

N. 3/2021/DPS/ACSS

DATA: 26-02-2021

CIRCULAR NORMATIVA

PARA: Hospitais EPE, SPA e Unidades Locais de Saúde

ASSUNTO: [Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que devam ser cobradas pelas Instituições Hospitalares ao abrigo dos Contratos-Programa 2020 e 2021](#)

O processo de contratualização de cuidados de saúde para os anos de 2020 e 2021 fica marcado pelo contexto da situação de Pandemia COVID-19 existente.

Efetivamente, no ano de 2020, e após a publicação dos Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS, foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, a situação de pandemia para a infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19), que sucedeu à situação de Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional que já tinha sido declarada pela OMS a 30 de janeiro de 2020.

Nessa sequência, em Portugal, foi decretado o Estado de Emergência nos termos do Decreto do Presidente da República nº 14-A/2020, de 18 de março, tendo a Pandemia COVID-19 sido uma constante durante todo o ano de 2020, incluindo os primeiros meses de 2021.

Considerando este contexto extraordinário, procede-se nesta fase à divulgação da presente Circular, que estabelece as regras de faturação das instituições hospitalares, referentes aos Acordos Modificativos para 2020 e para 2021, ambas integradas no Contrato-programa 2017-2019, prorrogado para os anos de 2020 e 2021, estabelecido entre estas instituições, as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS).

As instituições hospitalares suportam diretamente os encargos financeiros das prestações de saúde realizadas por terceiros, integrados ou não no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que sejam por elas requisitados ou prescritos.

As instituições hospitalares faturam diretamente a terceiros, integrados ou não no SNS, as prestações de saúde ou meios complementares de diagnóstico e terapêutica que estes lhes requisitem.

No que se refere aos pontos anteriores, excetua-se a produção suscetível de codificação pela *International Classification of Diseases 10th revision, Clinical Modification* (ICD-10-CM/PCS) e agrupada em Grupos de Diagnóstico Homogêneo (GDH) de acordo com circular normativa própria¹.

As instituições hospitalares assumem também a responsabilidade financeira decorrente de todas as intervenções cirúrgicas realizadas por outros hospitais do SNS ou entidades convencionadas com o SNS aos utentes inscritos na sua Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), respeitando as regras definidas pelo Sistema Integrado de Gestão do Acesso para os cuidados de saúde hospitalares cirúrgicos programados (SIGA Cirurgia), em vigor, plasmadas no respetivo manual MGIC, nas Linhas Diretas, Circulares e outros normativos publicados.

Salienta-se, ainda, que toda a atividade abrangida pelo Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) tem também de respeitar as regras definidas por este sistema na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril e no regulamento da tabela de preços constante na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, alterada pela Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro e na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que estabelece os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG). Na especificidade do SIGA primeira consulta de especialidade hospitalar ou SIGA cuidados de saúde hospitalares cirúrgicos programados, e até à publicação dos novos regulamentos, encontram-se em vigor as Portarias n.º 95/2013, de 4 de março e n.º 45/2008, de 15 de janeiro, respetivamente.

¹ Circular Normativa n.º 16/2015/DPS/ACSS, de 15 outubro

ÍNDICE

I – INTERNAMENTO.....	11
1. Doente internado	11
2. Tempo de internamento	11
3. Grupos de Diagnósticos Homogéneos	11
4. Doentes equivalentes.....	12
5. Doentes internados com menos de 24 horas	13
6. Transferências de doentes internados.....	14
7. Índice de Case-Mix	14
8. Reinternamento	15
9. Internamento com admissão pela Urgência	15
10. Psiquiatria	15
11. Medicina Física e de Reabilitação.....	16
12. Doentes Crónicos Ventilados Permanentemente	16
13. Diária de Internamento de Doentes Crónicos.....	16
14. Doentes Privados	16
15. Preço.....	16
16. Faturação	17
II – EPISÓDIOS DE AMBULATÓRIO	17
1. Episódios cirúrgicos	18
2. Episódios médicos	18
3. Índice de Case-Mix	18
4. Preço.....	19
5. Faturação	19
6. Episódio de ambulatório seguido de internamento	19

7. Internamento por complicações	19
8. Episódios de internamento seguidos de consulta, GDH médico ou cirúrgico de ambulatório, hospital de dia e urgência	19
III – ATIVIDADE CIRÚRGICA TRANSFERIDA	20
1. Preço.....	20
IV – CONSULTA EXTERNA	20
1. Consulta médica	20
2. Primeira consulta	21
3. Consulta subsequente	21
4. Consulta médica sem a presença do utente.....	21
5. Teleconsulta.....	22
6. Pequena cirurgia	23
7. Preço.....	24
8. Faturação	26
9. Episódios de consulta seguidos de internamento.....	27
V – URGÊNCIA	28
1. Atendimento em urgência	28
2. Preço.....	28
3. Faturação	29
VI – MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA.....	30
VII – ECMO.....	30
1. Preço.....	30
2. Faturação	31
VIII – HOSPITAL DE DIA.....	31
1. Hospital de dia	31
2. Preço.....	31

3. Faturação	31
IX – SESSÕES DE RADIOTERAPIA	33
1. Preço	34
2. Faturação	34
X – INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ ATÉ ÀS 10 SEMANAS DE GESTAÇÃO (IG)	35
1. Preço	35
2. Faturação	36
XI – PAGAMENTO DOS DOENTES EM TRATAMENTO DA INFECÇÃO VIH/SIDA	37
1. Preço	39
2. Faturação	39
XII – DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL (DPN)	40
1. Preço	41
2. Faturação	41
XIII – PROGRAMA PILOTO DE TRATAMENTO DE DOENTES COM PERTURBAÇÃO MENTAL GRAVE	42
1. Preço	43
2. Faturação	43
XIV - PROGRAMA DE TRATAMENTO A DOENTES MENTAIS CRÓNICOS INSTITUCIONALIZADOS	43
1. Preço	44
2. Faturação	44
3. Pagamento	44
XV – PROGRAMA PARA MELHORIA DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFERTILIDADE	45
1. Preço	47
2. Faturação	47

XVI – BANCO DE GÂMETAS.....	48
1. Preço.....	48
2. Faturação	49
XVII – PROGRAMA PARA A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS	49
XVII - PROGRAMA “NOTÍCIA DE NASCIMENTO”	50
XIX – PROGRAMA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE (PTCO).....	50
1. Preço.....	53
2. Faturação	53
XX – TRATAMENTO DE DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR	54
1. Preço.....	54
2. Faturação	55
XXI – TRATAMENTO DE DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA EM TERAPÊUTICA MODIFICADORA.....	56
1. Preço.....	56
2. Faturação	57
XXII – TRATAMENTO DE NOVOS DOENTES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA (CÓLON E RETO, MAMA, COLO DO ÚTERO, PRÓSTATA, PULMÃO E MIELOMA)	57
1. Preço.....	58
2. Faturação	60
XXIII – PROGRAMA APOIO HOSPITALAR AOS RASTREIOS BASE POPULACIONAL: COLO DO ÚTERO E CÓLON E RETO.....	61
1. Preço.....	61
2. Faturação	62
XXIV – PROGRAMAS DE TELEMONITORIZAÇÃO	62
1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (PPT-DPOC)	63
Preço	63

Faturação	63
2. STATUS PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (PPT-EAM)	65
2.1. Preço	65
2.2. Faturação	66
3. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA (PPT- ICC)	67
3.1. Preço	68
3.2. Faturação	68
XXV – PROGRAMA PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES COCLEARES	69
1. Preço.....	70
2. Faturação	70
XXVI – PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES COM DISPOSITIVOS PSCI	71
1. Preço.....	72
2. Faturação	73
XXVII - PROGRAMA DE TRATAMENTO AMBULATORIO DE PESSOAS PORTADORAS DE INFEÇÃO PELO VÍRUS HEPATITE C.....	75
1. Preço.....	75
2. Faturação	76
XXVIII – PROGRAMA PARA TRATAMENTO DE DOENTES COM POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR EM ESTÁDIO 1	76
1. Preço.....	76
2. Faturação	76
XXIX - PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES PORTADORES DE DOENÇAS LISOSSOMAS DE SOBRECARGA	77
1. Preço.....	78
2. Faturação	79
XXX – CENTROS DE REFERÊNCIA.....	80

1. Preço.....	82
2. Faturação	83
XXXI – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CENTROS DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA (CRI)	83
XXXII – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A DOENTES EM SEGUIMENTO POR EQUIPAS ESPECÍFICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS	84
1. Preço.....	85
2. Faturação	86
XXXIII – CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	86
1. Serviço domiciliário	86
2. Hospitalização domiciliária	87
3. Preço.....	88
4. Faturação	88
XXXIV – LAR (IPO)	90
1. Preço.....	90
2. Faturação	90
XXXV – CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA EXECUÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE SAÚDE REALIZADAS AO ABRIGO DO CONTRATO-PROGRAMA.....	90
XXXVI – OUTROS PAGAMENTOS	92
1. Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório (consulta e hospital de dia)....	92
1.1. Preço	92
1.2. Faturação.....	92
2. Internato médico.....	92
2.1. Preço	93
2.2. Faturação	93
3. Programa de promoção de investigação e desenvolvimento (I&D)	93

3.1. Preço	94
3.2. Faturação	94
4. Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)	94
4.1. Preço	95
4.2. Faturação	95
5. Programa de Incentivo à Integração de Cuidados (PIIC).....	96
5.1. Preço	96
5.2. Faturação	96
XXXVII – REMUNERAÇÃO	96
1. Remuneração da produção contratada	97
2. Remuneração da produção marginal	97
3. Custos de contexto	98
4. Incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência	98
5. Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina..	98
4. Regras especiais de Financiamento no âmbito dos contratos-programa do SNS	100
5. Programas específicos de realização de prestação de saúde	100
XXXVIII – FATURAÇÃO	101
1. Identificação dos utentes e terceiros pagadores	101
2. Identificação da Entidade Financeira Responsável	102
3. Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais Saúde, EPE.....	103
3.1. Hospitais e Centros Hospitalares, EPE	103
3.2. Unidades Locais de Saúde, EPE.....	105
3.3. Hospitais e Centros Hospitalares SPA	107
1. Uniformização da nomenclatura dos serviços clínicos.....	107
2. Processo de validação da produção	107

3. Emissão de faturas e ficheiros justificativos.....	108
4. Obrigações de reporte	109
XXXIX – PENALIDADES	111
XL – ACERTO FINAL DO CONTRATO.....	114
XLI – PAGAMENTOS	115
ANEXO I – MEDICAMENTOS DE DISPENSA EM FARMÁCIA HOSPITALAR, DE CEDÊNCIA GRATUITA EM AMBULATÓRIO E DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA INSTITUIÇÃO	116
ANEXO II – PAGAMENTO DA PRODUÇÃO CONTRATADA E PRODUÇÃO MARGINAL	121
ANEXO III-A – CONTEÚDO DA FATURA (Hospitais EPE).....	127
ANEXO III-B – CONTEÚDO DA FATURA (Unidades Locais Saúde, EPE).....	128
ANEXO IV – LINHAS DE PRODUÇÃO	129
ANEXO V – TABELA DE PREÇOS 2020 e 2021.....	137
ANEXO VI – CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA.....	142
ANEXO VII – INFORMAÇÃO EM FORMATO DIGITAL A ENVIAR À ACSS (HOSPITAIS COM e SEM SI – SONHO)	236
ANEXO VIII – TABELAS DE REFERÊNCIA	256

I – INTERNAMENTO

1. Doente internado

Entende-se por doente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupa cama, ou berço de neonatologia ou pediatria, para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

Para efeitos de faturação, e para doentes que não cheguem a permanecer 24 horas internados, apenas serão considerados os doentes saídos contra parecer médico ou por óbito.

Todos os episódios de internamento programado nos quais foi realizada uma cirurgia programada encontram-se abrangidos pelo SIGA/SIGIC, respeitando as regras definidas por este sistema no Regulamento em vigor, publicado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro e Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, alterada pela Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro.

2. Tempo de internamento

Entende-se por tempo de internamento o total de dias utilizados por todos os doentes internados nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde num período de referência, excetuando os dias da alta desse estabelecimento de saúde.

Não se incluem os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência.

Para efeitos de classificação dos doentes em grupos de diagnósticos homogéneos e de faturação, incluem-se na contagem do tempo de internamento os dias decorridos desde a admissão no serviço de urgência, bem como os dias de estada em berçário.

Caso o doente permaneça menos de 24 horas num serviço de internamento (não perfazendo por isso o tempo necessário para ser considerado um episódio de internamento), o tempo que decorre desde a admissão à urgência até à admissão ao internamento não é cumulável ao tempo de estada em internamento.

3. Grupos de Diagnósticos Homogéneos

Os diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros atos médicos relevantes realizados em episódios de internamento de agudos são codificados de acordo com a ICD-10-CM/PCS, versão em vigor à data da primeira codificação e agrupados em GDH.

O agrupador de GDH em vigor é o *All Patients Refined Diagnosis Related Groups* (APR 31), versão 31.0, desenvolvido nos EUA, sendo obrigatória a utilização deste agrupador para efeitos de classificação de episódios agudos de doença tratados nos hospitais do SNS.

A produção medida em GDH é ajustada por um índice de case-mix único contratado (resultante da produção cirúrgica e da produção médica), atualizado à atividade realizada no ano de 2015.

O preço base a aplicar aos doentes internados classificados em GDH e convertidos em doentes equivalentes é o constante na tabela de preços em vigor para o respetivo ano, sendo aplicado um preço base único para todas as entidades.

O preço do GDH compreende todos os serviços prestados em regime de internamento, quer em enfermaria, quer em unidades de cuidados intensivos, incluindo todos os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria.

A cada episódio só pode corresponder um GDH, desde a data de admissão até à data de alta, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado.

4. Doentes equivalentes

Os episódios de internamento classificados em GDH podem ser normais/típicos ou excecionais (curta duração ou evolução prolongada) em função da variável, tempo de internamento.

São episódios normais ou típicos os que apresentam tempo de internamento superior ao limiar inferior e inferior ao limiar máximo.

São episódios de curta duração os que apresentam tempo de internamento igual ou inferior ao limiar inferior do GDH em que foram classificados.

São episódios de evolução prolongada os episódios que apresentam tempo de internamento igual ou superior ao limiar máximo do respetivo GDH.

Os limiares inferior e máximo definem, para cada GDH, o intervalo de normalidade em termos de tempo de internamento e calculam-se de acordo com os intervalos interquartis das respetivas distribuições.

Os episódios de internamento classificados em GDH são convertidos em doentes equivalentes tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH.

Assim, os doentes equivalentes, num dado GDH, correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de curta duração e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respetivo GDH.

Concretizando:

- a) Num episódio típico ou normal um doente saído corresponde a um doente equivalente.

b) Para converter os episódios de curta duração em conjuntos equivalentes aos episódios normais aplicam-se as seguintes fórmulas de cálculo:

i. Episódio de curta duração em GDH com preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \text{Peso ambulatório} + \frac{(1 - \text{peso ambulatório})}{(Li + 1)} * Ti$$

ii. Episódio de curta duração em GDH cirúrgicos sem preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \text{Peso 1º dia} + \frac{1 - \text{peso 1º dia}}{Li} * (Ti - 1)$$

iii. Episódio de curta duração em GDH médicos sem preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \frac{1}{Li + 1} * Ti$$

Sendo:

Li = Limiar inferior do GDHi

Ti = Tempo de internamento

Peso ambulatório = Preço de Ambulatório/Preço de Internamento

Peso 1º dia = Preço do 1º dia para GDH cirúrgicos/Preço de Internamento

c) Num episódio de evolução prolongada um doente saído corresponde a um doente equivalente.

5. Doentes internados com menos de 24 horas

Os doentes internados com menos de 24 horas, saídos contra parecer médico ou por óbito são considerados, para efeitos de cálculo dos doentes equivalentes, como doentes de curta duração.

Nestes casos, o tempo de internamento considerado é de um dia, independentemente do doente ter sido admitido pelo serviço de urgência.

Os doentes internados com menos de 24 horas, transferidos do internamento para outro estabelecimento de saúde não são considerados no cálculo dos doentes equivalentes.

As demais situações de doentes internados com menos de 24 horas não são consideradas para o cálculo de doentes equivalentes.

6. Transferências de doentes internados

As instituições hospitalares obrigam-se a identificar, no Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar (SIMH), todas as transferências dos doentes, registando a unidade de proveniência e a de destino e ainda o motivo da transferência.

As transferências de doentes internados, entre unidades hospitalares integradas num Centro Hospitalar, são consideradas transferências internas, havendo apenas lugar à faturação de um episódio resultante no GDH correspondente a todos os procedimentos efetuados, desde a data de admissão até à data de alta.

Os episódios de doentes internados que são transferidos para outros hospitais do SNS são convertidos para equivalentes de acordo com as normas acima descritas. Contudo, nas situações em que o doente é transferido por inexistência de recursos, o episódio não pode exceder 0,5 doente equivalente.

O hospital que recebe o doente transferido para tratamento do quadro clínico que levou ao seu internamento classifica o episódio no GDH correspondente aos cuidados prestados.

7. Índice de Case-Mix

O índice de case-mix (ICM) é um coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da complexidade da sua casuística.

O ICM define-se como o rácio entre o número de doentes equivalentes de cada GDH, ponderados pelos respetivos pesos relativos, e o número total de doentes equivalentes do hospital.

O peso relativo de um GDH é o coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional o qual representa, por definição, um peso relativo de 1.0.

O ICM nacional é, por definição igual a 1, pelo que o ICM de cada Unidade de Saúde afastar-se-á desse valor de referência consoante a unidade de saúde trate uma proporção maior ou menor de doentes agrupados em GDH de elevado peso relativo face ao padrão nacional.

O ICM é apurado da seguinte forma:

$$\text{ICM Internamento Hospital } i = \frac{\sum (\text{doentes equivalentes GDHiSevi} \times \text{peso relativo GDH } i)}{\sum \text{Doentes equivalentes GDH } i}$$

8. Reinternamento

Nas situações de reinternamento do doente na mesma unidade de saúde, num período de setenta e duas horas a contar da alta, só há lugar ao pagamento do GDH do último internamento.

Excetua-se do disposto no número anterior:

- a) As situações em que o episódio de internamento subsequente não está clinicamente relacionado com o anterior, desde que assim demonstrado pela entidade prestadora, e as situações do foro oncológico;
- b) As situações em que o internamento subsequente ocorre após saída contra parecer médico;
- c) As situações em que o doente foi transferido para realização de tratamento adequado à sua situação de saúde (por exemplo, realização de exame, etc), seguindo-se o tratamento no hospital de origem².

9. Internamento com admissão pela Urgência

O tempo de internamento dos episódios com admissão pela urgência conta-se desde o momento da admissão na urgência. Estes episódios dão lugar apenas à faturação dos respetivos episódios de internamento.

Caso o doente permaneça menos de 24 horas num serviço de internamento (não perfazendo por isso o tempo necessário para ser considerado um episódio de internamento), o tempo que decorre desde a admissão à urgência até à admissão ao internamento não é cumulável ao tempo de estada em internamento.

Nestes termos, as horas que o doente permanece no serviço de urgência não podem ser contabilizadas para alcançar um período de internamento de 24 horas, perfazendo desta forma o tempo necessário para ser considerado como episódio de internamento.

10. Psiquiatria

No caso de doentes internados em serviços ou departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental deve observar-se o seguinte:

- a) Os episódios agudos são classificados em GDH e considerados para efeitos de cálculo dos doentes equivalentes, segundo os respetivos tempos de internamento;
- b) As restantes situações são pagas por diária.

11. Medicina Física e de Reabilitação

Nas situações de transferência, dentro da mesma unidade de saúde, para um serviço/unidade de Medicina Física e de Reabilitação oficialmente reconhecida, deve observar-se o seguinte:

- a) Até à transferência para o serviço/unidade de Medicina Física e de Reabilitação, os episódios são classificados em GDH e considerados para efeitos de cálculo dos doentes equivalentes de acordo com o respetivo tempo de internamento;

² Circular Normativa n.º 16/2015/DPS/ACSS, de 15 outubro

b) Os dias de internamento no serviço/unidade de Medicina Física e de Reabilitação são pagos por diária.

12. Doentes Crónicos Ventilados Permanentemente

Apenas são considerados os episódios de internamento de doentes crónicos que necessitem de ventilação permanente e consecutiva por tempo de internamento superior a 126 dias.

O pagamento da assistência prestada aos doentes crónicos ventilados permanentemente é efetuado por diária, desde a admissão do doente, sempre que cumpra o critério acima mencionado.

13. Diária de Internamento de Doentes Crónicos

A diária de internamento dos doentes crónicos inclui todos os serviços prestados, designadamente cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e hotelaria.

14. Doentes Privados

Os episódios de doentes beneficiários do SNS decorrentes do exercício da medicina privada são obrigatoriamente identificados no SIMH ou aplicativo sucedâneo com o tipo de admissão 5 (Medicina Privada). Os utentes que escolham este regime de prestação de cuidados são responsáveis pelo pagamento dos encargos decorrentes da assistência prestada, devendo a faturação ser emitida em seu nome.

15. Preço

Internamento Programado Médico e Cirúrgico	Preço
Preço base	2 759,00 €
Internamento Programado de Doentes Crónicos	Preço
Psiquiatria	43 € ⁽¹⁾
Crónicos Ventilados	256,00 €
Medicina Física e Reabilitação	215,00 €
MFR - Centros Especializados de Reabilitação	294,00 €
Hansen	75,00 €
Psiquiatria - Reabilitação Psicossocial	43,00 €

⁽¹⁾ Para as instituições HML, CHUC e CHPL, com superior complexidade de Doentes Crónicos, o preço é de 75€

O preço praticado para o internamento cirúrgico urgente corresponde a 95% do preço base do internamento programado.

16. Faturação

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, com os seguintes códigos:

- Internamento Programado GDH Médicos (d. equiv.) - (INT 8)
- Internamento Programado GDH Cirúrgicos (d. equiv.) - (INT 7)

- Internamento Urgente GDH Cirúrgicos (d. equiv.) - (INT 6)
- Dias em Psiquiatria Crónica - (INT 3)
- Dias Crónicos Ventilados - (INT 4)
- Dias em Medicina Física e Reabilitação - (INT 2)
- Dias de Internamento - Centros Especializados de Reabilitação - (INT 14)
- Dias de Doentes de Hansen - (INT 9)
- Psiquiatria (Reabilitação Psicossocial) - (INT 11)

Para as linhas de atividade de internamento de doentes agudos e crónicos, as ARS poderão fazer variar o preço base até 5%.

II – EPISÓDIOS DE AMBULATÓRIO

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

A cada episódio, no mesmo dia, e com o mesmo objetivo terapêutico e/ou de diagnóstico, só pode corresponder um GDH, independentemente do número de procedimentos realizados, não sendo permitido o registo de episódios diferentes para cada procedimento realizado na mesma especialidade no mesmo dia (no período de 24 horas), excepcionando-se os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com a inserção de dispositivo de acesso vascular totalmente implantável (VAD).

A observação clínica no âmbito do episódio de ambulatório médico ou cirúrgico não poderá dar lugar a faturação de um episódio de consulta, ou de qualquer outra linha de atividade, em simultâneo com o episódio de ambulatório.

1. Episódios cirúrgicos

Entende-se por cirurgia de ambulatório uma cirurgia programada que embora habitualmente efetuada em regime de internamento é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica.

Entende-se por cirurgia um ou mais atos cirúrgicos, realizados sob anestesia geral, loco-regional ou local, com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado (s) por médico-cirurgião em sala operatória.

As cirurgias de ambulatório são classificadas em GDH e são pagas as que apresentem preço nos termos do Regulamento e respetivos anexos da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano.

2. Episódios médicos

Para efeitos de classificação em GDH e respetiva faturação, só são faturados os episódios, classificados em GDH médicos, que apresentem preço para ambulatório e cujos procedimentos efetuados constem da lista de procedimentos do Regulamento da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano.

3. Índice de Case-Mix

Os ICM de ambulatório (quer cirúrgico quer médico) resultam dos episódios classificados em GDH com preço para ambulatório (e, no caso do ICM de ambulatório médico, com procedimentos do Regulamento da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano), ponderados pelos respetivos pesos relativos e o número total de episódios de ambulatório classificados em GDH.

$$\text{ICM AMB CIRÚRGICO HOSPITALI} = \frac{\sum (\text{episódios GDHiSevi Amb cirúrgico} \times \text{peso relativo GDHi Amb cirúrgico})}{\sum \text{episódios GDHi Amb cirúrgico}}$$

$$\text{ICM AMB MÉDICO HOSPITALI} = \frac{\sum (\text{episódios GDHiSevi Amb médico} \times \text{peso relativo GDHi Amb médico})}{\sum \text{episódios GDHi Amb médico}}$$

4. Preço

Ambulatório Médico e Cirúrgico	Preço
Preço base	2 759,00 €

O preço do GDH de ambulatório compreende todos os serviços prestados, incluindo os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria.

5. Faturação

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, com os seguintes códigos:

- Ambulatório Médico - (AMB 1)

- Ambulatório Cirúrgico - (BLO 1)

Para as linhas de atividade de ambulatório médico e cirúrgico, as ARS poderão variar o preço base até 5%.

6. Episódio de ambulatório seguido de internamento

Quando, após a realização de intervenção cirúrgica ou de procedimento contemplado para GDH médico de ambulatório, se justifique o internamento do doente, por complicações no decurso dos mesmos ou no período de recobro, o regime de internamento substitui o de ambulatório, havendo lugar à faturação do GDH correspondente a todos os procedimentos efetuados.

7. Internamento por complicações

Quando o doente tiver sido internado por complicações, nas vinte e quatro horas posteriores à alta, não há lugar a pagamento do episódio de ambulatório, faturando-se apenas o GDH correspondente aos procedimentos efetuados no episódio de internamento. Caso o internamento subsequente não decorra de complicações, cabe ao hospital demonstrá-lo.

8. Episódios de internamento seguidos de consulta, GDH médico ou cirúrgico de ambulatório, hospital de dia e urgência

Quando, após a alta de internamento se verifique no mesmo dia a realização de um episódio de consulta, procedimento contemplado em GDH médico ou cirúrgico de ambulatório e hospital de dia, há apenas lugar à faturação do GDH do internamento.

Apenas podem ser faturados episódios de urgência ocorridos no mesmo dia após a alta do internamento do doente.

III – ATIVIDADE CIRÚRGICA TRANSFERIDA

No âmbito da contratação da atividade cirúrgica transferida mantêm-se, em 2020 e 2021, as medidas que visam aumentar a capacidade de resposta cirúrgica no âmbito das instituições do SNS, nomeadamente o Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica dentro do SNS³, no âmbito da Gestão Partilhada dos Recursos no SNS, a par com a responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados.

Neste sentido, e uma vez que esta produção se rege por regras próprias, constituindo-se como proveito extra-contrato dos hospitais do SNS que recebem estas transferências (hospitais de destino - HD), não havendo, desta forma, lugar a faturação ao abrigo do Contrato-Programa do HD, devem ser cumpridos os procedimentos emanados através das Circulares Normativa n.º 12/2016, de 19 maio, Informativa n.º 4/2017, de 6 fevereiro, Informativa n.º

³ Despacho n.º 49/2016, de 19 de maio e Circular Normativa n.º 12/2016 de 19 de maio

10/2017, de 8 de maio, Normativa n.º 16/2018, de 17 de agosto, e as orientações especificadas pelas Linhas Diretas n.º 2, de 31 de janeiro de 2019, LD n.º 4, de 3 de abril de 2019, LD n.º 5, de 8 de maio de 2019 e LD n.º 6 de 28 de maio de 2019, LD n.º 7 de 30 de outubro de 2019, LD n.º 3 de 16 de julho de 2020 e outros normativos que lhes sucedam.

1. Preço

O preço a pagar pelo hospital de origem (HO) pela atividade cirúrgica transferida para outra entidade do SNS ou convencionada é determinado pelo valor constante da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, alterada pela Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro, que define aprova os regulamentos e as tabelas de preços a praticar no âmbito do SNS.

IV – CONSULTA EXTERNA

1. Consulta médica

Por consulta médica entende-se ato em saúde no qual o médico avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde.

A consulta pressupõe um registo que contenha a identificação da pessoa, a data e a hora, os profissionais envolvidos e as ações tomadas.

Só podem ser objeto de faturação as consultas médicas que tenham dado lugar a registo clínico e administrativo.

Para 2020 e 2021 estará em plena aplicação o princípio de LAC dos utentes no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, referenciada pelos cuidados primários, introduzido pelo Despacho n.º 5911-B/2016, o qual possibilita que o utente, em conjunto com o médico de família responsável pela referenciação, possa optar por qualquer unidade hospitalar do SNS para realização de uma consulta de especialidade hospitalar.

2. Primeira consulta

Consulta médica em que o indivíduo é examinado pela primeira vez numa determinada especialidade em medicina, no âmbito de um episódio clínico.

Ao fim de dois anos após o último contacto do doente com o serviço/unidade e na ausência de alta clínica do episódio clínico, assume-se que há alta administrativa.

3. Consulta subsequente

Consulta médica realizada num hospital para verificação da evolução do estado de saúde do doente, prescrição terapêutica e/ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio clínico.

Ao fim de dois anos após o último contacto do doente com o serviço/unidade e na ausência de alta clínica do episódio clínico, assume-se que há alta administrativa.

Em Psiquiatria, sempre que o doente regressa à consulta num intervalo de tempo inferior a 180 dias, mesmo que tenha tido alta clínica, a consulta deve ser considerada de seguimento.

4. Consulta médica sem a presença do utente

Consulta médica em que o utente não está fisicamente presente, que pode resultar no aconselhamento, prescrição ou encaminhamento para outro serviço, podendo estar associada a várias formas de comunicação.

É imprescindível assegurar o consentimento informado do utente, cópia dos documentos enviados ao utente e registo escrito da consulta. O registo desta consulta deve ser feito de forma separada da consulta com a presença do utente.

Com particular relevância para esta linha, reforça-se que não são aplicáveis critérios de acesso com base na área de residência do utente na realização de consultas sem presença de utente, uma vez que se pretende potenciar a resposta a situações de listas de espera, em particular situações de rastreio, nomeadamente do telerastreio dermatológico ou do rastreio da retinopatia diabética.

5. Teleconsulta

Consulta médica, no âmbito da telemedicina, realizada à distância com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados (inclui videochamada, telefone móvel ou fixo, correio eletrónico e outros meios digitais), com registo opcional no equipamento e obrigatório no processo clínico do utente.

Considerando a Portaria que regulamenta a tabela de preços do SNS e a norma da DGS n.º 010/2015 de 15/06/2015 que define o modelo de funcionamento das teleconsultas, importa distinguir os seguintes conceitos:

Teleconsulta em tempo diferido: consulta médica fornecida de forma assíncrona por um ou vários profissionais de saúde, na qual são recolhidos dados, pelo utente ou na sua presença, para uma entidade recetora que os avaliará e opinará em momento posterior.

- Instituição que realiza a consulta com o utente para recolha da informação que irá ser analisada por um médico noutra instituição: regista uma consulta de telemedicina em tempo diferido com presença de utente;
- Instituição que realiza a consulta para análise da informação recolhida: regista uma consulta de telemedicina em tempo diferido sem presença de utente.

Teleconsulta em tempo real: consulta médica fornecida de forma síncrona por um ou vários profissionais de saúde.

- Instituição que realiza a consulta com o utente para ser consultado por um médico noutra instituição: regista uma teleconsulta em tempo real com presença de utente;
- Instituição que disponibiliza o médico que consulta o doente que se encontra noutra instituição: regista uma teleconsulta em tempo real sem presença de utente.

Teleconsulta não programada (apenas aplicável a teleconsultas em tempo real)

- Instituição que realiza a consulta com o utente para ser consultado por um médico noutra instituição: regista uma teleconsulta não programada com presença de utente;
- Instituição que disponibiliza o médico que consulta o doente que se encontra noutra instituição: regista uma teleconsulta não programada sem presença de utente.

Para efeitos de faturação, todas as teleconsultas em tempo real são faturáveis nas linhas de produção Primeiras Consultas – Telemedicina e Consultas Subsequentes – Telemedicina.

As teleconsultas em tempo diferido são faturáveis nas linhas de produção Primeiras Consultas e Consultas Subsequentes (com exceção das teleconsultas sem presença de utente em tempo diferido que se enquadrem na linha de produção de Consultas referenciadas dos cuidados de saúde primários via SI CTH).

As teleconsultas não programadas sem presença de utente (em tempo real) são faturáveis nas linhas de produção de Primeiras Consultas – Telemedicina ou Consultas Subsequentes – Telemedicina.

As teleconsultas não programadas com presença de utente não têm, por si só, enquadramento como linha de produção, uma vez que se enquadra num episódio de urgência.

Para efeitos de cobrança de taxas moderadoras, aplica-se a regra de apenas ser cobrado a taxa decorrente do primeiro ponto de contato do utente.

6. Pequena cirurgia⁴

Cirurgia que, embora executada em condições de segurança e assepsia e com recurso a anestesia local, dispensa a sua realização numa sala de bloco operatório, o apoio direto de um ajudante, a monitorização anestésica e a estadia em recobro, tendo alta imediata após a intervenção.

Inclui-se a lesão com menos de 3 cm depois de formolizada e os tecidos circundantes, em caso de exérese de lesão da pele, com exceção de tumores malignos.

Uma situação de cirurgia que dispense qualquer um dos recursos acima previstos (bloco operatório, ajudante, monitorização ou estadia em recobro) é considerada pequena cirurgia, não sendo susceptível de inscrição em LIC, de registo de Cirurgia Segura e de codificação clínica.

O utente que seja portador de uma patologia elegível para um procedimento de Pequena Cirurgia, pode ser primeiramente avaliado numa Consulta Externa, onde será feito o registo clínico da situação, garantida a elaboração de um consentimento informado e agendada a pequena cirurgia (sem que seja inscrito em LIC), a efetuar em sala técnica apropriada.

O espaço físico e estrutural onde é realizado o procedimento de Pequena Cirurgia é da responsabilidade de cada Unidade Hospitalar, devendo ser realizado preferencialmente em Sala própria de Pequena Cirurgia ou Gabinete de Consulta devidamente equipado para o efeito.

