



Custeio dos Exames Ambulatoriais Pré e Pós-Operatório e OPME

A realização de cirurgias Eletivas e até mesmo as com caracter de atendimento de Urgência necessitam de exames pré e pós-operatórios para a sua consolidação.

Não temos uma Política Federal definindo linha de cuidado aos pacientes, onde tanto a questão de acesso e custeio garantem o acesso do paciente desde a Atenção Primária até a Assistência Hospitalar, além disso não temos mecanismos de referencia e contra-referencia para monitorar esse paciente em todo o sistema.

As cirurgias de caráter eletivo estão caracterizadas por pacientes que já tiveram o diagnóstico e estão numa fila de espera. Quando esse paciente é chamado pode se caracterizar em duas situações:

- 1) Pacientes a um longo tempo na fila de espera e estão com os exames desatualizados;
- 2) Pacientes a um curto tempo em fila e estão com os exames atualizados;

Mas, qual a validade dos exames?

Nessa consulta pré-cirúrgica o profissional médico pode pedir novos exames de acordo com a sua avaliação e perspectiva?

Essa situação é um tanto que específica ao ato do atendimento médico e não existe uma normativa que defina critérios e fluxos para esta questão assistencial.

Para garantir que o paciente não vá para uma fila novamente para realização de exame e posteriormente caia numa fila cirúrgica, se tornando um fluxo não eficaz, e também para garantir o custeio desses exames pré e pós-operatórios, no Estado de Santa Catarina temos Políticas Assistenciais que dão garantia aos hospitais a realizarem esses procedimentos preparatórios ou de acompanhamento num curto espaço de tempo.

Ao entrarem pela consulta pré-cirúrgica os pacientes seguem um fluxo interno de acesso dentro da unidade hospitalar e o acompanhamento do município para com esse paciente se perde nesse momento devido ao mecanismo existente de regulação do acesso não possibilitar esse fluxo passo a passo.

A partir do momento que o paciente está sob os cuidados do hospital ele passa a ser de sua responsabilidade e os exames prescritos para este paciente devem ser de responsabilidade do hospital quando se tratarem dos procedimentos definidos nas Políticas de Saúde em Santa Catarina como:

Termos de Compromisso das Altas Complexidades Hospitalares

A Política Assistencial do Estado de Santa Catarina define para cada Termo de Compromisso da Alta Complexidade Hospitalar em Neurologia, Ortopedia, Cardiologia, Oncologia e Terapia Renal Substitutiva, procedimentos de atendimento, diagnóstico e tratamento para subsidiar o custeio no atendimento desses pacientes.

A porta de entrada desse paciente se dá pela consulta especializada e o hospital a partir desse momento é responsável pelo atendimento desse paciente e os procedimentos que o mesmo necessitar.





Política Hospitalar Catarinense – PHC

A Deliberação CIB nº 031/2021 no seu Item 5 – Hospitais que Realizam Cirurgias Eletivas e 9 – Recursos Financeiros para Política Hospitalar Catarinense, deixa claro as responsabilidades do hospital quanto aos procedimentos decorrentes do pré e pós-operatório e o valor repassado de Incentivo já possui essa finalidade de custeio.

5 – Hospitais que Realizam Cirurgias Eletivas

O incremento dos procedimentos cirúrgicos de média complexidade inclui todas as despesas relacionadas ao ato cirúrgico, pré e pós operatório, não cabendo a cobrança de insumos por meio de pagamento administrativo.

As intercorrências dos pós operatórios, reintervenções e revisões cirúrgicas serão de responsabilidade da unidade hospitalar que realizará o procedimento cirúrgico.

Os procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade (extra teto MAC - PPI) e o incremento estadual serão pagos mediante produção. O encontro de contas será efetuado mensalmente conforme Deliberação CIB nº 008/21 e suas atualizações.

9 – Recursos Financeiros para Política Hospitalar Catarinense

O recurso financeiro referente ao incentivo da Política Hospitalar Catarinense é um estímulo para alcance das metas e melhoria do desempenho, bem como, para cobertura de despesas com insumos ou despesas administrativas não custeadas ou não cobertas pela Tabela SIGTAP. Está incluído no valor da Política Hospitalar, não podendo gerar pagamento administrativo excepcional ou complementar as Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME não padronizados em tabela SIGTAP. Situações excepcionais não constantes na tabela SIGTAP, mas incluídas no rol estabelecido pela SES, serão analisadas pela equipe técnica (auditoria e regulação), tendo como valor de referência o preço adjudicado pela SES.

Política de Redução de Filas

A Deliberação CIB nº 070/2023, assim como a Deliberação CIB nº 008/21, ambas referente a Política de Cirurgias Eletivas no Estado, deixam bem claro que as Faixas faturadas Federal, Estadual e também PPI terão ressarcimento de prêmio e pacote ambulatorial mediante o Encontro de Contas realizado mensalmente.

Segue os Artigos na Deliberação que definem esta programação referente aos atendimentos ambulatoriais.

Art. 13º - O valor definido no pacote ambulatorial para exames pré e pós operatório são todos os exames de diagnóstico do grupo da tabela SIGTAP 02 – Procedimento com Finalidade Diagnóstica de média e alta complexidade;

Art. 15º – Os valores do pacote ambulatorial foram definidos de acordo com a especialidade do procedimento, sendo obrigatório a realização do pré operatório e pós operatório pelo serviço que realizar o procedimento cirúrgico.

Órteses e Próteses e Materiais Especiais - OPME

A Deliberação CIB nº 105/2022 aprova as OPME não constante na tabela SIGTAP, padronizadas pela Secretaria de Estado da Saúde e que são custeadas conforme solicitação, critérios e fluxo definido na Deliberação citada.





Resumindo.....

Conforme definido pelas Políticas Assistenciais existentes no Estado já estabelecidas a um tempo e vigentes até a presente data, os procedimentos ambulatoriais de diagnóstico e OPME solicitadas pelos profissionais médicos das unidades hospitalares são de responsabilidade de execução e custeio da unidade solicitante.

O custeio está garantido nas Políticas pactuadas e citadas nessa Nota, a execução do procedimento caberá a unidade solicitante encontrar a melhor forma para garantir o atendimento do paciente e a qualidade dos serviços ofertados, mesmo que terceirizados.

Não cabe ao hospital encaminhar o paciente ao seu município de origem para realizar procedimento, se isso estiver ocorrendo solicitamos ao município ou CIR que manifeste o fato se esporádico ou corriqueiro para que possamos enquanto Gestores das Políticas avaliar os casos e buscar adequação.

Problemas como defasagem de custeio recebido e valor pago, problemas de demora do acesso a cirurgia o que leva a realização de novos procedimentos, são situações que devemos pautar nos fóruns técnicos do Estado para avaliarmos a situação.

Essas situações ocorridas devem ser documentadas e enviadas ao conhecimento do COSEMS e Secretaria de Estado da Saúde solicitando resposta breve. Devem constar nessa documentação qual o prestador, o procedimento, o motivo descrito pelo prestador para não realização, se é frequente ou não, e outras observações caso necessário.

Dúvidas estou à disposição.

Fábio Antônio de Souza

Técnico COSEMS/SC

Planejamento, Programação, Controle e Avaliação

