.0 - INTRODUÇÃO

O desenvolvimento e evolução das economias reservam papel de destaque aos grandes investidores, sejam eles, públicos ou privados, que definindo segmentos da cadeia econômica, considerando suas políticas e estratégias, e atendendo as expectativas de rentabilidade, possibilitam direcionar recursos em formas de investimentos.

Dentre os investidores privados, destacamos os Fundos de Pensão, que desempenham papel fundamental na economia do mundo moderno, por se tratarem de formadores de poupança de longo prazo.

Só para termos idéia de grandeza, o patrimônio dos Fundos nos EUA, até o primeiro trimestre de 93, totalizava US\$ 2 tri e 500 bi, mais US\$ 1 bi em investimentos nas bolsas, 28% de todo o mercado acionário americano. Em 92 e 93, as entidades de Nova York dobraram seus investimentos em créditos imobiliários. Na Califórnia, a maior Fundação, decidiu alocar US\$ 375 milhões na construção de casas populares. É importante registrar, que a atuação social dos Fundos de Pensão penetrou no inconsciente coletivo americano.

No Brasil, em linhas gerais podemos destacar que o patrimônio total atingiu, em nov/94 o montante de US\$ 35 bi, sendo deste total US\$ 12,2 bi pertencentes a PREVI (Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil) com 90 anos de existência.

Para a área imobiliária, considerando a limitação por determinação legal, pode ser aplicado no máximo de 20% do patrimônio. Potencialmente o sistema poderia alocar até US\$ 7 bi em investimentos imobiliários, segundo a posição de nov/94, tendo atingido até maio/94 a cifra de US\$ 5,13 bi.

Com a estagnação da economia tornou-se fundamental a busca por nichos de mercado, traduzindo-se por novas alternativas de investimentos imobiliários.

Assim, identificamos um reposicionamento dos agentes do mercado, estudando, analisando e desenvolvendo projetos alternativos que vão desde hospitais, hotéis, parques temáticos e aquáticos, passando por ferrovias, rodovias, portos, hidrelétricas, saneamento ambiental, industrialização do lixo, entre outros.

Numa visão mais ativa junto ao mercado, negociando parcerias junto a empreendedores, com atuações participativas nas administrações de empresas, buscando trazer uma contribuição a sociedade, aos graves problemas nacionais, canalizando investimentos ao processo produtivo da economia, a Diretoria da PREVI, fundamentada em seu plano estratégico de investimentos, decidiu analisar alternativas de investimentos não tradicionais, entre os quais hospitais.

Para tal, vem procedendo a estudos de viabilidade de unidades de saúde, desenvolvidos por empreendedores imobiliários que buscam vendas de participações ou parcerias.

Por necessidade de normas internas, todos os estudos que visam valoração imobiliária devem ser instruídos por laudos avaliatórios de consultorias independentes.

O desconhecimento técnico da área hospitalar nos apresentou como um grande obstáculo, no início das análises de viabilidade, dada as particularidades que revestem a referida área. Após superarmos o desafio técnico, com alguns conhecimentos e experiências já absorvidos, entendemos que cabe ao engenheiro avaliador a complexa tarefa de gerenciar estudos de valores de unidades hospitalares, devidamente assessorado por especialistas, motivo pelo qual o presente trabalho, visa transmitir conceitos básicos e propor uma metodologia para avaliar e analisar investimentos em hospitais.

2.0.- UNIFORMIZANDO CONCEITOS

O Hospital é uma organização planejada e preparada para prestar atendimento à saúde da população, seja por intermédio da medicina preventiva ou por intermédio da medicina curativa.

É caracterizada através do tipo de sua entidade mantenedora; se for governamental (municipal, estadual ou federal), é enquadrado como Hospital Público; caso seja uma empresa privada, é enquadrado como Hospital Particular.

Os Hospitais Privados podem ter isenções fiscais ou tributárias, por força de convênios para atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo exemplificado pelas instituições beneficentes.

As unidades de saúde dividem-se em Primárias, Secundárias, Terceárias e Quaternárias. Os Hospitais Primários são aqueles que prestam atendimento com medicina primária(preventiva). Fazem apenas um primeiro contato com o paciente e se necessário o encaminhamento para um hospital de maior porte.

Os Hospitais secundários, são aqueles que prestam serviços, por intermédio de medicina secundária, fazendo consultas e alguns procedimentos e exames de rotina. Podem possuir alguns poucos leitos de internação.

Os Hospitais terceários, são aqueles que prestam serviços por intermédio da medicina terciária, com mais sofisticação que os anteriores, apresentando um maior número de leitos de internação, um completo serviço de diagnóstico, tratamento e procedimentos cirúrgicos de grande porte.

Os Hospitais quaternários são os que prestam serviços com medicina quaternária, denominada medicina de ponta, com alto grau de sofisticação, contando com equipamentos hospitalares de última geração e equipes médicas altamente qualificadas. Realiza os mais sofisticados atos cirúrgicos, como os transplantes por exemplo.

Os Hospitais terceários e quaternários podem dividir-se em Hospitais Gerais e Especializados.

Os Hospitais Gerais são aqueles que prestam serviços apresentando as quatro especialidades médicas básicas, ou sejam, clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica e clínica pediátrica.

