AGOSTO
2022

Valor Referencial

NEUROCIRURGIA

Governo do
Estado da Bahia
Secretaria da Administração

VALOR REFERENCIAL
PROCEDIMENTO:

NEUROCIRURGIA

AGOSTO 2022

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Administração

GOVERNADOR DO ESTADO
RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADORA GERAL
MARIA DO SOCORRO DA COSTA BRITO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO
MARIA BEATRIZ FIGUEIREDO FAUAZE

EDIÇÃO - AGOSTO 2022

EXECUTOR

REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR
MÉDICO

ASSESSORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA
NÚBIA LINO DE OLIVEIRA

EDIÇÃO - NOVEMBRO 2009

COORDENAÇÃO MÉDICACOORDENAÇÃO
REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR

MARCOS SILVA ARAÚJO
AUDITOR MÉDICO

LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
AUDITORA MÉDICA

LÚCIA DE BARROS FERREIRA NASCIMENTO
AUDITORA MÉDICA

ASSESSORIA TÉCNICA
NANCY ANDRADE NONATO QUEIROZ

BAHIA Secretaria da Administração
Elaboração Valor referencial Procedimento:
Neurocirurgia. 3ª ed. SAEB/CGPS, agosto 2022.

52p.

1. Revisão e Atualização do Valor Referencial: Neurocirurgia (Encéfalo) - PLANSERV.

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Administração

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO 05
2. OBJETIVO 05
3. JUSTIFICATIVA 05
4. MATERIAL 06
5. MÉTODO 06
6. CRITÉRIOS DE ACESSO 06
7. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES 06
8. CONTROLE E AUDITORIA 07
9. ORIENTAÇÕES SOBRE – INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS 07
10. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS 09
11. INFORMAÇÕES TÉCNICAS 14
12. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS 18
    - 12.1. CIRURGIA DO ANEURISMA INTRACRANIANO 20
    - 12.2. CIRURGIA DO TUMOR INTRACRANIANO 26
    - 12.3. T.C.E. – TRAUMATISMO CRANIANO COM AFUNDAMENTO 28
    - 12.4. CIRURGIA DO HEMATOMA INTRACRANIANO 30
    - 12.5. CRANIOPLASTIAS 36
    - 12.6. SISTEMAS DE DRENAGEM VENTRICULAR 41
    - 12.7. MONITORIZAÇÃO INVASIVA DA PRESSÃO INTRACRANIANA – PIC 47
13. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS 50

VALOR REFERENCIAL NEUROCIRUGIA

1. APRESENTAÇÃO

Neurocirurgia é a especialidade médica responsável pelotratamento das doenças do sistema nervoso central e periférico (a exemplo de tumores, doenças vasculares e degenerativas), traumas cranio-encefálicos e raqui-medulares passíveis de abordagem cirúrgica. Estas doenças incluídas no espectro da Neurocirurgia compreendem grandes causas de morbi-mortalidade na população brasileira e o seu tratamento envolve o dispêndio de muitos recursos financeiros.

A necessidade de elaborar valores referenciais para esta especialidade já havia sido percebida desde 2006, quando o Planserv elaborou um dos primeiros conjunto de pacotes. Desde então anecessidade de atualização, re-avaliação, incorporação de tecnologiase de novos procedimentos já era percebida, e neste momento oportuno é apresentada esta nova versão.

Esta versão além de atualizar o pacote anterior, lança um novo modelo (conceito) de valor referencial, onde o Planserv tem a oportunidade de enriquecer a ferramenta com conceitos técnicos, orientações, detalhamentos e outras ações que serão percebidas no decorrer da leitura.

2. OBJETIVO

- Promover a revisão, atualização e elaboração de novos valores referenciais em Neurocirurgia (parte encefálica);
- Restringir o período da internação contemplada por pacote, visto que em muitos destes procedimentos a evolução não segue um padrão comum a todos e esta flutuação tem obrigado aberturas freqüentes dos pacotes anteriores;
- Incorporar tecnologias importantes na qualidade da assistência ao beneficiário do Planserv, que não foi possível incorporar na publicação anterior;
- Esclarecer e detalhar situações, ajudando na compreensão e aplicação dos valores referenciais, principalmente nos setores de auditoria e autorização.

3. JUSTIFICATIVAS

A Gestão por Pacote constitui-se em mecanismo regulatório do mercado de saúde suplementar que estabelece aremuneração do prestador de serviço de saúde em valores globais, estando aí contemplados os honorários médicos,diárias, taxas hospitalares, materiais e medicamentos especiais, além dos eventos e custos relacionados ao procedimento.

São incontestes as vantagens da formatação de remuneração dos internamentos e procedimentos médicos sob aforma de valor referencial, pois:

- Proporciona previsibilidade orçamentária;
- Partilha os riscos e compromete os envolvidos no processo;

- Estimula a racionalização dos custos na saúde;
- Evita glosas e divergências entre operadoras, prestadores e médicos;
- Agiliza os processos de autorização, faturamento e cobrança;
- Oferece isonomia e equidade na remuneração destes procedimentos;
- Corrige o modelo atual de remuneração, pagando justamente o honorário médico e os serviços hospitalares, tirando o foco dos materiais e medicamentos.

4. MATERIAL

Foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa:

- Banco de dados do TOP SAÚDE – Planserv;
- Tabela CBHPM 4ª Edição – 2005 – CFM;
- Pesquisa de preços: Cotação, Simpro, Brasíndice e informações do Mercado Suplementar;
- Tabela Sintética Planserv;
- Tabela de Procedimentos Médicos Planserv (Que faz referência à tabela AMB 92).

5. MÉTODO

Foi utilizada a mesma metodologia do projeto VALOR REFERENCIAL, cuja composição é segmentada por:

- Serviços Hospitalares (Diárias, Taxas, Gases): Composta por Diárias Agregadas ou Sintéticas, que resumema cobrança do conjunto de serviços e estrutura da hotelaria e da assistência. Foi precificada conforme anova Tabela Sintética Planserv;
- Honorários Médicos: Foi utilizada a tabela CBHPM. Também foi proporcionalizado pela carteira de beneficiários (80% plano básico - enfermaria; 20% plano especial - apartamento);
- Materiais e Medicamentos: Estudos sobre as contas destes procedimentos processadas ao Planserv pela rede de prestadores;
- OPME: Pesquisa de preço, cotação e avaliação sobre preço de compra e venda do mercado.

6. CRITÉRIOS DE ACESSO

- O acesso aos beneficiários deve ser assegurado tão somente pelos prestadores que assinarem o Termo deAceitação e Compromisso de valor referencial;
- A lista de prestadores que assinarem o Termo de Aceitação e Compromisso será publicada em canais decomunicação definidos pelo Planserv;
- Prestadores que não assinarem o acordo não poderão realizar o procedimento;
- Os prestadores que assinarem o termo de acordo não poderão se negar a prestar o atendimento conforme os padrões estabelecidos no valor referencial.

7. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES

- Estarão habilitados a prestar estes serviços os prestadores que já atendem aos valores referenciais anterioresque desejarem continuar a prestá-los;
- Prestadores que não dispõem de UTI não poderão prestar estes serviços;
- Prestadores credenciados na especialidade de neurocirurgia, que não estavam prestando estes serviços por não aceitar os valores referenciais anteriores, mas que aceitarem os novos valores propostos;
- OBSº Só poderão prestar estes serviços os prestadores que aceitarem os valores referenciais do Planserv. Os demais prestadores, mesmo sendo credenciados na especialidade de neurocirurgia, não poderão mais prestar estes serviços.

8. CONTROLE E AUDITORIA

O Planserv realizará controle técnico e administrativo através da utilização de ferramentas de auditoria médica,podendo ser solicitados os seguintes registros:

- Relatório de cirurgia descrevendo a técnica utilizada com referência a utilização das próteses e materiais especiais (legíveis);
- O Planserv poderá realizar pré-auditoria médica in loco;
- O Planserv poderá realizar pós-auditoria médica;
- Contato e perícia em beneficiário antes e/ou após os procedimentos;
- Acompanhamento intra-operatório (quando devidamente e previamente acordado com equipe e hospital).

9. ORIENTAÇÕES SOBRE - INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS:

Uma das principais justificativas para a revisão dos valores referenciais da neurocirurgia foi avaliar a possibilidade de incorporar tecnologias que não puderam ser contempladas na primeira versão. Nesta revisão, comenta-se as principais tecnologias que foram objetos da análise:

- **Membrana Sintética Substituta de Dura-máter**: Na versão inicial dos valores referenciais de neurocirurgia (segmento encefálico), o Planserv contemplou como membrana substituta de duramáter o pericárdio bovino, istose deu devido à dificuldade de incorporar uma membrana sintética com valor compatível (na época o pericárdio bovino custava em torno de R$ 450,00 enquanto que as membranas de duramater sintética variavam entre R$ 4.500 a 10.000,00 sem taxa de comercialização). Esta revisão permitiu incorporar uma membrana de duramáter sintética, uma vez que já se dispõe de materiais de qualidade e com custos bem inferiores (O valor damembrana composto no pacote é de R$ 1.550,00 mais taxa de comercialização específica do pacote). O materialde referência cotado pelo Planserv estava entre os materiais listados pelos neurocirurgiões presentes nas reuniões técnicas. O prestador não poderá mais disponibilizar para a equipe médica o pericárdio bovino, podendo disponibilizar membranas sintéticas iguais ou de mesma equivalência;

- **Válvula de DVP regulável ou programável**: A válvula de DVP - Derivação Ventrículo Peritoneal, atualmente disponibilizada pelo Planserv é de pressão fixa, de boa qualidade e atende a imensa maioria dos casos de hidrocefalia. As equipes médicas solicitaram a avaliação da a possibilidade de incorporar um modelo de válvulade pressão variável. Hoje há dois modelos de válvulas de pressão variável, uma denominada auto-ajustável e outra programável ou regulável. A primeira válvula (auto-ajustável) não permite uma programação de vazão do líquor pela equipe assistente (ela mesmo se regula), não atendendo ao pleito das equipes de neurocirurgia. A segunda válvula permite um ajuste ou programação pelo próprio neurocirurgião dia após dia se necessário. Esta atenderia ao pleito das equipes cirúrgicas. O Planserv fez uma avaliação técnica e de custo para avaliar a possibilidade de incorporar esta tecnologia. Observa-se na análise técnica que a utilização deste modelo de válvula impacta apenas (considerando como desfecho não apenas medida de pressão liquórica, mas o desfecho clínico) nas HPN – Hidrocefalias de Pressão Normal, conhecida como Síndrome de Hakim e Adams, patologia típica do idoso (> 60 anos) caracterizada pela tríadede Ataxia ou deficiência da marcha, Demência ou perda da função intelectual e incontinência urinária. Alguns pacientescom HPN poderiam se beneficiar da utilização desta válvula (desde que diagnosticada e utilizada no início dos sintomas
– pois quando diagnosticada e tratada muito tardiamente os resultados são desalentadores). Do ponto de vista econômico foi observada uma diferença extremamente significativa entre os valores da válvula disponibilizada pelo Planserv (R$ 1.300,00) e a válvula programável (R$ 12.000,00). Esta diferença impossibilitou a incorporação desta tecnologia nos Valores Referencias e, assim sendo, este material não vai poder ser autorizado pelo Planserv;
- **Aspirador ultrassônico**: O aspirador ultrasônico é um equipamento particularmente útil em algumas neurocirurgias para ressecção de tumores cerebrais (friáveis, vascularizados, e de localização difícil e milindrosa).Foi identificado que apenas um hospital da rede credenciada Planserv dispõe deste equipamento. Desta forma oscasos que necessitarem da utilização deste equipamento devem ser realizados neste hospital. Neste caso, o prestador poderá cobrar além do valor referencial (Pacote). Poderá ser cobrado complementar ao pacote a Taxa de Aspirador Ultrasônico (Tipo Cavitron), que é precificado na Tabela Hospitalar Sintética com valor de R$100,00por uso;
- **Neuronavegador e Neuroestimulador**: Ambos os equipamentos são utilizados para mapear estruturas cerebrais, orientando e auxiliando o neurocirurgião com o objetivo de minimizar possíveis lesões em áreas nobres do cérebro (evitando iatrogenia). O Neuronavegador utiliza sondas/eletrodos que permite um mapeamento anatômico, enquanto que o Neuroestimulador cortical utiliza uma sonda (caneta e agulhas 2 a 6em média) ligada a um equipamento de radiofreqüência, que permite estimular áreas cerebrais e observar o impacto desta estimulação, permitindo um mapeamento funcional. Este último é feito com o paciente acordado (durante a cirurgia). Estes equipamentos são particularmente úteis nas ressecções de tumores cerebrais, profundos, em região central, com estreita relação com tecidos cerebrais nobres, onde a abordagem é sempre delicada. Ressalta-se que estes equipamentos não podem ter sua utilização banalizada, ou serem utilizadoscomo alternativa ou complemento a curva de aprendizado do neurocirurgião, estas patologia e suas respectivas terapêuticas requer um expertise profissional extremo e não pode ser substituída ou complementada por equipamentos deste gênero.

