

**NOVEMBRO
2019**

TABELA SINTÉTICA

HOSPITAL DIA

Governador do Estado
RUI COSTA DOS SANTOS

Secretário da Administração
EDELVINO DA SILVA GOES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
MARIA DO SOCORRO DA COSTA BRITTO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO
MARIA BEATRIZ FIGUEIREDO FAUZE

EQUIPE EXECUTORA

LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
MÉDICA

REYNALDO ROCHA NASCIMENTO JÚNIOR
MÉDICO

ASSESSORIA TÉCNICO- ADMINISTRATIVA
LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA Secretaria da Administração
Normas e Especificações Para Credenciamento das Unidades – Hospital Dia.
10ª ed.
Salvador: SAEB/PLANSEV/CGPS, 2019.

33 p.

HOSPITAL DIA – CREDENCIAMENTO. PLANSERV.

Índice

ESPECIFICAÇÕES PARA CREDENCIAMENTO DAS UNIDADES HOSPITAL DIA

1.	OBJETIVO	5
2.	ESPECIFICAÇÕES	5
3.	CLASSIFICAÇÃO DAS UNIDADES HOSPITAL DIA	6
4.	ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO HOSPITAL DIA	7

TABELA SINTÉTICA DE SERVIÇOS MÉDICOS – HOSPITAL DIA MÓDULO DE INTERNAÇÃO

1.	OBJETIVO	8
2.	ESTRUTURA E METODOLOGIA	8
3.	CONCEITUAÇÃO BÁSICA	9
4.	DESCRIÇÃO DAS DIÁRIAS (ACOMODAÇÕES)	9
5.	COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS	9
6.	DESCRIÇÃO DAS TAXAS DE SALA	11
7.	CONCEITO DE TAXA DE SALA	11
8.	COMPOSIÇÃO DAS TAXAS DE SALA	11
9.	OUTRAS TAXAS QUE COMPÕEM A TABELA SINTÉTICA	13
10.	LISTA DE EXCLUSÃO OU COBERTURA CRITERIZADA	17
11.	ORIENTAÇÕES DA TABELA DE INTERNAÇÃO DAY	17
12.	TABELAS HOSPITAL DIA	20

MÓDULO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

1.	APRESENTAÇÃO	21
2.	DEFINIÇÕES	21
3.	ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS	21
4.	REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS	25
5.	ORIENTAÇÕES	26

MODULO AMBULATORIO

1.	APRESENTAÇÃO	29
2.	METODOLOGIA	29
3.	GASES	30
4.	TAXAS	30
5.	ORIENTAÇÕES	32

ESPECIFICAÇÕES PARA CREDENCIAMENTO DAS UNIDADES HOSPITAL DIA

1. OBJETIVO

- Será objeto deste credenciamento as unidades de assistência a saúde, classificadas como HOSPITAL DIA.
- Apenas as unidades de Hospital Dia EXCLUSIVO (não integradas a Hospitais Gerais) poderão participar deste edital de credenciamento.

2. ESPECIFICAÇÕES

Poderão participar do credenciamento para as unidades de HOSPITAL DIA, as unidades que atenderem, no que couber, os seguintes requisitos:

- Atender a Resolução RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA-MS, que regulamenta os critérios técnicos dos serviços assistenciais de saúde;
- Atender a Resolução 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta os critérios mínimos para realização de atos anestésicos;
- Atender a Resolução 1.409/94 do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta a prática da cirurgia ambulatorial;
- Atender a Portaria Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, do Ministério da Saúde, que determina os requisitos necessários para caracterização da unidade como Hospital Dia:
 - Especificamente nos itens referentes a unidades de HOSPITAL DIA Geral, para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos Gerais;
 - Excluem os requisitos para as unidades especializadas, a saber: Hospital Dia em Saúde Mental, Hospital Dia AIDS, Hospital Dia Geriatria, Hospital Dia Fibrose Cística e Hospital Dia em Transplante de Medula óssea. As unidades especializadas descritas não fazem parte do escopo deste credenciamento.
- Apresentar uma unidade hospitalar de referência para os casos de transferência dos pacientes que apresentarem intercorrências:
 - A unidade hospitalar de referência deve estar instalada obrigatoriamente no mesmo município da unidade HOSPITAL DIA;
 - A unidade hospitalar de referência tem que estar apta tecnicamente e estruturalmente, para receber e assistir o paciente transferido por intercorrência;

- A unidade hospitalar de referência tem que estar credenciada ao PLANSERV, estando apta a receber os pacientes encaminhados nos casos de intercorrências clínicas e cirúrgicas, oferecendo todos os serviços disponíveis e necessários na assistência destes pacientes.
- Assegurar a remoção dos pacientes que necessitem de transferência para unidade hospitalar de referência:
 - No município que dispuser de serviço de ambulância credenciado ao PLANSERV, caberá a unidade HOSPITAL DIA: A busca pela vaga na unidade de referência, o contato com a empresa prestadora de serviço de ambulância solicitando a remoção, e o acompanhamento médico do paciente até a unidade hospitalar de referência, até que esta assuma a assistência pelo paciente;
 - No município que não dispuser de serviço de ambulância credenciado ao PLANSERV, caberá a unidade HOSPITAL DIA: Dispor de ambulância para remoção dos pacientes que necessitem de transferência para unidade hospitalar de referência, ou apresentar plano de logística equivalente e seguro.
- Apresentar documentação do responsável médico pelo serviço de anestesiologia da unidade.

3. CLASSIFICAÇÃO DAS UNIDADES HOSPITAL DIA

Considerando as diferentes estruturas técnicas e seus respectivos aportes econômicos, recursos humanos e graus de complexidade dos diversos prestadores de unidades de Hospital Dia, e mantendo o padrão do modelo hierarquizado das unidades hospitalares, fez-se necessário classificar as unidades de Hospital Dia.

Este modelo de classificação de Hospital Dia tem mesmo objetivo da classificação de hospitais, que é elencar um pequeno número de itens de fácil verificação, relacionados com o porte e complexidade, além da relação com o quantitativo de beneficiários do PLANSERV na localidade referida.

Este modelo classifica as unidades de Hospital Dia em três grupos, sendo grupo "C" o grupo de unidades básicas com estruturas mais simples e em localidades de pouco beneficiários do PLANSERV, até o grupo "A" onde estão os prestadores de estruturas mais complexas, aptos a prestar serviços mais elaborados que envolvem maior aporte financeiro, em localidades de maior densidade demográfica de beneficiários do PLANSERV.

O modelo de classificação é hierarquizado, onde todos os prestadores iniciam o processo de classificação no grupo "C", e a partir de então são aplicados os itens de verificação. A partir daí, os prestadores que se habilitarem a cada etapa de verificação vão subindo de nível até atingir sua classificação final. Os prestadores que não preencherem os critérios de verificação de uma etapa, não poderão se submeter aos itens de verificação da etapa seguinte.

Este modelo classifica apenas as unidades de HOSPITAL DIA.

Estrutura das etapas de verificação:

1. Etapa 01: Todos os prestadores HOSPITAL DIA estarão inicialmente incluídos na Classe "C".
 - a. Itens de exigência para migrar da Classe "C" para "B":
 - i. O Prestador está localizado em cidade com mais de 10.000 beneficiários do PLANSERV?

- ii. O prestador apresenta mais de uma sala de cirurgia (ativa)?
 - b. Classificação: Os prestadores que atenderem obrigatoriamente aos dois critérios exigidos dos itens de verificação desta etapa, poderão migrar para a Classe B. Os prestadores que não cumprirem os dois itens de verificação, serão classificados como Classe C.
2. Etapa 02: Prestadores classificados como B, poderão ser submetidos à nova etapa de verificação, sendo:
 - a. Itens de exigência para migrar da Classe "B" para "A":
 - i. O prestador tem mais de três salas de cirurgias (ativas)?
 - ii. O prestador realiza procedimento sob anestesia geral inalatória?
 - iii. O prestador realiza procedimentos Intervencionistas por Vídeo (Vídeo-laparoscopia, e/ou Vídeo-Artroscopia e/ou Vídeo-Ureterorenoscopia)?
 - b. Classificação: Os prestadores que atenderem obrigatoriamente aos três critérios exigidos dos itens de verificação desta etapa, poderão migrar para a Classe A. Os prestadores que não cumprirem todos os itens de verificação, serão classificados como Classe B.

4. ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO HOSPITAL DIA

- A Classificação será realizada com base nas informações colhidas pela Coordenação de Prestadores do PLANSEV. Os prestadores que observarem não conformidade em sua classificação devem solicitar reavaliação e/ou verificação dos dados para possível reclassificação;
- Os prestadores que promoverem alterações em suas estruturas, e que com isto possibilitem uma mudança de classe, poderão solicitar ao PLANSEV uma nova avaliação e reclassificação. Contudo, prestadores que deixarem de atender a requisitos que os classificaram em qualquer uma das classes, serão reavaliados e terão sua classificação rebaixada.

TABELA SINTÉTICA DE SERVIÇOS MÉDICOS – HOSPITAL DIA MÓDULO DE INTERNAÇÃO

1. OBJETIVOS

- 1.1 Elaborar uma tabela com vistas a atender ao credenciamento dos serviços médicos assistenciais classificados como Hospital Dia Exclusivos;
- 1.2 Simplificar o modelo de cobrança facilitando os processos de faturamento, auditoria e controle.

2. ESTRUTURA E METODOLOGIA

A tabela de serviços hospitalares das unidades exclusivamente em regime de HOSPITAL DIA obedece à mesma estrutura e metodologia da tabela sintética hospitalar, guardando as devidas proporções e especificações.

Estão subordinadas a este documento as unidades classificadas como HOSPITAL DIA exclusivamente, não fazem parte deste escopo às unidades de HOSPITAL DIA inseridas dentro de Hospitais Gerais (com internação de 24 horas), unidades exclusivamente de Pronto-atendimento ou unidades exclusivamente ambulatoriais. As unidades HOSPITAL DIA devem enviar suas cobranças de seus serviços identificando no sistema o “Tipo de Atendimento” como “HOSPITAL DIA”

As unidades de HOSPITAL DIA que possuem serviços de natureza ambulatorial ou de Pronto-Atendimento, devem registrar no processo de credenciamento a disponibilização destes serviços. As unidades de HOSPITAL DIA que não dispõe deste serviço, devem marcar apenas o segmento internação em hospital dia.

A estrutura central da tabela segue o padrão da tabela sintética dos hospitais, sendo segmentada em:

- Internação (Dia);
- Pronto Atendimento;
- Ambulatório.

Por sua vez estes segmentos estão subdivididos em:

- Diárias;
- Taxas de sala cirúrgica (Com recuperação pós-anestésica);
- Taxa de uso de equipamentos;
- Taxas de Gases e Serviços;
- Materiais;
- Medicamentos;
- Honorários Médicos e SADT.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DIA

3. CONCEITUAÇÃO BÁSICA

Conceito de Diárias (Acomodações)

É o valor cobrado pela permanência de um paciente por um período indivisível de até 12 horas. **Ressalte-se que a permanência não deverá ser inferior a seis horas.** Para efeito de cobrança, fica estabelecido que o intervalo compreende das 7:00 hs às 19:00 hs do mesmo dia. As diárias serão: Day-Enfermaria e Day-Apartamento.

4. DESCRIÇÃO DAS DIÁRIAS (ACOMODAÇÕES)

DAY-APARTAMENTO:

Acomodação individual que deve ter como requisito básico: banheiro privativo, acomodação para acompanhante, telefone, frigobar, armários e ar condicionado. As subclassificações entre diferentes tipos de apartamento não devem ser consideradas para efeito de contrato, codificação ou cobrança.

DAY-ENFERMARIA:

Acomodação coletiva para dois a quatro pacientes com banheiro comum a todos os usuários da unidade física, telefone, ar condicionado ou ventilador. Sem direito a acompanhante, exceto nos casos previstos no Decreto 9.552/2005.

5. COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS

DIÁRIAS DE DAY-ENFERMARIA E DAY-APARTAMENTO.

Inclui:

- O conjunto de assistência e serviços prestados por um período de 12 horas (horas indivisíveis) com início as 7:00 e término as 19:00 hs do MESMO dia. **Ressalte-se que a permanência não deverá ser inferior a seis horas;**
- Leito próprio;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante quando em apartamento;
- Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental;
- Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica;
- Bomba de infusão;
- Aspiradores e Vácuo Central;

- Oxímetro;
- Oxigênio;
- Ar comprimido;
- Monitores Cardíacos e de PA;
- Serviços de enfermagem realizados no leito do paciente, como:
 - Assistência de Enfermagem Nível I e II;
 - Administração de medicamentos por todas as vias;
 - Preparo, instalação e manutenção de venoclise e aparelhos;
 - Controle de sinais vitais;
 - Controle de diurese;
 - Curativos;
 - Sondagens;
 - Aspirações;
 - Inalação / Nebulização (Incluso equipamento, instalação [serviço], ar comprimido ou oxigênio e medicações habituais como, por exemplo, o berotec e o atrovent);
 - Mudanças de decúbitos;
 - Locomoção interna do paciente;
 - Preparo do paciente para procedimentos médicos (Enterocлизма, lavagem gástrica, tricotomia, e outros);
 - Cuidados e higiene pessoal do paciente;
 - Transporte de equipamentos (Raios-X, Eletrocardiógrafo, Ultra-som etc.);
 - Transporte do paciente para realização de exames dentro da própria unidade hospitalar;
 - Assepsia e anti-sepsia de equipamentos e materiais.
- Serviço e Taxas administrativas (recepção, registros, controle de gastos e processos de cobrança, e outros);
- Materiais básicos: Éter, álcool, água oxigenada, álcool iodado, PVPI, soluções anti-sépticas de superfície, soluções anti-sépticas orais (Cepacol e outros), água destilada, agulhas, seringas descartáveis (de 1ml a 20 ml), bolinhas de algodão, compressas de gazes, esparadrapos (simples e antialérgicos), luvas de procedimento não estéril, oral pack, abaixador de língua, e materiais de proteção individual da equipe assistente;
- Materiais de proteção à disseminação de infecção;
- Preparo do corpo em caso de óbito.

Não estão incluídos na composição das diárias

Todos os demais itens não descritos acima estão excluídos das diárias a exemplo de:

- Medicamentos e materiais (exceto os já previstos nas diárias e taxas de sala), pertencentes à tabela PLANSERV (Ver orientação sobre os itens Materiais e Medicamentos);

- Utilização de equipamentos (exceto os descritos) previstos na lista de “Taxa de Uso de Equipamento”;
- Honorários médicos/ Serviço Auxiliar Diagnóstico e Tratamento – SADT;
- Hemoderivados: A utilização de hemoderivados poderá ser cobrada complementarmente à diária, através dos códigos 27 da tabela PLANSERV (AMB). Os materiais necessários na utilização destes hemoderivados, também poderão ser cobrados complementarmente, exceto aqueles que já estejam inclusos na diária (Como: Agulhas, seringas (de 1 a 20 ml), algodão, etc.);
- Ligações telefônicas urbanas e interurbanas (custo do paciente).

NOTA: Os materiais da higiene pessoal do paciente não são contemplados pelo PLANSERV (a exemplo de pasta dental, escova dental, sabonetes, etc.).

6. DESCRIÇÃO DAS TAXAS DE SALA

Taxas de sala (Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico)

- Taxa de Sala Porte 0
- Taxa de Sala Porte 1
- Taxa de Sala Porte 2
- Taxa de Sala Porte 3
- Taxa de Sala Porte 4
- Taxa de Sala Porte 5
- Taxa de Sala Porte 6
- Taxa de Sala Porte 7

7. CONCEITO DE TAXA DE SALA

Valor cobrado correspondente à efetiva utilização da estrutura, dos recursos humanos, equipamentos e materiais para realização de procedimentos cirúrgicos.

8. COMPOSIÇÃO DAS TAXAS DE SALA

Taxas de sala de centro cirúrgico estão baseadas no Rol de Procedimentos da tabela PLANSERV.

Inclui:

- Aspirador (elétrico ou a vácuo);
- Assepsia e anti-sepsia (equipe, paciente, sala e instrumental);

- Bisturi Elétrico ou Eletrônico, com a caneta, cabo de extensão e placa;
- Bomba de infusão;
- Utilização de Bomba de seringa Injetora (equipamento);
- Canetas e marcadores da pele e lixas de cauterio;
- Capnógrafo;
- Controle de sinais vitais;
- Desfibrilador / Cardioversor;
- Hamper;
- Iluminação (focos principal e acessório - fonte de luz);
- Instalação de oxigênio;
- Instrumental básico para cirurgia;
- Instrumental e equipamento de anestesia (inclusive o respirador e/ou máscara inalatória);
- Estrutura Física Local;
- Locomoção do paciente;
- Mesas operatórias principais e auxiliares;
- Monitor cardíaco e/ou Monitor Multiparamétrico;
- Monitor de Pressão Invasiva e Não Invasiva;
- Monitor de PVC;
- Oxímetro de pulso;
- Demais equipamentos de monitorização;
- Recipientes para acondicionamento das peças cirúrgicas (Material de biópsia);
- Respirador e carro de anestesia;
- Rouparia (LAPS);
- Serviço de enfermagem (semelhante à composição das diárias de unidades abertas);
- Serviço de enfermagem no preparo e materiais (Tricotomia);
- Ar comprimido;
- Oxigênio;
- Materiais básicos: Éter, álcool, água oxigenada, álcool iodado, PVPI, água destilada, agulhas, seringas descartáveis (de 1ml a 20 ml), eletrodos de monitorização cardíaca, bolinhas de algodão, compressas de gazes, campos cirúrgicos (compressas), propés, gorros, máscaras, esparadrapos (simples e antialérgicos), luvas de procedimento não estéril, luvas estéreis, capas e aventais protetores (LTA, etc.), materiais de proteção individual da equipe assistente;
- Sala de recuperação pós-anestésica com seus respectivos equipamentos e serviços.

