

## ESCLARECIMENTOS À APLICAÇÃO DA TABELA DE MCDT CONVENCIONADOS

### Versão de 1 de abril de 2016

As alterações efectuadas à tabela de MCDT Convencionados, decorrentes do processo de harmonização de nomenclatura com a tabela do SNS, tendo como orientação a tabela da Ordem dos Médicos, foram muito significativas. Acresce que se trata de um documento muito extenso. Tendo verificado que há muitas questões que são colocadas por bastantes entidades Convencionadas, é importante que sejam clarificadas.

A tabela que entra em vigor em 1 de Outubro de 2010 mantém a mesma nomenclatura e apenas revê preços nas áreas A – Análises Clínicas e M – Radiologia, razão pela qual este documento mantém os esclarecimentos emitidos desde Outubro de 2009.

Recomenda-se a consulta dos ficheiros que se encontram no *site* da ACSS, “**Tabela MCDT Convencionados – equivalência Jan2010.pdf**”, que dá conta das transformações operadas na tabela de MCDT Convencionados desde 1 de Outubro de 2009 e “**Alterações ao ficheiro de equivalência\_tabela1Out10.pdf**”.

Na tabela que entrou em vigor a 1 de julho de 2011, que tem como princípio ser um instrumento para os Cuidados de Saúde Primários, actualizou-se a área de Medicina Nuclear, cujos preços passaram a incluir o exame e o radiofármaco.

A tabela de MCDT Convencionados, publicada a 1 de setembro de 2011 restringiu-se à revisão da área M, conforme consta no ponto 26 – Área M – Radiologia.

Foram ainda alterados os preços do hemograma com e sem fórmula, tal como é descrito no ponto 22, alínea g.

A 6 de Outubro de 2011, procedeu-se à actualização da área A – Análises Clínicas da tabela de MCDT Convencionados, mantendo-se o princípio de esta tabela ser um instrumento para os Cuidados de Saúde Primários, conforme consta no ponto 27 – Área A – Análises Clínicas.

Foram ainda alterados os preços dos exames 10580/080.9 - Coluna, uma incidência extra longo (90cm) e 10583/705.6 - Coluna, duas incidências extra longo (120 cm), tal como é descrito no ponto 26, alínea b.

A 1 de janeiro de 2012 procede-se à actualização da Tabela de MCDT Convencionados, decorrente da actualização de Taxas Moderadoras, bem como à operacionalização da Circular Normativa nº 32/2011/UOFC, de 24 de Novembro.

A 1 de fevereiro de 2012, tendo-se verificado que o prazo concedido para utilização dos códigos eliminados com a actualização da tabela área A – Análises Clínicas, publicada em 6 de Outubro de 2011, se revelou insuficiente, o que poderá traduzir-se no recurso dos doentes aos Centros de Saúde, para emissão de novas requisições, e considerando que estes impressos estão definidos com um prazo de validade de seis meses, considera-se o alargamento do prazo limite para a receção de requisições de 31 de Dezembro de 2011 até ao prazo de validade da própria requisição.

De igual modo, para facilitar a implementação da Circular Normativa de 32/2011, a qual foi emitida em 24 de Novembro mas apenas entrou em vigor em 1 de janeiro de 2012, são definidos alguns procedimentos de transição e orientações para a aplicação de taxas moderadoras.

A partir de 6 de Agosto de 2012, com a actualização da tabela de Análises Clínicas, resultante da normalização da tabela de MCDT Convencionados do Serviço Nacional de Saúde com a tabela de Convencionados da ADSE, as análises cujos códigos foram eliminados, mas prescritos até 5 de

Agosto de 2012 inclusive, devem ser aceites respeitando o prazo de validade da própria requisição, e faturados pela tabela anterior a 6 de Agosto de 2012, ao preço que consta nessa tabela.

A partir de 1 de outubro de 2012, com a atualização da tabela de Radiologia, resultante da normalização da tabela de MCDT Convencionados do Serviço Nacional de Saúde com a tabela de Convencionados da ADSE entram em vigor novos preços para esta área. Esta atualização considera ainda a harmonização dos códigos de anestesia com a tabela do SNS.

A 21 de janeiro de 2013 procede-se à atualização da Tabela de MCDT Convencionados, decorrente da atualização do valor da taxa moderadora de consulta de especialidade, considerado na Circular Normativa nº 5/2013/DPS, de 17 de janeiro.

A partir de 1 de março de 2013, com a actualização da tabela de Medicina Nuclear, resultante da normalização da tabela de MCDT Convencionados do Serviço Nacional de Saúde com a tabela de Convencionados da ADSE, entram em vigor novos preços para esta área.

Em 1 de maio de 2013, com a entrada em vigor da Portaria nº 163/2013, de 24 de Abril, importa garantir que tabela de MCDT Convencionados mantém a nomenclatura e o valor de taxa moderadora igual aos que figuraram na tabela do SNS.

Neste âmbito, os procedimentos cujos códigos foram eliminados, mas prescritos até 30 de abril de 2013 inclusive, devem ser aceites respeitando o prazo de validade da própria requisição, e faturados pela tabela de 1 março de 2013, ao preço respetivo.

Tendo-se verificado que o prazo concedido para utilização dos códigos eliminados com a atualização da tabela de MCDT Convencionados, que entrou em vigor no dia 1 de Maio de 2013, se revelou insuficiente, o que implica deslocações dos utentes aos Centros de Saúde para emissão de novas requisições, procede-se ao alargamento do prazo limite para a receção de requisições com códigos eliminados, de 30 de Abril de 2013 para 31 de Maio de 2013, respeitando-se o prazo de validade da própria requisição.

