

**SETEMBRO**

**2015**

# **Orientações Comuns a Todos os Valores Referenciais**

# **CIRURGIA VASCULAR**

**CIRURGIA VASCULAR: ORIENTAÇÕES  
COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS  
DA ESPECIALIDADE**

GOVERNADOR DO ESTADO  
RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO  
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

---

REALIZAÇÃO

---

COORDENADOR GERAL  
CRISTINA TEIXEIRA DE OLINDA CARDOSO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO  
DR. REYNALDO ROCHA NASCIMENTO JÚNIOR

COORDENAÇÃO MÉDICA

DRA. LIVIA NERY COSTA  
AUDITORA MÉDICA

DR. ROGÉRIO FERREIRA DA SILVA  
AUDITOR MÉDICO

ASSESSORIA TÉCNICA  
LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA Secretaria da Administração

Elaboração Valor referencial Procedimento Cirurgia Vascular – Orientações comuns a todos os procedimentos da especialidade. 1º Ed. SAEB/CGPS, SETEMBRO 2015.

14p.

## Índice

1. APRESENTAÇÃO .....	05
2. OBJETIVO.....	05
3. JUSTIFICATIVA.....	05
4. MATERIAL.....	06
5. MÉTODO.....	06
6. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES .....	06
7. CONTROLE E AUDITORIA .....	07
8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS .....	07

## **VALOR REFERENCIAL EM CIRURGIA VASCULAR – ORIENTAÇÕES COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS**

### **1. APRESENTAÇÃO**

Este valor referencial contempla procedimentos de cirurgia vascular/angiologia. Este capítulo descreve as orientações comuns a todos os procedimentos da especialidade. As próximas publicações de valores referenciais se iniciarão a partir do tópico Composição dos valores referenciais, exceto quanto for necessária avaliação de tecnologias em saúde com diretrizes de utilização.

### **2. OBJETIVO**

- Dar continuidade ao projeto de VALOR REFERENCIAL;
- Evoluir para confecção de um conjunto de procedimentos na formatação de VALOR REFERENCIAL (pacote), com foco nos procedimentos em Cirurgia Vascular;
- Restringir divergências entre prestadores e o Planserv quanto à cobrança de honorários médicos e OPME.

### **3. JUSTIFICATIVAS**

A Gestão por Pacote constitui-se em mecanismo regulatório do mercado de saúde suplementar que estabelece a remuneração do prestador de serviço de saúde em valores globais, estando aí contemplados os honorários médicos, diárias, taxas hospitalares, materiais e medicamentos especiais, além dos eventos e custos relacionados ao procedimento.

São incontestes as vantagens da formatação de remuneração dos internamentos e procedimentos médicos sob a forma de valor referencial, pois:

- Proporciona previsibilidade orçamentária;
- Partilha os riscos e compromete os envolvidos no processo;
- Estimula a racionalização dos custos na saúde;
- Evita glosas e divergências entre operadoras, prestadores e médicos;
- Agiliza os processos de autorização, faturamento e cobrança;
- Oferece isonomia e equidade na remuneração destes procedimentos;

- Corrige o modelo atual de remuneração, pagando justamente o honorário médico e os serviços hospitalares, tirando o foco dos materiais e medicamentos.

#### **4. MATERIAL**

Utilizadas as seguintes fontes de pesquisa:

- Banco de dados do Sistema TOP SAÚDE;
- Amostra randomizada de contas hospitalares faturadas contra o Planserv, envolvendo estes procedimentos;
- Tabela CBHPM – CFM e Tabela de Procedimentos Médicos Planserv;
- Pesquisa de preços: Cotação, banco de preço do MS, informações do Mercado Suplementar de Saúde;
- Tabelas sintética de valores do Planserv;
- Informações técnicas, diretrizes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Vasculuar e estudos publicados em imprensa médica especializada.

#### **5. MÉTODO**

Foi utilizada a mesma metodologia do projeto VALOR REFERENCIAL, cuja composição é segmentada por:

- Serviços Hospitalares (Diárias, Taxas, Gases): Composta por Diárias Agregadas ou Sintéticas, que resume a cobrança do conjunto de serviços e estrutura da hotelaria e da assistência. Foi precificada conforme a nova Tabela Sintética Planserv;
- Honorários Médicos Da Especialidade: Tabela CBHPM 2012 com banda -10%; e SADT: Tabela Planserv de Procedimentos;
- Materiais e Medicamentos: Estudos sobre as contas destes procedimentos processadas ao Planserv pela rede de prestadores;
- OPME: Pesquisa de preço, cotação e avaliação sobre preço de compra e venda do mercado.