Os Hospitais Especializados, são aqueles que prestam serviços a uma determinada especialização da medicina, por exemplo, Hospital de Cardiologia, Hospital de Psiquiatria, Hospital de Câncer, Maternidade, entre outros. Cabe destacar que os Hospitais Especializados não são impedidos de atender outros pacientes fora de sua especialização, se assim achar necessário. Um Hospital de Cardiologia, pode ter um setor de ortopedia ou de pediatria, sem que isso o desqualifique como especializado em doenças do coração.

3.0 - MERCADO HOSPITALAR

O mercado hospitalar residual é identificado através da quantificação da demanda dos compradores dos serviços

hospitalares, buscando as carências dos serviços que estão sendo oferecidos, e captando as novas necessidades ou tendências. Assim, pode ser projetado o tamanho necessário do hospital, suas especialidades médicas, seus equipamentos e o grau de sofisticação do atendimento. Tal demanda é determinada basicamente em dois vetores: Os médicos e o público-alvo (Compradores dos Serviços).

Os Médicos são indutores naturais no processo, a medida em que direcionam pacientes para os diversos Hospitais existentes, seguindo critérios que devem ser pautados pela excelência dos serviços e recursos disponíveis a fim de melhor exercerem os respectivos tratamentos necessários.

O outro vetor, o público-alvo, é subdividido no Brasil em quatro tipos de compradores de serviços hospitalares, sem citar-se o paciente oriundo do S.U.S. (Sistema Único de Saúde), que vem tendo dificuldade para ser atendido em grande parte dos hospitais particulares conveniados, em virtude das tabelas de reembolso dos serviços apresentarem distorções com relação ao mercado, provocando desequilíbrios financeiros.

Pacientes Particulares - é aquele que se apresenta ao Hospital, recebe o atendimento desejado e paga a sua conta diretamente. O número de pacientes particulares tem caído devido ao crescimento dos planos de saúde. Em uma pesquisa realizada recentemente nos 4 melhores hospitais de São Paulo, o percentual de pacientes particulares foi em torno de 5% a 10%.

Pacientes de Seguro-Saúde - Cliente que dispõem de apólices de seguro, com direito a reembolso de despesas assistenciais. Esses associados procuram os serviços hospitalares, em qualquer parte do país ou no exterior, pagam os serviços, conforme uma tabela de convênios previamente contratada e solicitam reembolso para a companhia seguradora. As tabelas contratadas são mais atrativas para os serviços assistenciais, podendo os recursos serem pagos no ato ou faturados para posterior pagamento pelas empresas. Apenas para citar algumas empresas que estão no mercado, gerenciando esse tipo de atendimento, citamos o BRADESCO, O ITAÚ, O IOCHPE e o BAMERINDUS. O número de pacientes deste segmento identificado na mesma pesquisa foi estimado no patamar de 25% a 30% do total.

Paciente de Medicina de Grupo - Nas décadas de 60 e 70 a rede de saúde particular que atendia ao serviço de saúde pública governamental, limitou o atendimento e surgiram as enormes filas nos postos de saúde. As empresas, quer de modo espontâneo, quer por imposição dos sindicatos, passaram a procurar alternativas para oferecer assistência médica e hospitalar aos funcionários e seus dependentes. Nesse período várias empresas médicas entraram no mercado oferecendo serviços a preços fixos, por associado inscrito e com risco total dos grandes eventos ocorridos. As empresas que sobreviveram ao primeiro impacto de inexperiência na área, adaptaram-se e passaram a formar um grupo alternativo de prestação de serviços médicos e hospitalares, filiados a Associação Brasileira de

Medicina de Grupo (ABRAMGE). Os principais exemplos são: AMICO, AMESP, INTERCLÍNICAS, GOLDEM CROSS(plano DAME), AMIL, entre outros. Este segmento, Também tem aumentado o número de pacientes, estando hoje, em torno de 40% a 50% do total de pacientes atendidos.

Paciente de autogestão - É aquele que trabalha em uma empresa que mantém um convênio hospitalar diretamente entre essa empresa e um ou mais hospitais. A própria empresa faz a gestão deste convênio. O paciente se apresenta ao hospital, recebe o atendimento desejado e o hospital cobra a conta diretamente da empresa responsável pelo convênio contratado. Como principais exemplos podemos citar PHILIPS, PETROBRÁS, PIRELLI, BANCO DO BRASIL, entre outras, associadas ao CIEFAS que congrega e coordena o comportamento gerencial dessas empresas. Seu percentual é estimado em cerca de 15% a 20% do total de pacientes atendidos.

Pacientes de Outras Empresas Médicas - Uma outra modalidade de empresas médicas assistenciais, idêntica às de Medicina de Grupo, com a diferença que são administradas pelos médicos, é o das cooperativas médicas, as UNIMEDs. Funcionam exatamente como as empresas de medicina de grupo, tendo associados individuais e empresas conveniadas, contratam serviços assistenciais e utilizam valores baixos nas tabelas contratadas.

É importante comentar que o hospital moderno não tem "área de influência" e sim "área de referência". Nesta visão, não é a proximidade do hospital que atrai o paciente e sim a qualidade dos serviços e da equipe de seus profissionais (especialidade de referência).

4.0 - PERFIL DA UNIDADE AVALIANDA

Faz-se necessário extrair o perfil básico do hospital a ser avaliado, objetivando localizá-lo e enquadrá-lo dentro do mercado.