A 18 de Junho de 2013, foram introduzidos alguns aperfeiçoamentos na tabela, designadamente:

- Inseridos, na tabela de ORL, dois remissivos para a tabela de Neurologia, pois o remissivo existente para o código 1536.3 foi eliminado
- Na área A, recuperados os códigos “471.5 - Proteínas (total) e electroforese, u/l” e “470.7 - Proteínas (total) e electroforese, s” e eliminados os que tinham sido criados, 1319.0 e 1320.4
- Eliminados os remissivos inerentes à eliminação dos códigos 1536.3, 1509.6, 1511.8 e 1516.9
- Eliminado o código 81260 - “Ventilação com pressão positiva contínua (CPAP/BIPAP, ou outra modalidade), cada adaptação e aferição” que, por lapso, permaneceu na tabela em paralelo com os códigos 81261, 81262, 81263 e 81264, que lhe sucederam
- Na área A, recuperado o código “1110.4 – Caracterização de componentes monoclonais (imunofixação), após concentração”
- Na área A, eliminado da tabela o código 1316.6 - Urina, análise bioquímica semiquantitativa

Neste âmbito, os procedimentos cujos códigos foram eliminados, mas prescritos até 30 de junho de 2013 inclusive, devem ser aceites respeitando o prazo de validade da própria requisição, e faturados pela tabela de 18 junho de 2013, ao preço respetivo.

Em 1 de outubro de 2013 são efetuadas alterações em algumas designações de procedimentos e capítulos para ficarem em harmonia com a Portaria nº 163/2013, de 24 de Abril.

Em 29 de janeiro de 2014 altera-se a taxa moderadora da análise 22685 (código 471.5 da área A) para ficar em harmonia com a Portaria nº 20/2014, de 29 de janeiro e com os ficheiros que lhe estão associados.

A 1 de abril de 2014, a tabela da área F – Endoscopia Gastroenterológica é alterada com a inclusão de um pacote de cuidados para colonoscopia, com o código 100.7, que substitui os códigos 50910 (006.0) – Colonoscopia esquerda e 50940 (005.1) – Colonoscopia total e inclui os seguintes procedimentos, sempre que necessários:

- 101.5 Colonoscopia total
- 102.3 Colonoscopia esquerda
- 104.0 Biopsias transendoscópicas
- 105.8 Polipectomia, por sessão
- 106.6 Aplicação de "clips" (cada sessão)
- 107.4 Injecção endoscópica de fármacos
- 108.2 Tatuagem cólica
- 109.0 Sedar/analgesiar (sedação superficial ou profunda)

O preço base (87,23 euros) é único e considera a frequência de realização dos procedimentos referidos (códigos 101.5 a 108.2). O procedimento com o código 109.0 - Sedar/analgesiar (sedação superficial ou profunda) acresce ao preço base, sempre que efectuado.

A entidade Convencionada deve registar os procedimentos efectuados e cobrar as taxas moderadoras em conformidade. Deve ainda informar o utente sobre o tipo de sedação que pode realizar.

Os códigos 101.5, 102.3 e 109.0 devem ser preenchidos, pela entidade Convencionada, no local reservado a procedimentos efectuados e não prescritos. Os códigos 101.5 e 102.3 são mutuamente exclusivos. Os restantes códigos, 104.0 a 108.2, são impressos na própria requisição e a entidade Convencionada deve registar, no campo quantidade, com zero ou um, respectivamente, os exames que não efectuou e os que realizou.

A tabela da área F – Endoscopia Gastroenterológica é também revista em função dos exames considerados necessários pela Medicina Geral e Familiar. Assim, são introduzidos novos códigos, cuja prescrição apenas é possível após Norma de Orientação Clínica e são eliminados códigos.

Destaca-se, no pacote de colonoscopia, a possibilidade de opção pela realização de exame sem sedação (exame base) ou com sedação, a qual pode ser superficial ou profunda (propofol), respeitando a NOC da Direcção Geral da Saúde.

## 1. INTENSIFICAÇÃO DE IMAGEM

Na área M – Radiologia o código inerente ao uso de intensificador de imagem deixou de existir na nova nomenclatura. Não sendo possível a adição desta parcela ao preço do exame, foram identificados e estudados os exames que usam intensificador. Considerando que o preço da tabela do SNS compreende intensificador de imagem e que se pretende indexar os preços da tabela de Convencionados à tabela do SNS o que se perspectiva é que esses preços venham a ser corrigidos. Como refere o despacho do Senhor SEAS, os “preços revelaram fortes assimetrias que importa começar a corrigir”. **Em síntese, o preço dos exames já considera intensificação de imagem.**

## 2. CONTRASTE NOS EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA

Também na área M – Radiologia, verificou-se uma alteração na facturação dos exames de Tomografia Computorizada. Assim, enquanto na tabela anterior se facturava um preço global na tabela em vigor a partir de 1 de Outubro de 2009 há lugar à facturação de contrastes sempre que clinicamente se justifique. Nas situações em que o médico de Medicina Geral e Familiar não prescreva o contraste mas a entidade Convencionada considere necessária a sua administração deve efectuar o seu registo.