#### **6. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES**

- Todos os prestadores contratados por edital de credenciamento na especialidade de cirurgia vascular;
- Os procedimentos 8420204-7 – Tratamento do pé diabético em centro cirúrgico 1º abordagem e 8521608-7 – Re-exploração do pé diabético em centro cirúrgico poderão ser

realizados por Ortopedistas, desde que haja solicitação formal do cirurgião vascular para que a abordagem seja realizada pelo ortopedista.

- Os prestadores que não puderem ou quiserem realizar estes valores referenciais, terão que comunicar oficialmente ao Planserv, entretanto não poderão mais realizar estes procedimentos;
- Prestadores habilitados, contratados ou referenciados, que não encaminharem ofício de não aceitação, não poderão se negar a realizar estes procedimentos.

## 7. CONTROLE E AUDITORIA

O Planserv realizará controle técnico e administrativo através da utilização de ferramentas de auditoria médica, podendo ser solicitados os seguintes registros:

- Relatório de cirurgia descrevendo a técnica utilizada com referência à utilização das próteses e materiais especiais (legíveis);
- O Planserv poderá realizar pré-auditoria médica *in loco*;
- O Planserv poderá realizar pós-auditoria médica;
- Contato e perícia em beneficiário antes e/ou após os procedimentos;
- Acompanhamento intra-operatório (quando devidamente e previamente acordado com equipe e hospital).
- Análise do CD com as imagens pré, trans e pós procedimento. O prestador deve registrar as imagens (gravar) dos procedimentos de angioplastia e colocação de órteses e próteses (Stents, Filtro de proteção, etc.).

## 8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS:

- Os valores referenciais são segmentados por: Diárias, taxas, Gases, SADT, Honorários médicos, medicamentos, materiais e OPME;
- Os Valores Referenciais tem mesmo preço para Planos Básicos (enfermarias) e Planos Especiais (apartamento), conforme demonstrativo abaixo:
  - **Diárias:** A quantidade de Diárias contempladas em cada VR foi resultado da mediana histórica de utilização e considerações dos especialistas;
  - **Honorários médicos Da Especialidade:** CBHPM 2012 com banda de -10%.

- **NOTA:** Os honorários do anestesista estão publicados em conformidade com o valor referencial da especialidade anestesiologia.
- **OPME:** Quando um OPME for proporcionalizado no pacote considerar que o uso da quantidade deste será sempre o número inteiro aproximado superior. (Ex: caso seja utilizada 01 baina flexor e o pacote já contempla 0,5 baina flexor, não caberá cobrança de mais 0,5 baina flexor.) Ex2: 1,5 balão de angioplastia 0,14 – são então cobertos pelo pacote até 2,0 balões de angioplastia, pois 50% dos procedimentos utilizam apenas 1 balão, não cabendo ao Planserv retirada do valor do pacote 0,5 balão e quando o prestador utilizar 2 balões não poderá cobrar ao Planserv a complementação de 0,5 balão.
- As contas de pacotes não podem ser cobradas com períodos de conta em formatação aberta. Se período da internação for superior ao período de diárias contempladas no pacote, a cobrança deve separar as contas, sendo o período do pacote com cobrança única e exclusiva do pacote, e os demais períodos em conta aberta;
- **Composição:** Cada Valor Referencial tem um quadro com “Composição do Valor Referencial” com descrição dos itens de inclusão, contudo todos os Valores Referenciais apresentam interseção dos seguintes itens de inclusão e exclusão:
  - **Itens de Inclusão:**
    - Todos os valores referenciais encerram o conjunto de procedimentos, serviços e insumos necessários a realizá-los;
    - Dentre os itens de inclusão estão: Diárias, Taxas, Gases, SADT, Honorários médicos (inclui Equipe de Cirurgia, Anestesista e demais profissionais envolvidos na assistência como Intensivistas), materiais descartáveis e de consumo, medicamentos (inclusive antibioticoprofilaxia), OPME (Todos OPMEs necessários inclusive aqueles que são proporcionalizados pela frequência média de utilização);
    - Não serão aceitas cobranças adicionais aos valores referenciais, salvo quando no próprio corpo do documento já estiver prevista esta condição.
  - **Itens de Exclusão:** Não estão inclusos nos Valores Referenciais e poderão ser cobrados complementarmente:
    - Processos dialíticos, suporte nutricional enteral e parenteral (exclui-se suplementos), antibioticoterapia, exames de Anatomia Patológica e Imunohistoquímica, Hemoderivados, e Intercorrências (ver a seguir condições específicas sobre intercorrências).



