



CONSELHO SUPERIOR DAS ENTIDADES MÉDICAS DE SANTA CATARINA

ACAMEESC - ACM – CRM-SC – SIMESC - SIMERSUL

ANEXO 1: PROPOSTAS DO COSEMESC À SES PARA AJUSTES AO DECRETO Nº 1752, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2022

1) Há alguns grupos de médicos que não tem o menor controle sobre a sua própria produção, visto que não são capazes de aumentar ou diminuir a demanda que atendem. Reconhecemos que a SES percebeu esta dificuldade, e que tentou encontrar uma fórmula que a solucionasse. É o caso do pagamento por evoluções nas UTIs, por exemplo. Entretanto, para alguns destes colegas, a métrica sugerida foi bastante criticada. Em **UTIs e UTIs neonatais com menos de 10 leitos**, ou para a produção do **plantão noturno**, a produtividade estimada ficou muito baixa. Houve a mesma reclamação de colegas **médicos hospitalistas, responsáveis pelos pacientes internados em enfermarias, sobretudo nas enfermarias pediátricas**. A visita ao paciente internado, que envolve sua avaliação clínica, evolução, prescrição e orientação aos familiares, não pode ser comparada, do ponto de vista de métrica de produtividade, a uma consulta de pronto-atendimento. Estes profissionais também não conseguem aumentar sua capacidade de produção. Mesma demanda partiu de grupos de anesthesiologistas.

SUGESTÃO:

Dar a opção ao médico intensivista, aos que exercem suas atividades prioritariamente nas enfermarias, e aos anesthesiologistas, por meio de proposta de adesão, individual ou do serviço, de pagamento fixo de 50% do teto estabelecido (R\$ 6.480,00), sem o desconto da “franquia” de 56 pontos (R\$2.518,88).

2) Não está estabelecido como o médico poderá acompanhar sua produção.

SUGESTÃO:

Elaborar um sistema de controle e acompanhamento das métricas individuais de produtividade médica.

3) Não estão definidos os critérios para cadastramento de preceptores.

SUGESTÃO:

Elaborar documento que esclareça os critérios de inclusão de preceptores nos diversos serviços.

4) Em relação a agenda de consultas, há o registro de um número elevado de faltas nas agendas reguladas que impactam na produtividade. Há também os casos que um paciente é atendido ao mesmo tempo por mais de um médico de diferente especialidade ou diferente CID (interconsultas), consultas de pareceristas de especialidades nas UTIs e enfermarias, ou de pacientes que precisam ser reavaliados em curto espaço de tempo. Por fim, pacientes que após o primeiro atendimento na emergência, são tratados no ambulatório de subespecialidade (Ex.: serviço de oftalmologia).

SUGESTÕES:

Considerar uma proporção de pontuação proporcional das consultas de pacientes faltosos;

Considerar todas as pareceres de especialidades e as interconsultas que ocorrem no mesmo período, e as consultas com o mesmo CID mas após intervalo de 15 dias como novas consultas.



CONSELHO SUPERIOR DAS ENTIDADES MÉDICAS DE SANTA CATARINA

ACAMESC - ACM – CRM-SC – SIMESC - SIMERSUL

Considerar nova consulta quando o atendimento inicial tiver sido na emergência, e a consulta seguinte for no ambulatório de subespecialidade.

5) Em Serviços de emergência que atendem politraumas, os médicos necessitam realizar múltiplas avaliações durante o atendimento inicial, e após a admissão muitos pacientes ficam internados na reanimação em estado crítico, necessitando cuidados intensivos. Além disso, a classificação de risco de paciente trazidos por ambulâncias muitas vezes não é feita de maneira adequada. Já para os serviços de emergência como o da oftalmologia, a classificação de risco não se aplica de forma adequada, sendo que mesmo em casos graves os pacientes são triados como verde ou azul.

SUGESTÕES:

Considerar pagamento de evolução e prescrição em pacientes com classificação VERMELHO, LARANJA E AMARELO. Pagamento de evolução proporcional ao da tabela da UTI para pacientes internados nas salas de reanimação. Elaborar uma padronização da classificação de risco para o serviço da oftalmologia, determinando critérios mais objetivos para a classificação por cores.