Contudo, convém esclarecer que **apenas é possível a facturação de um código de cada tipo de contraste por sessão/doente** (inclui todos os exames efectuados no mesmo dia ao mesmo doente), pois o preço do contraste já considera as situações de administração de mais de uma dose. Foi efectuada uma alteração à prescrição electrónica, para permitir os registos, das entidades Convencionadas, nestas requisições (código, designação e quantidade igual a 1). Este registo pode ser efectuado de duas formas: manual ou com etiqueta impressa.

## 3. DENSITOMETRIA

O esclarecimento anterior é actualizado em conformidade com a Norma nº 1/2010 da Direcção Geral da Saúde, a qual considera o seguinte:

- A Osteodensitometria configura um único exame de diagnóstico “Osteodensitometria da Coluna Lombar e do Colo Femoral”, devendo ser prescrito através do código 1503.7. Não é aceitável a facturação em simultâneo dos códigos 1500.2 - Osteodensitometria da coluna lombar e 1501.0 - Osteodensitometria do colo femoral.
- A medição no rádio distal, que na tabela se traduz no código 1502.9 - Osteodensitometria do punho é apenas reservada para os casos em que a avaliação nas regiões anatómicas anteriores não é possível ou fiável. Assim, não é aceitável facturação em simultâneo deste código com os restantes códigos de osteodensitometria.

## 4. ECOGRAFIA PRÓSTATICA

Com frequência é questionada a localização deste exame (antigo código 286.0 – PROSTATA) que tem tradução na tabela actual no código 487.1 - Ecografia pélvica por via supra púbica. No ficheiro “TabConvencionados\_equivalência\_Out09.pdf”, que se encontra no *site* da ACSS, consta a seguinte nota explicativa: Código resultante da orientação da DGS - Ofício Circular 9711, 12/06/97 - (Na mulher a soma de 271.2+282.8. No homem soma de 282.8 + 286.0). Para facilitar a prescrição de ecografia, considerando que há grandes alterações de nomenclatura, **foram efectuados “sinónimos” na aplicação de prescrição electrónica**, com a nomenclatura antiga.

## 5. PERFIS E SINÓNIMOS

A tabela de MCDT Convencionados estava claramente desactualizada e daí a necessidade da alteração efectuada e aplicada a partir de 1 de Outubro de 2009 e revista em 1 de janeiro e 1 de Outubro de 2010. Contudo, o ficheiro antigo foi sendo objecto de trabalho no sentido de facilitar a prescrição pelos médicos de Medicina Geral e Familiar. Assim, na aplicação SAM (Sistema de Apoio ao Médico) foram criados “sinónimos”, que permitem aos clínicos encontrar mais facilmente as análises e exames, e foram parametrizados perfis de prescrição, que

tornam mais rápida a prescrição, pois facilitam a o pedido de conjuntos de exames que estão padronizados. É importante que os perfis e os “sinónimos” também estejam disponíveis para quem efectua prescrição manual (modelo 330.10).

A prescrição electrónica proveniente do sistema informático SAM (Sistema de Apoio ao Médico) considera o seguinte formato: CÓDIGO – SINÓNIMO (DESIGNAÇÃO OFICIAL), ou seja **a designação do exame é constituído pelo sinónimo acrescido da designação oficial, entre parêntesis.**

#### 6. PREÇOS E TAXAS MODERADORAS DE EXAMES REALIZADOS EM DATAS ANTERIORES A 01-10-2009

Às requisições de meses anteriores incluídas na facturação relativa ao mês de Outubro, apresentada em Novembro, serão aplicados os preços da nova tabela, mantendo-se a taxa moderadora em vigor à data da realização do exame.

Os exames constantes em requisições de meses anteriores, incluídas na facturação relativa a Outubro, que não estejam contemplados na nova tabela serão tratados como sendo de meses anteriores, em termos de preço e de taxa moderadora.

#### 7. ÁREA Z

A área Z deixou de conter as colheitas especiais e passou a conter os exames efectuados por mais de uma área. Trata-se de exames que estão “registados” numa área específica, mas podem ser realizados por convenccionados com outras áreas de convenção. Estes exames, podem ser efectuados quer pelas entidades Convencionadas em cuja área o exame tem código e preço, quer pelas entidades que tem um remissivo para outra área. **A prescrição electrónica é efectuada com os códigos da área Z** e assinala todas as áreas com convenção para o exame. **A facturação deve efectuar-se também com os códigos da área Z.**

Para corrigir algumas disfunções geradas por entidades que recusaram doentes com códigos da área Z, a partir de janeiro de 2010 a tabela de MCDT Convenccionados estendeu às diversas áreas o uso de códigos da área Z. Assim para o mesmo exame o código é sempre o mesmo e é igual ao código que já figurava na área Z, a partir de 1 de Outubro de 2009.

#### 8. PLAQUETAS

A Contagem de plaquetas, tal como outros parâmetros do Hemograma, deixou de ser facturada separadamente. Este parâmetro está contido no Hemograma. Assim, se apenas se pretende requisitar contagem de plaquetas deverá ser requisitado o código 093.0 - Hemograma sem fórmula leucocitária (eritrograma, contagem de leucócitos, contagem de plaquetas), s. Com a revisão de 6 de Outubro de 2011, foi eliminado o código 093.0. Assim, se apenas se pretende requisitar contagem de plaquetas deverá ser requisitado o código 1080.9 - *Hemograma com fórmula leucocitária (eritrograma, contagem de leucócitos, contagem de plaquetas, fórmula leucocitária e morfologia), s.*

#### 9. NORMAS PARA A TABELA DE MCDT

Com a entrada em vigor da nova tabela **ficam sem efeito todas as Normas da Direcção Geral da Saúde inerentes à própria tabela**, mas não as Normas relativas a perfis de

prescrição ou a circuitos de realização / facturação. Logo que oportuno será emitido novo normativo adaptado à tabela que entrou em vigor em 1 de Outubro de 2009.

