



CBHPM

III Fórum Médico Jovem
Florianópolis, outubro de 2015

Rafael Klee de Vasconcellos
Presidente ACM





CBHPM

- **AMB, Fenam, Sociedades de Especialidade e CFM – metodologia da Fipe USP.**
- Com a lógica da HIERARQUIZAÇÃO entre todos os procedimentos médicos, uma classificação foi coordenada pela FIPE-USP, discutida entre todas as Sociedades de Especialidade, estruturada e codificada, dividindo os procedimentos em quatorze portes, cada qual com três subdivisões, que até hoje compõem a estrutura fundamental da CBHPM.





CBHPM

O código padrão escolhido, é extremamente necessário para remuneração correta e coerente do profissional de saúde levando em consideração o procedimento e não sua especialização.



- **Altera os princípios dos entendimentos e negociações**
- **Torna transparente a conduta dos profissionais, garante as relações com as empresas, é instrumento de direito do consumidor, preserva a qualidade do atendimento, garante segurança, respeito e dignidade à saúde.**



- A cada edição da CBHPM (atualmente realizada a cada dois anos), novos procedimentos são incorporados e outros extintos, atendendo à necessária dinâmica da prática médica, mutante e evolutiva por sua finalidade e natureza.



- **CLASSIFICAÇÃO HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS**
 - **1.1 A presente Classificação de Procedimentos foi elaborada com base em critérios técnicos e tem como finalidade hierarquizar os procedimentos médicos aqui descritos, servindo como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes. Ela atualiza e substitui as listas de procedimentos anteriormente publicadas por esta Associação.**



- **1.2 Os portes representados ao lado de cada procedimento não expressam valores monetários, apenas estabelecem a comparação entre os diversos atos médicos no que diz respeito à sua complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza.**



- **1.3 A pontuação dos procedimentos médicos, que foi realizada por representantes das Sociedades Brasileiras de Especialidades com assessoria da FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, está agrupada em 14 portes e três subportes (A, B e C). Os portes anestésicos (AN) permanecem em número de oito e mantém correspondência com os demais portes. Os portes de atos médicos laboratoriais seguem os mesmos critérios dos portes dos procedimentos, mas correspondem a frações do menor porte (1A). Quanto aos custos, estabeleceu-se a unidade de custo operacional (UCO), que incorpora depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento e outras despesas comprovadamente associadas aos procedimentos médicos. Este custo foi calculado para os procedimentos de SADT de cada Especialidade. Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A valoração dos portes e da UCO ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes.**



- **1.4 Os atendimentos contratados de acordo com esta Classificação de Procedimentos serão realizados em locais, dias e horários preestabelecidos.**

- **1.5 Esta classificação constitui referência para acomodações hospitalares coletivas (enfermaria ou quartos com dois ou mais leitos).**



- **ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**
- 2.1 Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:
 - 2.1.1 No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;
 - 2.1.2 Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;
 - 2.1.3 Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.



- **NORMAS GERAIS**

- **3.1 Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado esse prazo, a valoração do porte passa ser regida conforme critérios estabelecidos para as visitas hospitalares (código 1.01.02.01-9), ou para as consultas em consultório (código 1.01.01.01-2), quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.**
- **3.2 PROCEDIMENTO POR VÍDEO**
- **a) Os procedimentos cirúrgicos realizados por Vídeo têm portes independentes dos seus correlatos realizados por técnica convencional. Para a sua valoração foram utilizados os mesmos atributos aplicados aos atos convencionais: tempo, cognição, complexidade e risco.**
- **b) Aos procedimentos diagnósticos realizados por Videolaparoscopia e Videoendoscopia não se aplica o disposto no item 6 destas Instruções.**
- **3.3 Nos procedimentos cirúrgicos e invasivos, a taxa de sala e a taxa de uso de equipamento, quando estas pertencerem ao hospital, devem ser negociadas entre as partes interessadas, ou seja, prestador de serviços e operadoras de planos de saúde. Nos procedimentos videoassistidos, quando o equipamento pertencer à equipe médica, esta terá direito à taxa de uso de equipamento, valorada na coluna “Custo Operacional”. No entanto, quando o equipamento de vídeo pertencer ao hospital, essa valoração deverá ser negociada entre as partes interessadas.**



- **VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS**
- **4.1 Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.**
- **4.2 Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.**
- **4.3 Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).**
- **4.4 Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.**
- **4.5 Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.**
- **4.6 Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2,500g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.**



