

459384

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

MIRELLA ANTÔNIA D'AMICO

**"CUSTO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E O VALOR REPASSADO
PELO SISTEMA APAC EM UM HOSPITAL
DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE"**

Orientador: ROLANDO BEULKE

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 855
Fone: (51) 3316.3840 - Fax: (51) 3316.3991
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

Porto Alegre

2004

*Ao corpo médico, administrativo e técnico do
Grupo Hospital Conceição nas pessoas de,*

Dra. Inês Gutierrez

Dr. Luiz Ronaldo Huber

Dr. Marcelo Capra

Adm. Elise Taska

Ass. Gerência financeira

José Matias Rizzotto

Aos meus filhos,

Leonardo e Nathalia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 SISTEMA APAC	13
3 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	17
4 DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	20
5 OBJETIVOS	21
5.1 OBJETIVO GERAL	21
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
6 JUSTIFICATIVA.....	23
7 CUSTOS HISTÓRICO E CONCEITUAÇÕES.....	25
7.1 CONCEITO	25
7.2 CLASSIFICAÇÃO DOS CUSTOS	26
7.2.1 Quanto à Forma de Apropriação.....	26
7.2.2 Quanto ao Nível de Atividade Produtiva	28
7.2.3 Quanto ao Grau de Detalhamento.....	30
7.2.3.1 Operacionais e não Operacionais (extras operacionais e extraordinários)	31

8 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR.....	35
9 METODOLOGIA.....	38
9.1 CONTROLE DE INFORMAÇÃO	41
10 CUSTOS DAS QUIMIOTERAPIAS.....	44
10.1 TIPOS DE TRATAMENTO	45
10.1.1 Chop.....	45
10.2 ABDV	48
10.3 ESHAP	52
10.4 CVP	53
10.5 FLUDARABINE + CICLOFOSFAMIDA	56
10.6 FLUDARABINE	59
10.7 ICE	61
10.8 GLIVEC	62
11 CUSTOS DAS PATOLOGIAS	65
11.1 DOENÇA DE HODKIN	65
11.2 LINFOMA NÃO HODKIN	66
11.3 DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA	67
11.4 LEUCEMIA LINFÓTICA CRÔNICA.....	67
11.5 LEUCEMIA MILEÓIDE CRÔNICA	69
11.5.1 Unidades de Custos Oncológicos	70
11.5.2 As Restrições	71
11.5.3 Caracterização da Amostra	71
11.5.4 Unidade de Custos.....	74
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Recursos Humanos por Ciclo de Procedimento Quimioterápico	39
Tabela 2	Valor do Tratamento CHOP por M ² (Massa Corp.).....	45
Tabela 3	Linfoma não Hodgkin De Baixo Grau 1ª Linha.....	46
Tabela 4	Resultado do Tratamento CHOP STANDART CHEMOTHERAPY para o linfoma Não Hodgkin 1ª linha.....	46
Tabela 5	Resultado do Tratamento CHOP STANDART CHEMOTHERAPY para as Patologias de Linfoma Não Hodgkin de Baixo Grau 2ª Linha, Leucemia Linfocítica 2ª linha e a Doença Linfoprolífera rara 2ª linha	47
Tabela 6	Valor do Tratamento ABDV por M ² (Massa Corp)	48
Tabela 7	Resultado do Tratamento ABVD para o Linfoma de Hodgkin de 1ª Linha - Estágios I, II, III e IV por Paciente.....	49
Tabela 8	Valor do Tratamento ESHAP por M ² (Massa Corp.)	52
Tabela 9	- Demonstração de Resultado do Tratamento	52
Tabela 10	- Valor do Tratamento CVP por M ² (Massa Corp).....	54
Tabela 11	Demonstração de Resultado dos Tratamentos Doença Linfoproliferativa 1ª Linha e Linfoma Não Hodgkin de Baixo Grau 1ª Linha.....	54
Tabela 12	Demonstração de Resultado do Tratamento Linfoma Não Hodgkin de Grau Intermediário ou alto 1ª Linha	55

Tabela 13 Valor do Tratamento Fludarabine + Ciclofosfamida por M2 (Massa Corp)	56
Tabela 14 Demonstração de Resultado do Tratamento Linfoma Não Hodkin de Grau Intermediário ou alto 1ª Linha com Fludarabine + Ciclofosfamida.....	57
Tabela 15 Valor do Tratamento Fludarabine por M ² (Massa Corp)	59
Tabela 16 Demonstração de Resultado do Tratamento Linfoma Não Hodkin de Grau Intermediário ou alto 1ª linha com Fludarabine	60
Tabela 17 Demonstração de Resultado do Tratamento Linfoma Não Hodkin de Grau Intermediário ou alto 2ª Linha com Fludarabine.....	60
Tabela 18 Valor do Tratamento Fludarabine por M ² (Massa Corp)	61
Tabela 19 Demonstração de Resultados do Tratamento ICE para a Doença de Hodkin de 1ª e 2ª Linha	62
Tabela 20 Demonstração de Resultado para Tratamento com Glivec 600mg na Patologia F BLÁSTICA LEUC Mielóide CR (Sem Tratamento Anterior 2ª Linha) 1ª Linha	63
Tabela 21 Demonstração de Resultado para Tratamento com Glivec 600mg na Patologia F TRANSF LEUC Mielóide CR (Sem Tratamento Anterior) 1ª linha.....	63
Tabela 22 Demonstração de Resultado para Tratamento com Glivec 400mg na Patologia F CR LEUC Mielóide CR (CONT Sangüíneo) 2ª Linha para 30 dias	64
Tabela 23 Custo das Contribuições Quimioterápicas para Doença de Hodkin....	65
Tabela 24 Custo das Combinações Quimioterápicas para Linfoma Não Hodkin	66
Tabela 25 Custo das Combinações Quimioterápicas para Doença Linfoproliferativa Rara	67
Tabela 26 Custo das Combinações Quimioterápicas para Leucemia Linfocítica Crônica.....	68
Tabela 27 Tratamentos com Glivec	70
Tabela 28 Quantidade de Casos por Subgrupos da Tabela APAC	72
Tabela 29 Repasses por Subgrupo Quimioterápico	73
Tabela 30 Gastos com Medicamentos por Subgrupo.....	74

Tabela 31 Custo Hora e Tempo Estimado por Paciente.....	75
Tabela 32 Demonstração de Resultados Estimados	75
Tabela 33 Unidade de Custos	76

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Demonstração da Evolução do Resultado do Tratamento ABDV pela Massa Corpórea	49
Gráfico 2 - Evolução dos Índices de Rentabilidade e Margem Operacional no Tratamento ABVD	51
Gráfico 3 - Demonstração da Evolução do Resultado do Tratamento ESHAP pela Massa Corpórea.....	53
Gráfico 4 - Evolução dos Índices de Rentabilidade e Margem Operacional no Tratamento CVP.....	55
Gráfico 5 - Evolução dos Valores Marginais do Custo Total	57
Gráfico 6 - Resultado do Acréscimo Marginal ao Repasse na Rentabilidade e na Margem Operacional.....	58
Gráfico 7 - Evolução dos Resultados para Fludarabine + Ciclofosfamida com Acréscimo Marginal as Receitas	59
Gráfico 8 - Evolução dos Indicadores de Rentabilidade e Margem Operacional no Tratamento com Fludarabine nas Patologias de 1ª e 2ª Linha de Leucemia Linfocítica Crônica	61
Gráfico 9 - Resultados do Custo dos Tratamentos com Glivec.....	70

1 INTRODUÇÃO

Um dos grandes temas debatidos hoje na área da saúde é a questão da escassez de recursos. É notório e notório que o sistema de saúde brasileiro encontra-se em crise estrutural mergulhado dentro de uma realidade econômica e social anacrônica. Esta mesma, não é um privilégio do cidadão brasileiro, mas sim, de todos os países ditos em desenvolvimento.

A questão do financiamento da saúde, dentro de realidades diferentes, toma uma proporção mundial atingindo inclusive os países desenvolvidos que vêem a cada ano o crescimento dos gastos. O problema é grave e indômito em uma população em franco envelhecimento concomitantemente com o avanço da medicina trazendo na bagagem o problema previdenciário.

A realidade que se enfrenta hoje no Brasil extrapola a possibilidade de uma síntese. A dimensão continental faz o problema ficar submerso as

enormes diferenças regionais que permeiam todas as áreas em nossa sociedade. A saúde, que é a ponta do enorme Iceberg dos contrastes sociais, é onde reflete o problema da má distribuição de renda com a desnutrição e outros advindos dessa, baixas condições sanitárias, problema da acessibilidade e afora isto todas questões ligadas as baixas condições de trabalho e fatores ligados a vida moderna. *"As diferenças regionais podem se perceber nas distribuições per capita de recursos onde a região sul percebe R\$ 99,36 região sudeste R\$ 108,21, região norte R\$ 92,63, centro oeste R\$ 100,18, nordeste R\$ 89,35. Isto traz a tona o grau de desenvolvimento do sistema de saúde e como se concentrou no sul e sudeste".*

O crescente custo da medicina moderna em função das novas tecnologias é um fator preponderante nesta lacuna regional onde os Estados mais pobres perdem em acesso tornando mais resistente a queda nos índices negativos de saúde.

Frente a toda realidade que se apresenta é necessário ao país oferecer serviços eficientes, com a utilização, da melhor forma possível, dos recursos e que sejam acessíveis a toda população tendo ainda o princípio da equidade com qualidade.

Contudo o diagnóstico que tem sido feito é um sistema desorganizado, centralizado, terceirizado, com crescente restrição de recursos, em função de suas demandas..

Não pondo-se em contraponto aos que defendem soluções mais macro políticas e econômicas, já que temos trabalhar dentro de uma realidade organizativa posta e que dificilmente será mudada por alguma medida pontual, o problema do SUS vai desde a verticalização do sistema, a sua estrutura burocratizada passando pelos hospitais públicos e conveniados.

Com implantação do Sistema Único de Saúde, referendado na constituição 1988 com seus princípios de universalidade, integridade, equidade, relevância pública, participação social e descentralização, o Brasil deu um passo adiante, no ainda distante, modelo ideal. A distância não se encontra nos princípios, mas sim, na administração deste tendo uma visão do todo para o particular.

Independente da visão ideológica que se alterna no poder, as fontes de recursos são limitadas e sua alocação, mesmo tendo o princípio de equidade de maneira eficiente buscando digerir os contrastes existentes, funcionará somente tendo o princípio de excelência incorporado em seus agentes. Entretanto, diversas são as barreiras que separam o desejável do executável, atendo-se a uma destas somente questiono: Qual é o esforço necessário para motivarmos os servidores? A resposta passa por, salários, condições de trabalho adequadas, treinamento, reconhecimento, plano de carreira.

A solução deste passa entre governo, responsável pelas diretrizes a serem executadas, e os gestores de hospitais públicos e conveniados na capacidade de exercer suas funções em forma de excelência. Dentro desta interatividade em uma concordância dos princípios do modelo de saúde, será que com os recursos disponíveis hoje seria possível fazer-se mais? A resposta não escapa da melhor ou pior estrutura da rede de saúde, tendo como estrutura, não somente o aspecto físico, mas sim, o quadro funcional, dos médicos aos técnicos administrativos, na capacidade de todas as variáveis envolvidas no funcionamento de um hospital para que atuem de forma eficiente.

O que este trabalho dispõe-se a discutir é se os valores distribuídos na Tabela APAC conseguem cobrir na integralidade os custos dos tratamentos quimioterápicos. Para isto avaliaremos os custos envolvidos em diferentes tratamentos Oncológicos no Hospital Nossa senhora da Conceição de Porto Alegre.

2 SISTEMA APAC

O Sistema APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) - Portaria 145 de 02 de setembro de 1998, tem como objetivo, além de registrar a produção dos procedimentos ambulatoriais de alto custo e alta complexidade previamente autorizados pelo gestor, fornecer dados sobre o paciente, sendo o único instrumento dentro do SIA (Serviço de Informações Ambulatoriais/SUS que disponibiliza informações do paciente e do tratamento a que está sendo submetido. Com este novo modelo completam-se os dados do Sistema de Informações Hospitalares – SIH, permitindo a identificação dos procedimentos por indivíduo e por doenças. Ressalta-se que, no SIA/SUS, se processam cerca de 80% de todos os atendimentos, cobranças e pagamentos que ocorrem no SUS, cujos arquivos eram, até o advento da APAC-TRS (Terapia Renal Substitutiva), inteiramente numéricos. O Ministério da Saúde (MS) vem trabalhando no sentido de suprir o SIA-SUS de informações qualificadas, que, além de base para as atividades gerenciais do sistema, permitam a notificação real dos dados. Estes, por sua vez, servirão de esteio para a

organização e planejamento do próprio sistema, para a avaliação de procedimentos e processos e para análise qualitativa de dados atuais.