#### 10. INCIDÊNCIAS ADICIONAIS (ÁREA M)

A nova tabela prevê a existência de códigos próprios por capítulo para as incidências adicionais, tal como a tabela do SNS e da Ordem dos Médicos. Contudo, considerando as possibilidades do aplicativo existente, que permite a requisição electrónica mediante o preenchimento do campo quantidade, está prevista, além da prescrição pelos códigos próprios de incidências adicionais, a **manutenção desta facilidade de prescrição**.

#### 11. EXAMES EM CARGA (ÁREA M)

A área M considera os seguintes exames em carga: 429.4 - Coluna lombo-sagrada em carga, duas incidências e 101.5 - Qualquer articulação, radiograma em carga.

Para este último código, que se encontra no capítulo Membros Inferiores, foram criados “sinónimos” para tornar mais precisa a prescrição. A carga na tabela anterior era um adicional. **Na tabela actual o exame em carga considera o exame base e o adicional de carga**, que existia na tabela anterior a 1 de Outubro de 2009. Por isso, estes exames têm taxa moderadora associada enquanto naquela não se verificava, muito embora, seja admissível, desde que clinicamente justificado, a prescrição do exame base (v.g. 469.3 Joelho, duas incidências) e do exame em carga (v.g. 714.5 Ambos joelhos em carga antero-posterior) na mesma requisição.

#### 12. ECOGRAFIA OBSTÉTRICA

Deixaram de existir os códigos específicos para gravidez múltipla, para os quais vigorava a regra de 75% para cada feto adicional. A regra actual é **um exame por cada feto adicional nas ecografias do 2º e 3º trimestres** e apenas um exame, para um ou mais fetos, nas ecografias do 1º trimestre. Para facilitar a prescrição deve ser usado o campo quantidade.

#### 13. PROVA DE TOLERÂNCIA À GLUCOSE (ÁREA A – ANÁLISES CLÍNICAS)

Esta prova pode ser requisitada pelo código 1048.5 - Prova tolerância à glucose, cada doseamento. Findo o prazo de transição, em que se tornou necessário aceitar os doseamentos declarados pela entidade Convencionada (dado que não foram imediatamente carregados no sistema informático os “sinónimos” facilitadores da prescrição e clarificadores do número de doseamentos e da quantidade de glucose administrada), apresentam-se os novos sinónimos decorrentes da divulgação da Norma da Direcção Geral nº002/2011 com o assunto “Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus”.

1. PTOG 75G, DOSEAMENTO EM JEJUM E 2H APOS INGESTÃO DE 75G DE GLICOSE
2. PTOG GRAVIDA, DOSEAM. EM JEJUM E AOS 60MIN E 120MIN APOS INGESTÃO DE 75G DE GLICOSE

Por conseguinte, foram consideradas as seguintes provas:

**Prova1 (1 análise + 1 doseamento adicional = 2 análises 1048.5)**

**Prova 2 (1 análise + 2 doseamentos adicionais = 3 análises 1048.5)**

No entanto, para efeitos de facturação mantém activas as antigas provas por um período de seis meses:

**Prova 1** (1 análise + 1 doseamento adicional = 2 análises 1048.5)

1048.5 - Prova de Rastreio de Diabetes Gestacional, doseamento em jejum e 1h após 50g de glucose oral (Prova tolerância à glucose, cada doseamento)

1048.5 - Prova de O'Sullivan, doseamento em jejum e 1h após 50g de glucose oral (Prova tolerância à glucose, cada doseamento)

**Prova 2** (1 análise + 3 doseamentos adicionais = 4 análises 1048.5)

1048.5 - Prova de Tolerância Oral à Glicose 100g, doseamento em jejum e após 100g de glucose oral aos 60 minutos, 120 minutos e 180 minutos (Prova tolerância à glucose, cada doseamento)

1048.5 - PTOG na grávida, doseamento em jejum e após 100g de glucose oral aos 60 minutos, 120 minutos e 180 minutos (Prova tolerância à glucose, cada doseamento)

**Prova 3** (1 análise + 1 doseamento adicional = 2 análises 1048.5)

1048.5 - Prova de Tolerância Oral à Glicose 75g, doseamento em jejum e 2h após 75g de glucose oral (Prova tolerância à glucose, cada doseamento)

1048.5 - PTOG, doseamento em jejum e 2h após 75g de glucose oral (Prova tolerância à glucose, cada doseamento)

#### 14. BIOPSIAS E POLIPECTOMIA (AREA F – ENDOSCOPIA GASTROENTEROLÓGICA)

Ao requisitar o exame endoscópico nem sempre é previsível a necessidade de biopsia ou polipectomia. Contudo, neste aspecto não foi efectuada qualquer alteração ao que estava definido para a tabela anterior a 1 de Outubro de 2009. Assim, para a prescrição da biopsia e polipectomia, na área F, **mantém-se o circuito existente**.