Não foi identificado nenhum prestador em Salvador (dentro ou fora da rede credenciada Planserv) que disponha deste equipamento. Desta forma, a incorporação desta tecnologia ficou comprometida pela indisponibilidade do mesmo. Vale ressaltar que identificamos em Salvador, empresas de comercialização de equipamentos médicos, disponibilizando estes equipamentos através de locação. Estas empresas estariamcobrando ao hospital o valor entre R$ 12.000,00 a R$ 15.000,00 por disponibilização em cada cirurgia (Incluso: Uso do equipamento, uso dos descartáveis

e técnico operador). O hospital por sua vez tem repassado estes valores às operadoras. O Planserv entende que a responsabilidade por a estrutura física e tecnológica da assistência é exclusiva do hospital, não podendo ser delegada ao terceiro. Vale ressaltar ainda que os diversos equipamentos utilizados na assistência, como: Equipamentos de Ressonância Magnética, aparelho de Hemodinâmica, equipamentos de Radioterapia, entre tantos outros, são disponibilizados pelos hospitais com custo operacional (Taxas e Custo Operacional), com valores infinitamente menores, sem qualquer parâmetros decomparação com o valor cobrado pelas empresas referidas. Desta forma, o Planserv aguardará que os prestadores de unidades hospitalares credenciadas a sua rede adquiram este equipamentoe desta forma seja elaborada uma taxa de utilização compatível com as demais taxas de outros equipamentos. Em nenhuma hipótese será autorizada LOCAÇÃO deste ou outro equipamento.

10.ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS:

- Os valores referenciais são segmentados por: Diárias, taxas, Gases, SADT, Honorários médicos, medicamentos, materiais e OPME;
- Para elaboração destes valores referenciais o Planserv reuniu-se com diversos neurocirurgiões que representam a rede credenciada da especialidade. A decisão final na composição destes valores referenciais levou em consideração os conceitos, orientações e sugestão destes médicos, inclusive sobre: Média de permanência, permanência por tipo de acomodação, códigos CBHPM, e tipos e quantidades de OPME utilizados nestes procedimentos (entre outros assuntos);
- Os Valores Referenciais têm mesmo preço para Planos Básicos (enfermarias) e Planos Especiais (apartamento). Os preços de serviços hospitalares e honorários médicos estão proporcionalizados de acordo a carteira de planosdo Planserv, sendo Planos Básicos (90% da carteira) e Planos Especiais (10% da carteira), de forma a garantir a remuneração diferenciada dos planos especiais, conforme demonstrativo abaixo:
  - **Diárias**: Para as diárias de unidade aberta foi usada uma diária denominada "Diária de unidade composta", que é formada por = (Valor da Diária de Enfermaria x 90%) + (Valor da Diária de Apartamento x 10%). Desta forma, quando o paciente for de plano básico, deverá ser acomodado em enfermaria, e quando for de plano especial, deverá ser acomodado em apartamento. Assim, apesar de ter um único preço para o Valor Referencial, o prestador de serviço terá assegurado o valor diferenciado (proporcionalmente) da unidade de apartamento. Esta proporção (90% / 10%) está relacionada com a carteira de planos do Planserv, que tem 90% de planos básicos e 10% de planos especiais;
  - A quantidade de diária e tipo de acomodação foi contemplada baseada na mediana histórica de utilização e orientação dos especialistas;
  - **Honorários médicos**: Usada CBHPM para todos os casos. Como os planos básicos (enfermaria) não têm acréscimo de honorário, o valor é multiplicado por **1** e em seguida multiplicado pela proporção da carteira planos básicos **90%,** enquantoque os planos especiais (apartamento) têm os honorários acrescidos em 100%, logo são multiplicados por **2** e em seguida são multiplicados pela proporção da carteira de planos especiais **10%**. Desta forma, independente do plano do paciente, o médico tem assegurado (proporcionalmente) os honorários duplicados da carteira de planos especiais (apartamentos);
  - As contas de pacotes não podem ser cobradas com períodos de conta em formatação aberta. Se período da internação for superior ao período de diárias contempladas no pacote, a cobrança deve separar as contas,

sendoo período do pacote com cobrança única e exclusiva do pacote e os demais períodos em conta aberta;

- O procedimento de arteriografia / angiografia às vezes se faz necessário em alguns procedimentos da neurocirurgia (Aneurisma e MAV), contudo, nestes casos, o exame sempre é anterior à cirurgia, e, portanto, deve ser solicitado e cobrado em conta aberta anterior ao pacote, caso seja realizado na mesma internação;
- **Composição**: Cada Valor Referencial tem um quadro com "Composição do Valor Referencial" com descrição dositens de inclusão, contudo todos os Valores Referenciais apresentam interseção dos seguintes itens de inclusão eexclusão:
- **Itens de Inclusão:**
  - Todos os valores referenciais encerram o conjunto de procedimentos, serviços e insumos necessários a realizá-los;
  - Dentre os itens de inclusão estão: Diárias, Taxas, Gases, SADT, Honorários médicos (inclui Equipe de Cirurgia, Anestesista e demais profissionais envolvidos na assistência como Intensivistas), materiais descartáveis e de consumo, medicamentos (inclusive antibioticoprofilaxia), OPME (Todos OPMEs necessários inclusive aqueles que são proporcionalizados pela freqüência média de utilização);
  - Não serão aceitas cobranças adicionais aos valores referenciais, salvo quando no próprio corpo do documento já estiver prevista esta condição.

- **Itens de Exclusão:** Não estão inclusos nos Valores Referenciais e poderão ser cobrados complementarmente:
  - Processos dialíticos, suporte nutricional enteral e parenteral (exclui-se suplementos), antibioticoterapia, exames de Anatomia Patológica e Imunohistoquímica, Hemoderivados, e Intercorrências (ver a seguir condições específicas sobre intercorrências).

- **Intercorrências:**

- As intercorrências são agravos não esperados na evolução do paciente, e que alteram a conduta terapêutica e o próprio curso da evolução. Frequentemente, as intercorrências demandam por procedimentos, serviços e insumos não previstos, além de habitualmente prolongar a internação, promovendo um incremento de custo não esperado. Por este motivo, as intercorrências devem ser tratadas de forma excepcional, saindo dos parâmetros do pacote e evoluindo para uma cobrança em formatação de conta aberta;
- As intercorrências referidas nestes itens, capazes de alterar o pacote são: Intercorrências cirúrgicas ou clínicas que alterem de forma significativa o custo do procedimento e/ou da internação. Intercorrências de pequena complexidade sem impacto relevante no custo da internação não serão objetos para alteraro modelo de cobrança em pacote, tão pouco alterar o valor do mesmo, devendo ser consideradas um risco inerente do modelo de remuneração por pacote;
- Quando houver intercorrências após o último dia contemplado no período do pacote, o prestador deve fragmentar a cobrança, ficando: Uma primeira conta com valor integral do pacote e uma segunda contaem formatação aberta, a partir da 1ª diária após o período contemplado no pacote;

- Quando houver intercorrências no mesmo dia do procedimento que demande por grandes distorções na evolução clínica e nos custos hospitalares, o prestador deve converter o pacote em conta aberta integralmente (o pacote será cancelado), sendo necessário comunicar ao Planserv para promover a alteração dos códigos autorizados;
- Quando houver intercorrências entre o 1º dia pós-operatório e o último dia contemplado no pacote, o prestador deve segmentar a cobrança em duas contas, sendo uma conta em formatação aberta referente às diárias ocorridas a partir da intercorrência e outra conta em formato de pacote, onde deve ser cobrado o valor do pacote subtraído do valor de desconto (dos serviços e insumos previstos e não realizados). O valor do desconto está atribuído na tabela de desconto por dia de intercorrência de cada pacote. Esta tabela subtrai apenas os itens inclusos especificamente nas diárias não utilizadas;
- As contas abertas obedecem aos critérios de cobrança vigentes praticados entre cada prestador e o Planserv (valores de diárias, honorários, CH, etc.).
- Materiais complementares aos pacotes: Em algumas situações poderão ser solicitados, complementarmente ao pacote, materiais já previstos, com condições e preços pré-definidos;
- Critérios de indicações e orientações específicas: Os critérios de indicação dos procedimentos ou da escolha de uma técnica aceitos pelo Planserv são habitualmente os mesmos padronizados pelas sociedades das especialidades ou órgãos colegiados afins. Em situações específicas o Planserv poderá estabelecer critério personalizado para autorização de procedimento ou insumos. Estas informações estarão registradas em cada valor referencial definido;
- Quando houver a necessidade de realização de mais de um procedimento no mesmo ato cirúrgico:

    - **Dois Valores Referenciais - Procedimentos Associados**: Alguns procedimentos estão contemplados como valores referenciais de duas maneiras. Uma delas com padrão de valor referencial habitual, onde estão contempladas diárias, taxas e todos os insumos de uma internação completa. Umasegunda maneira, o procedimento é contemplado com o formato de "**Procedimento Associado**". Esteformato tem o propósito de atender situações corriqueiras, quando um valor referencial pode vir a ser executado NO MESMO ATO OPERATÓRIO com outros valores referenciais. Exemplos: Cirurgia do Aneurisma Intracraniano e a Cirurgia para Implante de DVE. Para o procedimento DVE há dois tipos de valor referencial, o primeiro com formato habitual (completo); o segundo, um valor referencial que contempla apenas os custos relacionados ao Honorário Médico + Válvula de DVE. Desta forma, caso haja a necessidade de realizar a Cirurgia de Aneurisma + DVE (ambos os procedimentos no mesmo ato operatório), o Planserv autorizará o valor referencial do ANEURISMA (integral) **+** o valor referencial "**Proc. Ass. – DVE**", assim não haverá problema relacionado à superposição de serviços ou insumos;
    - **Dois Valores Referenciais – (Não Associados):** Quando houver mais de um procedimento (ou mesmo bilateralidade), onde ambos os procedimentos estariam previstos por valor referencial (completo), mas não exista associação prevista (diferente do exemplo do "Aneurisma + DVE"), o Planserv avaliará a possibilidade de manter a autorização por pacote, promovendo um desconto no segundo pacote. NOTA: Em hipótese nenhuma poderão ser cobrados integralmente os dois pacotes, pois estaria se pagando em duplicidade os itens de interseção entre ambos (diárias, taxas de sala, medicamentos, etc.). Também não pode ser aplicada a esta situação a proporcionalização de 70% ou 50% (utilizada na tabela AMB para procedimentos de mesma via de acesso ou vias de acessos

diferentes), pois neste caso não estão sendo avaliados apenas os honorários médicos, mas sim um conjunto de elementos que compõe a internação. Na impossibilidade de manter o formato de pacote, o Planserv poderá autorizar os procedimentos em formato de conta aberta;

- **Valor Referencial + Procedimento AMB**: Quando houver mais de um procedimento, mas apenas um deles estiver previsto como valor referencial, o prestador poderá cobrar o valor referencial para o procedimento previsto e para o procedimento não previsto poderá ser cobrado adicional ou complementar ao pacote (na mesma conta) o honorário médico conforme tabela Planserv (AMB 92) eos OPMEs necessários para este segundo procedimento. Caso haja muitos elementos incomuns aos dois procedimentos, dificultando a identificação dos itens que poderão ser cobrados complementarmente, o Planserv poderá optar por não manter o pacote e autorizar ambos os procedimentos em formato de conta aberta.