6) Com a migração no RPM e Classificação da tabela SUS para os procedimentos cirúrgicos numa hierarquização de portes que segue a CBHPM, houve um nítido "efeito colateral" na valoração. Na tabela SUS os Serviços profissionais que remuneravam equipe cirúrgica apresentavam valores com alta variabilidade, exigindo compatibilidade entre as codificações. No decreto anterior (1.945/2013), muitas cirurgias eram pagas com apenas um código e seguiam um indexador de complexidade (1,5x ou 2x). A CBHPM apresenta portes com valores mais baixos e mais próximos, mas permite a conjugação de códigos, proporcionando PACOTES de valoração mais compatíveis com o porte da cirurgia realizada. A taxonomia SUS e sua regra rígida de compatibilidade não permite esta conjugação. Migrar para o modelo hierarquizado da CBHPM, mas valorar apenas o código principal traz distorção, baixa o valor total remunerado sem relevar a complexidade. No decreto atual, no Anexo I, Tabela Complementar I, temos indexadores que buscaram compensar os vários procedimentos listados com aumentos de 450%, 300%, sem critério claro ou justificativa, em detrimento de outras especialidades que também sofrem com a valoração de porte único, alta complexidade e interesse da SES e não se encontram ali indexadas.

SUGESTÃO:

Compensação e ajuste do modelo hierarquizado na indexação de cirurgias de forma OBJETIVA e IMPARCIAL, mantendo harmonia e objetividade à valoração para todas as modalidades cirúrgicas, resgatando o conceito de pontuação por complexidade que existia no decreto anterior (1945/2013), seguindo a mesma proporcionalidade. Sugerimos seguir a seguinte indexação para TODA a tabela própria e hierarquizada da SES:

I – 0,7x ou 70% para os procedimentos de baixa complexidade;



CONSELHO SUPERIOR DAS ENTIDADES MÉDICAS DE SANTA CATARINA

ACAMESC - ACM – CRM-SC – SIMESC - SIMERSUL

II – 1,4x ou 140% para os procedimentos de média complexidade;

III – 2,1x ou 210% para os procedimentos de alta complexidade;

IV – 4,2 x ou 420% para os procedimentos de alta complexidade dos Subgrupos 03, 04, 06, 08 e 16 do Grupo 04;
e

V – 4,2x ou 420% para os procedimentos de alta complexidade do Subgrupo 05 do Grupo 05.

7) Especialidades como a Cirurgia Cardíaca alguns procedimentos de alta complexidade e cirurgias com longa duração necessitam de até três auxiliares, além do cirurgião principal. Tabelas de referência para pagamento como a SIGTAP do SUS e a CBHPM contemplam o cirurgião e três auxiliares.

Já no seu Art 16º - § 1º o presente decreto estabelece: “Somente serão computados para efeito de pontuação e pagamento os atos cirúrgicos realizados pelo cirurgião principal, primeiro e segundo auxiliares”.

SUGESTÃO:

Manter a forma atual de pontuação e pagamento para cirurgião principal, primeiro, segundo e terceiro auxiliares.

DEMAIS PROPOSTAS RECEBIDAS PELO COSEMESC

- Remover a dedução de 30% do valor total de honorários rateado aos cirurgiões, ao modo da Tabela SIGTAP SUS:

QUADRO XVII – Percentual de rateio médicos cirurgiões e Anestesiologistas

Cirurgião principal – 70% do valor da Tabela SES

Primeiro Auxiliar – 70% do valor do honorário do cirurgião principal

Segundos Auxiliares – 50% do valor do honorário do cirurgião principal

- Equalização remuneratória do **ecocardiograma transtorácico** (código SIGTAP0205010032) com o de doppler vascular (código SIGTAP0205010040) tendo em vista que a ecocardiografia também utiliza mapeamento doppler e sem dúvida nenhuma é de execução mais complexa.

- Correção da tabela da Cirurgia Oncológica, considerando seu grau de complexidade, e com sugestão de aplicação do mesmo fator de correção praticado para a cirurgia cardíaca e neurocirurgia.

- Sugerido estabelecer uma remuneração para os preceptores de residência médica, sem relação com produtividade médica, em cumprimento do Resolução CNRM Nº 005/2004, de 08 de junho de 2004, art.3.



CONSELHO SUPERIOR DAS ENTIDADES MÉDICAS DE SANTA CATARINA
ACAMESC - ACM – CRM-SC – SIMESC - SIMERSUL

- Corrigir o procedimento 0401010074 passou a ter fator de redução de 96% e contabiliza 0,04 pontos. O grupo da dermatologia acredita ter sido erro de digitação.
- Corrigir com a inclusão do valor da anestesia no Código 0405030117 (Vitrectomia posterior com infusão), da mesma forma que para as outras vitrectomias.
- Reconsiderar o valor proposto para a cirurgia Bariátrica, que sofreu substancial redução do valor remuneratório.
- Aumentar o valor proposto para a consulta de dermatologia, que corresponde apenas a 0,7 pontos.
- Remover o desconto da franquia de 56 pontos.