

Nº 64 - DOE – 30/03/23 - Seção 1 – p.43

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB ESTADO DE SÃO PAULO

Deliberação CIB nº 17/2023

Considerando a Portaria nº 90 de 03/02/2023 que institui o Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, Exames complementares e consultas especializadas e a Portaria nº 237 de 08/03/2023, republicada em 14/03/2023, que define o rol de procedimentos cirúrgicos que poderão ser contemplados pelas CIB estaduais para implementação do programa;

Considerando que a Portaria nº 90 distribui o total de R\$ 600.000.000,00 para o país, com a alocação de recursos proporcional à população do ano de 2021, de acordo com as estimativas para o Tribunal de Contas da União (TCU), cabendo à Unidade Federada do Estado de São Paulo o valor financeiro de R\$ 131.210.336,53;

Considerando o rol de procedimentos ambulatoriais e hospitalares Cirúrgicos Eletivos, aprovados pela CIB/SP, conforme Anexo I;

Considerando que a Portaria nº 90 tem seus efeitos financeiros da competência de março a dezembro de 2023;

Considerando que esta Portaria atribui à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a pactuação do Plano Estadual de Redução de Filas e que nessa primeira etapa serão contemplados apenas os procedimentos cirúrgicos eletivos, conforme orientado no “Roteiro para elaboração do Plano Estadual de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas”, [roteiro-elaboracao-perf-cirurgias-eletivas-vr-3-15-02-2023.pdf \(www.gov.br\)](#)

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP em sua 331ª reunião ordinária realizada em 23/03/23 aprova a Nota Técnica CIB – Orientações do processo de pactuação, para Implementação do Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, Exames complementares e consultas especializadas, conforme, **Anexos I e II.**

São Paulo 29 de março de 2023.

ANEXO I

Elenco de procedimentos ambulatoriais e hospitalares Cirúrgicos Eletivos.

COD	PROCEDIMENTO
04.01.02.001-0	ENXERTO COMPOSTO
04.01.02.005-3	EXCISÃO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO
04.01.02.009-6	EXÉRESE DE CISTO TIREOGLOSSO
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL
04.03.01.001-2	CRANIOPLÁSTIA
04.03.02.003-4	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE
04.03.02.004-2	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA
04.03.02.005-0	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFÉRICO
04.03.02.007-7	NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO
04.05.01.007-9	EXÉRESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PALPEBRA
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL
04.05.05.009-7	FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR
04.05.05.010-0	FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR
04.05.05.011-9	FACOEMLSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA
04.05.05.037-2	FACOEMLSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL
04.07.02.006-3	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)
04.07.02.007-1	COLECTOMIA TOTAL
04.07.02.008-0	COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
04.07.02.018-7	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA
04.07.02.040-3	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL
04.07.02.041-1	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL
04.07.02.047-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO ANAL
04.07.03.004-2	COLECISTOSTOMIA
04.07.04.004-8	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)
04.07.04.005-6	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA TORACICA)
04.07.04.007-2	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA
04.07.04.015-3	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA
04.07.04.022-6	REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS
04.08.01.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL
04.08.01.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL
04.08.03.038-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL COM MICROSCÓPIO)
04.08.03.039-9	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)
04.08.03.040-2	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)
04.08.03.041-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)
04.08.03.042-9	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATÉ 2 NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)
04.08.03.043-7	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)
04.08.03.044-5	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)

04.08.03.045-3	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (COM 2 OU MAIS NÍVEIS)
04.08.03.046-1	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL
04.08.04.006-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX RIGIDUS
04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO
04.08.06.006-9	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÉDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO
04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL
04.08.06.032-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR
04.08.06.033-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO
04.08.06.034-4	RETIRADA DE ESPAÇADORES / OUTROS MATERIAIS
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
04.08.06.038-7	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO DE GRANDES ARTICULAÇÕES (OMBRO / COTOVELO / QUADRIL / JOELHO)
04.08.06.039-5	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO EM PEQUENAS E MÉDIAS ARTICULAÇÕES
04.09.01.002-2	CISTECTOMIA PARCIAL
04.09.01.003-0	CISTECTOMIA TOTAL
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA
04.09.01.017-0	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J
04.09.01.037-5	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URETER
04.09.01.038-3	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL
04.09.01.039-1	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULO URETERAL C/ CATETER
04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCÉLE
04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA VIA ABDOMINAL
04.09.02.017-6	URETOMIA INTERNA
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE
04.09.05.003-2	CORREÇÃO DE HIPOSPÁDIA (1º TEMPO)
04.09.05.004-0	CORREÇÃO DE HIPOSPÁDIA (2º TEMPO)
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA
04.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTOSCOPIO
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA
04.09.06.020-8	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
04.09.06.021-6	OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NÃO OBSTÉTRICA
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL
04.15.02.003-4	OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
04.15.01.001-2	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