- **AUXILIARES DE CIRURGIA**

- **5.1 A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.**
- **5.2 Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.**



- **CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO**

- **6.1 Quando o paciente voluntariamente internar-se em ACOMODAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES, diferentes das previstas no item 1.5 destas Instruções e do previsto em seu plano de saúde original, a valoração do porte referente aos procedimentos será complementada por negociação entre o paciente e o médico, servindo como referência o item 6.2 destas Instruções.**
- **6.2 Para os planos superiores ofertados por operadoras, diferentemente do previsto no citado item 1.5, fica prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em “hospital-dia” ou UTI. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos do capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos), exceto quando previstos em observações específicas do capítulo.**
- **6.3 Eventuais acordos operacionais entre operadoras de serviços de saúde e hospitais não podem diminuir a quantificação dos portes estabelecidos para equipe médica, observa- dos os itens acima (6.1 e 6.2).**



- **7. APLICAÇÃO**
- 7.1 As solicitações, autorizações, bem como eventuais negativas de consultas, exames e procedimentos deverão ser sempre realizadas por escrito e identificadas tanto por parte dos médicos como das operadoras.
- 7.2 As interpretações referentes à aplicação desta Classificação de Procedimentos serão efetuadas com exclusividade pela Associação Médica Brasileira e suas Sociedades Brasileiras de Especialidade.
- 7.3 Cabe à Associação Médica Brasileira, com apoio das Sociedades Brasileiras de Especialidade, definir alterações nesta Classificação de Procedimentos sempre que julgar necessário corrigir, atualizar ou modificar o que nela estiver contido.
- **7.4 A introdução de novos procedimentos nesta Classificação deverá passar por aprovação prévia de Câmara Técnica Permanente da CBHPM coordenada pela Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Sociedades Brasileiras de Especialidade. À Comissão Nacional de Honorários Médicos caberá estabelecer a hierarquia e valoração dos novos procedimentos. Contudo, procedimentos de tecnologia recente que estejam sendo introduzidos na prática médica, mas ainda não codificados na presente Classificação, embora reconhecidos e considerados não experimentais, podem ser negociados diretamente entre as partes interessadas (prestadores e contratantes de serviços médicos).**
- 7.5 As disposições específicas para os grupos de procedimentos constam no corpo de cada capítulo correspondente.
- 7.6 Esta Classificação não expressa qualquer divisão por especialidade médica, havendo procedimentos mesclados em várias seções e realizados por várias especialidades. A abrangência de atuação médica de cada especialista ou clínico deve ser definida pelas Sociedades de Especialidade e a Associação Médica Brasileira.



Histórico

- **15/07/03** - Lançamento oficial
- **07/08/03** Resolução CFM nº 1.673/03

Ação Civil Pública n.o 005245-56.2005.4.02.5001, em trâmite na 3a Vara Federal da Seção Judiciária do Espírito Santo, proposta pelo Ministério Público Federal

- **17/10/03** ACM lança no estado
- **25/11/03** COSEMESC instala a Comissão Estadual Saúde Suplementar
- **30/04/04** A ACM realiza o Fórum de Debates sobre Remuneração Médica
- **15/09/04** Unimed Florianópolis adotou a CBHPM.



Histórico

- **21/03/06** Lançada a 4ª Edição
- **Outubro de 2008** Lançada oficialmente a 5ª Edição da CBHPM, revista e atualizada.
- Hoje são edições bianuais



Projeto de Lei 3466/04

- Em 31 de maio de 2007 foi aprovado, por unanimidade, na Câmara dos Deputados.
- Cria o Rol de Procedimentos e Serviços Médicos (RPSM) para ser usado nas negociações entre as operadoras de planos, médicos e prestadores de serviços. O rol adota como referência a CBHPM.



- Compor o rol de procedimentos médicos que integrará a TUSS – Terminologia Unificada em Saúde Suplementar, que a partir de 2009 passará a ser o novo referencial da ANS.
- Contempla 4.196 procedimentos.



CBHPM 2014

- Inclusões e exclusões de procedimentos médicos.
- Inseridos todos os procedimentos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, RN da ANS.
- A partir de março de 2009, a CBHPM 5ª edição será utilizada para a codificação do TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar).



