

FEVEREIRO

2018

Valor Referencial

UROLOGIA

**VALOR REFERENCIAL
PROCEDIMENTO:
UROLOGIA
ATUALIZAÇÃO
FEVEREIRO DE 2018**

GOVERNADOR DO ESTADO
RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
EDELVINO DA SILVA GOES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
CRISTINA TEIXEIRA DE OLINDA CARDOSO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO
Dr. REYNALDO ROCHA NASCIMENTO JÚNIOR

EQUIPE EXECUTORA

COORDENAÇÃO MÉDICA

Dra. LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
AUDITORA MÉDICA

DRA. CARLA VALLADARES VIGNAL
AUDITORA MÉDICA

ASSESSORIA TÉCNICA
LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA Secretaria da Administração
Elaboração Valor referencial Procedimento: UROLOGIA. 9ª ed.
Salvador: SAEB/CGPS, 2018.

p. 72

1. Elaboração do Valor Referencial: UROLOGIA. PLANSERV.

Índice

1. APRESENTAÇÃO	06
2. OBJETIVO	06
3. JUSTIFICATIVA	06
4. MATERIAL	06
5. MÉTODO	07
6. CRITÉRIOS DE ACESSO	07
7. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES	07
8. CONTROLE E AUDITORIA	07
9. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS	08
10. ORIENTAÇÕES SOBRE – INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS	14
10.1. URETERO-RENO- LITOTRIPSIA FLEXÍVEL A LASER	14
10.2. FOTOVAPORIZAÇÃO OU ABLAÇÃO PROSTÁTICA A LASER – FPLG GREENLIGHT	17
10.3. TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL E UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE PENIANA	20
10.4. BRAQUITERAPIA PARA CÂNCER DA PRÓSTATA	22
10.5. TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-PROSTATECTOMIA (IUPP)	24
11. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS	28
12. NEFRECTOMIA TOTAL	28
13. NEFRECTOMIA TOTAL POR VÍDEO	30
14. NEFRECTOMIA RADICAL COM ESVAZIAMENTO LINFÁTICO	32
15. VÍDEO - NEFRECTOMIA RADICAL COM ESVAZIAMENTO LINFÁTICO	34
16. VÍDEO - NEFRECTOMIA PARCIAL COM ESVAZIAMENTO LINFÁTICO.....	36
17. ORQUIECTOMIA UNILATERAL	38
18. ORQUIECTOMIA BILATERAL	40
19. VARICOCELE UNILATERAL – CORREÇÃO CIRÚRGICA	41
20. VARICOCELE BILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	42
21. PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO	44
22. PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL	46
23. NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	48
24. HIDROCELE UNILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	50
25. HIDROCELE BILATERAL – CORREÇÃO CIRÚRGICA	52

26. RTU – PRÓSTATA	54
27. RTU – BEXIGA	56
28. PIELOPLASTIA	58
29. VÍDEO – PIELOPLASTIA	60
30. URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA	62
11.18. URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA A LASER	64
11.19. POSTECTOMIA	66
11.20. FRENULOPLASTIA	68
12. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS	70

VALOR REFERENCIAL EM UROLOGIA

1. APRESENTAÇÃO

A Urologia é a especialidade médica que trata do sistema urinário de homens e mulheres e do sistema reprodutor dos homens (testículos, epidídimos, ducto deferente, vesículas seminais, próstata e pênis). É, portanto, uma especialidade cirúrgica vasta e complexa, que envolve um grande número de procedimentos e significativo dispêndio de recursos financeiros.

2. OBJETIVO

- Elaborar novos valores referenciais em UROLOGIA;
- Esclarecer e detalhar situações, ajudando na compreensão e aplicação dos valores referenciais, principalmente nos setores de auditoria e autorização.

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 inconteste 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 e cruel de remuneração, pagando justamente o honorário médico e os serviços hospitalares, tirando o foco dos materiais e medicamentos.

4. MATERIAL

Foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa:

- Banco de dados do TOP SAÚDE – Planserv;
- Tabela CBHPM 4ª Edição – 2005 – CFM;
- Pesquisa de preços: Cotação, Simpro, Brasíndice e informações do Mercado Suplementar;
- Tabela Sintética Planserv;
- Tabela de Procedimentos Médicos Planserv (Que faz referência à tabela AMB 92).

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 resumem a cobrança do conjunto de serviços e estrutura da hotelaria e da assistência. Foi precificada conforme a nova Tabela Sintética Planserv;
- Honorários Médicos: CBHPM 5ª Edição; e SADT: Tabela Planserv de Procedimentos (AMB);
- 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 ACESSO

- Todos os prestadores contratados (por edital de credenciamento) ou prestadores referenciados na especialidade de urologia.
- O acesso aos beneficiários deve ser assegurado tão somente pelos prestadores que assinarem o Termo de Aceitação e Compromisso de valor referencial;
- Prestadores referenciados que não assinarem o acordo não poderão realizar o procedimento;
- Os prestadores que assinarem o termo de acordo não poderão se negar a prestar o atendimento conforme os padrões estabelecidos no valor referencial.

7. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES

- Todos os prestadores contratados por edital de credenciamento na especialidade de urologia.
- Prestador referenciado na especialidade de urologia (até o momento de contratualização da rede), que tenham assinado o termo de aceitação.
- OBSº Prestadores contratados em urologia estão automaticamente habilitados aos valores referenciais. Estes prestadores se não puderem ou quiserem realizar estes valores referenciais, terão de comunicar oficialmente ao Planserv, entretanto não poderão mais realizar estes procedimentos.

8. 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 a 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).

9. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS:

- Os valores referenciais são segmentados por: Diárias, taxas, Gases, SADT, Honorários médicos, medicamentos, materiais e OPME;
- Para elaboração destes valores referenciais o Planserv reuniu-se com representantes Sociedade de Urologia (Segmento – Bahia) e urologistas que representam a rede credenciada da especialidade. A decisão final na composição destes valores referenciais levou em consideração os conceitos, orientações e sugestão destes médicos, inclusive sobre: média de permanência, permanência por tipo de acomodação, códigos CBHPM, e tipos e quantidades de OPME utilizados nestes procedimentos (entre outros assuntos);
- Os Valores Referenciais têm mesmo preço para Planos Básicos (enfermarias) e Planos Especiais (apartamento). Os preços de serviços hospitalares estão proporcionalizados de acordo a carteira de planos do Planserv, sendo Planos Básicos (90% da carteira) e Planos Especiais (10% da carteira), de forma a garantir a remuneração diferenciada dos planos especiais, conforme demonstrativo abaixo:
 - **Diárias:** Para as diárias de unidade aberta foi usada uma diária denominada “Diária de unidade composta”, que é formada por = (Valor da Diária de Enfermaria x 90%) + (Valor da Diária de Apartamento x 10%). Desta forma, quando o paciente for de plano básico, deverá ser acomodado em enfermaria, e quando for de plano especial, deverá ser acomodado em apartamento. Assim, apesar de ter um único preço para o Valor Referencial, o prestador de serviço terá assegurado o valor diferenciado (proporcionalmente) da unidade de apartamento. Esta proporção (90% / 10%) está relacionada com a carteira de planos do Planserv, que tem 90% de planos básicos e 10% de planos especiais;
 - A quantidade de diária e tipo de acomodação foi contemplada baseada na mediana histórica de utilização e orientação dos especialistas;
 - **Honorários médicos:** Usada CBHPM 5ª Edição (2008).
- As contas de pacotes não podem ser cobradas juntamente com períodos de conta em formatação aberta. Se o 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, Anestesiista 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. Esta tabela subtrai apenas os itens inclusos especificamente nas diárias não utilizadas;

- 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 – (Não Associados):** Quando houver mais de um procedimento (ou mesmo bilateralidade), onde ambos os procedimentos estariam previstos por valor referencial (completo), 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 se pagando 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 compõem 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 (AMB 92) 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 previsto 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;
- **NOVA CODIFICAÇÃO DO VR E PAGAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS:** Um pleito antigo de hospitais e médicos, sempre foi a possibilidade de pagamento dos honorários médicos separados da parte hospitalar. Desta forma foi elaborada uma nova estrutura no sistema do Planserv, que possibilitará o pagamento de profissionais em separado da parte hospitalar. Esta possibilidade está diretamente vinculada com os códigos dos pacotes. 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 a remuneração dos honorários da equipe cirúrgica;
 - Quando o último dígito for 8, o código faz referência a remuneração dos honorários de anestesiologia;
 - Quando o último dígito for 7, o código faz referência a remuneração das unidades prestadoras de serviços (Hospitais).
 - Quando a cobrança for realizada por prestador não hospitalar, situação exclusiva para as cobranças de honorários médicos da equipe cirúrgica e dos honorários de anestesiologia, o último dígito deverá ser 9 para os honorários da equipe cirúrgica e 8 para honorários de anestesiolegista (isto se faz necessário porque a pessoa jurídica de anestesiologia e da equipe cirúrgica não são objeto de classificação).
- **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 ORQUIECTOMIA UNILATERAL será realizado por um urologista que tem credenciamento de sua pessoa jurídica juntamente ao Planserv num hospital de classe B , cuja equipe de anestesiologia tem cooperativa credenciada ao Planserv. A cobrança seria:
85.60.906-7 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial
85.60.906-8 CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anestesiologista Brasil

85.60.906-9 CNPJ 666.555.444/0001-1 Clínicas Cirúrgicas Caymmi

Comentário: No exemplo acima, o Planserv irá creditar a parte hospitalar referente ao primeiro código (último dígito igual a 7) 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 urologista 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.

85.60.906-7	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial	(Parte do Hospital)
85.60.906-8	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial	(H.M. Anestesiologia).
85.60.906-9	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial	(H.M. Cirúrgicos)

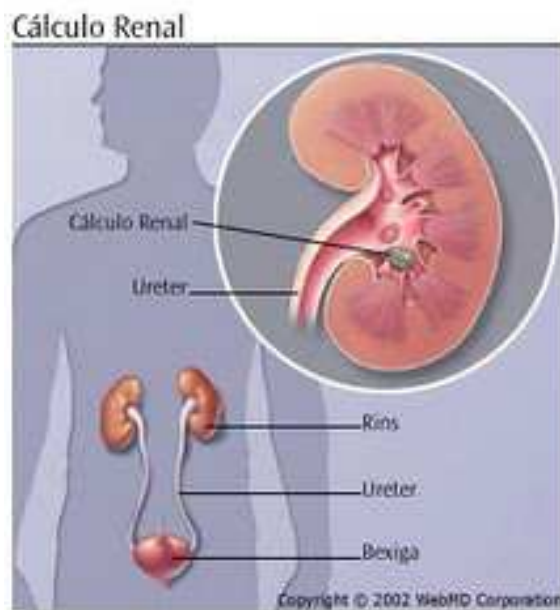
- Desta forma, toda autorização de um valor referencial terá pelo menos 3 códigos autorizados em cada AP;
- As solicitações terão de vir corretamente preenchidas. O Planserv não se responsabilizará por erros no preenchimento das solicitações;
- Solicitações com campos de equipe cirúrgica e/ou anestesiologia em branco ou ilegível, a autorização será preenchida com o CNPJ do Hospital (conforme exemplo do item abaixo);
- O código referente à parte **HOSPITALAR** (último dígito igual a 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 e responsável pelo 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;
- Observação 5: 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;
- Observação 6: As equipes credenciadas ao Planserv devem assinar termo de aceitação dos valores referenciais (como já fazem os hospitais) para que possa ser registrado em seu cadastro, quais procedimentos (pacotes) que poderão ser cobrados por aquele CNPJ. Pessoa jurídica credenciada que não tem em seu cadastro o lançamento de um pacote, não conseguirá cobrá-lo.

10. ORIENTAÇÕES SOBRE INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS:

10.1. URETERO-RENO-LITOTRIPSIA FLEXÍVEL A LASER

Os Rins são filtros naturais do corpo humano. Eles retiram do sangue substâncias químicas nocivas e as excretam na urina. Quando estas substâncias não se dissolvem por completo, formam-se cristais e destes formam cálculos (pedras). Estes cálculos podem ser do tamanho de um grão de areia e sair pela urina sem causar quaisquer transtornos, contudo eles também podem crescer e atingir tamanhos maiores podendo provocar obstrução total ou parcial para o escoamento da urina, além de sintomas como fortes dores lombares e infecções urinárias recorrentes.



Tratamento: O tratamento da litíase urinária envolve várias técnicas terapêuticas, desde o tratamento conservador às cirurgias de exploração renal, contudo todas as opções almejam a quebra e eliminação do cálculo.

