

Nº: 1 / 2010 / UOFC  
Data: 22 / 02 / 2010

## CIRCULAR INFORMATIVA

Para: ARS, Hospitais EPE e SPA

Assunto: **Esclarecimentos às várias instituições do SNS em relação à Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho**

Com a publicação da Portaria nº 132/2009, de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, que regulamenta as tabelas de preços das instituições e dos serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, considera-se oportuno salientar as alterações introduzidas relativamente à Portaria nº 110-A/2007, de 23 de Janeiro.

No **Anexo I** a esta Circular encontra-se uma comparação entre o regulamento da Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e o regulamento da actual Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, com indicação das respectivas alterações.

Assim, importa salientar algumas das alterações introduzidas e sistematizar alguns dos esclarecimentos que têm sido prestados:

### 1. Âmbito de aplicação

A tabela de preços em análise diz respeito à facturação das instituições do SNS dos serviços prestados a beneficiários de subsistemas ou de qualquer entidade pública ou privada. Aplicam-se igualmente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que não apresentam um terceiro responsável, tendo por isso efeitos no Contrato-Programa de 2009 celebrado entre as Administrações Regionais de Saúde, a ACSS e os Hospitais do SNS.

## 2. Codificação em GDH

A classificação de episódios de tratamento em GDH exige a identificação das seguintes variáveis: Diagnóstico Principal, Procedimentos, Destino após a alta, Sexo, Idade do doente e, no caso dos recém-nascidos, o peso à nascença.

O registo desta informação é efectuado na folha de codificação (ver Folha de Codificação – Internamento e Ambulatório constante no **Anexo II** a esta circular), tendo a informação que ser posteriormente introduzida no WEB GDH de forma a ser possível o agrupamento no GDH respectivo.

No caso da informação registada directamente no SONHO, a informação será importada directamente para a aplicação WEB GDH. No que se refere ao registo dos actos da Tabela do Anexo II da Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, é feito o mapeamento para os respectivos códigos da Classificação Internacional de Doenças 9ª Revisão Modificação Clínica - CID-9-MC (ver **Anexo III** a esta circular), sendo apenas necessário escolher no WEB GDH os procedimentos efectivamente realizados.

Os episódios/sessões a facturar por GDH de ambulatório incluem toda a actividade efectuada ao doente, necessária para a realização dos procedimentos em cirurgia de ambulatório ou de ambulatório médico.

## 3. Ambulatório

Atenta a definição de doente internado, caso o doente permaneça menos de 24 horas, ainda que pernoite no estabelecimento hospitalar, é pago como episódio de ambulatório (médico ou cirúrgico). O conceito de GDH de ambulatório aplica-se apenas a admissões programadas, quer em actividade cirúrgica quer em actividade médica (ver fluxograma presente no Anexo IV para regras de facturação).

As **cirurgias de ambulatório** são classificadas em GDH e são pagas as que apresentem preço nos termos da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho.

Foram criados preços em ambulatório para mais 153 GDH cirúrgicos. Alguns destes GDH são com complicações ou co-morbilidades ou com complicações ou co-morbilidades major. Os

conceitos de complicação e de co-morbilidade na cirurgia de ambulatório referem-se a outros diagnósticos que tenham sido objecto de prestação de cuidados durante o episódio de cirurgia de ambulatório.

Para efeitos de classificação em Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) e respectiva facturação, o **ambulatório médico** corresponde a um ou mais actos médicos realizados com o mesmo objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizados na mesma sessão, num período inferior a 24 horas. Em termos de facturação, por especialidade, só pode existir um GDH por dia, que englobe todos os actos realizados na mesma sessão, excepcionando-se os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com radioterapia ou os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com a inserção de dispositivo de acesso vascular totalmente implantável (VAD).

A facturação de GDH médicos de ambulatório está condicionada à realização dos procedimentos presentes na Tabela II do Anexo II da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, à excepção do GDH 380 - Abortamento, sem dilatação e curetagem, que se aplica às interrupções da gravidez, em ambulatório, a partir das 10 semanas de gestação, independentemente do procedimento realizado.

A cada sessão, no mesmo dia, e com o mesmo objectivo terapêutico ou de diagnóstico, só pode corresponder um GDH, independentemente do número de procedimentos realizados, não sendo permitida a criação de sessões diferentes para cada procedimento realizado na mesma especialidade no mesmo dia.

Os preços dos GDH 410 – Quimioterapia e 876 - Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimio-terapêutico foram revistos de forma incluírem os custos decorrentes da administração de anticorpos monoclonais. A administração daquela terapêutica deve ser codificada com o código 99.28 – Imunoterapia antineoplásica da Classificação Internacional de Doenças – 9º Revisão – Modificação Clínica (CID-9-MC).