No caso da Oncologia o MS reuniu as suas instâncias técnicas internas para, sob a coordenação da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, proceder a uma revisão completa de todas as normas e tabelas de procedimentos oncológicos. Também participaram desse trabalho intensivo os membros do Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer, a Sociedade Brasileira de Cancerologia – SBC, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica – SBCO, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica – SBOC, a Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica – SOBOPE, o Setor de Radioterapia do Colégio Brasileiro de Radiologia – CBR/RT, a Fundação Oncocentro de São Paulo – FOSP, a Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer – ABIFICC, o Hospital AC Camargo, da Fundação Antônio Prudente, de São Paulo, e o Hospital Erastro Gaertner, da Liga Paranaense de Combate ao Câncer.

A partir deste esforço, e sob os princípios básicos da assistência integral e integrada à população brasileira, da atualização de procedimentos, e da geração de dados para a avaliação dos resultados, o Ministério da Saúde publicou três novas portarias, respectivamente: de cadastramento de centros oncológicos (Portaria GM/MS N.º 3535/98, de 02.09.98, republicada), de autorização de procedimentos radioterápicos e quimioterápicos (Portaria GM/MS N.º 3536/98, de 02.09.98, republicada) e de inclusão de Procedimentos de QT/RT e seus respectivos valores na

Tabela do SIA/SUS (Portaria SAS/MS N.º 145 de 02.09.98). Uma quarta portaria, a SAS/MS 034/99, republicada em 31/03/99, substituiu a 146/98, e regula os procedimentos quimioterápicos e radioterápicos que exigem internação e a internação específica para quimioterapia e radioterapia de procedimentos cobrados por APAC.

A Portaria SAS/MS 295, de 15/07/99, inclui e exclui procedimentos quimioterápicos, numa transição para a codificação de oito dígitos, cuja regulamentação de procedimentos quimio - e radioterápicos passou a ser dada pela Portaria SAS/MS 296, também de 15/07/99.

No sistema APAC, o tempo total previsto do tratamento está informado em meses. O número total de meses poderá ser igual, mas nunca menor do que o número de ciclos de quimioterapia. O número total de meses corresponde ao número de meses de competência que o tratamento demandará, e não ao número de ciclos de quimioterapia. O sistema de pagamento da quimioterapia é por média e mensal, e não por aplicação, fase ou ciclo, ou seja, o SUS paga por competências e não por ciclos; assim, o valor de cada procedimento quimioterápico só pode ser autorizado e pago uma única vez por mês.

A quimioterapia deve seguir obrigatoriamente as seqüências de linha 1ª, 2ª e 3ª, contidas na descrição dos procedimentos, e não se poderá autorizar quimioterapia de 1ª linha para paciente já tratado com quimioterapia de 2ª ou 3ª linha, como não se poderá autorizar quimioterapia

de 2ª linha, para paciente já tratado com quimioterapia de 3ª linha. Todas as organizações vinculadas ao SUS recebem o mesmo valor de repasse mensal para cada grupo de patologias.

Embora o embasamento científico onco-hematológico para autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC- Oncologia estejam em ampla consonância à medicina baseada em evidências, não temos conhecimento de estudos correlacionando o custo dos diversos procedimentos e o repasse financeiro contemplado pelo sistema da APAC- Oncologia, nas diversas doenças e situações clínicas oncohematológicas.

3 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

O GHC - Grupo Hospitalar Conceição, localizado em Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, constituiu-se em uma Sociedade Anônima em 1975, quando a União interveio e desapropriou os hospitais privados Nossa Senhora da Conceição, Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina.

O GHC está vinculado ao Ministério da Saúde, que é seu acionista majoritário, e conta com as quatro (04) unidades hospitalares, totalizando 1.800 leitos, incluindo UTI's e emergência, que apresentam internação média de 5.300 pessoas por mês, realizam 5.000 consultas/dia, 900 partos por mês e mais de 3.000 cirurgias por mês.

Quanto à população atendida, 50% é da cidade de Porto Alegre, 40% da Região Metropolitana e 10% de outros municípios do Estado e do Brasil.

Dos serviços prestados pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), 100% estão voltados para atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), possuindo uma força de trabalho de 5.700 funcionários.

O GHC forma um terço dos especialistas em medicina no Rio Grande do Sul, propicia campo de estágio para alunos de 24 faculdades da área de saúde, atende 125.000 pessoas nas 12 unidades do Serviço de Saúde Comunitária, correspondendo a 10% da população do município. Seu orçamento foi de R\$ 350.000.000,00 (trezentos e cinquenta milhões de reais) para o ano de 2003.

O eixo da atenção deve ser a pessoa e suas necessidades, superando o foco na doenças e nos procedimentos. A Integralidade pressupõe a garantia de que todos os recursos e tecnologias necessários e existentes nas unidades do GHC e demais serviços do SUS, sejam disponibilizados ao cuidado, inaugurando uma outra ética no processo de trabalho.

O eixo da organização de cada unidade do GHC entre as mesmas e com os demais serviços deve ser o SUS em sua dimensão loco regional. Como maior prestador de serviços a população do Rio Grande do Sul e uma organização pública federal, vinculada ao Ministério da Saúde, O GHC deve assumir o papel propositivo na agenda de organização do SUS, direcionado seus serviços as necessidades da população, sem substituir o papel dos gestores. Do ponto de vista interno, explorar ao máximo suas

potencialidades, com colaboração mútua e utilização de sistemas comuns entre suas unidades. Aproveitar as vantagens quali-quantitativas da sua dimensão e de suas áreas de *expertise*.

Os eixos da transformação devem ser formação dos trabalhadores em Gestão e Assistência, capacitação e desenvolvimento de pessoas e educação a saúde da população, com a pesquisa voltada para as necessidades do Sistema Único de Saúde.

4 DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Existe uma tabela pré-definida (Tabela APAC) de repasse diferenciado para atendimento de pacientes oncológicos vinculados aos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do sistema SUS. Esta tabela estipula um valor fixo de repasse por paciente/mês, que varia com o tipo e fase evolutiva de doença oncológica de base.

Embora o sistema APAC seja amplamente difundido em nosso meio, não encontramos relato na literatura de estudos validados que comparem o valor mensal repassado aos CACONS pelo atendimento dos pacientes oncológicos e o custo do tratamento nas diversas regiões do Brasil e nas diferentes organizações vinculadas ao SUS

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Correlacionar o custo do tratamento quimioterápico dos pacientes da Oncohematologia atendidos em um hospital da Rede Pública de Saúde com o valor repassado pelo sistema APAC.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

5.2.1 Avaliar a rentabilidade de tratamentos hematológicos em função da Massa Corpórea dos pacientes . Com este poderá se determinar ou não uma maior ou menor rentabilidade baseado nas características da população.

5.2.2 *Determinar o custo do tratamento de um grupo aleatório de 70 pacientes no mês de janeiro em tratamento quimioterápico no setor de Oncohematologia do Hospital Conceição.*

6 JUSTIFICATIVA

A análise de custo para uma organização é importante, pois a partir deste dado pode-se traçar metas orçamentárias. É sabido que a quase totalidade das organizações de saúde do País desconhecem a sua estrutura de custos. Conseqüentemente, a atribuição aos valores de serviços, incompatíveis com a realidade, implica em redução de competitividade e de receita.

A saúde financeira de uma organização depende da habilidade da administração em gerenciar seus custos frente às dificuldades econômicas e financeiras decorrentes de uma conjuntura complexa e de constantes mudanças no que se refere à introdução de novas políticas de Saúde as constantes mudanças tecnológicas e científicas do setor.

Além disso, no Brasil, face a inúmeras diferenças da Legislação Tributária de cada Estado, verifica-se determinantes geográficos que

alteram o custo do tratamento de portadores de doenças oncológicas, porém a Tabela APAC não contempla estas diferenças regionais.

Conseqüentemente, a análise de custo poderia servir como um instrumento para identificarmos se a organização está ou não obtendo resultados financeiros positivos. Por outro lado, o estudo forneceu informações detalhadas para a tomada de decisões visando a otimização da produtividade, eficiência e controle dos custos, bem como, na melhoria da qualidade dos serviços prestados pela organização.

7 CUSTOS HISTÓRICO E CONCEITUAÇÕES

7.1 CONCEITO

O termo "custo" deriva da palavra latina "*custare*", que segundo Ferreira (1999)

(...) expressa aquilo que deve ser dispendido em (dinheiro, tempo, esforço, etc...) para se obter-se algo. A Etimologia nos informa unicamente sobre uma característica formal da palavra custo, entretanto, a contabilidade nos mostra a existência de inúmeras variedades de custos, de acordo com as finalidades perseguidas e os critérios adotados.

Com o advento da Revolução Industrial, e a conseqüente proliferação das empresas industriais, a contabilidade de custos sofreu uma evolução considerável, face à necessidade de realinhamento de seus objetivos e a expansão do campo de atuação.

A partir da Primeira Guerra Mundial , com o incremento do processo produtivo e conseqüente aumento da concorrência entre empresas e escassez de recursos, surgiu a necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de planejamento e controle das empresas. Neste sentido, as informações de custos , desde que devidamente apresentadas em relatórios, seriam um grande subsídio para o controle e planejamento empresarial. Diante de tal fato, a contabilidade de custos tornou-se, devido à grande gama de informações que a compõem, um grande sistema de informações gerenciais.

Ressalte-se ainda a importância da colaboração dada pelos sistemas de processamento eletrônico de dados à contabilidade de custos, tornando mais célere as apurações de cálculos, aumentando a confiabilidade dos resultados obtidos.

7.2 CLASSIFICAÇÃO DOS CUSTOS

7.2.1 Quanto à forma de Apropriação

Quanto à forma de apropriação aos produtos, os custos podem classificar-se em diretos e indiretos.

Custos diretos

São aqueles que podem ser apropriados diretamente aos produtos ou serviços, porque há uma medida de seu consumo, como é o caso dos medicamentos, materiais médicos, custos de sala e de equipamentos médicos, cuja utilização identificam-se e devem ser debitados diretamente nos prontuários dos pacientes.

Conforme Beulke e Bertó (1997, p. 32)

(...) a presença de custos diretos fica configurada toda vez que é possível identificar determinado custo diretamente em cada unidade de serviço ou procedimento". São aplicados diretamente ao produto. Como referência consideremos que em uma conta hospitalar, são custos diretos: os medicamentos, as próteses, os salários e os encargos sociais do corpo clínico.

Custos Indiretos

Os custos indiretos, notabilizados pelas condições, são custos comuns a diversos procedimentos e serviços, não podem ser mensurados individualmente por item de serviço prestado, tendem a apresentar maior complexidade de cálculo, impondo uma série de processamento paralelos, como por exemplos: energia elétrica, água, seguro, depreciação, materiais de limpeza das áreas, e o custo administrativo em geral. (BEULKE e BERTÓ, op. cit., p. 33).

São os custos aplicados indiretamente ao produto. Podem em alguns casos, até incidir diretamente, porém apresentam dificuldades para controle

individualizado, tendo-se que utilizar bases de rateio para sua alocação ao produto.

De acordo com Martins (2001)

a distribuição dos custos indiretos podem não só provocar análises distorcidas, como também diminuir o grau de credibilidade em relação às informações de custos. Não há, entretanto, forma perfeita de se fazer essa distribuição; pode-se, no máximo, procurar entre as diferentes alternativas a que traga consigo menor grau de arbitrariedade.

7.2.2 Quanto ao Nível de Atividade Produtiva

Quanto ao relacionamento com o nível de atividade produtiva, os custos podem ser classificados como custos fixos e custos variáveis.

Custos Fixos

Os custos fixos são aqueles cujos os valores são os mesmos qualquer que seja o volume da empresa. (VICENTE e NEVES, 1998, p. 18).

É o caso, por exemplo, do aluguel do prédio do hospital. Este será cobrado pelo mesmo valor qualquer seja o nível da produção, inclusive no caso de não ocorrer nenhuma internação ou atendimento num determinado período.

Custos Variáveis

Os custos variáveis são aqueles que variam diretamente proporcional à quantidade produzida, como ocorre com os filmes radiológicos em relação ao número de exames realizados no serviço de radiologia.

Os custos variáveis também podem apresentar-se de forma mista escalonada, quando sua variação é direta ao nível de atividade, porém não proporcional, como é o caso do custo de pessoal em UTI. Para cada fração de 10 pacientes internados em UTI, necessita-se de um enfermeiro supervisor e para cada 2 pacientes mais um técnico de enfermagem. Portanto é correto afirmar que o custo de pessoal aumenta conforme a ocupação da UTI, mais não proporcionalmente, pois o acréscimo de um paciente pode até manter o mesmo quadro de pessoal dependendo da ocupação existente, mas também pode exigir mais um técnico e mais um enfermeiro

Os custos podem apresentar-se de forma mista composta, quando possuírem uma parte fixa e outra parte variável. Uma varia diretamente proporcional à quantidade produzida e a outra se mantém constante a qualquer nível de atividade. Neste caso podemos citar a parcela de energia elétrica utilizada na iluminação e nos equipamentos do serviço do laboratório de patologia clínica.

7.2.3 Quanto ao Grau de Detalhamento

Quanto ao grau de detalhamento, os custos podem ser classificados em custos Unitário e Total.

O custo de produção de um único produto ou serviço pode ser obtido através da metodologia do custo, por ordem de produção. Este método parte da aglutinação dos custos unitários para os custos totais de produção.