- **Intercorrências:**

- As intercorrências são agravos não esperados na evolução do paciente, e que alteram a conduta terapêutica e o próprio curso da evolução. Frequentemente, as intercorrências demandam por procedimentos, serviços e insumos não previstos, além de habitualmente prolongar a internação, promovendo um incremento de custo não esperado. Por este motivo, as intercorrências devem ser tratadas de forma excepcional, saindo dos parâmetros do pacote e evoluindo para uma cobrança em formatação de conta aberta;
- As intercorrências referidas nestes itens, capazes de alterar o pacote são: Intercorrências cirúrgicas ou clínicas que alterem de forma significativa o custo do procedimento e/ou da internação. Intercorrências de pequena complexidade sem impacto relevante no custo da internação não serão objetos para alterar o modelo de cobrança em pacote, tão pouco alterar o valor do mesmo, devendo ser consideradas um risco inerente do modelo de remuneração por pacote;
- Quando houver intercorrências após o último dia contemplado no período do pacote, o prestador deve fragmentar a cobrança, ficando: Uma primeira conta com valor integral do pacote e uma segunda conta em formatação aberta, a partir da 1ª diária após o período contemplado no pacote;
- Quando houver intercorrências no mesmo dia do procedimento que demande por grandes distorções na evolução clínica e nos custos hospitalares, o prestador deve converter o pacote em conta aberta integralmente (o pacote será cancelado), sendo necessário comunicar ao Planserv para promover a alteração dos códigos autorizados;
- Quando houver intercorrências entre o 1º dia pós-operatório e o último dia contemplado no pacote, o prestador deve segmentar a cobrança em duas contas, sendo uma conta em formatação aberta referente às diárias ocorridas a partir da intercorrência e outra conta em formato de pacote, onde deve ser cobrado o valor do pacote subtraído do valor de desconto (dos serviços e insumos previstos e não realizados). O valor do desconto está atribuído na tabela de desconto por dia de intercorrência de cada pacote;
- As contas abertas obedecem aos critérios de cobrança vigentes praticados entre cada prestador e o Planserv (valores de diárias, honorários, CH, etc.).

- Materiais complementares aos pacotes: Em algumas situações poderão ser solicitados, complementarmente ao pacote, materiais já previstos, com condições e preços pré-definidos;
- Critérios de indicações e orientações específicas: Os critérios de indicação dos procedimentos ou da escolha de uma técnica aceitos pelo Planserv são habitualmente os mesmos padronizados pelas sociedades das especialidades ou órgãos colegiados afins. Em situações específicas o Planserv poderá estabelecer critério personalizado para autorização de procedimento ou insumos. Estas informações estarão registradas em cada valor referencial definido;
- Quando houver a necessidade de realização de mais de um procedimento no mesmo ato cirúrgico:
  - **Dois Valores Referenciais - Procedimento Associado:** Alguns procedimentos estão contemplados como valores referenciais de duas maneiras. Uma delas com padrão de valor referencial habitual, onde estão contempladas diárias, taxas e todos os insumos de uma internação completa. Uma segunda maneira, o procedimento é contemplado com o formato de "**Proc. Ass.- Procedimento Associado**". Este formato tem o propósito de atender situações corriqueiras quando um valor referencial pode vir a ser executado NO MESMO ATO OPERATÓRIO com outros valores referenciais. Exemplos: Cirurgia do Aneurisma Intracraniano e a Cirurgia para Implante de DVE. Para estes dois procedimentos há valores referenciais, o primeiro com formato habitual (completo); o segundo, um valor referencial que contempla apenas os custos relacionados ao procedimento de DVE. Caso haja a necessidade de realizar a Cirurgia de Aneurisma + DVE (ambos os procedimentos no mesmo ato operatório), o Planserv autorizará o valor referencial do ANEURISMA (integral) + o valor referencial "**Proc. Ass. – DVE**", sendo que este último só contempla honorários, serviços e insumos específicos deste segundo procedimento (desta forma não haverá problemas relacionados à superposição de serviços ou insumos); O formato de "**Proc. Ass.- Procedimento Associado**" será utilizado também para procedimentos em pacientes já internados como acessos vasculares e implante de filtro de veia cava, por exemplo.
  - **Dois Valores Referenciais – Sem Associação:** Quando houver mais de um procedimento ou **bilateralidade**, onde ambos os procedimentos estariam previstos por valor referencial (completo), mas não exista associação prevista (diferente do exemplo do "Aneurisma + DVE"), o Planserv avaliará a possibilidade de manter a autorização por pacote, promovendo um desconto no segundo pacote. NOTA: Em hipótese nenhuma poderão ser cobrados integralmente os dois pacotes, pois estaria sendo pago em duplicidade os itens de interseção entre ambos (diárias, taxas de sala, medicamentos, etc.). Também não pode ser aplicada a esta situação a proporcionalização de 70% ou 50% (utilizada na tabela AMB para procedimentos de mesma via de acesso ou vias de