Naqueles GDH, os códigos de diagnóstico v58.11 – Admissão para quimioterapia antineoplásica ou v58.12 – Admissão para imunoterapia antineoplásica da CID-9-MC devem ser utilizados como diagnóstico principal, independentemente de se tratar de neoplasia, desde que o procedimento realizado seja o 99.25 – Injecção ou infusão de substância quimio terapêutica do cancro ou o 99.28 – Imunoterapia antineoplásica.

Contudo, para efeitos de facturação destes GDH, é obrigatória a identificação da doença através do registo do diagnóstico secundário, e da terapêutica antineoplásica utilizada, identificando-se o princípio activo no SONHO ou noutro SI.

#### **4. Actos vs GDH de ambulatório**

No Anexo III da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho os seguintes actos têm simultaneamente preço e indicação para facturação por GDH de ambulatório:

- Tabela de Dermatologia: 75361, 75363, 75480, 75650, 75660, 75735, 75740, 75745, 75805, 75810, 75815, 75900, 75905, 75910, 75915, 76270;
- Tabela de Estomatologia: 37530, 37540, 37505, 37510, 37553, 37550, 37605;
- Tabela de Ginecologia: 48160, 48300, 48310, 48320, 48330, 48340, 48510, 48520, 48530, 48540, 48550, 48560, 48570, 48580, 48590, 48710, 48720, 48730;
- Tabela de Ortopedia: 79320, 79330, 79380, 79390, 79600, 79640, 79510, 79520, 79580;
- Tabela de ORL: 78345, 78289, 78372, 78373;
- Tabela de Urologia: 90404, 90407, 90442, 90447, 90542, 90543, 90555;

Quer isto dizer que aqueles actos quando, por critérios de boa prática clínica sejam realizados em bloco operatório, aplica-se a codificação e facturação pelo GDH respectivo.

O preço indicado nas tabelas para aqueles mesmos actos diz respeito às situações em que são realizados em consulta, não se codificando em GDH.

Assim, estes actos, quando realizados em bloco operatório são registados no módulo de bloco cirurgia do ambulatório pelos códigos de procedimento da CID 9 MC correspondentes e facturados pelo GDH correspondente. O registo destes procedimentos no módulo da consulta com conseqüente agrupamento em GDH e facturação como tal não é possível.

Quando estes actos são realizados em consulta, são registados como actos e facturados como tal.

Não é possível a facturação simultânea em duas linhas de produção distintas.

#### **5. Excepções de registo**

Nos hospitais utilizadores do SONHO, a regra geral é: facturação de GDH cirúrgicos de ambulatório pelo módulo bloco - cirurgia de ambulatório, facturação de GDH médicos de

ambulatório pelos módulos de admissão directa, hospital de dia ou consulta. Os episódios registados no internamento, com menos de 24 horas, que resultem em GDH Médicos que apresentem preço para ambulatório e cujos procedimentos efectuados constem da lista de procedimentos da Tabela II do Anexo II da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho - *GDH Médicos de Ambulatório – Procedimentos Contemplados*, são facturáveis.

Episódios registados no internamento, com menos de 24 horas e que resultem em GDH cirúrgicos com preço para ambulatório, não são facturáveis. De salientar que a cirurgia de ambulatório constitui uma linha de produção com especificidades próprias, exigindo uma programação e circuitos próprios e obrigatoriedade de registo no módulo de bloco - cirurgia de ambulatório.

Estão, contudo, contempladas algumas **excepções**:

a)

- GDH 316 – *Insuficiência renal*;
- GDH 317 – *Internamento para diálise renal* (no caso do procedimento 97.82 - Remoção de dispositivo de drenagem peritoneal)
- GDH 351 – *Esterilização masculina*;
- GDH 465 – *Continuação de cuidados, com história de doença maligna como diagnóstico adicional*;
- GDH 466 - *Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional*.

Trata-se de GDH Médicos cujos procedimentos previstos na Tabela II do Anexo II da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, são considerados intervenções cirúrgicas (de acordo com o conceito de intervenção cirúrgica em vigor no nosso país, aprovado pelo Conselho Superior de Estatística), *devendo possuir condições de realização (asepsia, recursos humanos e organização do trabalho) idênticas às de um bloco cirúrgico* (in *Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, Relatório Final – Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente – Ministério da Saúde, Outubro de 2008*). Por esta razão, os procedimentos associados a estes GDH são de registo obrigatório no módulo de bloco - cirurgia de ambulatório, sendo a facturação do GDH médico respectivo realizada através deste módulo de facturação. Não é

possível o registo nem a facturação destes procedimentos através dos módulos de ambulatório médico.