Para tanto, devemos levantar as seguintes informações:

- a. **Ambulatório:** Nº de consultórios, exames de laboratório e áreas utilizadas;
- b. **Diagnóstico e Tratamento:** Exames realizados, equipamentos existentes e quantidades;
- c. **Internação:** Nº de quartos, Nº de leitos normais, de berços, de isolamento, de UTI.
- d. **Hospital-Dia:** Quais os procedimentos, quantos leitos, existência de consultórios;
- e. **Centro Cirúrgico e Centro-Obstétrico:** Nº de salas;
- f. **Primeiro Atendimento:** Procedimentos, maior incidência na emergência;
- g. **Serviços de Apoio:** Quais e quantos.
- h. **Serviços Gerais:** Quais e quantos;
- i. **Outros:** Estacionamentos, circulações, Lojas e agência bancária.

5.0 - PROJETO ARQUITETÔNICO

É na prancheta do arquiteto que se inicia o combate à infecção hospitalar, aos altos custos de manutenção, aos

longos deslocamentos de pessoas e de documentos e outros detalhes importantes que irão influir decisivamente nos gastos com a operacionalidade do hospital avaliando.

Dentro deste princípio deve ser observado no projeto arquitetônico sua modernidade, dando ênfase a flexibilidade, a expansibilidade, a setorização, a humanização, a segurança(inclusive quanto à prevenção de infecção hospitalar).

Neste enfoque, o projeto deve privilegiar fatores, tais como: racionalização, prioridade de percursos, centralização, compactação, contiguidade, ponto nodal, relação funcional de nível, segregação de fluxos, entre outros.

Para melhor conhecermos um projeto hospitalar, vamos entender a setorização básica de um hospital Geral.

Atividade Fim

- a. Setor Paciente Externo: Emergência e Ambulatório
- b. Setor Serviço Auxiliar Tratamento e Diagnóstico
- c. Setor de internação (Hotelaria)
- d. Setor de Tratamento (C.C. + C.O. + U.T.I.)

Atividade Meio

- e. Setor de Administração, Informatização, Conforto Pessoal
- f. Setor de Processamento de Material
- g. Setor de Suprimentos, Manutenção, Coleta, Zeladoria.

a. **O Setor de Paciente Externo** recebe o paciente através do acesso a unidade hospitalar que, de acordo com a triagem (medicina preventiva ou curativa), encaminha-o para o ambulatório ou para a emergência. Dentro da emergência ainda busca-se os casos que envolvem risco de vida para encaminhamento ao Setor de Tratamento

b. **O Setor de Serviços Auxiliares de Tratamento Diagnóstico** enfoca o Diagnóstico por Imagens, onde são destacados os Serviços de Radiologia (RX), Ultrasonografia, Cintilografia, Ressonância Nuclear Magnética, Medicina Nuclear, Densitometria Óssea; Laboratório de Análises Clínicas, com exames de Bioquímica, Hematologia, Bacteriologia, Gaseometria, Parasitologia e Microscopia; Hemoterapia e por fim Métodos Gráficos representado pelos exames de Eletrocardiografia, Eletroencefalografia e Eletromiografia.

c. **O Setor de Internação** é na verdade o somatório de diversas unidades de internação. São subdivididas segundo sua Classificação - por sexo, por idade ou por tipo de tratamento ou especialidade médica (clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, berçário ou pediatria); seus Cuidados Progressivos - Unidades Semi-intensivas (12 leitos), Unidades Cuidados Intermediários (12 a 24 leitos) e Unidades de Cuidados Mínimos (24 a 36 leitos); suas Áreas de Atendimentos, tais como quarto de 1 leito com banho, quarto de 2 leitos com banho, enfermaria - 3 a 6 leitos- com banho e Isolamento.

d. Setor de Tratamento é composto por Áreas de Centro Cirúrgico (salas dispõem cerca de 30 m² cada necessitando de 1 leito de recuperação para cada sala); Centro Obstétrico contendo cerca de 20% dos leitos de um hospital geral (necessitando da sala de 25 m² para Parto Normal e 30 m² para Parto Cirúrgico) e Áreas de Unidade de Tratamento Intensivo onde exigem-se os cuidados máximos, dispendo de 10 m² cada box.

e. Setor de Informações, Administração e Conforto Pessoal é composta por Unidades de Serviço de Arquivo Médico, Unidade de Administração (contabilidade, diretoria, compras e pessoal) e Unidade de Conforto Médico (vestiários, estar e biblioteca).

f. Setor de Processamento de Material é subdividida em Unidade de Esterilização, Unidade de Nutrição e Dietética, Unidade Lavanderia e Unidade de Farmácia.

g. Setor de Suprimentos, Manutenção e Coleta, estruturado em Unidade de Almoxarifado, Unidade de Central de Transportes, Unidade de Zeladoria (Manutenção e Oficinas), Unidade de Central de Energia (Entrada e Medição, transformadores e geradores) e Unidade de Centro de Material (Centro de Abastecimento de Material e Centro de Abastecimento Setorizado - Posto e Serviço das Unidades de Internação).