Custo Médio Unitário

O custo médio unitário refere-se ao custo de produção de um único produto ou serviço, obtido através dos custos totais de produção de um determinado produto ou serviço, dividido pela quantidade destes produtos ou serviços em determinados período.

O sentido da aglutinação, neste caso, parte do custo para o unitário. É o que ocorre com o cálculo do custo de um hemograma junto ao laboratório de patologia clínica.

Custo Total

Custo total é o somatório dos custos fixos e variáveis, ou seja, o custo para produzir determinados produtos ou serviços do hospital.

7.2.3.1 Operacionais e não Operacionais (extras operacionais e extraordinários)

A determinação do custo como operacional pode variar de acordo com a empresa e sua atividade final.

Custos Operacionais

Os custos operacionais são os decorrentes do exercício das atividades principais da instituição, indispensável para que esta atinja os seus fins, podendo variar de um hospital para outro, de acordo com as características dos mesmos. Assim como, constituem-se despesas operacionais as pagas ou incorridas para vender um produto ou serviço, desde que, dentro do conceito da Lei 6.404, de 15 de dezembro de 1976, abrange as despesas líquidas para financiar suas operações (IUDÍCIDUS, MARTINS, e GELBCKE, 1984, p. 398).

No entanto, muitas vezes, torna-se indispensável um maior detalhamento, de acordo com as necessidades da instituição.

Custos Extra Operacionais

Entende-se que custos extra operacionais ou extraordinários são aqueles decorrentes de fatos alheios às atividades precípua da instituição. Sua importância e ocorrência são conceituadas por Koliver (1973, p. 91) da seguinte forma:

Na maior parte dos empreendimentos ocorre acontecimentos comerciais que nada tem a ver com a finalidade precípua da empresa, ou seja, a produção e a comercialização de bens, e que, no entanto, influencia o seu resultado total. Por isso é importante a eliminação da influência de tais fatos na cálculo do resultado periódico, a fim de reconhecermos o resultado decorrente das atividades-fins da empresa. Por esta razão, os chamados custos neutros são destacados dos custos totais".

Neste trecho é ressaltada a necessidade, de uma perfeita separação dos custos não operacionais, esta se constitui em prática corrente na grande maioria dos países economicamente desenvolvidos.

Custos Extraordinários

Custos extraordinários são igualmente desligados das atividades-fins da empresa, mas de caráter eventual e aleatório. Como é o caso dos custos relativos a sinistros, prejuízos na venda de bens patrimoniais, etc.

Uma vez definido o sistema de acumulação de custos a ser utilizado pelo hospital, passa-se a escolha do sistema de custeio a ser adotado. Essa decisão não depende do sistema produtivo da instituição e sim, principalmente, do tipo de informação e de controle que a diretoria pretende obter a partir do sistema de custeio a ser implantado.

Para a análise dos custos de uma empresa faz-se necessário distinguir entre gastos e custos e suas derivações, como adiante segue:

Segundo Brandão de Andrade (2003),

gasto é o sacrifício financeiro que uma entidade realiza para obtenção de um bem ou serviço, e custo é o gasto relativo a um bem ou serviço na produção de outro bem ou serviço. O custo pode ser: direto - quando é diretamente vinculado ao objeto, não havendo necessidade de utilização de nenhuma forma de rateio; custo indireto - quando não é diretamente vinculado ao objeto, sendo seu valor apurado sob a forma de rateio estimado e arbitrado. Difere-se também, o custo fixo da estrutura da instituição (Ex.: aluguel), custo variável que se altera com o volume da atividade ou produção (Ex.: medicamento) é fixo unitariamente.

No âmbito hospitalar, segundo Beulke e Bertó (1997),

a busca de resultados pode também ser alcançada mediante o desenvolvimento de estudos de "preços x custos x volumes adicionais" em relação aos horários, instalações e espaços ociosos. O conhecimento das margens proporcionadas por tipo de procedimentos (convênios e itens de tabela) tende a favorecer o direcionamento do trabalho e do atendimento às oportunidades de melhor retorno, concorrendo desse modo para a otimização do resultado.

Com relação ao desenvolvimento de um sistema de custos, Costa (2001)

afirma que o sistema de curva ABC surgiu como uma alternativa que poderia ajudar a trazer uma leitura dos custos capaz de levar em conta as características de um novo ambiente de transformação tecnológica e com os custos indiretos aumentando desproporcionalmente. Porém, o sistema de custos ABC ainda traz algumas limitações e os exemplos de seu uso em empresas de serviços hospitalares não teve sucesso.

Para Kuteev-Moreira (2003)

o descontrole dos custos em Hospitais Universitários provém do pedido de radiografias desnecessárias, milhões de erros por caligrafia ilegível do clínico prescritor. Incluem-se também, entre estes os exames ou análises repetidas, assim como mal entendidos como tipo de medicação ou dose a ser dada a um determinado doente o que traz implicações irreversíveis e pesados custos. O descontrole dos custos também é provocado pelos clínicos mais jovens e inexperientes que prescrevem muito mais exames e análises laboratoriais que os clínicos mais seniores.

8 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Interessante inicialmente é podermos dimensionar o que envolve o Custo Administrativo e Hospitalar. A administração hospitalar envolve uma série de funções onde o custo é peça chave na determinação dos resultados desencadeando uma série de ações na busca da otimização dos serviços prestados.

Para ter-se uma noção da estrutura necessária para medir e avaliar as atividades hospitalares deve ficar claro as noções de planejamento, organização e controle.

O planejamento é o ponto de start do processo, dele deriva a capacidade de organização e controle. O estabelecimento de metas a serem cumpridas interage com a própria capacidade de informação retroativa e em como melhorá-la. Desta maneira a criação de indicadores de produtividade e eficiência orienta os planos futuros. O orçamento representa expressão

financeira das possibilidades exeqüíveis para o período seguinte estando no seu dorso os objetivos maiores de médio e longo prazo.

A organização estabelece a estrutura necessária para execução das atividades nela se estabelece departamentos, seções, fluxos. Desta deriva uma maior ou não burocratização definindo especialização, standardização, formalização, centralização, configuração e flexibilidade conforme as seis dimensões primárias de Pugh, Hickson e Hings.

O controle tem por fim garantir que as operações correspondam aos objetivos traçados. Seguindo esta linha, é necessário cumprir um plano, uma meta, uma linha de atuação através do estabelecimento de padrões e critérios de desempenho entre períodos, podendo assim, ter ações corretivas das atividades em curso.

Interagindo com o planejamento, a organização e o controle está a direção que através do processo interpessoal se relaciona diretamente com os objetivos traçados orientando as operações. Com isso, a administração passa a estar, mais centralizado ou não, no controle da tomada de decisão.

Conforme Domingos Martins especificamente os custos hospitalares estão encarregados de:

- 1) Determinar os custos e lucro do hospital.

- 2) Calcular o valor e os custos dos estoques de materiais médicos e medicamentos para formação do preço de venda e para controle das quantidades específicas.
- 3) Auxiliar na preparação do orçamento.
- 4) Estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares.

9 METODOLOGIA

O estudo está dividido em dois eixos:

O primeiro é uma análise descritiva dos custos de uma série de tratamentos quimioterápicos cruzando-os com diversas patologias da área hematológica seus custos e o repasse de contrapartida. Para isso, escolheu-se uma série de tratamentos que são ABVD, ESHAP, ICE, CVP, CHOP, FLUDARA, FLUDARABINE + CICLOFOSFAMIDA e o GLIVEC.

Para isto haverá uma mensuração dos custos diretos, tendo nestes indubitavelmente os medicamentos como o grande custo, por tratamento em função da massa corpórea adicionando os custos indiretos baseado nas informações colhidas no Hospital.

Como se sabe, a determinação dos custos indiretos por si só não é uma tarefa fácil e torna-se mais difícil quando se tenta determinar os custos com mão-de-obra envolvidos assim como outros em um determinado

procedimento dentro de um departamento, onde este, é somente mais uma das funções. Para tal, usamos uma estimativa realizada pelo próprio hospital onde sugeria a quantidade de tempo gasto pelos diferentes profissionais em um ciclo individual de tratamento na Quimioterapia conforme tabela abaixo:

Tabela 1: Recursos Humanos por ciclo de Procedimento quimioterápico.

	Unidade de medida	Quantidade
Médico	Hora	20min
Enfermeiro	Hora	20min
Farmacêutico	Hora	40min
Tec. Enfermagem	Hora	15min
Aux. Tec. Adm.	Hora	20min *
Farm. Bioquímico	Hora	20min*
Tec. Adm	Hora	20min*
Aux Farmácia	Hora	15min*

Fonte: Hospital Conceição

(*) Sugestão de valores que não constavam

A tabela acima foi cruzada com os valores gastos no mês de maio com salários e encargos adicionados a outros custos diretos e indiretos constituindo um valor fixo. Este valor consta em todos os custos de tratamento tendo na figura dos medicamentos o único custo variável.

Os índices utilizados de parâmetro são o de Margem Bruta que é o Resultado Líquido dividido pelo Total das Receitas, onde o objetivo é indicar quanto se teve de lucro para cada R\$1,00 das receitas, e o outro é o

rentabilidade/receita, conforme Domingos Martins, onde resultado líquido é dividido pelo total dos custos. Apesar de ambos os indicadores caminharem em mesma direção irá perceber-se comportamentos bem diferenciados em alguns casos.

A segunda parte trata-se de uma Pesquisa Exploratória Quantitativa Não Probabilística, na qual, serão incluídos aleatoriamente pacientes em tratamento quimioterápico, realizada no Grupo Hospitalar Conceição, de maneira estática no mês de Janeiro 2004. Serão incluídos pacientes masculinos e femininos com idade superior a 18 anos.

A opção do estudo ser realizado, em somente um único mês, deve-se ao fato que a evolução do quadro clínico de um determinado paciente e o tratamento

A amostra será caracterizada por grupo de tratamento quimioterápico.

A opção por pacientes somente da hematologia deve-se ao fato de obtermos, desta maneira, uma amostra bastante homogênea para estudo.

O custo será determinado pelo somatório de todos os gastos com serviços hospitalares, serviços profissionais, serviços de diagnóstico, materiais e medicamentos, procedimentos especiais, medicamentos especiais..

Serão avaliados os dados registrados nos prontuários médicos. Será realizada a análise de custo do tratamento para cada indivíduo, conforme o instrumento de aferição de custo do Anexo 1. O custo será comparado ao valor recebido pela organização por meio do repasse do Sistema APAC.

9.1 CONTROLE DA INFORMAÇÃO

Quando se está pensando estabelecer os custos de um determinado departamento dificilmente pode-se abstrair do todo em função dos custos diretos e indiretos que extrapolam um controle específico. Geralmente este controle passa por um sistema de informação eficiente capaz de gerir um controle departamentalizado.

Devido a grande complexidade que envolve o controle de custo de um grande hospital em geral tem-se somente um controle contábil, perdendo-se a capacidade avaliativa dos custos. Apesar de não se ter estudado mais profundamente os processos de controle de custo do Hospital Conceição, mostra-se devido as formas de armazenamento de dados dos pacientes, ao menos no setor de hematologia, que não existe um controle aberto dos custos por paciente afora levantamentos pontuais.

Na dicotomia existente entre a realidade e um controle ideal, existe uma série de variáveis restritivas impondo-se como desafio a serem transpostos pelos administradores.

A medida que se pensa na informação temos que fazer um parêntese nesse conceito. Pensando nos conceitos da tecnologia da informação. Hoje em razão do estado atual das ferramentas a disposição, à informação existe e é livre o problema está em como tratá-la. A informação precisa ser sistematizada para constituir-se em dados. Esses dados precisam ser trabalhados para virar conhecimento e esse sim necessita ser digerido para tornar-se uma ação administrativa.

Ter a exata dimensão do custo ou melhor do prejuízo causado pelo desperdício de informação é incalculável. Milhares de prontuários, quando pensamos em termos de Brasil, são anualmente arquivados ao esquecimento, tornando-se uma tarefa árdua e heróica a possibilidade de desenvolver uma pesquisa científica, por exemplo. A produção de conhecimento exerce um fator importante, não somente do ponto de vista científico ou de reconhecimento da instituição, mas sim, tem a capacidade de agregação do corpo técnico e valoração do mesmo.

Um ponto que poderia ser considerado no tratamento quimioterápico, assim como em outras patologias, no momento em que se está fazendo o planejamento de custo, é o perfil do paciente.

Quando se está tratando de recursos que tem contrapartida no SIA/SUS ou no caso específico da APAC as diferenças regionais da população podem criar um hiato nos custos. Esta dispersão fica clara quando analisarmos o custo baseado na massa corpórea do indivíduo.

Dentro desta discussão de caráter ampliado sobre o custeio da saúde seria interessante saber, por exemplo: Qual o custo marginal da obesidade em relação ao desvio criado no tratamento quimioterápico? Não existe novidade em relação aos custos diretos e indiretos relacionado a obesidade para os cofres públicos, contudo, parece pertinente o dimensionamento dos custos fundado nas diferenças regionais da população.