Taxas de sala fora do centro cirúrgico

Taxa de sala de Procedimentos Endoscópicos (Colangiografia, Endoscopia Digestiva Alta e Baixa, Procedimentos endoscópicos urológicos)

Inclui:

- Preparo de paciente (sondagens, tricotomia);
- Assepsia e Anti-sepsia da sala, paciente e instrumental;
- Leito;
- Instalação da sala e iluminação;
- Serviço de enfermagem do procedimento (semelhante à composição das taxas de sala);
- Equipamentos para Monitorização;

- Equipamento / Instrumental cirúrgico e de anestesia;
- Bisturi Elétrico ou Eletrônico, com caneta e placa;
- Bomba de infusão;
- Utilização de Bomba de seringa injetora (não inclui a seringa);
- Locomoção do paciente;
- Mesa operatória principal e auxiliar;
- Rouparia (LAPS);
- Equipamentos / instrumentais específicos da atividade (Ex: Taxa de sala de gesso: Instrumentais para colocação e retirada de gesso [não inclui o gesso, atadura, etc.]. Taxa de sala de quimioterapia: Câmara de fluxo, etc.);
- Equipamentos / instrumentais de ressuscitação/entubação;
- Equipamentos / instrumentais para ventilação manual;
- Materiais básicos: Éter, álcool, água oxigenada, álcool iodado, PVPI, água destilada, agulhas, seringas descartáveis (de 1ml a 20 ml), eletrodos de monitorização cardíaca, bolinhas de algodão, compressas de gazes, campos cirúrgicos (compressas), propés, gorros, máscaras, esparadrapos (simples e antialérgicos), luvas de procedimento não estéril, luvas estéreis, capas e aventais protetores (LTA, etc.), materiais de proteção individual da equipe assistente;
- Materiais de proteção à disseminação de infecção;
- Oxigênio;
- Ar Comprimido.

Não incluído na composição das taxas (Cirúrgica e Fora do Centro Cirúrgico)

Todos os demais itens não descritos acima estão excluídos das taxas a exemplo de, dentre outros:

- Medicamentos e Materiais (exceto os já previstos), inclusos na tabela PLANSERV (Ver orientação sobre os itens Materiais e Medicamentos);
- Gases Medicinais previstos na tabela de gasoterapia (exclui-se oxigênio e Ar Comprimido);
- Equipamentos ou aparelhos especiais de uso eventual não incluso acima previstos na tabela de "Taxas de Uso de Equipamentos";
- Honorários médicos;
- Serviços Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento – SADT.

9. OUTRAS TAXAS QUE COMPÕEM A TABELA SINTÉTICA

TAXAS DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS

- A utilização de equipamentos e prestação de serviços eventuais, constantes nesta tabela, poderá ser cobrada complementarmente às diárias e taxas de sala, desde que já não esteja prevista (inclusa) na composição da mesma.

GASOTERAPIA

- A utilização de oxigênio e ar comprimido é contemplada nas diárias e taxas de sala;
- As vazões destes gases ficam a critério da necessidade do paciente e dos protocolos assistenciais dos prestadores. Todas as vazões já estão contempladas nas referidas diárias e taxas;
- Não poderá haver cobrança adicional de oxigênio e ar comprimido;
- Poderão ser cobrados complementarmente os gases: Gás carbônico, Nitrogênio e Protóxido de azoto;
- Estes casos devem ser cobrados conforme tabela prevista;

- As nebulizações já estão previstas nas diárias, com seus respectivos gases (oxigênio e/ou ar comprimido).

MEDICAMENTOS E MATERIAIS

O PLANSERV publicou orientações quanto à utilização de Medicamentos e Materiais. As possíveis alterações serão divulgadas previamente junto à rede credenciada. Com relação a esta tabela vale ressaltar algumas orientações sobre a utilização destes insumos:

- O PLANSERV possui tabela própria de materiais e medicamentos, com codificação, descritivo e precificação própria;
- A tabela de medicamentos e materiais do PLANSERV está publicada em meio magnético e não está registrada neste documento devido ao grande número de itens que a compõe;
- Estas tabelas utilizaram como referência a lista Brasíndice e SIMPRO codificada da TISS. É importante ressaltar que a Tabela de medicamentos e materiais é própria do PLANSERV, as tabelas SIMPRO e Brasíndice foram utilizadas apenas como referência. Há materiais e medicamentos com diferentes códigos, descritivos e preços em relação às tabelas de referência. É imprescindível que o prestador não utilize a tabela Simpro ou Brasíndice para as cobranças do PLANSERV, mas que utilize a própria tabela PLANSERV disponibilizada para download em sua página na internet;
- A precificação dos medicamentos fica determinada pela Portaria 358 de 2007. Possíveis alterações ou atualizações serão publicadas regularmente para a rede credenciada;
- A precificação de materiais tem como referência a tabela publicada em fevereiro de 2008 e poderá sofrer alterações com informe prévio à rede de prestadores;
- É condição imprescindível para autorização de qualquer material ou medicamento o registro na ANVISA. Materiais não registrados na ANVISA não poderão ser autorizados;
- O PLANSERV não autorizará a utilização de medicamentos ou materiais *of-label* (fora de bula) ou experimental;
- Conforme o Decreto 9552, Sessão III Art 16 item XXI, o PLANSERV não oferece cobertura a "materiais e medicamentos importados, desde que não existam equivalentes nacionais e aqueles não reconhecidos pela ANVISA ou Ministério da Saúde";
- Os materiais básicos (não OPME) apresentam taxa de comercialização de 18%.

ORTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

O PLANSERV tem orientações normativas próprias quanto à utilização de OPME. As possíveis alterações serão divulgadas previamente junto à rede credenciada. Com relação à tabela sintética vale ressaltar algumas orientações sobre a utilização destes insumos:

- O Rol de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) autorizadas pelo PLANSERV também está disponível na lista de materiais publicada pelo PLANSERV, que tem como referência a codificação da SIMPRO, mas não necessariamente igual aos registros e preços desta tabela;
- O valor dos OPMEs será o valor conforme autorizado em Autorização Prévia - AP;
- Está mantida a necessidade de autorização prévia para as órteses e próteses (independente do valor) conforme as orientações divulgadas pela Coordenação de Produtos do PLANSERV;
- OPME onde ainda não há registro nas referidas tabelas, serão objeto de análise pela equipe técnica do PLANSERV. Desta forma os prestadores devem enviar com o máximo de antecedência estes casos para análise;

- Conforme o Decreto 9.552/2005, Sessão III Art 16 item VI o PLANSERV não oferece cobertura a próteses, órteses e seus acessórios não relacionados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;
- Conforme o Decreto 9.552/2005, Sessão III Art 16 item XXI o PLANSERV não oferece cobertura a “materiais e medicamentos importados, desde que não existam equivalentes nacionais e aqueles não reconhecidos pela ANVISA ou Ministério da Saúde”;
- A taxa de comercialização de OPME será de:
 - 18% para os materiais com valor inferior a R\$ 5.000,00;
 - 13% para materiais com valor maior ou igual a R\$ 5.001,00 e inferior a 15.000,00;
 - 8% para materiais com valor maior ou igual a R\$ 15.001,00 limitado a R\$ 5.000,00 por produto.