Estes GDH médicos de ambulatório são contabilizados como ambulatório médico para efeitos de ICM de ambulatório médico.

b)

- GDH 112 - *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque;*
- GDH 115 - *Implantação de pacemaker cardíaco permanente, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque, ou procedimento em terminal ou gerador de desfibrilhador cardíaco automático implantável;*
- GDH 116 - *Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente;*
- GDH 117 - *Revisão de pacemaker cardíaco, excepto substituição do gerador;*
- GDH 118 - *Substituição do gerador de pacemaker cardíaco;*
- GDH 548 - *Outros procedimentos com implantes/revisão de pacemaker cardíaco ou com cardiodesfibrilhador com CC major;*
- GDH 808 - *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque;*
- GDH 849 - *Implantação de desfibrilhador cardíaco, com cateterismo cardíaco, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque;*
- GDH 850 - *Implantação de desfibrilhador cardíaco, com cateterismo cardíaco, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque;*
- GDH 852 - *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent não eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio;*
- GDH 853 - *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, com enfarte agudo do miocárdio;*
- GDH 854 - *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio.*

Referem-se a GDH de Cardiologia de intervenção, cujos procedimentos, de acordo com o conceito de intervenção cirúrgica em vigor no nosso país, não são considerados procedimentos cirúrgicos (porque não são realizados por cirurgiões mas por profissionais médicos, de especialidades médicas) mas que, em termos de classificação em GDH e da CID 9 MC são

considerados como procedimentos realizados em bloco operatório, gerando um GDH cirúrgico. Estes GDH, apesar de cirúrgicos, não têm obrigatoriedade de registo no módulo de cirurgia de ambulatório, podendo ser registados e facturados nos módulos de admissão directa, consulta externa ou hospital de dia.

Estes GDH cirúrgicos de ambulatório são contabilizados como ambulatório cirúrgico para efeitos de ICM de ambulatório cirúrgico.

c)

- GDH 187 – *Extracções e restaurações dentárias;*
- GDH 369 - *Perturbações menstruais e/ou outras perturbações do aparelho reprodutor feminino;*

Tratam-se de GDH Médicos cujos actos associados são, regra geral, realizados em consulta. Contudo, em algumas situações e de acordo com critérios de boa prática clínica, devem ser realizados em bloco operatório. Nestas situações, o registo dos procedimentos correspondentes previstos na Tabela II do Anexo II da Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, está condicionado ao módulo de bloco - cirurgia de ambulatório e a facturação dos GDH médicos em apreço só é possível através deste módulo de facturação. Estes GDH médicos de ambulatório são contabilizados como ambulatório médico para efeitos de ICM de ambulatório médico.

## **6. Doentes crónicos ventilados permanentemente**

No nº 7 do artigo 10º da Portaria nº132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, passou a exigir-se o registo de um dos códigos da CID 9 MC 96.72 – Ventilação mecânica contínua por 96 ou mais horas consecutivas ou 93.90 – Pressão respiratória positiva contínua (CPAP), de forma a identificar-se os episódios de internamento de doentes crónicos que necessitem de ventilação permanente.

Estes procedimentos deverão ser registados no SONHO ou em SI equivalente, não sendo necessária a sua codificação em GDH uma vez que a facturação é por diária. No caso dos doentes internados por vários anos e em que a facturação é feita anualmente, o procedimento terá que ser registado no início do ano.

## **7. Cirurgia de ambulatório vs pequena cirurgia**

O conceito de Cirurgia de Ambulatório passou a não estar associada aos K. Contudo continua a não incluir a pequena cirurgia (menor que 50K).

## **8. Consulta médica sem a presença do doente**

A consulta sem a presença do doente pressupõe um pedido do doente ou uma proposta da instituição, que o doente aceita. Trata-se de permitir a utilização de novas tecnologias como alternativa à presença do doente no consultório mas tudo o mais se mantém, designadamente o conhecimento do doente e o seu interesse em ser consultado. Não é correcto o registo de consulta sem a presença do doente na situação de triagem. As consultas médicas sem a presença do doente passam a ter um preço inferior ao das consultas médicas, no pressuposto de que a sua duração média é menor.