6.0 - METODOLOGIA AVALIATÓRIA

Seguindo os preceitos recomendados pela NB - 502/89 da ABNT, registrada no INMETRO, onde disciplina as Avaliações de Imóveis Urbanos, entendemos que os critérios técnicos mais adequados para à Avaliação e Análise de Investimento de Hospitais, estão contemplados nos Métodos do Custo de Reprodução e da Renda.

6.1- MÉTODO DO CUSTO

O Método do Custo de Reprodução é utilizado para se aferir os "CUSTOS" que viabilizarão(m) o empreendimento avaliando. Para tal, enfocaremos os grandes itens que concorrem para a formação do investimento.

Cabe registrar a dificuldade em virtude da inexistência de estatísticas confiáveis, consolidando performance de custos de unidades públicas e privadas, representativas do universo da saúde brasileira.

A. Custo do Terreno - É o único item que oscila em função da localização e potencial da área. O avaliador deve buscar a formação de convicção do valor de mercado do terreno, através do melhor e máximo aproveitamento econômico da área, amplamente consagrado nos meios técnicos. Quando na comparação de empreendimentos hospitalares, sugerimos retirar a parcela referente ao custo do terreno, objetivando tornar mais equânime o cotejamento.

Em concepções passadas, era de suma importância a localização do terreno pois o hospital visava exclusivamente o mercado de sua região de influência,

como já comentado no item 3.0. Hoje em dia, com o crescimento dos planos de saúde, a sua localização já não é tão prioritária, e os usuários desses planos, se for necessário, atravessam a cidade em busca do "SEU" Hospital. Eles buscam o atendimento personalizado, contratado com antecedência.

Outro fator relevante na apreciação de um terreno para a utilização hospitalar, é a real perspectiva de expansão durante o passar dos anos, devendo conter uma boa rede de acesso viário, boa infra-estrutura, além de estar distante de poluição ambiental ou sonora.

B. Custo de Construção - O Hospital é um empreendimento complexo, não apenas pelos cuidados que envolvem sua construção, como por exemplo pisos condutivos ou compartimentos isolados com proteção radioativa, mas principalmente pela diferenciação de suas instalações, quer seja de oxigênio, ar comprimido ou ar condicionado. Em recentes pesquisas apuramos que o valor unitário para construção de Hospitais Gerais, pode oscilar, dependendo do grau de sofisticação de acabamentos e instalações especiais, num patamar de R\$ 800,00/m² a R\$ 1.200,00/m², incluindo taxa de administração da obra. Outro dado relevante é que a área de construção por leito pode variar num patamar de 80m² a 120m², aproximadamente.

C. Custo dos Equipamentos/Mobiliário - Leasing - Consideramos item fundamental, uma vez os Equipamentos Hospitalares dão o suporte necessário ao bom desempenho da unidade de saúde, distinguindo em alguns casos seu grau de aperfeiçoamento e tecnologia. Em nossas pesquisas, identificamos que o custo dos Equipamentos/Mobiliários por leito, podem oscilar em cerca de R\$ 50.000,00 a R\$ 80.000,00.

O Leasing é uma opção atraente para alocar no hospital os equipamentos necessários, sem grandes desembolsos, permitindo inclusive a reposição por modelos mais modernos ao final da operação financeira. As taxas internacionais, em alguns casos ainda consideram o Risco-Brasil, ou sobre-preço em relação as aquisições à vista. Segundo informações, o retorno de equipamentos de alta complexidade pode-se dar em curto prazo (24 ou 36 meses).

D. Custos dos projetos arquitetônicos - Esse custo é calculado pela tabela dos órgãos de classe, Instituto dos Arquitetos do Brasil ou Sindicato dos Arquitetos, considerando projetos hospitalares. Porém verificamos que o mercado tem remunerado honorários menores, chegando na prática a cerca de 2% a 3% do custo total da obra civil. Os projetos complementares tem custos similares aos projetos arquitetônicos.

E. Custo de projeto Organizacional/projeto de Gestão - Durante a execução das obras civis a equipe de planejamento do hospital inicia a preparação do Projeto Organizacional do empreendimento e as diretrizes da Gestão, que posteriormente será levada a implantação. Nesta fase é elaborado o Organograma do Hospital, variando de acordo com a entidade mantenedora. Define-se as principais diretrizes operacionais como o modelo de informatização, manuais de procedimentos

internos, a terceirização de Serviços, o controle de qualidade, regime de atuação do corpo clínico (aberto ou fechado), entre outras. Estes custos variam em torno de 2% a 4% sobre a soma dos custos das obras civis, mais o custo dos equipamentos hospitalares.

F. Custo das despesas legais e de publicidade - Referem-se aos custos para legalização dos projetos, dos documentos do imóvel e a divulgação necessária para que o empreendimento atinja seus objetivos. Segundo as informações coletadas, tais gastos estariam estimados em torno de 2% do custo total do investimento, podendo existir variação de acordo com o Município e o Estado.

G. Custo de Implantação - Tal fase compreende as despesas pré-operacionais até a colocação em marcha do hospital. Não foi considerado a contratação de consultorias médicas internacionais, o que é possível, devendo ser apropriado o custo de acordo com referenciais internacionais.

