

**JUNHO
2021**

VALOR REFERENCIAL

ENDOMETRIOSE

GOVERNADOR DO ESTADO

RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO

EDELVINO DA SILVA GOES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL

MARIA DO SOCORRO DA COSTA BRITO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO

MARIA BEATRIZ FIGUEIREDO FAUZE

EQUIPE EXECUTORA

ROGÉRIO FERREIRA DA SILVA

MÉDICO

EQUIPE REVISORA

ZEUSA ADRIANE DAVID MARQUES

MÉDICA

ASSESSORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA

LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA Secretaria da Administração
Elaboração Valor Referencial Procedimento: Tratamento Cirúrgico
da Endometriose por Videolaparoscopia. 1ª ed.
Salvador: SAEB/CGPS, Junho 2021.

p. 13

Índice

1. APRESENTAÇÃO	04
2. OBJETIVO	04
3. JUSTIFICATIVA	04
4. MATERIAL	05
5. MÉTODO	05
6. CRITÉRIOS DE ACESSO E HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES	05
7. CONTROLE E AUDITORIA	06
8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS	06
9. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS.....	12
9.1. TRATAMENTO CIRURGICO DA ENDOMETRIOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	12

1. APRESENTAÇÃO

A ginecologia é definida como uma especialidade da medicina que estuda a fisiologia e a patologia dos órgãos ligados à reprodução e suas repercussões sobre o organismo, a atenção e o cuidado da mulher. O seu objetivo é o cuidado médico e a atenção à saúde sexual e reprodutiva da mulher. O ginecologista é o médico primário no cuidado às mulheres, exercendo o papel principal no tratamento de uma variedade de problemas médicos e psicológicos.

A endometriose é uma condição inflamatória provocada por células do endométrio que migram para os ovários, cavidade abdominal, onde voltam a se multiplicar e sangrar.

O tecido endometrial ectópico reage aos hormônios assim como o tecido endometrial normal faz. Portanto, ele pode causar sangramento e dor, sobretudo antes e durante a menstruação. A gravidade dos sintomas e dos efeitos da doença na fertilidade da mulher e no funcionamento dos órgãos podem variar.

À medida que a doença progride, o tecido endometrial ectópico tende a aumentar gradualmente de tamanho. Ele também pode se espalhar para novos locais. No entanto, a quantidade de tecido e o quão rápido a endometriose avança são fatores extremamente variáveis. O tecido pode permanecer na superfície das estruturas ou pode penetrá-las profundamente e formar nódulos.

O tratamento pode ser medicamentoso e em alguns casos pode haver indicação cirúrgica.

Nos casos de endometriose moderada a grave pode haver indicação cirúrgica com a remoção ou eliminação do tecido endometrial ectópico e dos endometriomas.

2. OBJETIVO

- Incluir o procedimento tratamento cirúrgico da Endometriose ao projeto de VALOR REFERENCIAL na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Oncológica.

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;
- Tabela CBHPM 2012 – CFM;
- Pesquisa de preços: Cotação, Simpro, Brasíndice e informações externas;
- Tabela Sintética Planserv;
- Tabela de Procedimentos Médicos Planserv.

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 – Precificação da CBHPM 2012;
- SADT - Tabela Planserv de Procedimentos;
- Materiais e Medicamentos: Histórico de utilização das contas médicas 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 E HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES

- Todos os prestadores contratados ou referenciados na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia geral e Cirurgia oncológica;
- OBS: Prestadores credenciados ou referenciados nas especialidades referidas acima estão automaticamente habilitados aos Valores Referenciais. Estes prestadores, se não puderem ou não quiserem realizar estes valores referenciais, terão de comunicar oficialmente ao Planserv, entretanto não poderão mais realizar estes procedimentos;
- Prestadores que encaminharem documento de não aceitação, serão inabilitados para realização destes procedimentos, seja por Valor Referencial (pacotes) ou por formatação de conta aberta;
- Prestadores habilitados, contratados ou referenciados, que não encaminharem ofício de não aceitação, não poderão se negar a realizar estes procedimentos.

7. CONTROLE E AUDITORIA

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

- Relatório de cirurgia descrevendo a técnica utilizada com referência à utilização das próteses e materiais especiais (legíveis);
- O Planserv poderá realizar pré-auditoria médica *in loco*;
- O Planserv poderá realizar pós-auditoria médica;
- Contato e perícia em beneficiário antes e/ou após os procedimentos;
- Acompanhamento intra-operatório (quando devidamente e previamente acordado com equipe e hospital).