HONORÁRIOS MÉDICOS E SADT

- Os honorários médicos são contemplados pelo PLANSERV conforme tabela própria “Rol de Procedimentos Médicos do PLANSERV”, esta tabela não guarda relação com nenhuma outra tabela, seja a TUSS ou a Tabela AMB;
- A forma de remuneração, a necessidade de autorização prévia, porte anestésico e outras informações estão devidamente registradas no referido documento;
- O Rol de Procedimentos Médicos do PLANSERV, além de orientações sobre modelo de remuneração, contempla ainda um conjunto de “Orientações Gerais”, que são regras e orientações sobre os procedimentos.
- A título de maiores esclarecimentos informamos que, exceto as consultas ambulatoriais e as visitas hospitalares que são remuneradas em Reais, todos os demais procedimentos contidos no Rol de Procedimentos do PLANSERV, são quantificados em Coeficiente de Honorário (CH);
- O valor do procedimento é produto da multiplicação da quantidade de CH pelo valor do CH, sendo:
 - Procedimentos com Tipo de **Remuneração (REM) Fixa (FX)**, o valor final do procedimento é obtido pelo produto da quantidade de CH vezes R\$ 0,26 reais (valor do CH padrão para Honorários Médicos), independente da classe do prestador;
 - Procedimentos com Tipo de **Remuneração (REM) Variável (VR)** o valor do procedimento é obtido pelo produto da quantidade de CH vezes o valor do CH contratado do prestador;
 - O valor do CH para procedimentos de remuneração variável é específico para cada Classe de Prestador, PODENDO VARIAR DE r\$ 0,20 A r\$ 0,22;
 - **NOTA:** Reajustes do valor de CH variável não altera a classe do prestador.
- Especificamente para as CONSULTAS MÉDICAS e para as VISITAS MÉDICAS HOSPITALARES o PLANSERV remunera o valor de R\$ 65,00;
- Os honorários médicos (exceto Serviços de Apoio a Diagnóstico e Tratamento – SADT) prestados ao paciente internado, integrante do plano ESPECIAL do PLANSERV (pacientes com direito a acomodação de apartamento), poderão ser cobrados com acréscimo de 100% sobre o quantitativo de CH previsto na tabela de honorários do PLANSERV. Esta regra não se aplica aos procedimentos de Valor Referencial (Pacotes);
- Os procedimentos que tiverem definidos “Valor Referencial” têm prioridade sobre as tabelas de honorário médico e tabelas de serviços hospitalares, devendo sempre (salvo nas condições

previstas no próprio valor referencial) ser cobrados exatamente como descritos no valor referencial sem cobranças ou ajustes adicionais;

LISTA DE EXCLUSÃO OU COBERTURA CRITERIZADA

- O PLANSERV possui uma lista de insumos aos quais não oferece cobertura ou oferece cobertura com critério ou limites;
- Esta lista não tem o objetivo de encerrar todas as situações de não cobertura ou cobertura criterizada, sendo apenas um norteador sobre a cobertura de itens de maior conflito. Pode algum insumo não estar nesta lista, mas não possuir cobertura ou ter sua cobertura vinculada a critérios ou limites;
- Os itens sem cobertura desta lista (exceto os itens que fazem referência a higiene pessoal do paciente) não poderão ser cobrados ao PLANSERV tão pouco ao paciente;
- Os insumos de higiene pessoal (Ex: Escova dental) não são contemplados pelo PLANSERV.

10. ORIENTAÇÕES DA TABELA DE INTERNAÇÃO DAY

- As contas hospitalares da internação devem conter o registro do campo "Tipo de Atendimento" como HOSPITAL DIA, pois caso este campo esteja preenchido incorretamente (como PRONTO-SOCORRO OU AMBULATORIAL) ou ainda não preenchido (Campo vazio) poderão ocorrer glosas automáticas no sistema;
- Beneficiários com o direito à acomodação em apartamento, mas que por algum motivo (a exemplo de falta de vaga), ficaram internados em enfermaria, a cobrança hospitalar deverá adotar valores da unidade de enfermaria;
- Beneficiários com direito a acomodação em enfermaria, mas que tenha internado em apartamento por opção do hospital, a cobrança hospitalar adotará a acomodação prevista pelo plano, ou seja, enfermaria;
- Não poderá haver cobrança de mais de uma diária por paciente, por período menor ou igual às 24h;
- Prestadores que apresentem Acomodações / Unidades Especiais deverão ser enquadradas nas opções de diárias disponibilizadas;
- As internações em HOSPITAL DIA são exclusivamente eletivas;
- Caso o paciente permaneça internado após as 19:00 hs a unidade deve providenciar a transferência para unidade credenciada ao PLANSERV de referência. As horas excedentes após as 19:00 hs não deverão ser objeto de cobrança de nova diária de Day;
- O prestador deve emitir cobrança conforme a tabela a qual foi classificado e somente dos itens de seu respectivo credenciamento (Ou seja: Prestador que não for credenciado para realizar procedimentos em vídeo-histeroscopia não poderá cobrar "Taxa de Vídeo-histeroscópico", mesmo estando previsto na tabela original a qual foi classificado);
- Os procedimentos que tiverem definidos "Valor Referencial (Pacotes)" têm prioridade sobre estas tabelas, devendo sempre ser cobrados exatamente como descritos no valor referencial sem cobranças ou ajustes adicionais (salvo nas condições previstas no próprio valor referencial);
- As taxas de sala de cirurgia não são acumulativas, nas autorizações e realizações cirurgias com mais de um código prevalecerá o código de maior porte para efeito de cobrança;

- Taxa de sala de cirurgia complementar: Nos casos de cirurgias múltiplas poderá ser cobrada taxa de sala de cirurgia complementar. Entende-se por cirurgia múltipla a realização no mesmo ato operatório de mais de uma cirurgia de especialidade e/ou áreas topográficas diferentes. Não faz parte desta condição procedimentos realizados com mais de um código da tabela de honorários de mesma especialidade e/ou área topográfica (Exemplo 1: Realizado Polipectomia de seio maxilar e turbinectomia bilateral – Não caracterizam cirurgias múltiplas – Exemplo 2: Polipectomia de seio maxilar e Histeroscopia cirúrgica – Caracterizam cirurgias múltiplas);
- A taxa de sala de cirurgia complementar, quando devida, só poderá ser cobrada uma vez por ato operatório. Não poderá haver cobrança de duas taxas de sala complementar;
- As taxas de sala de cirurgia só poderão ser cobradas para os procedimentos realizados no centro cirúrgico;
- As taxas de sala de cirurgia não poderão ser cobradas juntamente com outras taxas de salas;
- Os hemoderivados estão excluídos da diária e poderão ser cobrados complementarmente quando necessário;
- Não faz parte do escopo dos serviços suporte nutricional enteral ou parenteral.
- O PLANSERV não oferecerá cobertura para cobrança de suplementos alimentares nas unidades de Hospital Dia, UPA ou Ambulatório;
- Não faz parte do escopo dos serviços a assistência fisioterápica;
- Conforme os critérios de especificação, serão credenciadas apenas as unidades de Hospital Dia que apresentarem uma unidade hospitalar de referência para os casos de transferência dos pacientes que apresentarem intercorrências:
 - A unidade hospitalar de referência deve estar instalada obrigatoriamente no mesmo município da unidade HOSPITAL DIA;
 - A unidade hospitalar de referência tem que estar apta tecnicamente e estruturalmente, para receber e assistir o paciente transferido por intercorrência;
 - A unidade hospitalar de referência tem que estar credenciada ao PLANSERV, estando apta a receber os pacientes encaminhados nos casos de intercorrências clínicas e cirúrgicas, oferecendo todos os serviços disponíveis e necessários na assistência destes pacientes.
- Será da responsabilidade da unidade Hospital Dia assegurar a remoção dos pacientes que necessitarem de transferência para unidade hospitalar de referência:
 - No município que dispore de serviço de ambulância credenciado ao PLANSERV, caberá a unidade HOSPITAL DIA: A busca pela vaga na unidade de referência, o contato com a empresa prestadora de serviço de ambulância solicitando a remoção, e o acompanhamento médico do paciente até a unidade hospitalar de referência, até que esta assuma a assistência pelo paciente. Neste caso a cobrança da remoção deverá ser realizada pela unidade credenciada para remoção conforme tabela pactuada;
 - No município que não dispuser de serviço de ambulância credenciado ao PLANSERV, caberá a unidade HOSPITAL DIA: Dispor de ambulância para remoção dos pacientes que necessitarem de transferência para unidade hospitalar de referência, ou apresentar plano de logística equivalente e



seguro; Neste caso o PLANSERV assegura o pagamento da remoção conforme tabela própria PLANSERV. A cobrança da remoção poderá ser feita através da conta hospitalar da unidade Hospital Dia credenciada, ou por reembolso, quando os custos forem arcados pelo paciente.

