



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

PARECER CREMEB Nº 08/16

(Aprovado em Sessão Plenária de 05/08/2016)

PROCESSO CONSULTA Nº 014.259/13

ASSUNTO: Médico Auditor: Limites da Competência X Atribuições da Função.

RELATOR: Cons. César Amorim Pacheco Neves

EMENTA: Os procedimentos realizados por anestesistas, fora do âmbito daqueles próprios do ato anestésico, devem ser reconhecidos conforme rol de procedimentos da TUSS/ ANS e devidamente remunerados.

DA CONSULTA

Dirige-se a este Conselho procurador de Clínica de Anestesia, pessoa jurídica de direito privado, peticionando que o CREMEB se digne a emitir parecer técnico acerca da provável irregularidade perpetrada pelos médicos auditores responsáveis pelos procedimentos de auditoria, em relação a fatos trazidos no relato que segue:

- A peticionante emite boletins de cobrança de procedimentos cirúrgicos previamente autorizados em determinado Hospital destinado à procedimentos anestésicos para que esta, efetivamente, efetue a cobrança de honorários médicos vez que é tal órgão que detém convênios com as empresas de plano de saúde. Para tanto, tais empresas, em momento anterior ao repasse dos valores, realizam auditorias internas no Hospital São Rafael, incluída a prestação de serviço de anestesia nos procedimentos cirúrgicos, com o fito de analisar e quantificar os procedimentos médicos realizados e o material utilizado. Pontue-se que tal apuração é realizada por médicos que, muitas vezes, não dispõem de conhecimento técnico na área de anestesiologia. Em face de tal contexto, sistematicamente, estão ocorrendo equívoco no bojo das auditorias no que tange à indicação dos procedimentos realizados e da indicação dos códigos relativos à cobrança de honorários:

- 1- Do Ato Anestésico X Tratamento de Dor Aguda.
- 2- Do Ato Anestésico X Medidas Invasivas.

FUNDAMENTAÇÃO:

A questão do objeto de análise diz respeito à realização de procedimentos anestésicos previamente autorizados que quando são feitas auditorias internas pelas empresas de plano de saúde, estão ocorrendo divergência entre a indicação dos procedimentos realizados e da indicação dos códigos relativos à cobrança de honorários, como:

- Ato Anestésico X Tratamento da Dor Aguda: Os auditores médicos estão incluindo nos atos anestésicos cirúrgicos o procedimento que engloba a assistência no pós-operatório em dor aguda. A [Resolução do CFM Nº 1673/03](#) (***A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar***) prevê às fls. 125 quanto ao o ato anestésico que: "O Ato Anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal (quando indicada), instalação de controles



e equipamentos necessários à anestesia e a administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais do paciente, exceto nos casos que haja indicação de seguimento em UTI. Não inclui medidas/controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiolologista que deverá utilizar para tal, o porte previsto para o cirurgião”.

Já o protocolo de analgesia em dor aguda compreende a passagem de cateter epidural para analgesia e/ou instalação de bomba de infusão para analgesia em dor aguda por qualquer via, bloqueio do nervo periférico, analgesia controlada pelo paciente- por dia subsequente ou acompanhamento de analgesia de caráter epidural. Esse protocolo é utilizado em procedimentos cirúrgicos em que o paciente dispõe de potencial de dor intensa no pós-operatório, pelo que somente é implementado quando este demande, é realizado fora do âmbito do centro cirúrgico, porém ainda na entidade hospitalar. Inicia-se logo após a sua realocação em outro setor do hospital, seja UTI, Semi-UTI, enfermaria, ou seja, no local em que o paciente estiver alojado no seu pós-operatório e se encerra em até 72 horas, marco temporal que a literatura médica entende como dor crônica.

Ato Anestésico X Medidas Invasivas:

As medidas invasivas necessárias para segurança e monitorização avançada de pacientes, como: canulação de artéria para medição da pressão arterial contínua e/ou monitorização avançada de débito cardíaco e acesso venoso central; tais atos são previstos no bojo da CBHPM 2010 que fala em relação ao Ato Anestésico (fls. 125): “Não inclui medidas/controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiolologista que deverá utilizar para tal, o porte previsto para o cirurgião”. Mais uma vez em seguindo a [Resolução do CFM N° 1673/03](#) (***A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar***).

Segundo o Código de Ética Médica (CEM) no seu capítulo II informa que é direito dos médicos estabelecer seus honorários de forma justa e digna. Nesse mesmo Código no seu art. 97 informa que é vedado ao médico autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimento propedêutico ou terapêutico instituído, salvo, no último caso, em situação de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico-assistente.

É importante citar também a Agência Nacional de Saúde Suplementar que em seu site informa o seguinte teor: “No setor de planos de saúde sempre coexistiram múltiplas terminologias criadas por operadoras e prestadores de serviços de saúde. Diante das dificuldades para troca de informações entre os integrantes do setor, foi verificada a necessidade de adoção de uma terminologia clínica comum. Por essa razão, foi criada a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), resultado do trabalho conjunto feito pela ANS, Associação Médica Brasileira (AMB) e o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS). Essa terminologia utiliza como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Atualmente, são utilizadas no setor as tabelas da CBHPM, da TUSS e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (cobertura mínima obrigatória para os planos de saúde contratados a partir de 2/01/1999)”. Fonte: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2010-rol-de-procedimentos-e-terminologia-unificada-da-saude-suplementar>.



PARECER:

Diante do parecer solicitado em relação a procedimentos realizados por anestesistas e cobrados a parte fora do ato anestésico, porém negado pela auditoria do convênio, como tratamento de dor aguda e medidas invasivas, por tudo já fundamentado é importante mencionar que alguns pacientes necessitam de um acompanhamento pós-operatório para alívio de quadros de dor aguda ou necessidade de monitorização invasiva na cirurgia.

Alguns serviços hospitalares têm protocolos específicos para indicação e tratamento desses pacientes com dor aguda, como o caso do hospital do consulente; sendo que o profissional médico (anestesista) deverá ser remunerado por esse serviço que vai além do ato anestésico, tendo códigos específicos na CBHPM e Rol de Procedimentos (TUSS/ANS) para esses procedimentos, como no caso de tratamento para dor: 3160201-0= Analgesia controlada pelo paciente por dia subsequente; 3160202-9- Analgesia por dia subsequente por cateter epidural; 3160211-8- Bloqueio de nervo periférico; 3160220-7- Instalação de bomba de infusão em dor aguda; 3160222-3- Passagem de cateter peridural.

Existem, também, códigos específicos na CBHPM e Rol de Procedimentos (TUSS/ANS) para casos de monitorização invasiva na cirurgia, como: 3091301-2- Implante de cateter venoso central por punção e 3090616-4- Cateterismo da artéria radial, ou seja, todos esses procedimentos quando realizados pelo anestesista e descritos pelo mesmo na ficha anestésica, deverão ser remunerados de acordo com a tabela acertada com o convênio, não podendo ser negado pelo médico auditor essa cobrança com a justificativa que esses procedimentos façam parte do Ato Anestésico.

É o Parecer.

SMJ.

Salvador, 5 de agosto de 2016.

Cons. César Amorim Pacheco Neves
RELATOR