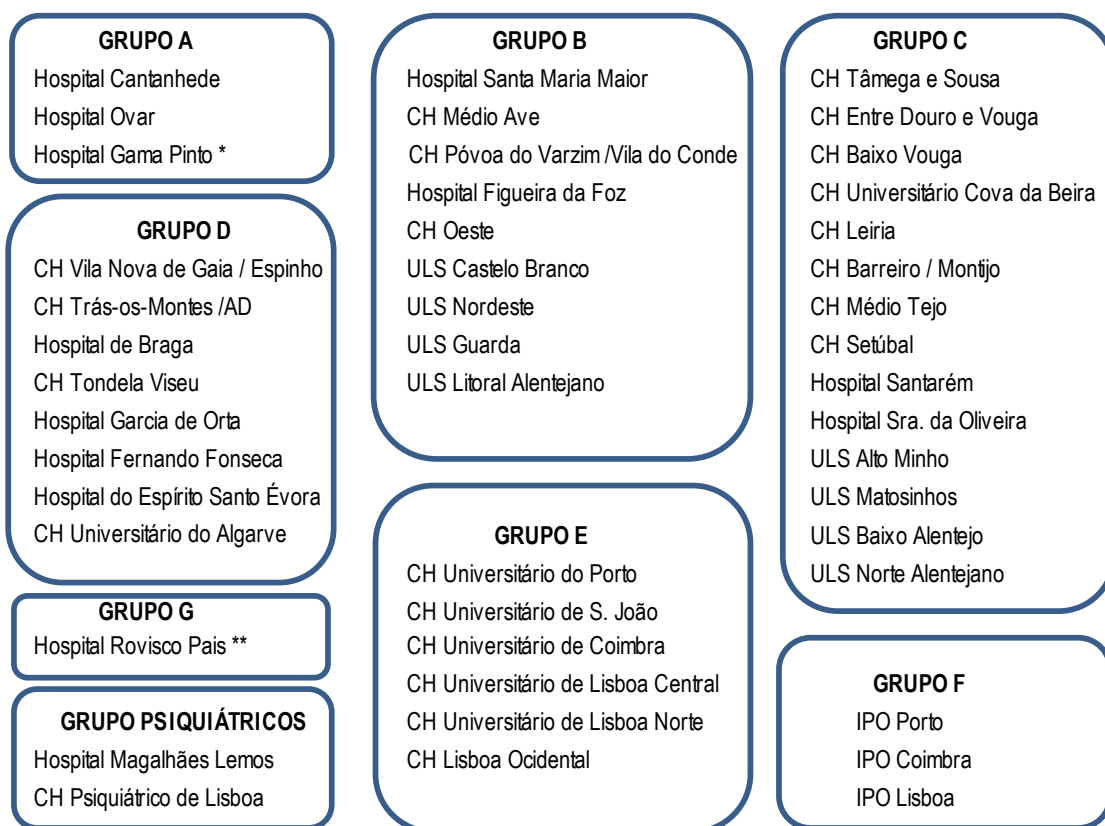
7. Preço

O preço da consulta inclui os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com exceção dos medicamentos prescritos na instituição e fornecidos na farmácia comunitária e dos medicamentos de cedência gratuita no ambulatório hospitalar da responsabilidade financeira do hospital.

A atividade realizada em consulta externa está dependente da complexidade de serviços prestada por cada instituição. Assim, com o objetivo de aproximar o preço praticado aos diferentes custos incorridos por cada uma das instituições, dada a sua heterogénea tipologia de serviços, as entidades hospitalares são agrupadas em seis grupos de financiamento. É considerado ainda um grupo de financiamento extraordinário para os hospitais psiquiátricos.

São determinados os seguintes grupos:

⁴ Circular Normativa n.º 32/2014, de 22 de dezembro



*O Instituto Gama Pinto é um hospital especializado na área da Oftalmologia.

**O CMR Rovisco Pais é um hospital especializado na área da Reabilitação. Os preços do Grupo G aplicam-se apenas à atividade de ambulatório de Medicina Física e Reabilitação, realizada nos centros especializados de reabilitação integrados no CHUA e no CHVNGE

O Índice de Consultas Subsequentes apresenta-se como promotor de eficiência e indutor da implementação de práticas clínicas compatíveis com o acompanhamento dos doentes no nível de cuidados mais adequado. A aplicação deste índice resulta na inibição de faturação de consultas subsequentes que impliquem a sua ultrapassagem.

O valor definido para cada um dos grupos hospitalares resulta da mediana dos valores médios registados na relação entre consultas subsequentes e primeiras consultas nos últimos 5 anos, nomeadamente:

Para o ano de 2020

Consultas Subsequentes / Primeiras Consultas	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	Grupo F
- C/ Base nos valores médios dos últimos 5 anos* -						
Valor do 2º Quartil (Mediana)	1,18	2,01	2,2	2,37	2,94	4,45
Valor do 1º Quartil (Eficiente)	1,15	1,98	1,78	2,31	2,86	3,36

* 2014 a 2018

Para o ano de 2021⁵

Consultas Subsequentes / Primeiras Consultas	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	Grupo F
- C/ Base nos valores médios dos últimos 5 anos** -						
Valor do 2º Quartil (Mediana)	1,32	2,09	2,19	2,36	2,87	4,44
Valor do 1º Quartil (Eficiente)	1,21	1,87	1,76	2,30	2,82	3,37

** 2015 a 2019

O Índice de Consultas Subsequentes não é aplicado ao Grupo F, para os anos de 2020 e 2021, devido às elevadas taxas de variação anual e disparidade de valores entre Hospitais do Grupo.

Consultas Externas	Preço
Grupo A	39,00 €
Grupo B	42,00 €
Grupo C	46,00 €
Grupo D	72,00 €
Grupo E	75,00 €
Grupo F	112,00 €
Grupo G*	117,00 €
Grupo Psiquiátricos	104,00 €

8. Faturação

De acordo com a metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos para o contrato-programa do corrente ano, o preço a pagar pelas primeiras consultas e pelas consultas subsequentes é o mesmo, tendo em consideração o preço de referência para cada grupo.

Para as linhas de atividade de consulta externa, as ARS poderão variar o preço base até 5%.

No entanto, a faturação das linhas de consulta irá incorporar critérios de valorização no sentido de incentivar o acesso a determinados tipos de consultas, nomeadamente:

- **Consultas referenciadas dos cuidados de saúde primários via SI CTH**

Consulta médica resultante de um registo de referenciação proveniente dos cuidados de saúde primários, via sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas, para uma instituição hospitalar.

- **Teleconsultas com presença de utente em tempo real**

⁵ Altera e substitui o índice de Consultas Subsequentes veiculado nos Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2021.

Consulta médica com utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com a presença do doente, a qual utiliza estes meios para obter parecer à distância de, pelo menos, outro médico e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente.

- **Consultas na comunidade (saúde mental)**

Esta linha de atividade não só pretende dar cumprimento ao Programa Nacional de Saúde Mental, promovendo a realização de consultas de psiquiatria na comunidade, como também garantir uma resposta mais eficaz e integrada no que se refere à prestação de cuidados a realizar nos estabelecimentos prisionais ou na comunidade, de acordo com o Despacho n.º 6542/2017 de 28 de julho.

- **Consultas hospitalares descentralizadas**

Consultas médicas de especialidade hospitalares nos cuidados de saúde primários, nos serviços prisionais ou em associações de solidariedade social (como a oftalmologia, a obstetrícia, a pediatria, a ginecologia, a medicina física e de reabilitação e a infeciologia, entre outras) tratando-se de mais uma solução para aumentar acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde e incentiva a articulação entre as instituições do SNS, promovendo a proximidade aos utentes e a continuidade dos cuidados.

Ao valor definido para as linhas de Primeira Consulta e Consulta Subsequente, haverá lugar a uma majoração de 10% para as quatro tipologias de consultas suprarreferidas no ano de 2020. Para o ano de 2021, especificamente para a tipologia de consultas descentralizadas, haverá lugar a uma majoração de 20%, mandendo-se a majoração de 10% para as restantes tipologias.

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, com os seguintes códigos:

- Primeiras consultas médicas - (CON 4)
- Consultas médicas subsequentes - (CON 5)
- Primeiras consultas médicas referenciadas dos cuidados de saúde primários via SI CTH - (CON 10)
- Primeiras consultas médicas por Telemedicina - (CON 11)
- Consultas médicas subsequentes por Telemedicina - (CON 12)
- Primeiras consultas médicas de saúde mental na comunidade - (CON 13)
- Consultas médicas subsequentes de saúde mental na comunidade - (CON 14)
- Primeiras consultas médicas descentralizadas nos CSP e SP - (CON 15)
- Consultas médicas subsequentes descentralizadas nos CSP e SP - (CON 16)

Relativamente aos episódios de consulta não programados (sem agendamento), e uma vez que constituem atividade de particular relevância no enquadramento atual de prestação de cuidados, consideram-se elegíveis como atividade enquadrável nas linhas de produção Primeiras Consultas e Consultas Subsequentes.

No que se refere à faturação da atividade de ambulatório realizada pelos Centros Especializados de Reabilitação, efetuar-se-á, mensalmente, com o código Episódios de Ambulatório – Centros Especializados de Reabilitação (CON 17), detalhando os MCDT que decorreram das mesmas. Apenas consultas com o mínimo de 3 MCDT específicos da Tabela de Medicina Física e de Reabilitação serão elegíveis para faturação (tabela 14 do Anexo VIII).

A produção que se enquadra nos critérios de Pequena Cirurgia, de acordo com a Circular Normativa n.º 32/2014, de 22 de dezembro, é faturada no âmbito deste capítulo.

As consultas relativas a procedimentos não contemplados na tabela de GDH médicos de ambulatório do Anexo II do Regulamento da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano ou que gerem GDH médicos de ambulatório sem preço para ambulatório, serão faturadas nas linhas de atividade prevista no âmbito deste capítulo.

9. Episódios de consulta seguidos de internamento

Podem ser objeto de faturação, as consultas que derem origem a um episódio de internamento.

V – URGÊNCIA

1. Atendimento em urgência

Por atendimento em urgência entende-se o ato de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em centros de saúde ou hospitais, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde. Este atendimento pode incluir a permanência em SO, para observação, até 24 horas.

Apenas são objeto de faturação os atendimentos em urgência realizados pela unidade de saúde, com alta para o exterior ou com alta para o internamento desde que o doente não permaneça no serviço de internamento 24 horas, que tenham dado lugar a registo clínico e administrativo.

Caso ocorra um segundo episódio de urgência, no período de 24h após a alta do primeiro episódio de urgência e pela mesma causa médica, só haverá lugar ao pagamento de um episódio de urgência, com a exceção de episódios com alta contra parecer médico.

2. Preço

O preço da urgência pago no âmbito dos contratos-programa de 2020 e 2021 inclui os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com exceção dos medicamentos prescritos na instituição e fornecidos na farmácia comunitária.

As urgências especializadas e não abertas ao exterior são faturadas ao preço da consulta constante da tabela de preços do grupo a que a unidade de saúde pertence.

O preço a pagar pela linha de Urgência é determinado pela tipologia de cuidados (urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica) e será efetuado de acordo com três componentes:

- Componente de valor fixo, em função da disponibilidade de serviço em cada uma das três tipologias de urgência;
- Componente de valor em função do desempenho, aferido através de indicadores de acesso e qualidade assistencial no Serviço de Urgência;
- Componente de valor variável, em função da atividade marginal e imprevista que seja necessária.

Assim, os preços a pagar em 2020 e 2021 são os seguintes:

Tipologia de Serviço de Urgência	Volume de Atividade Médio Expectável	Financiamento Disponibilidade de serviço (Índice Máximo = 1) *	Preço componente variável (preço marginal)
Serviço de Urgência Básica	35.000 Episódios	1 470 000,00 €	1,00 €
Serviço de Urgência Médico-cirúrgica	100.000 Episódios	5 220 000,00 €	5,00 €
Serviço de Urgência Polivalente	170.000 Episódios	17 750 000,00 €	10,00 €

* 5% do montante correspondente à disponibilidade de serviço de urgência fica dependente da avaliação de indicadores, efetuada através do Índice de Desempenho do Serviço de Urgência.

3. Faturação

Para as instituições com mais que uma tipologia de cuidados de urgência, e no caso de transferência do utente, apenas o episódio mais diferenciado pode ser faturado.

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á com os seguintes códigos:

- Urgência Básica - (URG 2)
- Urgência Médico-cirúrgica - (URG 3)
- Urgência Polivalente - (URG 4)
- Componente fixa de disponibilidade do serviço Urgência Básica - (PRE 70)
- Componente fixa de disponibilidade do serviço Urgência Médico-cirúrgica - (PRE 71)
- Componente fixa de disponibilidade do serviço Urgência Polivalente - (PRE 72)

O valor de disponibilidade de serviço contratado para cada tipologia de urgência, com exceção da percentagem afeta à avaliação do Índice de Desempenho do Serviço de Urgência, é faturado de forma integral independentemente da atividade realizada.

VI – MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Os MCDT efetuados pelas instituições não são alvo de faturação no âmbito do Contrato-programa, na medida em que os mesmos se constituem como um ato subsidiário de linhas de atividade remuneradas por episódio no âmbito do Contrato-programa.

Os atos médicos ou de outros profissionais de saúde efetuados no âmbito da realização dos MCDT são parte integrante dos mesmos, não podendo dar origem a faturação específica nas respetivas linhas de atividade que são remuneradas por episódio no âmbito do Contrato-programa.

VII – ECMO

A transplantação de órgãos no dador em paragem cardiocirculatória exige a adoção de medidas de preservação/suporte orgânico o mais precocemente possível, por forma a minimizar os efeitos deletérios da isquemia quente decorrente da paragem circulatória.

A operacionalização de um programa de colheita de órgãos em dador em paragem cardiocirculatória não-controlada pressupõe a existência de recursos técnicos e humanos para a instituição.

Nesta sequência, e considerando - i) a necessidade de aumentar o número de órgãos disponíveis para doação e, consequentemente, o número de transplantes em Portugal; ii) a necessidade de reforçar a coordenação e a rapidez das respostas associadas à ECMO; iii) a convergência estratégica para reforçar a resposta às situações de paragem cardiocirculatória extra-hospitalar e da colheita de órgãos em dadores em paragem cardiocirculatória não-controlada.

Mantém-se a modalidade de pagamento específica para o projeto-piloto de integração de emergência pré-hospitalar com Centro ECMO para assistência à paragem cardiocirculatória extra-hospitalar refratária, o qual envolve os Centros de ECMO do Centro Hospitalário Universitário do São João, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

1. Preço

Com a implementação de Centros de Referência em ECMO, conforme definido nos Despachos n.º 9415/2016, de 14 de julho e n.º 9731/2018, de 17 de outubro, do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, o preço a aplicar a esta atividade é o seguinte:

ECMO	Preço
ECMO - Preço Doente	21.606,00 €

2. Faturação

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, com o seguinte código:

- ECMO - ECM 1

Não há lugar à faturação de qualquer outro episódio em simultâneo com esta linha de produção.

VIII – HOSPITAL DE DIA

1. Hospital de dia

Unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o doente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou de terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas.

São objeto de pagamento as sessões de hospital de dia que apresentem registo da observação clínica, de enfermagem e administrativo.

Não poderá ser contabilizada mais de uma sessão por dia para cada doente, num mesmo hospital de dia. A observação clínica no âmbito do tratamento (sessão) efetuado em hospital de dia, não poderá dar lugar a faturação de um episódio de consulta, ou de qualquer outra linha de atividade, em simultâneo com a sessão hospital de dia.

2. Preço

O preço da sessão inclui os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com exceção dos medicamentos prescritos na instituição e dispensados em farmácia comunitária e dos medicamentos de cedência gratuita no ambulatório hospitalar da responsabilidade financeira do hospital.

O preço a pagar pela linha de Hospital de dia é determinado pelas três diferentes tipologias de hospital de dia (a) sessão de hospital de dia base, (b) sessão de hospital de dia de psiquiatria e unidades sócio ocupacionais e (c) sessão de hospital de dia de Hematologia/ Imunohemoterapia.

3. Faturação

Sessões de Hospital de Dia	Preço
Base	21,00 €
Psiquiatria	32,00 €
Hematologia	309,00 €
Imunohemoterapia	309,00 €
Psiquiatria - Unidades Sócio-Ocupacionais	32,00 €

Todas as sessões de hospital de dia são faturadas ao preço base, com a exceção das sessões de hospital de dia de hematologia e de imunohemoterapia, das sessões de hospital de dia de psiquiatria e unidades socio-ocupacionais, desde que realizado um conjunto mínimo de procedimentos.

▪ Base

As sessões relativas a procedimentos não contemplados na tabela de GDH médicos de ambulatório do Anexo II do Regulamento da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano, ou que gerem GDH médicos de ambulatório sem preço para ambulatório, serão registadas em hospital de dia “outros” e pagas ao preço previsto para “Hospital de dia – Base”.

A terapêutica antineoplásica oral, prescrita e/ou efetuada em hospital de dia, é considerada hospital de dia – Base não sendo passível de faturação, codificação pela ICD-10-CM/PCS ou agrupamento em GDH.

▪ Psiquiatria

Apenas as sessões de hospital de dia, com pelo menos um dos seguintes MCDT registado (tabela de MCDT do Regulamento da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano), serão consideradas passíveis de faturação.

Hospital dia Psiquiatria	
82150	Consulta monitorização de prescrição

82160	Consulta de psiquiatria de seguimento
82190	Entrevista psicológica de seguimento
82200	Psicoterapia individual
82270	Psicoterapia familiar
82320	Sessões psico-educacionais familiares em grupo, por família
82330	Psicoterapia de grupo, por doente
82340	Psicodrama, por doente
82360	Eletroconvulsivoterapia monopolar ou bipolar
82370	Intervenção neuropsicológica
82380	Terapias de mediação corporal individual
82390	Terapias de mediação corporal de grupo, por doente
82400	Terapia ocupacional individual, em Psiquiatria, não especificada
82440	Terapia ocupacional de grupo, em Psiquiatria, por doente

▪ **Hematologia / Imunohemoterapia**

Apenas as sessões de hospital de dia, das especialidades de Hematologia e de Imunohemoterapia, com pelo menos um dos seguintes MCDT registado, serão consideradas passíveis de faturação.

Hospital dia Hematologia / Imunohemoterapia	
55095	Plasmaférese terapêutica
55097	Trombocitaferese
55099	Leucaferese
55101	Eritraferese
55102	Citafereses de Células Progenitoras Hematopoiéticas
55105	Flebotomia terapêutica
55110	Aplicação de uma transfusão de sangue (unidade/sessão)
99020	Fotoforese extra-corporal (sessão)

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, com os seguintes códigos:

- Hospital Dia Base - (HDI 10)
- Hospital Dia Psiquiatria - (HDI 5)
- Hospital Dia Unidades Sócio-Ocupacionais - (HDI 6)

- Hospital Dia Hematologia - (HDI 2)
- Hospital Dia Imuno-Hemoterapia - (HDI 3)

Para as linhas de atividade de hospital de dia, as ARS poderão variar o preço base até 5%.

IX – SESSÕES DE RADIOTERAPIA

Os tratamentos de radioterapia constituem-se como uma linha de atividade independente, sendo o pagamento efetuado através de preços diferenciados para tratamentos simples (nos quais se incluem os tratamentos simples e tratamentos 3D) e complexos (referentes às técnicas especiais, à irradiação corporal e hemicorporal, radioterapia estereotáxica e aos tratamentos IMRT).

No caso de tratamentos plurais (isto é, incidências a mais do que uma região anatómica na mesma sessão), registam-se tantos tratamentos quantas as incidências realizadas. Tratando-se de regiões contíguas não é possível o registo de dois tratamentos. Este apenas pode ocorrer quando se trate de regiões anatómicas diferentes e não contíguas (por exemplo mama e útero).

1. Preço

O preço do tratamento inclui os encargos com os demais atos, designadamente planeamento, simulação e dosimetria.

Sessões de Radioterapia	Preço
Tratamentos simples	110,00 €
Tratamentos complexos	264,00 €

2. Faturação

Para efeitos de faturação consideram-se os códigos de MCDT registados, tantos quantos os tratamentos realizados.

Serão consideradas sessões de tratamento simples, as sessões que tenham registado pelo menos um dos seguintes MCDT:

Radioncologia - Tratamentos simples	
45157	Tratamento simples
45182	Tratamento conformacional 3D

Serão consideradas sessões de tratamento complexas, as sessões que tenham registado pelo menos um dos seguintes MCDT:

Radioncologia - Tratamentos complexos	
45193	Radioterapia estereotáxica fracionada, cada fração
45194	Tratamento – técnicas especiais
45195	Irradiação corporal total e hemicorporal. Inclui o planeamento e a dosimetria
45198	Tratamento IMRT

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, com os seguintes códigos:

- Radioterapia - Tratamentos Simples - (RAD 1)
- Radioterapia - Tratamentos Complexos - (RAD 2)

X – INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ ATÉ ÀS 10 SEMANAS DE GESTAÇÃO (IG)

Os hospitais de apoio perinatal ou de apoio perinatal diferenciado são responsáveis, do ponto de vista financeiro, pelo processo de interrupção da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em regime de ambulatório.

Para a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, devem os hospitais criar uma consulta de especialidade com designação diferenciada das demais, registando todas as consultas realizadas à mulher para efeitos de interrupção da gravidez.

- No caso da interrupção medicamentosa da gravidez até às 10 semanas de gestação, na consulta que corresponder à administração do Mifepristone à mulher (Circular Normativa n.º 9/SR de 21/06/07 da Direção-Geral da Saúde), deve o hospital registar o código 35200 – I.G. medicamentosa em ambulatório, de acordo com o Regulamento e respetivos anexos da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano.
- No caso da interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação, quando for realizado o procedimento de aspiração por vácuo (Circular Normativa n.º 10/SR de 21/06/07 da Direção-Geral da Saúde), deve o hospital registar o código 35205 – I.G. cirúrgica em ambulatório, de acordo com o Regulamento e respetivos anexos da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano.

O episódio de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, por via cirúrgica, fica concluído aquando da realização do procedimento cirúrgico.

O episódio de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, por via medicamentosa fica concluído aquando da consulta de follow-up (Circular Normativa n.º 9/SR de 21/06/07 da Direção Geral da Saúde). Na ausência

desta consulta, por não comparência da mulher, deve o hospital dar por concluído o episódio de interrupção de gravidez até às 10 semanas aquando da última consulta realizada no âmbito do mesmo episódio.

1. Preço

O preço da interrupção da gravidez inclui consultas, MCDT, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção da gravidez.

Interrupção da Gravidez	Preço
Interrupção medicamentosa da gravidez	297,00 €
Interrupção cirúrgica da gravidez	387,00 €

2. Faturação

A faturação da interrupção medicamentosa da gravidez será efetuada por código 35200 – IG, ao preço previsto no Regulamento e respetivos anexos da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano, não havendo lugar à faturação independente de consultas, MCDT ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção medicamentosa da gravidez.

A faturação da interrupção cirúrgica da gravidez será efetuada por código 35205 – IG, ao preço previsto no Regulamento e respetivos anexos da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano, não havendo lugar à faturação independente de consultas, MCDT, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção cirúrgica da gravidez.

Caso a interrupção da gravidez até às 10 semanas, por qualquer das vias, dê lugar ao internamento da mulher, a faturação do episódio de interrupção da gravidez processa-se por GDH, de acordo com as regras estabelecidas nos artigos 5º e 6º do Regulamento da tabela de preços do SNS em vigor para o respetivo ano. Nestes casos, o hospital deverá proceder à anulação dos códigos de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação (35200 ou 35205), não havendo lugar à faturação de quaisquer consultas, MCDT, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção da gravidez que originou o internamento.

O disposto no parágrafo anterior aplica-se ainda às situações de readmissão da mulher, no internamento, num período de setenta e duas horas a contar da realização da última consulta de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação.

Nos casos em que, após a consulta prévia e no período de reflexão que medeia entre esta consulta e o início da interrupção da gravidez, a mulher desistir de realizar a IG, as consultas efetuadas são pagas nos termos do contrato-programa, capítulo IV desta circular.

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, com os seguintes códigos:

- Consulta - IG Medicamentosa com o registo do MCDT 35200 - (CON 6)
- Consulta - IG Cirúrgica com o registo do MCDT 35205 - (CON 7)
- Consulta externa (preço da consulta do Contrato-Programa)

Para os hospitais objetores de consciência que subcontratam esta atividade, a faturação deve ser efetuada em “Outras Produções do SNS”:

- IG Medicamentosa com o MCDT 35200 - (PRE 22)
- IG Cirúrgica com o MCDT 35205 - (PRE 23)
- Consulta prévia (preço da consulta do contrato-programa) - (PRE 24)

Nestes casos, os hospitais devem enviar à ACSS, juntamente com a fatura em suporte papel, comprovativos da produção realizada pela entidade subcontratada.

XI – PAGAMENTO DOS DOENTES EM TRATAMENTO DA INFECÇÃO VIH/SIDA ⁶

Desde o ano de 2012 que o contrato-programa alargou o modelo de financiamento dos cuidados prestados em ambulatório a pessoas que vivendo com a infeção VIH/SIDA se encontram sob terapêutica anti retroviral combinada – Programa TARC, com a preocupação de garantir equidade no acesso atempado a cuidados de saúde programados para esta patologia.

Adesão e permanência em Programa

No âmbito da contratualização deste programa, e no que respeita a pessoas a viver com a infeção VIH/SIDA sem experiência prévia no tratamento anti retroviral são considerados todos os doentes desde que se encontrem notificados junto do Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e, reúnam as condições clínicas para efetuarem a terapêutica anti retroviral de acordo com as boas práticas emanadas na Norma de Orientação Clínica n.º 29, de 29/12/2017 e Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2 2016 (<http://www.pnvihsida.dgs.pt>).

São passíveis de inclusão no programa, todas as pessoas a viver com VIH/SIDA em terapêutica anti retroviral (Tabela 12 do Anexo VIII).

Permanência

⁶ A penalização de 10%, no montante correspondente à diferença entre o valor observado para a componente medicamentosa e o valor dessa componente na média do grupo a que o hospital pertence, prevista em Circulares Normativas anteriores, não será aplicada.

Um doente é considerado em programa desde que:

- A unidade hospitalar registre e/ou reporte anualmente os dados solicitados, relativos aos cuidados ambulatoriais prestados no âmbito do programa (por doente);
- A unidade hospitalar não informe sobre a sua exclusão (abandono ou suspensão);
- Contacte a instituição, semestralmente, salvo situações devidamente justificadas. Entende-se por contacto, a efetivação de consulta ou hospital de dia, levantamento de terapêutica e realização de avaliação laboratorial de parâmetros clínicos (CD4+; ARN VIH1 ou ARN VIH2). Ou seja, que no semestre, exista registo de uma consulta ou sessão de hospital de dia, de valores laboratoriais e pelo menos uma cedência, caso a mesma corresponda ao levantamento de medicação para o período de 6 meses (devidamente autorizada).

Monitorização

Os hospitais têm de proceder ao registo dos doentes em TARC, associados a um ato de ambulatório (levantamento terapêutico).

Para os doentes em TARC, sem experiência prévia em terapêuticas anti retrovíricas, os hospitais têm ainda de registar os parâmetros analíticos (viroológicos – ARN) observados após 24 e 52 semanas de início do tratamento.

A monitorização dos cuidados prestados no âmbito desta modalidade de financiamento efetua-se em quatro níveis distintos:

- Serviços hospitalares;
- Direção Clínica da unidade hospitalar;
- Administração Regional de Saúde;
- Administração Central do Sistema de Saúde e Direção-Geral da Saúde;

Os serviços hospitalares são responsáveis por:

- Preencher ou confirmar o registo de notificação da doença;
- Identificar o utente pelo Código Nacional de Notificação e data de nascimento;
- Elaborar um plano de tratamento (agendamento de consultas, monitorização de parâmetros clínicos e identificação de prescrição terapêutica);
- Registar dados relativos a comparência de consultas, resultados dos parâmetros clínicos, imunológicos e virológicos, confirmação da terapêutica prescrita bem como do respetivo levantamento;

- Submeter à ACSS os dados necessários à monitorização do programa indispensáveis para controlo de faturação e respetivo pagamento;
- A partir da data da instalação do SI.VIDA, é obrigatório o registo dos dados dessa instituição neste sistema de Informação.

1. Preço

O valor mensal a pagar por doente em Programa TARC abrange todos os encargos relativos à prestação de cuidados ambulatoriais (ex: consulta, hospital de dia, terapêutica) no âmbito da gestão de caso.

Doentes em Tratamento da Infecção VIH/SIDA	Preço
Doente programa TARC/mês	499,75€

Não há lugar à faturação dos cuidados de saúde de ambatório, prestados a doentes em TARC no âmbito desta especialidade, nas restantes linhas de produção consideradas no contrato-programa.

O valor contratado nesta linha de atividade destina-se exclusivamente ao pagamento do tratamento de doentes com esta patologia, não podendo ser utilizado para outro fim, de forma a assegurar a acessibilidade a estes tratamentos a nível nacional.

2. Faturação⁷

A efetivação desta modalidade de financiamento depende da adesão dos doentes em TARC à terapêutica, avaliada pela efetivação do levantamento da terapêutica.

O montante a faturar mensalmente corresponde ao número de doentes em TARC (efetivo) vezes o valor mês contratado.

O número de doentes a faturar mensalmente deve ser indicado pela Direção Clínica do Hospital, observando as seguintes regras:

- Um doente só é elegível para pagamento quando devidamente notificado até 30 dias após o início do tratamento TARC;
- Um doente é pago a partir do mês em que ocorreu o primeiro levantamento terapêutico, independentemente do dia;

⁷ Circular Informativa Conjunta n.º 1/2016, de 5 de janeiro

- Sempre que um doente interrompe a terapêutica por um período superior a 30 dias, haverá acerto no valor de financiamento deste doente. O acerto corresponderá à dedução do valor anual mensualizado por cada 30 dias de interrupção;
- Um doente que, por razões clínicas, suspende a terapêutica, é pago até ao último mês em que se verificou dispensa de medicação;
- Um doente transferido para outro Hospital, é pago ao Hospital de origem se, este cedeu terapêutica no mês em que ocorre a transferência (independentemente do dia em que ocorre a cedência/registo). Um doente transferido para outro Hospital, é pago ao Hospital de destino se, este cedeu terapêutica no mês em que ocorre a transferência (independentemente do dia em que ocorre a cedência/registo);
- Não há lugar a pagamento de doentes em TARC sem registos de efetivação de Consulta Externa, informação referente aos parâmetros laboratoriais e levantamentos da terapêutica anti retrovírica por parte do serviço farmacêutico.

A partir da implementação do SI.VIDA na instituição hospitalar, esta apenas poderá efetuar a faturação dos doentes que estiverem registados na aplicação segundo as regras definidas no programa TARC salvo haja razões técnicas da responsabilidade externa ao hospital e devidamente comprovadas pela SPMS e ACSS para que tal não se verifique.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais”, com o seguinte código:

- Doentes de VIH/SIDA com TARC (Hospitais com aplicação SI/VIDA) - (HIV 1).

XII – DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL (DPN)

No âmbito do Plano Nacional de Saúde pretende-se *“dar prioridade ao programa de DPN de forma a alcançar um número crescente de grávidas e prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez”*.

A contratualização com os serviços de obstetrícia dos hospitais para a realização de ecografia obstétrica às grávidas seguidas nos centros de saúde que constituem a Unidade Coordenadora Funcional (UCF), faz-se nas seguintes condições:

- Ecografia do 1º trimestre conjugada com rastreio bioquímico do 1º T – 10-13 semanas de gestação + 6 dias, (Protocolo I) e/ou

- Ecografia do 2º trimestre conjugada com consulta de risco obstétrico – 18-22 semanas de gestação (Protocolo II)

Para o efeito, os hospitais deverão:

- Possuir sistema de informação de tratamento e análise de imagem ecográfica.
- Possuir um terminal com acesso ao sistema de informação tratamento e análise de imagem ecográfica, no laboratório do Hospital (Protocolo I).
- O rastreio bioquímico deve ser feito, preferencialmente, no próprio Hospital.
- No caso do Protocolo I, ter ecografista com formação específica acreditado pela Fetal Medicine Foundation ou ter curso de aperfeiçoamento em ecografia fetal organizado pela DGS.
- No caso do Protocolo II, ter ecografista com competência em ecografia obstétrica pela Ordem dos Médicos.
- Disponibilizar agenda no Sonho, ou sistema similar, para marcações das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com quem estão articulados.
- Garantir articulação entre os sistemas de informação, nomeadamente, Sonho – Astraia.

1. Preço

O preço do Protocolo I abrange a ecografia da 14ª semana conjugada com o rastreio bioquímico do 1º trimestre;

O preço do Protocolo II abrange a ecografia obstétrica do 2º trimestre, morfológica, realizada em instituições e por profissionais com competência reconhecida e a consulta hospitalar associada.

Diagnóstico Pré-Natal	Preço
Protocolo I	40,00 €
Protocolo II	104,00 €

2. Faturação

Para efeitos de faturação os protocolos devem obedecer aos seguintes pressupostos:

- Protocolo I – Identificar, no módulo MCDT do Sonho ou sistema de informação equivalente, os atos “ecografia do 1.º trimestre” e “rastreio bioquímico” realizados à utente. O número de protocolos I a

faturar, deverá corresponder ao número de combinações de “ecografia do 1.º trimestre” e “rastreamento bioquímico”, realizados à utente que tenha sido referenciada por um Centro de Saúde no âmbito deste protocolo.

- Protocolo II – Identificar, nos módulos da consulta externa e MCDT do Sonho ou sistema de informação equivalente, os atos de “consulta de reavaliação de risco obstétrico” e “ecografia do segundo trimestre” realizados à utente. O número de protocolos II a faturar, deverá corresponder ao número de combinações de “consulta de reavaliação de risco obstétrico” e “ecografia do segundo trimestre”, realizados à utente que tenha sido referenciada por um Centro de Saúde no âmbito deste protocolo.