Acresce que se considera apenas ser possível a facturação de um código 030.2 – Biópsias transendoscópicas (acresce ao valor da endoscopia) ainda que possam ser efectuadas várias biópsias.

#### 15. ESTUDO ELECTROMIOGRÁFICO

Os exames da área L com o código 046.9 - Estudo electromiográfico (inclui EMG e/ou neurografia e/ou estimulação repetitiva) efectuados até 31 de Dezembro 2009 poderiam surgir duas vezes, se os clínicos prescrevessem os “sinónimos” criados com o código antigo 002.7-Electrodiagnóstico múltiplo (várias regiões) e 003.5-Electromiografia (muscular ou esfíncteriana). Neste caso eram pagos dois exames. **A partir de 1 de janeiro de 2010** os dois sinónimos deixaram de existir e apenas é possível requisitar o exame com a designação em vigor. O preço deste exame foi revisto em função desta alteração. **Só é aceite a facturação de um exame com o código 1536.3**, que corresponde ao código 046.9 da tabela que vigorou entre 1 de Outubro e 31 de Dezembro de 2009.

#### 16. HIV 1 e 2

O código correto para a requisição desta análise (868.0) mantém-se mas a designação passa a ser Anticorpos para VIH 1 e 2. O que se alterou foi a anterior regra, que permitia a facturação de duas análises. Com a nova tabela **apenas é possível facturar uma análise**, quer se prescreva VIH 1 ou VIH 2 isoladamente ou ambos. Com a revisão de 6 de Agosto de

2012, foi eliminado o código 868.0 e substituído pelo código 1308.5 - Anticorpos para VIH 1 e 2 (inclui confirmação), razão pela qual este esclarecimento transita para o novo código.

#### 17. GRUPO SANGUÍNEO

Considerando as questões colocadas por várias entidades Convencionadas, clarifica-se que o código a utilizar para requisição do grupo sanguíneo é o 079.5 – Tipagem AB0 e Rh (D) (análise de Imunohemoterapia) e não o 1166.0 - Grupo sanguíneo RhCE, estudo molecular ou o 1167.8 - Grupo sanguíneo RhD, estudo molecular (análises de Genética / biologia molecular). Com a revisão de 6 de Outubro de 2011, foram eliminados os códigos 1166.0 e 1167.8, razão pela qual este esclarecimento está ultrapassado.

#### 18. ÁREA D – MEDICINA NUCLEAR

A partir de 1 de julho de 2011, com a actualização da tabela de Medicina Nuclear, os preços passam a incluir o exame e o radiofármaco, pelo que o sistema de facturação deixa de considerar estas duas parcelas.

Os exames cujos códigos foram eliminados nesta actualização, mas prescritos até 30 de junho de 2011 inclusive, devem ser aceites, até 31 de Dezembro de 2011, e facturados pela tabela anterior a 1 de julho de 2011, ao preço que consta nessa tabela.

#### 19. ÁREA H - OTORRINOLARINGOLOGIA

Na tabela que entrou em vigor em 1 de Outubro de 2009 verificou-se ser necessário rever a harmonização de nomenclatura efectuada nesta área. A partir de 1 de janeiro de 2010 a nova nomenclatura está concluída e harmonizada com a tabela da Ordem dos Médicos e do Serviço Nacional de Saúde.

#### 20. EXAMES POR SESSÃO

Na tabela de MCDT Convencionados em todos os códigos que omitam uma orientação específica a **facturação é por sessão e por doente**. Assim no mesmo dia só é possível **facturar o mesmo código uma vez**. Este esclarecimento é particularmente relevante para a área G, embora se aplique a toda a tabela de um modo geral.

#### 21. PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Nas provas de função respiratória é necessário prescrever Espirometria (código 1504.5) ou Espirometria (código 1504.5) e Pletismografia (código 1506.1) se pretenderem as seguintes provas, pois como a própria designação refere estas provas acrescem à prova basal:

1. 1507.0 - Prova de broncodilatação (acresce à prova basal)
2. 1508.8 - Prova de broncoconstrição com água destilada/soluto hipertónico (acresce à prova basal)
3. 1509.6 - Prova de broncoconstrição com ar frio (acresce à prova basal)
4. 1510.0 - Prova de broncoconstrição de esforço, com bicicleta ou tapete rolante (acresce à prova basal)
5. 1511.8 - Prova de broncoconstrição com acetilcolina (acresce à prova basal)
6. 1512.6 - Prova de broncoconstrição com metacolina (acresce à prova basal)
7. 1513.4 - Prova de broncoconstrição específica com alergénios (acresce à prova basal)

Nas provas de função respiratória é necessário prescrever as provas basais, que podem ser as seguintes:

- A. Espirometria (código 1504.5) ou

- B. Espirometria (código 1504.5) e Pletismografia (código 1506.1) ou
- C. Espirometria (código 1504.5) e Capacidade residual funcional ou volume residual (hélio/azoto) (código 1505.3)

Caso o especialista de Medicina Geral e Familiar não tenha prescrito outras provas e a entidade Convencionada, no decorrer dos testes, tenha fundamentação clínica para a sua necessidade, então deve preencher os campos de procedimentos efectuados e não prescritos, com os códigos seguintes:

- 1. 1507.0 - Prova de broncodilatação (acresce à prova basal)
- 2. 1508.8 - Prova de broncoconstrição com água destilada/soluto hipertónico (acresce à prova basal)
- 3. 1509.6 - Prova de broncoconstrição com ar frio (acresce à prova basal)
- 4. 1510.0 - Prova de broncoconstrição de esforço, com bicicleta ou tapete rolante (acresce à prova basal)
- 5. 1511.8 - Prova de broncoconstrição com acetilcolina (acresce à prova basal)
- 6. 1512.6 - Prova de broncoconstrição com metacolina (acresce à prova basal)
- 7. 1513.4 - Prova de broncoconstrição específica com alergénios (acresce à prova basal)
- 8. 1514.2 - Capacidade de difusão do CO por respiração única

## 22. DIVERSOS ÁREA A

- a. Se, numa requisição manual se for requisitado Anticorpos anti-tiroideus podem ser facturados dois códigos, designadamente, 1103.1 - Anticorpos anti-tiroideus, tireoglobulina (TG), doseamento e 1104.0 - Anticorpos anti-tiroideus (TPO), doseamento.
- b. No código 1019.1 - Apolipoproteínas A1, A2, B e C, cada, s foram criados sinónimos para cada uma das apolipoproteínas o que significa que o mesmo código pode ser facturados várias vezes. Há vários códigos com situações semelhantes a esta, nomeadamente todas as análises que referem "cada".
- c. Não é possível adicionar o código 608.4 - Urina, análise microscópica do sedimento ao código 627.0 - Urina, análise sumária (inclui análise do sedimento). Com a revisão de 6 de Outubro de 2011, o código 608.4 foi eliminado.
- d. Para algumas análises pode ser necessário efectuar mais do que um doseamento. Os prescritores devem usar o campo quantidade para identificar as análises para as quais pretendem mais do que um doseamento.
- e. A partir de 1 de Outubro de 2010, é corrigida uma situação referente à "Glucose após almoço" e efectuados os respectivos ajustamentos de preço das análises "Glucose, doseamento", "Glucose, pesquisa" e "Prova de tolerância à glucose".
- f. Na análise 1086.8 - Tempo de protrombina (TP, Quick, INR) apenas pode ser facturada uma análise. Não é possível a facturação de 3 ou mais análises. Apenas nas análises em que surge a designação refira "cada tipo" ou similar permite a facturação de uma análise por "cada tipo".
- g. Os preços dos códigos 093.0 - Hemograma sem fórmula leucocitária (eritrograma, contagem de leucócitos, contagem de plaquetas), s e 1080.9 - Hemograma com fórmula leucocitária (eritrograma, contagem de leucócitos, contagem de plaquetas, fórmula leucocitária e morfologia), s, que se encontram em vigor não reflectem a média ponderada pela produção, metodologia utilizada em 2009, aquando da harmonização da tabela de MCDT Convencionados, pelo que se procede à sua correcção. Com a

revisão de 6 de Outubro de 2011, este esclarecimento fica ultrapassado.

- h. Na revisão de 6 de agosto de 2012 foi eliminado o código “868.0 - Anticorpos para VIH 1 e 2” e substituído pelo código “1308.5 - Anticorpos para VIH 1 e 2 (inclui confirmação)”. Assim:
- As requisições emitidas, com o código “868.0 - Anticorpos para VIH 1 e 2”, até 5 de Agosto de 2012 inclusive, devem ser aceites respeitando o prazo de validade da própria requisição, e faturadas pela tabela anterior a 6 de Agosto de 2012, ao preço que consta nessa tabela;
  - As requisições emitidas, com o código “868.0 - Anticorpos para VIH 1 e 2”, a partir de 6 de agosto de 2012 devem ser faturadas com o preço do código “1308.5 - Anticorpos para VIH 1 e 2 (inclui confirmação)”.

### 23. PEDIDO DE DUAS OU MAIS TC NA MESMA REGIÃO ANATÓMICA (EX CABEÇA)

Em face de um pedido simultâneo de dois exames de TC na mesma região anatómica (ex: cabeça) que gerem dois pedidos de TC com o mesmo código, no caso duas TC com o código 295.0, a regra deve ser a seguinte: tratando-se de exames com existência própria, na tabela do SNS e da OM, devem ser facturados dois códigos.

Existem, contudo, algumas emendas ou excepções:

- TC do Crânio e Crânio-encefálico são o mesmo exame, devendo apenas ser facturado um código. O mesmo acontece com Mandíbula e Maxilar inferior.
- Considera-se também que o pedido de TC dos Ouvidos e Ângulos pontocerebelosos constitui apenas um exame, pois o estudo isolado do ângulo pontocerebeloso não faz sentido.

Esta orientação é também válida em relação às estruturas das partes moles do pescoço (boca, laringe, salivares, tiroideia, paratiroideias) e à coluna cervical.

### 24. EXAMES SEM PREÇO NA TABELA DA ÁREA B – ANATOMIA PATOLÓGICA

A tabela da área B considera alguns exames com preço igual a zero, que, assim, se consideram suspensos. O preço encontra-se em estudo. Até à atribuição de preço esses códigos não podem ser requisitados. O Sistema de Apoio ao Médico, da responsabilidade da ACSS, vai inibir a prescrição destes exames.

