

NOME/SERVIÇO	UNIDADE	FUNDAMENTAÇÃO	PROPOSTA	observação
André Luiz Parizi Mello	HRSJ	Redução do valor da cirurgia bariátrica de R\$ 2.100,00 para R\$ 488,69.	Reconsiderar o valor proposto	
UTI Neonatal	HIJG	Nas UTIs com menos de 10 leitos há desigualdade entre os pares. médicos intensivistas não podem “aumentar a sua produtividade” na busca do alcance do teto	<p>Opção 1 - Pagamento fixo de 50% do teto estabelecido no decreto 1.752 de 18/02/2022 (R\$ 6.480,00) para todos os integrantes médicos dessa UTI, sem o desconto da “franquia” de 56 pontos (R\$2.518,88) .</p> <p>Opção 2 - <b>A retirada da “franquia” de 56 pontos</b> para UTIs com capacidade menor que 10 leitos, pois a simulação da produtividade em UTIs pequenas, mesmo considerando ocupação de 100% dos leitos, não demonstrou aumento real da remuneração.</p> <p><b>O aumento do valor da remuneração da evolução noturna</b> ou, no mínimo, a possibilidade de realizar <b>2 evoluções noturnas por paciente</b>, tendo em vista a discrepância do número de evoluções permitidas entre plantão diurno e noturno.</p> <p>Considerar paciente proveniente do centro cirúrgico no pós-operatório imediato ou cateterismo cardíaco, como nova admissão, com permissão para contabilizar nova prescrição, independente do período do dia</p>	Indicar , por meio de termo de adesão, qual a opção de remuneração de produção, dentre as elencadas acima
CCR	CCR	Não há como acompanhar a produção	Local ou sistema para acompanhamento da produção	
CCR	CCR	Número de faltas elevadas nas agendas reguladas	Considerar pagamento das consultas de pacientes faltosos até 20% do número de vagas ofertadas	

CCR	CCR	Interconsultas ou novas consultas	As interconsultas devem ser consideradas como novas. Considerar como novas consultas o intervalo de 15 dias, dentro do mesmo CID.	
Gustavo Luchi Boos, Anestesiologista.	HGCR	A especialidade de Anestesiologia não gera demanda cirúrgica, apenas proporciona o desenlace de procedimentos agendados, encaixes urgência/emergência. Alguns setores apresentam valores de produção muito variados, sendo uns proporcionando alta produção, e outro pouco retorno pelo baixo porte ou valor. <b>SERVIÇOS CONSTITUÍDOS DE ANESTESIA</b> trabalham juntos e ganham juntos.	Com intuito de evitar especulação por escolhas de nichos de trabalho, eventualmente em setores pouco valorados pela hierarquização da tabela, sugere-se pagar produção de 50% do teto estabelecido no decreto 1.752 de 18/02/2022 (R\$ 6.480,00) para todos os integrantes Anestesiologistas determinado serviço hospitalar, sem o desconto da “franquia” de 56 pontos (R\$2.518,88) . Se assim como serviço ou individualmente desejarem aderir.	Na adesão ao PGS, pode-se optar por modalidade fixa ou variável de produção.