Opções Terapêuticas:

- **Litotripsia Extra-Corpórea por Ondas de Choque - LEOC:** Técnica não invasiva com baixo índice de complicações, alto índice de resposta (85% para cálculos ureterais e 80% para cálculos renais) e baixo custo. Consiste na aplicação de ondas de choque através de um litotritor extra-corpóreo diretamente sobre a região lombar. Estas ondas atravessam nosso corpo, sem a necessidade de cortes ou perfurações, atingem o cálculo e promovem sua fragmentação;
- **Litotripsia endoscópica (Trans-Ureteroscópica):** Técnica mais invasiva que a LEOC, mas sem incisões. Nesta técnica o acesso se faz através dos orifícios naturais urinários para quebra do cálculo. Consiste em introduzir equipamentos endoscópicos de fino calibre através da uretra, e em seguida através do ureter até atingir diretamente o cálculo. Após atingir o cálculo um litotritor é introduzido através dos equipamentos endoscópicos e aplicam-se ondas de choque ou ondas de som (Litotritor balístico ou ultrasônico respectivamente) diretamente sobre o cálculo, promovendo sua fragmentação;
- **Litotripsia Transureteroscópica Flexível a Laser:** Mais recentemente foi lançado um litotritor a laser, que tem entre outras características a sua espessura e flexibilidade, permitindo mais facilmente o acesso ao sistema pielocalicial e ao rim. Este litotritor promove a pulverização do cálculo com menores riscos que o litotritor balístico;

- **Litotripsia percutânea:** Semelhante à técnica descrita anteriormente, porém não utiliza os orifícios naturais urinários. O acesso ao cálculo é realizado através de uma incisão / punção percutânea, atingindo o cálculo diretamente. Os litotritores utilizados nas técnicas transureteroscópicas podem também ser utilizados nesta técnica;
- **Cirurgia Aberta:** Técnica cirúrgica convencional onde se realiza uma incisão e abordagem convencional dos tecidos, e retirada direta do cálculo pelo cirurgião.

Definição de conduta:

- **Conduta para cálculos menores que 5 mm:** Independente de sua localização deve-se aguardar sua eliminação espontânea. Quando não ocorre a eliminação e o paciente cursa com sintomas relevantes (como obstrução acentuada do fluxo urinário, sepse ou infecção grave ou dor intolerável), pode-se tratar com litotripsia extra-corpórea por ondas de choque - LEOC, litotripsia endoscópica, litotripsia percutânea ou por cirurgia aberta;
- **Conduta para cálculos localizados no ureter proximal:**
 - **De tamanho entre 5 e 10 mm:** A litotripsia extra-corpórea por ondas de choque é considerada a primeira opção de tratamento. A segunda é a ureterolitotripsia endoscópica. No caso de falha destas duas técnicas deve ser considerada a litotripsia percutânea e a cirurgia aberta (A cirurgia videolaparoscópica ainda não está estabelecida para cálculos pequenos);
 - **Para cálculos maiores de 10 mm:** Para estes casos a litotripsia extra-corpórea por ondas de choque e a ureterolitotripsia são equivalentes, contudo considerando que a LEOC é menos invasiva, deve ser a de primeira escolha. Somente no caso de falha destas duas técnicas deve ser considerada a litotripsia percutânea e a cirurgia aberta.
- **Conduta para cálculos localizados no ureter inferior:**
 - **Para Cálculos de tamanho entre 5 e 10 mm:** São considerados igualmente tratáveis por litotripsia extra-corpórea por ondas de choque e ureterolitotripsia, embora algumas evidências apontem para maior sucesso com a ureterolitotripsia. A opção de cirurgia aberta reserva-se a falhas ou indisponibilidade dos tratamentos anteriores;
 - **Para cálculos maiores de 10 mm:** São igualmente aceitáveis a litotripsia extra-corpórea por ondas de choque e a ureterolitotripsia, embora também haja uma taxa maior de sucesso com a ureterolitotripsia. A opção de cirurgia aberta reserva-se a falhas ou indisponibilidade dos tratamentos anteriores.
- **Conduta para Cálculos Reno-Caliciais:**
 - **Para cálculos de tamanho entre 5 e 20 mm:** Estudos baseados em meta-análise demonstraram que, quando o cálculo é menor que 10 mm, a taxa média de sucesso com LEOC pode alcançar 74% de bons resultados; Cálculos entre 11 e 20 mm, os resultados ficam em torno de 56%; Para cálculos maiores de 20 mm, apenas 32% de resultado(C). Desta forma para os cálculos entre 5 mm a 20 mm,

a LECO deve ser a primeira escolha, por ser uma técnica menos intervencionista e com menos complicações quando comparadas com as outras opções terapêuticas. Quando não obtiver sucesso com a LEOC a técnica a ser escolhida deve ser a Renolitotripsia endoscópica. A renolitotripsia preferencial deve ser as que utilizam os litotritores ultrasônico ou balísticos (devido à boa relação custo-benefício), contudo nem sempre é possível utilizar estes equipamentos em cálculos renais, para estas situações está indicada a renolitotripsia a laser. Apenas quando as técnicas anteriores falham é que deve ser indicado a Nefrolitotripsia percutânea ou cirurgia aberta (técnicas mais intervencionistas e com maiores índices de complicações);

- **Para cálculos maiores de 20 mm:** Quanto maior o cálculo menor a eficiência da LEOC. Cálculos maiores ou iguais a 20 mm considerar a litotripsia percutânea e a cirurgia aberta.

Padrão Assistencial

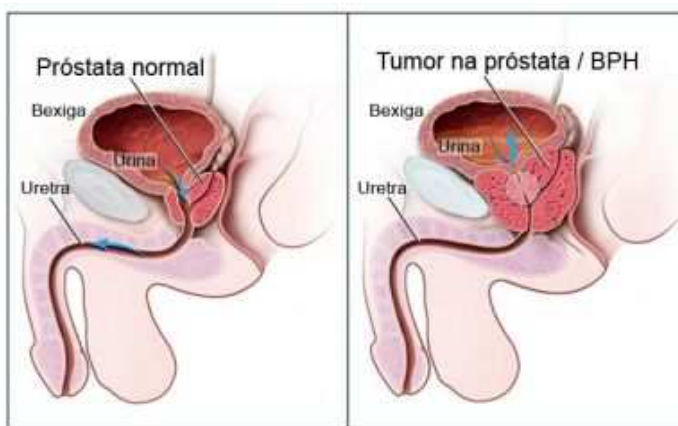
O Planserv disponibiliza aos seus beneficiários a litotripsia extra-corpórea por ondas de choque (LEOC), a litotripsia transureteroscópica ureteral e/ou renal (com litotritores balístico ou ultrasônicos), Renolitotripsia a laser, Litotripsia percutânea, e a cirurgia aberta.

- A Uretero-Reno-litotripsia a Laser só é liberada pelo Planserv para cálculos renais entre 5 mm a 20 mm (comprovado por exame de imagem), que foram submetidos à LEOC sem sucesso, e que não possam ser submetidos à nefrolitotripsia transureteroscópica ultrasônica ou balística;
- O Planserv não autorizará a litotripsia flexível a laser para cálculos fora do rim ou do sistema pielocalicial. Cálculos ureterais abaixo do sistema pielocalicial deverão ser tratados através de litotritores convencionais.

10.2. FOTOVAPORIZAÇÃO OU ABLAÇÃO PROSTÁTICA A LASER – FPLG GREENLIGHT

Resultado de análise de incorporação da tecnologia do procedimento de fotovaporização /Ablação prostática a laser Greenlight (FPLG) prevista na CBHPM com o código 3.12.01.01-6.

Os defensores da técnica justificam sua utilização para tratamento da hipertrofia prostática benigna, substituindo o procedimento de Ressecção transuretral da próstata (RTU), em sistema de hospital dia, inclusive sem uso de sangue ou derivados.



Avaliação técnica do procedimento FPLG:

Após busca dos melhores estudos de evidência na literatura médica (Pubmed) encontramos as seguintes referências:

- *Journal of Endourology, volume 20, Agosto 2006; pág. 580 a 585:*
 - Compara a ressecção transuretral da próstata (RTU) ao procedimento de fotovaporização da próstata (PVP) Greenlight;
 - Pacientes e Métodos: Uma série de 120 pacientes foram randomizados para submeter-se ao RTU ou PVP, sendo analisados no seguimento de 1, 3, 6 e 12 meses após o tratamento os seguintes desfechos: (Os dois grupos são iguais quando a idade e volume da próstata).

Crítérios de inclusão deste estudo:	Os critérios de exclusão deste estudo:
1) Idade > 50 anos; 2) Sintomas do trato urinário baixo; 3) Taxa de fluxo urinário ≤ 15 mL / séc.; 4) IPSS (escore internacional de sintomas da próstata) ≥ 12 ; 5) Glândula prostática entre 15-85 cm ³ na USG transretal da próstata; 6) Obstruído no nomograma de A-G (Abrams-Griffiths) do estudo urodinâmico; 7) Capaz de completar a QV (escore de qualidade de vida), o escore de incômodo, e questionário BSFQ (de função sexual); 8) Capaz de dar consentimento plenamente informado.	1) Bexiga Neurogênica; 2) Câncer de próstata conhecido ou suspeito; 3) Retenção urinária crônica; 4) Paciente tomando alfa bloqueador ou medicamentos com acreditável atividade sobre a próstata; 5) Uso permanente de anticoagulante; 6) Tomar finasterida ou dutasteride.

Resultados

Resultados do estudo	RTU	PVP	Valor de p Mudança no grupo	Valor de p Comparação entre os grupos
Uso de irrigação	23,1 litros(10-64L)	6,9 litros(2-30L)	NS	<0,00001
Duração do cateterismo vesical	44 horas	12,2 horas	NS	<0,0005
Tempo de permanência hospitalar	3,39 dias	1,08 dias	NS	<0,00000001
Função sexual (pré e pós procedimento)	Sem diferença	Sem diferença		
Queda de hemoglobina (perda de sangue)	1,46g/dl	0,45g/dl	<0,05	<0,05
Custo por caso	US 4291,68	US 3368,12	NS	<0,005
Tempo operatório	31,33 minutos	30,24 minutos		NS
Pico do fluxo miccional	8,7→17,9(149%)	8,5→20,6(167%)	<0,0005	NS
Redução do IPSS	25,4→12(50%)	25,7→12(49%)	<0,000001	NS
Volume do resíduo pós miccional (ml)	119→37(50%)	147→27(50%)	<0,0005	NS

Complicações nos dois grupos - por numero de pacientes.

	Número de pacientes RTU	Número de pacientes FPLG
Retenção de coágulo	10	0
Necessidade de lavagem manual da bexiga	10	0
Necessidade de transfusão	1	0
Estenose uretra ou do colo da bexiga	8	5

Resultados:

Diante do exposto acima observamos que os desfechos que mostram benefícios significativos neste estudo são:

- Redução do tempo de uso da sonda vesical de 44 horas para 12,2 horas;
- Tempo de permanência hospitalar de 3 dias para 1 dia, ambos a favor da fotovaporização/ablação prostática a Laser Greenlight (FPLG).

Os demais desfechos não apresentam resultados significativos, cabendo o comentário que, quanto ao sangramento houve redução significativa a favor da fotovaporização prostática a Laser, porém isto não levou a uma necessidade significativa maior de hemotransfusões, não sendo descritos ou relatados casos de choque circulatório ou sangramentos com risco de vida, com queda de Hb no grupo RTU =1,46mg/dl.

Vale ressaltar que, quanto ao parâmetro "**eficácia**" os dois procedimentos (RTU – ressecção transuretral da próstata e fotovaporização/ablação da próstata por laser) foram similares para tratamento da patologia de obstrução urinária pela próstata (Ex: melhora do fluxo miccional, do score internacional de sintomas da próstata, redução do volume residual pós miccional). Este trabalho chama atenção, em sua conclusão, que estudos de maior duração serão necessários para avaliar a durabilidade dos achados de equivalência da eficácia entre o RTU(método já consagrado) e a FPLG (novo método) .

Chama atenção particular os resultados de custo, pois estes estudos não são replicáveis a nossa realidade (ver avaliação de custo efetividade adiante), tornando a fotovaporização prostática a laser pouco efetiva (obter mesmo resultado, utilizando uma grande quantidade de recursos).

Outros estudos publicados no PUBMED repetem os mesmos achados descritos acima, nas seguintes referencias bibliográficas:

1) BJU Int.2008 Nov;102(10):1432-8;

2) BJU Int.2009 Nov 12.

Quanto à comparação no tratamento entre RTU e FPLG em pacientes com próstatas maiores que 70ml:

- Urology 2008 Fevereiro; 71(2):247-51: Conclui que o RTU é superior ao FPLG, em eficácia, em paciente com próstata maior que 70ml. O RTU foi melhor, significativamente, na comparação da melhora do fluxo miccional, do escore internacional de sintomas da próstata, redução do volume residual pós miccional, além de melhor redução no volume da próstata. O RTU também levou a um tempo menor do procedimento cirúrgico 51 minutos x 87 minutos.