Assim, o número de protocolos I ou II a faturar, deverá corresponder ao número de combinações dos atos que constituem os respetivos protocolos, tendo como condição de associação “ser prestados à mesma utente” e ser “referenciada pelos cuidados de saúde primários” no âmbito destes protocolos.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Produções Específicas”, com os seguintes códigos:

- Diagnóstico Pré-Natal - Protocolo I - (PLS 1)
- Diagnóstico Pré-Natal - Protocolo II - (PLS 2)

XIII – PROGRAMA PILOTO DE TRATAMENTO DE DOENTES COM PERTURBAÇÃO MENTAL GRAVE

O tratamento das perturbações mentais graves implica o seguimento do doente, de forma contínua ao longo dos anos, com o intuito de reduzir o número de internamentos e de episódios de urgência, sendo relevante garantir que o financiamento favorece as melhores práticas em saúde mental, incentivando a articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, incluindo esses cuidados na comunidade e acautelando que o financiamento promove a integração dos cuidados de saúde mental.

A modalidade de pagamento estabelece um preço por doente tratado por ano que abrange o internamento, hospital de dia, consultas, MCDT (incluindo a comunidade) e medicamentos intrínsecos ao tratamento de doentes em consulta e/ou hospital de dia. O programa abrange Psicoses esquizofrénicas, Psicoses afetivas e Psicoses não orgânicas de acordo com a codificação ICD10CM/PCS (Tabela 13 do Anexo VIII), excluindo doentes residentes (ie, doentes com um tempo de internamento superior a 6 meses).

1. Preço

São elegíveis no âmbito deste programa, para 2020 e 2021, as seguintes instituições piloto: Hospital de Magalhães Lemos, EPE (HML), Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE (CHLO), Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE (CHUC), Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE (CHUSJ) e Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE). Os preços são os seguintes:

Tratamento de Doentes com Perturbação Mental Grave	Preço
Psicoses esquizofrénicas/mês	132,92 €
Psicoses afetivas/mês	90,58 €
Psicoses não orgânicas/mês	69,92 €

2. Faturação

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais”, com os seguintes códigos:

- Psicoses esquizofrénicas – DMC 3
- Psicoses afetivas – DMC 4
- Psicoses não orgânicas – DMC 5

A faturação desta linha requer o preenchimento da tabela onde se identificam os doentes em tratamento, de acordo com o anexo VII, identificando as datas de entrada e saída, Instituição de origem e Instituição de destino.

Para efeitos de faturação, os utentes devem ter no mínimo 2 contactos com a instituição no âmbito da atividade desenvolvida ao abrigo deste programa. Entende-se por um contato, a efetivação de consulta.

Um utente apenas pode ser elegível para uma das linhas de produção do programa piloto de tratamento de doentes com perturbação mental grave.

XIV - PROGRAMA DE TRATAMENTO A DOENTES MENTAIS CRÓNICOS INSTITUCIONALIZADOS⁸

O Programa de Gestão dos Doentes Mentais Internados em Instituições do Setor Social continua a efetuar-se nos termos do definido na Circular Normativa n.º 13/2014, de 6 de fevereiro e das orientações emanadas através da Circular Informativa n.º 10/2014, de 31 de Março, ambas da ACSS, assumindo as instituições hospitalares respetivas

⁸ Circular Informativa n.º 17/2015, de 27 de abril

o pagamento destes cuidados de saúde, de acordo com as regras emanadas na Circular Informativa n.º 17/2015, de 27 de abril, conjunta entre a ACSS e a SPMS.

1. Preço

Programa de Tratamento a Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados	Preço
Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas e outras instituições) / dia	43 €

2. Faturação

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais”, com os seguintes códigos:

- Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas) - (DMC 1)
- Psiquiatria no Exterior (Outras Instituições) - (DMC 2)

A faturação desta linha requer o preenchimento da tabela onde se identificam os doentes em tratamento, de acordo com o anexo VII, identificando as datas de entrada e saída, Instituição de origem e Instituição de destino.

Relativamente a utentes referenciados por Parceria Público Privada (PPP), e não obstante o que se encontra determinado na Circular Informativa n.º 17/2015, estas instituições poderão ser identificadas como Entidade Referenciadora (códigos de entidades identificados na Tabela - Instituições de origem para o Programa de Tratamento a Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados, do Anexo VII desta Circular), mantendo-se a regra destes movimentos de doentes serem considerados produção própria subcontratada por parte do Serviço Pagador respetivo.

3. Pagamento

A atividade realizada aos doentes crónicos internados em instituições de solidariedade social é sempre paga pelo Serviço Local de Saúde Mental às entidades que prestam os cuidados a estes doentes.

XV – PROGRAMA PARA MELHORIA DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFERTILIDADE

Através do Despacho n.º 14788/2008, publicado no DR 2ª Série, n.º 102 de 28 de maio de 2008, e da Portaria 154/2009, publicada no DR 1ª Série, n.º 27 de 9 de fevereiro de 2009, foi criado o programa específico para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade.

Foram fixados pelo Ministério da Saúde critérios de acessibilidade a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA), baseados em razões de ordem clínica e de custo benefício em saúde materna e infantil.

Em 2016, foi publicada a Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, que alarga o âmbito dos beneficiários das técnicas de PMA a todas as mulheres.

Assim, relativamente a:

a) Idade

- Admissão para consulta de apoio à fertilidade: sem limite de idade da mulher, desde que referenciada pelo Médico de Família ou pelo Médico que acompanha a mulher em situação de doença.
- Admissão para técnicas de PMA de 1ª linha (indução de ovulação e inseminação intrauterina): todas as mulheres que não ultrapassem os 42 anos (41 anos e 365 dias ou 366 no caso de ano bissexto). Entende-se por admissão o momento de realização da técnica.
- Admissão a técnicas de PMA de 2ª linha (fertilização in vitro e injeção intracitoplasmática de espermatozoide): todas as mulheres que não ultrapassem os 40 anos (39 anos e 365 dias ou 366 no caso de ano bissexto). Entende-se por admissão o momento de realização da técnica.

Condições extraordinárias 2020 / 2021:

Tendo em conta a situação excecional decorrente da Pandemia Covid-19 e os impactos provocados na atividade assistencial programada, para que possa continuar a ser assegurada equidade no acesso a tratamentos de PMA, nos casos em que a resposta assistencial sofreu perturbações em resultado da pandemia Pandemia Covid-19, devem ser consideradas as seguintes condições:

- i) No caso das mulheres que ultrapassaram o limite de idade, desde 18 de março de 2020 (data em que foi decretado o estado de emergência em Portugal, através do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março) até 28 de fevereiro de 2021, poderão ser realizados tratamentos PMA durante os próximos 6 meses.
- ii) No caso das mulheres que perfaçam o limite de idade entre março e dezembro de 2021, esse limite é prolongado por mais 6 meses.

Estas condições são aplicadas, considerando os limites de idade estabelecidos para técnicas PMA de 1ª linha (IIU) e de 2ª linha (FIV e ICSIS), mantendo-se o máximo de 3 ciclos (para cada caso/casal).

b) Beneficiários

Todas as mulheres e todos os casais, exceto aqueles que tenham mais de um filho em comum. Significa que também são considerados beneficiários, casais:

- Sem filhos em comum, mas com filhos de anteriores relacionamentos;
- Com um filho em comum e com critérios atuais de infertilidade;
- Com um filho anterior resultante de PMA e que possuam embriões crio preservados.

c) Nº de ciclos financiados

São alvo de financiamento público específico:

- Os tratamentos de IO e IIU, este último até ao limite de 3 ciclos (para cada caso/casal), podendo ser realizados no mesmo ano civil.
- Os tratamentos de 2ª linha, fertilização *in vitro* ou injeção intracitoplasmática de espermatozoide (para cada caso/casal), até ao limite de 3 ciclos, podendo ser realizados no mesmo ano civil.

Os casos que já beneficiaram de ciclos FIV/ICIS, ao abrigo deste programa em anos anteriores, poderão realizar novo(s) ciclo(s), desde que o número total não ultrapasse o limite de 3 ciclos FIV/ICIS por caso/casal.

1. Preço

Tratamentos de Infertilidade	Código	Preço
Consulta de apoio à fertilidade (estudo inicial)	57700	92,00 €
Indução ovárica (IO)	57710	140,00 €
Fertilização intra-uterina (IIU)	57720	352,00 €
Fertilização in vitro (FIV)	57730	2 203,00 €
Injeção intra-citoplasmática de espermatozoides	57740	2 423,00 €
Injeção intra-citoplasmática de espermatozoides recolhidos cirurgicamente (ICSI)	57750	3 084,00 €

2. Faturação

A faturação da atividade deste programa específico deve ser independente da faturação das restantes prestações de saúde, não podendo ser associada a outras produções de consulta (primeiras consultas, consultas subsequentes, IVG, etc.).

O código 57700 – Consulta de Apoio à Fertilidade (estudo inicial) só pode ser registado uma vez por utente (casal).

Os códigos 57710 – Indução Ovária (IO) e 57720 e Inseminação Intrauterina (IIU), podem ser registados várias vezes, este último até ao limite de 3 vezes.

Os códigos 57730 – Fertilização *in vitro* (FIV), 57740 – Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) e 57750 – Injeção intracitoplasmática de espermatozoides recolhidos cirurgicamente (ICSI), podem ter até três registos.

Caso estes doentes tenham outros problemas de saúde, devem ser registados e faturados, mas não podem ser associados aos códigos do Programa Específico para a Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade.

Os pacotes de atos incluem também procedimentos que podem ser efetuados ao homem. Estes procedimentos são registados e associados ao código do Programa Específico para a Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade em questão, mas não geram qualquer faturação, pois estão incluídos no pacote de tratamento da mulher.

A faturação desta produção efetuar-se-á, com os seguintes códigos:

- Consulta de Apoio à Fertilidade (estudo inicial) - (INF 1)
- Indução Ovária (IO) - (INF 2)
- Inseminação Intrauterina (IIU) - (INF 3)
- Fertilização *in vitro* (FIV) - (INF 4)
- Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) - (INF 5)
- Injeção intracitoplasmática de espermatozoides recolhidos cirurgicamente (ICSI) - (INF 6)

No caso dos Hospitais com Centros de PMA que referenciem casais para Centros Privados Autorizados subcontratando atividade FIV/ICSI, devem faturar esta atividade em “Outras Produções do SNS”:

- Fertilização *in vitro* (FIV) - (PRE 39)
- Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) - (PRE 40)
- Injeção intracitoplasmática de espermatozoides recolhidos cirurgicamente (ICSI) - (PRE 41)

Nestes casos, os hospitais devem enviar à ACSS, juntamente com a fatura em suporte papel, comprovativos da produção realizada pela entidade subcontratada.

XVI – BANCO DE GÂMETAS

Para 2020 e 2021 mantêm-se as linhas de atividade específicas no Contrato-Programa, destinadas a financiar a atividade desenvolvida Banco de Gâmetas do SNS, sedado no Centro Hospitalar do Porto (CHP), e pelos dois Centros Afiliados, instalados no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) e no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

1. Preço

Banco de Gâmetas	Preço
Colheita de Gâmetas Masculinos	1 475,00 €
Colheita de Gâmetas Femininos	2 966,00 €

O preço a pagar ao CH Porto é majorado em 20%, pela dinamização e gestão do Banco de Gâmetas do SNS.

No caso da colheita de Gâmetas Femininos o preço acima identificado não inclui o episódio de cirurgia de ambulatório (correspondente a punção folicular para colheita de ovócitos) permitindo a sua faturação autonomamente - GDH 850 - Procedimentos com diagnóstico de reabilitação, continuação de cuidados e/ou outros contatos com os serviços de saúde com o diagnóstico principal Z52.810 e um dos seguintes procedimentos 0U903ZZ, 0U913ZZ e 0U923ZZ.

2. Faturação

A faturação desta produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Outras Produções do SNS”, com os seguintes códigos:

- Colheita de Gâmetas Masculinos - (GMT 1)
- Colheita de Gâmetas Femininos - (GMT 2)

XVII – PROGRAMA PARA A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS

A Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (CNRTC) entende que é possível estabelecerem-se metas para a taxa de cesarianas nos hospitais do SNS, com repercussão no financiamento hospitalar, sem que esta medida acarrete riscos acrescidos de saúde para os utentes, aspeto que deverá ser sempre a primeira prioridade na tomada de decisões clínicas.

A realização de uma cesariana pode trazer benefícios de saúde inequívocos para a grávida e para o seu filho, mas a sua utilização abusiva sem motivos clínicos acarreta riscos acrescidos para ambos.

No âmbito das competências da CNRTC, define-se que o financiamento dos episódios de internamento nos quais ocorreu um procedimento de cesariana (x) está indexado à taxa de cesarianas, de acordo com a seguinte fórmula:

Taxa de cesarianas	
Hospitais de apoio perinatal	Hospitais de apoio perinatal diferenciado
< 25,0% = valor x	< 27,0% = valor x
25,0% - 26,4% = 0,75 valor x	27,0% - 28,4% = 0,75 valor x
26,5% - 27,9% = 0,50 valor x	28,5% - 29,9% = 0,50 valor x
28,0% - 29,4% = 0,25 valor x	30,0% - 31,4% = 0,25 valor x
> 29,5% = sem financiamento	> 31,5% = sem financiamento

Aos hospitais com taxas de cesarianas iguais ou superiores aos limites máximos da tabela anterior, em 2019 e 2020, respetivamente, aplicar-se-á a seguinte fórmula alternativa:

- Redução do valor da taxa de cesarianas < 5,0% = sem financiamento
- Redução do valor da taxa de cesarianas 5,0% - 7,4% = 0,25 × valor x
- Redução do valor da taxa de cesarianas 7,5% - 9,9% = 0,50 × valor x
- Redução do valor da taxa de cesarianas 10,0% - 12,4% = 0,75 × valor x
- Redução do valor da taxa de cesarianas > 12,5% = valor x

Embora sem repercussão direta no financiamento hospitalar, a ACSS divulga no microsite de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» e no Portal do SNS a informação referente a “Indicadores de qualidade assistencial obstétrica” de cada hospital do SNS, de forma a informar os cidadãos sobre as práticas existentes relacionadas com esta matéria.

XVII - PROGRAMA “NOTÍCIA DE NASCIMENTO”

Na sequência da operacionalização do Despacho n.º 6744/2016, de 23 de maio, do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que estabeleceu as disposições sobre o programa de simplificação administrativa no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Vacinação, integrando, nomeadamente, os projetos “Nascer Utente” e “Notícia Nascimento”, determina-se que o pagamento da produção referente a episódios de parto ao abrigo do Contrato-Programa, está, a partir de 1 de janeiro de 2017, dependente da confirmação de existência de registo nas plataformas “Notícia de Nascimento”.

Esta regra aplica-se a todos os partos com nados vivos, para as entidades 935601 - Serviço Nacional de Saúde, 935610 - SNS/ Migrante residente com n.º de utente, 935640 - SNS/ ADSE, 935641 - SNS/ SAD-GNR, 935642 - SNS/ SAD-PSP, 935643 - SNS/ IASFA, 935629 - SNS/ Inscritos Açores, 935630 - SNS/ Inscritos Madeira, 935631 - SNS/ Imprensa Nacional Casa da Moeda e 935632 - SNS/ Caixa Geral de Depósitos. Nos casos de cidadãos estrangeiros não residentes em Portugal, de migrantes faturáveis ao abrigo de convenções internacionais e cidadãos estrangeiros ao abrigo de acordos bilaterais, não se aplica esta regra.

XIX – PROGRAMA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE (PTCO)

A Cirurgia para a Obesidade é uma técnica terapêutica válida para um conjunto de situações bem estabelecidas, sendo essencial assegurar o cumprimento de tempos de resposta adequados.

A abordagem é multidisciplinar envolvendo equipas de gastroenterologia, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, cirurgiões especializados, e requer meios apropriados, existentes em alguns hospitais.

Mantem-se o programa de financiamento específico desta atividade, o qual visa garantir o acesso atempado do doente com obesidade grave à necessária prestação de cuidados de qualidade, por um período de tempo nunca inferior a três anos.

São abrangidas por este Programa as instituições reconhecidas pela DGS como centro de tratamento (CT) para o tratamento cirúrgico da obesidade grave, e apenas estas podem efetuar tratamento cirúrgico da obesidade, só podendo ser considerado o financiamento desta atividade a partir da data reconhecimento da Instituição como CT.

Apenas serão elegíveis para o programa, doentes com um dos seguintes diagnósticos:

Diagnósticos	Códigos
Obesidade, não especificada (IMC entre 35 e 39,9)	E66.09
	E66.1
Obesidade mórbida (IMC a partir de 40)	E66.2
	E66.8
	E66.9

- Procedimentos para tratamento cirúrgico da obesidade no Programa

MODELO 1

Tratamento Cirúrgico da Obesidade - Banda Gástrica

ICD-10-PCS
2018

0DV60DZ	Restriction of Stomach with Intraluminal Dev, Open Approach
0DV64DZ	Restriction of Stomach with Intraluminal Dev, Perc Endo Approach

Tratamento Cirúrgico da Obesidade - Outras Técnicas

Gastrectomia Linear Vertical

ICD-10-PCS
2018

0DB60Z3	Excision of Stomach, Open Approach, Vertical
0DB64Z3	Excision of Stomach, Percutaneous Endoscopic Approach, Vertical

MODELO 2

Tratamento Cirúrgico da Obesidade - Bypass Gástrico

Bypass Gástrico Curto

ICD-10-PCS

2018

0DV60ZZ	Restriction of Stomach, Open Approach	0D160ZA	Bypass Stomach to Jejunum, Open Approach
0DV64ZZ	Restriction of Stomach, Percutaneous Endoscopic Approach	0D164ZA	Bypass Stomach to Jejunum, Percutaneous Endoscopic Approach

Bypass Gástrico Longo

0DV60ZZ	Restriction of Stomach, Open Approach	0D160ZB	Bypass Stomach to Ileum, Open Approach
0DV64ZZ	Restriction of Stomach, Percutaneous Endoscopic Approach	0D164ZB	Bypass Stomach to Ileum, Percutaneous Endoscopic Approach

Tratamento Cirúrgico da Obesidade - Outras Técnicas

Derivação Biliopancreática (BPD)

ICD-10-PCS

2018

0D160ZB	Bypass Stomach to Ileum, Open Approach
0D164ZB	Bypass Stomach to Ileum, Percutaneous Endoscopic Approach

Transposição duodenal (BDP/Duodenal Switch)

ICD-10-PCS 2018

0D190ZB	Bypass Duodenum to Ileum, Open Approach
0D194ZB	Bypass Duodenum to Ileum, Percutaneous Endoscopic Approach

▪ **Fases do Programa e prestações incluídas no financiamento:**

Fase I - Pré-avaliação e tratamento cirúrgico da obesidade (Consulta pré-operatória de avaliação multidisciplinar; MCDT; balão intragástrico; intervenção cirúrgica; consulta pós-operatória e todas as complicações até 60 dias)

Fase II - 1º ano de Acompanhamento (duas Consultas de AMTCO; MCDT)

Fase III - 2º ano de Acompanhamento (duas Consultas de AMTCO; MCDT)

▪ **Tempos de acesso**

Consulta pré-operatória de AMTCO (1ª consulta) - 60 dias

Cirurgia bariátrica (nível prioridade 1) - 180 dias

1. Preço

PTCO – Fase I	Preço
Modelo 1 - Banda Gástrica e outras técnicas (doente tratado)	3 377,00 €
Modelo 2 - Bypass Gástrico e outras técnicas (doente tratado)	4 295,00 €

PTCO – Fase II e III	Preço
Modelo 1: Follow-up (doente tratado)	563,00 €
Modelo 2: Follow-up (doente tratado)	716,00 €

PTCO – Fase IV	Preço
Modelo 1: Follow-up 3º ano (doente tratado)	1 126,00 €
Modelo 2: Follow-up 3º ano (doente tratado)	1 432,00 €

2. Faturação

A faturação desta produção efetuar-se-á, após cada uma das fases, em “Tratamentos Especiais”, com os seguintes códigos:

- Modelo 1 - Banda gástrica - (PTO 1)
- Modelo 2 - Bypass gástrico - (PTO 2)
- Modelo 1 - Banda Gástrica: 1º ano de follow-up – (PTO 3)

- Modelo 2 - Bypass gástrico: 1º ano de follow-up – (PTO 6)
- Modelo 1 - Banda Gástrica: 2º ano de follow-up – (PTO 9)
- Modelo 2 - Bypass gástrico: 2º ano de follow-up – (PTO 10)
- Modelo 1 - Banda gástrica: 3º ano de follow-up – (PTO 15)
- Modelo 2 - Bypass gástrico: 3º ano de follow-up – (PTO 16)
- Modelo 1 – Outras técnicas – (PTO 11)
- Modelo 2 – Outras técnicas – (PTO 12)
- Modelo 1 – Outras técnicas: 1º ano de follow-up – (PTO 13)
- Modelo 2 – Outras técnicas: 1º ano de follow-up – (PTO 14)
- Modelo 1 – Outras técnicas: 2º ano de follow-up – (PTO 17)
- Modelo 2 – Outras técnicas: 2º ano de follow-up – (PTO 18)
- Modelo 1 – Outras técnicas: 3º ano de follow-up – (PTO 19)
- Modelo 2 – Outras técnicas: 3º ano de follow-up – (PTO 20)

A faturação desta linha requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento em cada fase, de acordo com o anexo VII, identificando a data de entrada e saída por fase do doente em tratamento.

O acompanhamento desta linha será efetuado através da atividade registada no âmbito da patologia, devendo ser identificadas/criadas, no SONHO ou aplicação equivalente, as subespecialidades que identificam a referida produção. Os centros de tratamento aderentes a esta modalidade de pagamento devem informar a ACSS das subespecialidades a considerar para efeitos de faturação desta linha de atividade.

XX – TRATAMENTO DE DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

O tratamento disponível para doentes com Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) implica o acesso a terapêuticas inovadoras e dispendiosas, tornando necessária a criação de um programa de financiamento específico para esta patologia, com o intuito de promover a qualidade de vida e acesso atempado dos doentes adultos às respetivas terapêuticas.

O modelo de gestão integrada da hipertensão arterial pulmonar caracteriza-se pela definição dos cuidados a prestar aos doentes, bem como pelo apuramento de um preço compreensivo onde estão incluídas as diferentes vertentes terapêuticas para o tratamento dos doentes em ambulatório.

1. Preço

A modalidade de pagamento estabelece um preço por doente adulto tratado por mês, sendo considerados três preços de acordo com o estágio da doença: (a) seguimento 1º ano; (b) seguimento após 1º ano CF≤III; (c) seguimento após 1º ano CF IV.

Tratamento de Doentes com Hipertensão Arterial Pulmonar	Preço
Seguimento 1º ano (doente tratado/mês)	700,67 €
Seguimento após 1º ano CF≤III (doente tratado/mês)	1.879,58 €
Seguimento após 1º ano CF IV (doente tratado/mês)	13.546,92 €

O pagamento por doente tratado abrange as consultas, MCDT e medicamentos intrínsecos ao tratamento dos doentes em ambulatório.

2. Faturação

Apenas os hospitais que integrem esta modalidade de pagamento poderão faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular.

A faturação desta linha de atividade requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento em cada uma das fases aqui consideradas, de acordo com o anexo VII, identificando as datas de entrada e saída do doente em tratamento, por fase.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais”, com os seguintes códigos:

- Seguimento 1º ano - (HAP 1)
- Seguimento após 1º ano Classe Funcional ≤III - (HAP 2)
- Seguimento após 1º ano Classe Funcional IV - (HAP 3)

O acompanhamento desta linha será efetuado através da atividade registada no âmbito da patologia, devendo ser identificadas/criadas, no SONHO ou aplicação equivalente, as subespecialidades de consulta que identificam a referida produção. Os centros de tratamento aderentes a esta modalidade de pagamento devem informar a ACSS das subespecialidades a considerar para efeitos de faturação desta linha de atividade.

Para efeitos de faturação, e de acordo com a fase de tratamento em causa, os utentes devem ter o seguinte número mínimo de contactos com a instituição no âmbito das subespecialidades definidas:

- HAP – Seguimento 1º ano: 6 contactos

- HAP – Seguimento após 1º ano Classe Funcional ≤III: 4 contatos
- HAP – Seguimento após 1º ano Classe Funcional IV: 12 contatos

Entende-se por um contacto, a efetivação de consulta ou hospital de dia e levantamento de terapêutica.

No âmbito da promoção da utilização racional das terapêuticas, introduz-se o seguinte indicador:

- % de utilização de bosentano no total de utilização de medicamentos para o tratamento de pessoas a viver com hipertensão arterial pulmonar

XXI – TRATAMENTO DE DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA EM TERAPÊUTICA

MODIFICADORA

O tratamento disponível para doentes com Esclerose Múltipla (EM) implica o acesso a terapêuticas inovadoras, modificadoras da história natural da doença (imunomoduladores), dispensadas, exclusivamente, em farmácia hospitalar, e associadas a custos elevados.

Com o intuito de promover a qualidade de vida e o acesso atempado dos doentes às terapêuticas, estabeleceu-se, já em 2013, um programa de financiamento específico para o tratamento de doentes com Esclerose Múltipla em terapêutica modificadora.

O modelo em causa assenta no estabelecimento de um preço compreensivo onde estão compreendidas as diferentes vertentes terapêuticas adequadas para o tratamento de doentes em ambulatório, nos centros de tratamento definidos para o efeito.

1. Preço

A modalidade de pagamento estabelece um preço por doente tratado/mês que abrange as consultas, MCDT e medicamentos intrínsecos ao tratamento de doentes em ambulatório, sendo considerados os tratamentos realizados a doentes nas seguintes fases de tratamento, de acordo com a Escala Expandida de Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS):

- $EDSS \leq 3,5$, até um surto por ano;
- $EDSS \leq 3,5$, até dois surtos por ano;
- $4 \leq EDSS \leq 6,5$;
- $7 \leq EDSS \leq 8$.

Para a faturação dos tratamentos realizados a doentes em cada uma das fases identificadas, foi estabelecido o seguinte preço compreensivo:

Tratamento de Doentes com Esclerose Múltipla	Preço
Doente tratado/mês	1.031,67 €

O pagamento por doente tratado abrange as consultas, MCDT e medicamentos intrínsecos ao tratamento dos doentes em ambulatório.

2. Faturação

Apenas os hospitais que integram esta modalidade de pagamento podem faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular, sendo elegíveis as instituições com mais de 150 doentes em tratamento que, em conjunto com as ARS respetivas, manifestem à ACSS a vontade de aderir a esta modalidade de pagamento. Excepcionalmente, podem ser aceites como elegíveis outras instituições com menos de 150 doentes desde que autorizado pela ARS.

A faturação desta linha requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento em cada estágio da doença, de acordo com o anexo VII, identificando as datas de entrada e saída de tratamento por estágio.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais”, com o seguinte código:

- Esclerose Múltipla - (ESM 1)

O acompanhamento desta linha de atividade implica que sejam identificadas/criadas, no SONHO ou aplicação equivalente, as subespecialidades de consulta que identificam inequivocamente a produção inerente a cada estágio da doença.

Apenas são passíveis de faturação os utentes com um mínimo de 9 contactos anuais com a instituição, no âmbito das subespecialidades definidas. Entende-se por um contacto, a efetivação de consulta ou hospital de dia e levantamento de terapêutica.

XXII – TRATAMENTO DE NOVOS DOENTES COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA (CÓLON E RETO, MAMA, COLO DO ÚTERO, PRÓSTATA, PULMÃO E MIELOMA)

Com os mesmos objetivos definidos para os anos anteriores, estabelece-se a contratação de atividade no âmbito do tratamento do cancro do cólon e reto, mama e colo do útero, através de uma modalidade de pagamento por

doente tratado por se tratar de patologias com: elevado grau de incidência em Portugal; rastreio custo-efetivo; consenso na abordagem clínica ao doente e elevado custo de tratamento. A partir do ano 2018 consideraram-se igualmente: o cancro da próstata pela sua frequência; o cancro do pulmão pela sua frequência e facilidade de caracterização e o mieloma pelos elevados custos envolvidos no seu tratamento.

CrITÉRIOS de inclusão de doentes

- Considera-se como data de entrada em programa, a data em que é efetuado/confirmado e registado o diagnóstico na instituição aderente;
- Para o caso das patologias incluídas no programa em 2018 (próstata, pulmão e mieloma), apenas podem ser incluídos em programa, doentes que tenham diagnóstico inicial efetuado a partir de 01/01/2018.
- Só podem ser considerados, doentes que não tenham qualquer tipo de tratamento anterior no âmbito da doença oncológica em causa;
- Só são elegíveis no programa os tratamentos realizados a doentes inscritos no Registo Oncológico Nacional (RON);
- Só podem ser incluídos em programa, doentes que iniciem o tratamento na instituição em causa (excluindo-se de programa doentes parcialmente tratados em outras instituições, doentes em recaída ou doentes em progressão);
- Só são incluídos em programa, doentes com tratamento dirigido ao cancro que sejam objeto de uma das seguintes modalidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia (incluindo terapêutica biológica), radioterapia ou hormonoterapia;
- São incluídos todos os tratamentos realizados após a admissão do doente (procedimentos diagnósticos, terapêuticos, complementares e de follow-up, ou outros), independentemente da sua relação com a patologia, durante o período de dois anos, considerados como 730 dias corridos;
- No caso do cancro do colo do útero e do cancro cólon e reto só são incluídos tumores invasivos.
- Em caso de indicação clínica são, igualmente, incluídas a reconstrução mamária e a reconstrução de trânsito intestinal.

1. Preço

A modalidade de pagamento para as patologias selecionadas na área oncológica estabelece um preço mensal por doente tratado, para um tratamento previsto de 24 meses, sendo consideradas as seguintes patologias: cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro do cólon e reto, cancro da próstata, cancro do pulmão e mieloma.

São elegíveis no âmbito deste programa, para 2020 e 2021, as seguintes instituições:

- Cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do colon e reto → Instituto Português de Oncologia do Porto, de Coimbra e de Lisboa, CHUSJ, CHUC, CHULN e HESE. No caso do cancro do colon e reto devem ainda ser considerados os Centros de Referência formalmente aceites;
- Cancro da próstata, cancro do pulmão e mieloma → Instituto Português de Oncologia do Porto, de Coimbra e de Lisboa, CHUSJ, CHUC e CHULN.

Tratamento de Doentes com Patologia Oncológica	Preço
Cólon e reto (primeiro ano) (doente tratado/mês)	988,92 €
Cólon e reto (segundo ano) (doente tratado/mês)	437,08 €
Mama (primeiro ano) (doente tratado/mês)	859,83 €
Mama (segundo ano) (doente tratado/mês)	345,08 €
Colo do útero (primeiro ano) (doente tratado/mês)	1 052,00 €
Colo do útero (segundo ano) (doente tratado/mês)	310,75 €
Mieloma (primeiro ano) (doente tratado/mês)	2 176,92 €
Mieloma (segundo ano) (doente tratado/mês)	935,08 €
Próstata (primeiro ano) (doente tratado/mês)	552,50 €
Próstata (segundo ano) (doente tratado/mês)	151,00 €
Pulmão (primeiro ano) (doente tratado/mês)	1 478,83 €
Pulmão (segundo ano) (doente tratado/mês)	384,75 €

O valor mensal definido compreende a prestação de todos os cuidados de saúde aos doentes inscritos, ao longo dos 730 dias de duração do tratamento, independentemente da relação desses cuidados com a patologia oncológica, sendo incluídos todos os procedimentos diagnósticos, terapêuticos, complementares e de follow-up realizados.

O pagamento por doente tratado abrange toda a produção referente aos doentes em programa e obedece às normas de orientação clínica e às regras processuais instituídas.

2. Faturação

Apenas os hospitais que integram esta modalidade de pagamento podem faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular. Nos termos do Despacho 3653/2016, de 11 de março de 2016, as áreas do cancro do cólon e reto, foram constituídas como Centros de Referência.

O número de doentes a faturar mensalmente deve observar as seguintes regras:

- Um doente é faturável a partir do mês em que ocorreu a entrada em programa independentemente do dia;
- Um doente transferido para outra instituição do SNS, é faturável à instituição de origem até ao mês da sua transferência e é pago à instituição de destino a partir do mês seguinte em que ocorre a transferência (independentemente do dia em que ocorre a transferência);
- Um doente falecido ou em abandono é faturável até ao mês em que ocorreu o falecimento/abandono independentemente do dia.

A faturação desta linha de atividade requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento, de acordo com o anexo VII, identificando as datas de entrada e saída de tratamento.

Esta faturação efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais”, com os seguintes códigos:

- Cancro do cólon e reto (primeiro ano) - (ONC 1)
- Cancro do cólon e reto (segundo ano) - (ONC 2)
- Cancro da mama (primeiro ano) - (ONC 3)
- Cancro da mama (segundo ano) - (ONC 4)
- Cancro do colo do útero (primeiro ano) - (ONC 5)
- Cancro do colo do útero (segundo ano) - (ONC 6)
- Mieloma (primeiro ano) - (ONC 7)
- Mieloma (segundo ano) – (ONC 8)
- Próstata (primeiro ano) - (ONC 9)
- Próstata (segundo ano) - (ONC 10)
- Pulmão (primeiro ano) - (ONC 11)
- Pulmão (segundo ano) - (ONC 12)

Os tratamentos no âmbito de outras modalidades de pagamento por doente tratado para patologias específicas poderão ser faturados separadamente.

XXIII – PROGRAMA APOIO HOSPITALAR AOS RASTREIOS BASE POPULACIONAL: COLO DO ÚTERO E CÓLON E RETO

Os rastreios oncológicos de base populacional permitem o diagnóstico precoce, através da identificação de lesões que podem originar situações malignas ou estádios iniciais da doença.

O Despacho n.º 8254/2017, de 18 de setembro, estabelece os critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional realizados no SNS, nomeadamente no que diz respeito ao recrutamento e métodos de seleção.

É dada continuidade à execução do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos utentes no SNS, que criou incentivos financeiros para projetos partilhados por vários serviços do SNS, nomeadamente para a realização de rastreios e de programas de diagnóstico precoce.

Adicionalmente, e procurando sustentar a realização de rastreios de base populacional no SNS, em concreto para as patologias oncológicas do colo do útero e cólon e reto, mantém-se a modalidade de pagamento da atividade hospitalar que suporta o funcionamento dos programas de rastreio que são realizados nos cuidados de saúde primários, assegurando-se assim a qualidade dos procedimentos realizados no SNS e uniformizando os preços e os mecanismos de pagamento da atividade de rastreios a nível nacional.