No âmbito dos administradores hospitalares pode parecer um excesso de controle, no entanto, ao percebermos o planejamento a necessidade de aprovação entre dois projetos de criação de uma nova unidade hospitalar, dentro de uma realidade restritiva de recursos, a tomada de decisão sob a ótica da eficiência do capital pode ser determinada por essa variável podendo até a decisão ser invertida dependendo da região do país em questão. Entretanto, este tipo de análise somente é possível com a organização adequada dos dados.

10 CUSTOS DAS QUIMIOTERAPIAS

Conforme sugerido no capítulo anterior, ao longo deste iremos descrever uma longa análise sobre os custos de quimioterapia tendo como parte do nosso foco a dispersão causada pela massa corpórea na estrutura dos custos. Para isto, concentraremos nosso foco na área da hematologia onde é possível detectar uma série de situações ilustrativas quando estamos tratando dos repasses da APAC.

Analisaremos os custos de dois prismas, um por tipo de tratamento mostrando as diferenças apresentadas em função dos diferentes repasses, a outra, por patologia onde verificaremos diferentes tratamentos para mesma patologia, assim como, a evolução de um estágio para outro olhando algumas destas ao todo da patologia.

10.1 TIPOS DE TRATAMENTO

10.1.1 Chop

Dentro dos tratamentos estudados o CHOP é o que abrange o maior quantidade de patologias estudadas, quatro, sendo que duas destas irão ser descritas conjuntamente por receberem a mesma quantidade de repasse.

Tabela 2 - Valor do Tratamento CHOP por M² (Massa Corp.)

Farmaco	Dose/M2	d	R\$/M2
Predsona	100	01/mai	R\$ 2,75
Ciclofosfamida(CTX; CYC;	750	1	R\$ 13,23
Vincristina(VCR)	1,4	1	R\$ 16,80
Doxoburricina(ADRIA; ADR)	50	1	R\$ 42,00
Total			R\$ 74,78

Fonte: Baxter Oncolgy

A tabela acima apresenta o custo do tratamento por unidade de M2 (massa corpórea) apresentando a frequência de aplicações e o valor total. Importante é lembrar que estes preços não são necessariamente os de mercado, pois passaram por processo de licitação o que permite, em grandes quantidades, obter-se valores mais favoráveis.

Tabela 3 Linfoma Não Hodgkin de Baixo Grau 1ª linha

	M ² 1,5	M ² 1,6	M ² 1,7	M ² 1,8	M ² 1,9	M ² 2,0
C.Direto(CHOP)	207,58	215,06	222,54	230,01	237,49	244,97
C.Direto + C.Indiretos	112,17	119,65	127,13	134,60	142,08	149,56
REPASSE 29071011	427,00	427,00	427,00	427,00	427,00	427,00
SALDO	219,42	211,942	204,464	196,986	189,508	182,03
RENTABILIDADE	106%	99%	92%	86%	80%	74%
MARGEM OPERACIONAL	51%	50%	48%	46%	44%	43%

Fonte: Hospital Conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

O valor de repasse da APAC para o Linfoma Não-Hodkin de Baixo Grau 1ª linha de R\$ 427,00 é a sexta menor linha de repasse onde tem-se desde o valor de R\$ 42,00 a R\$ 8.064,50. A média de rentabilidade, tendo como parâmetro a massa corpórea, é de 89 % , contudo ,temos que ter ciente que essa rentabilidade média não representa a rentabilidade média do tratamento desta patologia que poderá se situar de acordo com as características da população atendida. A variação da rentabilidade é de - 13,1% entre M²1,6 e M²1,8 a margem operacional apresenta uma queda pouco menos acentuada de -7,1%.

Tabela 4 Demonstração de Resultado do tratamento CHOP STANDART CHEMOTHERAPY para o Linfoma Não Hodgkin de Grau intermediário ou alto 1ª linha

	M ² 1,5	M ² 1,6	M ² 1,7	M ² 1,8	M ² 1,9	M ² 2,0
C.Direto(CHOP)	207,58	215,058	222,536	230,014	237,492	244,97
C.Direto + C.Indiretos	112,17	119,648	127,126	134,604	142,082	149,56
RECEITA	665,75	665,75	665,75	665,75	665,75	665,75
SALDO	458,17	450,692	443,214	435,736	428,258	420,78
RENTABILIDADE	221%	210%	199%	189%	180%	172%
MARGEM OPERACIONAL	69%	68%	67%	65%	64%	63%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

A tabela acima demonstra que com o acréscimo de 55,9% no repasse, mantida a mesma estrutura de custos, a rentabilidade eleva-se em mais de 100% reduzindo sua dispersão entre as massas corpóreas para – 9,6%.

Essa diferença torna-se mais acentuada quando analisamos a tabela seguinte onde valor de repasse é na ordem de R\$1.062,65, sendo este o mesmo para três patologias diferentes. Este crescimento está na ordem de 149% em relação ao repasse do Linfoma Não Hodgkin de Baixo Grau 1ª linha e de 59,5% em relação ao Linfoma Não Hodgkin de Grau intermediário ou alto 1ª linha. Este passa a ter uma rentabilidade média 315% superior ao primeiro caso demonstrando um percentual exageradamente alto. A margem operacional por sua vez também passa a demonstrar variações mais suaves em relação ao crescimento da massa corpórea indo dos –7,1% para –1,8% entre M²1,6 e M² 1,8. Se já era alto uma margem operacional de média de 47%, então, passar a receber R\$ 0,79 de lucro bruto para cada real recebido passa a ser excelente.

Tabela 5 Demonstração de Resultado do tratamento CHOP STANDART CHEMOTHERAPY para as patologias de Linfoma Não Hodgkin de Baixo Grau 2a linha, Leucemia Linfocítica Crônica 2a Linha e a Doença Linfoprolífera rara 2ª Linha

	M ² 1,5	M ² 1,6	M ² 1,7	M ² 1,8	M ² 1,9	M ² 2,0
C.Direto(CHOP)	207,58	215,06	222,54	230,01	237,49	244,97
C.Direto + C.Indiretos	112,17	119,65	127,13	134,60	142,08	149,56
RECEITA	1.062,65	1.062,65	1.062,65	1.062,65	1.062,65	1.062,65
SALDO	855,07	847,59	840,11	832,64	825,16	817,68
RENTABILIDADE	411,9%	394,1%	377,5%	362,0%	347,4%	333,8%
MARGEM OPERACIONAL	80,5%	79,8%	79,1%	78,4%	77,7%	76,9%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Mais adiante ao analisarmos as diferenças dos custos para um mesmo tratamento voltaremos ao CHOP.

10.2 ABDV

O tratamento ABVD é apontado para o Linfoma de Hodkin de 1ª linha tanto para classificação de primeiro e segundo estágio, que são classificados pelo código 29141010 pela APAC, como também, para os estágios terceiro e quarto de código 29141028. Para ambas classificações o valor de repasse é o mesmo, R\$427,50.

Tabela 6 Valor do Tratamento ABDV por M² (Massa Corp.)

Fármaco	Dose/ M ²	D	R\$/ M ²
Doxoburricina(ADRIA; ADR)	25	1-15	R\$ 42,00
Bleomicina (BLEO; BLE)	10	1-15	R\$ 105,29
Vimblastina(VBL)	6	1-15	R\$ 24,00
Dacarbazina (DTIC)	375	1-15	R\$ 94,88
Total			R\$ 266,17

Fonte: Baxter Oncolgy

Pode-se observar na tabela abaixo que o ABVD apresenta resultado financeiro negativo em todos os valores de massa corpórea. A média dos saldos negativos é de R\$ 132,00 situando-se entre M² 1,7 e M² 1,8. Com Rentabilidade média negativa de -23,3% e margem operacional de -31,3% média.

Tabela 7 Demonstração de Resultado do Tratamento ABVD para o Linfoma de Hodkin de primeira linha para os estágios I, II e III, IV por paciente.

	M ² 1,5	M ² 1,6	M ² 1,7	M ² 1,8	M ² 1,9	M ² 2,0
Custo Dierto (ABVD)	399,25	25,87	452,49	479,10	505,72	532,34
C. Direto + C. Indiretos	494,66	521,28	547,90	574,51	601,13	627,75
RECEITA	427,50	427,50	427,50	427,50	427,50	427,50
SALDO	(67,16)	(93,78)	(120,40)	(147,01)	(173,63)	(200,25)
RENTABILIDADE	-13,6%	-18,0%	-22,0%	-25,6%	-28,9%	-31,9%
MARGEM OPERACIONAL	-15,7%	-21,9%	-28,2%	-34,4%	-40,6%	-46,8%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

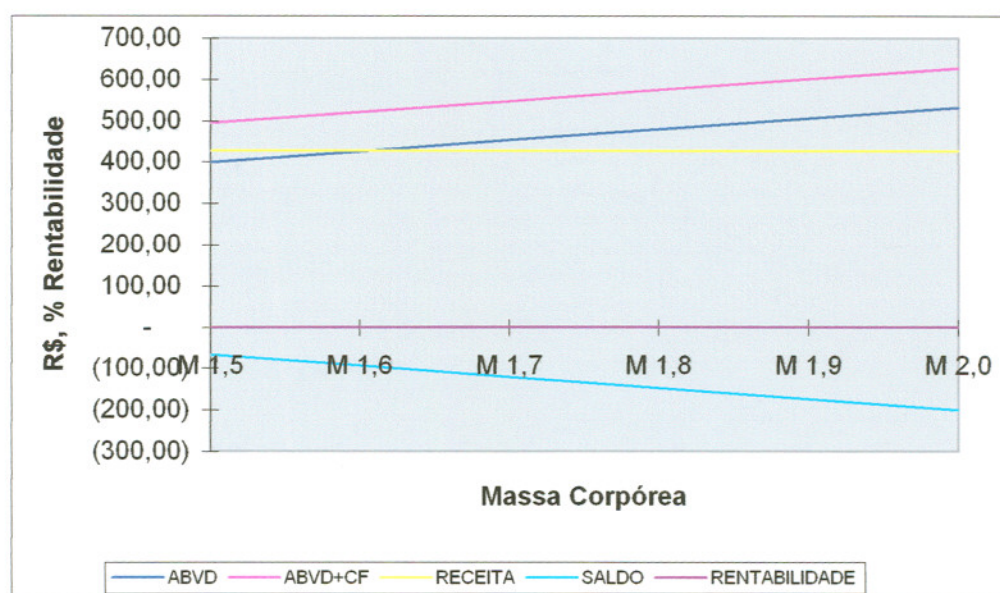


Gráfico 1 Demonstração da Evolução do Resultado do Tratamento ABDV pela Massa Corpórea.

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

No gráfico percebemos através do comportamento do saldo que a margem operacional apresenta uma variação negativa de 56,8% entre M² 1,6 e M² 1,8. A rentabilidade apresentou uma variação de - 42,2%.

Aprofundando-se na discussão questiona-se: Qual deveria ser neste caso o valor de repasse ideal? Evidentemente a resposta passa por uma série de variáveis em questão:

- A) O repasse deverá ter a capacidade de cobrir os custos.
- B) A estrutura de custos varia de um hospital para outro.
- C) O valor deve cobrir ao longo do período os custos estando embutido as expectativas inflacionárias.
- D) Mesmo não sendo na rede pública o lucro o norteador das atividades, e sim, o atendimento gratuito, universal e de qualidade, e sendo estes respeitados, é evidente que um superávit é bem vindo, contudo, nos hospitais conveniados o lucro é necessário.
- E) Não existe somente um tipo de tratamento para a patologia.
- F) No universo de repasses os eventuais prejuízos com algumas linhas de tratamento são cobertos pelos mais lucrativos.

Dito estes, e tendo como ressalva que os custos indiretos atribuídos de maneira homogênea aos tratamentos partem de um princípio de eficiência, que diferentes médias de massa corpórea acarretam diferenças consideráveis de lucro. Pensando desta forma, podemos, atribuir uma rentabilidade que seja no mínimo igual ou maior que zero garantindo assim que não ocorra prejuízo.

Se estipularmos que estar acima de M^2 2,0 é estarmos fora do desvio padrão, sendo que esta não é uma afirmação, já que não foram encontrados esses valores a nível nacional ou regional tendo-se somente um valor empírico em torno de 1,7, então podemos supor que são aceitáveis rentabilidades negativas acima deste.

Fazendo um acréscimo na receita na ordem de 46,8% atingimos o valor de R\$ 627,75 onde a rentabilidade torna-se igual a margem operacional, como mostra o gráfico abaixo.