Avaliação Administrativa (Impacto econômico-financeiro na assistência):

Registramos nos primeiros 9 meses do ano de 2009 um total de 117 contas com o procedimento de ressecção transuretral da próstata (AMB 92 56.07.005-5), com valor médio do procedimento de R\$ 2.707,00 (incluso honorário médico). Já o procedimento de FPLG não foi realizado pelo Planserv, contudo O Planserv recebeu proposta de credenciamento para este procedimento no valor de R\$ 8.000,00 – Custo total do procedimento excluindo apenas HM de anestesiologia (R\$ 7.991,70 Se utilizar tabela AMB 92 e R\$ 8.143,90 Se utilizar tabela CBHPM).

Realizado uma análise simples de custo minimização (comparação de custo direto), demonstrou um impacto financeiro ao ano de:

- Total estimado de procedimentos em um ano: 156 procedimentos
- Aumento do custo para cada procedimento: Utilizando tabela AMB: R\$ 5.284,70. / Utilizando tabela CBHPM: 5.436,80.
- Impacto financeiro anual: Utilizando tabela AMB: **R\$ 824.413,20** / Utilizando tabela CBHPM: **848.140,00**.

A análise de custo-efetividade real não pode ser realizada, pois para que seja elaborada esta análise, seria necessário que a nova técnica fosse superior a técnica convencional (comparando desfecho final). Como ambas as técnicas são igualmente eficazes, a nova técnica apenas agrega recursos, demonstrando que não é custo-efetivo.

Ainda assim realizamos uma análise de custo efetividade levando em consideração os END-POINTS intermediárias que tiveram resultados melhores com a nova técnica ("Tempo de Uso de Sonda" e "Permanência Hospitalar").

- A análise de "Tempo de Uso de Sonda" demonstrou um incremento de custo R\$ 5.300,00 (R4 8.000,00 para R\$ 2.700,00) para uma redução de 32,2 horas de sonda. A razão de custo incremental foi de R\$ 165,00, ou seja para cada hora a menos de uso de sonda por paciente teríamos um acréscimo de custo de R\$ 165,00 (A cada redução de 16 horas de sonda gastaríamos o equivalente a um valor correspondente a um custo total da internação tratada pela técnica convencional).
- A análise de "Tempo de Permanência Hospitalar" demonstrou um incremento de custo de R\$ 5.300,00 para uma redução de 2,31 dias (3,39 – 1,08). A razão de custo incremental foi de aproximadamente R\$ 2.300,00, ou seja para cada a dia a menos de cada paciente internado teríamos um acréscimo de custo de R\$ 2.300,00 (o equivalente a quase o valor de uma internação inteira quando tratada pela técnica convencional).

Conclusão do parecer:

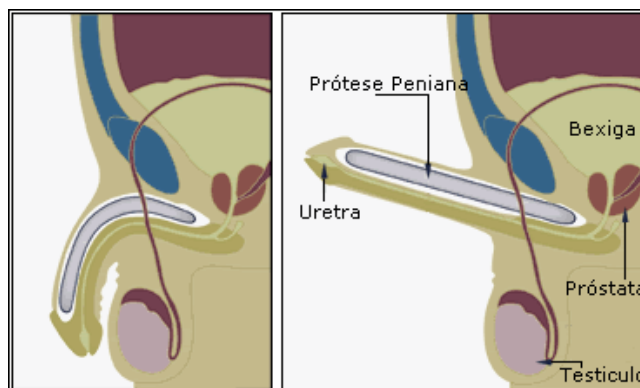
- Cabe ressaltar que, o aumento crescente dos gastos em saúde, associado à escassez de recursos e a elevação da demanda por serviços de saúde, têm imposto à necessidade de se justificar os recentes métodos terapêuticos com utilização de novas tecnologias médicas em relação ao seu custo – benefício. Neste contexto, a incorporação destas

inovações tecnológicas, pelo Planserv, deverá ser precedida primariamente da revisão sistemática e criteriosa dos estudos disponíveis, considerando-se entre outros, a efetividade do novo método, além de considerar ainda o impacto econômico, e sua potencial contribuição na recuperação da saúde do paciente (e não somente em estimativas pontuais de eficácia);

- Tendo em vista, ainda, o universo de cerca de 450 mil vidas assistidas pelo PLANSERV, faz-se necessário adoção de mecanismos de controle como fator moderador da utilização dos serviços com foco na economicidade e razoabilidade buscando maior previsibilidade orçamentária visando garantir a TODOS os beneficiários o acesso aos serviços dentro dos limites financeiros impostos;
- Considerando os estudos técnicos e de estudos econômico-financeiros, onde demonstram que o procedimento proposto não é custo-efetivo (mesmo considerando end points intermediários) e considerando ainda que o incremento de custo desta tecnologia represente valores bastantes relevantes, o Planserv definiu pela **não incorporação** desta tecnologia neste momento.

10.3. TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL E UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE PENIANA

Da patologia: A Disfunção Erétil (DE), ou impotência sexual, consiste na dificuldade em alcançar ou manter a ereção peniana que seja suficiente para um desempenho sexual satisfatório. Vale ressaltar que falhas ocasionais são comuns e podem fazer parte da vida sexual do homem. Só quando o problema ocorre repetidamente é que se configura a Disfunção Erétil. A DE pode ter origem psicológica ou orgânica, as causas orgânicas habituais são resultado do tratamento cirúrgico da próstata, doenças vasculares principalmente decorrentes de diabetes, nefropatias, tabagismo, alcoolismo, etc.



O tratamento cirúrgico do câncer de próstata – Prostatectomia com vesiculectomia e linfadenectomia – cursa com percentuais significativos de disfunção erétil.

A DE provocada pela cirurgia do câncer de próstata pode ser de grau variado, às vezes não são necessária medidas terapêuticas, outrora é necessário utilização de medicamentos, e por vezes apenas o implante de prótese peniana pode resolver o problema do paciente.

Da disposição Legal: De acordo Decreto 9552/2005 que regula a cobertura assistencial do Planserv, o tratamento da disfunção erétil só será coberta quando esta condição clínica for decorrente do tratamento cirúrgico do câncer da Próstata, comprovado por exame anátomo patológico.

Sobre as Próteses Penianas: Atualmente existem diversas opções de prótese peniana no mercado:

- **Semi-rígidas (Próteses cobertas pelo Planserv – com critérios definidos):**

Atualmente conta-se com uma amostra variada de próteses semi-rígidas de diferentes fabricantes. Em geral, são compostas por uma camada de silicone firme que reveste outra de silicone macio (gel), ambas envolvidas por uma cordoalha de metal (prata, aço ou cobre) ou haste de metal centralizada, que permite uma boa rigidez na ereção e dá ao implante uma maleabilidade satisfatória. São fornecidas em tamanhos e diâmetros variados. Há também modelos compostos por segmentos proximais ou distais que se encaixam ou são retiráveis,

de acordo com a medida dos corpos cavernosos (tamanho do pênis).

As vantagens das próteses semi-rígidas mais utilizadas em nosso meio são as seguintes:

- o Facilidade de implante;
- o Índice de complicação muito baixo;
- o Rigidez peniana adequada;
- o Altas taxas de sucesso;
- o Satisfação na relação paciente-parceira.

As desvantagens incluem:

- o A dificuldade ocasional em ocultá-la;
- o Realização de procedimentos endoscópicos transuretrais posteriores, que podem requerer a execução de uretrotomia perineal, devido à dificuldade de passagem dos aparelhos endoscópicos pela presença da prótese peniana.

As contra-indicações relativas são a presença de importantes sintomas obstrutivos infravesicais (obstruções ou estreitamentos da uretra - conduto que leva a urina da bexiga até sua saída pelo pênis) de qualquer natureza, os quais exigem tratamento prévio, e a necessidade de cistos copia (exame endoscópico pela uretra, que alcança a bexiga).

Próteses Infláveis: (não cobertas pelo Planserv).

As principais próteses infláveis disponíveis no mercado são as seguintes:

- **Próteses de dois volumes –**

- o O modelo disponível de prótese de dois volumes é a Ambicor, produzida pela A.M.S. É constituída de dois cilindros infláveis conectados a um reservatório e a uma bomba. A prótese Ambicor tem o reservatório na sua porção mais proximal, e a bomba pode ser acomodada em qualquer ponto da bolsa escrotal.
- o As grandes vantagens desse modelo são as seguintes:
 - Não requer a colocação de reservatório no abdome inferior, o que encurta muito o tempo cirúrgico;
 - Possuem mecanismo de inflação e deflação de fácil manuseio pelos pacientes;
 - Não necessita de conexões intra-operatórias;
 - De modo geral, essa prótese é satisfatória, pois oferece ereção razoável e os pacientes aprendem a manuseá-la com facilidade.

- **Próteses de três volumes –**

- o A A.M.S. e a Mentor fabricam os modelos existentes no mercado. A A.M.S. produz os cilindros da série CX: Ultrex CX; 700 CX e 700 CXM. Todos os modelos de próteses de três volumes têm como característica comum a colocação da bomba no escroto, um reservatório abdominal e a necessidade de certa habilidade manual. Entretanto, são as que produzem ereções mais semelhantes às naturais. Um problema comum a essas próteses é certo grau de auto-inflação que pode ocorrer após exercícios físicos, o que exige que o indivíduo esvazie periodicamente a prótese. Uma forma de minimizar esse problema é tomar o cuidado de manter o reservatório cheio nas primeiras semanas do pós-operatório para que a cápsula fibrosa que se forma ao redor dele seja ampla;

Existem complicações ou reações adversas com todos os tipos de próteses. Em sua maioria, passíveis de

resolução. São elas:

- Perda de sensibilidade da glândula, em alguns pacientes;
- Diminuição da temperatura do pênis;
- **Diminuição do volume e tamanho do pênis, em alguns pacientes;**
- **Insatisfação com a prótese, em alguns casos;**
- **Insatisfação da parceira em relação à prótese, em alguns casos;**
- Dor peniana persistente, em alguns casos;
- Inchaço prolongado do pênis, em alguns casos;
- Defeito mecânico da prótese, em alguns casos (mais comum nas próteses infláveis);
- Complicações do ato cirúrgico como hematomas, infecção, rejeição da prótese, perfuração do corpo cavernoso e lesão da uretra, em alguns casos.

As próteses infláveis são mais imperceptíveis, mas podem ter uma vida útil menor comparada com as maleáveis, sendo necessária troca após um período que varia dependendo da procedência, mas para ambas podem ter garantias pelo fabricante.

Em consulta a literatura especializada (Pubmed) **não foram encontrados estudos clínicos que comparem a eficácia da prótese inflável em comparação à semi-rígida em qualquer aspecto.** Contudo estudos individualizados (não comparativos) demonstram eficácia satisfatória dos modelos referidos, levando em consideração o desfecho principal (capacidade de ereção e manutenção da relação). Considerando a eficácia dos modelos expostos e considerando a diferença significativa de custo da prótese semi-rígida em relação às próteses infláveis, o Planserv oferece cobertura apenas para a prótese semi-rígida.

É importante lembrar que, o implante de próteses penianas é um tratamento de exceção e definitivo. Não há como reverter, visto que a remoção das próteses não devolve ao paciente seu estado erétil anterior. Ao ser introduzida nos corpos cavernosos, as próteses penianas destroem o delicado tecido erétil do pênis. Outro importante aspecto a considerar, é que as próteses penianas não melhoram o desempenho sexual. Seu papel é apenas o de conferir rigidez para a penetração; não resolvem problemas como falta de desejo sexual, ejaculação precoce, ejaculação retardada, dificuldades orgásticas etc. Portanto, para que falsas expectativas não sejam geradas, todas as vantagens, desvantagens, problemas cirúrgicos, aspectos pós-operatórios, complicações e efeitos adversos relativos ao implante de próteses penianas deverão ser exaustivamente discutidos entre o paciente, sua parceira e o médico, incluindo o aspecto estético do pênis, que não terá morfologia (espessura e tamanho) idênticos ao período de potência sexual.

10.4. BRAQUITERAPIA PARA CÂNCER DA PRÓSTATA

É uma forma de radioterapia na qual a fonte de radiação é colocada no interior do corpo do paciente, sendo guiada por imagem em tempo real. O material radioativo consiste geralmente em pequenas cápsulas que são colocadas junto ao tumor liberando doses de radiação diretamente sobre ele, afetando minimamente os órgãos mais próximos e preservando os mais distantes das áreas do implante. As fontes de radiação usadas na braquiterapia podem ser sementes de iodo-125, tubos de céσιο ou fios de irídio. A braquiterapia pode ser de alta taxa de dose (o material radioativo permanece por poucos minutos no interior do corpo) e de baixa taxa de dose (o material deve ser mantido no interior do organismo durante um período mais alargado – dias- ou ser mesmo permanente).

Para o câncer de próstata, a braquiterapia vem sendo considerada uma opção terapêutica, principalmente em estágios iniciais e doenças de baixo volume, em próstatas com peso inferior a 60g. As justificativas para indicação deste

tipo de radioterapia são a abordagem menos agressiva em relação à cirurgia e menor tempo de tratamento e convalescença quando comparada à radioterapia externa.