Exemplo de estimativa estática de **Custo** de um hospital hipotético com 300 leitos - nível terciário de tecnologia.

| | |
|--|--------------------------|
| - Custo do terreno: | |
| 11.400m ² x R\$2.000,00/m ² =..... | R\$ 2 2.800.000,00 |
| - Custo da Construção: | |
| 300 leitos x 120m ² /leito = 36.000,00 m ² | |
| 36.000,00 m ² x R\$ 1.000,00/ m ² =... | R\$36.000.000,00 |
| - Custo dos Equip. Hospitalares: | |
| 300 leitos x R\$ 70.000,00/leito..... | R\$ 21.000.000,00 |
| - Custo dos projetos arquitetônicos: | |
| 2,5%da obra..... | R\$ 900.000,00 |
| - Custo de projetos complementares: | |
| 2,5% da obra..... | R\$ 900.000,00 |
| - Custos dos projetos organizacionais: | |
| 3,5% obra+equip..... | R\$ 1.995.000,00 |
| -SUB-TOTAL | R\$ 83.595.000,00 |
| - Custo das despesas legais e publicidade: | |
| 2% do sub-total..... | R\$ 1.671.900,00 |
| - Custo de Implantação: | |
| 3%do sub-total..... | R\$ 2.507.850,00 |
| TOTALGERAL..... | R\$ 87.774.750,00 |

ou R\$ 292.582,50 / leito

6.2- MÉTODO DA RENDA

O Método da Renda é critério técnico fundamental na apreciação de valor do Negócio "hospital". Para o Engenheiro João Ruy Canteiro, no livro Construções, Terrenos-Subsídios a Técnicas de Avaliação (2ª edição-1971/PINI), "Earning Value", ou seja, a expressão de valor ligada à condição de lucros líquidos prognosticados com base em previsões de negócios em função de despesas e lucros presentes.

Já para Primo Falcini, em Avaliação Econômica de Empresas, o valor de rendimentos ou de benefícios de um empreendimento corresponderá ao montante obtido pelo desconto - a uma taxa apropriada - dos rendimentos ou benefícios futuros a serem gerados pelo

Empreendimento. As definições básicas desse enfoque se concentram na questão do que vem a ser "benefícios" e na determinação da taxa de capitalização apropriada. Falcini ainda sugere, para aperfeiçoar a avaliação do valor econômico do Empreendimento, o valor potencial do negócio.

A implementação do Método da Renda consiste na montagem de "FLUXO DE CAIXA", com horizonte de projeção de 10 anos, acrescido de perpetuidade da receita líquida do décimo ano (Valor Residual) descontada a taxa onde se considera o risco equivalente do negócio, visando identificar o Valor Presente Líquido, Taxa Interna de Retorno e o Pay-back do fluxo, informações que definirão o valor do Hospital e auxiliarão a análise do investimento.

As projeções a serem realizadas no fluxo, devem considerar os investimentos necessários a viabilização do empreendimento, além das Receitas e Despesas Operacionais, segundo premissas definidas pelo Avaliador e cenários conjunturais para se projetar a evolução do negócio. Desta forma, faz-se relevante comentar os itens que o compõem.

PREMISSAS BÁSICAS

A ocupação de uma unidade hospitalar é a primeira definição de premissa que o avaliador arbitra. Em nossas pesquisas identificamos que a taxa de ocupação média ideal é de 80% para um empreendimento maturado (3 a 5 anos de operação), uma vez que dispõem de reserva técnica para manutenção, limpeza, higienização, minimizando assim aspectos da infecção hospitalar. Porém, sugerimos utilizar taxa de ocupação conservadora, em torno de 70%.

Os horários de funcionamento também merecem comentários, sendo a melhor opção a utilização do horário comercial para as unidades produtivas do Centro de Diagnóstico e Tratamento, 10 horas diária, durante 22 dias mensais, totalizando 264 dias por ano. O Ambulatório utiliza horário misto, uma vez que dispõem de procedimentos médicos que funcionam em regime de 22 dias mensais e outros em 30 dias mensais, dando apoio aos pacientes internados. Para as unidades Produtivas referentes as internações, recomendamos considerar 365 dias por ano uma vez tratar-se de atendimentos diuturnos.

A produção esperada e, conseqüentemente as receitas do hospital, estarão embasadas nas áreas definidas pelos estudos arquitetônicos, no número de equipamentos existentes e no programa básico de especialidades (distribuição de leitos por especialidades).

RECEITAS OPERACIONAIS

O Faturamento total do Hospital será representado pelo somatório das receitas das três unidades de produção: o Ambulatório, o Centro de Diagnóstico e Tratamento e a Internação.

A premissa já fixada com relação à capacidade de utilização e de ocupação, sofrem a ação de uma outra

variável para se apurar as receitas das unidades produtivas: o Mix do público alvo, distribuição da clientela.

UNIDADE AMBULATORIAL

1. Definido nas premissas básicas a taxa de ocupação do Hospital, necessário se faz determinar o Mix dos potenciais clientes. Desta forma sugerimos, numa apreciação conservadora a utilização de 90% da produção proveniente de clientes de convênio e 10% de clientes particulares.

2. Com assessoramento especializado, é necessário a definição da capacidade de produção do Ambulatório, uma vez identificado as áreas de atendimento e respectivos Equipamentos. Assim, passamos a identificar as áreas de procedimento ambulatorial, definindo a quantidade de unidades de produção, a produção máxima diária por unidade que multiplicado pelo número de dias em operação resulta na capacidade máxima de produção mensal.

