

PORTARIA NORMATIVA nº 08-2017/PR

Nova redação do Anexo Único dada pela Portaria Normativa nº 16-2017/PR

Autoriza a inclusão de códigos na Tabela de Procedimentos do IPASGO SAÚDE para fins de realização do Transplante de Células-Tronco hematopoiéticas Autólogas (TCHT Autólogo) – não alogênico, segundo procedimentos estabelecidos nesta Portaria Normativa.

O Presidente do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás – IPASGO, usando de suas atribuições legais; em especial, na competência para expedição dos atos normativos que disciplinam o funcionamento do sistema assistencial autorizada no art. 5º da Lei nº 17.477, de 25 de novembro de 2011;

Considerando a necessidade de regulamentar a incorporação do Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas Autólogas (TCHT Autólogo) – não alogênico no rol de procedimentos autorizados na Tabela de Procedimentos do IPASGO SAÚDE, com a inserção dos respectivos códigos, coeficientes de honorários, descrições e tipos de guias, possibilitando a implantação de medidas de melhoria nos serviços e procedimentos que tratam pacientes com doenças hematológicas;

Considerando a análise técnica realizada pela Diretoria de Assistência ao Servidor e a unidade de Gerência de Normas e Procedimentos, bem como as negociações realizadas entre o IPASGO e os prestadores habilitados a executar o procedimento de TCHT Autólogo – não alogênico, a fim de obedecer ao Princípio da Eficiência na administração pública e ao objetivo primordial do IPASGO Saúde na realização das operações de assistência à saúde dos usuários dos serviços;

Considerando que a regulamentação interna para o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas Autólogas (TCHT Autólogo) – não alogênico, no âmbito do IPASGO, deverá ser elaborada mediante a devida análise técnica pela Diretoria de Assistência ao Servidor, visando estabelecer os protocolos técnicos com os critérios específicos para a indicação e a realização da modalidade de transplante de que trata a presente Portaria Normativa;

Considerando ainda, a necessidade de cumprimento da norma NBR ISO 9001:2008 e do Sistema de Gestão da Qualidade – S.G.Q, e demais atos normativos vigentes, resolve editar a seguinte

PORTARIA:

Art.1º Fica autorizada a alteração do rol de procedimentos previstos na Tabela de Procedimentos do IPASGO Saúde para inclusão dos códigos necessários à realização do Transplante de Células-Tronco hematopoiéticas Autólogas (TCHT Autólogo) – não alogênico, pelos usuários que atendam aos requisitos técnicos estabelecidos nesta portaria e na pertinente normatização interna expedida em ato da Diretoria de Assistência ao Servidor-DAS.

Parágrafo único. Dentre os requisitos que deverão ser obedecidos quando da elegibilidade do paciente para a realização do Transplante de Células-Tronco hematopoiéticas Autólogas (TCHT Autólogo) – não alogênico, serão observados os critérios de idade menor ou igual a 70 anos e ECOG<2 ou performance status>80 e um dos seguintes diagnósticos:

I - linfoma não Hodgkin: de alto grau de malignidade em primeira remissão completa com índice internacional de prognóstico (IPI) alto-intermediário ou alto; ou em segunda remissão completa; ou em remissão parcial quimiossensível;

II - Doença de Hodgkin: quimiossensível, em segunda remissão completa, ou doença em remissão parcial ou primariamente refratário após esquema primário ou resgate - excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;

III - Mieloma múltiplo.

Art. 2º A realização dos procedimentos para o TCHT Autólogo - não alogênico e os medicamentos necessários deverão ser objeto de solicitação prévia pelo prestador, e de autorização pela Auditoria Médica especializada em hematologia e/ou cancerologia do Instituto, e/ou pelos Coordenadores e/ou Supervisor de Auditoria Médica e/ou Gerente de Auditoria de Procedimentos do IPASGO, conforme requisitos estabelecidos, respectivamente, nos dispositivos desta Portaria Normativa e nos protocolos técnicos da normatização interna expedida pela DAS.

§ 1º Os procedimentos e os medicamentos tipo OPME necessários à realização dos procedimentos somente poderão ser solicitados por médicos prestadores credenciados especialistas em hematologia e/ou cancerologia, que deverão preencher o Formulário de “Solicitação de Atendimento” e realizar o devido cadastro da solicitação no sistema eletrônico do IPASGO.