- Pacientes com altas antes de completar o período previsto no pacote (sem intercorrências), o prestador poderácobrar o valor integral do mesmo, não devendo ser descontado pela auditoria as diárias não utilizadas;

o Pacientes com altas após o período de diárias previstas no pacote (sem que tenha havido intercorrências), o prestador deverá cobrar o valor total do pacote e não poderá fazer cobranças adicionais pelas diárias excedentes, sendo considerado o risco do pacote;

o Os prestadores não poderão solicitar autorização ou realizar cobrança de valores referenciais por analogia para um procedimento que não tem previsto um valor referencial. Situações de similaridade e analogia devem ser avisadas e analisadas previamente pelo Planserv;

o No processo de Elaboração do VR, o Planserv utilizou a mediana de utilização dos: procedimentos, serviços e insumos e informações dos médicos especialistas;

o Os hospitais que não dispõem de UTI não poderão realizar os procedimentos que prevêem a utilização desta acomodação;

- **NOVA CODIFICAÇÃO DO VR E PAGAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS**: Um pleito antigo de prestadores e médicos, sempre foi a possibilidade de pagamento dos honorários médicos separados da parte hospitalar. Outras tentativas foram feitas, mas encontrou-se dificuldades operacionais e de controle para viabilizar este pleito. Contudo elaborou-se uma nova estrutura no sistema do Planserv, que começa a ser implementada, que possibilitará o pagamento de profissionais em separado da parte hospitalar. Esta possibilidade está diretamente vinculada com a codificação dos códigos dos pacotes. Desta forma, a nova codificação dos Valores Referenciais obedecerá à seguinte lógica:

  - O **penúltimo dígito** do valor referencial identificará o segmento do pacote, o valor deste segmento equal pessoa jurídica poderá cobrá-la, sendo:

    - Dígito **1**: Identifica a parte do Valor Referencial destinada ao **Hospital** (prestador onde o serviço será executado/cobrado);

    - Dígito **2**: Identifica a parte do Valor Referencial destinada ao Honorário Médico do **ANESTESISTA**;

    - Dígito **3**: Parte exclusiva dos Honorários da Equipe Médica **CIRÚRGICA**.

- O **último dígito** do valor referencial identificará para quem poderá ser creditado aquele pacote e guarda relação com a Classificação Hospitalar da Tabela Sintética, sendo:
  - **Parte Hospitalar**: A cobrança da parte hospitalar (penúltimo dígito igual a 1) trará no último dígito o número que identifica a classe do Hospital, sendo: Dígito 1 para os hospitais Classe A; 2 para os hospitais Classe B; 3 para os hospitais Classe C; 4 para os hospitais Classe D; 5 paraos hospitais Classe E e finalmente 6 para os hospitais Classe F. Esta regra se aplica mesmo para Prestadores que ainda não estão utilizando a Tabela Sintética;
  - **Honorários do Antestesiologista**: O código do pacote referente aos honorários do anestesiologista (penúltimo dígito igual a 2), trará sempre como último dígito o número 8. Portanto todos os códigos referentes ao anestesiologiasta terminarão com 2-8. O que definirá para quem será creditado este valor será o CNPJ informado. É de extrema importância que o prestador informe para qual CNPJ deverá ser autorizado o respectivo código.
  - **Honorários da Equipe de Cirurgia**: O código do pacote referente aos honorários do cirurgião (penúltimo dígito igual a 3), trará sempre como último dígito o número 9. Portanto todos os códigos referentes ao cirurgião terminarão com 3-9. O que definirá para quem será creditado este valor será o CNPJ informado. É de extrema importância que o prestador informepara qual CNPJ deverá ser autorizado o respectivo código.

- **A OPERACIONALIZAÇÃO**:

As Autorizações Prévias (APs) serão sempre autorizadas para o CNPJ do Hospital ou prestador de serviço onde o procedimento será executado;

A solicitação de autorização deve ser encaminhada ao Planserv identificando claramente qual será o CNPJ para cada segmento do valor referencial, conforme exemplo abaixo:

Exemplo (<u>fictício</u>):

Tireoidectomia Total –

A ser realizado no Hospital Celestial CNPJ 111.222.333/0001-1 (Classe B - 2)

84.44.051-2	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial
84.44.052-8	CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anestesiologista Brasil
84.44.053-9	CNPJ 666.555.444/0001-1 Clínicas Cirúrgicas Caymi

Comentário: No exemplo acima o Planserv irá creditar a parte hospitalar referente ao primeiro código (penúltimo dígito 1 e último 2) para o CNPJ do hospital; Já o segundo código que se tratado honorário de anestesiologia (penúltimo dígito 2 e último 8) será creditado para a Cooperativa deanestesiologista Brasil uma vez que o CNPJ informado foi o da cooperativa e não o CNPJ do hospital; Enquanto que o último código que trata de honorários da equipe cirúrgica (penúltimo dígito 3 e último 9) será creditado para a pessoa jurídica da equipe cirúrgica Cirúrgicas Caymi uma vez que o CNPJ informado foi o da pessoa jurídica do cirurgião e não o CNPJ do hospital.

- Desta forma toda autorização de um valor referencial terá pelo menos 3 códigos autorizadosem cada AP;
- As solicitações terão de vir corretamente preenchidas. O Planserv não se responsabilizará porerros no preenchimento das solicitações;

- Solicitações com campos de equipe cirúrgica e/ou anestesiologia em branco ou ilegível, aautorização será preenchida com o CNPJ do Hospital (conforme exemplo do item abaixo);
- Hospitais com equipe cirúrgica própria e/ou anestesiologistas próprios devem utilizar a mesma codificação dos pacotes de honorários médicos, informando apenas o CNPJ do hospital para a cobrança destes pacotes.
  - Considerando o exemplo anterior, os códigos seriam:
- 84.44.051-**2** CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Parte Hospitalar);
- 84.44.052-**8** CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Anestesiologista);
- 84.44.053-**9** CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Equipe Cirúrgica);
  - Neste exemplo, como pode ser observado, todos os códigos serão exatamente os mesmos,porém o CNPJ informado foram todos para o Hospital;
  - Neste exemplo a responsabilidade do repasse dos honorários aos profissionais será exclusivado hospital.
  - O código referente à parte **HOSPITALAR** (penúltimo dígito **1**) será sempre autorizado para oCNPJ do hospital (CNPJ da AP);
  - As solicitações de correções ou re-análises só poderão ser feitas no prazo de até 30 dias, desde que não tenha ocorrido a cobrança da AP. Caso já tenha ocorrido a cobrança da conta,a AP não poderá mais ser alterada;
  - O recebimento dos honorários cirúrgicos só poderá ser realizado através de Pessoa Jurídica (CNPJ) da equipe médica **CREDENCIADA** ao Planserv e responsável pelo procedimento.

- **Observação 1**: Caso a equipe médica não tenha pessoa jurídica credenciada ao Planserv, a mesma não poderá realizar a cobrança diretamente ao Planserv. Neste caso, o código correspondente a estes honorários será autorizado para o CNPJ do hospital e este se responsabilizará pelo repasse dos honorários ao profissional.
- **Observação 2**: Não poderá ser autorizado o código referente aos honorários da equipe cirúrgica para um CNPJ de um profissional outro que não faça parte da equipecirúrgica e que não tenha participado do ato operatório;
- **Observação 3**: O valor da equipe médica cirúrgica (Cirurgião e auxiliares) seráautorizado em bloco para um único CNPJ. O Planserv não segmentará a autorização dos honorários médicos cirúrgicos (cirurgião separado de cada auxiliar). O repassedos honorários de cada membro da equipe é da total responsabilidade do representante legal da pessoa jurídica que efetuou a cobrança destes honorários ao Planserv;
- **Observação 4**: As equipes médicas ainda não credenciadas ao Planserv poderão solicitar credenciamento conforme os padrões dos editais de credenciamento publicados pelo Planserv;
- **Observação 5**: Após credenciadas as equipes poderão encaminhar as novas solicitações apontando o CNPJ de sua empresa credenciada. Autorizações já emitidas não poderão ser corrigidas retroativamente;
- **Observação 6:** As equipes credenciadas ao Planserv devem assinar termo de aceitação dos valores referenciais (como já fazem os hospitais) para que possa ser registrado em seu cadastro, quais procedimentos (pacotes) que poderão ser cobradospor aquele CNPJ. Pessoa jurídica já credenciada mas que não tem em seu cadastro o lançamento de um pacote, não conseguirá cobrá-lo.

11. INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Considerando as peculiaridades destes valores referenciais; Considerando ainda que o entendimento, ainda que superficial, da especialidade de neurocirurgia, é de difícil domínio para as demais especialidades médicas, em particular osmédicos autorizadores e auditores (sejam da operadora ou do hospital); Entende-se que cabem alguns comentários sobreas informações técnicas, ainda que superficial, sobre a neuroanatomia e os procedimentos cirúrgicos descritos neste documento.

Vale salientar que o propósito é apenas de contextualizar o cenário que se aplicará estes valores referenciais, dando uma visão técnica genérica e superficial aos profissionais (não neurocirurgiões) que lidam com processos administrativos, desde a autorização até a cobrança destes pacotes. Não existe a pretensão de definir conceitos técnicos ou fazer revisões sistemáticas sobre o assunto e certamente muitos dos termos e afirmações utilizados neste documento não necessariamente cumprem o rigor acadêmico. Recomenda-se como referência técnica para os procedimentos neurocirúrgicos contemplados neste documento, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia e estudos clínicos lastreados em medicina baseada em evidência.

NOÇÕES BÁSICAS EM NEUROANATOMIA:

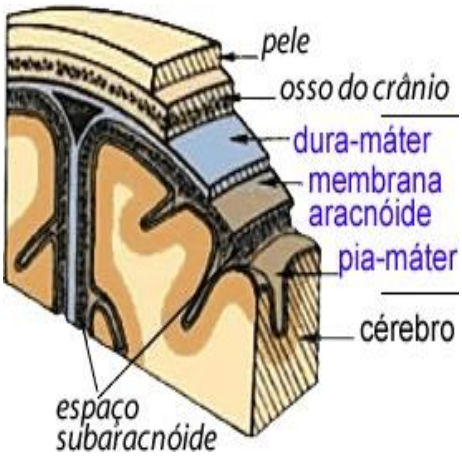
NEUROANATOMIA – SEGMENTO ENCEFÁLICO

O Encéfalo se divide em: Cérebro (Telencéfalo – Hemisférios cerebrais / Diencéfalo - Tálamo e Hipotálamo), Cerebelo e Tronco Cefálico (Mesencéfalo – Bulbo e Ponte).

O encéfalo é protegido pela calota craniana e pelas membranasmeningéas, sendo: Dura-máter (a externa), aracnóide (intermediária) e Pia- máter (a interna). Entre as meninges aracnóide e pia-máter há um espaço preenchido pelo líquido cefalorraquidiano ou Líquor.

Entre os hemisférios cerebrais estão os VENTRÍCULOS CEREBRAIS (ventrículos laterais e terceiro ventrículo); Conta-se ainda com um quarto ventrículo, localizado mais abaixo, ao nível do tronco encefálico. São reservatórios do LÍQUOR, participando na nutrição, proteção e excreção do sistema nervoso.

Em seu desenvolvimento, o córtex ganha diversos sulcos para permitir que o cérebro esteja suficientemente compacto para caber na calota craniana, que não acompanha o seu crescimento. Por isso, no cérebro adulto, apenas 1/3 de sua sface externa fica superficializada, o restante permanece por entre os sulcos.



O acesso neurocirúrgico ao encéfalo se faz habitualmente trans- calota craniana, através de: Trepanação (perfuração – orifício único), Craniotomia (abertura através de retalho ósseo – Sem deixar falha óssea) ou Craniectomia (Exérese de fragmento ósseo – Deixando falha óssea). A Craniotomia é o acesso principal para a maioria das neurocirurgias abertas. A linha média e a linha do arco zigomático, são os preferidos acessos.

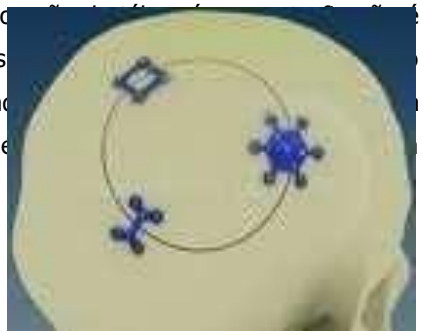


O acesso para a craniotomia é feito inicialmente com perfurações angulares cardinais sobre o retalho ósseo a serretirado, realizados com Broca ou Fresa (Broca de perfuração ou Drill). Em seguida é realizado um corte linear no osso entre estes ângulos, realizados com o Craniótomo ou serra de Gigli.