1. Preço

Assim, os preços a praticar no âmbito de programas de rastreio do cancro colo do útero e do cólon e reto são os que se seguem, de acordo com o seguinte racional:

- Cólon e reto - Inclui todos os MCDT envolvidos no rastreio, realizados após resultado positivo da pesquisa de sangue oculto nas fezes;
- Colo do útero – Inclui os MCDT envolvidos no rastreio, implicando a realização de Genotipagem de Papiloma Vírus Humano (HPV) por métodos PCR, pelos ACES.

Apoio hospitalar ao rastreio oncológico	Preço
Rastreio - Cancro do Cólon e reto	397,00 €
Rastreio - Cancro do Colo do útero	71,00 €

2. Faturação

A faturação desta atividade pressupõe o registo dos seguintes MCDT de acordo com os protocolos abaixo:

Protocolo associado ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero	
31760	Genotipagem de HPV por métodos de PCR

Protocolo associado ao Rastreio do Cancro do Cólon e Recto

50940	Colonoscopia total
32070	Anestesiado sem qualquer fator de risco
32080	Anestesiado com 1 fator de risco
32090	Anestesiado com 2 ou mais fatores de risco
32040	Sedar/analgesiar sem qualquer fator de risco
32050	Sedar/analgesiar com 1 fator de risco
32060	Sedar/analgesiar com 2 ou mais fatores de risco

Apenas é passível de faturação, um protocolo de rastreio por utente/ano.

A faturação desta linha efetuar-se-á, mensalmente, na linha de atividade com os códigos RAD 03 - Rastreio do Cancro do Colo do Útero e RAD 04 - Rastreio do Cancro do Cólon e Recto.

Apenas registos de MCDT resultantes de admissões directas são elegíveis para esta linha de atividade.

XXIV – PROGRAMAS DE TELEMONTORIZAÇÃO

A telemedicina consiste na observação, diagnóstico, tratamento e monitorização do doente o mais próximo possível da sua área de residência, local de trabalho, ou mesmo domicílio.

Neste contexto, a telemonitorização consiste na teleassistência, a partir do domicílio dos doentes, através de meios informáticos e de telecomunicação adequados, para um lugar remoto (e.g. hospital ou centro de saúde).

Em 2014 deu-se início à implementação de uma modalidade de pagamento para a telemonitorização (monitorização remota) de doentes com DPOC, que seguem um protocolo domiciliário pré-estabelecido. Em 2016, com o intuito de reforçar a utilização destas ferramentas no SNS, acrescentaram-se duas modalidades: o programa de telemonitorização do *status* pós enfarte agudo do miocárdio (PPT-EAM) e o programa de telemonitorização da insuficiência cardíaca crónica (PPT-ICC).

As Instituições que integram este Programa são definidas pelas ARS respetivas, em conjunto com a ACSS.

1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (PPT-DPOC)

Dá-se continuidade à modalidade de pagamento iniciada em 2014 para a telemonitorização (monitorização remota) de doentes com DPOC, que seguem um protocolo domiciliário pré-estabelecido.

Os doentes que vierem a integrar o PPT-DPOC devem obedecer, pelo menos, aos seguintes critérios:

- Ter tido acompanhamento no serviço competente do estabelecimento de saúde em causa, (e.g. Medicina Interna, Pneumologia) durante pelo menos um ano antes da entrada em programa;
- Ter tido pelo menos 3 episódios de urgência / reinternamento no ano anterior à entrada em programa;
- Dispor de condições clínicas e socioeconómicas mínimas adequadas.

Por sua vez, as instituições aderentes devem assegurar:

- A existência dos meios tecnológicos e clínicos para o cumprimento do programa;
- A instalação dos meios tecnológicos no domicílio dos doentes;
- A formação e apoio à adequada utilização dos meios tecnológicos, nomeadamente, através de uma linha telefónica de apoio;
- A veiculação da informação inerente à adequada monitorização, acompanhamento e avaliação do programa pelas entidades competentes (nomeadamente, ARS, ACSS - Grupo de Trabalho de Telemedicina que funciona no âmbito da SPMS).

Preço

Tratamento de Doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	Preço
Elementos de telemonitorização PPT - DPOC	1 361,00 €
Preço compreensivo doente em tratamento/mês	179,67 €

Faturação

Apenas os hospitais que integram esta modalidade de pagamento podem faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular.

O presente programa apenas irá abranger doentes em telemonitorização, não englobando a avaliação clínica dos doentes ou a prestação de cuidados efetuada nas instituições aderentes, pelo que a produção de consultas, MCDT prescritos, internamentos, ou outras componentes de tratamento, quando o doente se desloque à instituição prestadora de cuidados deve manter-se remunerada pelas linhas habituais dos respetivos contratos-programa hospitalares.

As consultas de telemedicina e visitas domiciliárias realizadas no âmbito do presente programa, não podem ser faturadas pelas instituições aderentes pelas linhas habituais dos contratos-programa hospitalares.

Assim, e para efeitos de registo de produção e validação da faturação inerente, importa observar as seguintes regras:

- As consultas de telemedicina realizadas a doentes ao abrigo do PPT-DPOC devem ser associadas às linhas de produção “PPT-DPOC”, e não são faturáveis ao abrigo das restantes linhas dos respetivos dos contratos-programa hospitalares. Neste sentido, as instituições aderentes criam as subespecialidades intrínsecas à identificação inequívoca da produção inerente ao programa;
- As visitas domiciliárias realizadas a doentes ao abrigo do PPT-DPOC são associadas às linhas de produção “PPT-DPOC”, e não são faturáveis ao abrigo das restantes linhas dos respetivos dos contratos-programa hospitalares. Neste sentido as instituições aderentes deverão criar as subespecialidades intrínsecas à identificação inequívoca da produção inerente ao programa;
- No início do programa, as instituições abrangidas fornecem à ACSS, e ARS respetivas, a lista de doentes que integram o programa, identificando o número de utente e a data de entrada em programa;
- As instituições abrangidas pelo presente programa fornecem mensalmente à ACSS, e ARS respetivas, a lista de doentes que integram o programa, identificando o número de utente e as datas de entrada e saída do programa. Esta lista acompanha a faturação mensal do programa;
- Quando um doente que integrava o programa, sai por abandono ou outro motivo, e é substituído por um doente novo, as instituições são responsáveis pela remoção do equipamento e colocação na casa do doente novo que integra o programa, não podendo haver lugar a faturação dos dois doentes no mesmo mês, ou a faturação do preço “Elementos de Telemonitorização”, do doente novo que integra o programa por substituição de outro doente.

A faturação do doente em tratamento requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes novos e em tratamento, de acordo com o anexo VII, identificando as datas de entrada e saída do doente em tratamento e efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais” com o seguinte código:

- Preço compreensivo doente em tratamento/mês PPT-DPOC - (PPT 1)

A faturação dos elementos de telemonitorização, efetuar-se-á em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código:

- Elementos de telemonitorização DPOC - (PRE 59)

2. STATUS PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (PPT-EAM)

Um dos objetivos principais no tratamento do enfarte agudo do miocárdio (EAM) é a prevenção de readmissões hospitalares, tentando obter uma melhoria da sobrevida. A deteção atempada dos sintomas de agudização pode

prevenir as hospitalizações ou identificar as potenciais complicações numa fase precoce com redução consequente dos custos e melhoria do prognóstico destes doentes.

Nestes termos, em 2016, foi implementado um Programa de Telemonitorização do *status* pós EAM, através do qual se pretendem obter os seguintes resultados:

- Elevar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos fazendo com que se sintam acompanhados de forma contínua na sua doença;
- Reduzir pelo menos dois internamentos anuais por degradação de saúde do doente;
- Reduzir três episódios de exacerbação com recurso a Serviço de Urgência por doente em programa;
- Reduzir a necessidade de duas consultas externas por ano, com inerente impacto nos custos de transportes especiais medicalizados;
- Seguir de forma proactiva e contínua as flutuações das condições de cada paciente permitindo uma reação atempada que adie o mais possível o agravamento da doença.

2.1. Preço

A modalidade de pagamento estabelece dois preços por doente tratado por mês, caso o doente seja novo, ou já em seguimento na instituição. O preço por doente novo apenas se aplica uma única vez na instituição por cada doente entrado, até ao limite de 15 doentes por instituição.

Tratamento de Doentes do Status Pós Enfarte Agudo do Miocárdio	Preço
Elementos de telemonitorização PPT - EAM	3 561,00 €
Preço compreensivo doente em tratamento/mês	117,42 €

O pagamento por doente tratado abrange os investimentos necessários para o arranque do programa, as visitas domiciliárias, as consultas de telemedicina e a transmissão de dados dos doentes em monitorização.

2.2. Faturação

Apenas os hospitais que integram esta modalidade de pagamento podem faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular.

O programa apenas irá abranger doentes em telemonitorização, não englobando a avaliação clínica dos doentes ou a prestação de cuidados efetuada nas instituições aderentes, pelo que a produção de consultas, MCDT prescritos, internamentos, ou outras componentes de tratamento, quando o doente se desloque à instituição prestadora de cuidados deve manter-se remunerada pelas linhas habituais dos respetivos contratos-programa hospitalares.

As consultas de telemedicina e visitas domiciliárias realizadas no âmbito do presente programa, não podem ser faturadas pelas instituições aderentes pelas linhas habituais dos contratos-programa hospitalares.

Assim, e para efeitos de registo de produção e validação da faturação inerente, importa observar as seguintes regras:

- As consultas de telemedicina realizadas a doentes ao abrigo do PPT-EAM devem ser associadas às linhas de produção “PPT-EAM”, e não são faturáveis ao abrigo das restantes linhas dos respetivos dos contratos-programa hospitalares. Neste sentido, as instituições aderentes criam as subespecialidades intrínsecas à identificação inequívoca da produção inerente ao programa;
- As visitas domiciliárias realizadas a doentes ao abrigo do PPT-EAM são associadas às linhas de produção “PPT-EAM”, e não são faturáveis ao abrigo das restantes linhas dos respetivos dos contratos-programa hospitalares. Neste sentido as instituições aderentes deverão criar as subespecialidades intrínsecas à identificação inequívoca da produção inerente ao programa;
- No início do programa, as instituições abrangidas fornecem à ACSS, e ARS respetivas, a lista de doentes que integram o programa, identificando o número de utente e a data de entrada em programa;
- As instituições abrangidas pelo presente programa fornecem mensalmente à ACSS, e ARS respetivas, a lista de doentes que integram o programa, identificando o número de utente e as datas de entrada e saída do programa. Esta lista acompanha a faturação mensal do programa;
- Quando um doente que integrava o programa, sai por abandono ou outro motivo, e é substituído por um doente novo, as instituições são responsáveis pela remoção do equipamento e colocação na casa do doente novo que integra o programa, não podendo haver lugar a faturação dos dois doentes no mesmo mês, ou a faturação do preço “Elementos de Telemonitorização”, do doente novo que integra o programa por substituição de outro doente.

A faturação do doente em tratamento efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais” com o seguinte código:

- PPT-EAM - Doente em tratamento (PPT 2)

A faturação desta linha de atividade requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes novos em tratamento, de acordo com o anexo VII, identificando as datas de entrada e saída do doente em tratamento.

A faturação dos elementos de telemonitorização, até ao limite de 15 doentes, efetuar-se-á em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código:

- Elementos de telemonitorização EAM - (PRE 68)

3. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA (PPT- ICC)

Um dos objetivos principais no tratamento da Insuficiência Cardíaca (IC) é a prevenção de admissões hospitalares e a melhoria da sobrevida. A deteção atempada dos sintomas de agudização pode prevenir as hospitalizações, com redução consequente dos custos e melhoria do prognóstico destes doentes. Mas para além disso, em particular, são esperados os seguintes resultados:

Nestes termos, em 2016, foi implementado um Programa de Telemonitorização da Insuficiência Cardíaca Crónica, através do qual se pretendem obter os seguintes resultados:

- Elevar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos fazendo com que se sintam acompanhados de forma contínua na sua doença;
- Reduzir pelo menos dois internamentos anuais por degradação de saúde do doente;
- Reduzir três episódios de exacerbação com recurso a Serviço de Urgência por doente em programa;
- Reduzir a necessidade de duas consultas externas por ano, com inerente impacto nos custos de transportes especiais medicalizados;
- Seguir de forma proactiva e contínua as flutuações das condições de cada paciente permitindo uma reação atempada que adie o mais possível o agravamento da doença.

3.1. Preço

A modalidade de pagamento estabelece dois preços por doente tratado por mês, caso o doente seja novo, ou já em seguimento, na instituição. O preço por doente novo apenas se aplica uma única vez na instituição por cada doente.

Tratamento de Doentes com Insuficiência Cardíaca Crónica	Preço
Elementos de telemonitorização PPT-ICC	1 702,00 €
Preço compreensivo doente em tratamento/mês	117,42 €

O pagamento por doente tratado abrange os investimentos necessários para o arranque do programa, as visitas domiciliárias, as consultas de telemedicina e a transmissão de dados dos doentes em monitorização.

3.2. Faturação

Apenas os hospitais que integram esta modalidade de pagamento podem faturar esta linha de atividade nos moldes previstos na presente circular.

O presente programa apenas irá abranger doentes em telemonitorização, não englobando a avaliação clínica dos doentes ou a prestação de cuidados efetuada nas instituições aderentes, pelo que a produção de consultas, MCDT prescritos, internamentos, ou outras componentes de tratamento, quando o doente se desloque à instituição prestadora de cuidados deve manter-se remunerada pelas linhas habituais dos respetivos contratos-programa hospitalares.

As consultas de telemedicina e visitas domiciliárias realizadas no âmbito do presente programa, não podem ser faturadas pelas instituições aderentes pelas linhas habituais dos contratos-programa hospitalares.

Assim, e para efeitos de registo de produção e validação da faturação inerente, importa observar as seguintes regras:

- As consultas de telemedicina realizadas a doentes ao abrigo do PPT - ICC devem ser associadas às linhas de produção “PPT - ICC”, e não são faturáveis ao abrigo das restantes linhas dos respetivos dos contratos-programa hospitalares. Neste sentido, as instituições aderentes deverão criar as subespecialidades intrínsecas à identificação inequívoca da produção inerente ao programa;
- As visitas domiciliárias realizadas a doentes ao abrigo do PPT-ICC são associadas às linhas de produção “PPT - ICC”, e não são faturáveis ao abrigo das restantes linhas dos respetivos dos contratos-programa hospitalares. Neste sentido, as instituições aderentes deverão criar as subespecialidades intrínsecas à identificação inequívoca da produção inerente ao programa;
- No início do programa, as instituições abrangidas fornecem à ACSS, e ARS respetivas, a lista de doentes que integram o programa, identificando o número de utente e a data de entrada em programa;
- As instituições abrangidas pelo presente programa fornecem mensalmente à ACSS, e ARS respetivas, a lista de doentes que integram o programa, identificando o número de utente e as datas de entrada e saída do programa. Esta lista acompanha a faturação mensal do programa;
- Quando um doente que integrava o programa, sai por abandono ou outro motivo, e é substituído por um doente novo, as instituições são responsáveis pela remoção do equipamento e colocação na casa do doente novo que integra o programa, não podendo haver lugar a faturação dos dois doentes no

mesmo mês, ou a faturação do preço “Elementos de Telemonitorização”, do doente novo que integra o programa por substituição de outro doente.

A faturação dos doentes em tratamento efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais” com o seguinte código:

- PPT- ICC - Doente em tratamento - (PPT 3)

A faturação desta linha de atividade requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes novos e em tratamento, de acordo com o anexo VII, identificando as datas de entrada e saída do doente em tratamento, por fase.

A faturação dos elementos de telemonitorização efetuar-se-á em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código:

- Elementos de telemonitorização ICC - (PRE 69)

XXV – PROGRAMA PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES COCLEARES

O implante coclear é um dispositivo eletrónico que tem como objetivo substituir as funções das células do ouvido interno de pessoas com surdez profunda que não são beneficiadas pelo uso de aparelhos auditivos. Trata-se de um equipamento implantado cirurgicamente na orelha que tem a função de estimular o nervo auditivo e recriar as sensações sonoras.

Atualmente, o implante coclear é o único método de reabilitação auditiva que permite a um surdo profundo (criança ou adulto), adquirir ou readquirir a capacidade auditiva e consequentemente desenvolver a linguagem verbal como forma de comunicação.

Pela natureza dos ganhos sociais e em saúde que apresenta, a implantação coclear é um método de reabilitação auditiva suportado pela evidência científica.

Considerada a recente publicação da Norma de Orientação Clínica da Direção-Geral da Saúde sobre Rastreio e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica, mantém-se a modalidade de pagamento por doente tratado no sentido de incentivar a atividade na área da implantação coclear, designadamente, a implantação bilateral e simultânea na idade pediátrica.

1. Preço

Para 2020 e 2021, os preços a praticar para esta modalidade de pagamento acresce à faturação do episódio por doente equivalente e são os seguintes:

Programa para Colocação de Implantes Cocleares	Preço
Implante coclear bilateral	34 125,00 €
Implante coclear unilateral	19 688,00 €

2. Faturação

Para efeitos de faturação, esta produção encontra-se consubstanciada no GDH 91 - Procedimentos major na cabeça e/ou pescoço, em qualquer nível de severidade, sempre que um dos procedimentos realizados corresponda aos seguintes códigos da ICD-10-PCS:

ICD-10-PCS 2017	Implantes Cocleares
09HD05Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Open
09HD06Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Open
09HD35Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc
09HD36Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc
09HD45Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc Endo
09HD46Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc Endo
09HE05Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Open
09HE06Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Open
09HE35Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc
09HE36Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc
09HE45Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc Endo
09HE46Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc Endo

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Produções Específicas” com os seguintes códigos:

- Implante coclear bilateral - (IMP 1)
- Implante coclear unilateral - (IMP 2)

XXVI – PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES COM DISPOSITIVOS PSCI

Em Portugal, a utilização de dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI) para administração da insulina às pessoas com diabetes tipo 1 tem permitido uma melhoria do seu controlo metabólico, com redução das hipoglicemias graves e dos episódios de cetoacidose.

A terapia por perfusão subcutânea contínua de insulina, pelas características da sua utilização, exige que sejam asseguradas condições organizacionais específicas, que garantam uma efetiva experiência com este tipo de terapêutica, o que exige envolvimento dos hospitais nesta matéria.

O Programa Nacional para a Diabetes (PND), em atividade na DGS, define os Centros de Tratamento (CT) e as prioridades de inclusão de utentes elegíveis para tratamento com estes dispositivos

Adesão e permanência em Programa

O Programa Nacional para a Diabetes (PND), em atividade na DGS, define os Centros de Tratamento (CT) e as prioridades de inclusão de utentes elegíveis para tratamento com estes dispositivos.

Neste sentido o Programa Nacional para a Diabetes (PND), através da Circular Normativa n.º 15/DSCS/DGID de 01/08/08 da DGS, definiu os requisitos a observar pelos Centros de Tratamento (CT) para Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (PSCI). Paralelamente, a Circular Normativa n.º 17/DSCS/DGID de 04/08/08, veio estabelecer os critérios de elegibilidade para a terapia com dispositivos de PSCI.

Permanência

Um doente é considerado em programa desde que:

- A unidade hospitalar registre e/ou reporte anualmente os dados solicitados, relativos aos cuidados ambulatoriais prestados no âmbito do programa (por doente);
- A unidade hospitalar não informe sobre a sua exclusão (abandono ou suspensão).

Monitorização

Os hospitais têm de proceder ao registo dos doentes em terapia por perfusão subcutânea contínua de insulina.

A monitorização dos cuidados prestados no âmbito desta modalidade de financiamento efetua-se em quatro níveis distintos:

- Serviços hospitalares
- Direção Clínica da unidade hospitalar
- Administração Regional de Saúde
- Administração Central do Sistema de Saúde e Direção-Geral da Saúde

Os serviços hospitalares são responsáveis por:

- O CT deverá continuar a fazer as associações (dispositivos PSCI + utente) na Plataforma PSCI, a monitorizar os utentes (em LE e LT) e a inscrever em LE os utentes elegíveis para tratamento;
- Elaborar um plano de tratamento (agendamento de consultas, monitorização de parâmetros clínicos e identificação de prescrição terapêutica);
- Registar dados relativos a comparência de consultas, resultados dos parâmetros clínicos, imunológicos e virológicos, confirmação da terapêutica prescrita bem como do respetivo levantamento;
- Submeter à ACSS os dados necessários à monitorização do programa indispensáveis para controlo de faturação e respetivo pagamento.

1. Preço

Dando cumprimento ao determinado no Despacho n.º 13277/2016, de 28 de outubro do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, esta prestação de cuidados mantém-se integrada nos Contratos-Programa hospitalares, havendo lugar a contratação com os CT de acordo com as prioridades de atribuição de dispositivos e aferição e indicadores de qualidade definidos pelo PND, sendo praticados dois preços distintos:

- a) Um preço por novo doente em Programa, que se aplica aos 12 primeiros meses de tratamento do doente e que inclui as seguintes componentes:
 - Dispositivo e PSCI e respetivos consumíveis, para 12 meses de tratamento;
 - Todas as consultas e MCDT relacionados com o regular acompanhamento dos doentes elegíveis, de acordo com protocolo definido pela DGS na informação n.º 002/2017 de 06/02/2017.
- b) Um preço por doente em seguimento, após 12 primeiros meses tratamento, com as componentes:
 - Consumíveis para 12 meses de tratamento;
 - Todas as consultas e MCDT relacionados com o regular acompanhamento dos doentes elegíveis, de acordo com protocolo definido pela DGS na informação n.º 002/2017 de 06/02/2017.

Para 2020 e 2021, os preços a praticar para esta modalidade de pagamento piloto são os seguintes:

Programa de Tratamento de Doentes com Dispositivos PSCI	Preço
Doentes novos/mês	128,92 €
Doentes em seguimento/mês	91,00 €

O valor mensal a pagar por doente abrange todos os encargos relativos à prestação de cuidados ambulatoriais (ex: consulta, avaliação laboratorial de parâmetros clínicos) no âmbito da gestão de caso.

Não há lugar à faturação dos cuidados de saúde de ambulatório prestados a doentes em programa de tratamento com dispositivos PSCI no âmbito desta especialidade, nas linhas de produção consideradas no contrato-programa.

2. Faturação

Para efeitos de faturação, e de acordo com a fase de tratamento em causa, os utentes devem ter o seguinte número mínimo de contatos com a instituição no âmbito das subespecialidades definidas:

- Doentes novos 1º ano: 9 contatos de consultas aos quais devem estar associados os MCDT previstos no preço compreensivo.
- Doentes em seguimento: 5 contatos de consultas aos quais devem estar associados os MCDT previstos no preço compreensivo.

Entende-se por contato a efetivação de consulta e realização de avaliação laboratorial de parâmetros clínicos.

O montante a faturar mensalmente corresponde ao número de doentes em programa de tratamento com dispositivos de PSCI (efetivo) vezes o valor mês contratado.

A faturação desta linha requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento, de acordo com o anexo VII, identificando as datas de entrada e saída.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais”, com os seguintes códigos:

- PSCI - Novo doente em tratamento - (PSI 1)
- PSCI - Doente em seguimento - (PSI 2)

O acompanhamento e monitorização desta linha de atividade implicam que seja identificada/criada, no SONHO ou aplicação equivalente, a subespecialidade de consulta - “Consulta PSCI” de modo a identificar inequivocamente a produção inerente ao tratamento de doentes em programa.

O número de doentes a faturar mensalmente deve ser indicado pela Direção Clínica do Hospital, observando as seguintes regras:

- Um doente é pago a partir do mês em que ocorreu a atribuição de dispositivos ou consumíveis;
- Sempre que ocorra a substituição do Dispositivo de PSCI, o doente é considerado como novo doente em Programa, exceto em situações em que a substituição se realize a título gracioso pelo fornecedor e por motivos imputáveis a este.
- Um doente que, por razões clínicas, suspende a terapêutica, é pago até ao último mês em que se verificou dispensa de medicação;
- Um doente transferido para outro Hospital, é pago ao Hospital de origem se, este cedeu terapêutica no mês em que ocorre a transferência (independentemente do dia em que ocorre a cedência/registo). Um doente transferido para outro Hospital, é pago ao Hospital de destino se, este cedeu terapêutica no mês em que ocorre a transferência (independentemente do dia em que ocorre a cedência/registo);
- Não há lugar a pagamento de doentes em Programa de tratamento com dispositivos de PSCI sem registos de efetivação de consulta externa e informação referente aos parâmetros laboratoriais.

XXVII - PROGRAMA DE TRATAMENTO AMBULATORIO DE PESSOAS PORTADORAS DE INFEÇÃO PELO VÍRUS HEPATITE C

O acompanhamento deste programa assenta nos registos feitos no HEPC – Portal da Hepatite C, de forma a permitir a análise da efetividade dos tratamentos realizados. Nesse sentido, reforça-se que são considerados de preenchimento obrigatório os campos abaixo, sendo que o não preenchimento dos mesmos pode resultar na não elegibilidade do utente, ao abrigo do programa.

- Data de início de tratamento;
- Data fim tratamento;
- Fez tratamento autorizado;
- Resposta virológica mantida

1. Preço

Para o efeito considera-se apenas a componente terapêutica medicamentosa (de acordo com a tabela 11 do Anexo VIII), abrangendo-se todos os genótipos associados à patologia e praticando-se o seguinte preço por doente tratado (indivíduo).

Para 2020 e 2021, o preço a praticar para esta modalidade de pagamento piloto é o seguinte:

Tratamento Doentes com Hepatite C	Preço
Doente tratado	6.922,00 €

Em caso de necessidade de se tratar de novo o doente, por falha do primeiro tratamento, deve ser aplicado o mesmo preço. Considera-se como doente tratado o doente com tratamento completo realizado durante o ano em curso.

Como tratamento completo entende-se todos os tratamentos terapêuticos terminados independentemente do resultado clínico (RVS ou falência terapêutica). Os casos de abandono, efeitos adversos ou falecimento durante o tratamento são também considerados como tratamento completo.

O valor contratado para 2020 e 2021 nesta linha de atividade, destina-se exclusivamente ao pagamento do tratamento de doentes com esta patologia, não podendo ser utilizado para outro fim, de forma a assegurar a acessibilidade a estes tratamentos a nível nacional.

2. Faturação

A faturação desta linha requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento, de acordo com o anexo VII, identificando a data de entrada e saída do doente por tratamento completo em programa.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, no final do tratamento, em “Tratamentos Especiais”, com os seguintes códigos:

- Hepatite C - Novo doente em tratamento - (HEP 1)

Considerando as evoluções previstas para o mercado terapêutico, este preço poderá ser objeto de reavaliação.

XXVIII – PROGRAMA PARA TRATAMENTO DE DOENTES COM POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR EM ESTÁDIO 1

Considerada a autorização de introdução no mercado pela Agência Europeia do Medicamento (EMA) e pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED), do medicamento Tafamidis –

Vyndaqel®, indicado no tratamento da Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1, importa, com o objetivo de promover a qualidade de vida dos doentes e retardar o compromisso neurológico periférico associado àquela patologia, manter-se-á o programa para tratamento de doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em estágio 1 (PT - PAF 1).

1. Preço

A presente modalidade de pagamento estabelece um preço por doente tratado mês que abrange as consultas, MCDT e medicamentos intrínsecos ao tratamento de doentes em ambulatório de acordo com tabela 6 do Anexo VIII, tendo sido estabelecido o seguinte preço compreensivo:

Tratamento de Doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar em Estádio 1	Preço
Doente tratado/mês	4.863,25 €

2. Faturação

Considerada a casuística e o número de doentes com indicação para tratamento ao abrigo do PT-PAF1, e a recente constituição de Centros de Referência nesta área, em 2020 e 2021 são elegíveis no âmbito do presente programa: o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., e o Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.

A faturação desta linha requer o preenchimento de uma tabela onde se identificam os doentes em tratamento, de acordo com o anexo VII, identificando as datas de entrada e saída.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais”, com o seguinte código:

- PPT- PAF1 - Doente em tratamento - (PAF 1)

O acompanhamento e monitorização desta linha de atividade implicam que seja identificada/criada, no SONHO ou aplicação equivalente, a subespecialidade de consulta – “Consulta PT-PAF1” de modo a identificar inequivocamente a produção inerente ao tratamento de doentes em programa.

Apenas são passíveis de faturação os utentes com um mínimo de 4 contactos anuais com a instituição, no âmbito das subespecialidades definidas. Entende-se por um contacto, a efetivação de consulta ou hospital de dia e levantamento de terapêutica de Tafamidis - Vyndagel.

XXIX - PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES PORTADORES DE DOENÇAS LISSOSSOMAS DE SOBRECARGA

Mantém-se a existência de CRe das DLS, com os quais os centros de tratamento de proximidade (CTP) dos doentes se articulam, para garantir que a responsabilidade clínica e financeira pela prescrição e dispensa do fármaco é exclusiva do CRe. Os CTP devem depender do ponto de vista clínico e técnico da orientação dos CRe que, por sua vez, devem assegurar o acompanhamento integrado dos seus doentes, bem como dos doentes de CTP que, anualmente devem ser aí avaliados.

Neste sentido, a remuneração de cada CRe terá dois preços por patologia, nos seguintes termos: um preço para os doentes seguidos diretamente pelo CRe, outro preço para os doentes seguidos em CTP mas na esfera de responsabilidade do CRe. Por sua vez, o CTP poderá contratar a atividade decorrente do seguimento dos doentes a seu cargo, excluindo a componente farmacológica, a cargo dos CRe.

Importa ainda referir que a monitorização dos consumos deve ser efetuada através de instrumentos eletrónicos no âmbito da Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga (CCTDLS).

Para os utentes elegíveis para o programa e como critérios para dar início ao tratamento devem fazer cumprir o seguinte:

- O doente só poderá ser integrado no programa após aprovação da CCTDLS.
- Diagnóstico DLS (Fabry, Gaucher, MPS I, II e VI, Niemann-Pick C e Pompe) confirmado por estudo enzimático/molecular e com manifestações clínicas/laboratoriais relacionados com a doença com demonstrado/previsível benefício com terapia, ou história natural da doença de evolução grave;
- Consentimento informado para início de terapia;
- Responsabilização do doente/família pelo cumprimento de plano terapêutico e de monitorização.

1. Preço

As instituições devem assegurar a necessária colaboração para a implementação do presente modelo de articulação e os preços a praticar em 2020 e 2021 são os seguintes:

Tratamento de doentes DLS em Centros de Referência (doentes do próprio CRe)	Preço
Financiamento FABRY (Eq. mês)	9 957 €
Financiamento POMPE (Eq. mês)	16 389 €
Financiamento GAUCHER (Eq. mês)	15 114 €
Financiamento NIEMANN-PICK (Eq. mês)	6 174 €
Financiamento MPS I – Hurler (Eq. mês)	14 253 €

Financiamento MPS II – Hunter (Eq. mês)	34 280 €
Financiamento MPS VI – Maroteaux Lamy (Eq. mês)	32 110 €

Tratamento de doentes DLS em Centros de Referência (doentes dos CTP)	Preço
Financiamento FABRY (Eq. mês)	9 826 €
Financiamento POMPE (Eq. mês)	16 256 €
Financiamento GAUCHER (Eq. mês)	14 940 €
Financiamento NIEMANN-PICK (Eq. mês)	6 047 €
Financiamento MPS I – Hurler (Eq. mês)	14 012 €
Financiamento MPS II – Hunter (Eq. mês)	34 039 €
Financiamento MPS VI – Maroteaux Lamy (Eq. mês)	31 870 €

Tratamento de doentes DLS em CTP	Preço
Financiamento FABRY (Eq. mês)	133 €
Financiamento POMPE (Eq. mês)	136 €
Financiamento GAUCHER (Eq. mês)	177 €
Financiamento NIEMANN-PICK (Eq. mês)	129 €
Financiamento MPS I – Hurler (Eq. mês)	243 €
Financiamento MPS II – Hunter (Eq. mês)	243 €
Financiamento MPS VI – Maroteaux Lamy (Eq. mês)	243 €

2. Faturação

Para efeitos de faturação dos tratamentos neste âmbito, as instituições prestadoras de cuidados devem proceder à criação de uma consulta ou sessão de hospital de dia com as designações da tabela seguinte, atos aos quais deve estar associada a dispensa ou administração dos fármacos inerentes ao tratamento de doentes portadores de DLS.

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Tratamentos Especiais” com os seguintes códigos:

Tratamento de doentes DLS em Centros de Referência (doentes do próprio CRe)	Linha de Produção
Doença de FABRY	DLS 1
Doença de POMPE	DLS 2

Doença de GAUCHER	DLS 3
Doença de NIEMANN-PICK	DLS 4
Doença de Hurler - MPS I	DLS 5
Doença de Hunter - MPS II	DLS 6
Doença de Maroteaux-Lamy - MPS VI	DLS 7

Para esta linha de atividade concorre a produção de consultas, hospital de dia, MCDT e cedências de medicação realizadas.

Tratamento de doentes DLS em Centros de Referência (doentes dos CTP)	Linha de Produção
Doença de FABRY – CRE	DLS 8
Doença de POMPE – CRE	DLS 9
Doença de GAUCHER – CRE	DLS 10
Doença de NIEMANN-PICK – CRE	DLS 11
Doença de Hurler - MPS I – CRE	DLS 12
Doença de Hunter - MPS II – CRE	DLS 13
Doença de Maroteaux-Lamy - MPS VI – CRE	DLS 14

Para esta linha de atividade concorrem as cedências de medicação realizadas.

Tratamento de doentes DLS em CTP	Linha de Produção
Doença de FABRY – CTP	DLS 15
Doença de POMPE – CTP	DLS 16
Doença de GAUCHER – CTP	DLS 17
Doença de NIEMANN-PICK – CTP	DLS 18
Doença de Hurler - MPS I – CTP	DLS 19
Doença de Hunter - MPS II – CTP	DLS 20
Doença de Maroteaux-Lamy - MPS VI – CTP	DLS 21

Para esta linha de atividade concorre a produção de consultas, hospital de dia e MCDT realizadas.

XXX – CENTROS DE REFERÊNCIA

Conforme referido no Despacho N.º 3653/2017, de 7 de março do Senhor Ministro da Saúde, publicado no Diário da República n.º 50/2017, de 11 de março de 2017, a constituição dos CRe do SNS é um processo que se reveste da mais elevada importância, tanto a nível nacional como europeu, para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e para o prestígio e competitividade do sistema de saúde português face aos demais Sistemas de Saúde na União Europeia, posicionando os prestadores nacionais para as Redes Europeias de Referência que vierem a ser criadas.

A Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, que transpõe para ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, consagra a competência do Ministério da Saúde para identificar, aprovar e reconhecer oficialmente centros de referência nacionais, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras, assim como promover a participação e integração de centros de referência nacionais que voluntariamente pretendam integrar as Redes Europeias de Referência.

Definidas as áreas em que foram aceites CRe, considerou-se, para efeitos de contratualização e financiamento, a constituição de 4 grupos: (i) transplantação e ECMO; (ii) oncologia; (iii) doenças raras; (iv) outras áreas médico-cirúrgicas.

Por sua vez, no caso de candidaturas aceites em colaboração interinstitucional, o princípio do financiamento é o de pagamento à instituição que conclui o episódio de tratamento do doente.

Para 2020 e 2021, os princípios genéricos de incentivo à atividade realizada nas áreas em que existem CRe são:

- Majoração, em 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas em CRe no âmbito das áreas de referência;
- Majoração, em 5%, das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizadas nos CRe, no âmbito das áreas de referência;
- Redução de 50%, da atividade inerente às linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizadas em outros centros de tratamento, no âmbito das áreas de referência a apurar no momento da faturação e integrar em sede de acerto de contas;
- Considerando que alguns dos quatro grupos formados contêm especificidades, definem-se ainda os princípios específicos de financiamento que se consideram adequados em algumas das áreas de referência;

- Os princípios genéricos de incentivos produzem efeito a partir da data de reconhecimento da Instituição como CRe.

Relativamente a cada área de atividade enquadrável em Centros de Referência, importa observar os seguintes princípios específicos:

a) Transplantação e ECMO

Na área da transplantação salienta-se que para além da atividade realizada nas linhas constantes dos Contratos-Programa hospitalares, existem incentivos atribuídos nos termos do Despacho n.º 7215/2015, de 23 de junho. Assim, o financiamento de cuidados nesta área será efetuado nos seguintes moldes:

- Manutenção dos preços atuais da atividade realizada nos CRe constituídos e relacionada com a transplantação, nas linhas dos Contratos-Programa hospitalares;
- Redução, em 50%, do valor da atividade realizada em outros centros não reconhecidos como CRe.

b) Área Oncológica

Na área da oncologia, e podendo existir um conjunto relativamente alargado de atividade realizada nas diversas linhas constantes dos Contratos-Programa hospitalares, o financiamento de cuidados obedecerá às seguintes regras:

- Aplicação a todas as áreas dos princípios genéricos já referidos, exceto no caso cancro do reto, uma vez que já integra uma modalidade de pagamento por doente tratado com o incentivo à prestação integrada de cuidados naquela área.
- Redução, em 50%, do valor da atividade realizada em outros centros de tratamento não reconhecidos como CRe.

c) Doenças Raras

No âmbito das Doenças Raras, e apenas para as duas áreas em que existem CRe constituídos, já existem modalidades de pagamento por doente tratado, procederá:

- À manutenção dos preços formados no âmbito do PT-PAF1 para a paramiloidose familiar para os CRe aprovados;

- À manutenção dos preços formados no âmbito das doenças lisossomais de sobrecarga (integradas nas Doenças Hereditárias do Metabolismo) para os CRe aprovados;
- À redução de 50% no valor da atividade realizada em outros centros de tratamento não reconhecidos como CRe quer no âmbito do PT-PAF1, quer no âmbito das doenças lisossomais de sobrecarga.

d) Outras áreas médico-cirúrgicas

No caso das restantes áreas (epilepsia refratária, cardiologia de intervenção estrutural, cardiopatias congénitas, neurorradiologia de intervenção e implantes cocleares) pode haver, à semelhança do que sucede na oncologia, um conjunto relativamente alargado de atividade realizada nas linhas constantes dos Contratos-Programa hospitalares. Assim, a estas áreas, aplicar-se-ão os princípios genéricos de incentivo referidos no presente capítulo.

1. Preço

Os preços a praticar para esta modalidade de pagamento são os que decorrem dos princípios anteriormente enunciados e que se encontram detalhados no Anexo VI – Critérios de aplicação dos Centros de Referência⁹.

2. Faturação

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Centros de Referência” de acordo com as regras detalhadas no Anexo VI – Critérios de aplicação dos Centros de Referência.

XXXI – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CENTROS DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA (CRI)

Continuam a ser implementados os CRI no SNS¹⁰, os quais permitirão reformar a organização interna das instituições hospitalares, adaptando-as à modernidade, tornando-as mais competitivas num mercado global e mais efetivas na criação de valor para os utentes e para a sociedade.

Os CRI deverão ser constituídos, preferencialmente, em instituições hospitalares com elevado grau de diferenciação e especialização técnica e tecnológica, aproveitando sinergias e complementaridade das especialidades e permitindo assim uma resposta integrada e em tempo útil ao cidadão.

Nesta conformidade, a constituição de um CRI visa cumprir os seguintes objetivos específicos:

- Melhorar a acessibilidade e os tempos de resposta do SNS aos cidadãos;

⁹ A lista de diagnósticos e procedimentos constante do Anexo VI – Critérios de aplicação dos Centros de Referência aplica-se, cumulativamente e retrospectivamente, a partir do ano de constituição do respetivo Cre.

¹⁰ Nos termos definidos através da Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro, alterada pela Portaria n.º 71/2018, de 8 de março.

- Aumentar a eficiência e rentabilizar a capacidade instalada na rede pública do SNS;
- Racionalizar despesas, através da redução dos encargos com atividade realizada no exterior, internalizando a prestação de cuidados;
- Contribuir para a complementaridade e articulação entre os diversos serviços e instituições;
- Incrementar os níveis de produtividade e de satisfação dos profissionais do SNS, associando a atribuição de incentivos institucionais e financeiros ao desempenho efetivamente alcançado;
- Promover a autonomia, o envolvimento e a responsabilização dos profissionais na gestão dos recursos, incentivando-os a desenvolver, exclusivamente, a sua atividade no SNS;
- Incentivar um modelo de competição saudável entre os serviços e as instituições do SNS.

Os CRI terão um modelo de trabalho com tempos dedicados a produção, formação e investigação e contratualizam produção base e adicional, criando-se mecanismos de pagamento pelo desempenho, que contribuam para a melhoria da produtividade e para a redução dos tempos de resposta no SNS.

Nos CRI serão prestados cuidados com elevados padrões de acesso, qualidade, efetividade e eficiência e a atividade aqui realizada será remunerada nos mesmos moldes dos princípios genéricos de incentivo à atividade realizada nos CRe, nomeadamente:

- Majoração, em 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) e disponibilidade de urgência com equipas dedicadas;
- Majoração, em 5% das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório);
- Aplicação dos preços constantes dos acordos de gestão partilhada de recursos no SNS que constam da plataforma GPR SNS que se encontra em implementação durante o ano de 2018 (nos termos da Circular Normativa Conjunta n.º 11/2017/ACSS/SPMS, de 26 de maio), a qual estabelece as regras e condições de faturação às ARS e aos restantes hospitais, constituindo-se assim como um proveito extra Contrato do Hospital onde o CRI se encontram constituído, a regularizar de acordo com o Sistema de Compensação de Créditos e Débitos entre as entidades do SNS.

XXXII – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A DOENTES EM SEGUIMENTO POR EQUIPAS ESPECÍFICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS ¹¹

A prestação de cuidados aos doentes com doenças graves e/ou avançadas e progressivas com o objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida, é um elemento qualitativo essencial do sistema de saúde, devendo

garantir-se o seu adequado desenvolvimento na continuidade dos cuidados de saúde, tendo por base os princípios de equidade e de cobertura universal.

Para operacionalizar esta visão, criou-se a Rede Nacional de Cuidados Paliativos funcional, plenamente integrada no SNS e implementada em todos os níveis de cuidados de saúde, que permita a equidade no acesso a cuidados paliativos de qualidade, adequados às necessidades multidimensionais (físicas, psicológicas, sociais e espirituais) e preferências dos doentes e famílias e desenvolveu-se o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no biénio 2017-2018, apresentado pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP).

No âmbito desta estratégia, definiu-se que todos os hospitais do SNS deverão ter uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos no biénio 2017-2018 e que os hospitais dos grupos E e F, pelo menos, deverão ter Serviços de Cuidados Paliativos de Referência, com Unidade de internamento (UCP), Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) com consulta externa, hospital de dia e consulta domiciliária, se nos ACES da região não houver uma Equipa de Cuidados Saúde Cuidados Paliativos (ECSCP).

a) Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)

As EIHSCP são equipas multidisciplinares específicas de cuidados paliativos, dotadas de recursos próprios, que exercem a sua atividade prestando consultadoria a toda a estrutura hospitalar onde se encontram integradas. As EIHSCP devem desenvolver uma consulta de cuidados paliativos e uma resposta de hospital de dia (permitindo a realização de procedimentos terapêuticos, nomeadamente administração de fármacos, realização de pensos, paracenteses, entre outros), para assegurar o acompanhamento dos doentes que tiveram alta do internamento hospitalar ou para doentes referenciados por outras equipas dos cuidados de saúde primários, de outros hospitais e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Deverá ser prevista a realização de consultas programadas e não programadas permitindo, assim, um acesso diferenciado em situações de crise, evitando o recurso ao Serviço de Urgência. As EIHSCP devem disponibilizar atendimento telefónico aos doentes, familiares/cuidadores e profissionais de saúde. Quando não houver na área uma ECSCP, as EIHSCP devem estender a sua atividade de consultadoria aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários e Equipas/Unidades da RNCCI da área de influência da instituição onde estão integradas.

b) Unidades de cuidados paliativos (UCP)

As UCP “são serviços específicos de cuidados paliativos, em unidades hospitalares, dispõem de espaço físico independente e recursos próprios, nomeadamente médicos e enfermeiros a tempo inteiro e destinam-se ao acompanhamento dos doentes com necessidades paliativas mais complexas, em situação de descompensação clínica ou emergência social, como seja a exaustão grave do cuidador”. O número de camas deve ser adaptado às

¹¹ Circular Informativa n.º 13/2017, de 24 de maio

necessidades estimadas da população que servem, e às condições estruturais das instituições em que estão inseridas. As UCP podem diferenciar-se em função de patologias específicas (i.e. oncológicas, neurológicas, VIH/SIDA) e desenvolver atividades de docência e investigação, devendo neste caso estar sediadas em hospitais centrais ou universitários.

1. Preço

Visando incentivar a prestação de cuidados paliativos de excelência no SNS, praticam-se os seguintes princípios de financiamento para esta atividade:

- Majoração, em 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas por equipas específicas de cuidados paliativos;
- Majoração, em 5%, das linhas de produção de GDH médico de internamento, realizadas nas unidades de internamento de cuidados paliativos.

2. Faturação

A faturação desta atividade requer a criação de serviços de especialidade específicos cuja subcategoria estará associada a 110 - Cuidados Paliativos. A associação a esta subcategoria irá determinar o processamento da produção nas linhas específicas criadas para o efeito de modo a identificar inequivocamente a produção inerente ao tratamento de doentes em programa.

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, com os seguintes códigos:

- Internamento GDH Médicos - Cuidados Paliativos - (SCP 1)
- Primeiras Consultas - Cuidados Paliativos - (SCP 2)
- Consultas Subsequentes - Cuidados Paliativos (SCP 3)
- Hospital de Dia - Cuidados Paliativos - (SCP 4)

XXXIII – CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Desde 2018 que a valorização da atividade domiciliária é efetuada em duas linhas de produção distintas, as quais pretendem ser uma resposta integrada e centrada no utente, e não uma simples extensão da resposta hospitalar para além das fronteiras físicas da instituição aproximando os CSP, com as estruturas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com o setor social e com a comunidade.

1. Serviço domiciliário

Por serviço domiciliário entende-se o conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde a pessoas doentes ou inválidas no seu domicílio. O perfil assistencial desta linha de actividade caracteriza-se pela visita periódica, de baixa intensidade, como alternativa à resposta no ambulatório nos cuidados primários. Apenas são objeto de faturação as visitas domiciliárias com registo administrativo e registo da atividade realizada pelos profissionais envolvidos nestes cuidados.

Este tipo de atividade deve, prioritariamente, aplicar-se aos cuidados prestados a doentes da área da saúde mental e a doentes ventilados, ficando ao critério de cada ARS a inclusão de outros doentes.

2. Hospitalização domiciliária¹²

A família e a comunidade devem ser parceiras ativas do SNS, não apenas para evitar estadas desnecessárias dos doentes nos serviços de internamento dos hospitais por razões alheias ao seu estado de saúde, mas também para potenciar o retorno à sua vida ativa e para reduzir as infeções nosocomiais, as quais apresentam valores elevados em Portugal, comparativamente a outros países.

Neste contexto, incentiva-se a criação de respostas integradas de hospitalização domiciliária no SNS, centradas nas necessidades dos utentes, que garantam uma resposta segura e adequada às situações de doença aguda e que assegurem a continuidade para os cuidados de saúde primários e para a RNCCI.

Esta hospitalização domiciliária é diversa das respostas de saúde e de apoio social no domicílio já implementadas no SNS, na medida em que incide sobre a fase aguda da doença, de elevada complexidade e frequência de procedimentos clínicos praticados, enquanto as outras respostas no domicílio (nomeadamente nos cuidados primários) se caracterizam pela visita periódica, de baixa intensidade, como alternativa à resposta no ambulatório nos cuidados primários. Já os episódios relativos ao acompanhamento de doentes infetados com SARS-CoV-2, que se encontrem no domicílio a cumprir o necessário isolamento, não se consubstanciam como situações de elevada complexidade e frequência de procedimentos clínicos praticados e, como tal, não são considerados episódios de hospitalização domiciliária. A partir do momento em que o acompanhamento destes doentes se efetue, presencialmente no domicílio, a atividade deve ser registada como serviço domiciliário, não sendo objeto de codificação clínica em ICD10CM/PCS nem agrupamento em GDH.

Esta resposta de hospitalização domiciliária deve aplicar-se, prioritariamente, a determinadas patologias elegíveis - DPOC, insuficiência cardíaca crónica descompensada, asma aguda, celulites/erisipela, infeções adquiridas na comunidade ou no hospital, infeções por microrganismos MDR, asma aguda, pneumonias (aspirativa, hospitalar e

¹² Modelo de acompanhamento das unidades de hospitalização domiciliário no SNS – conceitos, registos, codificação clínica, faturação e processo de acompanhamento de maio 2020.

PAC), patologias trombo-embólicas, diverticulitis, neutopénia febril – e tem de seguir critérios de inclusão e exclusão de doentes, assim como de articulação com os cuidados primários, com as respostas da RNCCI, com o setor social e com a comunidade, bem como reger-se por mecanismos de controlo e avaliação.

Os episódios de hospitalização domiciliária constituem-se como produção independente do internamento, aplicando-se a codificação clínica em ICD10CM/PCS dos diagnósticos e procedimentos ocorridos durante o respetivo episódio e o consequente agrupamento em GDH.

3. Preço

Cuidados Domiciliários	Preço
Serviço domiciliário	40,00 €
Hospitalização domiciliária*	2 759,00 €

* O preço a pagar pelos episódios de hospitalização domiciliária cumprem as regras aplicáveis aos episódios de internamento referidas no Capítulo II.

Para a linha de atividade de hospitalização domiciliária, as ARS poderão variar o preço base até 5%.

4. Faturação

A faturação da atividade de hospitalização domiciliária requer a criação no Sistema de Informação de um “serviço de internamento” de hospitalização domiciliária, mapeado ao nível da Estrutura Clínica para o código 1113 - Unidades de Hospitalização Domiciliária. Este serviço será alvo de um processo de monitorização autónomo diferenciado do processo de monitorização e acompanhamento em vigor para o internamento convencional.

Os episódios elegíveis na linha de atividade de hospitalização domiciliária são determinados pela prestação ter sido realizada numa unidade de hospitalização domiciliária.

O critério de faturação da linha de hospitalização domiciliária, cumpre os seguintes requisitos:

1. Parametrização na sys_novas_especialidades de um serviço de hospitalização domiciliária associado à estrutura clínica – 1113 UNIDADES DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA.
2. Associação ao serviço referido na alínea anterior, do número de camas cuja equipa de hospitalização domiciliária tem capacidade de responder em simultâneo.
3. O número de camas deste serviço não se pode refletir na lotação do hospital.
4. Os episódios elegíveis para a linha de HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA (INT 13) têm como duração todo o tempo de decorre desde a admissão até à alta da unidade de hospitalização domiciliária.
5. Todos os episódios de internamento ou outros (com a exceção dos episódios de urgência) que derem origem a um episódio de hospitalização domiciliária coconstituem-se como atividade independente

desta linha de produção, seguindo as regras de registo em vigor e tendo como destino de alta “Hospitalização Domiciliário”.

Independentemente da entidade financeira responsável, o episódio de hospitalização domiciliária é faturado de acordo com as regras em vigor, à data de alta do episódio, considerando os valores de referência para o internamento hospitalar.

Todos os episódios que derem origem à hospitalização domiciliária são passíveis de contabilização e faturação (consulta externa, hospital de dia, MCDT, internamento, entre outros), à exceção dos episódios de urgência, que não são passíveis de faturação.

Quando, no decorrer do episódio de prestação dos cuidados na UHD, se justifique a admissão do doente em internamento, por complicações no decurso do episódio de hospitalização domiciliária, deve ser dada alta do episódio de hospitalização domiciliária e ter início um episódio de internamento, só havendo lugar à faturação de um GDH correspondente a todos os diagnósticos e procedimentos efetuados.

Para situações de readmissão ou internamento num período de 72 horas após a alta de hospitalização domiciliária, só há lugar ao pagamento do último episódio. Excetuam-se as situações em que:

- a) o episódio subsequente não está clinicamente relacionado com o anterior, desde que assim demonstrado pela entidade prestadora.
- b) a readmissão ou internamento subsequente ocorre após alta contra parecer médico da hospitalização domiciliária.
- c) a alta de hospitalização domiciliária para admissão ao internamento ocorre por vontade expressa do doente e/ou do familiar/cuidador

Durante o período de hospitalização domiciliária, não são passíveis de faturação outras modalidades assistenciais de ambulatório programado.

Todos os registos de profissionais de saúde devem ser feitos no âmbito da hospitalização domiciliária em curso, sendo que é obrigatório a existência de registos médicos para que a produção seja passível de faturação nesta linha de atividade.

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, com os seguintes códigos:

- Serviço domiciliário - (CON 3)
- Hospitalização domiciliária - (INT 13)

XXXIV – LAR (IPO)

A permanência dos doentes nos lares do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil é paga por diária. O preço da diária não inclui os cuidados de saúde prestados.

1. Preço

Dias Assistência em Lar	Preço
Diária	63,00 €

2. Faturação

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, com o seguinte código:

- Dias de assistência em lar - (INT 5)

XXXV – CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA EXECUÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE SAÚDE REALIZADAS AO ABRIGO DO CONTRATO-PROGRAMA

A contratação de terceiros para execução das prestações de saúde realizadas de acordo com os termos do clausulado do Contrato-Programa, tem consequências no que diz respeito ao processo de registo e monitorização da atividade, assim como na avaliação de desempenho das instituições envolvidas. Requer ainda particular atenção no que se refere ao processo organizativo e documental da prestação realizada, que terá que garantir a devida identificação dos recursos humanos, técnicos e físicos utilizados, dos procedimentos realizados, dos diagnósticos identificados, do resultado da codificação, quando aplicável, e outros registos de carácter obrigatório, em prestações específicas, como sejam registos SIGLIC, Cirurgia Segura, RON e afins.

Este processo de subcontratação de terceiros não pode, em caso algum, pôr em causa o cumprimento pontual das obrigações assumidas pelo Hospital, designadamente a capacidade e a aptidão funcional do Hospital para prestar, a todo o momento e atempadamente, as prestações de saúde correspondentes à produção contratada, sendo que a celebração de subcontratos com terceiros, relativos a serviços clínicos, carece de autorização prévia da ARS e comunicação à ACSS, a qual só é concedida caso sejam demonstradas a idoneidade, a capacidade técnica e a capacidade financeira adequadas dos terceiros.

As instituições hospitalares, no que se refere a subcontratos a celebrar com terceiros, devem assegurar que:

- a) Todos os profissionais que prestem serviço ao abrigo dos subcontratos possuem as qualificações e as competências adequadas à atividade que se propõem desenvolver;

- b) A entidade subcontratada está devidamente habilitada para o exercício da sua atividade e obriga-se ao cumprimento do estabelecido para o Hospital, no âmbito da atividade para a qual é subcontratada;
- c) A entidade subcontratada possui um adequado sistema de monitorização e avaliação de desempenho, coerente com o estabelecido no presente contrato-programa, nos mesmos termos exigidos para a prestação feita diretamente pelo Hospital.

Concretizado o processo de autorização prévia da ARS territorialmente competente, e consequente comunicação à ACSS, garantidos os trâmites legais e celebrado o contrato com a entidade prestadora, o hospital contratante terá que assegurar a implementação do processo de registo de atividade no seu sistema de informação hospitalar (SIH) garantindo a transposição da informação administrativa e clínica relevante, de forma a cumprir, estritamente, o emanado nesta circular relativamente às linhas de atividade que foram alvo do processo de subcontratação e procedimentos de faturação em vigor. Adicionalmente, a instituição contratante terá de garantir o consentimento informado do utente para prosseguir o tratamento definido a executar pela entidade subcontratada, sendo que a recusa do utente obriga a instituição contratante a cumprir, de acordo com os procedimentos em vigor, a devida prestação de cuidados.

Os registos referentes à atividade subcontratada terão de cumprir as mesmas regras de registo da atividade interna, sendo que as instituições deverão criar mecanismos para identificar, inequivocamente, esta produção.

Adicionalmente, no que respeita à monitorização e faturação da atividade subcontratada passível de enquadramento no contrato-programa e de forma a garantir a identificação desta atividade, deverão ser cumpridos os seguintes pressupostos:

- A) Os serviços a criar terão de estar associados, no que respeita ao processo de mapeamento que dá resposta à uniformização das especialidades, a um novo nível de detalhe denominado tipo de atividade representado nas duas últimas posições disponíveis no código de 16 posições com o código "02" (02 – Externa), que discrimina os serviços cuja atividade é desenvolvida no exterior da instituição.
- B) No caso da atividade de prestação requerer registos de atividade cirúrgica, a mesma terá de estar registada com o tipo de programação "Subcontratada" para garantir a discriminação da mesma ao nível do SIGLIC.

Por último, realça-se que a instituição que recorre à subcontratação, é formalmente responsável por todos os cuidados prestados ao utente.

XXXVI – OUTROS PAGAMENTOS

1. Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório (consulta e hospital de dia)

São pagos os medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, da responsabilidade financeira dos hospitais, para as patologias que constam no Anexo I da presente Circular Normativa, com exceção dos medicamentos incluídos no preço compreensivo da hemodiálise e diálise peritoneal cedidos a doentes em programa crónico de ambulatório nas instituições e entidades convencionadas e os medicamentos cedidos aos doentes de VIH cujo pagamento é efetuado através de programa específico TARC – doentes em terapêuticas anti retrovíricas.

Para tal, deve a instituição proceder ao registo da cedência destes medicamentos associado a um ato de ambulatório, consulta ou hospital de dia e manter atualizado o registo médico e administrativo do doente em tratamento.

Deve ainda identificar o diploma legal ao abrigo do qual a cedência do medicamento é efetuada. A inexistência do devido registo da cedência implica o não pagamento dos medicamentos cedidos.

São excluídos ainda os medicamentos cedidos em ambulatório a pessoas a viver com esclerose múltipla e hepatite C, para os hospitais aderentes ao programa.

A utilização do Código Hospitalar Nacional de Medicamento (CHNM) é de utilização obrigatória, sendo que todos os registos que não identifiquem o respetivo código não serão passíveis de faturação.

1.1. Preço

O pagamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório da responsabilidade financeira do hospital está limitado ao valor previsto no contrato programa para este ano.

1.2. Faturação

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Produções Específicas”, com o seguinte código:

- Medicamentos de dispensa obrigatória em ambulatório - (MED 1)

2. Internato médico

No âmbito do contrato-programa será assegurado o pagamento da remuneração dos internos da especialidade.

2.1. Preço

Internato Médico	Preço
Internos do primeiro ano do internato médico (ano comum)/mês	1.665,00 €
Internos do segundo ano do internato médico/mês	1.909,67 €

O pagamento do internato médico será feito de acordo com os valores estipulados e número de internos em formação na instituição ao longo do ano.

2.2. Faturação

A faturação deverá ocorrer mensalmente nos termos previstos na presente Circular Normativa e ser acompanhada da identificação dos internos colocados nas instituições, n.º de cédula profissional, nome, data de entrada e saída em formação no hospital.

Para efeitos de faturação considera-se o número de dias correspondentes ao número de dias efetivados pelo interno (como exemplo: um interno que inicie a formação a meio do mês, conta os dias a partir da data da sua admissão).

O número máximo de dias faturados não pode exceder 30 dias em cada mês.

A faturação destas linhas de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Outras Produções do SNS”, com o respetivo preenchimento dos dados referentes dos internos e os seguintes códigos:

- Internos do primeiro ano da especialidade - (PRE 26)
- Internos do segundo ano da especialidade - (PRE 27)

3. Programa de promoção de investigação e desenvolvimento (I&D)

A componente de investigação e desenvolvimento é essencial para a qualificação e afirmação do SNS.

Nesta perspetiva, continuará a aplicar-se em 2020 e 2021 o Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento, através do qual se pretende premiar e estimular a produção científica realizada pelos Hospitais e Centros Hospitalares e ULS do SNS.

No âmbito deste Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento as instituições concorrem entre si segundo o peso relativo da pontuação alcançada por cada uma das patentes registadas, ensaios clínicos finalizados e artigos científicos publicados no último ano, de acordo com as seguintes regras:

- Cada artigo com primeiro autor da instituição hospitalar corresponde ao fator de impacto do Science Citation Index (SCI) da respetiva revista científica;

- Cada artigo em coautoria de elemento da instituição hospitalar que não como primeiro autor, corresponde a uma pontuação de 25% da pontuação SCI da respetiva revista;
- No caso de vários coautores, a pontuação dada a cada artigo não pode ultrapassar a pontuação SCI da respetiva revista;
- Cada patente registada no período corresponde a um fator de impacto 5 para patentes nacionais e de 15 para patentes internacionais;
- Cada ensaio clínico finalizado corresponde a um fator de impacto de 10.

3.1. Preço

No âmbito deste Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento as instituições concorrem entre si pela dotação anual de 2 M€.

3.2. Faturação

A faturação deverá ocorrer anualmente nos termos previstos da presente Circular Normativa e de acordo com a informação registada no relatório do SICA denominado “Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento” e após, devidamente validado.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, anualmente, em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código:

- Programa de Investigação e Desenvolvimento - (PRE 67)

4. Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)

O Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio, denominado SAPA, criado pelo Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de abril, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 42/2011, de 23 de março, e pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro, apresenta-se como uma importante ferramenta para a concretização de uma política global, integrada e transversal de resposta às pessoas com deficiência ou com incapacidade temporária, de forma a compensar e atenuar as limitações de atividade e restrições de participação decorrentes da deficiência ou incapacidade temporária, garantindo a atribuição de forma gratuita e universal de produtos de apoio, a gestão eficaz da sua atribuição mediante a simplificação dos procedimentos exigidos pelas entidades e uma vez que assenta num sistema informático centralizado e o financiamento simplificado dos produtos de apoio.

Desde a concretização do SAPA, o Contrato-Programa garantiu o financiamento desta área de prestação de saúde, através de um programa específico com financiamento autónomo, regido por obrigações de reporte específicas e assente em critérios formais de cabimentação. No sentido de agilizar o processo de gestão do financiamento desta

área de prestação de forma a garantir uma resposta mais célere na entrega dos produtos de apoio aos utentes, as ajudas técnicas, em 2020 e 2021, continuam a integrar o Contrato-Programa no âmbito do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio.

De forma a operacionalizar esta linha de atividade, passamos a detalhar os critérios que substanciam a atribuição de financiamento:

- a) Apenas os produtos de apoio que constem da lista publicada pelo Instituto Nacional para a Reabilitação, IP, através do Despacho n.º 7197/2016 de 1 de junho, são passíveis de financiamento;
- b) A prescrição dos produtos de apoio é, obrigatoriamente, realizada através da PEM;
- c) Mantém-se a obrigatoriedade de preenchimento do formulário disponível na Plataforma 'Financiamento Supletivo de atribuição de Ajudas Técnicas', disponibilizado no site da Direção-Geral da Saúde (DGS), com o objetivo fundamental de partilha de informação, acompanhamento do circuito de monitorização e faturação dos produtos de apoio e adequado estudo estatístico resultante deste financiamento;
- d) A faturação desta linha de atividade está enquadrada no Contrato-Programa, através do envio de ficheiros eletrónicos mensais de produção a serem validados, centralmente, pela ACSS, após validação da informação registada na Plataforma 'Financiamento Supletivo de atribuição de Ajudas Técnicas'. Da validação com sucesso dos mesmos, dependerá a atribuição do financiamento disponível.

4.1. Preço

O valor a faturar corresponde à soma dos valores de produtos de apoio entregues, no respetivo ano, a incluir no ficheiro de faturação, após validação efetuada pela ACSS. O valor apurado terá, obrigatoriamente, que corresponder ao valor emitido através da plataforma 'Financiamento Supletivo de atribuição de Ajudas Técnicas', sendo que após validado não poderá ser alvo de alteração.

4.2. Faturação

A faturação desta produção efetuar-se-á, mensalmente, em "Outras Produções do SNS", com o seguinte código Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) – PRE 75.

No caso particular dos hospitais SPA, a sequência de numeração do ficheiro de produção terá que corresponder a uma fatura, uma vez que o pagamento desta atividade será contra fatura.

5. Programa de Incentivo à Integração de Cuidados (PIIC)

Dando cumprimento ao cronograma do Programa de incentivo à integração de cuidados e à valorização dos percursos dos utentes no SNS, nos termos definidos nos Termos de Referência de 2017, a execução financeira dos projetos aprovados ocorrerá durante o ano através de um programa de financiamento específico.

Nesse sentido, e de acordo com o regulamento do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no Serviço Nacional de Saúde para 2017, em vigor, as entidades ficam responsáveis por garantir o arquivo dos documentos comprovativos da despesa e de quitação, no âmbito do PIIC, devendo enviar às ARS a listagem identificativa desses documentos, por grupo de despesa constante do ponto 9.3 do referido regulamento.

5.1. Preço

O valor a faturar corresponde ao valor financiado de acordo com a distribuição de pagamentos prevista no Regulamento do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no SNS, estando os mesmos dependentes da apresentação da listagem dos documentos justificativos de despesa e quitação da despesa. Os valores a faturar decorrem do acompanhamento e avaliação a levar a cabo pela ACSS e ARS, nos termos das repetivas competências, que terão a responsabilidade de apurar os níveis de execução dos projetos.

5.2. Faturação

A faturação desta produção efetuar-se-á em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código Programa de Incentivo à Integração de Cuidados (PIIC) – PRE 76. Prevê-se uma periodicidade trimestral para a elaboração dos ficheiros, os quais irão traduzir, em termos de valor a informação registada no relatório “Programa de Incentivo à Integração de Cuidados”.

O incumprimento dos termos das obrigações contratuais implica a caducidade do apoio financeiro, havendo lugar à restituição das importâncias recebidas de acordo com regulamento do PIIC.

XXXVII – REMUNERAÇÃO

As regras de remuneração são vinculativas para as instituições hospitalares do Setor Empresarial do Estado e indicativas para as instituições hospitalares do Setor Público Administrativo.

1. Remuneração da produção contratada

Como contrapartida pela produção contratada e realizada, as instituições hospitalares recebem a remuneração especificada no contrato-programa.

Não há lugar a qualquer pagamento caso as unidades realizadas por linha de produção sejam inferiores a 75% das unidades realizadas no ano anterior e as unidades realizadas sejam inferiores 50% do volume contratado.

2. Remuneração da produção marginal

Sempre que os volumes da produção realizada pelas instituições hospitalares forem superiores ao volume contratado, o valor previsto para pagamento da atividade do SNS será revisto de acordo com o disposto nas seguintes alíneas:

- a) Não têm limite de produção as linhas de produção cirúrgica programada, doentes com esclerose múltipla, doentes com patologia oncológica (mama, colon e reto, colo do útero, próstata, pulmão, mieloma), rastreios oncológicos, doentes com hipertensão arterial pulmonar, doentes com dispositivos PSCI, programa de tratamento cirúrgico da obesidade, programa de tratamento de doentes com perturbação mental grave, banco de gâmetas, sessões de radioncologia, hospitalização domiciliária, implantes cocleares, programa ECMO, programa hepatite C, primeiras consultas referenciadas via CTH, diária de internamento e ambulatório de CER, doenças lisossomais, PIIC e SAPA, desde que a valorização da produção total faturada não exceda o valor global do contrato-programa sem incentivos;
- b) A produção cirúrgica programada marginal realizada pela unidade de saúde será paga pelo valor constante na tabela de preços em vigor no SIGIC (de acordo com o GDH apurado), não podendo, em qualquer caso, ser superior ao preço unitário da produção base contratada;
- c) Se o volume da produção realizada pelas instituições hospitalares for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, será paga nos termos do Anexo II, da seguinte forma:
 - 10% do preço contratado para o internamento de GDH médicos, de GDH cirúrgicos urgentes, internamento de doentes crónicos, psiquiatria no exterior e permanência em lar (IPO);
 - 15% do preço contratado para a consulta (com a exceção da linha de Primeira Consulta referenciada via CTH), serviço domiciliário, hospital de dia, GDH médicos de ambulatório, interrupção da gravidez, doentes em TARC (VIH/Sida), PMA, e DPN;
 - De acordo com o preço marginal definido para as linhas de urgência (Serviço de Urgência Básica, 1 €; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, 5 € e Serviço de Urgência Polivalente, 10 €);

- O valor da produção marginal (vpm) não pode, em circunstância alguma, exceder o valor global do contrato-programa (vgc), líquido do valor dos incentivos (i) e do valor da produção base faturada (vpbf). Ou seja, $vpm = vgc - (i + vpbf)$.

O valor global do contrato-programa (sem incentivos) não pode, em nenhum caso, ser excedido por via da produção marginal e marginal cirúrgica (alíneas a, b e c).