8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS

- Os Valores Referenciais são segmentados por: Diárias, taxas, gases, SADT, honorários médicos, medicamentos, materiais e OPME;
- Os Valores Referenciais tem mesmo preço para Planos Básicos (enfermarias) e Planos Especiais (apartamento). Os preços de serviços hospitalares e honorários médicos estão proporcionalizados de acordo com a carteira de planos do Planserv, sendo Planos Básicos (80% da carteira) e Planos Especiais (20% da carteira), de forma a garantir a remuneração diferenciada dos planos especiais, conforme demonstrativo abaixo:
 - **Diárias:** Para as diárias de unidade aberta, usamos uma diária denominada "Diária de unidade composta", esta diária é formada por = (Valor da Diária de Enfermaria x 80%) + (Valor da Diária de Apartamento x 20%). 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. 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;
 - **Honorários médicos:** Usamos CBHPM 2012 com banda de + 20% para todos os casos. O cálculo final do honorário é igual a: (Valor CBHPM com 20% x 1 x **80%**) + (Valor CBHPM com 20% x 2 x **20%**). Explicando: Como os planos básicos (enfermaria) não têm acréscimo de honorário, o valor é multiplicado por 1, e em seguida multiplicado pela proporção da carteira planos básicos **80%**, enquanto que os planos especiais (apartamento) têm os honorários acrescidos em 100%, logo são multiplicados por 2 e em seguida são multiplicados pela proporção da carteira de planos especiais **20%**. Desta forma, independente do plano do paciente, o médico tem assegurado (proporcionalmente) os honorários duplicados da carteira de planos especiais (apartamentos).
- As contas de pacotes não podem ser cobradas 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 intercessão dos seguintes itens de inclusão e exclusão:

- **Itens de Inclusão:**
 - Todos os Valores Referenciais encerram o conjunto de procedimentos, serviços e insumos necessários para 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, a exemplo de 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, 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, tampouco alterar o valor do mesmo, devendo ser consideradas um risco inerente ao modelo de remuneração por pacote;
- Quando houver intercorrências após o último dia contemplado no período do pacote, o prestador deve fragmentar a cobrança, ficando uma primeira conta com valor integral do pacote e uma segunda conta em formatação aberta, a partir da 1ª diária após o período contemplado no pacote;
- Quando houver intercorrências no mesmo dia do procedimento que demande por grandes distorções na evolução clínica e nos custos hospitalares, o prestador deve converter o pacote em conta aberta integralmente (o pacote será cancelado), sendo necessário comunicar ao Planserv para promover a alteração dos códigos autorizados;
- Quando houver intercorrências entre o 1º dia pós-operatório e o último dia contemplado no pacote, o prestador deve segmentar a cobrança em duas contas, sendo uma conta em formatação aberta referente às diárias ocorridas a partir da intercorrência e outra conta em formato de pacote, onde deve ser cobrado o valor do pacote subtraído do valor de desconto (dos serviços e insumos previstos e não realizados). O valor do desconto está atribuído na tabela de desconto por dia de intercorrência de cada pacote;

- As contas abertas obedecem aos critérios de cobrança vigentes praticados entre cada prestador e o Planserv (valores de diárias, honorários, CH, etc.);
- Materiais complementares aos pacotes: em algumas situações poderão ser solicitados, complementarmente ao pacote, materiais previstos, já com condições e preços pré-definidos;
- Critérios de indicação 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 – Sem Associação:** 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;
 - **Dois Valores Referenciais, um Completo e um Associado:** Em situações específicas o Planserv publica Valores Referenciais com o propósito de serem autorizados complementarmente a outros, exemplos: Nas neurocirurgias como "Tratamento do Hematoma Craniano" ou "Tratamento de Tumores Cerebrais", é comum a realização conjunta da instalação de "DVE – Drenagem Ventrículo-peritonia" e "PIC - Instalação de cateter Intracraniano" , nestes casos o Planserv elaborou Valores Referenciais "Procedimento-Associado", com a finalidade de serem autorizados de forma complementar aos procedimentos principais. Nestas situações o prestador deve cobrar ambos os pacotes de forma integral (o principal e o associado);
 - **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 procedimentos, dificultando a identificação dos itens que poderão ser cobrados complementarmente, o Planserv poderá optar por não manter o pacote e autorizar ambos os procedimentos em formato de conta aberta.

- Pacientes com alta antes de completar o período previsto no pacote (sem intercorrências), o prestador poderá cobrar o valor integral do mesmo, não devendo ser descontado pela auditoria as diárias não utilizadas;
- Pacientes com alta após o período de diárias previstas no pacote (sem que tenha havido intercorrências), o prestador deverá cobrar o valor total do pacote e não poderá fazer cobranças adicionais pelas diárias excedentes, sendo considerado o risco do pacote;
- Os prestadores não poderão solicitar autorização ou realizar cobrança de Valores Referenciais por analogia para um procedimento que não tem previsto um Valor Referencial. Situações de similaridade e analogia devem ser analisadas previamente pelo Planserv.