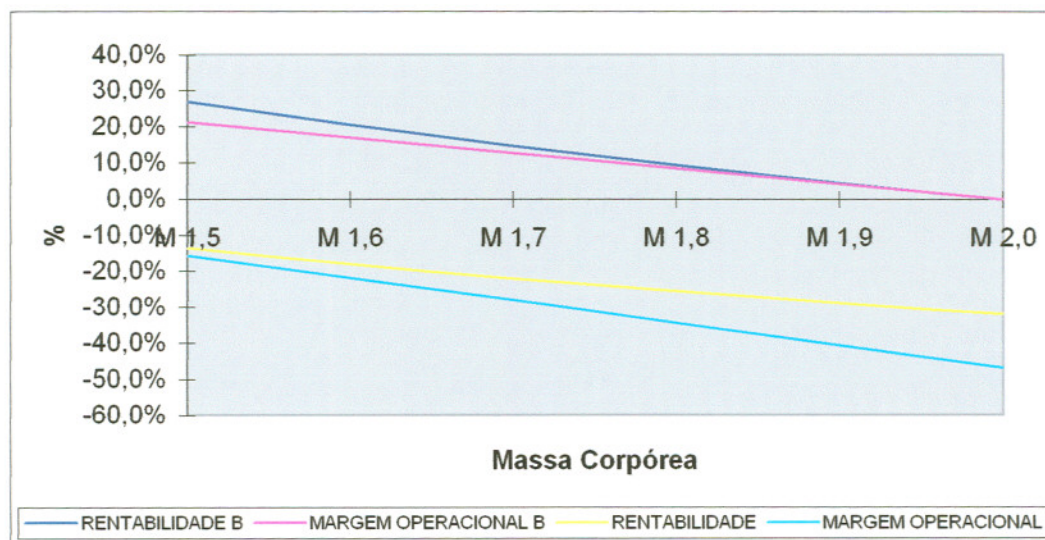


Gráfico 2 Evolução dos Índices de Rentabilidade e Margem Operacional no tratamento ABVD

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Entretanto, essa é somente uma das várias possibilidades possíveis que seria viável usar, como veremos mais adiante.

10.3 ESHAP

ESHAP é tratamento indicado para Doença de Hodkin de segunda e terceira linha, possuindo em ambas as patologias o mesmo valor de repasse de R\$1.447,70.

Tabela 8 Valor do Tratamento ESHAP por M^2 (Massa Corp.)

Fármaco	Dose/ M^2	D	R\$/ M^2
Etoposido (vp-16)	60	1-4	R\$ 21,94
Citarabina(ARA-C)	2000	5	R\$ 80,28
Cisplatina((CDDP; DDP)	25	1-4	R\$ 23,90
Metilpredisona	500	1-4	R\$ 100,96
Total			R\$ 227,08

Fonte: Baxter Oncolgy

Apresenta-se como um dos tratamentos de maior rentabilidade financeira tendo no tratamento ICE, que veremos mais adiante, a alternativa quimioterápica. Cabe salientar que existem diversas alternativas quimioterápicas para as patologias, as escolhidas foram somente as mais usuais ocorridas no Hospital Conceição.

Tabela 9 Demonstração de Resultado do Tratamento

	M 1,5	M 1,6	M 1,7	M 1,8	M 1,9	M 2,0
Custo Dierto (ESHAP)	340,61	363,32	386,03	408,74	431,44	454,15
C.Direto + C. Indiretos	436,02	458,73	481,44	504,15	526,85	549,56
RECEITA	1.447,70	1.447,70	1.447,70	1.447,70	1.447,70	1.447,70
SALDO	1.011,68	988,97	966,26	943,55	920,85	898,14
RENTABILIDADE	232,0%	215,6%	200,7%	187,2%	174,8%	163,4%
MARGEM OPERACIONAL	69,9%	68,3%	66,7%	65,2%	63,6%	62,0%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

O gráfico abaixo demonstra a grandeza da rentabilidade, onde, poder-se-ia até mesmo elevar os custos em 50% que a curva de saldo

permaneceria acima das curvas de custo na maior parte de sua trajetória. Mesmo com M^2 acima de 1,8, onde apresenta uma redução de 45% em relação a M^2 1,5 na rentabilidade a posição de saldo permaneceria em vantagem, a margem operacional média é de 66% neste caso.

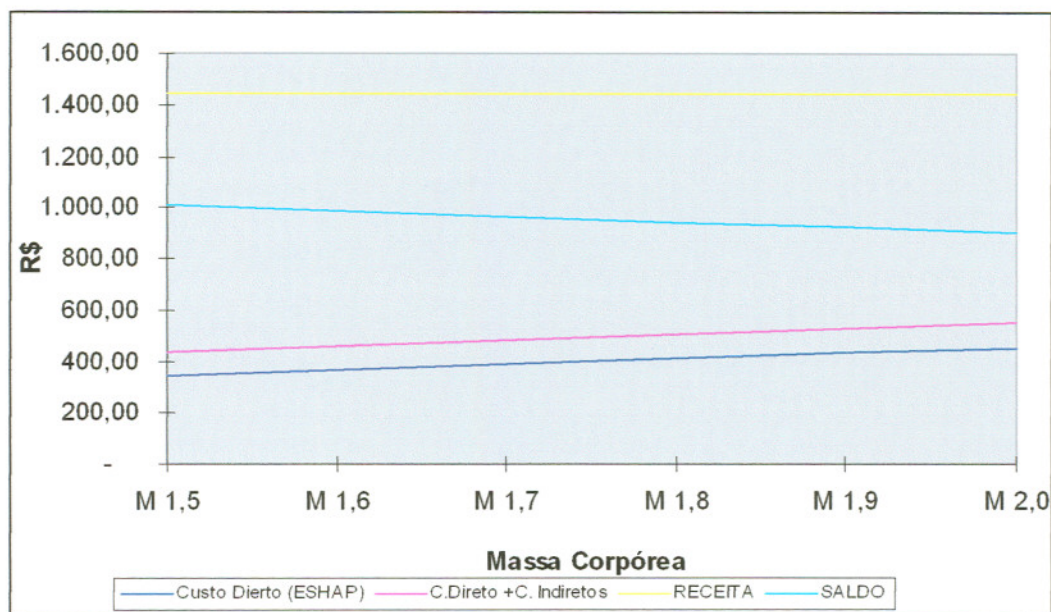


Gráfico 3 Demonstração da Evolução do Resultado do Tratamento ESHAP pela Massa Corpórea.

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

10.4 CVP

O CVP, tratamento indicado a três patologias Doença Linfoproliferativa Rara 1ª Linha, Linfoma Não Hodgkin de Baixo Grau 1ª linha e Linfoma Não Hodgkin de Grau intermediário ou alto 1ª linha, é a mais barata das quimioterapias em função tanto do baixo custo dos medicamentos e suas frequências.

Tabela 10 Valor do Tratamento CVP por M² (Massa Corp.)

Farmaco	Dose/M2	d	R\$/M2
Predisona	40	1-5	R\$ 1,10
Vincristina(VCR)	1,2	1	R\$ 14,40
Ciclofosfamida(CTX; CYC;	750	1	R\$ 13,23
Total			R\$ 28,73

Tabela 11 Demonstração de Resultado dos Tratamentos Doença Linfoproliferativa Rara 1a Linha e Linfoma Não Hodgkin de Baixo Grau 1a linha

	M 1,5	M 1,6	M 1,7	M 1,8	M 1,9	M 2,0
C.Direto(CVP)	43,10	5,97	48,84	51,71	54,59	57,46
C.Direto + C.Indiretos	126,86	129,73	132,61	135,48	138,35	141,22
RECEITA	427,50	427,50	427,50	427,50	427,50	427,50
SALDO	300,64	297,77	294,89	292,02	289,15	286,28
RENTABILIDADE	237,0%	229,5%	222,4%	215,5%	209,0%	202,7%
MARGEM OPERACIONAL	70,3%	69,7%	69,0%	68,3%	67,6%	67,0%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

O crescimento massa corpórea ao longo da tabela eleva os custos diretos, como de padrão, em 33%, já o custo total eleva-se em 11,3%. A rentabilidade apresenta uma variação negativa de -14,5% no todo, representando uma queda de 34% no indicador. Ao elevar o repasse de R\$ 427,50 para R\$ 665,75, na patologia da tabela 9.4.3, o que representa um crescimento de 55,7%, a rentabilidade média eleva-se 63%, passando de 219% para 357% o seu índice.

Tabela 12 Demonstração de Resultado do Tratamentos Linfoma Não Hodgkin de Grau intermediaio ou alto 1a linha

0	M 1,5	M 1,6	M 1,7	M 1,8	M 1,9	M 2,0
C.Direto(CVP)	43,10	45,97	48,84	51,71	54,59	57,46
C.Direto + C.Indiretos	138,51	141,38	144,25	147,12	150,00	152,87
RECEITA	665,75	665,75	665,75	665,75	665,75	665,75
SALDO	527,24	524,37	521,50	518,63	515,75	512,88
RENTABILIDADE	380,7%	370,9%	361,5%	352,5%	343,8%	335,5%
MARGEM OPERACIONAL	79,2%	78,8%	78,3%	77,9%	77,5%	77,0%

Fonte: Hospital Conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

No gráfico adiante, pode-se perceber visualmente a magnitude do crescimento a rentabilidade em relação ao crescimento obtido da margem operacional no seu pequeno deslocamento passando sua média de 56% para 64%.

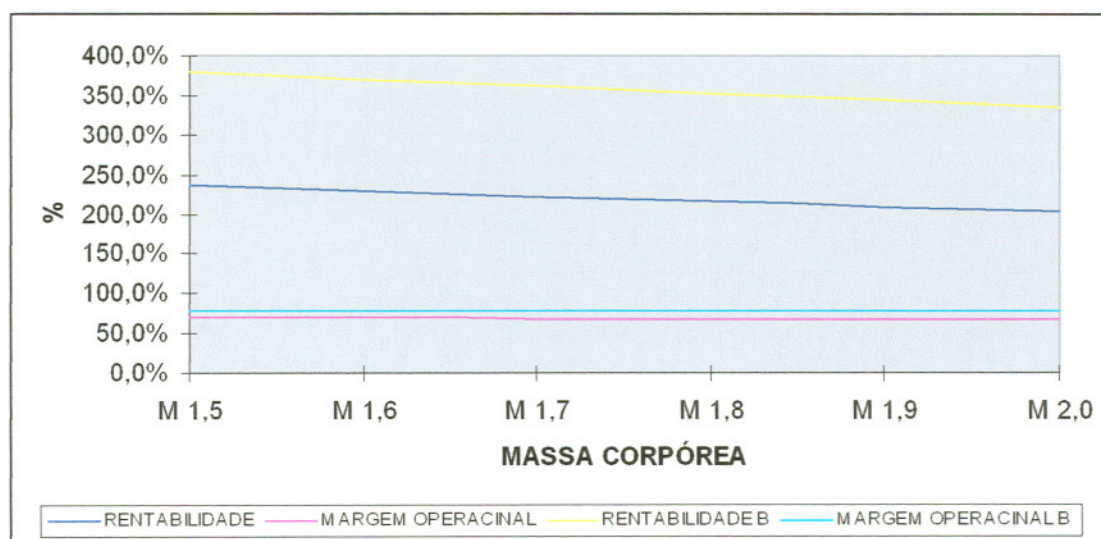


Gráfico 4 Evolução dos Índices de Rentabilidade e Margem Operacional no tratamento CVP

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

10.5 FLUDARABINE + CICLOFOSFAMIDA

Esta combinação quimioterápica é usada no tratamento da Leucemia Linfocítica Crônica segunda linha sendo alternativa ao tratamento da Fludarabina e do CHOP. A análise conjunta destes tratamentos será feita mais adiante no capítulo que versará sobre os custos nas fases da patologia.

Tabela 13 Valor do Tratamento Fludarabine + Cilofosfamida por M² (Massa Corp.)

Fármaco	Dose/M2	D	R\$/M2
Ciclofosfamida(CTX; CYC;	250		R\$ 13,23
Fludarabina	30		R\$ 833,40
Total			R\$ 846,63

Fonte: Baxter Oncolgy

Este tratamento, assim como outras linhas quimioterápicas para leucemia, apresenta-se altamente deficitária tendo sua margem operacional média de 48,5% demonstrando um déficit quase que da metade do repasse. A queda da margem entre m2 1,6 e m2 1,8 de 15,9%.

Tabela 14 Demonstração de Resultado do Tratamentos Linfoma Não Hodkin de Grau intermediário ou alto 1a linha com Fludarabne + Ciclofosfamida

	M 1,5	M 1,6	M 1,7	M 1,8	M 1,9	M 2,0
C.Direto(Fluda+Ciclofos)	1.269,95	1.354,61	1.439,27	1.523,93	1.608,60	1.693,26
C.Direto + C.Indiretos	1.365,36	1.450,02	1.534,68	1.619,34	1.704,01	1.788,67
RECEITA	1.062,00	1.062,00	1.062,00	1.062,00	1.062,00	1.062,00
SALDO	(303,36)	(388,02)	(472,68)	(557,34)	(642,01)	(726,67)
RENTABILIDADE	-22,2%	-26,8%	-30,8%	-34,4%	-37,7%	-40,6%
MARGEM OPERACIONAL	-28,6%	-36,5%	-44,5%	-52,5%	-60,5%	-68,4%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Uma outra alternativa, assim como a apresentada no capítulo 9.3 do ESHAP, para um valor de receita ideal é fazermos com que a rentabilidade permaneça constante para as diferentes massas corpóreas. Para isso, será necessário que as receitas não permaneçam constante.e cresçam a medida que crescem os custos.