3. Custos de contexto

O valor dos custos de contexto a atribuir às instituições configura um apoio financeiro destinado a realizar uma compensação por força de situações extraordinárias que se verificam na entidade quando comparadas com a média nacional das entidades inseridas no mesmo grupo de *benchmarking*.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, mensalmente, em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código:

- Custos de contexto - (OUF 22)

4. Incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência¹³

A contratualização de medidas que visam a melhoria do desempenho assistencial e económico-financeiro tem inerente o aumento dos níveis de exigência e de responsabilização dos prestadores, pelo que existe uma componente do financiamento associada ao cumprimento de objetivos de desempenho e de eficiência, nos Contratos-programa estabelecidos no SNS.

Em 2020 e 2021 manter-se-ão duas tipologias de incentivo ao desempenho e à eficiência, uma relativa ao desempenho individual das instituições, face a metas pré-estabelecidas e outra em termos de benchmarking para instituições do mesmo grupo de financiamento hospitalar.

5. Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina

A prescrição de medicamentos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina representa uma proporção significativa da despesa do SNS com medicamentos cedidos em farmácia de oficina.

Nos últimos anos têm vindo a ser desenvolvidos mecanismos para uma monitorização e controlo da prescrição realizada em ambiente hospitalar, pelo que se aplica o seguinte mecanismo de incentivos aos Hospitais e Centros Hospitalares:

¹³. Verificando-se diversos constrangimentos que impossibilitam a disponibilização de dados relativos a alguns dos indicadores que compõem o Índice PPCIRA, estabelecido no Despacho n.º 3844-A/2016, de 15 de março, concretamente os correspondentes às alíneas e), f), g) e h), foi acordado pelo grupo de trabalho criado pelo mesmo Despacho que o índice PPCIRA seria reformulado para 6 indicadores, correspondentes às restantes alíneas, passando a assumir a respetiva meta, para todas as instituições, nos anos em que este índice fez parte do conjunto de indicadores associados a incentivos institucionais.

- Penalização se a variação dos encargos SNS com medicamentos se situar acima da variação média nacional registada em relação ao ano anterior (20% da diferença entre o valor correspondente à variação média nacional e o valor observado);
- Incentivos se a variação dos encargos SNS com medicamentos se situar abaixo da variação média nacional registada em relação ao ano anterior (20% da diferença entre o valor correspondente à variação média nacional e o valor observado).

De modo a incentivar a utilização racional do medicamento, designadamente, promover a utilização das terapêuticas de primeira linha em áreas chave do mercado ambulatorio de medicamentos foram introduzidos em 2020 os seguintes indicadores da terapêutica para a Diabetes, para as dislipidemias e para a utilização de Anticoagulantes Orais:

- Diabetes: % Embalagens de sulfonilureias e metformina no total de embalagens de antidiabéticos orais;
- Estatinas: % Embalagens de Estatinas com genéricos comercializados no total de embalagens de Estatinas, incluindo associações fixas de medicamentos contendo uma estatina;
- Anticoagulantes Orais: % Embalagens de antagonistas da vitamina K no total de embalagens de anticoagulantes orais;
- Biossimilares de Insulina Glargina: Quota de unidades de insulina glargina biossimilar no total de insulinas de longa duração;
- Antibióticos: 5 de DDD de largo espectro versus estreito espectro.

Os indicadores identificados consideram-se cumpridos caso se situem acima da média nacional. O mecanismo de penalização ou incentivo acima descrito terá uma variação de 5% em função dos resultados destes indicadores:

	% de Incentivo	% de Penalização
Cumprido pelo menos 2 indicadores	25%	15%
Não cumprido pelo menos 2 indicadores	15%	25%

*percentagem a aplicar à diferença entre o valor correspondente à variação média nacional e o valor observado

É obrigatória a prescrição de medicamentos exclusiva através de receita eletrónica desmaterializada, com aposição da assinatura eletrónica, nos termos do Despacho n.º 2935-B/2016, de 24 de fevereiro, emanado pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde.

Os valores observados aqui referidos serão apurados no final do ano pelo INFARMED.

4. Regras especiais de Financiamento no âmbito dos contratos-programa do SNS

Constituem financiamentos específicos:

- Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento

5. Programas específicos de realização de prestação de saúde

Constituem programas específicos dirigidos à realização de prestação de saúde, de acordo com o perfil assistencial dos estabelecimentos e serviços de saúde, os seguintes:

- a) Incentivos aos Transplantes
- b) Assistência médica no estrangeiro
- c) Convenções Internacionais
- d) Faturação de MCDT realizados por prescrição dos ACES
- e) Patologia oncológica da cabeça e pescoço

XXXVIII – FATURAÇÃO

1. Identificação dos utentes e terceiros pagadores

Só podem ser objeto de faturação no âmbito do contrato-programa os cuidados de saúde prestados a utentes beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos da Base XXV, da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro e sempre que não exista terceiro legal ou contratualmente responsável pelos cuidados prestados.

Tendo em consideração o disposto no Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de abril, as instituições hospitalares devem identificar os utentes que usufruíram de cuidados através do respetivo número de utente do SNS.

No que respeita concretamente aos utentes beneficiários do SNS que sejam simultaneamente beneficiários dos subsistemas públicos da ADSE, SAD da PSP e GNR, ADM das Forças Armadas, Imprensa Nacional Casa da Moeda e Caixa Geral de Depósitos devem as instituições hospitalares identificar o número de beneficiário do SNS.

Se existir um terceiro legal ou contratualmente responsável (nomeadamente, subsistemas de saúde não integrados no Contrato-Programa, seguradoras, assim como situações de terceiro autor de agressão, acidentes ou outro facto gerador de responsabilidade civil) os serviços devem ainda registar as circunstâncias de facto (tempo, modo e lugar) que geram a responsabilidade, os dados respeitantes ao terceiro (nome completo, número de identificação civil, data de nascimento, naturalidade, filiação, residência, número de telefone de contato), incluindo também apólice de seguro ou matrícula do veículo, quando for o caso.

As instituições hospitalares obrigam-se ainda a identificar os utentes assistidos ao abrigo de acordos internacionais que vinculam o Estado Português, com indicação da unidade prestadora, do período da prestação, respetivo custo e país de nacionalidade, nas situações em que o Serviço Nacional de Saúde é financeiramente responsável e cujas Entidades Financeiras Responsáveis estão abrangidas pela presente Circular.

Serão objeto de fiscalização, no âmbito da execução dos Contratos-programa, a faturação à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., como encargo do Serviço Nacional de Saúde, quando existe um terceiro responsável.

A não identificação dos utentes não pode, em caso algum, determinar a recusa de prestações de saúde. Caso o utente não se apresente devidamente identificado nas instituições e serviços prestadores ou não indique terceiro, legal ou contratualmente responsável e não faça prova, nos 10 dias seguintes à interpelação para pagamento dos encargos com os cuidados de saúde prestados, de que possui ou requereu a atribuição de número de utente do Serviço Nacional de Saúde, será responsável pelo pagamento dos encargos decorrentes da assistência prestada, devendo a faturação ser emitida em seu nome.

2. Identificação da Entidade Financeira Responsável

A entidade financeira responsável pelo pagamento da assistência prestada (SNS) deve ser identificada na aplicação informática onde estão registados os atos que são faturados através dos códigos 935601 (Serviço Nacional de Saúde), 935610 (SNS/ Migrante residente com n.º de utente), 935612 (SNS/ Acordo – Brasil), 935618 (SNS/ Convenção – Cabo Verde Bolseiros), 935619 (SNS/ Evacuados Angola), 935620 (SNS/ Evacuados Cabo-Verde), 935621 (SNS/ Evacuados Guiné-Bissau), 935622 (SNS/ Evacuados S. Tomé e Príncipe), 935623 (SNS/ Evacuados Moçambique), 935624 (SNS/ Em situação irregular – Cuidados urgentes e vitais), 935625 (SNS/ Menor em situação irregular), 935628 (SNS/ Nacionais da Noruega, Dinamarca e Reino Unido), 935640 (SNS/ ADSE), 935641 (SNS/ SAD-GNR), 935642 (SNS/ SAD-PSP), 935643 (SNS/ IASFA), 935631 (SNS/ Imprensa Nacional Casa da Moeda), 935629 (SNS/ Inscritos Açores), 935630 (SNS/ Inscritos Madeira) 935632 (SNS/ Caixa Geral de Depósitos), 935633 (SNS/ Estatuto de Refugiado) e 935634 (SNS/ Requerente de Asilo). Para as entidades financeiras referentes a situações de acesso de cidadãos estrangeiros, aplicam-se as regras emanadas no Manual de Acolhimento no acesso ao sistema de saúde de cidadãos estrangeiros.

Reforça-se que, o acesso a cuidados de saúde para cidadãos em situação irregular de residência, por aplicação do Despacho n.º 25360/2001, de 16 de novembro, é responsabilidade financeira do SNS para situações de cuidados urgentes e vitais. Estas situações estão elencadas no Manual de Acolhimento e Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD, de 07-05-2009 da DGS. Nestas situações os atos devem ser faturados através do código 935624 (SNS/ Em situação irregular – Cuidados urgentes e vitais) ou 935625 (SNS/ Menor em situação irregular).

Os cuidados de saúde prestados aos cidadãos em situação irregular de residência fora das situações acima mencionadas devem ser cobrados de acordo com a Tabela de preços em vigor e devem ser faturados como terceiro pagador, utilizando o código 935627 (Sem n.º utente e sem convenção).

Os atos praticados a cidadãos estrangeiros não residentes, que não apresentem Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD), Certificado Provisórios de Substituição do CESD ou documento portátil S2, ou não estejam abrangidos por Convenção Bilateral, devem ser cobrados de acordo com a Tabela de preços em vigor e igualmente faturados como terceiro pagador através do código 935627 (Sem n.º utente e sem convenção).

Informa-se que a inscrição de cidadãos residentes estrangeiros com n.º de utente deve estar completa com os campos referentes à Identificação do utente, Nacionalidade, Documentação (tipo de documentos e número), número de identificação fiscal e morada completa, de acordo com o Despacho n.º 1774-A/2017. Para estas situações, os atos devem ser faturados através do código 935610 (SNS/ Migrante residente com n.º de Utente).

Esclarece-se que a atribuição de n.º de utente e inscrição como beneficiário do Serviço Nacional de Saúde só deve ser aplicada a cidadãos estrangeiros em situação de residência legal em Portugal e não em situação de estada.

3. Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais Saúde, EPE

Para os Hospitais e Centros Hospitalares, EPE, a produção realizada, incentivos e custos de contexto, devem ser contabilizados mensalmente de acordo com a Circular Normativa n.º 6/2019/ACSS, de 21 março.

No caso das Unidades Locais de Saúde, EPE, a capitação, internos e incentivos, devem ser contabilizados mensalmente de acordo com a Circular Normativa n.º 6/2019/ACSS, de 21 março.

Os ficheiros justificativos, da produção realizada com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde utilizados no âmbito da contratação de volumes de produção e os ficheiros justificativos de incentivos apurados através do Índice de Desempenho Global (IDG), não constituem documento legal ou contabilístico, não exigindo dessa forma o envio de documento comprovativo em papel para a ACSS.

Os hospitais e ULS estão vinculados ao envio mensal, através de ficheiros justificativos, da produção realizada com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde utilizados (Anexo IV) no âmbito da contratação de volumes de produção.

3.1. Hospitais e Centros Hospitalares, EPE

Apenas a **ESTIMATIVA PRODUÇÃO REALIZADA**, **ESTIMATIVA INCENTIVOS** e **ACERTO FINAL**, dão lugar à emissão de documentos contabilísticos.

Estimativa Produção Realizada

As instituições hospitalares, EPE em relação à ESTIMATIVA PRODUÇÃO REALIZADA, devem proceder à emissão de uma única fatura pelo valor estimado com data de 31.12 do respetivo ano, a enviar em suporte eletrónico e em suporte de papel, até ao dia 23 do mês de janeiro do ano seguinte, considerando para o efeito a aplicação ao contrato-programa do ano respetivo da taxa de execução mais elevada de entre os 3 últimos contratos-programa encerrados (excluindo incentivos e custos de contexto), nos termos da Circular Normativa n.º 6/2019/ACSS, de 21 março.

A ACSS divulgará, com periodicidade anual, a taxa de execução a considerar por cada entidade, para efeitos do mencionado no parágrafo anterior.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, anualmente, em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código:

- Estimativa Produção Realizada - (PRE 57)

Estimativa Incentivos

As instituições hospitalares EPE, em relação à ESTIMATIVA INCENTIVOS, devem proceder à emissão de uma única fatura pelo valor estimado com data de 31.12 do respetivo ano, a enviar em suporte eletrónico e em suporte de papel, até ao dia 23 do mês de janeiro do ano seguinte, tendo por referência a taxa de execução de incentivos mais elevada, apurada no Índice de Desempenho Global dos últimos 3 anos, nos termos da Circular Normativa n.º 6/2019/ACSS, de 21 março.

A ACSS divulgará, com periodicidade anual, a taxa de execução a considerar por cada entidade, para efeitos do mencionado no parágrafo anterior.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, anualmente, em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código:

- Estimativa Incentivos - (PRE 79)

Acerto Final

Na sequência do apuramento final efetuado pela ACSS, IP, resultante das validações finais dos ficheiros justificativos de produção, do apuramento de penalizações e do apuramento dos incentivos¹⁴ através do Índice de Desempenho Global do respetivo ano (IDG), será determinado o montante do ACERTO FINAL, sendo apresentada uma fatura ou nota de crédito.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, anualmente, em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código:

- Acerto Final - (PRE 58)

Os documentos contabilísticos mencionados devem ser enviados para o endereço facturacao_sns@acss.min-saude.pt, em formato digitalizado colocando no assunto as siglas “EPR”, “EINC” e “AF” .

3.2. Unidades Locais de Saúde, EPE

Apenas a **ESTIMATIVA CAPITAÇÃO**, **ESTIMATIVA INCENTIVOS** e **ACERTO FINAL**, dão lugar à emissão de documentos contabilísticos.

¹⁴ Reforça-se que a avaliação é considerada negativa sempre que o Índice de Desempenho Global (IDG) for inferior a 50%, não havendo lugar a atribuição de incentivos. Para um IDG entre 50% e 99,9%, a atribuição de incentivo corresponde ao “IDG apurado X valor afeto a incentivos”. Para um IDG entre 100% e 120% a atribuição de incentivo corresponde ao “IDG apurado X valor afeto a incentivos”, condicionado ao facto do valor total da remuneração não poder ser superior ao valor do CP estabelecido.

Estimativa de Capitação

As ULS, em relação à ESTIMATIVA CAPITAÇÃO devem proceder à emissão de uma fatura única pelo valor estimado com data de 31.12 do respetivo ano, a enviar em suporte eletrónico e em suporte de papel, até ao dia 23 do mês de janeiro do ano seguinte, considerando para o efeito a aplicação ao contrato-programa do respetivo ano da taxa de execução mais elevada de entre os 3 últimos contratos-programa encerrados (excluindo incentivos), nos termos do normativo referido.

ACSS divulgará, com periodicidade anual, a taxa de execução a considerar em cada uma das linhas e por ULS, para efeitos do mencionado no parágrafo anterior.

A faturação da linha de Estimativa Capitação efetuar-se-á, anualmente em “Outras Produções do SNS”, com os seguintes códigos:

- Estimativa Capitação - (PRE 77)

A estimativa de capitação passa a integrar o valor correspondente à estimativa de remuneração dos internos (número de médicos em formação nas especialidades hospitalares e também nas especialidades de cuidados de saúde primários), nos termos do disposto no capítulo XXXVI.

Estimativa Incentivos

As Unidades Locais Saúde, EPE, em relação à ESTIMATIVA INCENTIVOS, devem proceder à emissão de uma única fatura pelo valor estimado com data de 31.12 do respetivo ano, a enviar em suporte eletrónico e em suporte de papel, até ao dia 23 do mês de janeiro do ano seguinte, tendo por referência a taxa de execução de incentivos mais elevada, apurada no Índice de Desempenho Global dos últimos 3 anos, nos termos do normativo referido.

A ACSS divulgará, com periodicidade anual, a taxa de execução a considerar por cada entidade, para efeitos do mencionado no parágrafo anterior.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, anualmente, em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código:

- Estimativa Incentivos - (PRE 79)

Acerto Final

Na sequência do apuramento final efetuado pela ACSS, IP, resultante da validação dos ficheiros justificativos de capitação, do apuramento do incumprimento da produção contratualizada, penalizações e incentivos¹⁵ através do

¹⁵ Desde 1 de janeiro de 2016, que a linha de produção (OUF 8) se aplica às ULS para envio do ficheiro justificativo

Índice de Desempenho Global do respetivo ano (IDG), será determinado o montante do ACERTO FINAL, sendo apresentada uma fatura ou nota de crédito.

A faturação desta linha de produção efetuar-se-á, anualmente, em “Outras Produções do SNS”, com o seguinte código:

- Acerto Final - (PRE 58)

Os documentos contabilísticos mencionados devem ser enviados para o endereço faturacao_sns@acss.min-saude.pt, em formato digitalizado colocando no assunto as siglas “ECAP”, “EINC” e “AF”.

Ficheiros justificativos de produção

Os hospitais e ULS devem proceder ao envio mensal, através de ficheiros justificativos, da produção realizada com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde utilizados, (Anexo IV) no âmbito da contratação de volumes de produção.

Até dia 21 de cada mês, devem ser enviados os ficheiros justificativos com a descrição e valorização das prestações de saúde realizadas no mês anterior, sob pena de não serem considerados válidos para efeitos de justificação de produção do Contrato-Programa.

Para efeitos de validação dos ficheiros, as prestações de saúde só serão consideradas efetivamente realizadas com a alta do utente, a realização da consulta, do episódio de urgência, da sessão de tratamento em hospital de dia ou da visita no domicílio, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

No caso de cuidados prestados em internamento a doentes crónicos, a unidade de registo é a diária de internamento e o ficheiro justificativo é apresentado mensalmente.

No caso do ficheiro justificativo de incentivos, deve ser enviado após apuramento do Índice de Desempenho Global do respetivo ano de contrato.

No caso das restantes linhas de atividade, com a exceção das faturas de Estimativa Produção Realizada, Estimativa Incentivos, Estimativa Capitação Estimativa Internos e Acerto Final, os ficheiros justificativos também são apresentados mensalmente.

Após o envio dos ficheiros justificativos do ano estar finalizado, a ACSS procederá a validações finais no sentido de concretizar o fecho do processo de faturação, de acordo com as regras em vigor e publicadas nesta Circular Normativa.

Incumprimento da produção contratualizada

Na sequência do apuramento do grau de cumprimento do quadro de produção hospitalar negociado anualmente para as ULS, sempre que se verifique o incumprimento da produção contratualizada em valor superior a 5%, será aplicada a penalização pelo valor da totalidade da produção não realizada, com a exceção das linhas de atividade de urgência¹⁶.

A valorização da produção em falta será determinada por linha de produção e de acordo com os valores praticados para o grupo de financiamento em que a ULS está inserida.

3.3. Hospitais e Centros Hospitalares SPA

Os ficheiros justificativos de produção a enviar pelas unidades de saúde mantêm-se de periodicidade mensal com base nos vários tipos de prestação de cuidados de saúde utilizados no âmbito da contratação de volumes de produção. Os ficheiros devem ser acompanhados da relação dos cuidados prestados que deve conter, obrigatoriamente, todos os cuidados prestados ao doente, a entidade financeira responsável, o número de utente, o número do processo e o número do episódio respetivo. Após finalizado o seu envio, a ACSS procederá a validações finais referentes ao fecho do processo de validação dos ficheiros de produção, de acordo com as regras em vigor.

1. Uniformização da nomenclatura dos serviços clínicos

Decorrente do processo de uniformização da nomenclatura das especialidades médicas (conforme Circular Normativa n.º 20/2015, de 19 de novembro), a informação reportada será feita através do código de 16 dígitos resultante do mapeamento efetuado pelas Instituições.

2. Processo de validação da produção

O processo de validação da faturação e ficheiros justificativos traduz-se em dois momentos distintos – validações correntes mensais e validações finais, realizadas previamente à validação do ficheiro de produção marginal e que abrangem toda a atividade realizada no âmbito do Contrato-Programa.

As validações correntes efetuadas aos ficheiros eletrónicos da atividade mensal realizada no âmbito do Contrato-Programa verificam as seguintes situações:

- Verificação da integridade dos dados dos ficheiros;
- Verificação da validade dos cartões de utente e do centro de saúde a que pertencem;
- Verificação do cumprimento das regras de faturação por linha de atividade;
- Verificação da existência de episódios repetidos.

¹⁶ A exceção mencionada aplica-se ao incumprimento da produção contratada na urgência desde 1 de janeiro de 2016.

As validações finais efetuadas aos ficheiros eletrónicos de toda a atividade realizada no âmbito do Contrato-Programa verificam as seguintes situações:

- Transferências internas entre hospitais pertencentes ao mesmo centro hospitalar;
- Simultaneidade de episódios de linhas de produção distintas;
- Simultaneidade de episódios referentes a Doentes em pagamento por preço compreensivo entre hospitais.

Da concretização do processo de validações finais, resulta o envio de um ficheiro de erros por parte da ACSS, IP, que especifica as situações de episódios inválidos e de episódios que requerem correções.

Nesse sentido, o processo de validações finais comporta as seguintes fases:

- Fase I: após envio do ficheiro de erros por parte da ACSS, IP., a instituição deverá corrigir os ficheiros eletrónicos e proceder à emissão de novos ficheiros de recuperação identificando as devidas alterações. O processo não está condicionado pela mudança de estado dos ficheiros ou qualquer intervenção por parte da equipa de faturação da ACSS, IP., de forma a garantir o cumprimento do prazo definido. Esta fase terá que decorrer em 5 dias úteis após o envio do ficheiro de erros, permitindo recuperação de nova produção;
- Fase II: após envio do ficheiro de erros por parte da ACSS, IP., a instituição deverá corrigir os ficheiros, enviar um ficheiro de recuperação e emitir os ficheiros relativos à produção marginal. Esta fase terá que decorrer em 3 dias úteis após o envio do ficheiro de erros, não permitindo recuperação de nova produção. Todos os episódios identificados com erros são marcados como inválidos pela ACSS.

O incumprimento dos prazos estipulados para cada uma das fases do processo de validações finais, determina a impossibilidade de justificar a produção em falta.

3. Emissão de faturas e ficheiros justificativos

As faturas a emitir pelas instituições EPE para efeitos de cobrança à ACSS, I.P., deverão conter a informação constante nos Anexos III (A e B), devendo ser enviadas para a ACSS.

As faturas a emitir pelas ULS para efeitos de cobrança à ACSS, I.P. deverão conter a informação constante nos Anexos III (A e B), devendo ser enviadas para a ACSS.

Os ficheiros justificativos de produção não deverão conter quaisquer dados sobre diagnóstico ou que determinem uma violação da intimidade da vida privada do utente.

O prazo limite para a emissão dos ficheiros justificativos por parte das instituições hospitalares referente à atividade assistencial desenvolvida é no máximo de 180 dias, a contar do último dia do ano.

Os ajustamentos ao montante total para pagamento da atividade do SNS devido a desvios da produção hospitalar face aos valores contratados e respetivo acerto de contas, serão efetuados no ano seguinte, com base nas faturas recebidas.

4. Obrigações de reporte

O Hospital obriga-se em matéria de reporte de informação, nomeadamente, a:

- a) Submeter informação da atividade desenvolvida à ARS, até ao dia 8 de cada mês, através da aplicação SICA;
- b) Submeter informação económico-financeira, relativa ao mês anterior, à ACSS, I.P. até ao dia 10 de cada mês, através da aplicação SIEF;
- c) Emitir as faturas relativas à estimativa da produção realizada e estimativa incentivos até ao dia 23 do mês de janeiro do ano seguinte (Hospitais e Centros Hospitalares, EPE);
- d) Emitir as faturas relativas à estimativa da capitação e estimativa incentivos até ao dia 23 do mês de janeiro do ano seguinte (Unidades Locais de Saúde, EPE);
- e) Emitir ficheiros eletrónicos mensalmente relativos à atividade hospitalar contratada e efetivamente realizada até dia 21 de cada mês;
- f) Emitir fatura ou nota de crédito após a validação dos ficheiros justificativos de produção e o apuramento do IDG do respetivo ano, com base no valor faturado estimado de produção realizada, penalizações e incentivos para os hospitais EPE e para as ULS emitir fatura ou nota de crédito após a validação dos ficheiros justificativos de capitação, internos, apuramento do incumprimento da produção contratualizada, penalizações e o apuramento do IDG do respetivo ano de contrato;
- g) Encerramento do processo de faturação, previsto na alínea c) n.º 2 da Cláusula 17ª do contrato-programa, referente à atividade assistencial desenvolvida no respetivo ano de contrato no prazo máximo de 365 dias, a contar do último dia do ano;
- h) Para efeitos do disposto na Cláusula 18ª do contrato-programa, o Hospital está obrigado, no presente ano, a codificar, auditar e agrupar a atividade realizada no prazo máximo de 60 dias após a alta do episódio objeto de codificação, findo o qual, a ACSS, I.P. bloqueará os respetivos episódios, com exceção dos episódios que tenham sido objeto de análise, em sede de auditoria externa à codificação clínica realizada pela ACSS, I.P., e que necessitem de correção, sendo estes bloqueados decorrido o prazo de correção definido pela ACSS, I.P.;
- i) Disponibilização à ACSS, I.P., até ao dia 7 de cada mês, dos episódios agrupados em GDH, para efeitos de integração de dados na base de dados central de Morbilidade Hospitalar (BDMH). Não é possível a faturação de episódios não integrados na BDMH.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

XXXIX – PENALIDADES

O Hospital incorre em penalização num valor até um máximo de 3% do valor do **contrato-programa 2020** pelo incumprimento das seguintes obrigações:

Áreas	Obrigação	Penalidades (P)
Programas de Promoção e Adequação do Acesso (70%)	A.1 SIGA – Redução da % da LIC > TMRG face a 31 de dezembro de 2019, em pelo menos 10% (7%)	Variação da % da LIC > TMRG > -10% P = valor contrato x 3% x 7%
	A.2 SIGA – Redução do nº de inscritos em LIC, face a 31 de dezembro de 2019, em pelo menos 5% * (7%)	Variação da LIC > -5% P = valor contrato x 3% x 7%
	A.3 SIGA – Redução da % cancelamentos de inscritos para cirurgia, face a 2019, em pelo menos 10% (7%)	Variação do nº de cancelamentos > -10% P = valor contrato x 3% x 7%
	A.4 SIGA – Redução de 25% no número de cirurgias canceladas, face a 2019 (7%)	Variação do nº de cirurgias canceladas > -25% P = valor contrato x 3% x 7%
	A.5 SIGA – Redução de 25% no número de consultas externas canceladas, face a 2019 (7%)	Variação do nº de consultas canceladas > -25% P = valor contrato x 3% x 7%
	A. 6 SIGA – Cumprimento do prazo de 5 dias para a triagem dos pedidos de 1ª consulta (7%)	Tempo médio de triagem > 5 dias P = valor contrato x 3% x 7%
	A.7 SIGA – Redução de 25% no número de pedidos de 1ª consulta recusados (7%)	Variação, face a 2019, do nº de pedidos recusados > -25% P= valor contrato x 3% x 7%
	A.8 RNCCI – Tempo médio de avaliação das EGA =< 2 dias úteis (3%)	Tempo médio de avaliação das EGA > 2 dias úteis P = valor contrato x 3% x 7%
	A.9 Paliativos – Tempo médio de resposta da EIHSCP =< 48 horas dias úteis (ou 72 h fds) (7%)	Tempo médio de resposta da EIHSCP > 48h P = valor contrato x 3% x 7%
	A.10 Variação dos encargos SNS com medicamentos biológicos, face a 2019 (7%)	Variação dos encargos > Variação média nacional P = valor contrato x 3% x 7%

Áreas	Obrigação	Penalidades (P)
B. Registo, consulta e partilha de informação (30%)	B.1 RON - Percentagem de registos oncológicos completos no RON (10%)	% de registos oncológicos completos < 85% P = valor contrato x 3% x 10%
	B.2 Percentagem de episódios de urgência com consulta à PDS (4%)	Consultas PDS em urgência <75% P = valor contrato x 3% x 4%
	B.3 Percentagem de episódios de consulta externa com consulta à PDS (4%)	Consultas PDS em CE <75% P = valor contrato x 3% x 4%
	B.4 % notícias de nascimento, no total partos (6%)	Notícias <85% P = valor contrato x 3% x 6%
	B.5 Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação Segurança Cirúrgica" (6%)	Taxa de registo < 95% P = valor contrato x 3% x 6%

* Apenas para instituições que apresentem mediana de TE da LIC > 2,5

O Hospital incorre em penalização num valor até um máximo de 3% do valor do **contrato-programa 2021** pelo incumprimento das seguintes obrigações:

Áreas	Obrigação	Penalidades (P)
Programas de Promoção e Adequação do Acesso (70%)	A.1 SIGA - Resolução da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) com mais de 1 ano (10%)	Inscritos em LIC com tempo de Espera > 365 dias (1) P = valor contrato x 3% x 10%
	A.2 SIGA – Redução de cancelamentos de inscritos em LIC, face a 2020, em pelo menos 10% (8%)	Variação do nº de cancelamentos > -10% P = valor contrato x 3% x 8%
	A.3 SIGA – Redução de 25% no número de agendamentos para cirurgia que são cancelados, face a 2020 (8%)	Variação do nº de agendamentos para cirurgia cancelados P = valor contrato x 3% x 8%
	A.4 SIGA – Resolução da Lista de Espera para Consulta (LEC) com mais de 9 meses (10%)	Inscritos em LEC Com Tempo de Espera > 270 dias P = valor contrato x 3% x 10%
	A.5 SIGA – Redução de 25% no número de pedidos de 1ª consulta recusados, face a 2020	Variação, face a 2020, do nº de pedidos recusados > -25% P= valor contrato x 3% x 8%

Áreas	Obrigação	Penalidades (P)
	(8%)	
	A.6 RNCCI – Tempo médio de avaliação das EGA =< 2 dias úteis (8%)	Tempo médio de avaliação das EGA > 2 dias úteis P = valor contrato x 3% x 8%
	A.7 Paliativos – Tempo médio de resposta da EIHSCP =< 48 horas dias úteis (ou 72 h fds) (8%)	Tempo médio de resposta da EIHSCP > 48h P= valor contrato x 3% x 8%
	A.8 Variação dos encargos SNS com medicamentos biológicos, face a 2020 (10%)	Variação dos encargos > Variação média nacional P = valor contrato x 3% x 10%
B. Registo, consulta e partilha de informação (30%)	B.1 RON –Percentagem de registos oncológicos completos no RON (10%)	% de registos oncológicos completos < 85% P = valor contrato x 3%x 10%
	B.2 Percentagem de episódios de urgência com consulta à PDS (4%)	Consultas PDS em urgência <75% P = valor contrato x 3%x 4%
	B.3 Percentagem de episódios de consulta externa com consulta à PDS (4%)	Consultas PDS em CE <75% P = valor contrato x 3% x 4%
	B.4 % notícias de nascimento, no total partos (6%)	Notícias <85% P = valor contrato x 3% x 6%
	B.5 Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação Segurança Cirúrgica" (6%)	Taxa de registo < 95% P = valor contrato x 3% x 6%

Nota: A avaliação do cumprimento dos objetivos relacionados com os programas de promoção e adequação do acesso terá em conta eventuais suspensões de atividade decorrente de circunstâncias epidemiológicas nacionais, regionais ou locais, devidamente justificadas pelas ARS respetivas.

XL – ACERTO FINAL DO CONTRATO

O acerto final de contas relativo à execução do **Contrato-Programa 2020** deve ocorrer até 30 de julho de 2021, mostrando-se necessário para o efeito garantir a conclusão dos seguintes processos:

Ação	Responsável	Prazo máximo de conclusão (contado a partir do último dia do ano de 2020)
Ficheiros justificativos da atividade assistencial contratada	HH/ULS	180 dias
Ficheiros justificativos medicamentos contratados e cedidos em farmácia hospitalar	HH	180 dias
Ficheiros justificativos/Faturação da formação de médicos internos	HH/ULS	180 dias
Apuramento do grau de cumprimento dos objetivos contratados	ARS	210 dias
Faturação do montante apurado a título de objetivos	HH/ULS	240 dias
Ficheiros justificativos da produção marginal	HH/ULS	210 dias
Validações finais dos ficheiros justificativos emitidos	ACSS	270 dias
Acerto final do contrato	ACSS/HH/ULS	365 dias

O acerto final de contas relativo à execução do **Contrato-Programa 2021** deve ocorrer respetivamente até 30 de julho de 2022, mostrando-se necessário para o efeito garantir a conclusão dos seguintes processos:

Ação	Responsável	Prazo máximo de conclusão (contado a partir do último dia do ano de 2021)
Ficheiros justificativos da atividade assistencial contratada	HH/ULS	180 dias
Ficheiros justificativos medicamentos contratados e cedidos em farmácia hospitalar	HH	180 dias
Ficheiros justificativos/Faturação da formação de médicos internos	HH/ULS	180 dias
Apuramento do grau de cumprimento dos objetivos contratados	ARS	210 dias
Faturação do montante apurado a título de objetivos	HH/ULS	240 dias
Ficheiros justificativos da produção marginal	HH/ULS	210 dias

Validações finais dos ficheiros justificativos emitidos	ACSS	270 dias
Acerto final do contrato	ACSS/HH/ULS	365 dias

XLI – PAGAMENTOS¹⁷

O Hospital recebe, mensalmente, um valor a título de adiantamento por conta do valor faturado decorrente da estimativa apurada, havendo lugar a um acerto de contas após processo de validações finais dos ficheiros justificativos.