Após a craniotomia é realizado a abordagem dos planos inferiores, ou seja, a Dura-máter e demais meninges, a partir da Pia-máter o acesso ao cérebro já está disponível.

O fechamento da ferida cirúrgica também se dá por planos, e neste caso o fechamento da Dura-máter é um ponto importante do processo. A Dura-máter íntegra é habitualmente suturada sem maiores dificuldades, contudo em algumas situações serão necessárias medidas de apoio a esta sutura para evitar possíveis fístulas liquóricas. As colas biológicas (Beriplast, Tissucol, etc.) fornecem este apoio acessório. Em algumas situações a Dura-máter não consegue se estender a sua posição de origem seja porque houve dano parcial da membrana, retrações ou por outros motivos. Neste caso, faz-se necessária a utilização de uma membrana sintética substituta da Dura-máter, para sobrepor a área descoberta, e assegurar a proteção necessária.

Após o fechamento da Dura-máter, procede o fechamento ou recolo
realizada através de pontos defixação através de parafusos, botões e outros
do crânio (Kits de Fechamento do Crânio). Em alguns casos, não é recomen
óssea retirada. Nestes casos, este fragmento de osso é inserido no subcutâne
topográfica) para posterior recolocação.



O segundo tempo cirúrgico (nova abordagem cirúrgica) de recolocação de tábua óssea ou ainda uma reconstrução de uma falha óssea provocada por uma craniectomia prévia (perda de tecido ósseo) é denominada de cranioplastia. Na cranioplastia, poderá ser usada a tábua óssea ou enxerto ósseo (quando disponível e indicado) ou materiais sintéticos (ver informações técnicas no valor referencial de CRANIOPLASTIA).

Alguns equipamentos e materiais utilizados nas neurocirurgias:

- Ponteiras do Trépano (Broca, Fresa, Trépano ou Drill): São equipamentos permanentes utilizados no processo deperfuração ou trepanação do crânio. Observamos que o termo Drill é mais utilizado para realização de perfuração e/ou esmerilhar mais refinado. Apesar de que não são descartáveis, apresentam meia vida curta (depreciação);
- Trefina: Broca de maior diâmetro que retira o fragmento ósseo (funciona como um cilindro de bordas serrantes).

- Craniótomo: Ponteira de trépano especial, semelhante ao Drill, mas que não tem função de perfurar, mas sim de cortar linearmente o osso (faz uma linha de corte entre dois pontos de perfuração). A serra de Gigli tem a mesma função;



- Clips de Raney: São materiais permanentes e reprocessáveis, usados apenas durante a cirurgia (depois são retirados) e são utilizados para conter o sangramento da borda da ferida operatória (borda do couro cabeludo). Não confundir com Clips de Aneurisma;
- Clips de Aneurisma: Existem dois tipos de Clips, Temporário e Permanente. O temporário é um instrumental cirúrgico, enquanto que o Permanente é um material de uso único que deve permanecer no paciente, e são utilizados no colo de aneurismas, isolando o saco aneurismático;
- Cotonóides: Algodão cirúrgico para enxugar sangue ou outros fluidos durante a cirurgia (vem em pacotes ou envelopes de 10 unidades);



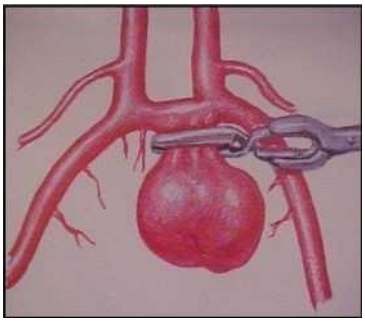
- Agentes Hemostáticos: Como o nome sugere os agentes hemostáticos são utilizados na contenção de sangramentos e hemorragias. Existem diversos tipos de agentes, esponjosos e não esponjosos – A base de gelatina, colágeno, celulose,etc. (Gelfoan, Surgicel, Lyostipt, Avitene, Helitene, Arista, ET.);
- Colas biológicas: Colas ou adesivos a base de fibrina, além de promover hemostasia participano processo de preenchimento e adesão dos tecidos. Pode ser utilizados com colágenos.
- Kit de Fechamento de crânio: Materiais utilizados para fechamento do retalho ósseo, fixando o retalho no osso. Podem ser utilizados placas (pequenas) e parafusos, botões, etc;
- Tela para Fechamento de crânio: Como o nome sugere as telas (titânio) são utilizadas nas cirurgias de cranioplastia, para recompor a falha óssea. Tem o papel de proteger o cérebro e meninges, e serve de suporte para moldar o contorno cerebral na correção da falha.



12.COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS

CIRURGIA DO ANEURISMA INTRACRANIANO - INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Dilatação circunscrita de um vaso intracraniano, cujas paredes não possuem as camadas muscular e elástica. A ausência destas camadas confere uma fragilidade à parede do vaso, provocando assim uma dilatação sacular. Com maior freqüência entre os 25 e 55 anos de idade. 20% a 25% dos aneurismas são múltiplos e bilaterais. A prevalência é de 2 a 5% na população, sendo que metade destes poderá evoluir para ruptura. A ruptura do aneurisma ocorre quando a pressão interna no vaso é superior a resistência da frágil parede, promovendo extravasamento do sangue para dentro do crânio. Esta condição é classificada como Hemorragia Subaracnóidea (HSA) e se traduz em uma condição clínica de extrema gravidade, com alta taxa de morbidadee mortalidade.



O aneurisma cerebral pode ser classificado como:

- Aneurisma Não Roto e assintomático;
- Aneurisma Não Roto e sintomático;
- Aneurisma Roto.

Os fatores de risco para ruptura do aneurisma são: Tamanho (maior que 08 mm), localização (aneurisma detopo de pressão), Forma (lobular), HSA prévia, aneurismas associados à MAV, evolução (evolução rápida).

Alguns estudos demonstram que dos aneurismas rotos, 15% morrem sem atendimento médico, 30% a 50% morrem ainda que atendidos e apenas 30% retomam as atividades. O que denota sua gravidade.

A história clínica se traduz por uma cefaléia súbita e lancinante, alteração do nível de consciência, vômitos, rigidez de nuca, déficits neurológicos, fotofobia podendo apresentar ptose palpebral e perda da visão. O diagnóstico é feito com a história clínica, TC, punção liquórica, Angio-RNM e Arteriografia cerebral.

O tratamento do aneurisma pode ser conservador (clínico), endovascular ou cirúrgico. A decisão por uma conduta intervencionista deve estar relacionada ao aumento do risco de ruptura. Estudos comparando o tratamento cirúrgico convencional (aberto) com o endovascular mostraram que as taxas de morbidade e mortalidade são semelhantes nas duas técnicas (ISAT, Lancet 2002 – International Subarachnoid Trial).

A decisão pela técnica convencional ou endovascular deve ser da equipe assistente, onde ambas as especialidades devem opinar. A decisão deve ser bastante criteriosa, levando em consideração aspectos como: Se o aneurisma é roto ou não, localização (acima ou abaixo da artéria oftálmica), tipo de colo (largo ou estreito), se está associado a hematoma ou MAV, idade do paciente e escore de risco cardiovascular.

OBSERVAÇÕES:

- Aneurisma e Hematoma:
  - A ocorrência da Hemorragia Sub-Aracnóide (HSA) não é hematoma;
  - Apesar da remuneração complementar do "Tratamento Cirúrgico do Hematoma" com a cirurgia do Aneurisma contrariar conceitos de auditoria médica (matéria que teve a concordância dos neurocirurgiões

participantes), optou-se por contemplar este segundo código, em consideração ao parecer de 06 de abril de 2009 da SociedadeBrasileira Neurocirurgia - SBN, que dispões sobre a ocorrência concomitante da cirurgia do aneurisma e o hematoma;

- A remuneração ficou proporcionalizada da seguinte forma: Foi considerada que os aneurismas podem apresentar-se rotos em 50% dos casos e que destes apenas 25% formam hematoma, que é realizado pormesma via de acesso (50%), ficando: 50% x 25% x 50% = 6,25%.

- Multiplicidade dos Aneurismas:

- Conforme já foi registrado, os aneurismas podem ser múltiplos e bilaterais em 20% a 25%. Porém mesmodiante da multiplicidade, não é freqüente o tratamento de mais de um aneurisma em mesmo ato operatório. Contudo, considerando o parecer já citado da SBN, que dispõe também sobre os aneurismas múltiplos, optou-se por complementar do aneurisma múltiplo;

- A remuneração ficou proporcionalizada da seguinte forma: Foi considerado que os aneurismas podem apresentar-se múltiplos em até 25% das vezes, destes 20% tem indicação de cirurgia no mesmo ato, que é realizado por mesma via de acesso (50%), ficando: 25% x 20% x 50% = 2,5%.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL			
NOME DO PROCEDIMENTO	**CIR. DO ANEURISMA – ÚNICO OU MÚLTIPLO COM OU SEM HEMATOMA** (Tratamento Cirúrgico do Aneurisma único ou múltiplo, com ou sem Hematoma)		
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia	
84.91.281-X	84.91.283-9	84.91.282-8	
DIÁRIAS			
UTI	03	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	-

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados emunidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- NOTA: Sabe-se que a permanência hospitalar de um paciente operado de aneurisma intracraniano habitualmente é superior a 03 diárias. Contudo, devido a falta de padrão observado após este período, resolveu-se limitar o Valor Referencial em apenas 03 diárias, sendo que para o período excedente (a partir da 4ª diária deinternação), o prestador deverá realizara cobrança (uma segunda conta) em formato aberto, conforme sua tabela vigente pactuada com o Planserv.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
3.14.01.17-1	Microcirurgia Vascular Iintracraniana	13B	100%	2	7	+20%
3.14.01.17-1	Microcirurgia Vascular Iintracraniana	13B	2,50%	2	7	+20%
3.14.01.30-9	Tratamento Cirúrgico do Hematoma Intracraniano	10B	6,25%	2	5	+20%

- Considerando que até em 25% os aneurismas podem ser múltiplos e que destes menos de 25% têm indicação de cirurgia no mesmo ato operatório e considerando que um segundo procedimento é realizado em mesma via de acesso (50%), foi incluída a possibilidade do tratamento múltiplo (25% x 25% x 50% = 2,5%);
- Considerando que os aneurismas podem ser rotos em até 50%, onde a expressão clínica principal é a HSA, e que menos de 25% destes podem apresentar-se de fato como hematoma (efeito de massa) e considerando que um segundo procedimento é realizado em mesma via de acesso (50%), foi incluída a possibilidade de tratamento do aneurisma associado do hematoma (50% x 25% x 50% = 6,25%);
- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos: Básico (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão deFisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X e TC).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 7 e Taxa deSala Complementar porte 7, Dril, craniótomo, microscópio cirúrgico, trépano, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial.Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: 01 Broca descartável, 01 Fresa descartável, Cotonóides pct. (3,5), Helitene (1,25), Dreno Suctor (1), Cera de osso (1), Clip de Aneurisma (1,2), Surgicel (3), Cola Biológica 2ml (0,5) Cimento Acrílico (10g), Substituto de Duramater sintética (0,5), Kit de Fechamento de crânio(1);
- Um segundo CLIP foi contemplado em 20% das vezes para os casos de multiplicidade ou necessidade de um segundo CLIP para único aneurisma. Só caberá a autorização de CLIP complementar na ocorrência de um terceiro aneurisma. Neste caso será liberado com valor de R$ 1.350,00 (Não inclui a taxa de comercialização);
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- Este procedimento (quando necessário) poderá ser realizado/cobrado com os seguintes procedimentos associados: DVE e/ou PIC.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

CIRURGIA DO ANEURISMA – ÚNICO OU MÚLTIPLO COM OU SEM HEMATOMA

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	14.445,98	14.873,98	15.426,30	15.986,94	18.537,23
Honorários Médicos Da Equipe	3.844,27	3.844,27	3.844,27	3.844,27	3.844,27
Honorários Médicos Do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência a classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS")com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	2.962,07	3.182,07	3.402,07	3.622,07	3.822,07
3º Dia Internação	1.481,04	1.591,04	1.701,04	1.811,04	1.911,04

CIRURGIA DO TUMOR INTRACRANIANOINFORMAÇÕES TÉCNICAS

O tumor intracraniano é a formação neoplásica expansiva localizada dentro do crânio (não confundir com tumor do Craniano – Tumor do osso do crânio), de característica benigna ou maligna. Estes tumores podem ser primários ou secundários. Os tumores primários são aqueles que têm origem no próprio encéfalo (podendo ser benignos ou malignos),enquanto que os tumores secundários são aqueles que têm origem em outra área do corpo e que metastizam para o encéfalo. Os tumores secundários são mais freqüentes que os primários, sendo os tipos de câncer mais freqüentes são osde mama e pulmão.