O gráfico seguinte apresenta o valor percentual do acréscimo marginal dos custos de um décimo para outro de massa corpórea.

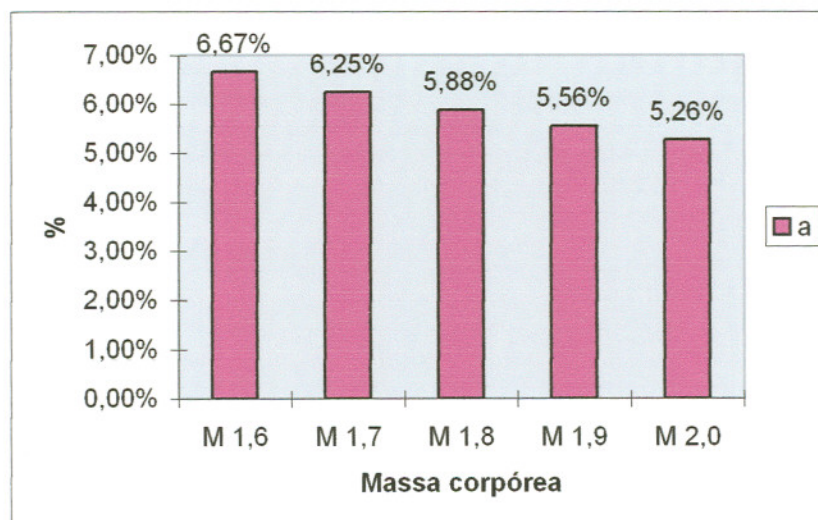


Gráfico 5 Evolução dos valores marginais do Custo Total.

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Esses valores marginais acrescidos aos repasses respectivamente permitem uma rentabilidade e margem operacional constante como mostra o gráfico abaixo.

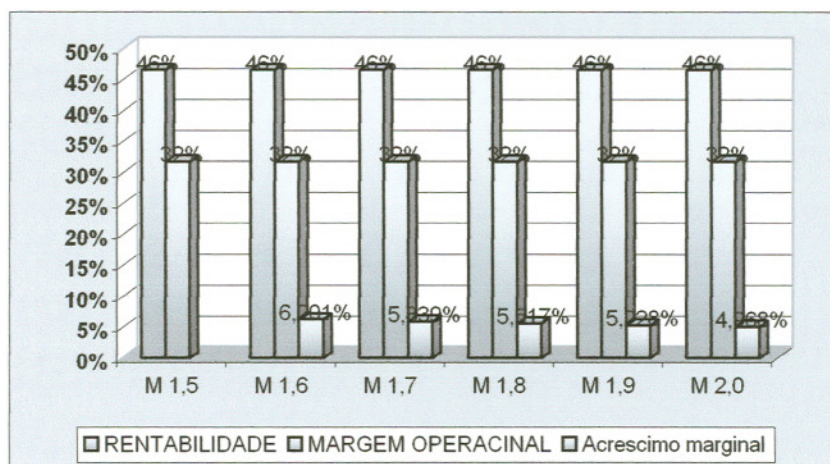


Gráfico 6 Resultado do acréscimo marginal ao repasse na rentabilidade e na Margem Operacional
 Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Para estes novos valores, a título de demonstração, aumentamos o valor do repasse para inicial em M² 1,5 para R\$2.000,00 apresentando o seguinte comportamento gráfico.

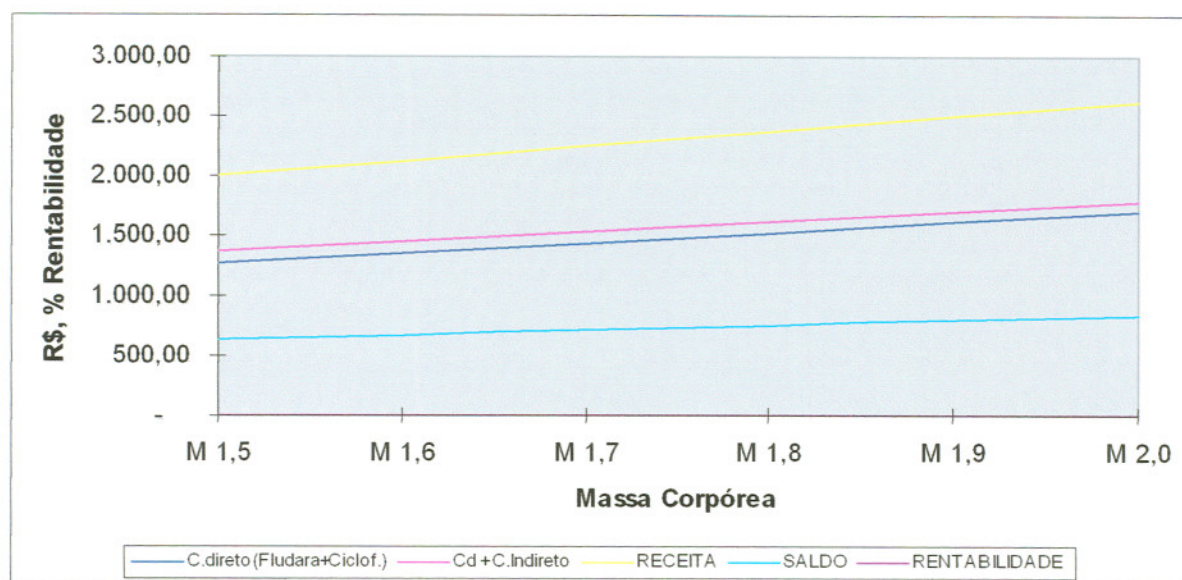


Gráfico 7 Evolução dos Resultados para Fludarabine + Ciclofosfamida com Acréscimo Marginal as Receitas
 Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

10.6 FLUDARABINE

Tabela 15 Valor do Tratamento Fludarabine por M² (Massa Corp.).

Fármaco	Dose/M2	D	R\$/M2
Fludarabina	30	5	R\$ 1.389,00
Total			R\$ 1.389,00

Fonte: Baxter Oncolgy

O fludarabine serve para os tratamentos Leucemia Linfocítica Crônica 1^a e 2^a Linha. Estas patologias recebem da APAC repasses diferentes e insuficientes para este tratamento.

Tabela 16 Demonstração de Resultado do Tratamentos Linfoma Não Hodgkin de Grau intermediaio ou alto 1ª linha com Fludarabne.

	M 1,5	M 1,6	M 1,7	M 1,8	M 1,9	M 2,0
C. direto(Fludarabine)	2.083,50	2.222,40	2.361,30	2.500,20	2.639,10	2.778,00
C. Direto + C.indireto	2.178,91	2.317,81	2.456,71	2.595,61	2.734,51	2.873,41
RECEITA	427,50	427,50	427,50	427,50	427,50	427,50
SALDO	(1.751,41)	(1.890,31)	(2.029,21)	(2.168,11)	(2.307,01)	(2.445,91)
RENTABILIDADE	-80,4%	-81,6%	-82,6%	-83,5%	-84,4%	-85,1%
MARGEM OPERACIONAL	-409,7%	-442,2%	-474,7%	-507,2%	-539,7%	-572,1%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Tabela 17 Demonstração de Resultado do Tratamentos Linfoma Não Hodgkin de Grau intermediaio ou alto 2ª linha com Fludarabne.

0	M 1,5	M 1,6	M 1,7	M 1,8	M 1,9	M 2,0
C. direto(Fludarabine)	2083,5	2222,4	2361,3	2500,2	2639,1	2778
C. Direto + C.indireto	2178,91	2317,81	2456,71	2595,61	2734,51	2873,41
RECEITA	1062,65	1062,65	1062,65	1062,65	1062,65	1062,65
SALDO	(1.116,26)	(1.255,16)	(1.394,06)	(1.532,96)	(1.671,86)	(1.810,76)
RENTABILIDADE B	-51,2%	-54,2%	-56,7%	-59,1%	-61,1%	-63,0%
MARGEM OPERACIONAL B	-105,0%	-118,1%	-131,2%	-144,3%	-157,3%	-170,4%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Fica nítido o enorme déficit dos repasses nessas patologias onde mesmo com o acréscimo de 149% da primeira para segunda linha, nas receitas, ambos os indicadores permanecem com um valor negativo extremamente elevado. No gráfico das rentabilidades pode-se perceber os efeitos do acréscimo no deslocamento das curvas que é mais acentuado na margem operacional do que na rentabilidade.

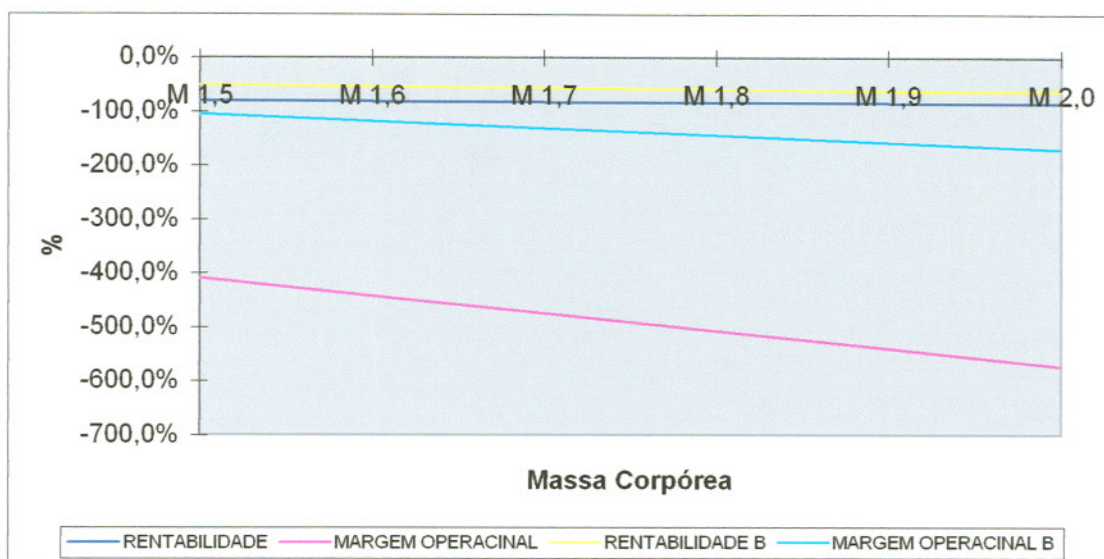


Gráfico 8 Evolução dos Indicadores de Rentabilidade e Margem Operacional no tratamento com Fludarabine nas patologias de 1ª e 2ª linha de Leucemia Linfocítica Crônica

Fonte: Hospital Conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

10.7 ICE

Tabela 18 Valor do Tratamento Fludarabine por M² (Massa Corp.).

Fármaco	Dose/M2	D	R\$/M2
Ifosfamida inj	5000	2	R\$ 871,60
Etoposido (vp-16)	200	3	R\$ 54,84
Carboplatina(jm-8; CBDCA)	800	2	R\$ 308,98
Total			R\$ 1.235,42

Fonte: Baxter Oncolgy

Alternativa de tratamento para doença de Hodgkin de primeira e segunda Linha, o ICE recebe de repasse em ambos os casos a quantia de R\$1.447,70 que é insuficiente como mostra-se adiante.

Tabela 19 Demonstração de Resultado do Tratamento ICE para a Doença de Hodgkin de 1ª 2ª 2ª Linha.

	M 1,5	M 1,6	M 1,7	M 1,8	M 1,9	M 2,0
C.Direto(ICE)	1853,127	1976,668	2100,21	2223,752	2347,294	2470,8356
C.Direto + C.Indiretos	1948,537	2072,078	2195,62	2319,162	2442,704	2566,2456
RECEITA	1447,7	1447,7	1447,7	1447,7	1447,7	1447,7
SALDO	(500,84)	(624,38)	(747,92)	(871,46)	(995,00)	(1.118,55)
RENTABILIDADE	-25,7%	-30,1%	-34,1%	-37,6%	-40,7%	-43,6%
MARGEM OPERACIONAL	-34,6%	-43,1%	-51,7%	-60,2%	-68,7%	-77,3%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Com uma rentabilidade negativa média de -35,3% e uma margem operacional média de -55,9% este repasse necessitaria ser reajustado no mínimo em 56% para cobrir-se a média dos custos o que não garante que em função de uma média de massa corpórea mais alta não ocorra prejuízo.

10.8 GLIVEC

Os tratamentos a base de Glivec dispensam maiores comentário por serem reconhecidamente deficitários. Mesmos sendo usado nos tratamentos de maiores repasses F CR LEUC Mielóide CR (CONT Sangüíneo) 2ª Linha, F TRANSF LEUC Mielóide CR (Sem Tratamento Anterior) 1ª Linha e F BLASTICA LEUC Mielóide CR (Sem Tratamento Anterior 2ª Linha) 1ª Linha onde percebem respectivamente os seguintes valores R\$ 4.607,00, R\$ 6.092,00 e R\$ 6.678.50.

A seguir vamos apresentar os custos para 15 dias de tratamento com Glivec 600mg e 30 dias para o Glivec 400mg.