Para um Hospital Geral recomendamos utilizar as seguintes áreas de procedimento: Cirurgia Ambulatorial, Consultórios, Curativos, ECG, Exames Laboratoriais, Radiologia Geral, Ultra-som, Unidade Transfusional.

A título de exemplo podemos ilustrar com o seguinte caso:

Cirurgia Ambulatorial dispo de 3 unidades de produção, com uma capacidade unitária máxima de produzir 15 procedimentos por dia, sendo utilizada em 30 dias, resulta numa produção máxima mensal de 1.350 procedimentos.

Para os Consultórios, caso dispuséssemos de 38 unidades de produção, com cada unidade possibilitando uma produção diária máxima de 16 procedimentos, num horizonte de 22 dias por mês, identificaríamos uma produção máxima mensal de 13.376 procedimentos.

3. A seguir passaremos a ajustar a produção máxima mensal, uma vez que, como premissa utilizamos uma taxa de ocupação das unidades produtivas de 70%, com um mix de paciente de 90% proveniente de convênios e 10% pacientes particulares. Assim, os procedimentos para Cirurgia Ambulatorial, considerando a referida taxa de ocupação reduz-se para 945 procedimentos mensais, sendo 851 provenientes de convênio e 95 particulares. Para os Consultórios, seguindo a mesma lógica, obtemos um total de 9.363 procedimentos mensais, sendo 8.427 através de convênios e 936 particulares.

4. O passo seguinte, consiste na identificação dos valores das receitas do Ambulatório. Para tal, é utilizada tabela preconizada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e tabela para pacientes particulares como parâmetro, a qual recomendamos verificar em pesquisa, o grau de aceitação de seus valores pelos compradores dos serviços (Convênios/Medicina de Grupo), uma vez que pode haver divergência quanto aos valores efetivamente praticados.

5. Por fim, é calculado rateio das receitas ambulatoriais, que serão repassados aos profissionais médicos, sob forma de comissões, em média de 30% dos totais recebidos, restando os 70% como receita efetiva do hospital.

6. Para a identificação do Total das Receitas Líquidas da unidade produtiva Ambulatório, a partir da produção anual, calculamos a receita anual de acordo com as tabelas citadas no item 4, e após sua totalização consideramos apenas a participação do hospital na receita, conforme descrito no item anterior.

Finalizando o exemplo, temos que:

Para Cirurgia Ambulatorial com uma produção mensal de 945 procedimentos e 11.340 como produção anual, composta de 10.206 proced. através de convênios e 1.134 proced. por particulares, considerando como valor unitário médio dos procedimentos para convênio de R\$70,00 e particular R\$ 150,00, totalizamos a Receita Anual de R\$ 714.420,00 através de convênios e R\$170.100,00 de pacientes particulares, resultando no montante de R\$ 884.520,00 que utilizando a participação de 70% do Hospital resulta numa receita líquida Total de R\$ 619.164,00, da área de cirurgia ambulatorial procedendo de igual maneira para os demais itens das áreas de atendimento no ambulatório, onde teremos o total geral das receitas potenciais da unidade produtiva Ambulatório.

UNIDADE DE CENTRO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO - CDT.

Considerada como uma das principais responsáveis pelo salto de qualidade que a ciência médica presenciou nos últimos 20 anos, devido ao fator tecnológico, trazido pelos computadores, que influíram significativamente nos recursos de diagnóstico e terapia.

Em 1975 os hospitais tinham concentrada em suas diárias de hotelaria (internação) cerca de 56% de seu faturamento, reservando 20% para Serviços de Diagnósticos e 24% para outros. Se recordarmos que os hospitais mais completos dispunham, naquela época, como centro de receitas para Serviços de Diagnósticos, apenas Laboratório, Raios-X, Eletrocardiografia, Eletroencefalografia, Cobaltoterapia entre outros.

Em 1995, 20 anos após as diárias hospitalares correspondem a cerca de 19%, enquanto os Serviços de Diagnósticos podem representar cerca de 59% do faturamento, reservando 22% para outros. Este fato só foi possível com o advento da informatização que introduziu os exames de Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrasonografia, Radiologia Digital, entre outros. Tal visão demonstra a importância do CDT na formação da potencialidade do "Negócio".

Assim, passaremos a recomendar condutas para identificar as Receitas do CDT.

1. Semelhante a Unidade Ambulatorial, adotamos as mesmas taxas de ocupação ou seja, 70% Geral, sendo 90% para convênios e 10% particulares.

2. Passamos a definir os procedimentos existentes no referido Centro, utilizando como referencial um Hospital Geral, com um CDT num nível terciário de tecnologia, com equipamentos de alta resolução onde sugerimos os seguintes procedimentos: Arteriografias, Banco de Sangue, Cirurgia Ambulatorial, Consultórios, Day Clinic, ECG, Ecocardiografia, EEG, Eletroaudiometria, Eletromiografia, Endoscopias, Ergometria, Exames Laboratoriais, Hemodiálise, Litotripsia, Medicina Nuclear, Radiologia Contrastada, Radiologia Geral, Ressonância Nuclear Magnética, Serviços de Reabilitação, Tomografia e Ultra-som.

3. A partir de então, define-se a quantidade de unidades de produção e sua respectiva capacidade máxima diária por unidade. Com um horizonte de produção de 22 dias em 12 meses, identificamos a Produção Total Anual Máxima.