Os tumores primários apresentam tipo histológico, relacionados a sua origem celular. Estes tumores podem ter origem em células cerebrais propriamente ditas (Neurônios e células da glia) ou outras como linfáticas, vasculares, nervos, etc.

Os tipos histológicos mais comuns e suas respectivas linhagens celulares são:

- **Gliomas**: São os tumores primários mais comuns, originam-se nas células da glia. Os gliomas incluem osastrocitomas, os glioblastomas, os oligodendrogliomas e os tumores do epêndima;
- **Meduloblastomas**: Tumores de origem nas células embrionárias, mais freqüentes em crianças;
- **Meningiomas**: Originários das meninges e mais frequentemente benignos;
- **Glioblastoma Multiforme**: É um tumor de alto-grau que pode surgir de gliomas de baixo-grau;
- **Linfomas**: Tumor originário do tecido linfático cerebral ou medular.

Os tumores supratentoriais (nos 2/3 superiores do cérebro) são mais freqüentes nos adultos, enquanto que os infratentoriais (terço inferior) são mais frequentes em crianças. A faixa etária comum é de 40 a 70 anos nos adultos e 3 a 12 anos nas crianças.

O quadro clínico é diverso e ao contrário do pensamento leigo a dor de cabeça não é freqüente (ao menos nos estágios iniciais). Os sintomas são geralmente:

- Vômitos e náuseas;
- Crises convulsivas;
- Fraqueza nos braços ou nas pernas;
- Dificuldades na fala ou na marcha;
- Distúrbios na visão;
- Distúrbios do sono ou de comportamento.



Estes sintomas estão presentes a depender de:

- Hipertensão intracraniana;
- Localização;
- Ocorrência de edema;

Hidrocefalia.

O diagnóstico é feito por história clínica, exame neurológico, e exames complementares como TC, RNM, arteriografia, além de punção liquórica.

O tratamento é planejado levando-se em consideração um conjunto de variáveis: Comportamento (benigno ou maligno), tamanho, localização, tipo histológico, etc. Quando possível, a cirurgia é sempre o tratamento de primeira linha.A quimioterapia e a radioterapia completam o arsenal terapêutico.

Mais recentemente novas técnicas e equipamentos têm surgido para esmerilhar a terapêutica neurocirúrgica no tratamento dos tumores intracraniano, entre elas a cirurgia endoscópica, estereotaxia e a cirurgia guiada (que utilizam equipamentos que podem minimizar os danos neurológicos da extirpação do tumor). Estas técnicas não alteram o desfecho clínico final (sobrevida) e algumas ainda carecem de maiores estudos, contudo algumas destas apresentam fortes indícios que trarão benefícios nos desfechos intermediários, como na redução dos danos neurológicos, ao menos em situações particulares, como tumores profundos, volumosos, muito vascularizados, etc. Vale ressaltar que algumas destas técnicas ainda não foram incorporadas pelos prestadores de serviços de neurocirurgia de nosso Estado.

O valor referencial proposto neste documento aplica-se apenas para os procedimentos neurocirúrgicos abertos, independente da classificação do tumor.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	**MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS**	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.91.561-X	84.91.563-9	84.91.562-8

DIÁRIAS			
UTI	03	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	-

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados emunidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- NOTA: Sabe-se que a permanência hospitalar de um paciente operado de tumor intracraniano habitualmente é superior a 03 diárias, contudo foi observada uma variação muito relevante deste período. Por este motivo, resolveu-se limitar o período contemplado dentro do Valor Referencial em apenas 03 diárias, sendo que para o período excedente (a partir da 4ª diária de internação), o prestador deverá realizar a cobrança (uma segunda conta) em formato aberto, conforme sua tabela vigente pactuada com o Planserv;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
3.14.01.15-5	Microcirurgia Para Tumores Intracranianos	13B	100%	2	7	+20%

-

SADT

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial.
- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão deFisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X e TC).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 7, Taxa de Salade Cirurgia Complementar Porte 7, Dril, craniótomo, microscópio cirúrgico, trépano, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo nas condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica e um gabarito de insumos, além do valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: 01 Broca descartável, 01 Fresa descartável,Cotonóides pct. (3,5), Helitene (1,5), Dreno Suctor (1), Cera de osso (1), Substituto de Duramáter Sintética (0,7), Surgicel (3), Cimento Acrílico 10g (1), Kit de Fechamento de crânio (1), Cola Biológica 2 ml (0,5);
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- Este procedimento (quando necessário) poderá ser realizado / cobrado com os seguintes ProcedimentosAssociados ou Complementares de Valor Referencial: DVE e/ou PIC;
- Este procedimento não pode ser cobrado juntamente com o Valor Referencial de Hematoma (ver descrição técnica no quadro de COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIA – HEMATOMA);
- Este Valor Referencial foi elaborado para técnicas trans-craniana convencional. Caso a extirpação do tumor seja realizada pela técnica trans-esfenoidal (tumores da base do crânio e hipófise), o prestador poderá utilizar este valor referencial, desde que não ultrapasse o valor contemplado no pacote. O Planserv não autorizará materiais complementares tão pouco complementará valores além do contemplado no pacote.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	13.322,14	13.750,14	14.302,46	14.863,10	17.244,82
Honorários Médicos Da Equipe	3.655,08	3.655,08	3.655,08	3.655,08	3.655,08
Honorários Médicos Do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS")com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	3.113,72	3.333,72	3.553,72	3.773,72	3.973,72
3º Dia Internação	1.556,86	1.666,86	1.776,86	1.886,86	1.986,86

TRAUMATISMO CRANIANO COM AFUNDAMENTO
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Em termos gerais, as lesões primárias do crânio podem ser classificadas em dois grandes grupos: Fraturas de crânio (que podem ocorrer com ou sem lesão cerebral) e Lesão de vasos sanguíneos e das meninges (sem necessariamente estar associada à fratura do osso do crânio). As lesões primárias estão relacionadas ao resultado do dano direto que ocorre no momento da injúria. Enquanto que as lesões secundárias ocorrem em conseqüência aos fatores sistêmicos ou cerebrais que precipitam ou agravam a isquemia cerebral (é uma lesão isquêmica). Contudo há outras formas de classificação, sendo:

- Aberto ou fechado;
- Focal (56%) ou Difuso (44%);
- Axial ou extra-axial;
- Leve, Moderada ou Grave.

A fratura do crânio com afundamento ocorre quando o mesmo é submetido a um impacto ou força externa superior a resistência de sua parede. Quando recebe uma força localizada, o crânio deforma-se para dentro. Se a força persiste, o crânio fraturado desnivela-se e afunda, podendo ou não lesar a região encefálica adjacente, contundindo-a e lacerando-a. O próprio fragmento ósseo pode causar a laceração da duramáter.

A gravidade da Fratura do crânio depende da magnitude, da direção do impacto, da área atingida e da espessura desta. As fraturas em si não implicam necessariamente lesão neurológica, mas indicam a importância da força de impacto. Contudo é justamente o comprometimento do status neurológico que definirá a gravidade do caso. Esta gravidade deve ser sempre mensurada através de escores de riscos. No caso, a Escala de Coma de Glasgow tem sido o parâmetro padrão para estratificação do risco, sendo:

GRAVIDADE	MORTALIDADE	SEQÜELAS
LEVE (GLASCOW 13-15)	0%	10%
MODERADO (GLASCOW 9-12)	7%	66%
GRAVE (GLASCOW 3-8)	36%	100%



Dos atendimentos por TCE 80% são leves, enquanto que 20% são moderados ou graves. Contudo dos pacientes que sobrevivem ao TCE moderado ou grave 50% a 90% ficam com algum déficit neurológico. A colisão de automóvel responde como a principal causa dos TCE nos pacientes até 65 anos de idade, apósesta idade as quedas respondem como a principal causa.

As fraturas podem ser lineares ou diastáticas (com as bordas afastadas) e associadas ou não a afundamento craniano. As lineares não exigem cirurgia por si só. No entanto, podem se estender para a base do crânio e romper

as meninges, proporcionando perda do líquor, pelo nariz ou ouvido. Esta perda de integridade aumenta em sobre maneira o risco de infecção bacteriana, promovendo a meningite pós-traumática. Estas fraturas podem também lesar artérias e veias intracranianas, favorecendo a formação de hematomas intracranianos que podem causar compressão cerebral.

A cirurgia é recomendada se o afundamento for maior que 8-10 mm, se houver déficit neurológico relacionado à hipertensão intracraniana, lesão cerebral ou perda de líquor cefalorraquidiano. As fraturas diastáticas estão frequentemente associadas à lesão das meninges e são habitualmente objeto de cirurgia.

Este valor referencial contempla o tratamento cirúrgico da fratura do crânio com afundamento com ou sem hematoma.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL			
NOME DO PROCEDIMENTO	**T.C.E. – COM AFUNDAMENTO COM OU SEM HEMATOMA** Tratamento Cirúrgico do T.C.E. – com Afundamento Com ou Sem Hematoma		
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos		Código - Honorários de Anestesiologia
84.91.181-X	84.91.183-9		84.91.182-8
DIÁRIAS			
UTI	03	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	-

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- NOTA: Sabe-se que a permanência hospitalar de um paciente operado de TCE com afundamento habitualmente é superior a 03 diárias, contudo foi observada uma variação muito relevante deste período. Por este motivo, resolveu-se limitar o período contemplado dentro do Valor Referencial em apenas 03 diárias, sendo que para o período excedente (a partir da 4ª diária de internação), o prestador deverá realizar a cobrança (uma segunda conta) em formato aberto, conforme sua tabela vigente pactuada com o Planserv;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
3.02.15.08-0	Trat. Cirúrgico da Fratura do Crânio – Afundamento	9B	100%	2	5	+20%
3.14.01.30-9	Tratamento Cirúrgico do Hematoma Intracraniano	10B	25%	2	5	+20%

-
- Considerando que em até 50% dos casos de TCE (Afundamento) podem vir verdadeiramente com Hematoma, e que neste caso é realizado em mesma via de acesso (50%), incluímos ao tratamento do TCE o tratamento associado do Hematoma (50% x 50% = 25%)

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Conforme Tabela Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X e TC).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 5, Taxa de Sala de Cirurgia Complementar Porte 5, Dril, craniótomo, microscópio cirúrgico, trépano, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo nas condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica e um gabarito de insumos, além do valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: 01 Broca descartável, 01 Fresa descartável, Cotonóides pct. (3,5), Helitene (1), Dreno Suctor (1), Cera de osso (1), Surgicel (2), Cimento Acrílico 20g;
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- Este procedimento (quando necessário) poderá ser realizado / cobrado com os seguintes Procedimentos Associados ou Complementares de Valor Referencial: DVE e/ou PIC;
- Este valor referencial se trata de TCE com afundamento, os demais TCE de menor complexidade (Fechado ou Fissuras Lineares) não podem ser contemplados com este Valor Referencial

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

TCE – TRAT. CIR. DA FRATURA DO CRÂNIO COM AFUNDAMENTO.

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	9.821,50	10.249,50	10.716,45	11.187,62	13.018,01
Honorários Médicos Da Equipe	1.616,47	1.616,47	1.616,47	1.616,47	1.616,47
Honorários Médicos Do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS")com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	3.067,32	3.287,32	3.507,32	3.727,32	3.927,32
3º Dia Internação	1.533,66	1.643,66	1.753,66	1.863,66	1.963,66

CIRURGIA DO HEMATOMA INTRACRANIANO - INFORMAÇÕES TÉCNICAS

O Hematoma intracraniano é a coleção sanguínea circunscrita no crânio. Os hematomas intracranianos podemser classificados conforme sua localização, podem ser:

- Extra-dural;
- Sub-dural;
- Intra-cerebral.

HEMATOMA EXTRA-DURAL: É a coleção de sangue localizada entre a duramáter e a calota óssea. São habitualmenteagudos e relacionados ao trauma. O sangue se avoluma no fino espaço entre a duramáter e o osso, descolando a meninge e comprimindo o parênquima cerebral.