### 25. TABELA DE MCDT CONVENCIONADOS, EM VIGOR A PARTIR DE 1 DE OUTUBRO DE 2010

Na tabela de MCDT Convencionados, em vigor a partir de 1 de Outubro de 2010, são eliminados os códigos 511.8 - Glucose, doseamento, s/u/l e 1047.7 - Glucose, pesquisa. Contudo, os exames prescritos até 30 de setembro de 2010 inclusive devem ser aceites, desde que a sua prescrição cumpra o requisito do prazo de validade, isto é 6 meses. Assim, serão aceites até 31 de março de 2011 e terão de ser facturados pela tabela anterior a 1 de Outubro de 2010, ao preço que consta nessa tabela.

### 26. ÁREA M – Radiologia

- a. A partir de 1 de setembro de 2011, com a atualização da tabela de Radiologia, os exames cujos códigos foram eliminados, mas prescritos até 31 de agosto de 2011

- inclusive, devem ser aceites, até 31 de Dezembro de 2011, e facturados pela tabela anterior a 1 de setembro de 2011, ao preço que consta nessa tabela.
- b. Com a atualização referida no ponto anterior, atribuiu-se o mesmo preço aos exames que tivessem um tamanho de película diferente, mas com mesmo número de incidências. Este princípio aplicou-se aos exames extra longo e às tomografias clássicas. Esta situação não se verificou nos exames 10580/080.9 - Coluna, uma incidência extra longo (90cm) e 10583/705.6 - Coluna, duas incidências extra longo (120 cm), pelo que se tornou necessário retificar esses preços.
  - c. A partir de 1 de outubro de 2012, com a atualização da tabela de Radiologia, os exames cujos códigos foram eliminados, mas prescritos até 30 de setembro de 2012 inclusive, devem ser aceites, respeitando o prazo de validade da própria requisição, e faturadas pela tabela anterior a 1 de outubro de 2012.
  - d. Informa-se que o código “719.6 - Doppler (adicional a qualquer dos exames de ecografia)” apenas deve ser usado para as ecografias da tabela de Radiologia mas não para o exame “1530.4 - Ecocardiograma transtorácico bidimensional”, que se encontra na tabela de Cardiologia. Assim, os convencionados de qualquer uma destas áreas, Cardiologia ou Radiologia, não podem acrescentar o código 719.6 ao código 1530.4. [Não é permitido adicionar o código “719.6 - Doppler \(adicional a qualquer dos exames de ecografia\)” ao código “1530.4 - Ecocardiograma transtorácico bidimensional porque a configuração deste último procedimento sempre considerou a realização de doppler.](#)
  - e. Em 1 de Outubro de 2013, o código 274.7 – Ecografia do pescoço (inclui tiroideia), ao alterar a designação para “Ecografia cervical (partes moles), implica o surgimento de um novo código: 748.0 – Ecografia da tiróide.

## 27. ÁREA A – Análises Clínicas

A partir de 6 de Outubro de 2011, com a actualização da tabela de Análises Clínicas, os exames cujos códigos foram eliminados, mas prescritos até 5 de Outubro de 2011 inclusive, devem ser aceites, até 31 de Dezembro de 2011, e facturados pela tabela anterior a 6 de Outubro de 2011, ao preço que consta nessa tabela. Esta informação foi incluída na notícia de divulgação. Importa referir, contudo, que a data limite para a prescrição com os códigos eliminados se prolonga de 5 de Outubro para 10 de Outubro, inclusive.

Tendo verificado que o prazo concedido para utilização dos códigos eliminados com a actualização da tabela área A – Análises Clínicas, publicada em 6 de Outubro de 2011, se revelou insuficiente, foi concedido novo alargamento do prazo limite para a recepção de requisições de 10 de Outubro para 21 de Outubro.

Mais se informa que se procedeu à reactivação do código 24043/1070.1 Factor de von Willebrand: Ag (antigénio), s e à introdução de três novos códigos na área de microbiologia relativos aos anticorpos para vírus Hepatite C, (anti HCV, anti HCV confirmatório e anti HCV IgM).

## 28. ÁREA G – Medicina Física e de Reabilitação

Com a publicação da Circular Normativa nº 32/2011/UOFC, de 24 de Novembro, tornou-se necessário proceder à actualização da área G - Medicina Física e de Reabilitação, da tabela de MCDT Convencionados, que se traduz na eliminação do código 001.9 – Consultas, e desdobramento em três novos códigos, a saber: 002.7 – Primeira Consulta em Medicina Física e de Reabilitação, 003.5 – Consulta subsequente em Medicina Física e de Reabilitação e 004.3 – Consulta de avaliação final em Medicina Física e de Reabilitação.

O Código 003.5 – Consulta subsequente em Medicina Física e de Reabilitação é registado apenas para efeitos estatísticos.

Da área N - Consultas foram retirados os códigos para consulta de Medicina Física e de Reabilitação, que eram redundantes com os da área G.

A partir de 1 de janeiro de 2012, com a actualização da tabela, os exames cujos códigos foram eliminados, mas prescritos até 31 de Dezembro de 2011 inclusive, devem ser aceites, até 31 de janeiro de 2012, e facturados pela tabela anterior a 1 de janeiro de 2012, ao preço que consta nessa tabela.