## **9. Nomenclatura de MCDT**

A Portaria nº132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, contempla um elevado número de transformações nas tabelas de MCDT, que decorrem do processo de harmonização de nomenclatura entre a tabela do SNS, a tabela de MCDT Convencionados e a tabela da Ordem dos Médicos. Assim, alguns códigos de MCDT foram eliminados e surgiram outros novos. No caso de MCDT eliminados existe sempre a tendência para questionar qual o procedimento que substitui o código eliminado. Ora nem sempre existe substituição. Por exemplo, na tabela de Radiologia a nomenclatura dos exames de Angiografia sofreu grandes alterações e não é possível, de um modo geral, identificar os códigos que substituem os que foram eliminados. Assim, o que é importante é que existam bons registos o que se consegue se forem, preferencialmente, os técnicos ou os médicos a codificar a actividade que desenvolvem.

Neste processo a Microbiologia foi uma das especialidades mais afectadas pois a tabela anterior permitia o registo detalhado, doente a doente e caso a caso das análises efectuadas a cada produto biológico. Por exemplo, dois pedidos de análises iguais para um mesmo produto biológico poderiam gerar registos muito diferentes e consequentemente facturação desigual. Acompanhando as alterações de nomenclatura desta tabela, foi estudado um preço médio que é

sempre igual para a mesma análise do mesmo produto biológico. Foi efectuada uma Circular Informativa para este efeito (Circular Informativa nº 3/2009, de 19 de Março).

#### **10. Consultas não médicas**

Os Hospitais argumentam, normalmente, que esta actividade não é financiada o que não é exacto. As consultas de Nutrição, Dietética, Psicologia ou Enfermagem são, normalmente, solicitadas no âmbito de consultas médicas, às quais ficam associadas. Assim, são incluídas no apuramento do preço constante do Contrato-Programa para a consulta externa, ou no preço da Urgência, que considera, em média os MCDT prescritos.

O facto de não constarem na Portaria nº 132/2009, de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, não obsta a que as instituições não efectuem registos desta actividade.

Se o Hospital receber pedidos de prestação de serviços nesta área pode sempre estabelecer com as instituições requisitantes protocolos de colaboração, nos termos dos quais a actividade pode ser facturada.

Quanto ao pagamento de taxas moderadoras, considerando que as taxas são estabelecidas por referência aos actos constantes da tabela de preços do SNS, não estando integradas nesta não darão lugar à cobrança de taxas moderadoras.

#### **11. Estudos do Sono**

No contexto de harmonização de nomenclatura com a tabela da Ordem dos Médicos foi criada uma nova tabela para Estudos do Sono (Anexo III), que congrega os exames existentes nas tabelas das especialidades de Pneumologia, Neurologia/Neurofisiologia e ORL.

Considerando que o código 84120 - Registo Poligráfico de Sono Nocturno - nível III (Estudo Cardio-Respiratório - sem EEG) (ver GDH de Ambulatório) não refere se é efectuado no domicílio ou não, a ACSS considera o registo com esse código dos estudos efectuados no hospital ou no domicílio (1 sessão por doente/prescrição).

#### **12. Tabela de Gastrenterologia: exames endoscópicos e vídeo endoscópicos**

A separação entre exames tradicionais e exames “vídeo” deixou de fazer sentido porque a esmagadora maioria dos equipamentos utilizados é de vídeo endoscopia. Assim, a Portaria nº

132/2009 de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho, passou a considerar apenas as designações mais habituais para estes exames: endoscopia alta e colonoscopia.

### 13. Violência doméstica

Trata-se de uma problemática que todos consideram importante mas cujas proporções não estão ainda completamente estudadas.

Para reforçar a necessidade de registo, foi enviado um ofício circular que prevê o seguinte: qualquer que seja o local de admissão no hospital deve ser associado o código de causa de admissão "Violência Doméstica". Pode acontecer que no primeiro contacto do utente com o hospital não seja clara a classificação da situação como violência doméstica, contudo, se vier a confirmar-se no decurso da assistência a situação de "violência doméstica", deve a associação do código ser efectuada nesse momento.

### 14. Radiologia de Intervenção

No capítulo de Radiologia de Intervenção consta a seguinte nota:

Os preços não incluem anestesia e apoio imagiológico (este deve registar-se com um dos códigos de "apoio a intervenção"), cuja facturação é adicional. As próteses também não estão incluídas e são adicionalmente facturáveis pelo seu custo. Considera-se simples a "Colocação de filtro na V.C.I. por via percutânea", de média complexidade a "Colocação de prótese vascular" e de grande complexidade a "Colocação de TIPS".

As próteses referidas nesta nota dizem respeito aos procedimentos que referem explicitamente " (acresce custo da prótese) ".

O Presidente do Conselho Directivo



(Manuel Teixeira)