Esta condição clínica apresenta-se à TC como uma imagem côncava típica, onde a coleção de sangue apresenta-se com mesma densidade da calota óssea – esbranquiçada (nos casos agudos).

São habitualmente agudos, e evoluem rapidamente com sintomas, contudo podem ter intervalo livre de sintomas de até 12 horas. A intensidade e gravidade são proporcionais ao nível de compressão e tempo de exposição a esta compressão. Os hematomas de diâmetro maior que 0,5 cm são habitualmente cirúrgicos. Do ponto de vista cirúrgico e da evolução, estes hematomas oferecem menor complexidade e gravidade, contudo vale ressaltar que o hematoma ocasionado pela lesão da artéria meningea média constitui-se um caso específico de extrema gravidade com evolução rápida ao óbito quando não tratado rapidamente.

HEMATOMA SUB-DURAL: É a coleção de sangue abaixo da duramater e sobre o parênquima cerebral. Localizada habitualmente entre a duramater e a aracnóide. As hemorragias sub-aracnóide habitualmente produzem um "banho de sangue envolta do cérebro" sem necessariamente promover uma coleção ou hematoma. A hemorragia sub-aracnóide pode inclusive evoluir para hemorragia ventricular, que também não se constitui um hematoma.

Diferente do hematoma extradural, o hematoma subdural na TC forma uma imagem mais alongada e sem concavidade (típica do extradural). Estes hematomas podem ser agudos ou crônicos. O agudo é mais comum no jovem e está relacionado a traumas. Enquanto que o crônico está mais relacionado ao idoso (Com a idade o cérebro perde a complacência, e movimentos bruscos podem promover lesões de vasos da meninge). No hematoma subdural agudo o hematoma se apresenta com mesma densidade do osso (claro), enquanto que o hematoma crônico se apresenta com densidade igual ao líquor (escuro).

Os hematomas subdural agudo grande ou moderado devem ser operados de urgência, enquanto que os crônicos podem ter maior tempo de preparo pré-operatório. Os pequenos hematomas subdurais agudos nem sempre são cirúrgicos. Os sintomas sempre estão relacionados ao tamanho (maior que 0,5 cm), área e nível de edema. Os sintomas são habitualmente: Cefaléia, distúrbios visuais, disartria, hemiplegia, hemiparesia, etc.

Do ponto de vista cirúrgico e da evolução, os hematomas crônicos são de menor complexidade e gravidade, enquanto que o subdural agudo (grandes ou moderados) são mais complexos e mais graves.



HEMATOMA INTRACEREBRAL: É a coleção sanguínea dentro do parênquima cerebral. Também são agudos, e se apresentam na TC como uma imagem circular, de borda irregular, esbranquiçada (dendidade igual ao osso) dentro do parênquima cerebral. Os sintomas são semelhantes ao subdural agudo podendo cursar ainda com convulsões. Este hematoma nem sempre é cirúrgico. Mas importante de que a análise da imagem é o quadro clínico do paciente. É sempre importante a mensuração e monitorização da escala de Glasgow. A presença associada de hemorragia ventricular ou interventricular é sempre um sinal de mau prognóstico e sinônimo de drenagem ventricular externa. Estes hematomas quando tem indicação de cirurgia, são habitualmente mais complexos e mais graves.

OBSERVAÇÕES:

- A tabela AMB faz diferenciação entre as formas de apresentação e remuneração do Hematoma, contudo a CBHPM unificou em um único código, o qual foi utilizado para precificar os honorários médicos. Contudo observou-se que a diferenciação também se observa no comportamento da evolução do paciente e do comportamento de utilização de recursos, serviços e insumos (na conta hospitalar). As contas hospitalares dos pacientes submetidos a tratamento do hematoma intracerebral e subdural agudo apresentavam valores superiores e permanência mais prolongada (com maior permanência em UTI e maior utilização de insumos intra-operatórios), quando comparados com os casos de hematomas crônicos e extradural. Esta observação convergia com a informação dos neurocirurgiões nas reuniões técnicas. Por este motivo foram elaborados dois valores referenciais, sendo um: "**Tratamento Cirúrgico do Hematoma tipo 1**" para contemplar o subdural agudo e o intracerebral e "**Tratamento Cirúrgico do Hematoma tipo 2**" para contemplar o subdural crônico e o extradural;

- Faz-se necessário informar que o Hematoma subgaleal (galo) não se aplica a nenhum destes valores referenciais, tão pouco pode ser objeto de inclusão de códigos ou insumos complementares aos demais pacotes;

- Estes valores referenciais não poderão ser autorizados juntamente com os valores referenciais de Aneurisma ou TCE, pois estes já contemplam (proporcionalmente) a associação do hematoma;

- Os valores referenciais do hematoma poderão ter autorização complementar dos procedimentos associados ou complementares DVE e/ou PIC, quando necessário.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL			
NOME DO PROCEDIMENTO	**HEMATOMA 1 – Trat. Cir. Do Hematoma Intracraniano Tipo 1Inclui Hematoma Sub-Dural Agudo e/ou Intra-Cerebral**		
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia	
84.91.211-X	84.91.213-9	84.91.212-8	

DIÁRIAS			
UTI	03	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	-

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- NOTA: Sabe-se que a permanência hospitalar de um paciente operado de Hematoma sub-Dural Agudo ou Intracerebral habitualmente é superior a 03 diárias, contudo foi observada uma variação muito relevante deste período. Por este motivo resolveu-se limitar o período contemplado dentro do Valor Referencial em apenas 03 diárias, sendo que para o período excedente (a partir da 4ª diária de internação), o prestador deverá realizar a cobrança (uma segunda conta) em formato aberto, conforme sua tabela vigente pactuada com o Planserv;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
3.14.01.30-9	Tratamento Cirúrgico do Hematoma Intracraniano Tipo 1	10B	100	2	5	+20%

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Conforme Tabela Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X e TC).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 5, Taxa de Sala de Cirurgia Complementar Porte 5, Dril, craniótomo, microscópio cirúrgico, trépano, respirador.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo nas condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: 01 Broca descartável, 01 Fresa descartável, Cotonóides pct. (3,5), Helitene (1), Dreno Suctor (1), Cera de osso (1), Cimento Acrílico 10g, Kit de Fechamento de Crânio (1), Substituto de Duramater Sintético (0,7) Cola Biológica (0,5), Surgicel (3);
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- Este procedimento **NÃO** poderá ser realizado / cobrado com os Valores Referenciais Anteriores, Aneurisma, Tumor e TCE);
- Este procedimento (quando necessário) poderá ser realizado / cobrado com os seguintes Pacotes de Procedimentos Associados ou Complementares: DVE e/ou PIC;
- Este valor referencial se trata de HEMATOMAS **Sub-Dural agudo** ou **Intra-Cerebral**, os demais hematomas são contemplados através de outro Valor Referencial.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

HEMATOMA 1 - Trat. Cir. do Hematoma Intracraniano Tipo 1Inclui Hematoma Sub-Dural Agudo e/ou Intra-Cerebral

SEGMENTO	Classe D	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	12.587,30	13.015,80	13.482,25	13.953,42	16.198,68
Honorários Médicos Da Equipe	1.564,99	1.564,99	1.564,99	1.564,99	1.564,99
Honorários Médicos Do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

• Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.

• O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS")com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto/Dia Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	3.067,32	3.287,32	3.507,32	3.727,32	3.927,32
3º Dia Internação	1.533,66	1.643,66	1.753,66	1.863,66	1.963,66

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	**HEMATOMA 2 – Trat. Cir. Do Hematoma Intracraniano Tipo 2 Inclui Hematoma Sub-Dural Crônico e/ou Extra-Dural ou Epi-Dural**	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.91.231-X	84.91.233-9	84.91.232-8

DIÁRIAS			
UTI	02	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2,5

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- Foram consideradas 2 diárias de UTI e 3 diárias de enfermaria, sendo que a última diária de enfermaria foi considerada em apenas 50% das internações;
- Diferente dos Valores Referenciais anteriores, este contempla a **internação completa**;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
3.14.01.30-9	Tratamento Cirúrgico do Hematoma Intracraniano Tipo 2	10B	100	2	5	+20%

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva e não intensiva (24 e 12 hs – Conforme Tabela Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 5, Dril, craniótomo, trépano, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo nas condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica, um gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: 01 Broca descartável, Cotonóides pct. (1), Dreno Suctor (1), Cera de osso (1), Cimento Acrílico (1), Surgicel (1);
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- Este procedimento **NÃO** poderá ser realizado/cobrado com os Valores Referenciais Anteriores, Aneurisma, Tumor, e TCE);
- Este procedimento (quando necessário) poderá ser realizado/cobrado com os seguintes Pacotes de Procedimentos Associados ou Complementares: DVE e/ou PIC;
- Este valor referencial se trata de HEMATOMAS **Sub-Dural Crônico ou extra-Dural ou Epi-Dural.**

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

HEMATOMA 2 - Trat. Cir. do Hematoma Intracraniano Tipo 2 Inclui Hematoma Sub-Dural Crônico e/ou Extra-Dural ou Epi-Dural

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	5.642,44	5.962,19	6.316,40	6.674,89	7.841,80
Honorários Médicos Da Equipe	1.564,99	1.564,99	1.564,99	1.564,99	1.564,99
Honorários Médicos Do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	2.877,27	3.013,02	3.148,52	3.284,27	3.397,27
3º Dia Internação	1.448,85	1.474,60	1.500,10	1.525,85	1.538,85
4º Dia Internação	869,31	884,76	900,06	915,51	923,31
5º Dia Internação	289,77	294,92	300,02	305,17	307,77

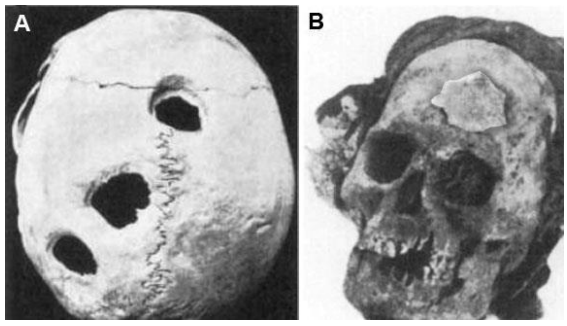
CRANIOPLASTIA – INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Com o avanço da neurocirurgia, tem sido mais freqüente encontrar pacientes com defeitos ósseos craniofaciais resultantes de tratamentos médicos, sejam para: Retirada de tumores, retiradas de fragmentos ósseos infectados, descompressão e principalmente sobreviventes de grandes traumas crânios-encefálicos.

As pequenas falhas ósseas nem sempre carecem de reparos, contudo para as grandes falhas é fundamental que se restabeleça a morfologia do crânio. Nestas situações, está indicada à CRANIOPLASTIA, que é a reconstrução cirúrgica destas falhas com o objetivo de prover a proteção do cérebro e tecidos internos, além da correção estética.

A cranioplastia é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos. Descobertas arqueológicas de crânios trepanados, associados com materiais moldados no formato de cobertura de defeitos cranianos, são fortes evidências quea cranioplastia é praticada desde a antiguidade (AGNER et al. 1998). Sanan e Haines (1997) afirmam que esta não era uma prática exclusiva de uma civilização, pelo contrário, cirurgias no crânio eram procedimentos constantes entre os incas, britânicos antigos, asiáticos, norte-africanos e polinésios. Na Figura abaixo são ilustrados alguns exemplos, tais como um crânio inca com três trepanações e um crânio de Cerro Colorado região de Paracas no Peru onde uma fina placade ouro foi usada para cobrir um defeito na testa. Segundo Sanan e Haines (1997) este é o crânio melhor preservado queconfirma que a cranioplastia foi executada por cirurgiões peruanos pré-históricos.

Durante a história da cranioplastia, uma variedade de materiais foram usados no reparo de defeitos cranianos. Estes materiais podem ser classificados como:



- Autólogo - retirado do mesmo indivíduo; Mais habitualmente um fragmento (tábua) da calota craniana do paciente, armazenada no tecido subcutâneo ou congelada a fresco.
- Não autólogo - De outro ser vivo, podendo este ser:
  - Homólogos - da mesma espécie;
  - Heterólogos - de outra espécie;
- Aloplásticos: Resinas, polímeros, metais e cerâmicas.