4. Utilizando Valores Médios de Procedimentos, divididos em tabela de Convênios e Particulares, acrescido de definição de percentual de participação do faturamento destinada ao CDT e o percentual referente aos gastos com os materiais e medicamentos necessários ao funcionamento do Centro, finalizamos o quadro básico das variáveis que definem a Receita Total do CDT.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO -

1. Preliminarmente é necessário definir quais as Especialidades que fazem(rão) parte do Hospital em estudo. Sugerimos para um Hospital Geral as seguintes especialidade: Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia, Cirurgia e UTI. A seguir deve-se identificar tabela de faturamento médio por diária, de acordo com os grupos predominantes de compradores de serviço tais como, SUS, Medicina de Grupo, Seguro Saúde e Particulares.

2. Após a identificação das Especialidades, deve-se definir o percentual adequado para o Mix do público alvo, ou seja, é o momento em que define-se o número de leito de cada especialidade que deverá ser absorvido pelo segmentos de compradores de serviços citado no item anterior. Assim um Hospital hipotético poderá ter uma distribuição total de leitos nos seguintes percentuais: SUS - 22%; Medicina de Grupo- 57% ; Seguro Saúde - 16% ; e Particulares - 5%.

3. Passamos a seguir a verificar as taxas de ocupação por especialidade, buscando equalizar a taxa média geral com a taxa definida nas premissas básicas. Assim, como exemplo podemos citar a Especialidade UTI podendo ter uma ocupação de: SUS (85%), Medicina de Grupo(70%), Seguro Saúde (70%) e Particular (65%).

4. Para o cálculo de faturamento anual da área de internação do Hospital, devemos calcular o produto da diária Média pelo número de leitos, considerando a Taxa de Ocupação e o total de 365 dias por ano. O somatório dos faturamentos das Especialidades discriminadas resultará no Total de receitas proveniente das internações do Hospital.

DESPESAS OPERACIONAIS

Também assessorado por profissional especializado, deve-se buscar as principais rubricas que compõem as Despesas Operacionais do Hospital tais como, Pessoal (60%), Serviços Públicos (5%), Serviços com terceiros(7%), Serviços Administrativos (20%), Divisão de Ensino e Pesquisa (2%), Informatização (4%) e Emergências/Caixas (2%).

Para as despesas com Pessoal, para efeito de melhor aperfeiçoar o trabalho, sugerimos separar em três níveis de profissionais, ressaltando que o número compatível de funcionários por leito oscila entre 3,5 a 5,5 :

Nível Superior (Médicos, enfermeiros, nutricionistas, biólogos, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiologistas, farmacêuticos, economistas, administradores, advogados e engenheiros.

Nível Técnico - auxiliares de enfermagem, auxiliares de farmácia, técnicos de enfermagem, de raios-X, de laboratório, entre outros.

Nível Operacional - auxiliar de escritório, agentes administrativos, copeiras, serviços gerais de lavanderia, manutenção, segurança e vigilância.

Com a devida segmentação deve-se definir a quantidade de profissionais adequados a operacionalização da unidade, ajustando o salário médio profissional, acrescido dos encargos sociais médios. A totalização de tal item, definirá a rubrica Pessoal nas despesas, a mais significativa.

Para o CDT localizado no Hospital, devemos ressaltar algumas despesas além das já mencionadas: Contratos de Manutenção de Equipamentos (5% Valor de Equip.) e Material e Medicamento já citado anteriormente,

8.0 - SENSIBILIDADE

Julgamos adequado sensibilizar os resultados das TIR's, para identificar regiões com taxas menores e maiores da que eleita como taxa de atratividade mínima. Assim, utiliza-se as ordenadas em cinco colunas que representam o Investimento (-20%, -10%, igual, +10%, +20%), e as abcissas indicam as Receitas Totais até o 10 ano + Valor Residual (-30%,-15%, igual, +15%, +30%). O cruzamento destas colunas resulta em 25 fluxos de caixas, que apresentam 25 TIR's, possibilitando ao analista sensibilizar a probabilidade de rejeição e viabilidade que o projeto apresenta.

9.0 - PARÂMETROS BÁSICOS

O Valor para implantação de uma unidade hospitalar pode variar entre R\$ 150.000,00 a R\$350.000,00 por leito, sendo esta diferença em virtude de maior ou menor quantidade de equipamentos de alta tecnologia e sua localização.

A expectativa de faturamento é definida pelo volume de serviços e complexidade dos procedimentos ou equipamentos à disposição do usuário. Os hospitais bem equipados podem produzir faturamentos de até R\$300.000,00 por leito.

A performance (rentabilidade) de um hospital bem equipado e sobretudo bem administrado apresenta margem operacional acima de 23%, podendo alcançar os 30% dependendo de sua taxa de ocupação e o mix dos serviços a disposição de seus pacientes.

10 - ESTUDO DE CASO: HOSPITAL UMBERTO PRIMO - SP.

10.1 - CONHECIMENTO DA REALIDADE.

Em início de outubro de 1993, através de vistoria do Departamento de Fiscalização da Saúde Pública do Estado de São Paulo, foi interditado o Hospital Ítalo-Brasileiro Umberto I, por falta de limpeza, condições mínimas de funcionamento de uma unidade de saúde.