§ 2º As solicitações em meio físico e em meio eletrônico deverão conter os dados mínimos pertinentes que justificam a realização dos procedimentos conforme Art.1º desta Portaria e, obrigatoriamente, descrever:

I - sexo, idade, peso, altura e superfície corporal atual do(a) paciente;

II - diagnóstico (incluindo estadiamento e índice de prognóstico internacional);

III - quimioterapias prévias com datas e protocolos utilizados e complicações,

radioterapias prévias com datas, campos, doses e complicações, evolução da doença de base até a data de solicitação: resposta terapêutica (completa, parcial, refratariedade, progressão de doença) e status de quimio e radiosensibilidade, quando possível.

IV - a performance status e/ou ECOG.

§ 3º O prestador deverá preencher o Formulário “Solicitação de OPME”, disponível no sistema prestadores, sendo obrigatória a inclusão, no sistema, do respectivo orçamento de materiais com descrição do código e a quantidade de cada item, bem como a juntada dos exames complementares laboratoriais e de imagem comprobatórios do diagnóstico.

Art. 3º Tendo sido comprovada a existência de indicação do procedimento conforme requisitos estabelecidos nesta Portaria e demais atos normativos expedidos pela DAS, será expedida guia tipo Consulta, GIH ou GTA, de acordo com a fase do tratamento.

Art. 4º O ressarcimento de OPME está condicionado à comprovação de sua utilização pela anexação à conta nosocomial, dos selos individuais dos produtos, contendo lote e validade.

Parágrafo único. A realização indevida e/ou não comprovada, ainda que previamente autorizada, acarretará em glosa de qualquer procedimento solicitado.

Art. 5º Os Códigos referentes aos procedimentos para realização do Transplante de Células-Tronco hematopoiéticas Autólogas (TCHT Autólogo) – não alogênico, conforme a avaliação clínico laboratorial e etapas do procedimento são os discriminados no Anexo Único desta Portaria Normativa.

Art. 6º As determinações desta Portaria Normativa entram em vigor a partir da data de sua assinatura.

DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.

Gabinete da Presidência do Ipasgo, em Goiânia, aos 20 dias do mês de junho de 2017.

Rogério Cândido da Silva
Presidente em Exercício
PA n.º 100-2017/PR

ANEXO ÚNICO

Nova redação do Anexo Único dada pela Portaria Normativa nº 16-2017/PR

Código	Descrição	CH	Qtde	Tipo de guia
00010170	AVALIACAO CLINICA PRE TCTH AUTOLOGO	550	1	Consulta
00010189	RETORNO CLINICO PRE TCTH AUTOLOGO	550	1	Consulta

Código	Descrição	CH Internação	Total CH	Pacote (Honorário)
27041138	TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA MOBILIZAÇÃO COM QUIMIOTERAPIA E FILGASTRINA	0,5475	10.593,60	R\$ 5.800,00 Mobilização com quimioterapia + Filgastrina

Código	Descrição	CH Internação	Total CH	Pacote (Honorário)
27030083	COLETA DE CÉLULAS TRONCO OU MEDULA ÓSSEA + PROCESSAMENTO + CONGELAMENTO E IMPLANTE DE CATETER DUPLO LÚMEN	0,5475 C/ 03 diárias	64.219,2	R\$ 35.160,00

Item	Valor em R\$
DIÁRIAS 03	2.760,00
MATERIAL E MEDICAÇÃO	1.000,00
EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA	500,00
EXAMES RADIOLÓGICOS	300,00
HEMOTERAPIA	18.300,00
COLETA DE CÉLULAS TRONCO/PROCESSAMENTO/CONGELAMENTO	7.300,00
CIRURGIÃO VASCULAR	1.000,00
ANESTESISTA	2.000,00
CUSTO ADMINISTRATIVO	2.000,00
Total	35.160,00

Código	Descrição	CH Internação	Total CH	Pacote (Honorário)
27030105	QUIMIOTERAPIA PRÉ-INFUSÃO + DESCONGELAMENTO + INFUSÃO DE CÉLULAS	0,5475 C/ 20 diárias	168.109,59	R\$ 92.040,00

Item	Valor em R\$
DIÁRIAS 20	18.400,00
MATERIAL E MEDICAÇÃO	39.200,00
EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA	3.000,00
EXAMES RADIOLÓGICOS	2.500,00
DESCONGELAMENTO/INFUSÃO DE CÉLULAS	7.300,00
EQUIPE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	15.000,00
ODONTÓLOGO	800,00
FISIOTERAPEUTA	800,00
NUTRICIONISTA	800,00
PSICÓLOGO	800,00
CUSTO ADMINISTRATIVO	3.440,00
Total	92.040,00

- Valor Total do Transplante: R\$ 133.000,00

Código	Descrição	CH	Qtde/dia	Qtde/tto	Tipo de guia
00010197	ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	550	1	15	CONSULTA