Dentre estes materiais aloplásticos, os que apresentam melhor biocompatibilidade são:

- Hidroxiapatita – HA (Cerâmica)
- Tela de titânio (Metal)
- Polimetilmetacrilato (PMMA) – Moldado por prototipagem. (Resina)



A tela de titânio é seguramente o mais utilizado. Descrito na literatura com Bons resultados funcionais e estéticos além de praticamente isento de complicações e relativa facilidade técnica do planejamento e execução da cirurgia. Uma restrição ao seu uso tem sido o elevado preço em comparação com outros materiais.

Alguns autores (Artico et al. -2003) são defensores do uso de ossos autólogos, segundo eles, as suas propriedades mecânicas, imunológicas e funcionais, aliadas a um superior efeito psicológico e estético, fazem deste o melhor material para cranioplastia. Contudo outros (Eufinger e Saylor -2001) afirmaram que os implantes ósseos em geralnão se prestam a promover por longa duração a estabilidade geométrica e podem não convergir para os resultados estéticos esperados, além de ser impraticável para implantes de grandes áreas. Estes autores (Eufinger e Saylor -2001) defendem vantagens do implante aloplástico, por proporcionarem estabilidade geométrica, podem ser obtidos em qualquer quantidade necessária, minimizam os riscos de agentes infecciosos e elimina a necessidade de remoção do enxerto autólogo, que aumenta a morbidade cirúrgica e dor pós-operatória.

Parece mais coerente a teoria defendida por Edwards e Ousterhout (1987) que defende uma escolha personalizada do material. Esta escolha estaria relacionada à: idade do paciente (na criança é melhor enxerto ósseo enquanto que adultos é melhor próteses metálicas), o local do defeito, a causa do defeito (em tumores uma cirurgia adicional pode ser necessária) e o tamanho da falha.

Segundo Sanan e Haines (1997), independente se autólogo, não autólogo ou aloplástico o material de substituição ideal dever ser forte, leve, maleável, não condutivo termicamente, esterilizável, inerte, biocompatível e biofuncional, radiopaco, não magnético, bom esteticamente, capaz de manter o formato por longa data, disponível, esterilizável e de fácil acesso.

O PMMA é uma resina transparente, de baixo custo, excelente adaptação, facilidade na moldagem, bastante dura depois de pronta, durável, pode ser eluída de antibiótico, manipulada (aprontada) no per-operatório misturando um monômero líquido com um polímero em pó. Suas desvantagens é que após a mistura libera reação exotérmica que pode alcançar temperaturas de até 80°C além de que o monômero líquido é citotóxico e alergizante. Uma vez formado, oPMMA é impenetrável, não biodegradável, e o organismo desenvolve uma cápsula fibrosa que o envolve, tolerando-o,mas sem nenhuma capacidade de incorporação de tecido (mais indicado em adultos).

Compostos combinados usando o PMMA têm surgido para melhorar seus resultados e diminuir suas desvantagens (PMMA/HÁ, PMMA/ vidro bioativo, PEMA/Hidroxiapatita).

OBSERVAÇÕES:

- Os Valores Referenciais inicialmente publicados não contemplavam este procedimento. Este valor referencial foi incluído por se entender a necessidade de sua participação no conjunto de procedimentos neurocirúrgicos;

- Sobre o material para reparação da falha óssea:
    - Neste valor referencial a técnica e o material escolhido para a reconstrução da falha craniana é dacompetência e responsabilidade do médico assistente;
    - Estão contemplados dentro do valor referencial (segmento OPME): A Tela de Titânio e parafusos de titânio para a tela, conforme reunião técnicas com a especialidade de neurocirurgia (além de cimento e demais OPMEs necessários);
    - Caso seja utilizado enxerto autólogo (Tábua óssea preservada em subcutâneo, crista ilíaca ou outros)ou ainda o PMMA (metacrilato) deverá ser abatido do valor referencial (segmento OPME)

o valor destinado a Tela e Parafusos de titânio;

- Outros materiais para reconstrução da falha óssea poderão ser usados, desde que tenha lastro na literatura médica (Técnica não experimental) e desde que o valor não ultrapasse o valor contempladono Pacote. O Planserv não irá contemplar materiais complementarmente ao pacote, assim como não adicionará valor complementar ao pacote, tão pouco poderá ser cobrado do beneficiário do Planserv quaisquer serviços ou insumos relacionados ao procedimento;
- Vale ressaltar que o procedimento de CRANIOPLASTIA não pode ser interpretado como o fechamento de craniostomias. O fechamento da craniostomia faz parte do tempo (etapa) cirúrgico deste procedimento. A CRANIOPLSTIA se presta apenas na cirurgia de reparação de falhas ósseas.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL			
NOME DO PROCEDIMENTO	**CRANIOPLASTIA**		
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia	
84.91.041-X	84.91.043-9	84.91.042-8	
DIÁRIAS			
UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2,5

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- Foi considerada 1 diária de UTI e 3 diárias de enfermaria, sendo que a última diária de enfermaria foi considerada em apenas 50% das internações;
- Diferente dos Valores Referenciais anteriores, este contempla **a internação completa**;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
3.02.15.01-3	Cranioplastia	9A	100	1	4	+20%

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva e não intensiva (24 e 12 hs – Conforme Tabela Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 4, Dril, craniótomo, trépano, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo nas condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica, um gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: 01 Broca descartável, Cotonóides pct. (1), Dreno Suctor (1), Cera de osso (1), Cimento Acrílico **40g**, Surgicel (1), Kit de Fechamento de crânio (1). Tela de titânio (1), Parafusos de Titânio (8);
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- **Quando não for utilizada a tela de titânio e os parafusos, deverão ser descontados R$ 4.789,91 reais da parte hospitalar do Valor Referencial**

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

CRANIOPLASTIA

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Sub-Total (Parte Hospitalar)	12.090,85	12.300,60	12.520,61	12.743,74	14.705,98
Honorários Médicos Da Equipe	972,63	972,63	972,63	972,63	972,63
Honorários Médicos Do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS")com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

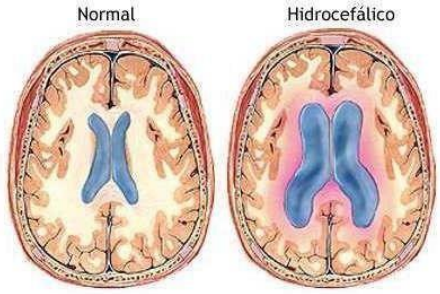
Tabela de Desconto / Dia Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.448,85	1.474,60	1.500,10	1.525,85	1.538,85
3º Dia Internação	869,31	884,76	900,06	915,51	923,31
4º Dia Internação	289,77	294,92	300,02	305,17	307,77

SISTEMAS DE DRENAGEM VENTRICULAR
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Entre as meninges Aracnóide e Pia-máter, circula o líquido cefalorraquidiano ou líquor. O líquor participa no processo de nutrição, proteção e excreção do sistema nervoso. Entre os hemisférios cerebrais e ao nível do tronco encefálico existem os ventrículos (laterais, terceiro e quarto). Os ventrículos são reservatórios do líquor, e apresentam comunicação com a rede de ductos e cisternas liquórica. Em algumas patologias específicas fazem-se necessário uma drenagem deste líquor. As principais técnicas de drenagem são: Drenagem Ventricular Externa – DVE e a Drenagem Ventrículo Peritoneal – DVP.

Drenagem Ventrículo Peritoneal – DVP: A principal indicação de DVP é a HIDROCEFALIA, que é a dilatação dos ventrículos com ou sem aumento da pressão intracraniana. Esta condição é mais freqüente em crianças, e quando ocorre no primeiro ano de vida, promove o aumento do volume do crânio. Como no crânioda criança não ocorreu ainda a junção dos ossos, o aumento da pressão interna promove aumento dovolume total do crânio.

A hidrocefalia também ocorre no adulto, por diversas situações, seja pelo aumento na produção do líquor, pela dificuldade de absorção, ou ainda pela dificuldade de circulação e drenagem natural. Inicialmente o cérebro utiliza mecanismos compensatórios, contudo esgotado estes recursos a hidrocefalia pode acontecer e com freqüência associada ao aumento da pressão intracraniana. No paciente idoso a hidrocefalia pode ser encontrada com pressão normal (Síndrome de Hack Adams).



O tratamento se constitui de uma drenagem por tempo prolongado, através de um cateter valvulado e unidirecional, do ventrículo para o peritônio. Este cateter tem sua extremidade proximal posicionadano ventrículo e seu trajeto é ocultado através de um percurso tunelizadono subcutâneo. A extremidade distal do cateteré posicionada dentro do abdome (peritônio).

Drenagem Ventricular Externa – DVE: A indicação da DVE é temporária, e tem como objetivo ou o controle temporário da pressão intracraniana ou retirada intencional do líquor. Em diversas situações, principalmente relacionadas a outras cirurgias faz-se necessário a drenagem intencional do líquor. Nas cirurgias do TCE com hemorragia subdural ou intraparenquimatosa, nas hemorragias por aneurisma, no acidente vascular hemorrágico, e em alguns casos de meningites bacterianas. Nestes casos o líquor está sanguinolento ou com presença de material piogênico, e tem indicação de drenagem.



O processo de drenagem da DVE apresenta semelhanças com a DVP,divergindo em: É uma drenagem temporária (poucos dias ou semanas),onde a extremidade distal do cateter não é posicionada no peritônio, mas num sistema fechado de drenagem externa (uma bolsa coletora).

OBSERVAÇÕES: Este documento apresenta três valores referenciais para sistem sendo um para contemplar a DVP e dois para o DVE. Um valor referencial de DVE co serviços e insumos de uma internação completa e se aplica quando apenas a DVE for referencial de DVE contempla apenas honorários médicos e a prótese (válvula de D procedimento associado, ou seja, quando o procedimento de DVEfor realizado associad ato operatório (Aneurisma, Hematoma, TCE ou Tumor).

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL			
NOME DO PROCEDIMENTO	**DVP – Sistema de Derivação Ventricular Interna com Válvulas ou Revisões**		
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia	
84.91.141-X	84.91.143-9	84.91.142-8	
DIÁRIAS			
UTI	0,5	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2,5

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- Para este Valor Referencial foi considerado que em 50% das vezes a primeira diária poderá ser na UTI, enquanto que as demais diárias seriam em unidade aberta. Foram contempladas 03 diárias ao total neste Valor Referencial;
- Este Valor Referencial contempla a internação completa;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
3.14.01.23-6	Sistema de Derivação Ventricular Interna com Válvulas ou Revisões	10B	100%	2	6	20%

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva e não intensiva (24 e 12 hs – Conforme Tabela Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 6, Dril, craniótomo, trépano, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo em condições previstas; • O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica, um gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: 01 Broca descartável, Cotonóides pct. (1), Surgicel (1), Kit de DVP (Sistema Completo de Válvula Ventrículo-Peritonial);
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- Em situações específicas como revisão de válvula, o valor da válvula R$ 1.650,00 deverá ser retirado do pacote, caso não tenha sido necessário a utilização (Troca).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

DVP - Sistema de Derivação Ventricular Interna com Válvulas ou Revisões

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	5.491,69	5.634,44	5.845,53	6.062,52	6.951,27
Honorários Médicos Da Equipe	1.564,99	1.564,99	1.564,99	1.564,99	1.564,99
Honorários Médicos Do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e assim, sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS")com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto/Dia Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.079,58	1.100,18	1.120,58	1.141,18	1.151,58
3º Dia Internação	539,79	550,09	560,29	570,59	575,79

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL			
NOME DO PROCEDIMENTO	**DVE – Derivação Ventricular Externa**		
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia	
84.91.491-X	84.91.493-9	84.91.492-8	
DIÁRIAS			
UTI	0,5	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2,5

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- Para este Valor Referencial foi considerado que em 50% das vezes a primeira diária poderá ser na UTI, enquanto que as demais diárias seriam em unidade aberta. Foram contempladas 03 diárias ao total neste Valor Referencial;
- Este Valor Referencial contempla a internação completa;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS						
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
3.14.01.05-8	Derivação Ventricular Externa	5C	100	1	5	20%

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva e não intensiva (24 e 12 hs – Conforme Tabela Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 5, Dril, craniótomo, trépano, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo em condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica, um gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: 01 Broca descartável, Cotonóides pct. (1), DVE (Sistema Completo de Drenagem Ventricular Externa – Não inclui PIC);
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- Este valor referencial contempla a internação completa e não pode ser cobrado conjuntamente com outros valores referenciais. Caso seja necessário a realização de DVE associado a outro procedimento (Como Aneurisma, Tumor ou Hematoma), o Valor Referencial a ser solicitado deverá ser o "Procedimento Associado de DVE" descrito a seguir.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

DVE - Derivação Ventricular Externa

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	4.326,76	4.578,68	4.709,18	4.874,64	5.693,59
Honorários Médicos Da Equipe	410,46	410,46	410,46	410,46	410,46
Honorários Médicos Do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS")com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.079,58	1.100,18	1.120,58	1.141,18	1.151,58
3º Dia Internação	539,79	550,09	560,29	570,59	575,79

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	**Proc. Ass. DVE – Derivação Ventricular Externa**	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.91.911-X	84.91.913-9	84.91.912-8

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
3.14.01.05-8	Derivação Ventricular Externa	5C	50	1	5	20

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram contemplados em 50% uma vez que este procedimento será realizado juntamente com outros de mesma via de acesso cirúrgico (Normas da AMB).