Tabela 20 Demonstração de Resultado para Tratamento com Glivec 600mg na patologia F BLASTICA LEUC Mielóide CR (Sem Tratamento Anterior 2ª Linha) 1ª Linha

	M 1,5	M 1,6	M 1,7	M 1,8	M 1,9	M 2,0
C.Direto(Glivec 600mg)		10.954,08	11.638,71	12.323,34	13.007,97	13.692,60
C.Direto + C.Indiretos	10.364,86	11.049,49	11.734,12	12.418,75	13.103,38	13.788,01
RECEITA	6.678,50	6.678,50	6.678,50	6.678,50	6.678,50	6.678,50
SALDO	(3.686,36)	(4.370,99)	(5.055,62)	(5.740,25)	(6.424,88)	(7.109,51)
RENTABILIDADE	-35,6%	-39,6%	-43,1%		-49,0%	-51,6%
MARGEM OPERACIONAL	-55,2%	-65,4%	-75,7%	-86,0%	-96,2%	-106,5%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Tabela 21 Demonstração de Resultado para Tratamento com Glivec 600mg na patologia F TRANSF LEUC Mielóide CR (Sem Tratamento Anterior) 1ª Linha

15 dias	M 1,5	M 1,6	M 1,7	M 1,8	M 1,9	M 2,0
C.Direto(Glivec 600mg)	10.269,45	10.954,08	11.638,71	12.323,34	13.007,97	13692,6
C.Direto + C.Indiretos	10.364,86	11.049,49	11.734,12	12.418,75	13.103,38	13788,01
RECEITA	6.092,00	6.092,00	6.092,00	6.092,00	6.092,00	6092
SALDO	(4.272,86)	(4.957,49)	(5.642,12)	(6.326,75)	(7.011,38)	(7.696,01)
RENTABILIDADE	-41,2%	-44,9%	-48,1%	-50,9%	-53,5%	-55,8%
MARGEM OPERACIONAL	-70,1%	-81,4%	-92,6%	-103,9%	-115,1%	-126,3%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Cabe salientar que mesmo sendo para 15 dias a margem operacional média no segundo caso é de -98% que remete a um déficit a redor dos R\$6.000,00. Dessa forma, a amplitude em que pode chegar os prejuízos são astronômicos.

Tabela 22 Demonstração de Resultado para Tratamento com Glivec 400mg na patologia F CR LEUC Mielóide CR (CONT Sangüíneo) 2ª Linha para 30 dias

	M 1,5	M 1,6	M 1,7	M 1,8	M 1,9	M 2,0
Glivec 400mg 30dias	13.692,60	14.605,44	15.518,28	16.431,12	17.343,96	18.256,80
Glivec 400mg 30dias	13.788,01	14.700,85	15.613,69	16.526,53	17.439,37	18.352,21
RECEITA	4.067,00	4.067,00	4.067,00	4.067,00	4.067,00	4.067,00
SALDO	(9.721,01)	(10.633,85)	(11.546,69)	(12.459,53)	(13.372,37)	(14.285,21)
RENTABILIDADE	-70,5%	-72,3%	-74,0%	-75,4%	-76,7%	-77,8%
MARGEM OPERACIONAL	-239,0%	-261,5%	-283,9%	-306,4%	-328,8%	-351,2%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Neste caso em M2, com a margem operacional em -351% chega-se a perder R\$ 2,50 para R\$ 1,00 que é repassado.

11 CUSTOS DAS PATOLOGIA

11.1 DOENÇA DE HODKING

Esta patologia em toda sua fases é tratada pelos tratamentos ABDV, ESHAP e ICE todos estes já decorridos. O exercício agora é verificar os caminhos de custo possível para um paciente que vai passando de uma linha para outra.

Tabela 23 Custo das Combinações Quimioterápicas para Doença de Hodking

COMBINAÇÃO	1ª Linha	2ª Linha	3ªLinha	C.TOTAL	REPASSE	SALDO	RENT.	MARG.OPER.
A	ABDV	ESHAP	ESHAP	1.510,77	3.322,90	1.812,13	120%	55%
B	ABDV	ESHAP	ICE	3.224,96	3.322,90	97,94	3%	3%
C	ABDV	ICE	ICE	4939,137	3322,9	(1.616,24)	-33%	-49%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

A tabela demonstra que a combinação A é a mais lucrativa das associações dando um ganho de R\$ 0,55 para cada real repassado enquanto a associação C é o inverso com menos R\$ 0,49 por real.

11.2 LINFOMA NÃO HODKIN

O Linfoma não Hodkin pode ser tratado com o CHOP, ESHAP e o CVP. A escolhas somente pelas três linhas deve-se que nas linhas seguintes de segundo e terceiro grau intermediário ou alto qualquer tratamento é usado e os repasses são mais altos criando uma tendência de alta em todos os índices, Desta forma então, podemos perceber melhor as variações das diferentes associações.

Tabela 24 Custo das Combinações Quimioterápicas para Linfoma Não Hodkin

COMBINAÇÃO	1ª Linha	2ª Linha	1ªLinha alto	C.TOTAL	REPASSE	SALDO	RENT.	MARG.OPE R.
A	CHOP	CHOP	CVP	577,68	2.155,75	1.578,07	273%	73%
B	CHOP	ESHAP	CHOP	926,51	2.155,75	1.229,24	133%	57%
C	CHOP	ESHAP	CVP	836,58	2.155,75	1.319,17	158%	61%
E	CVP	ESHAP	CVP	746,65	2.155,75	1.409,10	189%	65%
F	CVP	ESHAP	CHOP	836,58	2.155,75	1.319,17	158%	61%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

Recordando os valores para primeira linha, segunda linha e primeira linha intermediária ou alta são respectivamente R\$427,50, R\$ 1062,65 e R\$ 665,75. Os custo do CHOP, ESHAP e CVP são em mesma ordem R\$ 222,54, R\$ 451,44 e R\$ 132,41, inseridos os custos indiretos em uma massa corpórea de M²1,7.

A maior rentabilidade é combinação A com 73% de margem operacional contra 57% da combinação B, a mais onerosa, 16% a menor. A rentabilidade é 140% menor.

11.3 DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA

A Doença Linfoproliferativa Rara 1ª Linha e de 2ª linha tem como tratamento CVP e o CHOP apresentando os custos conforme tabela abaixo.

Tabela 25 Custo das Combinações Quimioterápicas para Doença Linfoproliferativa Rara

COMBINAÇÃO	1ª Linha	2ª Linha	C.TOTAL	REPASSE	SALDO	RENT.	MARG.OPER.
A	CVP	CHOP	355,14	1.490,15	1.135,01	320%	76%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

11.4 LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA

A Leucemia Linfocítica Crônica 1ª Linha e de 2ª Linha é tratada pelas combinações do Fludarabina, Fludarabina + Ciclofosfamida e CHOP.

As leucemias representam os tratamentos mais caros das quimioterapias tendo ocorrendo sempre em prejuízo suas combinações. A tabela seguinte apresenta algumas associações, onde, a pior delas mostra um prejuízo de R\$ 3.423,27 por paciente que encontra-se com massa corpórea(M^2) de 1,7, ou seja, o prejuízo pode aumentar em mais de 15% dependendo a quanto vai a massa M^2 . O melhor indicadores é uma assossiação com CHOP, um dos tratamentos mais baratos, e mesmo assim a margem operacional é de - 18%.

Tabela 26 Custo das Combinações Quimioterápicas para Leucemia Linfocítica Crônica

COMBINAÇÃO	1ª Linha	2ª Linha	C.TOTAL	REPASSE	SALDO	RENT.	MARG.OPER.
A	FLUDARA	FLUDARA	4.913,42	1.490,15	(3.423,27)	-70%	-230%
B	FLUDARA	FLUD + CICLOF	3.991,39	1.490,15	(2.501,24)	-63%	-168%
C	FLUD + CICLOF	FLUDARA	3.991,39	1.490,15	(2.501,24)	-63%	-168%
D	FLUDARA	CHOP	2.679,25	1.490,15	(1.189,10)	-44%	-80%
E	FLUD + CICLOF	CHOP	1.757,22	1.490,15	(267,07)	-15%	-18%

Fonte: Hospital conceição, Ministério da Saúde Tabela APAC

A margem operacional também nos transmite a informação da defasagem de receita que na média das combinações é de - 133%.

11.5 LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA

O Glivec é tratamento indicado, neste estudo, para as seguintes patologias F CR LEUC Mielóide CR (CONT Sangüíneo) 2ª Linha, F BLASTICA LEUC Mielóide CR (Sem Tratamento Anterior 2ª Linha) 1ª Linha e F TRANSF LEUC Mielóide CR (Sem Tratamento Anterior) 1ª Linha tendo de repasse respectivamente R\$ 4.067,00 , R\$6.678,00 e R\$ 6.092,00 estando entre os mais altos repasses, contudo, insuficientes para cobrir os elevados custos.

Geralmente nestas fases o paciente encontra-se em estado terminal não passando mais para nenhum outro tratamento.

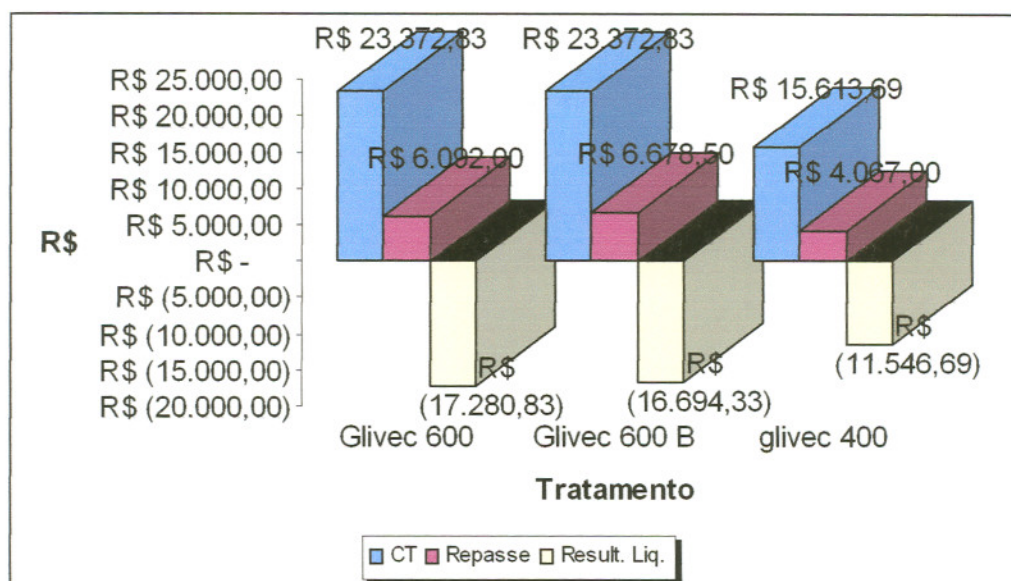


Gráfico 9: Resultados do Custo dos tratamentos com Glivec

Fonte: Hospital conceição

Tabela 27 Tratamentos com Glivec

Tratamento	Patologia
Glivec 600	F TRANSF LEUC Mielóide CR (Sem Tratamento Anterior) 1ª Linha F BLASTICA LEUC Mielóide CR (Sem Tratamento Anterior) 2ª
Glivec 600 B	Linha) 1ª Linha
glivec 400	F CR LEUC Mielóide CR (CONT Sangüíneo) 2ª Linha

Fonte: Hospital conceição

11.5.1 Unidade de Custos Oncológicos

Neste capítulo para que possamos ter uma idéia da cobertura geral da tabela APAC, foram selecionados ao acaso 70 prontuários do mês de agosto para contabilizar os custos destes nas diferentes patologias.

11.5.2 As restrições

Diversas são as restrições estatísticas para essa amostra de maneira que esses resultados não determinam com exatidão uma comparação entre os custos quimioterápicos e os repasses SUS.

Estas restrições, partem justamente do tema versado aqui sobre a relação dos custos em função da massa corpórea, onde, o universo pesquisado foi somente o mês de janeiro podendo trazer com isso uma distorção quanto as médias de custo nos tratamentos. Sendo assim seria necessária uma quantidade mínima de pacientes por cada uma das patologias. Este rigorismo parte do princípio que uma variação de 33% dos custos, onde, em uma realidade de recursos escassos não pode ser subestimado.

Contudo, mesmo com estas feitas, o exercício é valido de forma ilustrativa ao trabalho, pois demonstra as origens dos custos indiretos usados no capítulo 9.

11.5.3 Caracterização da amostra

- Numero de prontuários 70
- Numero de procedimentos quimioterápicos 142.