MÓDULO INTERNAÇÃO DIA

11. TABELAS HOSPITAL DIA

TABELA DE DIÁRIAS

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	C (3)	B (2)	A (1)
Day Enfermaria	74.01.107-	55,00	70,00	80,00
Day Apartamento	74.01.108-	80,00	110,00	120,00

OBS: O último dígito do código é correspondente ao número da classificação (1 para A, 2 para B e 3 para C)

TAXA DE SALA DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	C (3)	B (2)	A (1)
Taxa de Sala Porte 00	74.01.201-	30,00	60,00	90,00
Taxa de Sala Porte 01	74.01.202-	40,00	80,00	120,00
Taxa de Sala Porte 02	74.01.203-	60,00	115,00	170,00
Taxa de Sala Porte 03	74.01.204-	80,00	160,00	240,00
Taxa de Sala Porte 04	74.01.205-	120,00	220,00	320,00
Taxa de Sala Porte 05	74.01.206-	160,00	300,00	440,00
Taxa de Sala Porte 06	74.01.207-	220,00	400,00	650,00
Taxa de Sala Porte 07	74.01.208-	400,00	600,00	800,00
Taxa de Sala Complementar Porte 00	74.01.211-	3,00	6,00	9,00
Taxa de Sala Complementar Porte 01	74.01.212-	4,00	8,00	12,00
Taxa de Sala Complementar Porte 02	74.01.213-	6,00	11,50	17,00
Taxa de Sala Complementar Porte 03	74.01.214-	8,00	16,00	24,00
Taxa de Sala Complementar Porte 04	74.01.215-	12,00	22,00	32,00
Taxa de Sala Complementar Porte 05	74.01.216-	16,00	30,00	44,00
Taxa de Sala Complementar Porte 06	74.01.217-	22,00	40,00	65,00
Taxa de Sala Complementar Porte 07	74.01.218-	40,00	60,00	80,00

OBS 1: O último dígito do código é correspondente ao número da classificação (1 para A, 2 para B e 3 para C)

OUTRAS TAXAS DE SALA

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	C (3)	B (2)	A (1)
Taxa de Sala de Colangiografia Com Rx	74.01.302-	60,00	70,00	80,00
Sala de Procedimentos Endoscópicos	74.01.303-	15,00	25,00	35,00

TABELA DE GASES E SERVIÇOS

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	C (3)	B (2)	A (1)
Gás Carbônico por uso	74.01.401-	0,00	15,00	15,00
Nitrogênio por uso	74.01.402-	25,00	25,00	25,00
Protóxido De Azoto/P/Hora	74.01.403-	0,00	55,00	55,00

TABELA DE EQUIPAMENTOS

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	C (3)	B (2)	A (1)
Aparelho de Phmetria	74.01.602-	30,00	30,00	30,00
Cardioversor/Desfibrilador P/Uso	74.01.606-	10,00	10,00	10,00
Citoscópio	74.01.607-	25,00	25,00	25,00
Criocautério p/Uso	74.01.611-	15,00	15,00	15,00
Dermátomo	74.01.612-	25,00	25,00	25,00
Fibro-Broncoscópio/Uso	74.01.615-	55,00	55,00	55,00
Faco-emulsificador	74.00.616-	50,00	50,00	50,00
Gama-Probe	74.01.617-	200,00	200,00	200,00
Intensificador de Imagem	74.01.620-	35,00	35,00	35,00
Microscópio Cirúrgico P/Uso	74.01.622-	ND	40,00	40,00
Naso-Rino-Laringo Fibroscópio	74.01.625-	15,00	15,00	15,00
Papilótomo	74.01.626-	25,00	25,00	25,00
Radioscópio P/Uso	74.01.627-	35,00	35,00	35,00
Ressectoscópio com Alça Ressectora P/Uso	74.01.630-	80,00	80,00	80,00
Uso De Faixa De Smarch	74.01.633-	5,00	5,00	5,00
Ureteroscópio / Ureterorenoscópio / Nefroscópio	74.01.634-	130,00	130,00	130,00
Vídeo-Artroscópio	74.01.636-	0,00	130,00	130,00
Vídeo-Colosnocópio	74.01.637-	40,00	40,00	40,00
Vídeo-Endoscópio	74.01.638-	20,00	20,00	20,00
Vídeo-Histeroscópio	74.01.640-	0,00	60,00	60,00
Vídeo-Laparoscópio	74.01.641-	0,00	200,00	200,00
Vídeo-Urológico	74.01.642-	0,00	65,00	65,00
Vitreófago	74.01.643-	20,00	20,00	20,00
Yag Laser	74.01.644-	50,00	50,00	50,00
Taxa de Plasma de Argônio (Inclui Equipamento e insumos)	74.01.646-	50,00	50,00	50,00
Taxa de Clipador Endoscópico	74.01.647-	25,00	25,00	25,00

MÓDULO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

1. APRESENTAÇÃO

Da mesma forma que a tabela sintética hospitalar, a tabela de Hospital Dia, contempla o segmento de Pronto-Atendimento para as unidades que dispõe deste segmento. O segmento de emergência é contemplado sob a formatação de pacotes

2. DEFINIÇÕES

Para fins deste credenciamento, são consideradas as seguintes definições:

- 2.1. Pronto atendimento de urgência e emergência: Segmento da unidade destinada a prestar atendimento a urgências e emergências, com demanda espontânea de pacientes agudos ou crônicos agudizados com ou sem risco imediato de vida.
- 2.2. Regime de Urgência – conjunto de elementos destinados a resolver ocorrências imprevistas de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujos portadores necessitam de assistência médica imediata;
- 2.3. Regime de Urgência e Emergência - conjunto de elementos destinados a resolver constatações médicas de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato;
- 2.4. Pacote – mecanismo regulatório do mercado de saúde suplementar, elaborado através de estudos e levantamentos sistematizados, que estabelece a remuneração de serviços de saúde em valores referenciais globais, estando contemplados os honorários médicos, diárias, taxas hospitalares, materiais e medicamentos especiais, além dos eventos e custos relacionados ao procedimento;
- 2.5. Consulta médica - modalidade de assistência na qual o profissional médico interage com o beneficiário para fins de exame, diagnóstico, tratamento e orientação;
- 2.6. Unidades Tipo PA – Pronto Atendimento de Urgência e Emergência Geral: Unidades que prestam serviços de urgência e emergência nas diversas especialidades médicas não restritas a apenas uma área ou especialidade;
- 2.7. Unidades Tipo PA – Pronto Atendimento de Urgência e Emergência Especializada: São unidades que prestam serviços de urgência e emergência em apenas uma área ou especialidade médica, a saber nas especialidades de Pediatria e Ortopedia;

3. ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

Estas unidades devem funcionar nas 12 ou 24 horas do dia e possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, a fim de garantir o encaminhamento dos

casos que extrapolem sua complexidade.

Os serviços objeto deste credenciamento devem obedecer ao disposto na Legislação vigente, notadamente as seguintes:

- 3.1. Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- 3.2. Portaria GM/MS n.º 2922, de 2 de dezembro de 2008, que estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências;
- 3.3. Portaria GM/MS nº 2.972, de 9 de dezembro de 2008, que Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
- 3.4. RDC nº 50/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;
- 3.5. RDC nº 189/2003 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;
- 3.6. RDC nº 307/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;
- 3.7. RDC nº 302/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento de laboratórios clínicos ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;
- 3.8. Portaria nº 453/1998 do Ministério da Saúde que aprova o regulamento técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;
- 3.9. Resolução CFM nº 1.246/88, que dispõe sobre o Código de Ética Médica ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;
- 3.10. Resolução Nº 265/04 do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia – CREMEB, que normatiza o exercício da direção técnica dos postos de coleta de Laboratórios de Medicina

Laboratorial ou Patologia Clínica, Patologia e congêneres ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;