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: Cotonóides pct. (1),DVE (Sistema Completo de Drenagem Ventricular Externa – Não inclui PIC);
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- Este Valor Referencial tem como objetivo contemplar o conjunto de Honorários e OPMEs estritamente relacionados com o procedimento "Derivação Ventricular Externa", quando este procedimento for realizado em mesmo ato operatório com outro procedimento da Neurocirurgia;
- Quando necessário a realização de DVE juntamente com outros procedimentos (Aneurisma, Hematoma, TCE, Tumor Cerebral), o prestador poderá solicitar os dois pacotes, sendo o pacote principal (referente ao tratamento do Aneurisma, TCE, Hematoma, etc.) e este pacote de procedimento associado;
- Considerando que este valor referencial só será autorizado na ocorrência concomitante de outros, foram excluídos os itens de interseção, como Diárias, Taxas, SADT, Medicamentos e Materiais. Foram incluídos apenas Honorários e OPME.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Proc. Ass. DVE - Derivação Ventricular Externa

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	1.266,41	1.266,41	1.266,41	1.266,41	1.456,37
Honorários Médicos Da Equipe	205,23	205,23	205,23	205,23	205,23
Honorários Médicos Do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

MONITORIZAÇÃO INVASIVA DA PRESSÃO INTRACRANIANA – PIC
INFORMAÇÕES TÉCNICAS

O conteúdo intracraniano é composto de tecido cerebral (80%), líquor (10%) e sangue (10%). A manutenção da PIC em seus valores normais depende da preservação do volume intracraniano. Qualquer situação que eleve o volume de um componente intracraniano obriga à diminuição dos outros componentes, para que não ocorra aumento da PIC. O processo de compensação freqüentemente ocorre à custa da diminuição do volume de líquor e sangue, uma vez que a massa cerebral é menos compressível. Cerca de 30% da capacidade de diminuição do volume intracraniano é representada pelo líquor, que pode ser deslocado para o espaço espinhal subaracnóide ou absorvido pelas granulações aracnóides. Quando se esgotam os mecanismos de compensação, ocorre o aumento da PIC. A elevação da PIC, por sua vez, pode provocar a diminuição da perfusão tecidual, levando a agravamento do dano celular por isquemia, tendocomo conseqüência o dano encefálico.

Hipertensão intracraniana HIC é definida como PIC acima de 20 mmHg, que persiste por mais de 20 min em adultos. Os achados clínicos nos pacientes com HIC variam desde situações com exame neurológico normal até aquelas em que há sinais inequívocos de comprometimento do SNC. Os sintomas podem ser: Cefaléia, vômitos, diplopia, cegueira episódica, movimentos desconjugados, bradicardia, bradipnéia e hipertensão arterial. A escala de Coma de Glasgow fornece um guia para avaliação destes pacientes.

Em diversas situações clínicas podemos encontrar ocorrência de HIC. Dentre os quadros cirúrgicos seguramente o TCE grave e a condição mais freqüente. Contudo podemos encontrar a HIC ainda em: AVCH extenso, na HSA (com Hunt-Hess - IIIA), no Pós-operatório de MAV (grau III), em Pós-operatório de tumor evoluindo com edema cerebral, entre outras.

Uma vez encontrado evidências de HIC a monitorização da PIC faz-se necessária e deve ser instaladade imediato.

O objetivo da monitorização invasiva é: Promover uma monitorização criteriosa da PIC, permitir uma individualização da terapia, buscar a normalização da pressão, otimizar o fluxo sangüíneo cerebral e apressãode perfusão cerebral, prevenir os desequilíbrios que exacerbam a lesão secundária e evitar as complicações associadas com o tratamento empregado.

A monitorização contínua da pressão intracraniana está indicada nos pacientes com:

- Glasgow 3 a 8;
- Queda de 2 pontos na escala de Glasgow em 3 horas;
- Anormalidades na TC (incluem hematomas, contusões, edema ou cisternas basais comprimidas).

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Melhor Resposta Verbal	Melhor Resposta Motora	Pts
		Obedece a comando	6
	Apropriada/Orientado	Localiza estímulo da dor	5
Espontânea	Confusa	Retira à dor	4
Ao comando de voz	Inapropriada	Decorticação	3
A dor	Ininteligível	Decerebração	2
Sem abertura	Sem resposta	Sem resposta	1

Posicionamento do Cateter: Atualmente há dois métodos de monitorização da PIC, sendo um Hidrostático (utiliza coluna líquida) e outro não Hidrostático. Os sistemas não hidrostáticos mais difundidos são os que utilizam micro-filamentos ou micro-chip. O posicionamento do cateter de sistema hidrostático é quase sempre intraventricular (onde há maior reservatório do líquor), enquanto que os demais sistemas habitualmente o posicionamento é intracerebral ou sub-dural. Habitualmente encontramos ainda um cateter de DVE acoplado a umtransdutor de pressão, este também se traduz em um método preciso, confiável e ainda oferece a possibilidade terapêutica de drenagem liquórica (quando devidamente necessário). Neste caso o posicionamento é sempre intraventricular.

Observações:

- Este valor referencial inclui apenas os honorários médicos e a prótese. Foi elaborado para ser autorizado complementarmente a outros valores referenciais;

O valor referencial da PIC poderá ser autorizado juntamente com o valor referencial de DVE. Contudoos critérios de indicação de ambos os procedimentos devem estar registrados muito claramente no prontuário. A avaliação dos critérios de indicação será observada no processo de autorização prévia e pela auditoria hospitalar. A solicitação do valor referencial de PIC **não** deve ser associada ao DVE apenas como alternativa de aumentar o valor da prótese, devendo estar pautada unicamente nos critérios técnicos.

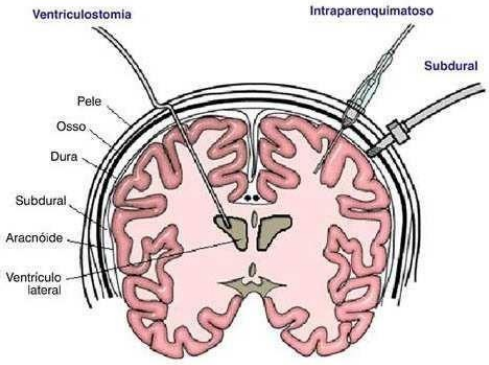


Figura 2 - Monitorização da pressão intracraniana

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	**Proc. Ass. PIC – IMPLANTE DE CATETER INTRA-CRANIANO**	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.91.811-X	84.91.813-9	84.91.812-8

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
3.14.01.08-2	IMPLANTE DE CATETER INTRA-CRANIANO	8A	50	2	5	20

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram contemplados em 50% uma vez que este procedimento será realizado juntamente com outros de mesma via de acesso cirúrgico (Normas da AMB).

OPME

- Contemplado o Sistema de Monitorização da Pressão Intra-Craniana PIC;
- Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização.

OBSº

- Este Valor Referencial tem como objetivo contemplar o conjunto de Honorários e OPMEs estritamente relacionados com o procedimento "Implante de Cateter Intra-Craniano", quando este procedimento for realizado em mesmo ato operatório com outro procedimento da Neurocirurgia;
- Quando necessário a realização de PIC juntamente com outros procedimentos (Aneurisma, Hematoma, TCE, Tumor Cerebral), o prestador poderá solicitar os dois pacotes, sendo o pacote principal (referente ao tratamento do Aneurisma, TCE, Hematoma, etc.) e este pacote de procedimento complementar;
- Considerando que este valor referencial só será autorizado na ocorrência concomitante de outros, foram excluídos os itens de interseção, como Diárias, Taxas, SADT, Medicamentos e Materiais. Foram incluídos apenas Honorários e OPME.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Proc. Ass. PIC - IMPLANTE DE CATETER INTRA-CRANIANO

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	2.464,00	2.464,00	2.464,00	2.464,00	2.833,60
Honorários Médicos Da Equipe	410,46	410,46	410,46	410,46	410,46
Honorários Médicos Do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e assim, sucessivamente.

13. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS

PROCEDIMENTO	HM CIRURGIA	HM ANESTESISTA	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A
TRAT. CIRÚRGICO DO ANEURISMA CEREBRAL (ÚNICO OU MÚLTIPLO / COM OU SEM HEMATOMA)	84.91.283-9	84.91.282-8	84.91.281-5	84.91.281-4	84.91.281-3	84.91.281-2	84.91.281-1
	3.844,27	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	14.445,98	14.873,98	15.426,30	15.986,94	18.537,23
MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS	84.91.563-9	84.91.562-8	84.91.561-5	84.91.561-4	84.91.561-3	84.91.561-2	84.91.561-1
	3.655,08	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	13.322,14	13.750,14	14.302,46	14.863,10	17.244,82
TCE COM AFUNDAMENTO COM OU SEM HEMATOMA TRAT. CIRÚRG. TCE COM AFUNDAMENTO COM OU SEM HEMATOMA	84.91.183-9	84.91.182-8	84.91.181-5	84.91.181-4	84.91.181-3	84.91.181-2	84.91.181-1
	1.616,47	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	9.821,50	10.249,50	10.716,45	11.187,62	13.018,01
HEMATOMA 1 -TRAT. CIR. DO HEMATOMA INTRACRANIANO TIPO 1 INCLUI HEMATOMA SUB-DURAL AGUDO E/OU INTRA-CEREBRAL	84.91.213-9	84.91.212-8	84.91.211-5	84.91.211-4	84.91.211-3	84.91.211-2	84.91.211-1
	1.564,99	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	12.587,30	13.015,30	13.482,25	13.953,42	16.198,68
HEMATOMA 2 -TRAT. CIR. DO HEMATOMA INTRACRANIANO TIPO 2 1INCLUI HEMATOMA SUB-DURAL CRÔNICO E/OU EXTRA-DURAL	84.91.233-9	84.91.232-8	84.91.231-5	84.91.231-4	84.91.231-3	84.91.231-2	84.91.231-1
	1.564,99	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	5.642,44	5.962,19	6.316,40	6.674,89	7.841,80
CRANIOPLASTIA	84.91.043-9	84.91.042-8	84.91.041-5	84.91.041-4	84.91.041-3	84.91.041-2	84.91.041-1
	972,63	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	12.090,85	12.300,60	12.520,61	12.743,74	14.705,98
DVP - SISTEMA DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR INTERNA COM VÁLVULAS OU REVISÕES	84.91.143-9	84.91.142-8	84.91.141-5	84.91.141-4	84.91.141-3	84.91.141-2	84.91.141-1
	1.564,99	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	5.491,69	5.634,44	5.845,53	6.062,52	6.951,27
DVE - DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA	84.91.493-9	84.91.492-8	84.91.491-5	84.91.491-4	84.91.491-3	84.91.491-2	84.91.491-1
	410,46	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	4.326,76	4.578,68	4.709,18	4.874,64	5.693,59
PROC. ASS. DVE - DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA	84.91.913-9	84.91.912-8	84.91.911-5	84.91.911-4	84.91.911-3	84.91.911-2	84.91.911-1
	205,23	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	1.266,41	1.266,41	1.266,41	1.266,41	1.456,37
PROC. ASS. PIC - IMPLANTE DE CATETER INTRA-CRANIANO	84.91.813-9	84.91.812-8	84.91.811-5	84.91.811-4	84.91.811-3	84.91.811-2	84.91.811-1
	410,46	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	2.464,00	2.464,00	2.464,00	2.464,00	2.833,60