Portes e Valores 2014

Confira a tabela vigente desde outubro de 2014:

1A	R\$ 14,49	5C	R\$ 328,54	10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97	6A	R\$ 357,84	10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47	6B	R\$ 393,51	11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96	6C	R\$ 430,43	11B	R\$ 1.402,08
2B	R\$ 76,40	7A	R\$ 464,82	11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42	7B	R\$ 514,48	12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55	7C	R\$ 608,70	12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87	8A	R\$ 657,11	12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83	8B	R\$ 688,94	13A	R\$ 2.311,33



1 – INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS CBHPM



Inclusão de procedimentos CBHPM

Implementação da nova metodologia abril/2013

- formulários de inclusão de procedimentos e de exclusão/alteração de portes ou nomenclaturas na CBHPM
- proposta de metodologia com embasamento científico, diretrizes de utilização terapêutica adequadas para a análise criteriosa Comissão Nacional de Honorários Médicos CNHM
- apresentação à Câmara Técnica da CBHPM, composta por entidades representativas da saúde, principalmente suplementar.





Formulário para inclusão de procedimentos na CBHPM

Nome do procedimento. Mencionar se está codificado na TUSS:

Descrição do que consiste o procedimento. Qual sua finalidade e importância para inclusão. Citar se não existe procedimento com a mesma finalidade, caso exista, quais vantagens sobre os existentes:

Respeitando a hierarquização, informar porte, auxiliares, porte anestésico e, quando existentes, custo operacional:

Informar se existem profissionais ou serviços capacitados para realizá-lo em âmbito nacional e regional:

Informar Diretrizes sobre o procedimento, acurácia e/ou grau de evidência da efetividade terapêutica e/ou diagnóstica. Esclarecer critérios que devem ser seguidos para sua indicação e, também,



Formulário para exclusão de procedimentos e alteração de nomenclatura e/ou portes na CBHPM

Código e descrição do procedimento. Verificar se o procedimento está relacionado no ROL da ANS, caso positivo, com qual descrição:

Detalhar a finalidade da exclusão e/ou alteração. Citar se existe procedimento com a mesma finalidade codificado na CBHPM:

Demonstração de justificativas embasadas em estudos técnicos, obedecendo o critério de hierarquização da CBHPM: tempo, cognição, complexidade e risco:

Demonstração do atual nível de evidência:





PLANILHA PARA INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (ITENS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

1. TÍTULO DO PROCEDIMENTO

2. **INTRODUÇÃO** (descrição breve das características do procedimento e sua aplicabilidade clínica)

3. **OBJETIVO** (descrição da indicação clínica – paciente ou população alvo)

4. **MATERIAL E MÉTODO** (descrever os itens abaixo relacionados)

4.1. Dúvida Clínica;

4.2. Estruturação na forma P.I.C.O. (Paciente (População), Intervenção (Procedimento), Comparação (Controle) e Outcome (Desfecho));

4.3. Bases de Informação Científica consultadas (Medline, Embase, etc.);

4.4. Estratégias de busca utilizada em cada base consultada;

4.5. Número de trabalhos recuperados em cada base consultada;

4.6. Critérios de inclusão e exclusão utilizados para selecionar os trabalhos entre os recuperados (segundo o desenho do estudo);

4.7. Avaliador crítico (check-list) utilizado para selecionar a evidência utilizada (ex.: para Ensaios Randomizados – Escala JADAD; para estudos coorte – Escala New Castle Ottawa; para estudos transversais – Escala Quadas, etc.);

4.8. Escala utilizada para graduar a força da evidência (Oxford, GRADE, etc.);

4.9. Método de extração e expressão dos resultados (risco absoluto, risco relativo, chance, sensibilidade, especificidade, razão de verossimilhança, meta-análise);

5. RESULTADOS (descrever os resultados dos trabalhos incluídos)

5.1. Relação e número dos trabalhos incluídos;

5.2. Número dos trabalhos excluídos, e principais motivos de exclusão;

5.3. Descrição individual da evidência incluída, com os resultados expressos numericamente (benefício, dano ou acurácia);

6. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA (sintetizar baseado nos resultados, qual o benefício e dano do uso do procedimento, na população específica);

7. DISCUSSÃO (expressar principais limites, barreiras, dúvidas, aspectos de custo, envolvidos na implementação do procedimento na prática clínica e no sistema de saúde);

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (devem ser citadas ao longo do texto, acompanhadas do grau de recomendação).