- 3.11. Portaria 358/2007 da Secretaria de Administração do Estado da Bahia, que dispõe sobre limites de preços para pagamento de medicamentos no âmbito do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – PLANSERV, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;
- 3.12. Resolução Normativa nº 1614/2001 do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta e assegura a atividade do médico auditor ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;
- 3.13. Instrução Normativa SAEB nº 012/07, referente à Transporte Terrestre de Pacientes, em Ambulância, entre Unidades de Saúde – Remoção ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;
- 3.14. As unidades de Pronto-Atendimento de urgência e emergência poderão ser credenciadas como do tipo “PA - Urgência e Emergência Geral” ou do tipo “PA – Urgência e Emergência Pediátrica”, “PA – Urgência e Emergência Ortopédica”, sendo:
 - 3.14.1. Unidades Tipo PA – Pronto Atendimento de Urgência e Emergência Geral: Unidades que prestam serviços de urgência e emergência nas diversas especialidades médicas não restritas a apenas uma área ou especialidade;
 - 3.14.2. Unidades Tipo PA – Pronto Atendimento de Urgência e Emergência Especializada (Pediatria e Ortopedia): São unidades que prestam serviços de urgência e emergência em apenas uma área ou especialidade médica.
 - 3.14.3. Para efeito de credenciamento haverá dois tipos de unidades especializadas, sendo “Urgência e Emergência Especializada – Pediatria” e “Urgência e Emergência em Ortopedia”.
 - 3.14.4. Os critérios para ser classificada como “Unidade Especializada” estão definidos a seguir:
 - 3.14.4.1. Equipe especializada: Cada unidade deverá ter médicos plantonistas com título de especialista ou residência médica na especialidade referida por todo o período de funcionamento da unidade;
 - 3.14.4.2. Equipamentos, Materiais e Instrumentais básicos necessários ao atendimento de urgência e emergências de baixa e média complexidade, específicos e relacionados à área de atendimento. Exemplo:
 - 3.14.4.2.1. Unidade de Pediatria: Exames de Laboratório, Oxímetro, Glicosímetro, Nebulizador, Instrumentais para procedimentos intervencionistas como suturas, drenagens, desbridamentos, extirpação de corpo-estranho, etc;
 - 3.14.4.2.2. As Unidade de Ortopedia: Exames de Raio-X, instrumentais para procedimentos intervencionistas como suturas,

drenagens, desbridamentos, extirpação de corpo-estranho, material para imobilizações gessadas e não gessadas, etc.

4. REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços de Pronto Atendimento de urgência e emergência serão remunerados através de pacotes de atendimento.

4.1. ESTRUTURA DA TABELA DE REMUNERAÇÃO DE PRONTO-ATENDIMENTO

Os pacotes apresentam as seguintes composições:

4.1.1. PACOTES DE PRONTO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- 4.1.1.1. Consulta de Urgência e Emergência: Quando apenas a consulta for objeto do atendimento da cobrança;
- 4.1.1.2. PA – Atendimento Básico de Emergência;
- 4.1.1.3. PA - Urgência e Emergência – Geral;
- 4.1.1.4. PA - Urgência e Emergência – Pediátrica – Tipo 1;
- 4.1.1.5. PA - Urgência e Emergência – Pediátrica – Tipo 2;
- 4.1.1.6. PA - Urgência e Emergência – Ortopédica;

4.1.2. ESTÃO INCLUSO NOS PACOTES:

- 4.1.2.1. Consulta de Urgência e Emergência: Contempla apenas a consulta. Este pacote deverá ser cobrado quando toda a assistência prestada se resumiu apenas na consulta (Exceto no caso do pronto atendimento da pediatria que tem regra distinta, descrita a seguir). Contudo este pacote não poderá ser cobrado junto com os demais pacotes. Quando além da consulta for realizado outros atendimentos, o prestador deve cobrar o pacote do atendimento correspondente, sem a cobrança complementar da consulta;
- 4.1.2.2. PA - Urgência e Emergência – Pediátrica – Tipo 1: Este pacote contempla a consulta de pediatria e atendimentos de baixa complexidade não intervencionistas, tipo:
 - 4.1.2.2.1. Administração de medicamentos por via natural (oral, retal, aplicação de gotas em conduto auditivo externo ou olho).
 - 4.1.2.2.2. Nebulização com ou sem medicação, resfriamento, monitoramento de dados vitais ou outros;
- 4.1.2.3. PA - Urgência e Emergência – Pediátrica – Tipo 2: Este pacote contempla as demais condições de atendimento da Pediatria, contemplando ou procedimentos mais complexos, ou seja,

quando além da consulta de emergência ocorreram também procedimentos intervencionistas (seja medicação injetável ou soluções venosas, desbridamentos, suturas, etc).

- 4.1.2.4. PA - Atendimento Básico de Emergência:
- 4.1.2.5. Corresponde ao pacote de atendimento básico comum a todas as unidades (todas as classes de hospitais dia). Remunera o atendimento básico (simples), onde o conjunto de atendimento se encerra no valor da consulta associado a um atendimento básico, como: Nebulizações, aplicação de medicamentos por vias naturais, ou intramuscular, ou subcutânea, ou aplicação venosa direta (não infusional – quando administrada diretamente na veia, sem a necessidade de administração de soros, ou utilização de buretas ou equipos), ou quando, não houve utilização de medicamentos mas a consulta associado à observação e a realização de exames laboratoriais ou ECG. Quando o atendimento conter outros serviços ou insumos aqui não relacionados, o prestador poderá cobrar o pacote de PA - Urgência e Emergência – Geral ou o pacote de PA - Urgência e Emergência – Ortopedia (quando for o caso);
- 4.1.2.6. Este pacote de atendimento básico é válido para todas as classes de hospital dia e para todas as unidades de emergência, exceto a PEDIATRIA, que tem regras próprias já descritas;
- 4.1.2.7. Os pacotes de “PA - Urgência e Emergência – Geral”, “PA - Urgência e Emergência – Pediátrica – Tipo 2” e “PA - Urgência e Emergência – Ortopédica” inclui toda a assistência prestada ao paciente por um período correspondente ao período de funcionamento da unidade 12 ou 24 horas.
- 4.1.2.8. Honorários médicos dos serviços prestados na urgência e emergência e aos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento (inclusive procedimentos intervencionistas como desbridamentos, suturas, retiradas de corpo estranho, todos os tipos de imobilizações gessadas e não gessadas, curativos simples e especializados, nebulizações, etc.);
- 4.1.2.9. Gases: Oxigênio e ar comprimido;
- 4.1.2.10. SADT: Laboratoriais, Raio-X e ECG;
- 4.1.2.11. Materiais: Todos os materiais estão inclusos;
- 4.1.2.12. Medicamentos: Todos os medicamentos estão inclusos;
- 4.1.2.13. Todas as taxas relacionadas ao serviço de urgência e emergência.

4.1.3. ESTÃO EXCLUSOS AO PACOTE:

- 4.1.3.1. SADT: Os serviços de apoio de diagnóstico e tratamento – SADT salvo aqueles inclusos no pacote (Laboratoriais, Raio-X, ECG, e os exames das unidades especializadas). Os SADTs excluídos dos pacotes deverão ser cobrados conforme tabela PLANSERV.

5. ORIENTAÇÕES

- 5.1. Todas as contas de urgência e emergência deverão ser registradas no campo “Tipo de Atendimento” como “PRONTO-SOCORRO”. Contas sem esta sinalização poderão ter glosas automáticas no sistema;
- 5.2. Para efeito de cobrança dos serviços de urgência e emergência, serão consideradas horas indivisíveis;
- 5.3. As consultas objeto de cobrança serão apenas as de urgência e emergência. Consultas eletivas não farão parte do escopo de cobertura;
- 5.4. Quando for realizada apenas a consulta, o prestador deve cobrar somente esta, não podendo efetuar a cobrança do pacote de atendimento (exceto a pediatria);
- 5.5. O pronto atendimento de pediatria terá forma de remuneração diferente dos demais, sendo:
 - 5.12.1. Quando apenas a consulta for realizada, ou a consulta mais atendimento de baixa complexidade e sem procedimentos intervencionistas (conforme já descrito) o prestador cobrará o pacote de PA – Urgência e Emergência Pediatria Tipo 1;
 - 5.12.2. Quando além da consulta forem realizados atendimentos ou serviços intervencionistas ou de maior complexidade, o prestador cobrará o pacote de PA – Urgência e Emergência Pediatria Tipo 2;
 - 5.12.3. Desta forma o atendimento de pediatria não poderá realizar cobranças do pacote de Consulta de Urgência ou Emergência.
- 5.6. Quando o atendimento demandar procedimentos e utilização de insumos o prestador não poderá cobrar adicionalmente ao “Pacote de Atendimento” a “Consulta de urgência e Emergência”, pois em todos os “Pacotes” já está contemplado a consulta de urgência e emergência;
- 5.7. Os itens de cobrança excluídos nos pacotes da urgência e emergência devem ser cobrados complementarmente baseados nas tabelas pactuadas. A apresentação da fatura deve trazer estes itens devidamente codificados e precificados conforme tabelas PLANSERV;
- 5.8. Não será permitida a cobrança adicional de 30% para o pacote da consulta da urgência e emergência, tampouco os demais pacotes de atendimento realizados em pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência;
- 5.9. Só poderá cobrar atendimento especializado de urgência e emergência a unidade credenciada (especializada). As urgências e emergências não especializadas (gerais), não poderão fazer este tipo de cobrança, mesmo se eventualmente atender em pacientes dentro de uma especialidade. Exemplo: unidade geral que atenda eventualmente uma criança ou fratura não pode cobrar um pacote de Atendimento Pediátrico ou Ortopédico, devendo cobrar por Atendimento de Urgência e Emergência Geral;
- 5.10. Estabelecimentos de Saúde que não dispuserem de médico plantonista dedicado e disponível integralmente à unidade de Pronto - Atendimento não poderá ser considerado PA e não será habilitado ao credenciamento. A unidade **não pode** em hipótese alguma ter **ausência** de cobertura médica por