<p>Gustavo Luchi Boos, Centro-Cirurgico</p>	<p>HGCR</p>	<p>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 Nº 1.945, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2013, muitas cirurgias eram pagas com apenas um código e seguiam ainda um indexador de complexidade (1,5x ou 2x). Na migração para valorar em hierarquização com portes similares a CBHPM, na sua essência, apresentam portes com valores mais baixos e mais próximos. Essa proximidade permitiria a conjugação dos vários portes ou códigos, proporcionando montar PACOTES de valoração compatíveis com a cirurgia realizada. Porem, a taxonomia SUS e sua regra rígida de compatibilidade não permite por regra de faturamento. Isso faz com que especialidades que conjugariam procedimentos como C. CARDÍACA, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA, C. GERAL dentre tantas outras por exemplo, sejam valoradas através de apenas um código, baixando o valor total remunerado, sem ainda relevar a complexidade que antes eram atendidos. No decreto atual 1.752 de 18/02/2022, no Anexo I, Tabela Complementar I, temos indexadores que buscaram compensar os vários procedimentos listados com aumento de 450%, 300% sem critério ou justificativa em detrimento de outras especialidades que também sofrem com valoração de porte único, alta complexidade e interesse da SES, porém com redução de 30% ou o pagamento de apenas 70% deste. Não estão ali indexadas.</p>	<p>As cirurgias com a nova modalidade valoração em hierarquização semelhantes a CBHPM, precisam de "compensação" na indexação de forma OBJETIVA, RETA e IMPARCIAL Diante da impossibilidade de agregar códigos pela incompatibilidade em regra faturamento da Tabela unificada do SUS, pode-se resgatar o conceito de complexidade que existia no decreto anterior Nº 1.945, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2013, que previa a seguinte pontuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I – 1 (um) ponto para os procedimentos de baixa complexidade;</li> <li>II – 2 (dois) pontos para os procedimentos de média complexidade;</li> <li>III – 3 (três) pontos para os procedimentos de alta complexidade;</li> <li>IV – 6 (seis) pontos para os procedimentos de alta complexidade dos Subgrupos 03, 04, 06, 08 e 16 do Grupo 04; e</li> <li>V – 6 (seis) pontos para os procedimentos de alta complexidade do Subgrupo 05 do Grupo 05.</li> </ul> <p>Seguindo esta proporcionalidade, sugere-se seguir a seguinte indexação para TODA tabela própria e hierarquizada da SES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I – 0,7x ou 70% para os procedimentos de baixa complexidade;</li> <li>II – 1,4x ou 140% para os procedimentos de média complexidade;</li> <li>III – 2,1x ou 210% para os procedimentos de alta complexidade;</li> <li>IV – 4,2 x ou 420% para os procedimentos de alta complexidade dos Subgrupos 03, 04, 06, 08 e 16 do Grupo 04; e</li> <li>V – 4,2x ou 420% para os procedimentos de alta complexidade do Subgrupo 05 do Grupo 05.</li> </ul> <p>Assim, manter-se-ia uma harmonia e objetividade à valoração proposta pela SES no novo decreto para todas as modalidades cirúrgicas, sem qualquer subjetividade.</p>	
---	-------------	--	--	--

<p>Crystian Josué Tholl, chefe Serviço Cirurgia Cardíaca</p>	<p>ICSJ</p>	<p>Percebemos no novo Decreto aumento na pontuação mínima a ser atingida para possibilitar o recebimento de remuneração, diversos setores do hospital não apresentam demanda própria e poderão ser impactados com redução de remuneração, neste sentido,</p>	<p>solicitamos a revisão da pontuação mínima necessária, contida no artigo 8º, §1º.</p>	
<p>Crystian Josué Tholl, chefe Serviço Cirurgia Cardíaca</p>	<p>ICSJ</p>	<p>No ICSC temos pacientes que são atendidos simultaneamente por especialidades diversas, como por exemplo, pacientes com indicação de tratamento cirúrgico são acompanhados por cardiologistas e cirurgiões cardiovasculares, atendendo desta forma integralmente o paciente, a seguir a redação do artigo referente a esse tema: Art 9º - §1º Evolução médica será limitada a 1 (um) por paciente por período: Manhã: 07- 11:59h Tarde: 12-18:59h Noite: 19-06:59h</p>	<p>Na redação atual do referido Decreto, não será possível considerar para pontuação/pagamento, mais de uma evolução por paciente por período, assim solicitamos que seja contabilizada a evolução realizada por especialidades diferentes, mesmo que concomitante com a evolução de outra especialidade por período.</p>	
<p>Crystian Josué Tholl, chefe Serviço Cirurgia Cardíaca</p>	<p>ICSJ</p>	<p>Temos na cirurgia cardíaca procedimentos de alta complexidade e cirurgias com longa duração onde necessitamos 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, destaco que até a presente data essa era a forma de aferição de pontuação e de remuneração.</p> <p>Art 16º - § 1º Somente serão computados para efeito de pontuação e pagamento os atos cirúrgicos realizados pelo cirurgião principal, primeiro e segundo auxiliares;</p>	<p>Solicitamos que seja mantida a forma atual de pontuação e pagamento para cirurgião principal, primeiro, segundo e terceiro auxiliares.</p>	