Contra-Indicações Relativas:

- RTU próstata prévia;
- Expectativa de vida < 5 anos;
- Próstata > 60 g;
- Estreitamento anorectal;
- Discrasia sanguínea;
- Uropatia obstrutiva significativa;
- Arco púbico e deformidades ósseas.

As razões para a indicação da Braquiterapia no Câncer de Próstata Localizado são as possíveis vantagens em relação ao tempo de tratamento e convalescença, contudo, não existem até o momento, trabalhos que indiquem a superioridade da braquiterapia sobre outro tratamento para câncer localizado de próstata comparado às técnicas convencionais (Cirurgia, radioterapia convencional e conformacional), ao contrário, a maioria dos estudos sugerem melhor resultado da cirurgia quando comparada aos métodos de radioterapia em estudos mais prolongados. Vale ressaltar que na prática observamos uma inclinação para a indicação desta técnica pela expectativa de menores índices de Disfunção Erétil (possivelmente em torno de 24%, comparado com RXT – 48% e Prostatectomia 58%).

Atualmente o Planserv oferece cobertura para o câncer de próstata com terapêutica cirúrgica (Prostatectomia Radical), radioterapia convencional e conformacional e hormonal. O procedimento de Braquiterapia ainda não foi credenciado ao Planserv. Contudo cabe dizer que o custo da internação completa com a técnica da Prostatectomia Radical com Vesiculectomia e linfadenectomia tem custo de valor referencial de R\$ 5.500,00 a R\$ 6.000,00 (valor médio de R\$ 5.800,00), enquanto que o valor médio das propostas recepcionadas pelo Planserv para solicitação de credenciamento da Braquiterapia está em torno de R\$ 25.000,00.

Considerando que a Braquiterapia não apresenta melhor controle da doença, não foi possível realizar estudos de custo-efetividade. Mesmo realizando um estudo de custo-efetividade baseado em end point intermediário “DE – Disfunção Erétil” (que mais tem motivado a indicação desta técnica), teríamos que: Teríamos um incremento de custo de R\$ 19.200,00 (R\$ 25.000,000 – R\$ 5.800,00), para uma redução percentual de DE de 34%. A razão de custo incremental foi de R\$ 565,00 para cada 1% de DE a menos.

Considerando que a técnica proposta não apresenta melhores resultados de controle da doença, considerando ainda que apresenta incremento de custo bastante elevado mesmo quando utilizado parâmetros intermediários (DE), e considerando que mesmos os pacientes que cursarem com DE pós prostatectomia, têm assegurado seu tratamento com o Planserv (inclusive com a opção de implante de prótese), o Planserv definiu pela NÃO INCORPORAÇÃO desta técnica neste momento.

10.5. TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-PROSTATECTOMIA (IUPP)

A incontinência urinária pós-prostatectomia (IUPP) é uma complicação de difícil tratamento e que causa um profundo impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo. A IUPP pode ocorrer tanto no tratamento da hiperplasia prostática benigna como no tratamento do câncer de próstata. No tratamento da doença benigna, esta complicação ocorre em menos de 1% dos casos. Na prostatectomia radical, a incidência varia de 2% a 87%. Esta ampla variação é explicada pelas diversas metodologias empregadas na avaliação da incontinência e também pelos diversos graus de intensidade da mesma, sendo que a média após prostatectomia radical retropúbica ou perineal esta em torno de 0% a 12,5%.

➤ FISIOPATOLOGIA

Os mecanismos esfinterianos podem ser divididos em um componente proximal e outro distal. O chamado esfíncter uretral proximal (EUP) é formado pelo colo vesical e pela uretra prostática até o verumontanum. Este componente é muitas vezes, chamado de "esfíncter interno". O esfíncter uretral distal (EUD), também conhecido como "esfíncter externo", estende-se do verumontanum à uretra bulbar. Na prostatectomia radical, o EUP é quase que integralmente ressecado com o espécime, bem como as porções proximais do EUD. Neste caso, a continência será exclusivamente dependente da parte distal do EUD.

➤ AVALIAÇÃO CLÍNICA

História e exame físico: Sintomas de urgência, incontinência de urgência, polaciúria, jato fino e fraco. A quantidade das perdas (baseada no número, tipo e peso das fraldas), sua associação com a posição corporal e com a intensidade do esforço, muitas vezes, sugere o diagnóstico correto. A incontinência postural ou incontinência durante o sono geralmente significam insuficiência esfinteriana grave. A presença de micções ocasionais durante o dia sugere um mecanismo esfinteriano residual ainda funcionando.

A avaliação urodinâmica (UDN) é de extrema importância não somente para fazer o diagnóstico como também para orientar a terapêutica. Esta avaliação só deve ser feita após estabilização do quadro de incontinência. Os objetivos da avaliação são múltiplos. Ela serve para descartar hiperatividade detrusora, determinar a complacência vesical, o grau de incontinência de esforço (pesquisa da pressão de perda sob Valsalva), relacionar as perdas com a hiperatividade detrusora e diagnosticar obstrução do detrusor.

Na avaliação esfinteriana, a eletromiografia não tem sido utilizada. No seu lugar é realizada a pesquisa de pressão de perda sob Valsalva (PPV).

Cistoscopia, uretrocistografia e/ou ecografia transretal tem indicação ocasional, conforme a suspeita clínica (tecido prostático residual, estreitamento da anastomose véscico-uretral, estenose uretral, etc.).

O diagnóstico da IUPP é geralmente decorrente das seguintes situações (ou combinação das mesmas): insuficiência esfinteriana, disfunção vesical e obstrução infravesical.

➤ TRATAMENTO:

O momento da instituição do tratamento varia de acordo com a evolução do caso (fase do diagnóstico, fase da resolução espontânea da incontinência, ou não, fase dos tratamentos conservadores e fase do tratamento definitivo). Na fase do diagnóstico, medidas gerais e comportamentais deverão ser instituídas.

1) Medidas gerais e Comportamentais: Cremes locais protetores da pele e com propriedades antifúngicas, absorventes, fraldas, preservativos acoplados a coletores urinários. Dispositivos de oclusão da uretra peniana (*clamps*) desde que atraumáticos podem, eventualmente, ser utilizados. Uma boa relação médico-paciente deve ser preservada, mantendo-se o paciente bem informado de sua situação e das possibilidades terapêuticas. As medidas comportamentais visam esclarecer o paciente sobre o funcionamento da bexiga e dos esfíncteres, visam instituir um controle da ingestão líquida e evitar substâncias que possam influenciar a diurese (álcool, cafeína, diurético). Também é importante estabelecer uma micção programada, instruir na realização de exercícios da musculatura pélvica e fazer um diário miccional. Com este tipo de tratamento, obteve-se melhora em 74% de pacientes incontinentes pós-ressecção endoscópica de próstata, e 33% em pacientes pós-prostatectomia radical.

2) Farmacológico:

2.1) Drogas anticolinérgicas: estão indicadas nos casos de hiperatividade detrusora, devendo ser utilizadas antes do tratamento cirúrgico.

2.2) Drogas que aumentam a resistência uretral: drogas simpaticomiméticas ou antidepressivos tricíclicos podem ser utilizados. Entretanto, devido aos seus efeitos adversos importantes e resultados insatisfatórios, estas drogas não vem sendo muito usadas.

3) Cirúrgico (Indicado quando a incontinência persiste após o tratamento conservador):

A obtenção da continência pós-prostatectomia é tempo-dependente. Baseado em necessidade de usar fraldas, notou-se que 70,9%, 87,2%, 92,1% e 98,5% dos pacientes adquiriam continência aos 3,6,12 e 24 meses. Na avaliação de 615 pacientes pós - prostatectomia radical, verificou-se que 92% já haviam readquirido continência no 6º mês de pós-operatório (J Urol 1995;153:1034-7.). Portanto, o tratamento invasivo não deve ser precoce, sendo aconselhado um mínimo de seis meses entre a prostatectomia e a sua instituição, conforme descrito na Diretriz de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia do Conselho Federal de Medicina.

Atualmente, o tratamento cirúrgico baseia-se em três procedimentos:

- **Injeção de agentes periuretrais:** Consiste na injeção de substâncias sob a pele da uretra, entre o colo vesical e o esfíncter externo. É um procedimento minimamente invasivo, porém os resultados são limitados e tendem a diminuir com o passar do tempo. São exemplos: Teflon, Macroplastique, colágeno.
- **Compressão uretral:** Várias técnicas foram descritas e empregadas como a plicatura da uretra ou sua compressão pelos corpos cavernosos. Há relato de 70% de sucesso com uma prótese perineal de silicone em 86 pacientes, entretanto, os resultados em longo prazo deste tratamento pós-prostatectomia radical não foram bons. Mais recentemente surgiram os slings perineais que promovem a compressão da parte inferior da uretra

com uma faixa de material sintético ou retirado do próprio músculo do paciente. Esta faixa é fixada no abdômen do paciente, comprimindo a uretra e evitando as perdas urinárias. Os melhores candidatos a esta técnica parecem ser os pacientes com IU leve a moderada, sem radioterapia prévia e com pressão de perda elevada durante os testes de esforço. Ainda são necessários mais estudos para melhor definição desta modalidade terapêutica.

- **Implante de esfíncter artificial:** Consiste num sistema de compressão uretral que permite o paciente realizar a descompressão no momento da micção. O esfíncter artificial é implantado ao redor da uretra e preenchido com um líquido que a comprime. Ele é conectado a uma válvula de abrir e fechar, normalmente localizada abaixo da pele do escroto, que permite a descompressão da uretra quando o paciente quer urinar. Atualmente, esta técnica é considerada o padrão-ouro para tratamento da IUPP, sendo o AMS 800 o esfíncter artificial mais amplamente utilizado. As séries mais recentes mostram índices de continência de 80% e de satisfação de 90%(J Urol 1996; 155:1260-4). Os resultados em longo prazo são bons, com apenas 12% de reoperações em um seguimento de sete anos, em 113 pacientes (J Urol 2001; 166:547-9).

➤ **COBERTURA DE TRATAMENTO PELO PLANSERV:**

Após avaliação das evidências e custo efetividade, o Planserv definiu pela não incorporação do tratamento com injeção de agentes peri-uretrais, incluindo Macroplastique, devido aos baixos índices de sucesso do procedimento em longo prazo. Contudo o Planserv definiu pela incorporação do tratamento cirúrgico de incontinência urinária pós-prostatectomia (IUPP) pela técnica de esfíncter artificial com os seguintes critérios (Todos os critério abaixo devem ser atendidos para obter a autorização do procedimento):

- Pacientes no pós-operatório de prostatectomia radical por neoplasia da próstata;
- Comprovação por relatório médico e anatomia patológica de procedimento cirúrgico realizado há mais de 01 ano da data da solicitação do tratamento cirúrgico de incontinência urinária;
- Ter realizado neste período de 01 ano, antes do tratamento cirúrgico de incontinência urinária, medidas gerais, comportamentais e fisioterapia.

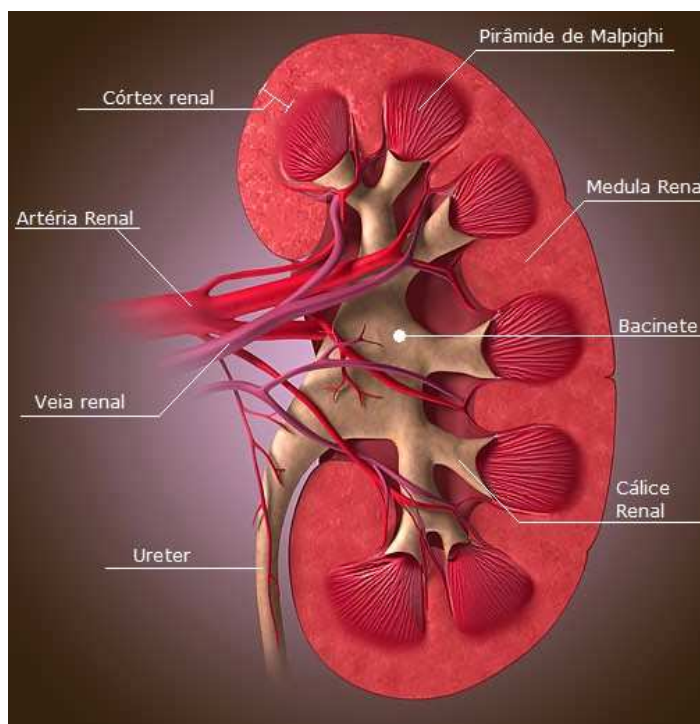
11. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS

CIRURGIA DE NEFRECTOMIA TOTAL

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Indicações:

A nefrectomia total simples é indicada em pacientes com dano renal irreversível devido à infecção sintomática crônica, obstrução, doença calculosa ou lesão traumática grave. Ela também é indicada para tratamento de hipertensão renovascular devido á doença arterial renal não corrigida ou dano



parenquimatoso unilateral grave causado por nefrosclerose, pielonefrite, refluxo por displasia ou displasia congênita renal. Pode ser realizada por técnica aberta ou laparoscópica.