- todo o horário de funcionamento, assim como o médico plantonista não pode compartilhar outra atividade (cirurgias, exames) no horário de plantão que o torne indisponível por qualquer que seja o período;
- 5.11. A unidade de Pronto-Atendimento deve apresentar uma unidade hospitalar de referência para os casos onde seja necessária a transferência de pacientes:
- 5.11.1 A unidade hospitalar de referência deve estar instalada obrigatoriamente no mesmo município da unidade do PA.
- 5.11.2 A unidade hospitalar de referência deve que estar credenciada ao PLANSERV, estando apta a receber os pacientes encaminhados nos casos de intercorrências clínicas e cirúrgicas, oferecendo todos os serviços disponíveis e necessários na assistência destes.
- 5.12. A remoção dos pacientes que necessitem de transferência para unidade hospitalar de referência, deve ser assegurada:
- 5.12.1. No município que dispuser de serviço de ambulância credenciado ao PLANSERV, caberá a unidade do PA a busca pela vaga na unidade de referência e o contato com a empresa prestadora de serviço de ambulância solicitando a remoção;
- 5.12.2. No município que não dispuser de serviço de ambulância credenciado ao PLANSERV, caberá a unidade PA dispor de ambulância para remoção dos pacientes que necessitem de transferência para unidade hospitalar de referência, ou apresentar plano de logística equivalente e seguro;
- 5.12.3. O custo da remoção, quando devidamente comprovada a indicação e realização, será coberto pelo PLANSERV conforme tabela já definida.
- 5.13. Caberá a realização nestas unidades apenas os serviços assistenciais considerados como regime de urgência e emergência. Serviços não relacionados à condição de urgência ou emergência não serão remunerados. Exemplo: serviços de fisioterapia, suporte nutricional, exames eletivos, procedimentos eletivos, etc;
- 5.14. Os exames e serviços não inclusos nos pacotes de atendimento só poderão ser cobrados complementarmente caso o prestador seja credenciado para cobrança dos mesmos.
- 5.15. O pacote de "**Atendimento Básico de Emergência**" está disponível para as unidades de emergência geral ou especializada (exceto a pediatria).
- 5.16. O pacote de "**Atendimento Básico de Emergência**" não é acumulativo e não pode ser cobrado juntamente com a Consulta de Emergência ou com qualquer outro pacote de atendimento.
- 5.17. O pacote de "**Atendimento Básico de Emergência**" foi elaborado para contemplar atendimentos simples onde o conjunto de atendimento se resumia em uma consulta associada a procedimentos básicos, como uma nebulização, a aplicação de um medicamento, ou a realização de um exame laboratorial. Todas as demais situações, quando o atendimento

se estender além destes serviços ou insumos o prestador poderá cobrar os pacotes de Atendimento de Emergência Geral ou Especializado (conforme sua habilitação, credenciamento e classificação).

4.2. QUADRO COM COMPOSIÇÃO DE PREÇOS POR PACOTE

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	A (1)	B (2)	C (3)
Consulta de urgência e emergência	74.02.801-	84,50	84,50	84,50
PA – Atendimento Básico de Emergência	74.02.810-	113,50	102,50	91,50
PA – Urgência e Emergência Geral	74.02.811-	141,50	124,50	113,50
PA – Urgência e Emergência Ortopedia	74.02.824-	157,50	141,50	130,50
PA – Urgência e Emergência Pediatria Tipo 1	74.02.831-	176,90	118,09	106,12
PA – Urgência e Emergência Pediatria Tipo 2	74.02.832-	274,58	171,42	142,04

OBS: O último dígito do código está relacionado com a classificação do prestador.

MÓDULO AMBULATORIO

1 APRESENTAÇÃO

Contemplar o segmento ambulatorio das unidades de Hospital Dia que dispõe deste segmento. Este módulo não se aplica para as unidades de Hospital Dia que não dispõe de ambulatorio, tão pouco não pode ser utilizada para as unidades exclusivamente ambulatoriais (não relacionadas a Hospital Dia).

Este módulo obedece ao mesmo critério e metodologia das demais tabelas sintéticas.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para remunerar os serviços ambulatoriais obedece à mesma padronização dos demais segmentos do atendimento, sendo segmentado por:

- Honorários Médicos e SADT – Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento;
- Taxas Ambulatoriais;
- Materiais e Medicamentos;
- OPME (Eventual);
- Gases.

3 GASES

- Entendemos que a utilização de gases no ambulatorio é eventual;
- A utilização de Oxigênio e Ar Comprimido já está prevista nas taxas de sala ambulatorial proporcionalmente;
- Os demais gases Gás Carbônico e Nitrogênio não são utilizados a nível ambulatorial. Diante de todas estas informações, não será contemplada a cobrança de gases no módulo ambulatorial;
- Pacientes eletivos que necessitam realizar procedimentos ambulatoriais, contudo, com necessidade de anestesia inalatória (com utilização de gases anestésicos) devem receber autorização para unidades de Hospital Dia.
- As nebulizações seriadas ambulatoriais já contempla a utilização dos gases.

4. TAXAS

As taxas passíveis de cobrança no ambulatório obedecem ao mesmo modelo de tabela sintética, agregando vários itens de cobrança em uma única taxa evitando cobrança pulverizada do modelo atual de cobrança aberta.

4.1. QUADRO TAXAS DE SALA:

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	CLASSE-C	CLASSE-B	CLASSE-A
Taxa De Sala De Procedimentos Ambulatoriais	74.03.308-	20,00	30,00	40,00
Taxa de Sala de Cirurgia Ambulatorial	74.03.311-	75,00	95,00	120,00
Sala Colangiografia C/Rx	74.03.302-	60,00	70,00	80,00
Sala de Procedimentos Endoscópicos	74.03.303-	15,00	25,00	35,00
Sala de Gesso	74.03.305-	10,00	15,00	20,00
Sala de Diálise (Hemo / CAPD)	74.03.307-	35,00	45,00	55,00
Sala de Preparo de Quimioterapia P/Sessão*	74.03.301-	65,00	65,00	65,00
Sala e Administração de Quimioterapia P/Sessão*	74.03.304-	30,00	30,00	30,00
Sala e Administração de Quimioterapia IM ou SC P/Sessão*	74.03.309-	10,00	10,00	10,00
Sala e Preparo p/ Administração EV de Imunobiológicos (Inclui Mat)	74.03.312-	80,00	80,00	80,00
Sala e Preparo p/ Administração SC de Imunobiológicos (Inclui Mat)	74.03.313-	10,00	10,00	10,00
Sala e administração de atendimento em oncologia associado a utilização de serviços e insumos.	74.03.314-	10,00	10,00	10,00

- 4.1.1. A "Taxa de Sala e Administração de Atendimento em Oncologia associado a utilização de serviços e insumos" já contempla a medicação HEPARINA (Não sendo possível a solicitação ou cobrança desta medicação nesta condição);
- 4.1.2. As taxas relacionadas à quimioterapia só estarão disponíveis para prestadores já previamente credenciados/referenciados. Prestadores que não se enquadram nesta classificação não poderão realizar ou cobrar serviços prestados em quimioterapia, independente do mesmo ter estrutura para prestação destes serviços (esta tabela não credencia nenhum prestador a prestar serviços assistenciais na área de oncologia ou demais terapias contempladas nos programas de "Suporte Medicamentoso".
- 4.1.3. A taxa de sala de procedimentos ambulatoriais poderá ser utilizada / cobrada para os procedimentos intervencionistas realizados no ambulatório (A exemplo: Punções de estruturas profundas ou superficiais, Litotripsia Extra-corpórea, etc.). Para os procedimentos diagnósticos não intervencionistas, o prestador não poderá cobrar esta taxa;
- 4.1.4. Mesmos procedimentos com porte previsto em tabela, quando realizados em **ambulatório**, não poderá ser cobrado a "Taxa de Sala Porte XX", mas sim a taxa de sala de procedimentos ambulatoriais.
- 4.1.5. A Taxa de Sala de Cirurgia Ambulatorial se aplica para procedimentos realizados em Centros Cirúrgicos, com **porte da taxa previsto no Rol de Procedimentos médicos da tabela**, maior ou igual a 03, mas que tenha sido realizada em âmbito ambulatorial. Não poderá ser cobrada esta taxa para procedimentos que não tenham porte previsto na tabela PLANSERV de procedimentos médicos, ou com