- 41% do sexo masculino e 69% feminino

Tabela 28 Quantidade de casos por subgrupos da Tabela APAC

Subgrupos	Total	%
Subgrupo 01 – Quimioterapia Paliativa – Adulto – 1	12	18,8%
Subgrupo 02 – Quimioterapia Paliativa – Adulto II	2	3,1%
Subgrupo 03 Quimioterapia Paliativa – Adulto III	4	6,3%
Subgrupo 05 – Quimioterapia Paliativa – Adulto V	3	4,7%
Subgrupo 07 – Quimioterapia para Controle Temporário da Doença – Adulto	3	4,7%
Subgrupo 08 – Quimioterapia Prévia (Neoadjuvante/Citorredutora – Adulto I	3	4,7%
Subgrupo 09 – Quimioterapia Prévia – Neoadjuvante/Citorredutora – Adulto II	6	9,4%
Subgrupo 10 – Quimioterapia Adjuvante Profilática – Adulto	3	4,7%
Subgrupo 11 – Quimioterapia Adjuvante Profilática – Adulto	7	10,9%
Subgrupo 12 – Quimioterapia Adjuvante Profilática – Adulto	1	1,6%
Subgrupo 14 – Quimioterapia Curativa – Adulto I	13	20,3%
Subgrupo 16 – Quimioterapia de Tumores de Criança e Adolescentes	1	1,6%
Subgrupo 17 – Procedimentos Especiais	6	9,4%
Total Global	64	100,0%

Fonte: Hospital conceição

A tabela acima demonstra que 25% dos casos, subgrupo 7 e 14, são da área da hematologia representando 20,1% do total dos Repasses, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 29 Repasses por subgrupo quimioterápico

Subgrupo 01 – Quimioterapia Paliativa – Adulto - 1	\$ 23.108,50
Subgrupo 02 – Quimioterapia Paliativa – Adulto II	\$ 2.795,50
Subgrupo 03 Quimioterapia Paliativa – Adulto III	\$ 3.470,53
Subgrupo 05 – Quimioterapia Paliativa – Adulto V	\$ 3.551,52
Subgrupo 07 – Quimioterapia para Controle Temporário da Doença – Adulto	\$ 2.552,80
Subgrupo 08 – Quimioterapia Prévia (Neoadjuvante/Citorredutora – Adulto I	\$ 5.303,92
Subgrupo 09 – Quimioterapia Prévia – Neoadjuvante/Citorredutora – Adulto II	\$ 6.375,90
Subgrupo 10 – Quimioterapia Adjuvante Profilática – Adulto	\$ 1.917,65
Subgrupo 11 – Quimioterapia Adjuvante Profilática – Adulto	\$ 1.226,50
Subgrupo 12 – Quimioterapia Adjuvante Profilática – Adulto	\$ 79,75
Subgrupo 14 – Quimioterapia Curativa – Adulto I	\$10.482,53
Subgrupo 16 – Quimioterapia de Tumores de Criança e Adolescentes	\$ 1.234,58
Subgrupo 17 – Procedimentos Especiais	\$ 2.697,00
Total Global	\$64.796,68

Fonte: Hospital conceição

Para contribuir com o capítulo 9 vemos o que a hematologia representa 37,9% das despesas no montante de R\$ 8.877,68. Na posse destes valores percebemos um resultado positivo na amostra entre o custos diretos e a receita de R\$ 4.257,64.

Tabela 30 Gastos com Medicamentos por Subgrupo

Subgrupo	R\$
Subgrupo 01 – Quimioterapia Paliativa – Adulto - 1	5714,2846
Subgrupo 02 – Quimioterapia Paliativa – Adulto II	84,6509
Subgrupo 03 Quimioterapia Paliativa – Adulto III	2320,4468
Subgrupo 05 – Quimioterapia Paliativa – Adulto V	1149,6631
Subgrupo 07 – Quimioterapia para Controle Temporário da Doença – Adulto	4283,8605
Subgrupo 08 – Quimioterapia Prévia (Neoadjuvante/Citorredutora – Adulto I	557,485
Subgrupo 09 – Quimioterapia Prévia – Neoadjuvante/Citorredutora – Adulto II	595,316
Subgrupo 10 – Quimioterapia Adjuvante Profilática – Adulto	372,37475
Subgrupo 11 – Quimioterapia Adjuvante Profilática – Adulto	610,2138
Subgrupo 12 – Quimioterapia Adjuvante Profilática – Adulto	34,686
Subgrupo 14 – Quimioterapia Curativa – Adulto I	4493,8182
Subgrupo 16 – Quimioterapia de Tumores de Criança e Adolescentes	271,06338
Subgrupo 17 – Procedimentos Especiais	2641,9825
Total	23.129,85

Fonte: Hospital conceição

11.5.4 Unidade de Custos

Através da unidade de custo chegamos ao nosso objetivo de verificar os valores financeiros da nossa amostra identificando sua rentabilidade e estrutura.

Tabela 31 Custo hora e Tempo Estimado por Paciente

	R\$/h	Tempo/paciente
Aux Farmácia	8,86	20min
Aux.Tec.Adm.	10,81	20min
Enfermeiro	25,77	40 min
Farmacêutico	16,42	20 min
Farm.Bioquímico	29,14	20 min
Médico	29,53	20 min
Tec.Enfermagem	12,86	15 min
Tec.Adm	20,03	15 min

Fonte: Hospital conceição

A partir desta tabela foi possível estimar a quantidade gasto em pessoal incluso encargos para os 64 pacientes levantados.

Tabela 32 Demonstração de Resultados estimados

	Custo/paciente	Total
Pessoal	R\$ 79,45	R\$ 5.084,62
Material insumo	R\$ 2,47	R\$ 157,92
mat médico	R\$ 11,65	R\$ 745,28
Serviços	R\$ 1,85	R\$ 118,40
Medicamentos		R\$ 23.129,85
		R\$ 24.151,45

Fonte: Hospital conceição

Os valores acima foram calculados a partir da demonstração de resultado do mês abril de 2004 do HC divididos pelo total de pacientes tratados na quimioterapia.

CONCLUSÃO

76

Tabela 33 Unidade de Custos

Custo Direto	23.875,13
Custo Indireto	5.360,94
Total Custos	29.236,07
Produção médica	64
Custo/paciente	456,81
Receitas Médicas Totais	64.796,68
Rceita/paciente	1.012,45
Resultado Líquido(b-a)	35.560,61
Resultado Líquido/paciente	555,63
Rentabilidade(c/a)	121,6%

Fonte: Hospital conceição

Os resultados da unidade de custos deixam claro grande lucratividade da Oncologia, claro que devemos levar em consideração que estamos partindo de uma suposição de alocação de recursos eficiente. Contudo, fica claro que com uma rentabilidade de 121,6% e uma margem operacional de 54,8% que na média geral os recursos são abundantes.

Tabela 33 Unidade de Custos

Custo Direto	23.875,13
Custo Indireto	5.360,94
Total Custos	29.236,07
Produção médica	64
Custo/paciente	456,81
Receitas Médicas Totais	64.796,68
Rceita/paciente	1.012,45
Resultado Líquido(b-a)	35.560,61
Resultado Líquido/paciente	555,63
Rentabilidade(c/a)	121,6%

Fonte: Hospital conceição

Os resultados da unidade de custos deixam claro grande lucratividade da Oncologia, claro que devemos levar em consideração que estamos partindo de uma suposição de alocação de recursos eficiente. Contudo, fica claro que com uma rentabilidade de 121,6% e uma margem operacional de 54,8% que na média geral os recursos são abundantes.

CONCLUSÃO

Ao longo do estudo, tentou-se dissecar o problema traçando e analisando basicamente a rentabilidade e margem operacional. Essa estratégia, adicionada o fato da escolha dos tratamentos a serem examinados, possibilitou uma visão abrangente no sentido que obtemos tanto resultados financeiros positivos como negativos.

O questionamento levantado a cerca da massa corpórea também mostrou-se relevante adicionando mais um elemento no já complexo mundo dos custos hospitalares. Evidentemente que para isso, como versado, é necessário uma estratégia informacional por parte das organizações vinculadas ao SUS.

Em um prisma maior as diferenças de rentabilidade entre um tratamento e outro dentro da mesma patologia, tendo na contrapartida um valor homogêneo, pode, tendo sempre claro toda dimensão ética que envolve uma determinada suposição, levar a uma decisão carregada de

valores econômicos postos a frente da independência na escolha médica por uma opção de terapia. Em contrapartida, o inverso também é verdadeiro quando estamos pensando fora do âmbito do SUS onde as regras de mercado e interesses de grandes laboratórios imperam. Esta última não serve de crítica, mas sim, de alerta já que justamente em função desta enorme competição entre laboratórios é onde temos a fonte dos novos medicamentos. O lucro é o prêmio das novas descobertas e a razão destas, o alerta está quando este sobrepõe a ética vulgarizando o valor da vida. Contudo, é ingenuidade pensar que não existe o mesmo assédio na saúde pública, ele existe sim, o que muda é a ótica do paciente e estado. Por um lado no sistema público o paciente não é, ao menos diretamente, lesado financeiramente, porém, corre o risco de receber tratamentos mais baratos porém menos eficientes, neste caso, o estado, dentro de sua impessoalidade acaba em suas diferentes formas de manifestação, seja como estado propriamente dito ou na forma de prestação de serviço público ou conveniado na ponta, beneficiando-se financeiramente destas práticas. Não podemos esquecer que esta batalha é travada entre hospitais que prestam o serviço do SUS e o Estado. Por outro lado, o paciente fica a mercê, frente à própria condição de assimetria de informação, de levados a receber tratamentos mais caros com igual resultado. Não está se sugerindo que o estado em si é malvado, o que existe é uma diversidade de interesses que estão permanentemente em conflito desde a esfera governamental até os agentes de saúde. Algo de errado nisto, não, desde que este não prejudique o principal interessado, a população. Como ilustração, neste jogo com os Laboratórios, o Brasil tem tido excelentes resultados a começar

pelo reconhecimento internacional do combate a AIDS à negociação da redução dos preços de compra do GLIVEC em 30%, no ano de 2001.

O certo é que existem sim distorções no Sistema APAC de repasses e ele pode sim ser aprimorado, dois exemplos foram humildemente propostos neste trabalho. Entretanto, este é só um pequeno universo estudado e existe espaço para uma série de estudos de questionamento não concluído como: Qual a média corpórea no Brasil e suas regiões? E como estas influenciam nas distribuições de recursos no país?

Em fim, em um mar de incertezas e imprecisões este estudo deu mais um passo em um amplo debate, que não se restringe somente a área da saúde, permeando todas as relações políticas, de como alocar de maneira mais eficiente os recursos escassos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Evandro Brandão de. **Custo vs. Ferramentas diante do novo mercado consumidor.**

BAKER, Morton; JAKOBSEN, Lyle E. **Contabilidade de Custos: Uma abordagem gerencial.** São Paulo: McGraw-Hill, 1984.

BEULKE, Rolando; BERTO, Dalvio José. **Gestão de Custos e Resultado na Saúde: Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Congêneres.** São Paulo: Saraiva, 1997.

BRASIL. **Portaria GM/MS N° 3535/98 de 02.09.98**

BRASIL. **Portaria GM/MS N° 3536/98 de 02.09.98**

BRASIL. **Portaria SAS/MS N° 145 de 02.09.98**

BRASIL. **Portaria SAS/MS N° 295 de 15/07/99**

BRASIL. **Portaria SAS/MS N° 296 de 15/07/99**

BRASIL. **Tabela de Procedimentos APAC - Grupo 29 - QT**

BRIMSON, James A. **Contabilidade por Atividades** - Uma abordagem de Custeio Baseado em atividades. São Paulo: Atlas, 1996.

DISPONÍVEL em: **Brasil www.ghc.com.br/ghc**

FIETCHER, Robert H.; FLETCHER, Suzane W.; WAGNER, Edward H. **Epidemiologia Clínica**. 2.ed., Porto Alegre: Artes Médicas 312 p.

HORNGREN, Charles T. **Contabilidade de custos: Um enfoque administrativo**. São Paulo: Atlas, 1978.

IUDÍCIBUS, Sergio de. **Análise de Balanços**. São Paulo: Atlas, 1995

JOHNSON, H. T.; KAPLAN, Robert S. **Contabilidade Gerencial**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

KAPLAN, Robert S.; COOPER, Robin **Custos e desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo**. São Paulo: Futura, 1998.

MARTINS, Domingos. **Custos e Orçamentos Hospitalares**. São Paulo: 2000.

MÜLLER, Cláudio J. - **A Evolução dos sistemas de manufatura e a necessidade de mudanças nos sistemas de controle e custeio**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEP/UFRGS). Porto Alegre: 1996.

M. Zélia Rouquayrol. **Epidemiologia e Saúde**. 2.ed., Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 527 p.

NAKAGAWA, Masayuki. **ABC: Custeio Baseado em Atividades**. São Paulo: Atlas, 1994.

OSTRENGA, Michael R. et al. **Guia da Ernst & Young para a Gestão Total de Custos**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

ROBLES JÚNIOR, Antônio. **Custos da qualidade: Uma Estratégia para a competição global**. São Paulo: Atlas, 1996.

UGA, Maria Alice; PIOLA, Sérgio Francisco; PORTO, Silvia Marta; VIANA, Solon Magalhães. **Descentralização e Alocação de Recursos no Âmbito do SUS**. Artigo. Rio de Janeiro. 2002, 30p.

ZAGO Marco A.; FALCÃO Roberto P.; PASQUINI, Ricardo. **Hematologia: Fundamentos e práticas**. São Paulo: Atheneu, 2001, 1081p.

WILLIAMS, William J. **Williams Hematologia Compêndio** 5.ed., Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. 416p.