acessos diferentes), pois neste caso não estão sendo avaliados apenas os honorários médicos, mas sim um conjunto de elementos que compõe a internação. Na impossibilidade de manter o formato de pacote, o Planserv poderá autorizar os procedimentos em formato de conta aberta;

- **Valor Referencial + Procedimento AMB:** Quando houver mais de um procedimento, mas apenas um deles estiver previsto como valor referencial, o prestador poderá cobrar o valor referencial para o procedimento previsto e para o procedimento não previsto poderá ser cobrado adicional ou complementar ao pacote (na mesma conta) o honorário médico conforme tabela Planserv e os OPMEs necessários para este segundo procedimento. Caso haja muitos elementos incomuns aos dois procedimentos, dificultando a identificação dos itens que poderão ser cobrados complementarmente, o Planserv poderá optar por não manter o pacote e autorizar ambos os procedimentos em formato de conta aberta.
- Pacientes com alta antes de completar o período previsto no pacote (sem intercorrências), o prestador poderá cobrar o valor integral do mesmo, não devendo ser descontado pela auditoria as diárias não utilizadas;
- Pacientes com alta após o período de diárias previstas no pacote (sem que tenha havido intercorrências), o prestador deverá cobrar o valor total do pacote e não poderá fazer cobranças adicionais pelas diárias excedentes, sendo considerado o risco do pacote;
- Os prestadores não poderão solicitar autorização ou realizar cobrança de valores referenciais por analogia para um procedimento que não tem previsto um valor referencial. Situações de similaridade e analogia devem ser avisadas e analisadas previamente pelo Planserv;
- No processo de Elaboração do VR, o Planserv utilizou a mediana de utilização dos: procedimentos, serviços e insumos e informações dos médicos especialistas;
- Os hospitais que não dispõem de UTI não poderão realizar os procedimentos que prevêm a utilização desta acomodação;
- No processo de elaboração destes Valores Referenciais, o Planserv discutiu com representantes das Especialidades. Todos os códigos de procedimentos, materiais especiais e permanência foram contemplados com o consenso destes profissionais;
- Os hospitais de classe F não poderão realizar os procedimentos que contemplem diárias de UTI;

- **CODIFICAÇÃO DO VR E PAGAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS:**

Com o propósito de criar ferramentas que permitam a remuneração dos honorários médicos por suas respectivas empresas credenciadas, fez-se necessário promover uma estruturação diferenciada na codificação dos valores referenciais. Desta forma, a nova codificação dos Valores Referenciais obedecerá à seguinte lógica:

**O último dígito** de cada valor referencial identificará para quem será creditado aquele valor referencial, sendo:

- Quando o último dígito for 9, o código faz referência à remuneração dos honorários da equipe cirúrgica;
- Quando o último dígito for 8, o código faz referência à remuneração dos honorários de anestesiologia;
- Quando o último dígito for 7, o código faz referência à remuneração das unidades prestadoras de serviços (Hospitais).