A nefrectomia radical é o tratamento de escolha do carcinoma de células renais localizado (CCR). Em alguns pacientes selecionados, com doença metastática, a técnica pode ser indicada no tratamento paliativo de sintomas e em associação ao interferon, com o objetivo de melhorar a sobrevida.

A nefrectomia radical por via laparoscópica tem indicação formal para tumores T1(4,0 A 7,0 cm) e relativa para tumores T2.

Também tem sido utilizada para controle da lesão primária em doença metastática, devido à menor morbidade e tempo de internação.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	NEFRECTOMIA TOTAL	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.310-7	85.60.310-9	85.60.310-8

DIÁRIAS

UTI	0,2	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	3,8
-----	-----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31101194	Nefrectomia total unilateral	10B	100%	2	5	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia), Assistência Fisioterápica – 24 hs (Apenas UTI e SEMI), Plantão de Intensivista por 12 hs (3C -R\$ 100,00), Intensivista Diarista Não Plantonista/Dia (2B R\$ 42,00), Laboratório (Custo Médio R\$ 10,00 cada), Raio-X de Tórax (R\$ 22,00).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 05, Taxa de Sala Compl Porte 05, Respirador Qualquer tipo Com Oxigênio por hora, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este Procedimento não contempla OPME.

OBS

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

NEFRECTOMIA TOTAL

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	666,60	706,74	746,50	786,64	826,40
Taxas	-	441,32	450,92	549,47	652,24	661,84
SADT	-	181,80	202,80	223,80	244,80	244,80
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	-	1.225,69	1.225,69	1.225,69	1.225,69	1.225,69
Materiais	-	1.330,23	1.330,23	1.330,23	1.330,23	1.501,83
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	-	3.845,64	3.916,38	4.075,69	4.239,60	4.460,56
Honorários Médicos da Equipe	-	912,00	912,00	912,00	912,00	912,00
Honorários Médicos do Anestesiologista	-	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Anestesiologista)	-	5.097,64	5.168,38	5.327,69	5.491,60	5.712,56

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	2.274,01	2.304,91	2.335,51	2.366,41	2.382,01
3º Dia Internação	1.516,01	1.536,61	1.557,01	1.577,61	1.588,01
4º Dia Internação	758,00	768,30	778,50	788,80	794,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	NEFRECTOMIA TOTAL POR VÍDEO	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.390-7	85.60.390-9	85.60.390-8

DIÁRIAS

UTI	0,1	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2,9
-----	-----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31101194	Nefrectomia total unilateral	10B	100%	2	5	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia), Assistência Fisioterápica – 24 hs (Apenas UTI e SEMI), Plantão de Intensivista por 12 hs (3C -R\$ 100,00), Intensivista Diarista Não Plantonista/Dia (2B R\$ 42,00), Laboratório (Custo Médio R\$ 10,00 cada), Raio-X de Tórax (R\$ 22,00).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 05, Respirador Qualquer tipo Com Oxigênio por hora, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: Trocarte de 12 mm, Clipador Hem-o-lock (TAXA DE UTILIZAÇÃO), Carga para Hem-o-lock, Clipador Universal Permanente (TAXA de UTILIZAÇÃO) metálico, Carga para clipador metálico (Estojo), Bisturi Ultrasears;
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

NEFRECTOMIA TOTAL POR VÍDEO

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	480,30	505,67	530,75	556,12	581,20
Taxas	-	312,99	313,19	398,10	487,04	487,24
SADT	-	125,90	141,40	156,90	172,40	172,40
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	-	1.032,16	1.032,16	1.032,16	1.032,16	1.174,59
Materiais	-	1.190,21	1.190,21	1.190,21	1.190,21	1.354,46
OPME	-	4.215,20	4.215,20	4.215,20	4.215,20	4.215,20
Sub-Total (Parte Hospitalar)	-	7.356,75	7.397,82	7.523,31	7.653,12	7.985,09
Honorários Médicos da Equipe	-	912,00	912,00	912,00	912,00	912,00
Honorários Médicos do Anestesiologista	-	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Anestesiologista)	-	8.608,75	8.649,82	8.775,31	8.905,12	9.237,09

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	2.564,10	2.595,00	2.625,60	2.656,50	2.672,10
3º Dia Internação	1.709,40	1.730,00	1.750,40	1.771,00	1.781,40

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	NEFRECTOMIA RADICAL COM ESWAZIAMENTO LINFÁTICO	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.342-7	85.60.342-9	85.60.342-8

DIÁRIAS

UTI	0,3	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	3,7
-----	-----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31101186	Nefrectomia radical unilateral	11B	100%	2	5	0%
30914078	Linfadenectomia retroperitoneal	10C	50%	2	6	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia), Assistência Fisioterápica – 24 hs (Apenas UTI e SEMI), Plantão de Intensivista por 12 hs (3C -R\$ 100,00), Intensivista Diarista Não Plantonista/Dia (2B R\$ 42,00), Laboratório (Custo Médio R\$ 10,00 cada), Raio-X de Tórax (R\$ 22,00).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 06, Taxa de Sala Compl Porte 06, Respirador Qualquer tipo Com Oxigênio por hora, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este Procedimento não contempla OPME.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

NEFRECTOMIA RADICAL COM ESVAZIAMENTO LINFÁTICO

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	705,90	755,51	804,75	854,36	903,60
Taxas	-	629,37	643,77	782,69	927,54	941,94
SADT	-	202,70	224,20	245,70	267,20	267,20
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	-	674,14	674,14	674,14	674,14	674,14
Materiais	-	847,47	847,47	847,47	847,47	993,24
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	-	3.059,58	3.145,09	3.354,75	3.570,71	3.780,11
Honorários Médicos da Equipe	-	1.683,00	1.683,00	1.683,00	1.683,00	1.683,00
Honorários do Anestesiologista	-	578,00	578,00	578,00	578,00	578,00
Total (Com Anestesiologista)	-	5.320,58	5.406,09	5.615,75	5.831,71	6.041,11

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.560,33	1.591,23	1.621,83	1.652,73	1.668,33
3º Dia Internação	1.040,22	1.060,82	1.081,22	1.101,82	1.112,22

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	VÍDEO - NEFRECTOMIA RADICAL COM ESVAZIAMENTO LINFÁTICO	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.391-7	85.60.391-9	85.60.391-8

DIÁRIAS

UTI	0,2	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2,8
-----	-----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31101550	Nefrectomia radical laparoscópica unilateral	12C	100%	2	6	0%
30914078	Linfadenectomia retroperitoneal	10C	50%	2	6	0%

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 06, Taxa de Sala Compl Porte 06, Vídeo-Laparoscópio, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: Clipador Hem-o-lock (TAXA DE UTILIZAÇÃO), Trocarte de 12 mm, Carga para Hem-o-lock, Clipador Universal Permanente (TAXA de UTILIZAÇÃO) metálico, Bisturi Ultrasears, Carga para clipador metálico (Estojo);
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

VÍDEO - NEFRECTOMIA RADICAL COM ESWAZIAMENTO LINFÁTICO

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	519,60	554,44	589,00	623,84	658,40
Taxas	-	656,57	656,57	781,09	911,54	911,54
SADT	-	105,00	120,00	135,00	150,00	150,00
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	-	674,14	674,14	674,14	674,14	805,59
Materiais	-	847,47	847,47	847,47	847,47	1.012,73
OPME	-	4.177,80	4.177,80	4.177,80	4.177,80	4.177,80
Sub-Total (Parte Hospitalar)	-	6.980,58	7.030,42	7.204,50	7.384,79	7.716,06
Honorários Médicos da Equipe	-	2.271,00	2.271,00	2.271,00	2.271,00	2.271,00
Honorários Médicos do Anestesiologista	-	714,00	714,00	714,00	714,00	714,00
Total (Com Anestesiologista)	-	9.965,58	10.015,42	10.189,50	10.369,79	10.701,06

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.903,89	1.934,79	1.965,39	1.996,29	2.011,89
3º Dia Internação	1.269,26	1.289,86	1.310,26	1.330,86	1.341,26

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	VÍDEO - NEFRECTOMIA PARCIAL COM Esvaziamento Linfático	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.393-7	85.60.393-9	85.60.393-8

DIÁRIAS

UTI	0,2	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2,8
-----	-----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- 20 % dos pacientes ficarão o 1º DPO em UTI.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31101569	Nefrectomia parcial laparoscópica unilateral	12C	100%	2	5	0%
30914078	Linfadenectomia retroperitoneal	10C	50%	2	6	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 06, Taxa de Sala Compl Porte 06, Vídeo-Laparoscópio, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial, incluindo Surgicel. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica e gabarito de insumos.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: Clipador Hem-o-lock (TAXA DE UTILIZAÇÃO), Trocarte de 12 mm, Carga para Hem-o-lock, Clipador Universal Permanente (TAXA de UTILIZAÇÃO) metálico, Tesoura eletrocoaguladora, Carga para clipador metálico (Estojo);
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

VÍDEO - NEFRECTOMIA PARCIAL COM ESWAZIAMENTO LINFÁTICO

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	519,60	554,44	589,00	623,84	658,40
Taxas	-	656,57	656,57	781,09	911,54	911,54
SADT	-	105,00	120,00	135,00	150,00	150,00
Medicamentos	-	674,14	674,14	674,14	674,14	805,59
Materiais	-	1.055,62	1.055,62	1.055,62	1.055,62	1.220,88
OPME	-	4.177,80	4.177,80	4.177,80	4.177,80	4.177,80
Sub-Total (Parte Hospitalar)	-	7.188,73	7.238,57	7.412,65	7.592,94	7.924,21
Honorários Médicos da Equipe	-	2.271,00	2.271,00	2.271,00	2.271,00	2.271,00
Honorários Médicos do Anestesiologista	-	1.130,99	1.130,99	1.130,99	1.130,99	1.130,99
Total (Com Anestesiologista)	-	10.590,72	10.640,56	10.814,64	10.994,93	11.366,79

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- Pacote elaborado em novembro/2017 com honorários do anestesiologista conforme VR de Anestesiologia

Tabela de Intercorrências:

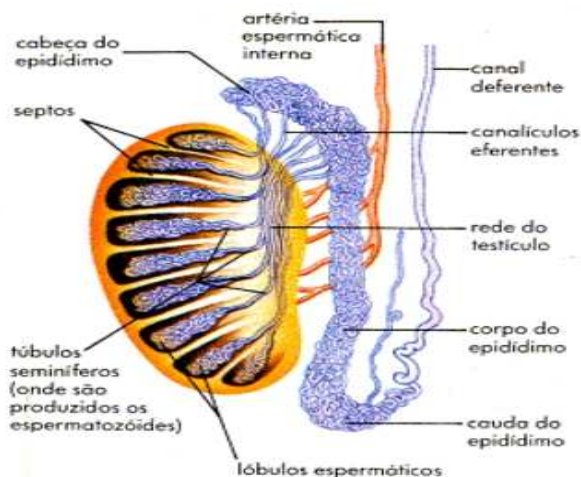
Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.903,89	1.934,79	1.965,39	1.996,29	2.011,89
3º Dia Internação	1.269,26	1.289,86	1.310,26	1.330,86	1.341,26

ORQUIECTOMIA
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Indicações:

A orquiectomia é o procedimento cirúrgico de retirada de um ou de ambos os testículos, podendo ser indicada no tratamento dos traumas testiculares, da torção testicular, dos processos infecciosos e inflamatórios (orquite/epididimite) e das neoplasias testiculares.



COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL						
NOME DO PROCEDIMENTO		ORQUIECTOMIA UNILATERAL				
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos		Código - Honorários de Anestesiologia			
85.60.906-7	85.60.906-9		85.60.906-8			
DIÁRIAS						
UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)		1		
<ul style="list-style-type: none"> Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos. 						
HONORÁRIOS MÉDICOS						
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31203078	Orquiectomia unilateral	6A	100%	1	2	0%
SADT						
<ul style="list-style-type: none"> Este procedimento não contempla SADT. 						
TAXAS E GASES						
<ul style="list-style-type: none"> Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02, etc. 						
MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO						
<ul style="list-style-type: none"> Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas; O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior. 						
OPME						
<ul style="list-style-type: none"> Este Procedimento não contempla OPME. 						
OBSº						

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

ORQUIECTOMIA UNILATERAL

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	115,50	147,00	152,30	157,50	162,80	168,00	57,50
Taxas	61,74	113,19	113,19	144,06	176,40	176,40	61,74
SADT	-	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	145,83	145,83	145,83	145,83	145,83	145,83	145,83
Materiais	298,10	298,10	298,10	298,10	298,10	329,40	298,10
OPME	-	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	621,17	704,12	709,42	745,49	783,13	819,63	563,17
Honorários Médicos da Equipe	260,00	260,00	260,00	260,00	260,00	260,00	260,00
Honorários do Anestesiologista	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Total (Com Anestesiologista)	981,17	1.064,12	1.069,42	1.105,49	1.143,13	1.179,63	923,17

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-
3º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ORQUIECTOMIA BILATERAL	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.907-7	85.60.907-9	85.60.907-8

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermagem, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31203078	Orquiectomia unilateral	6A	100%	1	2	0%
31203078	Orquiectomia unilateral	6A	70%	1	2	0%

SADT

- Este procedimento não contempla SADT.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02, Taxa de Sala Compl. Porte 02, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este Procedimento não contempla OPME.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

ORQUI-BILATERAL

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	115,50	147,00	152,30	157,50	162,80	168,00	57,50
Taxas	64,83	118,85	118,85	151,26	185,22	185,22	64,83
SADT	-	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	158,38	158,38	158,38	158,38	158,38	158,38	158,38
Materiais	323,77	323,77	323,77	323,77	323,77	357,44	323,77
OPME	-	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	662,48	748,00	753,30	790,91	830,17	869,04	604,48
Honorários Médicos da Equipe	442,00	442,00	442,00	442,00	442,00	442,00	442,00
Honorários do Anestesiologista	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00
TOTAL	1.274,48	1.360,00	1.365,30	1.402,91	1.442,17	1.481,04	1.216,48

CORREÇÃO DE VARICOCELE
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Indicações:

A varicocele é a denominação dada à dilatação das veias da região escrotal. Mais comumente, não causa prejuízos e não requer tratamento específico, porém, pode ser a causa de infertilidade masculina e atrofia testicular e, nestes casos, o tratamento cirúrgico é indicado.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	VARICOCELE UNILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.913-7	85.60.913-9	85.60.913-8

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31203124	Varicocele unilateral - correção cirúrgica	6A	100%	1	2	0%

SADT

- Este procedimento não contempla SADT.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este Procedimento não contempla OPME.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

VARICOCELE UNILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	115,50	147,00	152,30	157,50	162,80	168,00	57,50
Taxas	61,74	113,19	113,19	144,06	176,40	176,40	61,74
SADT	-	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	90,46	90,46	90,46	90,46	90,46	90,46	90,46
Materiais	190,45	190,45	190,45	190,45	190,45	216,16	190,45
OPME	-	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	458,15	541,10	546,40	582,47	620,11	651,02	400,15
Honorários Médicos da Equipe	260,00	260,00	260,00	260,00	260,00	260,00	260,00
Honorários do Anestesiologista	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Total (Com Anestesiologista)	818,15	901,10	906,40	942,47	980,11	1.011,02	760,15

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO			VARICOCELE BILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA		
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia			
85.60.914-7	85.60.914-9	85.60.914-8			

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31203124	Varicocele unilateral - correção cirúrgica	6A	100%	1	2	0%
31203124	Varicocele unilateral - correção cirúrgica	6A	70%	1	2	0%

SADT

- Este procedimento não contempla SADT.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Porte 7, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este Procedimento não contempla OPME.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

VARICOCELE BILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	115,50	147,00	152,30	157,50	162,80	168,00	57,50
Taxas	61,74	113,19	113,19	144,06	176,40	176,40	61,74
SADT	-	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	116,37	116,37	116,37	116,37	116,37	116,37	116,37
Materiais	240,86	240,86	240,86	240,86	240,86	269,05	240,86
OPME	-	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	534,48	617,43	622,73	658,80	696,44	729,82	476,48
Honorários Médicos da Equipe	442,00	442,00	442,00	442,00	442,00	442,00	442,00
Honorários do Anestesiologista	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00
TOTAL	1.146,48	1.229,43	1.234,73	1.270,80	1.308,44	1.341,82	1.088,48

CIRURGIAS DA PRÓSTATA

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

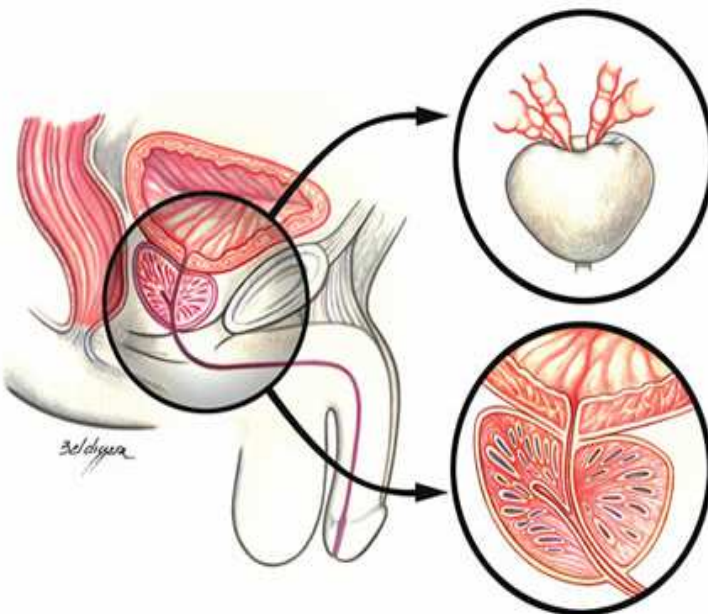
Indicações:

A prostatectomia a céu aberto é uma técnica cirúrgica convencional, também denominada de prostatectomia transvesical ou suprapúbica. A sua principal indicação é no tratamento de grandes adenomas prostáticos (próstatas acima de 80 a 90g) e nas hiperplasias associadas a divertículos ou cálculos na bexiga e estenose uretral extensa.

A prostatovesicuclectomia radical consiste na remoção total da próstata, vesículas seminais, linfonodos ou outras estruturas pélvicas e reconstrução vesículo-ureteral. Está indicado no tratamento do câncer de próstata localizado ou localmente avançado. Pode ser realizado por técnica aberta ou laparoscópica, sendo que a primeira ainda é considerada o padrão-ouro no tratamento do câncer prostático.

Considerando os aspectos técnicos e de custo-efetividade, o Planserv definiu pela não cobertura do procedimento de Prostatectomia Radical por técnica vídeo-laparoscópica.

Por fim, temos a ressecção transuretral da próstata (RTU), que consiste na ressecção endoscópica da glândula, sendo indicado no tratamento da hiperplasia prostática benigna em pacientes sintomáticos que não obtiveram resposta ao tratamento medicamentoso (alfabloqueadores/bloqueadores da enzima de conversão) e naqueles com infecções do trato urinário de repetição, sangramento frequente e com repercussão da obstrução sobre o trato urinário superior.



COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.703-7	85.60.703-9	85.60.703-8

DIÁRIAS

UTI	0,1	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	4,4
-----	-----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31201121	Prostatectomia a céu aberto	10A	100%	2	5	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia), Assistência Fisioterápica – 24 hs (Apenas UTI e SEMI), Plantão de Intensivista por 12 hs (3C - R\$ 100,00), Intensivista Diarista Não Plantonista/Dia (2B R\$ 42,00), Laboratório (Custo Médio R\$ 10,00 cada), Raio-X de Tórax (R\$ 22,00).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 05, Respirador Qualquer tipo Com Oxigênio por hora, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este Procedimento não contempla OPME.

OBSº

- Este Valor Referencial já contempla a remoção de linfonodos peri-prostáticos;
- Para este procedimento, indicado para tratamento de patologias prostáticas benignas, não é justificável e, portanto, o Planserv não autorizará a cobrança complementar de linfadenectomia;
- Em relação às diárias de UTI foi estimado que em 10 % dos casos haverá necessidade de 01 diária de UTI, resultando numa padronização de 0,1 na composição das diárias para este procedimento;

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	700,80	734,12	767,00	800,32	833,20
Taxas	-	312,99	313,19	398,10	487,04	487,24
SADT	-	178,40	201,40	224,40	247,40	247,40
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	-	720,00	720,00	720,00	720,00	720,00
Materiais	-	752,06	752,06	752,06	752,06	873,90
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	-	2.664,25	2.720,77	2.861,56	3.006,82	3.161,74
Honorários Médicos da Equipe	-	840,00	840,00	840,00	840,00	840,00
Honorários do Anestesiologista	-	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
TOTAL	-	3.844,25	3.900,77	4.041,56	4.186,82	4.341,74

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.443,27	1.474,17	1.504,77	1.535,67	1.551,27
3º Dia Internação	962,18	982,78	1.003,18	1.023,78	1.034,18
4º Dia Internação	481,09	491,39	501,59	511,89	517,09

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO			PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL		
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código - Honorários Cirúrgicos		Código - Honorários de Anestesiologia	
85.60.704-7		85.60.704-9		85.60.704-8	

DIÁRIAS

UTI	0,1	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	3,4
------------	-----	----------------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31201113	Prostatavesciculectomia radical	11A	100%	2	6	0%
30914043	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca	9B	50%	1	5	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia), Assistência Fisioterápica – 24 hs (Apenas UTI e SEMI), Plantão de Intensivista por 12 hs (3C - R\$ 100,00), Intensivista Diarista Não Plantonista/Dia (2B R\$ 42,00), Laboratório (Custo Médio R\$ 10,00 cada), Raio-X de Tórax (R\$ 22,00).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 06, Taxa de Sala Compl Porte 06, Respirador Qualquer tipo Com Oxigênio por hora, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: clipador universal permanente (taxa de utilização) e carga para clipador metálico (estojo).
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- Este Valor Referencial já contempla o esvaziamento linfonodal (inguinal, ilíaco e pélvico).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	553,80	581,82	609,50	637,52	665,20
Taxas	-	514,17	518,97	648,29	783,54	788,34
SADT	-	143,40	161,40	179,40	197,40	197,40
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	-	862,96	862,96	862,96	862,96	862,96
Materiais	-	1.189,77	1.189,77	1.189,77	1.189,77	1.348,01
OPME	-	255,20	255,20	255,20	255,20	255,20
Sub-Total (Parte Hospitalar)	-	3.519,30	3.570,12	3.745,12	3.926,39	4.117,11
Honorários Médicos da Equipe	-	1.383,40	1.383,40	1.383,40	1.383,40	1.383,40
Honorários Médicos do Anestesiologista	-	646,00	646,00	646,00	646,00	646,00
Total (Com Anestesiologista)	-	5.548,70	5.599,52	5.774,52	5.955,79	6.146,51

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;

Tabela de Intercorrências:

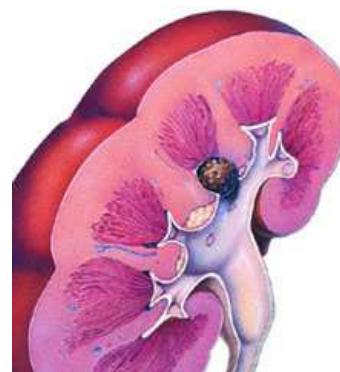
Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	2.143,69	2.174,59	2.205,19	2.236,09	2.251,69
3º Dia Internação	1.429,13	1.449,73	1.470,13	1.490,73	1.501,13
4º Dia Internação	714,56	724,86	735,06	745,36	750,56

NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Indicações:

A nefrolitotripsia percutânea (NPC) está indicada em todos os casos de falha de tratamento pela litotripsia extra-corpórea por ondas de choque (LEOC). Tem indicação primária no tratamento dos cálculos de cistina, cálculos coraliformes, cálculos piélicos maiores que 20mm e cálculos complexos. O acesso ao cálculo é realizado através de uma incisão / punção percutânea, atingindo o cálculo diretamente. Os litotritores utilizados nas técnicas transureteroscópicas podem também ser utilizados nesta técnica.



COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA		
NOME DO PROCEDIMENTO	Código - Honorários Cirúrgicos	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários de Anestesiologia	
85.60.349-7	85.60.349-9	85.60.349-8

DIÁRIAS

UTI	0,2	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2,8
-----	-----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31101275	Nefrolitotripsia percutânea unilateral (MEC., E.H., ou US)	10C	100%	2	6	0%
31102069	Colocação nefroscópica de duplo J unilateral	6B	50%	1	4	0%
31102034	Cateterismo ureteral unilateral	3C	50%	1	2	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia), Assistência Fisioterápica – 24 hs (Apenas UTI e SEMI), Plantão de Intensivista por 12 hs (3C - R\$ 100,00), Intensivista Diarista Não Plantonista/Dia (2B R\$ 42,00), Laboratório (Custo Médio R\$ 10,00 cada), Pielografia (32.07.002-0 134CH / 0,48 Filme=> R\$ 40,00).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 06, Taxa de Sala Compl Porte 06, Respirador Qualquer tipo Com Oxigênio por hora, Arco Em C P/Uso, Vídeo-Urológico, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: Amplatz, Balão dilatador Renal, Agulha para punção renal, Cateter uretral para pielografia, Fio guia teflonado, Duplo J, extrator de cálculo;
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	519,60	554,44	589,00	623,84	658,40
Taxas	-	691,77	701,37	835,49	975,54	985,14
SADT	-	362,40	378,40	394,40	410,40	410,40
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	-	1.141,72	1.141,72	1.141,72	1.141,72	1.311,84
Materiais	-	1.084,75	1.084,75	1.084,75	1.084,75	1.246,38
OPME	-	3.994,95	3.994,95	3.994,95	3.994,95	3.994,95
Sub-Total (Parte Hospitalar)	-	7.795,20	7.855,64	8.040,32	8.231,21	8.607,11
Honorários Médicos da Equipe	-	1.222,00	1.222,00	1.222,00	1.222,00	1.222,00
Honorários Médicos do Anestesiologista	-	636,00	636,00	636,00	636,00	636,00
Total (Com Anestesiologista)	-	9.653,20	9.713,64	9.898,32	10.089,21	10.465,11

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

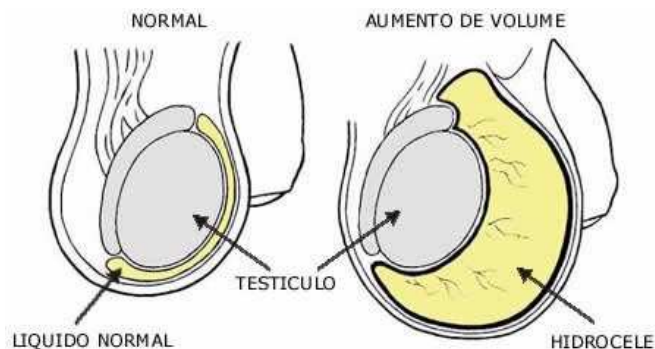
Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.693,62	1.714,22	1.734,62	1.755,22	1.765,62
3º Dia Internação	846,81	857,11	867,31	877,61	882,81

CORREÇÃO DE HIDROCELE
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Indicações:

A hidrocele é o acúmulo de líquido peritoneal no interior da túnica vaginal que reveste o testículo.

Comumente, resolve-se espontaneamente até os 02 anos de idade. A cirurgia está indicada nos casos persistentes, quando há aumento progressivo do volume testicular e quando há suspeita de hérnia inguinal associada.



COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL						
NOME DO PROCEDIMENTO	HIDROCELE UNILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA					
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia				
85.60.903-7	85.60.903-9	85.60.903-8				
DIÁRIAS						
UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1			
<ul style="list-style-type: none"> Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos. 						
HONORÁRIOS MÉDICOS						
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31203043	Hidrocele unilateral - correção cirúrgica	3C	100%	1	2	0%
SADT						
<ul style="list-style-type: none"> Este Procedimento não contempla SADT. 						
TAXAS E GASES						
<ul style="list-style-type: none"> Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Porte 02. 						
MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO						
<ul style="list-style-type: none"> Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas; O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior. 						
OPME						
<ul style="list-style-type: none"> Este Procedimento não contempla OPME. 						
OBSº						

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

HIDROCELE UNILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	115,50	147,00	152,30	157,50	162,80	168,00	57,50
Taxas	61,74	113,19	113,19	144,06	176,40	176,40	61,74
SADT	-	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	115,05	115,05	115,05	115,05	115,05	115,05	115,05
Materiais	206,72	206,72	206,72	206,72	206,72	233,59	206,72
OPME	-	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	499,01	581,96	587,26	623,33	660,97	693,04	441,01
Honorários Médicos da Equipe	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00
Honorários Médicos do Anestesiologista	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Total (Com Anestesiologista)	729,01	811,96	817,26	853,33	890,97	923,04	671,01

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-
3º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	HIDROCELE BILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.904-7	85.60.904-9	85.60.904-8

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31203043	Hidrocele unilateral - correção cirúrgica	3C	100%	1	2	0%
31203043	Hidrocele unilateral - correção cirúrgica	3C	70%	1	2	0%

SADT

- Este Procedimento não contempla SADT.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02, Taxa de Sala Compl Porte 02, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este Procedimento não contempla OPME.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

HIDROCELE BILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	115,50	147,00	152,30	157,50	162,80	168,00	57,50
Taxas	64,83	118,85	118,85	151,26	185,22	185,22	64,83
SADT	-	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	121,82	121,82	121,82	121,82	121,82	121,82	121,82
Materiais	227,39	227,39	227,39	227,39	227,39	255,59	227,39
OPME	-	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	529,54	615,06	620,36	657,97	697,23	730,62	471,54
Honorários Médicos da Equipe	221,00	221,00	221,00	221,00	221,00	221,00	221,00
Honorários do Anestesiologista	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00
Total (Com Anestesiologista)	920,54	1.006,06	1.011,36	1.048,97	1.088,23	1.121,62	862,54

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-
3º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-

RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA BEXIGA
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Indicações:

Este procedimento consiste na ressecção endoscópica da bexiga, sendo considerado o padrão-ouro para diagnóstico, estadiamento e tratamento dos tumores superficiais da bexiga.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL							
NOME DO PROCEDIMENTO		RESSECÇÃO TRANSURETRAL (RTU) DA PRÓSTATA					
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código - Honorários Cirúrgicos			Código - Honorários de Anestesiologia		
85.60.705-7		85.60.705-9			85.60.705-8		
DIÁRIAS							
UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)			3		
<ul style="list-style-type: none"> Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodados em apartamentos. 							
HONORÁRIOS MÉDICOS							
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA	
31201130	Ressecção endoscópica da próstata	9B	100%	1	5	0%	
SADT							
<ul style="list-style-type: none"> Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia). 							
TAXAS E GASES							
<ul style="list-style-type: none"> Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Porte 05, Ressectoscópio com Alça Ressectora P/Usso, Víde-Urológico, etc. 							
MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO							
<ul style="list-style-type: none"> Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas; O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior. 							
OPME							
<ul style="list-style-type: none"> Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: Alça de Ressecção para RTU <u>Uni ou Bipolar</u> , Kit de Citostomia; Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização. 							
OBSº							

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

RTU DA PRÓSTATA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	346,50	441,00	456,90	472,50	488,40	504,00	-
Taxas	314,42	455,59	455,59	540,30	629,04	629,04	-
SADT	90,00	105,00	120,00	135,00	150,00	150,00	-
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	509,60	509,60	509,60	509,60	509,60	608,97	-
Materiais	367,54	367,54	367,54	367,54	367,54	367,54	-
OPME	316,80	316,80	316,80	316,80	316,80	316,80	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	1.944,86	2.195,53	2.226,43	2.341,74	2.461,38	2.576,35	-
Honorários Médicos da Equipe	618,80	618,80	618,80	618,80	618,80	618,80	-
Honorários do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00	-
Total (Com Anestesiologista)	2.903,66	3.154,33	3.185,23	3.300,54	3.420,18	3.535,15	-

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	-
2º Dia Internação		907,27	927,87	948,27	968,87	979,27	-
3º Dia Internação		453,64	463,94	474,14	484,44	489,64	-

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	RTU – BEXIGA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.533-7	85.60.533-9	85.60.533-8

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	---	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31103456	Tumor vesical - ressecção endoscópica	6A	100%	1	4	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Porte 04, Ressectoscópio com Alça Ressectora P/Use, Vídeo-Urológico, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: : Alça de Ressecção para RTU Uni ou Bipolar , Kit de Citostomia;
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

RTU - BEXIGA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	173,25	220,50	228,45	236,25	244,20	252,00	-
Taxas	266,01	366,85	366,85	427,36	490,74	490,74	-
SADT	45,00	52,50	60,00	67,50	75,00	75,00	-
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	308,06	308,06	308,06	308,06	308,06	308,06	-
Materiais	271,90	271,90	271,90	271,90	271,90	340,69	-
OPME	316,80	316,80	316,80	316,80	316,80	316,80	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	1.381,01	1.536,60	1.552,05	1.627,86	1.706,69	1.783,28	-
Honorários Médicos da Equipe	260,00	260,00	260,00	260,00	260,00	260,00	-
Honorários do Anestesiologista	220,00	220,00	220,00	220,00	220,00	220,00	-
Total (Com Anestesiologista)	1.861,01	2.016,60	2.032,05	2.107,86	2.186,69	2.263,28	-

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	-
2º Dia Internação		270,12	275,27	280,37	285,52	288,12	-
3º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-

PIELOPLASTIA
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Indicações:

Este procedimento consiste na correção cirúrgica das obstruções ou estenoses da junção pieloureteral.

A obstrução ao nível desta junção promove restrição ao fluxo urinário da pélvis renal para o ureter e pode evoluir com perda progressiva da função renal.

A cirurgia pode ser aberta ou por via laparoscópica. A técnica aberta descrita por Anderson e Hynes é a mais empregada para a reconstrução da junção ureteropielica.

A pieloplastia laparoscópica pode ser realizada utilizando a mesma técnica da cirurgia aberta e há estudos comparativos mostrando que as complicações e a morbidade vem decrescendo com a via laparoscópica, mas a técnica aberta ainda é a mais recomendada e eficaz.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	PIELOPLASTIA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.326-7	85.60.326-9	85.60.326-8

DIÁRIAS			
UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	3

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS						
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31101364	Pieloplastia	9C	100%	2	5	0%

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia).

TAXAS E GASES
<ul style="list-style-type: none"> Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles Taxa de Sala Porte 05, Taxa de Sala Compl Porte 05, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO
<ul style="list-style-type: none"> Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas; O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME
<ul style="list-style-type: none"> Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: Kit Duplo J (Inclui Guia Hidrofílico); Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

PIELOPLASTIA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	346,50	441,00	456,90	472,50	488,40	504,00	-
Taxas	177,89	326,12	326,12	415,07	508,24	508,24	-
SADT	90,00	105,00	120,00	135,00	150,00	150,00	-
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	714,20	714,20	714,20	714,20	714,20	714,20	-
Materiais	878,28	878,28	878,28	878,28	878,28	1.003,87	-
OPME	374,00	374,00	374,00	374,00	374,00	374,00	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	2.580,86	2.838,59	2.869,49	2.989,04	3.113,11	3.254,30	-
Honorários Médicos da Equipe	786,00	786,00	786,00	786,00	786,00	786,00	-
Honorários do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00	-
Total (Com Anestesiologista)	3.706,86	3.964,59	3.995,49	4.115,04	4.239,11	4.380,30	-

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	-
2º Dia Internação		1.343,29	1.363,89	1.384,29	1.404,89	1.415,29	-
3º Dia Internação		671,64	681,94	692,14	702,44	707,64	-

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	VÍDEO – PIELOPLASTIA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.392-7	85.60.392-9	85.60.392-8

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31101526	Pieloplastia laparoscópica unilateral	11B	100%	2	6	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 06, Vídeo-Laparoscópio, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: Trocarte de 12 mm, Kit Duplo J (Inclui Guia Hidrofílico), Bisturi Ultrasears;
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

VÍDEO - PIELOPLASTIA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	231,00	294,00	304,60	315,00	325,60	336,00
Taxas	200,00	634,83	634,83	753,42	877,66	877,66
SADT	60,00	70,00	80,00	90,00	100,00	100,00
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	511,21	511,21	511,21	511,21	511,21	617,55
Materiais	628,66	628,66	628,66	628,66	628,66	759,42
OPME	3.454,00	3.454,00	3.454,00	3.454,00	3.454,00	3.454,00
Sub-Total (Parte Hospitalar)	5.084,87	5.592,70	5.613,30	5.752,29	5.897,13	6.144,63
Honorários Médicos da Equipe	1.176,00	1.176,00	1.176,00	1.176,00	1.176,00	1.176,00
Honorários do Anestesiologista	476,00	476,00	476,00	476,00	476,00	476,00
Total (Com Anestesiologista)	6.736,87	7.244,70	7.265,30	7.404,29	7.549,13	7.796,63

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	-
2º Dia Internação		707,72	718,02	728,22	738,52	743,72	-
3º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-

URETERORRENOLITOTRIPSIA
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Indicações:

Consiste na introdução de equipamentos endoscópicos de fino calibre através da uretra e, em seguida, através do ureter até atingir diretamente o cálculo. Após atingir o cálculo, um litotritor é introduzido através dos equipamentos endoscópicos e aplicam-se ondas de choque ou ondas de som (litotritor balístico ou ultrasônico respectivamente) diretamente sobre o cálculo, promovendo sua fragmentação. É indicado principalmente no tratamento de cálculos ureterais proximais maiores que 10 mm e de cálculos de ureter distal. Podem ser utilizados ureteroscópios semi-rígidos ou flexíveis (litotritor a laser), sendo que estes últimos permitem melhor acesso ao ureter superior, pelve e cálices, porém tem custo muito mais elevado. A ureterorrenolitotripsia a laser só é liberada pelo Planserv para cálculos renais entre 5 mm a 20 mm (comprovado por exame de imagem), que foram submetidos à LEOC sem sucesso, e que não possam ser submetidos à nefrolitotripsia transuereteroscópica ultrasônica ou balística. A ureterorrenolitotripsia a laser só será liberada pelo Planserv aos prestadores credenciados para esta técnica.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.447-7	85.60.447-9	85.60.447-8