ACM
Associação Catarinense
de Medicina

Composição da Câmara Técnica

AMB: Diretor de Defesa Profissional, Diretor Científico, Diretor de Economia Médica e Diretor de Proteção ao Paciente

Conselho Federal de Medicina (**CFM**)

Federação Nacional dos Médicos (**FENAM**)

Representantes de Operadoras: de Autogestão (**UNIDAS**), Cooperativas Médicas (**UNIMED**), Medicina de Grupo (**ABRAMGE**), Seguradora de saúde (**FENASAÚDE**)

Ministério da Saúde (**CONITEC**)

Agência Nacional de Saúde Suplementar (**ANS**)

Órgão de defesa do consumidor (**Proteste**)



2 - REVISÃO CBHPM

Diretrizes gerais da revisão CBHPM 2014

- 1) exclusão de procedimentos (motivos: obsoleto, duplicado com outro mais adequado/completo, substituído etc.)
- 2) inclusão de procedimento que constam como cobertura obrigatória ROL e não está na CBHPM - prioridade
- 3) inclusão de procedimentos já solicitados anteriormente e à ANS cuja decisão da Agência foi não acatar - não consta CBHPM
- 4) alteração do procedimento sem alteração de valoração mesmo que indireta (exemplo: adequação de descrição)
- 5) alterações do procedimento com valoração indireta (exemplos: descrição uni/bilateral = somente unilateral; cada etc.)
- 6) Inicialmente as solicitações de aumento de valoração, isoladamente, não serão foco da revisão.



REVISÃO 2015 - principais ações

- Inclusão na CBHPM de Procedimentos que já haviam sido analisadas pela ANS Consulta Pública 53 e não aceitas no ROL por não estarem na CBHPM
- Revisão para exclusão de procedimentos obsoletos ou em desuso
- Revisão geral com foco na valoração dos procedimentos (portes)



REVISÃO 2015 - principais ações

Orientação geral quanto à hierarquização:

Horizontal – quando se compara procedimentos distintos de estruturas ou órgãos distintos, porém com o mesmo porte. Exemplo:

OLHOS - ÍRIS E CORPO CILIAR (3.03.10.00-8)

- 3.03.10.07-5 Goniotomia ou trabeculotomia porte 9B
1 auxiliar porte anestésico 5

PULMÃO (3.08.03.00-4)

- 3.08.03.15-2 Segmentectomia (qualquer técnica) porte
9B 2 auxiliares porte anestésico 5



REVISÃO 2015 - principais ações

Orientação geral quanto à hierarquização:

Vertical – quando se compara procedimentos relacionados às mesmas estruturas ou órgãos, com gradativas complexidades. Exemplo:

OLHOS - ÍRIS E CORPO CILIAR (3.03.10.00-8)

- 3.03.10.04-0 Cirurgias Fistulizantes com implantes valvulares porte 8C 1auxiliar e porte anestésico 4
- 3.03.10.07-5 Goniotomia ou trabeculotomia porte 9B 1auxiliar e porte anestésico 5
- 3.03.10.09-1 Iridociclectomia porte 9C, sem auxiliar e porte anestésico 5



PRINCIPAIS DIRETRIZES DA REVISÃO

PRINCIPAIS AGRUPAMENTOS:

1) correções que não implicam em alteração de valoração:

- a) exclusão de procedimentos obsoletos
- b) adequação de descrição do procedimento, por motivos de erro de digitação, estar incompleto o confuso, ou uma melhor descrição atualizada, sem alteração de valoração.

2) solicitação de alteração que implicam em mudança de valoração direta ou indiretamente, à critério de cada especialidade.

Aumento de valoração indireta:

- sem a menção de lateralidade - uni ou bilateral
- alteração da quantidade de auxiliares
- adicional de urgência e emergência





ACM
Associação Catarinense
de Medicina

PRINCIPAIS DIRETRIZES DA REVISÃO

3) Aumento de valoração direta:

Obs.: este item deverá ser alvo e obedecer a todos os critérios, que hoje definem os trâmites de hierarquização de procedimentos médicos na CBHPM. Não serão consideradas propostas que não atendam estas diretrizes, já enunciadas previamente para cada especialidade.

Exemplos:

- alteração no porte do procedimento
- alteração no porte anestésico
- alteração na quantidade de UCO

4) inclusão de novos procedimentos

- Critérios técnicos com evidências clínicas e Diretriz de utilização





CBHPM

- a ética
- o racional
- a busca pela melhor qualidade do atendimento médico aos nossos pacientes
- o necessário reconhecimento da dignidade de nosso exercício profissional
- tempo + sensibilidade político-administrativa = a adoção da CBHPM também pelo SUS