ANEXO II

ORIENTAÇÕES

1. A cada município e região será atribuído um valor financeiro máximo para sua programação com base na distribuição do valor per capita segundo estimativa populacional TCU ano 2021 http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2020-2023-informacoes-regionais/distribuicao_dos_valores_financeiros_per_capita_maximo_para_programacao_segundo_estimativa_populacional_tcu_ano_2021.xlsx
2. Cabe às CIR pactuarem o quantitativo de procedimentos do elenco constante do Anexo I necessários à sua população, indicando as referências para a realização das cirurgias, preferencialmente na própria Região de Saúde ou DRS, conforme orienta o item 15 desta Nota Técnica, respeitando a capacidade operacional instalada na região de forma que permita a ampliação do elenco de procedimentos pactuados. Caberá à CRS/GPA orientações gerais e apoio aos DRS para o preenchimento da ferramenta.
3. A CIR deve indicar os recursos financeiros a serem alocados nos fundos municipais e estadual de saúde referentes aos procedimentos programados e pactuados para cada unidade executante.
4. A CIR deve também pactuar o processo de regulação do acesso a esses procedimentos.
5. Cabe aos prestadores municipais e estadual fazerem o levantamento das suas filas internas (não inseridas no SIRESP) de pacientes, com avaliação cirúrgica do elenco de procedimentos do Anexo I.
6. Os municípios que por meio de sua central de regulação tenham filas centralizadas poderão inserir na fila, desde que os pacientes tenham sido devidamente avaliados e considerados aptos, para realizar a cirurgia do elenco de procedimentos, do Anexo I.
7. Os prestadores que utilizam o CDR deverão avaliar se todos os pacientes cirúrgicos na fila estão contemplados em algum procedimento contido no Anexo I. Os que não estiverem deverão ser inseridos na planilha em Excel https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/importacao_paciente_e_cdr_consulta_e_xames.xlsx para importação dos pacientes no SIRESP e enviar para o e-mail importacao.cdr@cross.org.br, com assunto "Importação CDR" (CNES e Nome da unidade que fará a cirurgia) e, participar do treinamento programado posteriormente pela CROSS que será previamente comunicado por e-mail.
8. O Grupo de Regulação da SES enviará mensalmente aos DRS relatórios das filas regionais para subsidiar o monitoramento dessas filas pela CIR, até que os solicitantes sejam capacitados.
9. Considerando que, a Portaria em pauta estabelece que, durante o período de vigência desse Programa, os Estados e Municípios poderão adotar valores diferenciados da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde - SIGTAP, com um adicional máximo de 100%, a CIB/SP aprovou a adoção de um adicional de 100% para os procedimentos constantes do ANEXO I e exclui a complementação de valores para as cirurgias de catarata mantido os valores da Tabela SIGTAP (040505009-7 FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR/040505010-0 FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR/040505011-9 FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA/ 040505037-2 FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL).
10. A exceção aplicada às cirurgias de catarata do item anterior aplica-se também, para os procedimentos principais registrados no campo de "procedimentos realizados" em AIH emitida com um dos seguintes procedimentos "04.15.02.003-4 – OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS", e "04.15.01.001-2 – TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS".

11. A complementação federal dos 100% do valor da tabela SIGTAP aos procedimentos do Anexo I, exceto aos procedimentos referente às cirurgias de catarata, deverá ser registrada na Ficha de Programação Físico Orçamentária – FPO, pelo respectivo gestor.
12. A complementação de 100% dos procedimentos constantes no Anexo I (exceto catarata) incidirá apenas no procedimento principal que tenha o atributo 051 – Programa Nacional de redução de filas de procedimentos eletivos, conforme definido na FPO, ou seja, não incidirá no valor total da AIH ou APAC, nem aos procedimentos múltiplos/sequenciais que podem estar contidos na AIH.
13. Caberá às CIR e CIB o monitoramento e acompanhamento mensal do uso do recurso conforme pactuado.
14. O financiamento será pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), e cabe a cada gestor fazer o controle e uso da Série Numérica Especial para o acompanhamento da produção que deverá estar acima da produção habitual faturada como MAC, para redução das filas de espera existentes, a fim de cumprir as metas propostas.
15. Ferramenta de apoio para programação das filas. Planilha em Excel denominada “Ferramenta programação de filas PT nº 90 e 237”, contém as seguintes abas: “Programação” – para inserção de procedimentos, número de pacientes que aguardam a cirurgia (filas) por municípios de residência e prestadores de serviços. “Recursos Indicados” resultado da distribuição de recursos financeiros alocados para o Estado de São Paulo, por município e RS, conforme orientado no art 6º § 1º. “Valores procedimentos” - elenco de procedimentos e respectivos valores com incremento de 100%. “CNES Estabelecimentos” – relação de prestadores de serviços estaduais e municipais. Importante ressaltar que somente a aba “Programação” deverá ser utilizada para preenchimento da programação e pactuação. As demais abas são destinadas somente para apoio quanto à análise dos procedimentos, limite de valores financeiros e serviços disponíveis na região. A ferramenta encontra-se disponível para download no endereço eletrônico http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/ferramenta_programacao_de_filas_port_ms_n_90_237.xlsx
16. A informação com as pactuações (com assunto “Programação de cirurgias eletivas PT 90” renomeando e identificando o DRS e a RS (ex: DRS1–RS Alto do Tiete)), deverá ser enviada, pelos DRS à GPA/CRS, nos e-mail lhsuh@saude.sp.gov.br e mnoqueira@saude.sp.gov.br até a data de **14/04/2023** impreterivelmente, para fins de consolidação, elaboração do Plano Estadual de Redução das Filas e aprovação na CIB do mês de **Maió/2023**.