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

- **O último dígito** de cada valor referencial identificará para quem será creditado aquele valor referencial, sendo:
 - Quando o último dígito for 9, o código faz referência à remuneração dos honorários da equipe cirúrgica;
 - Quando o último dígito for 8, o código faz referência à remuneração dos honorários de anestesiologia;
 - Quando o último dígito for 7, o código faz referência à remuneração das unidades prestadoras de serviços (Hospitais).
 - **NOTA:** Diferente da estrutura de codificação anterior, onde cada unidade prestadora (hospital) tinha códigos diferentes de acordo sua classificação hospitalar da Tabela Sintética (o último dígito diferenciava a classificação do prestador, sendo 1 para classe A, 2 para Classe B, até 6 para prestadores classe F), esta nova estrutura de classificação permite que o Planserv remunere com valores diferentes o mesmo código de procedimento. Portanto, todas as unidades prestadoras utilizarão o mesmo código, inclusive as unidades de Hospital Dia (Todos terão o último dígito 7);
- **A OPERACIONALIZAÇÃO:**
 - As solicitações de Autorizações 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 Bartolinetomia será realizado por um cirurgião que tem credenciamento de sua pessoa jurídica habilitada ao Planserv. A cirurgia será realizada num Hospital, cuja equipe de Anestesiologia tem Cooperativa credenciada ao Planserv. A cobrança seria:

- 84.50.301-7 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital
- 84.30.301-8 CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anestesiologista Brasil
- 84.30.301-9 CNPJ 666.555.444/0001-1 Clínicas Cirúrgicas Caymi

Comentário: No exemplo acima, o Planserv creditará 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. 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 Cirurgião 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 dos honorários médicos será da inteira responsabilidade do hospital:

- 84.30.518-7 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital (Parte do Hospital)
- 84.30.518-8 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital (H.M. Anestesiologia).
- 84.30.518-9 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital (H.M. Cirúrgicos)

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

ORIENTAÇÕES ESPECIAIS

- Os procedimentos contemplados por videolaparoscopia já contemplam os insumos básicos necessários como trocater (descartável), estojo de clip, além de gás carbônico para o pneumoperitônio.

9. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS

9.1 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.50.402-7	84.50.402-9	84.50.402-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE

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
31306063	Ressecção de tumor do septo reto-vaginal	9C	100%	2	5	20%
31307183	Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico	9B	50%	2	5	20%
31307060	Laparoscopia ginecológica com ou sem biópsia	8A	50%	1	4	20%
31307205	Liberação laparoscópica de aderências pélvicas	7A	50%	1	5	20%
31305032	Ooforectomia laparoscópica uni ou bilateral ou ooforoplastia	9A	50%	1	5	20%
31307272	Secção laparoscópica de ligamentos útero-sacros	6B	50%	1	5	20%
31009166	Herniorrafia umbilical	5A	50%	1	2	20%
31102298	Ureterolise unilateral	6B	50%	1	4	20%
31102298	Ureterolise unilateral	6B	50%	1	4	20%
31302025	Colpectomia	9C	50%	2	4	20%

- Os portes dos honorários médicos foram valorados conforme CBHPM 2012 com banda 20%.

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, Intensivista Diarista Não Plantonista/Dia, Laboratório, Raio-X de Tórax.

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, **gás carbônico**, taxa de vídeo, 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.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: 01 Trocater, Clipador clip polímero; 4 Cargas Clip Polímero; 1 Tesoura coaguladora / seladora; Bag laparoscópico; Fios de sutura; Fios/dispositivos de fechamento com microancoras.

OBSº

- Nos casos em que houver indicação de ressecção de segmento intestinal, serão autorizados complementarmente 01 endogrampeador linear, 02 cargas e 1 grampador circular com carga.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	614,60	638,00	658,60	681,90	702,40
Taxas	-	450,00	460,00	550,00	640,00	640,00
SADT	-	224,70	226,20	227,70	229,20	229,20
Gases	-	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
Medicamentos	-	490,00	490,00	560,00	700,00	700,00
Materiais	-	660,00	660,00	660,00	1.100,00	1.100,00
OPME	-	6.418,94	6.418,94	6.418,94	6.418,94	6.418,94
Sub-Total (Parte Hospitalar)	-	8.873,24	8.908,14	9.090,24	9.785,04	9.805,54
Honorários Médicos da Equipe	-	5.777,47	5.777,47	5.777,47	5.777,47	5.777,47
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

- 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	1.575,25	1.601,25	1.625,25	1.651,25	1.665,25
3º Dia Internação	787,62	800,62	812,62	825,62	832,62