<p>Crystian Josué Tholl, chefe Serviço Cirurgia Cardíaca</p>	<p>ICSJ</p>	<p>Considerando a resolução 1958 do CFM de 2010, a qual define e regulamenta o ato da consulta médica, destacando o artigo 3º: Art. 3º - Nas doenças que requeiram tratamentos prolongados com reavaliações e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão, a critério do médico assistente, ser cobradas. Destaco a seguir a redação do artigo 17º do Decreto 1752: Art 17º - Será atribuída à pontuação para o indicador de consultas ambulatoriais, por consulta ambulatorial realizada observando a duração dos atendimentos e a natureza dos mesmos apontados pela Superintendência de Regulação, conforme Quadro II do Anexo II deste Decreto. §1º Somente serão computados para pontuação mínima e pagamento os atendimentos ambulatoriais regulados via SISREG; §2º A primeira consulta e retorno possuirão pontuações e valores de acordo com o Quadro II do Anexo II deste Decreto.</p>	<p>Com base na Resolução 1958 de 2010 do CFM, que define e regulamenta o ato da consulta médica, solicito a reconsideração e adequação à resolução do CFM, quanto ao que é consulta e a que se deve o retorno.</p>	
--	-------------	--	--	--

<p>Crystian Josué Tholl, chefe Serviço Cirurgia Cardíaca</p>	<p>ICSJ</p>	<p>A seguir descrevo os valores e portes, presentes nos Anexos, onde identificamos discrepância de valores e porte quando comparados as tabelas do SIGTAP SUS e CBHPM 5:</p> <p>No tocante ao rateio entre cirurgiões, auxiliares e anestesiológicos, a forma adotada pela tabela SIGTAP SUS é:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30% do valor TOTAL da Tabela SUS fazem jus ao anestesiológico;</li> <li>- Dos 70% restantes do valor TOTAL, distribuí-se: <ul style="list-style-type: none"> <li>70% cirurgião principal;</li> <li>30% primeiro auxiliar;</li> <li>20% segundo auxiliar;</li> <li>20% terceiro auxiliar.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Desta forma, solicitamos a equiparação de rateio à forma adotada pela Tabela SIGTAP SUS, onde não há dedução de 30% do valor a ser rateado.</p> <p>Abaixo, a forma de rateio apresentada no Decreto 1752 e que solicitamos a correção:</p> <p>QUADRO XVII – Percentual de rateio médicos cirurgiões e Anestesiológicos</p> <p>Cirurgião principal – Auxiliares (0) – 70% do valor da Tabela SES</p> <p>Cirurgião principal – Auxiliares (1) – 70% do valor da Tabela SES dos 70%</p> <p>Cirurgião principal – Auxiliares (2) – 50% do valor da Tabela SES dos 70%</p>	
<p>Ramsés Miotto,</p>	<p>ICSJ</p>	<p>Considerando que o procedimento de ecocardiograma transtorácico é um exame complexo, que avalia inúmeros parâmetros em um mesmo ato, que é essencial para diagnóstico e indicação de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares, que é capaz de dar prognóstico para diversas doenças cardíacas, que é de muita utilidade para a oncologia e outras subáreas da medicina, sua atual remuneração junto a tabela de procedimentos do SUS é vexatória.</p>	<p>Preciso de apoio para encaminhar uma proposta de equalização remuneratória do ecocardiograma transtorácico (codigo SIGTAP0205010032) com o de doppler vascular, (ultrassonografia doppler colorido de vasos - código SIGTAP0205010040) tendo em vista que a ecocardiografia também utiliza mapeamento doppler e sem dúvida nenhuma é de execução mais complexa.</p> <p>Vivemos um momento em que nosso ministro da saúde é médico cardiologista.</p> <p>Os profissionais que realizam ecocardiografia tem pior remuneração na SES em relação aos que realização ecodoppler devido justamente a esta defasagem na tabela SUS.</p>	

<p>DR. MARCELO ARAÚJO VIEIRA ANGELO CIRURGIA GERAL E ONCOLÓGICA</p>		<p>Considerando que pacientes oncológicos requerem atenção especializada. Considerando que as cirurgias oncológicas são tempo sensíveis. Considerando que a 12.732/12 garante o direito do início do tratamento oncológico em 60 dias. Considerando que para o adequado tratamento do paciente oncológico, é necessário equipe altamente especializada. Considerando a drástica redução e a discrepância entre a tabela do decreto anterior em relação ao novo. Todos os códigos da cirurgia oncológica sofrem grande redução (valores pagos no novo decreto entre 5% e 48 % dos valores antigos). Considerando que equipes especializadas em cirurgias oncológicas por vezes efetuam procedimentos de alta complexidade não contemplados na cirurgia em oncologia.</p>	<p>Solicitamos uma correção da tabela conforme já foi garantido a algumas especialidades. Sugerimos uma fator de correção de 4,5 conforme já praticado em tabela anexa, beneficiando cirurgia cardíaca e neurocirurgia.</p>	
<p>Felipe Macri Coordenador do Serviço de Ortopedia e Traumatologia</p>	<p>HGCR</p>	<p>abela do novo decreto tem uma indexação de 0,7. Reduzindo os ganhos do cirurgião e anestesista. A tabela antiga a indexação era 1,5 ou 2</p>	<p>I – 0,7 x para os procedimentos de baixa complexidade; II – 1,4 x para os procedimentos de média complexidade; III – 2,1 x para os procedimentos de alta complexidade; IV – 4,2 x para os procedimentos de alta complexidade dos Subgrupos 03, 04, 06, 08 e 16 do Grupo 04; e V – 4,2 x para os procedimentos de alta complexidade do Subgrupo 05 do Grupo 05. Então, considerando o exposto acima, gostaria de corrigir e melhorar a minha solicitação no OFÍCIO N° 001/2021 da folha 004 deste PSES: - Solicitamos a indexação proposta diferenciada de acordo com a complexidade dos procedimentos.</p>	