- **NOTA:** Diferente da estrutura de codificação anterior, onde cada unidade prestadora (hospital) tinha códigos diferentes de acordo sua classificação hospitalar da Tabela Sintética (o último dígito diferenciava a classificação do prestador, sendo 1 para classe A, 2 para Classe B, até 6 para prestadores classe F), esta nova estrutura de classificação permite que o Planserv remunere com valores diferentes o mesmo código de procedimento. Portanto, todas as unidades prestadoras utilizarão o mesmo código, inclusive as unidades de Hospital Dia (Todos terão o último dígito 7);

- **A OPERACIONALIZAÇÃO:**

- As Autorizações Prévias (APs) serão sempre autorizadas para o CNPJ do Hospital ou prestador de serviço onde o procedimento será executado;
- A solicitação de autorização deve ser encaminhada ao Planserv identificando claramente qual será o CNPJ para cada segmento do valor referencial, conforme exemplo abaixo:

**Exemplo (fictício):**

O procedimento de Oftalmologia será realizado por um oftalmologista que tem credenciamento de sua pessoa jurídica juntamente ao Planserv num hospital de classe **B (2)**, cuja equipe de anestesiologia tem cooperativa credenciada ao Planserv. A cobrança seria:

84.70.110-7	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial
84.70.110-8	CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anestesiologista Brasil
84.70.110-9	CNPJ 666.555.444/0001-1 Clínicas Cirúrgicas Caymi

Comentário: No exemplo acima, o Planserv irá creditar a parte hospitalar referente ao primeiro código (último dígito igual a 2) para o CNPJ do hospital; já o segundo código que trata do honorário de anestesiologia (último dígito 8) será creditado para a Cooperativa de anestesiologia; Enquanto que o último código que trata de honorários da equipe cirúrgica (último dígito 9) será creditado para a pessoa jurídica da equipe cirúrgica.

NOTA: Se no mesmo exemplo acima, não for informado o CNPJ do oftalmologista ou da cooperativa de anestesiologia, o Planserv autorizará todos os três códigos para o CNPJ do hospital (ver exemplo abaixo), e neste caso o repasse do honorário médico será da inteira responsabilidade do hospital.

84.70.110-7	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Parte do Hospital)
84.70.110-8	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Anestesiologia)
84.70.110-9	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Cirúrgicos)

- Desta forma, toda autorização de um valor referencial terá pelo menos 3 códigos autorizados em cada AP;
- As solicitações terão de vir corretamente preenchidas. O Planserv não se responsabilizará por erros no preenchimento das solicitações;
- Solicitações com campos de equipe cirúrgica e/ou anestesiologia em branco ou ilegível, a autorização será preenchida com o CNPJ do Hospital (conforme exemplo comentado);
- O código referente à parte **HOSPITALAR** (último dígito 7) será sempre autorizado para o CNPJ do hospital (CNPJ da AP);
- As solicitações de correções ou re-análises só poderão ser feitas no prazo de até 30 dias, desde que não tenha ocorrido a cobrança da AP. Caso já tenha ocorrido a cobrança da conta, a AP não poderá mais ser alterada;

- O recebimento dos honorários cirúrgicos só poderá ser realizado através de Pessoa Jurídica (CNPJ) da equipe médica **CRENCIADA** ao Planserv quando esta equipe for a equipe responsável pela realização do procedimento.
  - Observação 1: Caso a equipe médica não tenha pessoa jurídica credenciada ao Planserv, a mesma não poderá realizar a cobrança diretamente ao Planserv. Neste caso, o código correspondente a estes honorários será autorizado para o CNPJ do hospital e este se responsabilizará pelo repasse dos honorários ao profissional;
  - Observação 2: Não poderá ser autorizado o código referente aos honorários da equipe cirúrgica, para um CNPJ de um profissional outro, que não faça parte da equipe cirúrgica e que não tenha participado do ato operatório;
  - Observação 3: O valor da equipe médica cirúrgica (Cirurgião e auxiliares) será autorizado em bloco para um único CNPJ. O Planserv não segmentará a autorização dos honorários médicos cirúrgicos (cirurgião separado de cada auxiliar). O repasse dos honorários de cada membro da equipe é da total responsabilidade do representante legal da pessoa jurídica que efetuou a cobrança destes honorários ao Planserv;
  - Observação 4: As equipes médicas ainda não credenciadas ao Planserv poderão solicitar credenciamento conforme os padrões dos editais de credenciamento publicados pelo Planserv. Depois de credenciadas as equipes poderão encaminhar as novas solicitações apontando o CNPJ de sua empresa credenciada. Autorizações já emitidas não poderão ser corrigidas retroativamente.
  - As próximas publicações de valores referenciais da especialidade se iniciarão a partir do quadro Composição dos valores referenciais, dispensando a publicação das orientações comuns aqui descritas.