- porte menor ou igual a 02, mesmo que tenham sido realizados em centro cirúrgico. Para este último caso o prestador deve cobrar a taxa de sala de procedimentos ambulatoriais.
- 4.1.6. Todas as taxas de sala contemplam a infra-estrutura, equipamentos, instrumentais, serviços e insumos básicos necessários para realização deste conjunto de procedimentos;
- 4.1.7. Itens de inclusão:
- 4.1.7.1. Preparo de paciente;
 - 4.1.7.2. Assepsia e Anti-sepsia da sala, paciente e instrumental;
 - 4.1.7.3. Serviço de enfermagem do procedimento;
 - 4.1.7.4. Equipamentos para Monitorização (quando for o caso);
 - 4.1.7.5. Equipamento / Instrumental cirúrgico e de anestesia (quando for o caso);
 - 4.1.7.6. Bisturi Elétrico ou Eletrônico, com caneta e placa (quando for o caso);
 - 4.1.7.7. Bomba de infusão (quando for o caso);
 - 4.1.7.8. Equipamentos / instrumentais específicos da atividade (Ex: Taxa de sala de gesso: Instrumentais para colocação e retirada de gesso - não inclui o gesso, atadura, etc.);
 - 4.1.7.9. Equipamentos / instrumentais de ressuscitação/entubação;
 - 4.1.7.10. Equipamentos / instrumentais para ventilação manual;
 - 4.1.7.11. Materiais básicos: Éter, álcool, água oxigenada, álcool iodado, PVPI, água destilada, agulhas, seringas descartáveis (de 1ml a 20 ml), eletrodos de monitorização cardíaca, bolinhas de algodão, compressas de gazes, campos cirúrgicos (compressas), propés, gorros, máscaras, esparadrapos (simples e antialérgicos), luvas de procedimento não estéril, luvas estéreis, capas e aventais protetores, materiais de proteção individual da equipe assistente (quando for o caso);
 - 4.1.7.12. Materiais de proteção à disseminação de infecção;
 - 4.1.7.13. Oxigênio;
 - 4.1.7.14. Ar Comprimido.
- 4.1.8. Não estão inclusos nas taxas: Todos os demais itens não descritos acima estão excluídos das taxas a exemplo de, dentre outros:
- 4.1.8.1. Medicamentos e Materiais (exceto os já previstos), inclusos na tabela PLANSERV (Ver orientação sobre os itens Materiais e Medicamentos);
 - 4.1.8.2. Equipamentos ou aparelhos especiais de uso eventual não incluso acima previstos na tabela de "Taxas de Uso de Equipamentos";
 - 4.1.8.3. Honorários médicos;
 - 4.1.8.4. Serviços Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento – SADT.

4.2. TAXA DE SERVIÇOS: Os serviços previstos no módulo ambulatorio são:

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	CLASSE C	CLASSE B	CLASSE A
Curativo Grande Ou Especial	74.03.501-	15,00	20,00	25,00
Curativo Médio ou Pequeno	74.03.502-	8,00	12,00	16,00
Retirada de Aparelho ou tala gessada	74.03.506-	5,00	5,00	10,00
Nebulização (Inclui O2 e Medicamentos)	74.03.507-	15,00	15,00	20,00

- 421 Os curativos já contemplam os serviços de enfermagem e materiais básicos. Não estão inclusos os materiais especiais utilizados nos curativos.

4.3. TAXAS DE EQUIPAMENTOS: Os equipamentos previstos no módulo de internação passíveis de cobrança a nível ambulatorial são:

DESCRIÇÃO	CODIGO	CLASSE C	CLASSE B	CLASSE A
Aparelho de Phmetria	74.03.602-	30,00	30,00	30,00
Citoscópio	74.03.607-	25,00	25,00	25,00
Criocautério p/Uso	74.03.611-	15,00	15,00	15,00
Dermátomo	74.03.612-	25,00	25,00	25,00
Fibro-Broncoscópio/Uso	74.03.615-	55,00	55,00	55,00
Intensificador de Imagem	74.03.620-	35,00	35,00	35,00
Naso-Rino-Laringo Fibrosscópio	74.03.625-	15,00	15,00	15,00
Papilótomo	74.03.626-	25,00	25,00	25,00
Radioscópio P/Uso	74.03.627-	35,00	35,00	35,00
Ressectoscópio com Alca Ressectora P/Uso	74.03.630-	55,00	55,00	55,00
Serra Elétrica ou Nitrogênio ou Trépano P/Uso	74.03.631-	20,00	20,00	20,00
Uso De Faixa De Smarch	74.03.633-	5,00	5,00	5,00
Ureteroscópio / Ureterorenoscópio / Nefroscópio	74.03.634-	130,00	130,00	130,00
Vídeo-Colosnoscópio	74.03.637-	40,00	40,00	40,00
Video-Endoscopia	74.03.638-	20,00	20,00	20,00
Video-Urológico	74.03.642-	65,00	65,00	65,00
Vitreófago	74.03.643-	20,00	20,00	20,00
Yag Laser	74.03.644-	50,00	50,00	50,00
Taxa de Plasma de Argônio (Inclui Equipamento e insumos)	74.03.646-	50,00	50,00	50,00
Taxa de Clipador Endoscópico	74.03.647-	25,00	25,00	25,00

5. ORIENTAÇÕES

- Todas as contas ambulatoriais deverão ser registradas no campo "Local de Atendimento" como "AMBULATORIO", contas sem esta sinalização poderão ter glosas automáticas no sistema;
- Os critérios de remuneração do honorário médico são os mesmos do módulo de internação, cabendo ressaltar apenas que o valor da consulta eletiva ambulatorial tem valor de R\$ 45,00 não sendo vinculada a coeficiente de honorário médico (CH), e não varia de acordo a classificação do prestador.
- Apenas o prestador credenciado para os serviços ambulatoriais pode realizar e cobrar tais procedimentos, independente de que estas taxas estejam previstas na tabela hospitalar sintética de referência (Exemplo: Taxa de Sala de Procedimentos Ambulatoriais + Taxa de

PHmetria só poderão ser utilizadas e cobradas se o prestador for credenciado para realização deste serviço);

- Caso ocorram procedimentos intervencionistas através do exame/procedimento previsto por Valor Referencial, será permitida a cobrança complementar do Código do procedimento (previsto na tabela PLANSERV) e materiais especiais utilizados (Exemplo: Kit de ligadura elástica para a "*Ligadura de Varizes Esofágicas*" quando realizada juntamente com o Valor Referencial de "Endoscopia Digestiva Alta"). Não poderão ser cobradas taxas de sala ou de equipamentos;
- A TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS só poderá ser cobrada para as contas de ambulatório, não estando disponível para as contas de internação ou emergência;
- A taxa de sala de procedimentos ambulatoriais não é acumulativa, só podendo ser cobrada uma única taxa por ato/procedimento;
- A taxa de sala de procedimentos ambulatoriais não pode ser cobrada conjuntamente com outras taxas equivalentes, exemplo: Cobrança da taxa de sala de procedimentos ambulatoriais juntamente com a taxa de sala de radioterapia;
- A cobrança de insumos (quando prevista) deve obedecer às tabelas PLANSERV de Materiais e Medicamentos próprias do PLANSERV, e todas as demais regras descritas neste documento no segmento "Módulo de Internação" assim como todo e quais quer dispositivo legal ou administrativo que regule estes produtos.
- A utilização de OPME em regime ambulatorial deve ser excepcional. Quando necessário a utilização de OPME deverá ser obrigatoriamente precedida de autorização prévia e submetida a todas as regras descritas no segmento "Módulo Internação";
- Os serviços ambulatoriais não podem ser cobrados em mesma conta de outros serviços de credenciados não ambulatoriais (emergência ou Day, laboratório, etc.);
- Quando um atendimento se resumir em serviços ambulatoriais seriados, como "curativos e nebulizações", o prestador deve registrar na guia de cobrança, além do código do serviço realizado, o código do procedimento (da tabela de procedimentos PLANSERV) 00.01.010-3 "Revisão de Consulta Associada à Utilização de Serviços e/ou Insumos". A cobrança dos serviços mencionados sem um código de tabela de procedimentos registrado na guia de cobrança poderá ser objeto de glosa automática no sistema.