Felipe Macri Coordenador do Serviço de Ortopedia e Traumatologia	HGCR	desvalorização das consultas ambulatoriais.	Retomada do valor anterior das consultas, independentemente de primeira consulta ou retorno.	
Serviço de Oftalmologia do HRSJ	HRSJ	Consultas emergência – o valor da consulta é baseado em uma classificação de risco que não existe padronização para oftalmologia, a maioria dos pacientes são sempre triados como verde ou azul, mesmo casos graves que acabam não sendo identificados pelo triagista devido as particularidades da especialidade	necessário padronização da triagem.	
Serviço de Oftalmologia do HRSJ	HRSJ	A emergência do serviço de oftalmologia é a única na especialidade que atende pelo SUS, porta aberta no Estado. Muitos casos que chegam, já são referenciados, constituindo casos de urgências e tempo sensíveis. Estes últimos necessitam, muitas vezes, necessitam de acompanhamento até melhora do quadro, não sendo possível o encaminhamento para o Sisreg, visto não serem casos eletivos e sob pena de dano definitivo e irreversível de visão. Estes casos são então, após o primeiro atendimento na emergência, tratados nos ambulatorios de sub-especialidade. Pelo novo decreto, estes casos não serão remunerados, nem contabilizados como produção médica, mas, no entanto, estes casos constituem grande parte dos atendimentos ambulatoriais do serviço.	Solicita-se com urgência a criação de fluxo para atendimento destes pacientes com consequente contabilização e remuneração.	



<p>Serviço de Oftalmologia do HRSJ</p>	<p>HRSJ</p>	<p>Consultas ambulatoriais - com a divisão entre consulta e retorno. O que é retorno? Atualmente no Hospital Regional só é considerado pela regulação como consulta a primeira, todas as outras são retornos.</p>	<p>Necessário criação de outra forma de consulta – consulta de acompanhamento – para os casos crônicos que necessitem de avaliação periódica. Segundo definição do CFM, apesar de variações entre as especialidades, em geral se considera consultas com o mesmo CID, com intervalo maior que 30 dias como novas consultas e assim devem ser remuneradas. Se não houver consulta de acompanhamento todas as especialidades clínicas serão prejudicadas.</p>	
<p>Serviço de Oftalmologia do HRSJ</p>	<p>HRSJ</p>	<p>Pelo novo decreto foi aplicado a consulta oftalmológica um redutor – ela vale 0,7 pontos (31,10 reais) e o retorno 0,35 pontos (15,60 reais), algumas especialidades correlatas, como Buco maxilo – a consulta vale 1,35 ponto com respectiva remuneração e outras como a Otorrino 1 ponto, como a maioria das especialidades. Segundo o CFM não há distinção entre as consultas médicas e no Estado, no serviço privado, já existe jurisprudência de uma operadora que teve que ressarcir os valores por pagamento diferenciados. A tabela CBHPM não faz distinção entre as consultas de especialidades, portanto isto é ilegal.</p>	<p>Solicitamos que a oftalmologia seja remunerada como as outras especialidades.</p>	