A Imprensa Paulista noticia o fato do fechamento do Hospital destacando que as dívidas acumuladas superam a cifra de US\$ 38 milhões.

Tal situação, na verdade refletia o fim de mais um ciclo por que passou o Hospital, pertencente a mais antiga e numerosa colônia radicada no Estado de São Paulo-Colônia Italiana.

A história do Hospital Matarazzo, como é conhecido, está intimamente ligada a cidade. Inaugurado em agosto de 1904, é raro encontrar um paulistano que já não tenha sido atendido, ou tenha parentes ou amigos que tenham utilizado os serviços do Hospital, principalmente por ter sido referência médica em várias especialidades.

Porém seu retrospecto nos indica sucessivos problemas financeiros, causados por desequilíbrios orçamentários, que periodicamente encontravam soluções paliativas, sem compromissos com os resultados de uma gestão competitiva e profissional.

Localizado em área de terreno de 27.419m² entre as Ruas Alameda Rio Claro, Rua São Carlos do Pinhal e Rua Itapeva, a aproximadamente 200m da parte central da Av. Paulista, dispõe de conjunto arquitetônico com cerca de 33.400m² de área construída, tombados pelo Patrimônio Histórico do Estado de São Paulo (CONDEPHAAT), com graus diferenciados de restrições.

O referido tombamento impede a proprietária do terreno (Fundação Ítalo-Brasileira Umberto I), em aproveitar cerca de 76.200m² de potencial construtivo pertencentes à área.

10.2 - ESTUDOS PARA DIAGNÓSTICOS

Numa primeira fase, buscou-se diagnosticar o problema do Hospital, pesquisando a potencialidade da área. Para tal, desenvolveu-se concomitantemente, pesquisa de mercado para a área de saúde, avaliação do imóvel e auditoria contábil e fiscal.

O estudo que mais ofereceu complexibilidade foi a avaliação do imóvel, dado ao grande número de variáveis incidentes no caso.

Preliminarmente, estudou-se o zoneamento do Hospital onde verificou-se atividades descentralizadas, administração subdivididas, fluxo e acessos inadequados, descontinuidade setorial, reformas inacabadas, em fim, um equipamento hospitalar defasado, longe dos caminhos operacionais modernos.

A partir da visão da edificação, buscou-se otimizar os espaços físicos internos, sem agredir as normas que regulamentam o tombamento da área, tentando maximizar o potencial edifício do terreno.

O esforço aumentou a área construída para 34.600m², possibilitando utilização plena de segmentos imobiliários considerados com vocação para a região, tais como hotéis, shopping, escritórios, consultórios, hospitais, centro de diagnóstico.

Nas simulações das alternativas, estudou-se as opções do terreno com aproveitamento de 100% para a área de saúde, 50% saúde + 50% comercial e 100% comercial. Os resultados preliminares indicaram a possibilidade de aprofundar os estudos.

10.3 - PROPOSTA - 1ª VERSÃO.

Ao aprofundar os estudos, a melhor alternativa técnica e mercadológica, apontou para a opção que contemplava 50% da área destinada à saúde e 50% comercial.

Assim, a 1ª versão do projeto idealizado, objetivou reativar o conjunto arquitetônico com um Hospital de aproximadamente 295 leitos sendo 20% para clientes S.U.S., com 14.550m² de área privativa, um Centro de Diagnóstico e Tratamento de tecnologia terciária, contendo 16 leitos day-hospital, com 5.600m² de área privativa, e área comercial contendo shopping de vizinhança, com 6.200m² de ABL e escritórios ou consultórios com 3.350m² de área privativa, em cima do qual desenvolveu-se avaliação do imóvel para subsidiar processo negocial.

É importante ressaltar, que o potencial construtivo não utilizado na área foi estudado em todas as alternativas possíveis para seu aproveitamento econômico. Porém, não se considerou consistente os resultados encontrados, motivo pelo qual não foi atribuído valor de mercado para tal potencial.

A proposta formulada não atendeu as expectativas da Fundação, sendo considerada insuficiente para solucionar os problemas da entidade.

10.4 - CONDEPHAAT - SP

Após várias gestões da Fundação Umberto I, buscando sensibilizar os conselheiros do Condephaat, foi conseguido a flexibilização na conceituação das áreas que poderiam ser substituídas por novas edificações, visando utilizar todo o potencial construtivo no terreno.

Com esta nova visão, e a partir da definição do novo aproveitamento edifício (volumetria), concebeu-se a utilização dos 109.600 m² de área computável, onde desenvolveu-se novo estudo de valor do imóvel,

fundamentado no projeto básico que passamos a descrever:

- Hospital com 327 leitos, 60 leitos SUS, ocupando 14.200 m² de área construída, com 295 vagas de garagem;

- Expansão prevista para a área de saúde ou hotelaria, dispondo de 18.000 m² de área construída, com mais 360 vagas de garagem;

- Centro de Diagnóstico e Tratamento, ocupando 8.000m² de área construída, de nível terceiro de tecnologia;

- Shopping Center com 13.580 m² de área construída ou 9.500 m² de ABL.

- Escritórios/Consultórios com 2 torres de prédios padrão AA, prédios inteligentes, com 55.000 m² de área construída;

- Estacionamento de 1.280 vagas de garagem para dar suporte as atividades comerciais.*