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31102379	Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral	10B	100%	1	6	0%
31102050	Colocação cistoscópica de duplo J unilateral	5B	50%	1	2	0%
31102085	Dilatação endoscópica unilateral	4C	5%	1	1	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 06, Arco Em C P/Uso, Vídeo-Urológico, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: Baskect, Kit Duplo J (Inclui Guia Hidrofílico), Fio guia hidrofílico, Fio guia teflonado, Kit dilatador Uretral, Bainha Uretral – Estes últimos proporcionalizados;
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	115,50	147,00	152,30	157,50	162,80	168,00	57,50
Taxas	65,00	554,83	554,83	673,42	797,66	797,66	65,00
SADT	30,00	35,00	40,00	45,00	50,00	50,00	30,00
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	397,59	397,59	397,59	397,59	397,59	493,80	397,59
Materiais	232,53	232,53	232,53	232,53	232,53	288,81	232,53
OPME	2.164,22	2.164,22	2.164,22	2.164,22	2.164,22	2.164,22	2.164,22
Sub-Total (Parte Hospitalar)	3.004,84	3.531,17	3.541,47	3.670,26	3.804,80	3.962,49	2.946,84
Honorários Médicos da Equipe	911,82	911,82	911,82	911,82	911,82	911,82	911,82
Honorários do Anestesiologista	529,45	529,45	529,45	529,45	529,45	529,45	529,45
Total (Com Anestesiologista)	4.446,11	4.972,44	4.982,74	5.111,53	5.246,07	5.403,76	4.388,11

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-
3º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA A LASER	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.60.493-7	85.60.493-9	85.60.493-8

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31102360	Ureterorenolitotripsia flexível unilateral	11A	100%	1	5	0%
31102050	Colocação cistoscópica de duplo J unilateral	5B	50%	1	2	0%
31102085	Dilatação endoscópica unilateral	4C	5,0%	1	1	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12 hs (01 ao dia).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 05, Arco Em C P/Usó,
- Vídeo-Urológico, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: Basket, Fibra laser, Fio guia teflonado, Kit Duplo J (Inclui Guia Hidrofílico), Bainha Uretral, Kit dilatador Uretral, Irrigador - Sem cobertura;
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

ULT - LASER

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Diárias	115,50	147,00	152,30	157,50	162,80	168,00	57,50
Taxas	234,42	430,59	430,59	515,30	604,04	604,04	234,42
SADT	30,00	35,00	40,00	45,00	50,00	50,00	30,00
Gases	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	374,20	374,20	374,20	374,20	374,20	567,29	374,20
Materiais	218,86	218,86	218,86	218,86	218,86	331,79	218,86
OPME	6.246,70	6.246,70	6.246,70	6.246,70	6.246,70	6.246,70	6.246,70
Sub-Total (Parte Hospitalar)	7.219,68	7.452,35	7.462,65	7.557,56	7.656,60	7.967,81	7.161,68
Honorários Médicos da Equipe	1.138,80	1.138,80	1.138,80	1.138,80	1.138,80	1.138,80	1.138,80
Honorários do Anestesiologista	424,50	424,50	424,50	424,50	424,50	424,50	424,50
Total (Com Anestesiologista)	8.782,98	9.015,65	9.025,95	9.120,86	9.219,90	9.531,11	8.724,98

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-
3º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-

POSTECTOMIA
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Indicações:

Este procedimento consiste na remoção cirúrgica do prepúcio que envolve a glândula.

É indicado em pacientes com fimose verdadeira e naqueles com prepúcio não retrátil que apresentam bálano-postites recorrentes e infecções do trato urinário de repetição.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	POSTECTOMIA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.61.216-7	85.61.216-9	85.61.216-8

DIÁRIAS			
UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
<ul style="list-style-type: none"> Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos. 			

HONORÁRIOS MÉDICOS							
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA	
31206220	Postectomia	4C	100%	1	2	0%	
31206212	Plástica do freio bálano-prepucial	3B	12,5%	1	1	0%	

SADT
<ul style="list-style-type: none"> Este procedimento não contempla SADT.

TAXAS E GASES
<ul style="list-style-type: none"> Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO
<ul style="list-style-type: none"> Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas; O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME
<ul style="list-style-type: none"> Este Procedimento não contempla OPME.

OBSº
<ul style="list-style-type: none"> Este procedimento pode ser realizado em ambiente ambulatorial (sala de pequena cirurgia – ambulatorial), desde que o prestador apresente as condições necessárias (estrutura) e esteja habilitado ao Planserv (credenciado). Este pacote já contempla plástica do freio bálano-prepucial.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

POSTECTOMIA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY	Ambulatorial
Diárias	57,50	73,50	76,70	78,90	81,90	84,00	57,50	-
Taxas	92,02	149,43	149,72	183,51	218,97	220,86	92,02	41,51
SADT	-	-	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	83,99	83,99	83,99	83,99	83,99	83,99	83,99	83,99
Materiais	139,30	139,30	139,30	139,30	139,30	158,52	139,30	139,30
OPME	-	-	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	372,81	446,22	449,71	485,70	524,16	547,37	372,81	264,80
Honorários Médicos da Equipe	206,70	206,70	206,70	206,70	206,70	206,70	206,70	206,70
Honorários do Anestesiologista	108,63	108,63	108,63	108,63	108,63	108,63	108,63	108,63
Total (Com Anestesiologista)	688,14	761,55	765,04	801,03	839,49	862,7	688,14	580,13

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY	Ambulatorial
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-	-
3º Dia Internação	-	-	-	-	-	-	-	-

FRENULOPLASTIA BÁLANO-PREPUCIAL
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Indicações:

Este procedimento consiste na correção cirúrgica da prega de pele (freio) localizada na parte inferior da glândula e que faz a ligação desta à pele do prepúcio. Indicado nos casos de freio curto, quando há desconforto durante as relações sexuais, curvatura do pênis ou dor local.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	FRENULOPLASTIA	
Código Principal (Prestador)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.61.215-7	85.61.215-9	85.61.215-8

- Todos os prestadores habilitados a este procedimento devem utilizar o mesmo código, sejam unidades ambulatoriais, Day Hospital ou Hospital Geral, independente de sua classificação. O valor para este procedimento é único, independente da unidade ou classificação.

DIÁRIAS			
UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	0

- Como este procedimento é realizado a nível ambulatorial, não está contemplado valor de diária hospitalar.

HONORÁRIOS MÉDICOS						
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
31206212	Plástica do freio bálano-prepucial	3B	100%	1	1	0%

SADT

- Este procedimento não contempla SADT.

TAXAS

- Todas as taxas e serviços foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de procedimentos ambulatoriais.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este Procedimento não contempla OPME.

OBSº

- Este procedimento pode ser realizado em ambiente ambulatorial (sala de pequena cirurgia – ambulatorial), desde que o prestador apresente as condições necessárias (estrutura) e esteja habilitado ao Planserv (credenciado);
- Quando a anestesia deste procedimento for realizada pelo cirurgião urologista (apto a realizá-la) não poderá ser realizada a cobrança do código 85.61.215-8 (Pacote correspondente a parte do anestesiológico).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

FRENULOPLASTIA

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Taxa de sala de procedimentos ambulatoriais	45,00
Outras Taxas	126,00
SADT	-
Gases	-
Medicamentos	23,30
Materiais	38,73
OPME	-
Sub-Total (Prestador)	233,03
Honorários Médicos da Equipe	114,40
Honorários Médicos do Anestesiologista	69,00
Total (Com Anestesiologista)	416,43

OBSERVAÇÃO:

- Recentemente o Planserv publicou Valores Referenciais na especialidade de Cirurgia Pediátrica. Alguns destes pacotes contemplam procedimentos comuns à especialidade Urologia. Entretanto, somente poderão utilizar os códigos iniciados em **85.3** (cirurgia pediátrica) os profissionais que tenham título de especialista em pediatria.

12. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS

PROCEDIMENTO	HM CIRURGIA	HM ANESTESISTA	HOSP F	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A	DAY	AMBULATORIAL
NEFRECTOMIA TOTAL	85.60.310-9	85.60.310-8	85.60.310-7							
	912,00	340,00	-	3.845,64	3.916,38	4.075,69	4.239,60	4.460,56	-	-
NEFRECTOMIA TOTAL POR VÍDEO	85.60.390-9	85.60.390-8	85.60.390-7							
	912,00	340,00	-	7.356,75	7.397,82	7.523,31	7.653,12	7.985,09	-	-
NEFRECTOMIA RADICAL COM ESVAZIAMENTO LINFÁTICO	85.60.342-9	85.60.342-8	85.60.342-7							
	1.683,00	578,00	-	3.059,58	3.145,09	3.354,75	3.570,71	3.780,11	-	-
VÍDEO - NEFRECTOMIA RADICAL COM ESVAZIAMENTO LINFÁTICO	85.60.391-9	85.60.391-8	85.60.391-7							
	2.271,00	714,00	-	6.980,58	7.030,42	7.204,50	7.384,79	7.716,06	-	-
VÍDEO - NEFRECTOMIA PARCIAL COM ESVAZIAMENTO LINFÁTICO	85.60.393-9	85.60.393-8	85.60.393-7							
	2.271,00	1.130,99	-	7.188,73	7.238,57	7.412,65	7.592,94	7.924,21	-	-
ORQUIECTOMIA UNILATERAL	85.60.906-9	85.60.906-8	85.60.906-7							
	260,00	100,00	621,17	704,12	709,42	745,49	783,13	819,63	563,17	-
ORQUIECTOMIA BILATERAL	85.60.907-9	85.60.907-8	85.60.907-7							
	442,00	170,00	662,48	748,00	753,30	790,91	830,17	869,04	604,48	-
VARICOCELE UNILATERAL – CORREÇÃO CIRÚRGICA	85.60.913-9	85.60.913-8	85.60.913-7							
	260,00	100,00	458,15	541,10	546,40	582,47	620,11	651,02	400,15	-
VARICOCELE BILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	85.60.914-9	85.60.914-8	85.60.914-7							
	442,00	170,00	534,48	617,43	622,73	658,80	696,44	729,82	476,48	-

PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO	85.60.703-9	85.60.703-8	85.60.703-7							
	840,00	340,00	-	2.664,25	2.720,77	2.861,56	3.006,82	3.161,74	-	-
PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL	85.60.704-9	85.60.704-8	85.60.704-7							
	1.383,40	646,00	-	3.519,30	3.570,12	3.745,12	3.926,39	4.117,11	-	-
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	85.60.349-9	85.60.349-8	85.60.349-7							
	1.222,00	636,00	-	7.795,20	7.855,64	8.040,32	8.231,21	8.607,11	-	-
HIDROCELE UNILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	85.60.903-9	85.60.903-8	85.60.903-7							
	130,00	100,00	499,01	581,96	587,26	623,33	660,97	693,04	441,01	-
HIDROCELE BILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	85.60.904-9	85.60.904-8	85.60.904-7							
	221,00	170,00	529,54	615,06	620,36	657,97	697,23	730,62	471,54	-
RTU – PRÓSTATA	85.60.705-9	85.60.705-8	85.60.705-7							
	618,80	340,00	1.944,86	2.195,53	2.226,43	2.341,74	2.461,38	2.576,35	-	-
RTU – BEXIGA	85.60.533-9	85.60.533-8	85.60.533-7							
	260,00	220,00	1.381,01	1.536,60	1.552,05	1.627,86	1.706,69	1.783,28	-	-
PIELOPLASTIA	85.60.326-9	85.60.326-8	85.60.326-7							
	786,00	340,00	2.580,86	2.838,59	2.869,49	2.989,04	3.113,11	3.254,30	-	-
VÍDEO – PIELOPLASTIA	85.60.392-9	85.60.392-8	85.60.392-7							
	1.176,00	476,00	5.084,87	5.592,70	5.613,30	5.752,29	5.897,13	6.144,63	-	-
ULT-TURET	85.60.447-9	85.60.447-8	85.60.447-7							
	911,82	529,45	3.004,84	3.531,17	3.541,47	3.670,26	3.804,80	3.962,49	2.946,84	-

ULT – LASER	85.60.493-9	85.60.493-8	85.60.493-7							
	1.138,80	424,50	7.219,68	7.452,35	7.462,65	7.557,56	7.656,60	7.967,81	7.161,68	-
POSTECTOMIA	85.61.216-9	85.61.216-8	85.61.216-7							
	206,70	108,63	372,81	446,22	449,71	485,70	524,16	547,37	372,81	264,80
FRENULOPLASTIA	85.61.215-9	85.61.215-8	85.61.215-7							
	114,40	69,00	233,03	233,03	233,03	233,03	233,03	233,03	233,03	233,03