<p>Serviço de Oftalmologia do HRSJ</p>	<p>HRSJ</p>	<p>Com relação as cirurgias, alguns procedimento tiveram o valor reduzido em relação aos valores praticados anteriormente, que já estavam congelados há 6 anos, principalmente devido ao redutor de 30 % que foi introduzido. Cabe lembrar que são cirurgias de alta complexidade, onde o Hospital Regional São José é referência no Estado, que estão categorizadas de maneira errônea no sistema, não respeitando a CBHPM. Além disso, no caso da cirurgia não tem categorização anestésica, o valor deste profissional será descontado do montante do cirurgião, tornando o valor mais baixo ainda. Foi criada uma nova com remuneração abaixo do valor atual da tabela Sigtap, referencia para o SUS.</p>	<p>Solicitamos, que os valores obedeçam no mínimo os referencias da tabela Sigtap atualizada, sendo adequada a categorização e que pelo menos os valores não sejam diminuídos em relação aos pagos anteriormente.</p>	
<p>Serviço de Oftalmologia do HRSJ</p>	<p>HRSJ</p>	<p>A remuneração da preceptoría de residência médica não deve estar contida dentro da RPM, pois esta se refere a produtividade médica em nível assistencial e a preceptoría é um trabalho relacionado com ensino, devendo ser pago a parte da RPM, pois independe de produção médica e dos referidos pontos.</p>	<p>Recomenda-se o cumprimento do Resolução CNRM N° 005/2004, de 08 de junho de 2004, art.3 que estabelece uma remuneração para os preceptores de residência médica, sem relação com produtividade médica.</p>	
<p>Serviço de Oftalmologia do HRSJ</p>	<p>HRSJ</p>	<p>Em conversas com representantes da SES sempre foi garantido que nenhum profissional teria perda com a implantação da nova RPM, no entanto na prática não é o que se observa. A pontuação mínima de 56 pontos, não remunerada, funciona como um desconto da produtividade, que aumentou em relação ao método anterior de metas. No setor de oftalmologia, por exemplo, todos que conseguiram simular a folha para o mês de janeiro, comparando as 2 metodologias tiveram perdas na remuneração.</p>	<p>Solicita-se que se mantido os 56 pontos, estes sejam remunerados a partir de sua obtenção, sem o desconto atualmente implementado.</p>	

DERMATOLOGIA	HST	Equiparação do valor da consulta com outras especialidades . Valor atual R\$ 31,49 que corresponde a 0,7 pontos.	Melhorar o valor da consulta.	
DERMATOLOGIA	HST	Procedimento 0401010074 passou a ter fator de redução de 96% e contabiliza 0,04 pontos.	Revisão deste valor . O grupo acredita que deve ter sido erro de digitação.	
UTI	HRHDS	<p>1 -Remuneração do médico assistente x pareceristas .</p> <p>2 – Critérios para cadastrar preceptores.</p>	<p>1 – Consulta de especialidade na UTI não sejam contabilizadas na produção dos intensivistas.</p> <p>2 – Definir critérios para inclusão de preceptores e se há número de preceptores por UTI.</p>	

<p>CLÍNICA PEDIÁTRICA, GASTROENTEROLOGIA, CARDIOLOGIA, NUTROLOGIA, CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA, INFECTOLOGIA, ONCOHEMATOLOGIA</p>	<p>HIJG</p>	<p>Devido as peculiaridades e alta complexidade da enfermaria pediátrica , questionam a pontuação estabelecida para consulta ambulatorial</p>	<p>Pagamento fixo do teto de 50% estabelecido (R\$ 6.480,00) para todos os integrantes médicos que tem atividades prioritariamente nas enfermarias, ou valor proporcional a este a depender da carga horária efetivamente destinada as atividades de enfermaria.</p>	
<p>Cirurgiões da EMG</p>	<p>HRSJ</p>	<p>Considerando a complexidade do atendimento do politrauma. Considerando a necessidade de múltiplas avaliações durante seu atendimento inicial. Considerando que a classificação de risco em paciente trazidos por ambulâncias muitas vezes não é feita de maneira adequada (os médicos atendem diretamente estes pacientes sendo apenas atribuída uma cor pela equipe de enfermagem, sem a completa avaliação). Considerando que após a admissão muitos pacientes ficam internados na reanimação em estado crítico, necessitando cuidados intensivos.</p>	<p>Os cirurgiões da EMG do HRSJ solicitam: Pagamento de evolução e prescrição nos pacientes com classificação VERMELHO, LARANJA e AMARELO (atualmente só contemplado VERMELHO) Pagamento das tabelas iguais as UTIs para paciente internados nas salas de reanimação (com valores iguais sobre prescrição e evolução).</p>	
<p>Anestesia</p>	<p>HU</p>	<p>Código 0405030117 Vitrectomia posterior com infusão não está contemplada com valor de anestesia. Diferente das outras vitrectomias.</p>	<p>Seja incluído o valor do anestesista.</p>	