Importa ainda esclarecer relativamente à Circular Normativa nº 32/2011/UOFC, de 24 de Novembro, o seguinte:

- a) O código referente à primeira consulta (002.7) é prescrito pelo médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), dando-se início ao processo de tratamento do doente. Esta prescrição, tal como referido no ponto 1.3 da circular normativa, valida a consulta 004.3 - consulta de avaliação final, realizada pelo Fisiatra, mas também os tratamentos por ele prescritos. O doente faz os tratamentos prescritos e:
  - Se o médico Fisiatra, na consulta de avaliação final (004.3) considerar que o doente beneficia com a continuação dos tratamentos, reencaminha o doente para o médico de MGF, com relatório circunstanciado. O Médico de MGF, caso entenda, prescreve agora o código 003.5 – Consulta subsequente, muito embora este último seja registado apenas para efeitos estatísticos. Esta prescrição, tal como referido no ponto 1.3 da circular normativa, valida a consulta 004.3 - consulta de avaliação final, realizada pelo Fisiatra, mas também os tratamentos por ele prescritos.
  - Se o médico Fisiatra, na consulta de avaliação final (004.3) considerar que o doente está reabilitado, reencaminha o doente para o médico de MGF, com relatório circunstanciado.
- b) Tal como também é referido no ponto 1.3 da circular normativa, o médico de MGF deixa de transcrever os exames prescritos pelo Fisiatra. Os únicos códigos que o médico de MGF prescreve – “registra directamente “ são os referidos no ponto 7: códigos 1518.5 terapia da fala e 1519.3 Qualquer dos códigos de terapia da fala quando em grupo. Não há lugar ao registo / facturação de consulta de MFR quando há uma prescrição de terapia da fala pois foi aceite que o especialista de Medicina Geral e Familiar prescreve, diretamente, os tratamentos.

- c) De um modo geral, considera-se que qualquer exame/ tratamento apenas está completo se incluir relatório, excepto se houver indicação expressa contrária na prescrição.
- d) Caso se verifique a necessidade de outros exames referidos no ponto 7 da circular normativa, deve o médico de MGF prescrever consulta, seguindo o processo explicitado alínea a) do presente esclarecimento.
- e) O formulário referido no ponto 1.4 da circular normativa é a prescrição do médico de MGF.
- f) No que se refere às taxas moderadoras, verificando-se alterações dos valores a cobrar, a partir de 1 de janeiro de 2012, esclarece-se o seguinte: a taxa moderadora da consulta de Fisiatria é a que vigorar à data da sua realização. Quanto aos tratamentos, a taxa moderadora a aplicar é que estiver em vigor na data de início dos mesmos. Considera-se que os tratamentos fazem parte do mesmo episódio e, portanto, aplicam-se a todo o episódio os preços e taxas moderadoras que estiverem em vigor na data de realização do primeiro tratamento.

Para a transição para a nova tabela da área G, que entrou em vigor em 1 de janeiro de 2012, ficam definidos os seguintes procedimentos de transição:

- a) A aceitação da prescrição do código eliminado 001.9 - Consultas até 31 de janeiro de 2012.
- b) Alargamento do prazo de aceitação, pelos centros de conferência, do código eliminado (001.9 – Consultas) até ao final do prazo de validade da própria requisição.
- c) Não se deverá implementar a antecipação dos novos códigos (002.7 – Primeira Consulta em Medicina Física e de Reabilitação, 003.5 – Consulta subsequente em Medicina Física e de Reabilitação), ou seja não devem estes códigos ser aceites antes de 1 de janeiro de 2012, uma vez que houve alterações das regras de faturação.

Assim, o CCF e os centros de conferência de faturas das ARS devem, excepcionalmente, proceder à conversão para o código 001.9 - Consultas.

#### APLICAÇÃO DA TABELA

- a) A Tabela de MCDT Convencionados tem como princípio ser um instrumento para os Cuidados de Saúde Primários, servindo de base aos especialistas de Medicina Geral e Familiar para prescrição de exames no âmbito das convenções. Assim, os procedimentos efectuados e não prescritos, mas passíveis de serem registados pelos Convencionados restringem-se aos a seguir indicados:
  - Biopsias e Polipectomia (vide ponto 14) e biopsia endoscópica (código 165.1 da área I);
  - Suplementos e Exames Especiais da área M Radiologia - Contraste nos exames de tomografia computadorizada (vide ponto 2) e Pós processamento;
  - Ressalva-se que os exames de TC existentes incluem processamento, sendo admissível o registo de pós processamento em situações a identificar; Com a revisão de 1 de maio de 2013 o código 726.9 - Pós processamento foi eliminado.



- Mamografia, cada incidência a mais (código 13110/ 708.0), com quantidade máxima admissível igual a 1;
- b) As dúvidas que possam surgir no âmbito da aplicação da Tabela de MCDT Convencionados devem ser colocadas por escrito, preferencialmente, para o e-mail: [UOFC@acss.min-saude.pt](mailto:UOFC@acss.min-saude.pt)
- c) A atualização da Tabela de MCDT Convencionados encerra várias alterações que devem ser introduzidas por todos os aplicativos informáticos, tanto os que são da responsabilidade da ACSS como os privados. Aliás, as normas e documentos de esclarecimentos e de sinónimos de prescrição são publicitados para que todas as entidades envolvidas no processo de prescrição, realização e conferência de facturas de procedimentos efectuados, possam carregar os mesmos ficheiros e reger-se pelas mesmas orientações.
- d) A leitura deste documento deve considerar o seguinte:
  - A cor **azul** assinala os esclarecimentos prestados na última versão do documento;
  - A cor **cinzento claro** assinala os esclarecimentos que já não se encontram em vigor;
  - A cor **preta** assinala os esclarecimentos que se encontram em vigor e foram prestados em versões anteriores.