A Presidente do Conselho Diretivo

Márcia Raquel
Inácio Roque

Digitally Signed by Márcia Raquel
Inácio Roque
DN: C=PT, O=Administração Central
do Sistema de Saúde IP, CN=Márcia
Raquel Inácio Roque
Reason:
Date: 2021-03-09T21:22:58.738 UTC

(Márcia Roque)

¹⁷ Despacho n.º 49/2016, de 19 de maio e Circular Normativa n.º 12/2016, de 19 de maio

ANEXO I – MEDICAMENTOS DE DISPENSA EM FARMÁCIA HOSPITALAR, DE CEDÊNCIA GRATUITA EM AMBULATÓRIO E DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA INSTITUIÇÃO¹⁸

Patologia Especial	Legislação	Indicações Terapêuticas	Comparticipações Especiais nas Farmácias	Responsabilidade Financeira
Fibrose quística	Despacho n.º 24/89, de 2 de fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 163, de 18 de julho de 1989).	Fibrose quística	Comparticipação integral, desde que sejam prescritos e fornecidos em serviços de medicina interna, pneumologia ou pediatria dos hospitais centrais ou em hospitais pediátricos. O médico prescriptor deve confirmar por escrito na receita médica que se trata de um doente abrangido por este despacho.	Os encargos financeiros são suportados pelos orçamentos dos respetivos estabelecimentos hospitalares.
Doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais	Despacho n.º 3/91, de 8 de fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 64, de 18 de março de 1991), alterado por Despacho n.º 11 619/2003, de 22 de maio (DR, 2.ª série, n.º 136, de 14 de junho de 2003), Despacho n.º 14 916/2004, de 2 de julho (DR, 2.ª série, n.º 174, de 26 de julho de 2004), Retificação n.º 1858/2004, de 7 de setembro (DR, 2.ª série, n.º 233 de 2 de outubro de 2004), Despacho n.º 25 909/2006, de 30 de novembro (DR, 2.ª série, n.º 244 de 21	Doença renal crónica	Integralmente suportados pelo SNS, quando prescritos exclusivamente em consultas de nefrologia, devendo da receita constar a menção expressa «Doente renal crónico».	Da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, quando a prescrição tenha sido efetuada em consulta externa; (...); salvo se a responsabilidade pelo encargo couber, legal ou contratualmente, a qualquer empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.

¹⁸ A partir de 1 de janeiro de 2018, a patologia especial de “Doentes com Hepatite C” deixa de ser elegível como linha de medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, uma vez que a respetiva medicação se enquadra no Programa de tratamento de doentes com hepatite C. No caso da cedência de medicamentos de Esclerose Múltipla, a linha de medicamentos é apenas aplicável às entidades que não contratualizaram o Programa de Doentes com Esclerose Múltipla em Terapêutica Modificadora.

Patologia Especial	Legislação	Indicações Terapêuticas	Comparticipações Especiais nas Farmácias	Responsabilidade Financeira
	de dezembro de 2006) e Despacho n.º 10 053/2007, de 27 de abril (DR 2.ª série, n.º 104, de 30 de maio de 2007), Despacho n.º 8680/2011, de 17 de junho (DR, 2ª série, n.º 122, de 28 de junho de 2011), revogados pela Portaria n.º 255/2018 de 7 de setembro (DR, 1.ª série, n.º 173 de 7 de setembro de 2018).			
Deficiência da hormona de crescimento na criança, Síndrome de Turner, Perturbações do crescimento, Síndrome de Prader – Willi, e terapêutica de substituição em adultos	Despacho n.º 12455/2010 de 22 de julho (DR, 2ª série n.º 148 de 2 de agosto de 2010) revogado pela Portaria 117/2019 de 16 de abril (DR, 1ª série n.º 175 de 16 de abril de 2019).	Acesso à hormona do crescimento	Comparticipação Integral , os medicamentos abrangidos pelo regime previsto na presente portaria apenas podem ser prescritos por médicos especialistas em endocrinologia ou pediatria, em estabelecimentos do SNS.	Da responsabilidade do hospital do SNS onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade pelo encargo couber legal ou contratualmente a outra entidade.
Paraplegias espásticas familiares e ataxias cerebelosas hereditárias, nomeadamente a doença de Machado-Joseph	Despacho n.º 19 972/99, de 20 de setembro (DR, 2.ª série, n.º 245, de 20 de outubro de 1999).	Acesso à medicação (...) aos doentes portadores de paraplegias espásticas familiares e de ataxias cerebelosas hereditárias,	Custos integralmente suportados pelo SNS , desde que seja prescrita em consultas de neurologia dos hospitais da rede oficial e dispensada pelos mesmos hospitais, devendo na receita médica constar, por escrito, a confirmação de que se trata de um doente abrangido por este despacho.	Os encargos financeiros são suportados pelos orçamentos dos respetivos estabelecimentos hospitalares.

Patologia Especial	Legislação	Indicações Terapêuticas	Comparticipações Especiais nas Farmácias	Responsabilidade Financeira
		nomeadamente da doença de Machado-Joseph		
Doentes acromegálicos	Depacho nº 3837/2015, de 27 de janeiro (DR, 2ª série, nº 37, de 22 de fevereiro de 2005), retificação nº 652/2005, de 6 de abril (DR, 2ª série, nº 79, de 22 de abril de 2005) revogado pela Portaria n.º 321/2017 de 25 de outubro (DR, 1.ª série, nº 206 de 25 de outubro de 2017)	Acesso aos medicamentos Análogos da somatostatina e Pegvisomant	Comparticipação integral, os medicamentos apenas podem ser prescritos por médicos especialistas em endocrinologia nas instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A dispensa dos medicamentos ao abrigo da presente portaria é efetuada exclusivamente através dos serviços farmacêuticos dos estabelecimentos do SNS.	Os encargos são da responsabilidade do estabelecimento de saúde onde são prescritos.

Patologia Especial	Legislação	Indicações Terapêuticas	Comparticipações Especiais nas Farmácias	Responsabilidade Financeira
Profilaxia da rejeição aguda de transplante renal, cardíaco e hepático alogénico	Despacho n.º 6818/2004, de 10 de março (DR, 2.ª série, n.º 80, de 3 de abril de 2004), alterado pelos Despachos n.º 3069/2005, de 24 de janeiro (DR, 2.ª série, n.º 30, de 11 de fevereiro de 2005), Despacho n.º 15 827/2006, de 23 de junho (DR, 2.ª série, n.º 144, de 27 de julho de 2006), Despacho n.º 19 964/2008 de 15 de julho (DR, 2.ª série, n.º 144, de 28 de julho de 2008), Despacho n.º 8598/2009, de 19 de março (DR, 2.ª série, n.º 60, de 26 de março de 2009), Despacho n.º 14 122/2009, de 12 de junho (DR, 2.ª série, n.º 119, de 23 de junho de 2009), Despacho n.º 19697/2009, de 21 de agosto (DR, 2.ª série, n.º 166, de 27 de agosto de 2009), Despacho n.º 5727/2010, de 23 de março (DR, 2.ª série, n.º 62, de 30 de março de 2010), Despacho n.º 5823/2011 de 25 de março (DR, 2.ª série, n.º 66, de 4 de abril de 2011), Despacho n.º 772/2012, de 12 de janeiro (DR, 2.ª série, n.º 14, de 19 de janeiro de 2012), Retificação n.º 347/2012, de 3 de fevereiro (DR, 2.ª série n.º. 48, de 7 de março de 2012) e Despacho n.º 8345/2012, de 12 de junho (DR, 2.ª série n.º 119, de 21 de junho de 2012).	Profilaxia da rejeição do transplante alogénico	Comparticipação integral, de prescrição exclusiva por médicos especialistas, nos respetivos serviços especializados dos hospitais, nomeadamente serviços de nefrologia (unidades de transplante renal), serviços de cardiologia (unidades de transplante cardíaco) e serviços de transplante hepático, devendo da receita médica constar referência expressa a este despacho, de dispensa exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.

Patologia Especial	Legislação	Indicações Terapêuticas	Comparticipações Especiais nas Farmácias	Responsabilidade Financeira
Esclerose múltipla	Despacho n.º 11 728/2004, de 17 de maio (DR, 2.ª série, n.º 139, de 15 de junho de 2004), alterado pelo Despacho n.º 5775/2005 de 18 de fevereiro (DR, 2.ª série, n.º 54, de 17 de março de 2005), com a Retificação n.º 653/2005 de 8 de abril (DR, 2.ª série, n.º 79, de 22 de abril de 2005), alterado pelo Despacho n.º 10 303/2009, de 13 de abril (DR, 2.ª série, n.º 76, de 20 de abril de 2009), alterado pelo Despacho n.º 12456/2010, de 22 de julho (DR, 2.ª série, n.º 148, de 2 de agosto de 2010) atualizado pelo Despacho n.º 13654/2012, de 12 de outubro (DR, 2.ª série, n.º 204 de 22 de outubro de 2012) e Despacho n.º 7468/2015, de 7 de julho (DR, 2.ª série, n.º 130 de 7 de julho de 2015, revogados pela Portaria 330/2016 de 20 de Dezembro (DR, 1.ª série, n.º 242/2016 de 20 de dezembro de 2016) alterada pela Portaria 302/2018 de 26 de novembro (DR, 1.ª série, N.º 227 de 26 de novembro de 2018).	Doentes com esclerose múltipla	Comparticipação Integral , os medicamentos constantes do anexo à presente Portaria, da qual faz parte integrante, apenas podem ser prescritos por médicos neurologistas nos respetivos serviços especializados dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente, serviços de neurologia, devendo na receita médica constar a referência expressa à presente Portaria.	A dispensa destes medicamentos é gratuita para o doente, sendo o respetivo encargo da responsabilidade do hospital do SNS onde o mesmo é prescrito , salvo se a responsabilidade pelo encargo couber, legal ou contratualmente, a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada

Patologia Especial	Legislação	Indicações Terapêuticas	Comparticipações Especiais nas Farmácias	Responsabilidade Financeira
Doença de Crohn ou colite ulcerosa	Portaria n.º 351/2017, de 15 de novembro (DR, 1ª série, nº 220, de 15 de novembro de 2017)	Doença de Crohn ativa grave, Doença de Crohn com formação de fistulas e Colite ulcerosa ativa	Comparticipação integral, de prescrição exclusiva por médicos especialistas em gastroenterologia, devendo da receita médica constar referência expressa a esta portaria, de dispensa exclusivamente efetuada através dos serviços farmacêuticos dos hospitais.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito.
Artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas	Portaria n.º 48/2016, de 22 de março (DR, 1ª série, nº 57, de 22 de março de 2016), alterada pela Portaria n.º 198/2016, de 20 de julho (DR, 1ª série, nº 138, de 20 de julho de 2016), alterada pela Portaria n.º 282/2017, de 25 de setembro (DR, 1ª série, nº 185, de 22 de setembro de 2017)	Artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas	Comparticipação integral, de prescrição em consultas especializadas no diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas, devendo da receita médica constar referência expressa a esta portaria, de dispensa exclusivamente efetuada através dos serviços farmacêuticos dos hospitais do SNS.	A dispensa do medicamento é gratuita para o doente, sendo o encargo da responsabilidade do hospital onde o mesmo é prescrito, salvo se a responsabilidade couber a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.

ANEXO II – PAGAMENTO DA PRODUÇÃO CONTRATADA E PRODUÇÃO MARGINAL

Linhas de Produção	Produção Contratada		Produção Marginal	
	Até 50% ¹⁹	Entre 50% e 100%	Entre 100% e 110%	Acima de 110%
1. Consultas Externas				
1 ^{as} Consultas Médicas (s/ majoração)	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
1 ^{as} Consultas referenciadas (CTH)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
1 ^{as} Consultas (Telemedicina)	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
1 ^{as} Consultas na Comunidade (Saúde Mental)	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
1 ^{as} Consultas descentralizadas nos CSP	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
1 ^{as} Consultas Cuidados Paliativos	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
1 ^{as} Consultas Centros de Referência	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
1 ^{as} Consultas CRI	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Consultas Médicas Subsequentes (s/ majoração)	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Consultas Médicas Subsequentes (Telemedicina)	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Consultas Médicas Subsequentes na Comunidade (Saúde Mental)	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Consultas Médicas Subsequentes descentralizadas nos CSP	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Consultas Médicas Subsequentes Cuidados Paliativos	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Consultas Médicas Subsequentes Centros de Referência	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Consultas Médicas Subsequentes CRI	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
2. Internamento				
GDH Médicos	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
GDH Médicos Cuidados Paliativos	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
GDH Médicos Centros de Referência	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
GDH Médicos CRI	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
GDH Cirúrgicos	---	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC*	Pr. Tabela do SIGIC*
GDH Cirúrgicos Centros de Referência	---	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC*	Pr. Tabela do SIGIC*
GDH Cirúrgicos CRI	---	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC*	Pr. Tabela do SIGIC*
GDH Cirúrgicos Urgentes	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
GDH Cirúrgicos Urgentes Centros de Referência	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
GDH Cirúrgicos Urgentes CRI	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
Dias de Internamento de Doentes Crónicos				
Doentes Medicina Física e Reabilitação	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---

¹⁹ Sempre que as unidades realizadas por linha de produção sejam superiores a 75% das unidades realizadas no ano anterior e as unidades realizadas sejam inferiores 50% do volume contratado.

Linhas de Produção	Produção Contratada		Produção Marginal	
	Até 50% ¹⁹	Entre 50% e 100%	Entre 100% e 110%	Acima de 110%
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
Doentes Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
Doentes Psiquiatria no Exterior (Outras Instituições)	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
Doentes Crónicos Ventilados	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
Psiquiatria (Reabilitação Psicossocial)	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
Doentes Crónicos de Hansen	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---

3. Episódios de GDH de Ambulatório

GDH Cirúrgicos	---	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC*	Pr. Tabela do SIGIC*
GDH Cirúrgicos Centros de Referência	---	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC*	Pr. Tabela do SIGIC*
GDH Cirúrgicos CRI	---	Pr. C.	Pr. Tabela do SIGIC*	Pr. Tabela do SIGIC*
GDH Médicos	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
GDH Médicos Centros de Referência	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
GDH Médicos CRI	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---

4. Urgências **

Atendimentos SU - Polivalente	---	---	10 €	---
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica	---	---	5 €	---
Atendimentos SU - Básica	---	---	1 €	---
Emergência Pré-Hospitalar / Urgência				
Programa ECMO		Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.

5. Sessões em Hospital de Dia

Base	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Hematologia	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Imuno-Hemoterapia	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Psiquiatria	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Psiquiatria (Unidades Sócio-Ocupacionais)	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Cuidados Paliativos	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---

6. Programas de gestão da doença crónica

VIH/Sida (doentes em TARC)	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Hepatite C	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Hipertensão Arterial Pulmonar				
Pré-tratamento/seguimento 1º ano	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Seguimento após 1º ano CF ≤ III	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Seguimento após 1º ano CF IV	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.

Linhas de Produção	Produção Contratada		Produção Marginal	
	Até 50% ¹⁹	Entre 50% e 100%	Entre 100% e 110%	Acima de 110%
Esclerose múltipla - doentes em terapêutica modificadora	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Tratamento de doentes c/ patologia oncológica - novos doentes				
Cancro da mama (1º ano)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Cancro da mama (2º ano)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Cancro do colon e reto (1º ano)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Cancro do colon e reto (2º ano)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Cancro do colo do útero (1º ano)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Cancro do colo do útero (2º ano)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Cancro da Próstata (1º ano)	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Cancro da Próstata (2º ano)	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Cancro do Pulmão (1º ano)	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Cancro do Pulmão (2º ano)	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Mieloma (1º ano)	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Mieloma (2º ano)	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Rastreios				
Rastreio do Cancro do Colo do Útero	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Rastreio do Colon e Reto	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Telemonitorização DPOC				
Elementos de Telemonitorização	---	Pr. C.	---	---
Doentes em tratamento	---	Pr. C.	---	---
Telemonitorização EAM				
Elementos de Telemonitorização	---	Pr. C.	---	---
Doentes em tratamento	---	Pr. C.	---	---
Telemonitorização ICC				
Elementos de Telemonitorização	---	Pr. C.	---	---
Doentes em tratamento	---	Pr. C.	---	---
PSCI (Centros de Tratamento autorizados pela DGS)				
Doentes Novos (Cuidados 1º Ano)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doentes em Seguimento (Cuidados 2º Ano e Seguintes)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Programa Terapêutico PAF 1				
PAF 1 - Doentes em tratamento	---	Pr. C.	---	---
Doenças Lisossomais CRe - Doentes CRe				
Doença de Gaucher - Doentes em Tratamento	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Fabry - Doentes em Tratamento	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Hurler - Doentes em Tratamento	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.

Linhas de Produção	Produção Contratada		Produção Marginal	
	Até 50% ¹⁹	Entre 50% e 100%	Entre 100% e 110%	Acima de 110%
Doença de Hunter - Doentes em Tratamento	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Maroteaux-Lamy - Doentes em Tratamento	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Niemann-Pick - Doentes em Tratamento	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Pompe - Doentes em Tratamento	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doenças Lisossomais CRe - Doentes CTP				
Doença de Gaucher - N.º Doentes em Tratamento - CTP (CRe)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamento - CTP (CRe)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Hurler - N.º Doentes em Tratamento - CTP (CRe)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Hunter - N.º Doentes em Tratamento - CTP (CRe)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Maroteaux-Lamy - N.º Doentes em Tratamento - CTP (CRe)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Niemann-Pick - N.º Doentes em Tratamento - CTP (CRe)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamento - CTP (CRe)	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doenças Lisossomais Centros de Proximidade - Doentes CTP				
Doença de Gaucher - N.º Doentes em Tratamento - CTP	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamento - CTP	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Hurler - N.º Doentes em Tratamento - CTP	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Hunter - N.º Doentes em Tratamento - CTP	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Maroteaux-Lamy - N.º Doentes em Tratamento - CTP	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Niemann-Pick - N.º Doentes em Tratamento - CTP	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamento - CTP	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.

7. Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO)

Modelo 1 - Banda Gástrica	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 1 - Banda Gástrica: 1º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 1 - Banda Gástrica: 2º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 1 - Banda Gástrica: 3º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 1 - Outras técnicas	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 1 - Outras técnicas: 1º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 1 - Outras técnicas: 2º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 1 - Outras técnicas: 3º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.

Linhas de Produção	Produção Contratada		Produção Marginal	
	Até 50% ¹⁹	Entre 50% e 100%	Entre 100% e 110%	Acima de 110%
Modelo 2 - Bypass Gástrico	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 2 - Bypass Gástrica: 1º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 2 - Bypass Gástrica: 2º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 2 - Bypass Gástrica: 3º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 2 - Outras técnicas	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 2 - Outras técnicas: 1º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 2 - Outras técnicas: 2º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Modelo 2 - Outras técnicas: 3º ano de follow-up	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.

8. Perturbações mentais graves

Psicoses Esquizofrénicas	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Psicoses Afetivas	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Psicoses não orgânicas	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.

9. PMA - Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade

Consultas de Apoio à Fertilidade	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Induções da Ovulação	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Inseminações Intra-Uterinas	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Fertilizações In Vitro	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Injecções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozoides	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Injecções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozoides recolhidos cirurgicamente	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Banco de Gâmetas				
Gâmetas Masculinos	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Gâmetas Femininos	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.

10. Saúde sexual e reprodutiva

IVG até 10 semanas				
Medicamentosa (IVG)	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Cirúrgica (IVG)	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Diagnóstico Pré-Natal				
Protocolo I	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Protocolo II	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---

11. Sessões de Radioncologia

Tratamentos Simples	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Tratamentos Complexos	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.

12. Colocação de Implantes Cocleares

Linhas de Produção	Produção Contratada		Produção Marginal	
	Até 50% ¹⁹	Entre 50% e 100%	Entre 100% e 110%	Acima de 110%
Implantes Unilaterais	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
Implantes Bilaterais	---	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
13. Serviços Domiciliários				
Consultas Domiciliárias	---	Pr. C.	15% Pr. C.	---
Hospitalização Domiciliária	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.	Pr. C.
14. Lar (IPO)				
Permanência em Lar	---	Pr. C.	10% Pr. C.	---
15. Centros Especializados de Reabilitação				
Diária de Internamento (CER)	Pr. C.	Pr. C.	10% Pr. C.	10% Pr. C.
Ambulatório (CER)	Pr. C.	Pr. C.	15% Pr. C.	15% Pr. C.
14. Outros				
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório	A valorização dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório está sujeita ao limite do valor contratado			
Internos	A valorização do internato médico será de acordo com o número de internos em formação na instituição ao longo do ano			
Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)	A valorização do programa SAPA será de acordo com o valor de produtos de apoio entregues ao longo do ano sem limite de valor desde que a valorização da produção total faturada não exceda o valor global do contrato-programa sem incentivos			
Programa de Incentivo à Integração de Cuidados (PIIC)	A valorização do programa PIIC será de acordo com o valor apurado decorrente da apresentação dos documentos justificativos de despesa e quitação da despesa ao longo do ano sem limite de valor desde que a valorização da produção total faturada não exceda o valor global do contrato-programa sem incentivos			

Pr. C. - Preço contratado de acordo com o grupo hospitalar de financiamento

* Aplica-se o preço de tabela do SIGIC, sendo que o valor resultante não pode, em qualquer caso, ser superior ao preço unitário da produção base contratada

** A produção de urgência é remunerada pela disponibilidade de serviço de urgência até ao volume de atividade expectável

ANEXO III-A – CONTEÚDO DA FATURA (Hospitais EPE)

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Designação da Empresa
Sede
Nr. Contribuinte
Matricula
Capital Social

Nr. Fatura
Pág.
Data Emissão

ACSS, IP
Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16
Avenida do Brasil, 53
1700-063 LISBOA
Nr. Contribuinte: 508188423

Período de Referência:

Linha de Produção	Quantidade	Preço	Valor Total (€)
-------------------	------------	-------	-----------------

Estimativa Produção Realizada*

Estimativa Incentivos*

Acerto Final (fatura ou nota de crédito)**

Valor total serviço prestado

Isento de IVA – Art 9 n.º 2 IVA/isenções

Processado por computador

Assinatura

(Assinatura legível, identificação e carimbo da Unidade de Saúde)

* um documento contabilístico anual

** Acerto Final - Documento contabilístico resultante da faturação emitida e da validação dos ficheiros justificativos de produção, penalizações e incentivos.

ANEXO III-B – CONTEÚDO DA FATURA (Unidades Locais Saúde, EPE)

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Designação da Empresa
Sede
Nr. Contribuinte
Matricula
Capital Social

Nr. Fatura
Pág.
Data Emissão

ACSS, IP
Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16
Avenida do Brasil, 53
1700-063 LISBOA
Nr. Contribuinte: 508188423

Período de Referência:

Linha de Produção	Quantidade	Preço	Valor Total (€)
-------------------	------------	-------	-----------------

Estimativa Capitação*

Estimativa Incentivos*

Acerto Final (fatura ou nota de crédito)**

Valor total serviço prestado

Isento de IVA – Art 9 n.º 2 IVA/isenções
Processado por computador

Assinatura

(Assinatura legível, identificação e carimbo da Unidade de Saúde)

* um documento contabilístico anual

** Acerto Final - Documento contabilístico resultante da faturação emitida e da validação dos ficheiros justificativos de capitação, internos, incumprimento da produção contratualizada, penalizações e incentivos.

ANEXO IV – LINHAS DE PRODUÇÃO

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
AMB	1	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS
BLO	1	CIRUR. AMBULATÓRIO
CON	3	SERVICO DOMICILIARIO
CON	4	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS
CON	5	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES
CON	6	CONSULTA – IG MEDICAMENTOSA
CON	7	CONSULTA – IG CIRURGICA
CON	10	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – CTH
CON	11	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – TELEMEDICINA
CON	12	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – TELEMEDICINA
CON	13	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – COMUNIDADE
CON	14	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – COMUNIDADE
CON	15	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – DESCENTRALIZADAS
CON	16	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – DESCENTRALIZADAS
CON	17	EPISÓDIOS DE AMBULATÓRIO – CER
CRI	1	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – CRI
CRI	2	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – CRI
CRI	3	INTERNAMENTO URGENTE – GDH CIRÚRGICOS (d.. equiv) – CRI
CRI	4	INTERNAMENTO PROGRAMADO – GDH CIRÚRGICOS (d.. equiv) - CRI
CRI	5	INTERNAMENTO – GDH MÉDICOS (d.. equiv) – CRI
CRI	6	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS – CRI
CRI	7	CIRUR. AMBULATÓRIO – CRI
CRI	8	DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICA – CRI
CRI	9	DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA - CRI
CRI	10	DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE – CRI
CRI	11	URG. BÁSICA – CRI
CRI	12	URG. MÉDICO-CIRÚRGICA – CRI
CRI	13	URG. POLIVALENTE – CRI
DLS	1	FABRY CRE - DOENTES CRE
DLS	2	POMPE CRE - DOENTES CRE
DLS	3	GAUCHER CRE - DOENTES CRE
DLS	4	NIEMANN-PICK CRE - DOENTES CRE
DLS	5	MPS I CRE - DOENTES CRE
DLS	6	MPS II CRE - DOENTES CRE
DLS	7	MPS VI CRE - DOENTES CRE

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
DLS	8	FABRY CRE - DOENTES CTP
DLS	9	POMPE CRE - DOENTES CTP
DLS	10	GAUCHER CRE - DOENTES CTP
DLS	11	NIEMANN-PICK CRE - DOENTES CTP
DLS	12	MPS I CRE - DOENTES CTP
DLS	13	MPS II CRE - DOENTES CTP
DLS	14	MPS VI CRE - DOENTES CTP
DLS	15	FABRY CTP
DLS	16	POMPE CTP
DLS	17	GAUCHER CTP
DLS	18	NIEMANN-PICK CTP
DLS	19	MPS I CTP
DLS	20	MPS II CTP
DLS	21	MPS VI CTP
DMC	1	PSIQUIATRIA NO EXTERIOR - ORDENS RELIGIOSAS
DMC	2	PSIQUIATRIA NO EXTERIOR – OUTRAS INSTITUIÇÕES
DMC	3	PSICOSES ESQUIZOFRÉNICAS
DMC	4	PSICOSES AFETIVAS
DMC	5	PSICOSES NÃO ORGÂNICAS
DRR	1	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - COAGULOPATIAS CONGÉNITAS
DRR	2	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - COAGULOPATIAS CONGÉNITAS
DRR	3	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - FIBROSE QUÍSTICA
DRR	4	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - FIBROSE QUÍSTICA
ECM	1	ECMO
ESM	1	ESCLEROSE MÚLTIPLA
GMT	1	COLHEITA DE GÂMETAS MASCULINOS
GMT	2	COLHEITA DE GÂMETAS FEMININOS
HAP	1	HAP – SEGUIMENTO 1º ANO
HAP	2	HAP – SEGUIMENTO APÓS 1º ANO CF<=III
HAP	3	HAP – SEGUIMENTO APÓS 1º ANO CF IV
HEP	1	HEPATITE C - NOVO DOENTE
HDI	2	SESSAO DE HEMATOLOGIA
HDI	3	SESSAO DE IMUNO-HEMOTERAPIA
HDI	5	SESSAO DE PSIQUIATRIA
HDI	6	PSIQUIATRIA (ESTRUTURAS SÓCIO-OCUPACIONAIS)
HDI	10	HOSPITAL DE DIA BASE
HIV	1	DOENTES DE HIV COM TARC
IMP	1	IMPLANTE COCLEAR BILATERAL

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
IMP	2	IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL
INF	1	CONSULTA APOIO A FERTILIDADE (ESTUDO INICIAL)
INF	2	INDUCAO OVARICA (IO)
INF	3	INSEMINACAO INTRA-UTERINA (IIU)
INF	4	FERTILIZACAO IN VITRO (FIV)
INF	5	INJECCAO INTRA-CITOPLASMATICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI)
INF	6	INJECCAO INTRA-CITOPLASMATICA DE ESPERMATOZOIDES REC. CIR. (ICSI)
INT	2	DIAS EM MEDICINA FISICA E REABILITACAO
INT	3	DIAS EM PSIQUIATRIA CRONICA
INT	4	DIAS DE CRONICOS VENTILADOS
INT	5	DIAS DE ASSISTENCIA EM LAR
INT	6	INTERNAMENTO URGENTE – GDH CIRÚRGICOS (d.. equiv)
INT	7	INTERNAMENTO PROGRAMADO – GDH CIRÚRGICOS (d.. equiv)
INT	8	INTERNAMENTO – GDH MÉDICOS (d.. equiv)
INT	9	DIAS DE DOENTES DE HANSEN
INT	11	PSIQUIATRIA (ESTRUTURAS RESIDENCIAIS)
INT	13	HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA
INT	14	DIAS DE INTERNAMENTO – CER
MED	1	MEDICAMENTOS DE DISPENSA OBRIGATORIA EM AMBULATORIO
OMC	1	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - EPILEPSIA REFRATÁRIA
OMC	2	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	3	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	4	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - EPILEPSIA REFRATÁRIA
OMC	5	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	6	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	7	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - EPILEPSIA REFRATÁRIA
OMC	8	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	9	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	10	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - EPILEPSIA REFRATÁRIA
OMC	11	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	12	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	13	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - EPILEPSIA REFRATÁRIA
OMC	14	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	15	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	16	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - EPILEPSIA REFRATÁRIA
OMC	17	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	18	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
OMC	19	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - EPILEPSIA REFRACTÁRIA
OMC	20	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL
OMC	21	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS
OMC	22	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO
OMC	23	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO
OMC	24	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO
OMC	25	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO
OMC	26	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO
OMC	27	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO
OMC	28	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO
ONC	1	CANCRO DO CÓLON E RETO (PRIMEIRO ANO)
ONC	2	CANCRO DO CÓLON E RETO (SEGUNDO ANO)
ONC	3	MAMA (PRIMEIRO ANO)
ONC	4	MAMA (SEGUNDO ANO)
ONC	5	COLO DO ÚTERO (PRIMEIRO ANO)
ONC	6	COLO DO ÚTERO (SEGUNDO ANO)
ONC	7	MIELOMA (PRIMEIRO ANO)
ONC	8	MIELOMA (SEGUNDO ANO)
ONC	9	PRÓSTATA (PRIMEIRO ANO)
ONC	10	PRÓSTATA (SEGUNDO ANO)
ONC	11	PULMÃO (PRIMEIRO ANO)
ONC	12	PULMÃO (SEGUNDO ANO)
OUF	8	INCENTIVOS
OUF	22	CUSTOS DE CONTEXTO
PAF	1	PT-PAF1
PLS	1	DIAGNOSTICO PRE-NATAL-PROTOCOLO I
PLS	2	DIAGNOSTICO PRE-NATAL-PROTOCOLO II
PON	1	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	2	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	3	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	4	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	5	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	6	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	7	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	8	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
PON	9	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	10	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	11	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	12	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	13	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	14	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	15	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	16	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	17	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	18	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	19	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	20	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	21	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	22	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	23	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	24	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	25	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	26	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	27	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	28	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	29	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	30	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	31	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - ONCO-OFTALMOLOGIA
PON	32	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
PON	33	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO ESÓFAGO
PON	34	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO DO TESTÍCULO
PON	35	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS
PON	36	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO HEPATOBÍLIO/PANCREÁTICO
PON	37	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO HEPATOBÍLIO/PANCREÁTICO
PON	38	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH MÉDICO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO HEPATOBÍLIO/PANCREÁTICO
PON	39	CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO HEPATOBÍLIO/PANCREÁTICO

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
PON	40	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO HEPATOBÍLIO/PANCREÁTICO
PON	41	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO HEPATOBÍLIO/PANCREÁTICO
PON	42	AMBULATÓRIO – GDH MÉDICOS - ONCOLOGIA DE ADULTOS – CANCRO HEPATOBÍLIO/PANCREÁTICO
PPT	1	PPT-DPOC – DOENTE EM TRATAMENTO
PPT	2	PPT-EAM – DOENTE EM TRATAMENTO
PPT	3	PPT-ICC – DOENTE EM TRATAMENTO
PRE	22	IG MEDICAMENTOSA
PRE	23	IG CIRURGICA
PRE	24	IG CONSULTA PREVIA
PRE	26	INTERNOS DO PRIMEIRO ANO DA ESPECIALIDADE
PRE	27	INTERNOS DO SEGUNDO ANO DA ESPECIALIDADE
PRE	34	CAPITACAO
PRE	39	PMA – FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIV)
PRE	40	PMA – INJEÇÃO INTRA-CITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDES (ICSI)
PRE	41	PMA – INJEÇÃO INTRA-CITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDES RECOLHIDOS CIRURGICAMENTE (ICSI)
PRE	57	ESTIMATIVA DA PRODUÇÃO MENSAL REALIZADA
PRE	58	ACERTO FINAL
PRE	59	ELEMENTOS DE TELEMONITORIZAÇÃO PPT – DPOC
PRE	67	PROGRAMA DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
PRE	68	ELEMENTOS DE TELEMONITORIZAÇÃO – EAM
PRE	69	ELEMENTOS DE TELEMONITORIZAÇÃO – ICC
PRE	70	COMPONENTE FIXA DE DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICA
PRE	71	COMPONENTE FIXA DE DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA
PRE	72	COMPONENTE FIXA DE DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE
PRE	75	SISTEMA DE ATRIBUIÇÃO DE PRODUTOS DE APOIO (SAPA)
PRE	76	PROGRAMA DE INCENTIVO À INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS (PIIC)
PRE	77	ESTIMATIVA DA CAPITAÇÃO
PRE	79	ESTIMATIVA DE INCENTIVOS
PSI	1	PSCI – NOVO DOENTE EM TRATAMENTO
PSI	2	PSCI – SEGUIMENTO DOENTE EM TRATAMENTO
PTO	1	MODELO 1 - BANDA GÁSTRICA
PTO	2	MODELO 2 - BYPASS GÁSTRICO
PTO	3	MODELO 1 - BANDA GÁSTRICA: 1º ANO DE FOLLOW-UP
PTO	6	MODELO 2 - BYPASS GÁSTRICO: 1º ANO DE FOLLOW-UP
PTO	9	MODELO 1 - BANDA GÁSTRICA: 2º ANO DE FOLLOW-UP
PTO	10	MODELO 2 - BYPASS GÁSTRICO: 2º ANO DE FOLLOW-UP

COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
PTO	11	MODELO 1 – OUTRAS TÉCNICAS
PTO	12	MODELO 2 – OUTRAS TÉCNICAS
PTO	13	MODELO 1 – OUTRAS TÉCNICAS: 1º ANO DE FOLLOW-UP
PTO	14	MODELO 2 – OUTRAS TÉCNICAS: 1º ANO DE FOLLOW-UP
PTO	15	MODELO 1 - BANDA GÁSTRICA: 3º ANO DE FOLLOW-UP
PTO	16	MODELO 2 - BYPASS GÁSTRICO: 3º ANO DE FOLLOW-UP
PTO	17	MODELO 1 – OUTRAS TÉCNICAS: 2º ANO DE FOLLOW-UP
PTO	18	MODELO 2 – OUTRAS TÉCNICAS: 2º ANO DE FOLLOW-UP
PTO	19	MODELO 1 – OUTRAS TÉCNICAS: 3º ANO DE FOLLOW-UP
PTO	20	MODELO 2 – OUTRAS TÉCNICAS: 3º ANO DE FOLLOW-UP
RAD	1	RADIOTERAPIA – TRATAMENTOS SIMPLES
RAD	2	RADIOTERAPIA – TRATAMENTOS COMPLEXOS
RAD	3	RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO
RAD	4	RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RECTO
SCP	1	INTERNAMENTO MÉDICO - CUIDADOS PALIATIVOS
SCP	2	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS - CUIDADOS PALIATIVOS
SCP	3	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES - CUIDADOS PALIATIVOS
SCP	4	HOSPITAL DE DIA - CUIDADOS PALIATIVOS
TRP	1	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE HEPÁTICO
TRP	2	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA PEDIÁTRICA
TRP	3	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA ADULTOS
TRP	4	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO RENAL PEDIÁTRICA
TRP	5	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE DE PÂNCREAS
TRP	6	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE RENAL ADULTOS
TRP	7	INTERNAMENTO PROGRAMADO - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE PULMONAR
TRP	8	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE HEPÁTICO
TRP	9	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA PEDIÁTRICA
TRP	10	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA ADULTOS
TRP	11	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTAÇÃO RENAL PEDIÁTRICA
TRP	12	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE DE PÂNCREAS
TRP	13	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE RENAL ADULTOS
TRP	14	INTERNAMENTO URGENTE - GDH CIRÚRGICO - TRANSPLANTE PULMONAR
TRP	15	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO
TRP	16	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA PEDIÁTRICA
TRP	17	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA ADULTOS
TRP	18	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTAÇÃO RENAL PEDIÁTRICA
TRP	19	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTE DE PÂNCREAS
TRP	20	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTE RENAL ADULTOS



COD_MODULO	TIPO_PROD	DESIGNAÇÃO
TRP	21	PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS – APÓS TRANSPLANTE PULMONAR
TRP	22	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO
TRP	23	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA PEDIÁTRICA
TRP	24	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA ADULTOS
TRP	25	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTAÇÃO RENAL PEDIÁTRICA
TRP	26	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTE DE PÂNCREAS
TRP	27	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTE RENAL ADULTOS
TRP	28	CONSULTAS MÉDICAS SUBSEQUENTES – APÓS TRANSPLANTE PULMONAR
URG	2	URG. BÁSICA
URG	3	URG. MÉDICO-CIRÚRGICA
URG	4	URG. POLIVALENTE

ANEXO V – TABELA DE PREÇOS 2020 e 2021

LINHA DE ATIVIDADE	CP 2020/2021	Preço unitário para faturação 2020/2021
INTERNAMENTO		
GDH Cirúrgicos Programados ^{*(2)}	2 759,00 €	2 759,00 €
GDH Cirúrgicos Urgentes ^{*(2)}	2 621,00 €	2 621,00 €
GDH Médicos ^{*(2)}	2 759,00 €	2 759,00 €
AMBULATÓRIO		
Ambulatório (GDH Cirúrgicos) ^{*(2)}	2 759,00 €	2 759,00 €
Ambulatório (GDH Médicos) ^{*(2)}	2 759,00 €	2 759,00 €
INTERNAMENTO PROGRAMADO DOENTES CRÓNICOS		
Psiquiatria Crónica ^{*(1)}	43,00 €	43,00 €
Psiquiatria (Reabilitação Psicossocial)*	43,00 €	43,00 €
Crónicos Ventilados*	256,00 €	256,00 €
MFR*	215,00 €	215,00 €
MFR em CER*	294,00 €	294,00 €
Hansen*	75,00 €	75,00 €
CONSULTA EXTERNA		
Grupo A ^{*(2)}	39,00 €	39,00 €
Grupo B ^{*(2)}	42,00 €	42,00 €
Grupo C ^{*(2)}	46,00 €	46,00 €
Grupo D ^{*(2)}	72,00 €	72,00 €
Grupo E ^{*(2)}	75,00 €	75,00 €
Grupo F ^{*(2)}	112,00 €	112,00 €
Grupo G ^{*(2)}	117,00 €	117,00 €
Grupo Psiquiátrico ^{*(2)}	104,00 €	104,00 €
URGÊNCIA		
Urgência (Polivalente)	104,41 €	104,41 €
Urgência (Médico-cirúrgica)	52,20 €	52,20 €
Urgência (Básica)	42,00 €	42,00 €

LINHA DE ATIVIDADE	CP 2020/2021	Preço unitário para faturação 2020/2021
ECMO	21 606,00 €	21 606,00 €
HOSPITAL DE DIA		
Hematologia*	309,00 €	309,00 €
Imunohemoterapia*	309,00 €	309,00 €
Psiquiatria*	32,00 €	32,00 €
Psiquiatria (Unidades Sócio-Ocupacionais)*	32,00 €	32,00 €
H. Dia Base ^{*(2)}	21,00 €	21,00 €
RADIONCOLOGIA		
Tratamentos Simples	110,00 €	110,00 €
Tratamentos Complexos	264,00 €	264,00 €
IMPLANTES COCLEARES		
Financiamento Implante Coclear Bilateral	34 125,00 €	34 125,00 €
Financiamento Implante Coclear Unilateral	19 688,00 €	19 688,00 €
SAÚDE MENTAL CRÓNICOS		
Saúde Mental Crónicos – Ordens Religiosas	43,00 €	43,00 €
Saúde Mental Crónicos – Outras Instituições	43,00 €	43,00 €
DOENTES COM PERTURBAÇÃO MENTAL GRAVE		
Psicoses esquizofrénicas	1 595,00 €	132,92 €
Psicoses afetivas	1 087,00 €	90,58 €
Psicoses não orgânicas	839,00 €	69,92 €
LAR/IPO	63,00 €	63,00 €
RASTREIO ONCOLÓGICO		
Cancro do Cólon e Reto	397,00 €	397,00 €
Cancro do Colo do útero	71,00 €	71,00 €
CUIDADOS DOMICILIÁRIOS		
Seviço Domiciliário	40,00 €	40,00 €
Hospitalização Domiciliária	2 759,00 €	2 759,00 €
VIH/SIDA	5 997,00 €	499,75 €

LINHA DE ATIVIDADE	CP 2020/2021	Preço unitário para faturação 2020/2021
HEPATITE C	6,922,00 €	6,922,00 €
DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL		
Diagnóstico Pré-Natal PI	40,00 €	40,00 €
Diagnóstico Pré-Natal PII	104,00 €	104,00 €
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ		
IG Medicamentosa	297,00 €	297,00 €
IG Cirúrgica	387,00 €	387,00 €
ESCLEROSE MÚLTIPLA	12 380,00 €	1 031,67 €
HIPERTENSÃO PULMONAR		
Financiamento 1º ano	8 408,00 €	700,67 €
Financiamento após 1º ano CF < III	22 555,00 €	1 879,58 €
Financiamento após 1º ano CF < IV	162 563,00 €	13 546,92 €
ONCOLÓGICAS		
Cancro Mama (1º ano)	10 318,00 €	859,83 €
Cancro Mama (2º ano)	4 141,00 €	345,08 €
Cancro Colo do Útero (1º ano)	12 624,00 €	1 052,00 €
Cancro Colo do Útero (2º ano)	3 729,00 €	310,75 €
Cancro Cólon e Reto (1º ano)	11 867,00 €	988,92 €
Cancro Cólon e Reto (2º ano)	5 245,00 €	437,08 €
Mieloma (1º ano)	26 123,00 €	2 176,92 €
Mieloma (2º ano)	11 221,00 €	935,08 €
Próstata (1º ano)	6 630,00 €	552,50 €
Próstata (2º ano)	1 812,00 €	151,00 €
Pulmão (1º ano)	17 746,00 €	1 478,83 €
Pulmão (2º ano)	4 617,00 €	384,75 €
PROGRAMA DE TRATAMENTO DE DOENTES COM DISPOSITIVOS PSCI		
Doentes Novos	1 547,00 €	128,92 €
Doentes em seguimento	1 092,00 €	91,00 €
PAF 1	58 359,00 €	4 863,25 €

LINHA DE ATIVIDADE	CP 2020/2021	Preço unitário para faturação 2020/2021
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (PPT – DPOC)		
Elementos de Telemonitorização PPT – DPOC	1 361,00 €	1 361,00 €
Financiamento PPT – DPOC	2 156,00 €	179,67 €
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA		
Elementos de Telemonitorização PPT – EAM	1 702,00 €	1 702,00 €
Financiamento PPT – EAM	1 409,00 €	117,42 €
DOENTES PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO		
Elementos de Telemonitorização PPT – ICC	3 561,00 €	3 561,00 €
Financiamento PPT – ICC	1 409,00 €	117,42 €
LISOSSOMAS DE SOBRECARGA		
Financiamento FABRY CRE - Doente CRE	119 485,00 €	9 957,08 €
Financiamento POMPE CRE - Doente CRE	196 668,00 €	16 389,00 €
Financiamento GAUCHER CRE - Doente CRE	181 373,00 €	15 114,42 €
Financiamento NIEMANN-PICK CRE - Doente CRE	74 086,00 €	6 173,83 €
Financiamento MPS I CRE - Doente CRE	171 037,00 €	14 253,08 €
Financiamento MPS II CRE - Doente CRE	411 356,00 €	34 279,67 €
Financiamento MPS VI CRE - Doente CRE	385 325,00 €	32 110,42 €
Financiamento FABRY CRE - Doente CTP	117 915,00 €	9 826,25 €
Financiamento POMPE CRE - Doente CTP	195 067,00 €	16 255,58 €
Financiamento GAUCHER CRE - Doente CTP	179 281,00 €	14 940,08 €
Financiamento NIEMANN-PICK CRE - Doente CTP	72 567,00 €	6 047,25 €
Financiamento MPS I CRE - Doente CTP	168 147,00 €	14 012,25 €
Financiamento MPS II CRE - Doente CTP	408 466,00 €	34 038,83 €
Financiamento MPS VI CRE - Doente CTP	382 435,00 €	31 869,58 €
Financiamento FABRY CTP	1 601,00 €	133,42 €
Financiamento POMPE CTP	1 632,00 €	136,00 €
Financiamento GAUCHER CTP	2 123,00 €	176,92 €
Financiamento NIEMANN-PICK CTP	1 550,00 €	129,17 €
Financiamento MPS I CTP	2 921,00 €	243,42 €

LINHA DE ATIVIDADE	CP 2020/2021	Preço unitário para faturação 2020/2021
Financiamento MPS II CTP	2 921,00 €	243,42 €
Financiamento MPS VI CTP	2 921,00 €	243,42 €
PROGRAMA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE		
Modelo 1	3 377,00 €	3 377,00 €
Modelo 2	4 295,00 €	4 295,00 €
Modelo 1: Follow-up 1º e 2º anos	563,00 €	563,00 €
Modelo 2 : Follow-up 1º e 2º anos	716,00 €	716,00 €
Modelo 1: Follow-up 3º ano	1 126,00 €	1 126,00 €
Modelo 2: Follow-up 3º ano	1 432,00 €	1 432,00 €
PROCREIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA		
Financiamento Primeira consulta médica de apoio à fertilidade	92,00 €	92,00 €
Financiamento ciclo IO	140,00 €	140,00 €
Financiamento ciclos IIU	352,00 €	352,00 €
Financiamento ciclos FIV realizados	2 203,00 €	2 203,00 €
Financiamento de ciclos ICSI realizados	2 423,00 €	2 423,00 €
Financiamento ciclos ICSI com espermatozoides recolhidos cirurgicamente realizados	3 084,00 €	3 084,00 €
BANCO DE GÂMETAS		
Colheita de Gâmetas Masculinos	1 475,00 €	1 475,00 €
Colheita de Gâmetas Femininos	2 966,00 €	2 966,00 €
INTERNOS		
Internos do primeiro ano da especialidade	19 980,00 €	1 665,00 €
Internos do segundo ano da especialidade	22 916,00 €	1 909,67 €

* Linhas de produção para as quais as ARS poderão variar o preço base até 5%.

(1) Com a exceção das Instituições Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Magalhães Lemos e Hospital Psiquiátrico de Lisboa.

(2) Linhas às quais se aplicam critérios de majoração (centros referência, centros responsabilidade Integrada e cuidados paliativos)

ANEXO VI – CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA²⁰

Como princípios genéricos de incentivo à atividade realizada no âmbito das áreas em que foram constituídos CRe, os princípios de financiamento são os seguintes:

- Majoração, em 10% do preço das consultas (primeiras e subsequentes) realizadas em CR no âmbito das áreas de referência;
- Majoração, em 5%, das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizadas nos CR, no âmbito das áreas de referência;
- Redução de 50%, da atividade inerente às linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) realizada em outros centros de tratamento, no âmbito das áreas de atividade dos CR e a apurar no momento da faturação e integrar em sede de acerto de contas.

Valor das linhas:

Internamento Programado - GDH Cirúrgico CRe (CRE 1)

- a. Para CR: DE*ICM*Preço (Valor contratado de Internamento Programado – GDH Cirúrgico com majoração de 5%)

Internamento Urgente - GDH Cirúrgico CRe (CRE 2)

- a. Para CR: DE*ICM*Preço (Valor contratado de Internamento Urgente – GDH Cirúrgico com majoração de 5%)

Internamento Programado - GDH Médico CRe (CRE 3)

- a. Para CR: DE*ICM*Preço (Valor contratado de Internamento Programado – GDH Médico com majoração de 5%)

Cirurgia de Ambulatório CRe (CRE 4)

- a. Para CR: Qtd*Preço (Valor contratado de Cirurgia de Ambulatório – Doentes Equivalentes com majoração de 5%)

Ambulatório – GDH Médicos CRe (CRE 5)

- a. Para CR: Qtd*Preço (Valor contratado de Ambulatório – GDH Médicos com majoração de 5%)

Primeiras Consultas Médicas CRe (CRE 6)

- a. Para CR: Qtd*Preço (Valor contratado de Primeiras Consultas Médicas com majoração de 10%)

Consultas Médicas Subsequentes CRe (CRE 7)

- a. Para CR: Qtd*Preço (Valor contratado de Consultas Médicas Subsequentes com majoração de 10%)

²⁰ A lista de diagnósticos e procedimentos constante deste anexo aplica-se, cumulativamente e retroativamente, a partir do ano de constituição do respectivo CRe.

CR NA ÁREA DA TRANSPLANTAÇÃO e ECMO

CENTROS DE REFERÊNCIA - ÁREA DA TRANSPLANTAÇÃO e ECMO FINANCIAMENTO

Aviso de Abertura	Área de intervenção prioritária	Centros de Referência reconhecidos
Aviso nº 8402-A/2015	Transplante hepático	CHP; CHUC; CHLC
Aviso nº 8402-E/2015	Transplantação cardíaca pediátrica	N/A
Aviso nº 8402-H/2015	Transplantação cardíaca adultos	CHUC; CHULC; CHUSJ; CHLO
Aviso nº 8402-J/2015	Transplantação renal pediátrica	CHUP; CHULN
Aviso nº 8402-K/2015	Transplante pâncreas	CHUP; CHULC
Aviso nº 8402-L/2015	Transplante renal adultos	CHUP; CHUSJ; CHUC; CHULC; CHLO; CHULN
Aviso nº 8402-M/2015	Transplante pulmonar	CHULC
Aviso nº 15955-D/2016	ECMO	CHUSJ; CHULC; CHULN

Na área da transplantação propriamente dita, salienta-se que para além da atividade realizada nas linhas constantes dos contratos-programa hospitalares, existem incentivos atribuídos nos termos do Despacho n.º 7215/2015 de 23 de junho.

Serão contratados os programas de transplantes referidos acima. Ou seja,

1. Transplante Hepático
2. Transplantação Cardíaca Pediátrica
3. Transplantação Cardíaca Adultos
4. Transplantação Renal Pediátrica
5. Transplante de Pâncreas
6. Transplante Renal Adultos
7. Transplante Pulmonar

Que se irão traduzir nas linhas:

- a) Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CR Transplantação
- b) Internamento Urgente - GDH Cirúrgico – CR Transplantação
- c) Primeiras Consultas Médicas – CR Transplantação
- d) Consultas Médicas Subsequentes – CR Transplantação

FATURAÇÃO

1. Linhas contratadas do programa de transplantes

- a. Concorrem para o contratado na linha Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplante Hepático (TRP 1)
 - ii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplantação Cardíaca Pediátrica (TRP 2)
 - iii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplantação Cardíaca Adultos (TRP 3)
 - iv. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplantação Renal Pediátrica (TRP 4)
 - v. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplante de Pâncreas (TRP 5)
 - vi. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplante Renal Adultos (TRP 6)
 - vii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Transplante Pulmonar (TRP 7)
 - b. Concorrem para o contratado na linha Internamento Urgente - GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplante Hepático (TRP 8)
 - ii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplantação Cardíaca Pediátrica (TRP 9)
 - iii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplantação Cardíaca Adultos (TRP 10)
 - iv. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplantação Renal Pediátrica (TRP 11)
 - v. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplante de Pâncreas (TRP 12)
 - vi. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplante Renal Adultos (TRP 13)
 - vii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Transplante Pulmonar (TRP 14)
 - c. Concorrem para o contratado na linha Primeiras Consultas Médicas – CRE
 - i. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplante Hepático (TRP 15)
 - ii. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplantação Cardíaca Pediátrica (TRP 16)
 - iii. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplantação Cardíaca Adultos (TRP 17)
 - iv. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplantação Renal Pediátrica (TRP 18)
 - v. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplante de Pâncreas (TRP 19)
 - vi. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplante Renal Adultos (TRP 20)
 - vii. Primeiras Consultas Médicas – Após Transplante Pulmonar (TRP 21)
 - d. Concorrem para o contratado na linha Consultas Médicas Subsequentes – CRE
 - i. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplante Hepático (TRP 22)
 - ii. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplantação Cardíaca Pediátrica (TRP 23)
 - iii. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplantação Cardíaca Adultos (TRP 24)
 - iv. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplantação Renal Pediátrica (TRP 25)
 - v. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplante de Pâncreas (TRP 26)
 - vi. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplante Renal Adultos (TRP 27)
 - vii. Consultas Médicas Subsequentes – Após Transplante Pulmonar (TRP 28)
2. Criação das subespecialidades de consulta necessárias para identificação inequívoca da produção inerente ao programa.
3. O programa apenas se aplica para os episódios com data de alta do respetivo ano de contrato.
4. Para os hospitais não CR e que não contratem o programa, irão ser alvo de acerto de contas:
- a. Todos os episódios com GDH/Procedimentos de Transplante (previsto no programa) em 5% do valor do episódio faturado.
 - b. Assim como por cada episódio de consulta com diagnóstico de Transplante, 10% do valor dos episódios de consulta faturado.

GDH (APR31), Diagnósticos e Procedimentos (ICD10CM) a considerar

1. Transplante Hepático

GDH 1 - Transplante hepático e/ou transplante intestinal, com qualquer dos seguintes procedimentos ou **GDH 950 - Procedimentos extensos, não relacionados com o diagnóstico principal**, com qualquer dos seguintes procedimentos:

TRANSPLANTE HEPÁTICO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
0FY00Z0	Transplantation of Liver, Allogeneic, Open Approach
0FY00Z1	Transplantation of Liver, Syngeneic, Open Approach
0FY00Z2	Transplantation of Liver, Zooplasic, Open Approach
0FY00Z0	Transplantation of Liver, Allogeneic, Open Approach
0FY00Z1	Transplantation of Liver, Syngeneic, Open Approach
0FY00Z2	Transplantation of Liver, Zooplasic, Open Approach

2. Transplantação Cardíaca Pediátrica e 3. Transplantação Cardíaca Adultos

GDH 2 - Transplante cardíaco e/ou transplante de pulmão, com qualquer dos seguintes procedimentos ou **GDH 950 - Procedimentos extensos, não relacionados com o diagnóstico principal**, com qualquer dos seguintes procedimentos:

TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA PEDIÁTRICA e TRANSPLANTAÇÃO CARDÍACA ADULTOS

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
02YA0Z0	Transplantation of Heart, Allogeneic, Open Approach
02YA0Z1	Transplantation of Heart, Syngeneic, Open Approach
02YA0Z2	Transplantation of Heart, Zooplasic, Open Approach

4. Transplante Renal Pediátrico e 6. Transplante Renal Adultos

GDH 440 - Transplante renal, com qualquer dos seguintes procedimentos ou **GDH 950 - Procedimentos extensos, não relacionados com o diagnóstico principal**, com qualquer dos seguintes procedimentos:

TRANSPLANTE RENAL

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
0TY00Z0	Transplantation of Right Kidney, Allogeneic, Open Approach
0TY00Z1	Transplantation of Right Kidney, Syngeneic, Open Approach
0TY00Z2	Transplantation of Right Kidney, Zooplasic, Open Approach
0TY10Z0	Transplantation of Left Kidney, Allogeneic, Open Approach

TRANSPLANTE RENAL

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
0TY10Z1	Transplantation of Left Kidney, Syngeneic, Open Approach
0TY10Z2	Transplantation of Left Kidney, Zooplastic, Open Approach

5. Transplante Pâncreas

GDH 6 - Transplante de pâncreas, com qualquer dos seguintes procedimentos ou **GDH 950 - Procedimentos extensos, não relacionados com o diagnóstico principal**, com qualquer dos seguintes procedimentos:

TRANSPLANTE PÂNCREAS

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
0FYG0Z0	Transplantation of Pancreas, Allogeneic, Open Approach
0FYG0Z1	Transplantation of Pancreas, Syngeneic, Open Approach
0FYG0Z2	Transplantation of Pancreas, Zooplastic, Open Approach
0FYG0Z0	Transplantation of Pancreas, Allogeneic, Open Approach
0FYG0Z1	Transplantation of Pancreas, Syngeneic, Open Approach
0FYG0Z2	Transplantation of Pancreas, Zooplastic, Open Approach

7. Transplante Pulmonar

GDH 2 - Transplante cardíaco e/ou transplante de pulmão, com qualquer dos seguintes procedimentos ou **GDH 950 - Procedimentos extensos, não relacionados com o diagnóstico principal**, com qualquer dos seguintes procedimentos:

TRANSPLANTE PULMONAR

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
0BYK0Z0	Transplantation of Right Lung, Allogeneic, Open Approach
0BYK0Z1	Transplantation of Right Lung, Syngeneic, Open Approach
0BYK0Z2	Transplantation of Right Lung, Zooplastic, Open Approach
0BYL0Z0	Transplantation of Left Lung, Allogeneic, Open Approach
0BYL0Z1	Transplantation of Left Lung, Syngeneic, Open Approach
0BYL0Z2	Transplantation of Left Lung, Zooplastic, Open Approach
0BYC0Z0	Transplantation of R Up Lung Lobe, Allogen, Open Approach
0BYC0Z1	Transplantation of R Up Lung Lobe, Syngen, Open Approach
0BYC0Z2	Transplantation of R Up Lung Lobe, Zooplast, Open Approach

**TRANSPLANTE PULMONAR
PROCEDIMENTOS**

ICD-10-PCS	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
0BYD0Z0	Transplantation of R Mid Lung Lobe, Allogeneic, Open Approach
0BYD0Z1	Transplantation of R Mid Lung Lobe, Syngeneic, Open Approach
0BYD0Z2	Transplantation of R Mid Lung Lobe, Zooplast, Open Approach
0BYF0Z0	Transplantation of R Low Lung Lobe, Allogeneic, Open Approach
0BYF0Z1	Transplantation of R Low Lung Lobe, Syngeneic, Open Approach
0BYF0Z2	Transplantation of R Low Lung Lobe, Zooplast, Open Approach
0BYG0Z0	Transplantation of L Up Lung Lobe, Allogeneic, Open Approach
0BYG0Z1	Transplantation of L Up Lung Lobe, Syngeneic, Open Approach
0BYG0Z2	Transplantation of L Up Lung Lobe, Zooplast, Open Approach
0BYH0Z0	Transplantation of Lung Lingula, Allogeneic, Open Approach
0BYH0Z1	Transplantation of Lung Lingula, Syngeneic, Open Approach
0BYH0Z2	Transplantation of Lung Lingula, Zooplastic, Open Approach
0BYJ0Z0	Transplantation of L Low Lung Lobe, Allogeneic, Open Approach
0BYJ0Z1	Transplantation of L Low Lung Lobe, Syngeneic, Open Approach
0BYJ0Z2	Transplantation of L Low Lung Lobe, Zooplast, Open Approach
0BYK0Z0	Transplantation of Right Lung, Allogeneic, Open Approach
0BYK0Z1	Transplantation of Right Lung, Syngeneic, Open Approach
0BYK0Z2	Transplantation of Right Lung, Zooplastic, Open Approach
0BYL0Z0	Transplantation of Left Lung, Allogeneic, Open Approach
0BYL0Z1	Transplantation of Left Lung, Syngeneic, Open Approach
0BYL0Z2	Transplantation of Left Lung, Zooplastic, Open Approach
0BYM0Z0	Transplantation of Bilateral Lungs, Allogeneic, Open Approach
0BYM0Z1	Transplantation of Bilateral Lungs, Syngeneic, Open Approach
0BYM0Z2	Transplantation of Bilateral Lungs, Zooplast, Open Approach
02YA0Z0	Transplantation of Heart, Allogeneic, Open Approach
02YA0Z1	Transplantation of Heart, Syngeneic, Open Approach
02YA0Z0	Transplantation of Heart, Allogeneic, Open Approach
02YA0Z1	Transplantation of Heart, Syngeneic, Open Approach
02YA0Z2	Transplantation of Heart, Zooplastic, Open Approach
02YA0Z0	Transplantation of Heart, Allogeneic, Open Approach
02YA0Z1	Transplantation of Heart, Syngeneic, Open Approach
02YA0Z2	Transplantation of Heart, Zooplastic, Open Approach
02YA0Z2	Transplantation of Heart, Zooplastic, Open Approach

CR NA ÁREA DA ONCOLOGIA

CENTROS DE REFERÊNCIA - ÁREA DA ONCOLOGIA FINANCIAMENTO

Aviso de Abertura	Área de intervenção prioritária	Centros de Referência reconhecidos
Aviso nº 8402-C/2015	Onco-oftalmologia	CHUC
Aviso nº 8402-D/2015	Oncologia Pediátrica	IPOPFG+CHUSJ; CHUC; IPOLFG+CHULC+CHULN
Aviso nº 8402-F/2015	Oncologia de adultos - Cancro do esófago	CHUSJ; IPOPFG; CHUC; CHULN; IPOLFG; CHUP
Aviso nº 8402-G/2015	Oncologia de adultos - Cancro do testículo	CHUSJ; IPOPFG+CHUP; CHUC; IPOLFG
Aviso nº 8402-I/2015	Oncologia de adultos - Sarcomas das partes moles e ósseas	CHUP; IPOPFG; CHUC; CHULN; IPOLFG
Aviso nº 8402-P/2015	Oncologia de adultos - Cancro hepatobílio/pancreático	CHUSJ; CHUP; IPOPFG; CHUC; CHULN; CHULC; CHEDV; HFF; HBA; CHL
Aviso nº 8402-O/2015	Oncologia de adultos - Cancro do reto	HB; CHUSJ; CHUP; IPOPFG; CHVNGE; CHUC; IPOLFG; CHULN; CHULC; CHLO; CHL; CHTV; HLUZ; HFF; CIHCUF LISBOA; HBA; CHUA; IPOCFG; HGO; H Santarém, HESE

Na área da oncologia, pode existir um conjunto relativamente alargado de atividade realizada nas linhas constantes dos contratos-programa hospitalares.

Assim, propõe-se a aplicação a todas as áreas constantes da Tabela 2, a aplicação dos princípios genéricos já referidos, excluindo o cancro do reto, uma vez que já integra uma modalidade de pagamento por doente tratado com o incentivo à prestação integrada de cuidados naquela área.

Considerando que o programa Oncologia de adultos – Cancro do Reto já se encontra enquadrado no CP, serão contratados adicionalmente os programas de oncologia referidos acima. Ou seja,

1. Onco-oftalmologia
2. Oncologia pediátrica
3. Oncologia de adultos – Cancro do Esófago
4. Oncologia de adultos – Cancro do Testículo
5. Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseas
6. Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/pancreático

Que se irão traduzir na contratação das linhas:

- a. Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CR Oncologia
- b. Internamento Urgente- GDH Cirúrgico – CR Oncologia
- c. Internamento Programado - GDH Médico – CR Oncologia
- d. Cirurgia de Ambulatório – CR Oncologia
- e. Ambulatório – GDH Médicos – CR Oncologia

Apenas se qualificam para esta linha, episódios de ambulatório médico, nos GDH APR 31, 692 – Quimioterapia e 693 – Radioterapia, em que o diagnóstico secundário seja um dos enunciados como diagnóstico principal na respetiva linha de internamento

- f. Primeiras Consultas Médicas – CR Oncologia
- g. Consultas Médicas Subsequentes – CR Oncologia

FATURAÇÃO

1. Linhas contratadas do programa de oncologia

- a. Concorrem para o contratado na linha Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Onco-ofthalmologia (PON 1)
 - ii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Oncologia pediátrica (PON 2)
 - iii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 3)
 - iv. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 4)
 - v. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 5)
 - vi. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Cancro hepatobílio/pancreático (PON 36)
- b. Concorrem para o contratado na linha Internamento Urgente- GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Onco-ofthalmologia (PON 6)
 - ii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Oncologia pediátrica (PON 7)
 - iii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 8)
 - iv. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 9)
 - v. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 10)
 - vi. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/pancreático (PON 37)
- c. Concorrem para o contratado na linha Internamento Programado - GDH Médico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Médico - Onco-ofthalmologia (PON 11)
 - ii. Internamento Programado - GDH Médico - Oncologia pediátrica (PON 12)
 - iii. Internamento Programado - GDH Médico - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON13)
 - iv. Internamento Programado - GDH Médico - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 14)

- v. Internamento Programado - GDH Médico - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 15)
 - vi. Internamento Programado - GDH Médico - Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/pancreático (PON 38)
- d. Concorrem para o contratado na linha Cirurgia de Ambulatório – CRE
- i. Cirurgia de Ambulatório - Onco-oftalmologia (PON 16)
 - ii. Cirurgia de Ambulatório - Oncologia pediátrica (PON 17)
 - iii. Cirurgia de Ambulatório - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 18)
 - iv. Cirurgia de Ambulatório - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 19)
 - v. Cirurgia de Ambulatório - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 20)
 - vi. Cirurgia de Ambulatório - Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/pancreático (PON 39)
- e. Concorrem para o contratado na linha Ambulatório – GDH Médicos - CRE
- i. Ambulatório – GDH Médicos - Onco-oftalmologia (PON 31)
 - ii. Ambulatório – GDH Médicos - Oncologia pediátrica (PON 32)
 - iii. Ambulatório – GDH Médicos - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 33)
 - iv. Ambulatório – GDH Médicos - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 34)
 - v. Ambulatório – GDH Médicos - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 35)
 - vi. Ambulatório – GDH Médicos - Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/pancreático (PON 42)
- f. Concorrem para o contratado na linha Primeiras Consultas Médicas – CRE
- i. Primeiras Consultas Médicas - Onco-oftalmologia (PON 21)
 - ii. Primeiras Consultas Médicas - Oncologia pediátrica (PON 22)
 - iii. Primeiras Consultas Médicas - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 23)
 - iv. Primeiras Consultas Médicas - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 24)
 - v. Primeiras Consultas Médicas - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 25)
 - vi. Primeiras Consultas Médicas - Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/pancreático (PON 40)
- g. Concorrem para o contratado na linha Consultas Médicas Subsequentes – CRE
- i. Consultas Médicas Subsequentes - Onco-oftalmologia (PON 26)
 - ii. Consultas Médicas Subsequentes - Oncologia pediátrica (PON 27)
 - iii. Consultas Médicas Subsequentes - Oncologia de adultos – Cancro do Esófago (PON 28)
 - iv. Consultas Médicas Subsequentes - Oncologia de adultos – Cancro do Testículo (PON 29)
 - v. Consultas Médicas Subsequentes - Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos (PON 30)
 - vi. Consultas Médicas Subsequentes - Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/pancreático (PON 41)
2. Criação das subespecialidades de consulta necessárias para identificação inequívoca da produção inerente ao programa.
3. O programa apenas se aplica para os episódios com data de alta do respetivo ano de contrato.

4. Para os hospitais não CR, toda a produção que cumpra os critérios (GDH ou Diagnóstico) irá ser alvo de acerto de contas:
- Todos os episódios com GDH de oncologia (previsto no programa) em 5% do valor do episódio faturado
 - Assim como por cada episódio de consulta com diagnóstico oncológico, 10% do valor dos episódios de consulta faturados com diagnóstico previsto no programa.

GDH (APR31), Diagnósticos e Procedimentos (ICD10CM) a considerar

1. Onco-oftalmologia (Retinoblastoma e Melanoma Ocular)

Episódios de ambulatório classificados nos **GDH 692 ou 693**, com qualquer um dos seguintes diagnósticos como principal ou adicional:

ONCO-OFTALMOLOGIA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C6960	Malignant neoplasm of unspecified orbit
C6920	Malignant neoplasm of unspecified retina
C6990	Malignant neoplasm of unspecified site of unspecified eye

2. Oncologia pediátrica

Episódios de ambulatório classificados nos **GDH 692 ou 693**, com qualquer um dos seguintes diagnósticos como principal ou adicional

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C000	Malignant neoplasm of external upper lip
C001	Malignant neoplasm of external lower lip
C002	Malignant neoplasm of external lip, unspecified
C003	Malignant neoplasm of upper lip, inner aspect
C004	Malignant neoplasm of lower lip, inner aspect
C005	Malignant neoplasm of lip, unspecified, inner aspect
C006	Malignant neoplasm of commissure of lip, unspecified
C008	Malignant neoplasm of overlapping sites of lip
C009	Malignant neoplasm of lip, unspecified
C01	Malignant neoplasm of base of tongue
C020	Malignant neoplasm of dorsal surface of tongue

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C021	Malignant neoplasm of border of tongue
C022	Malignant neoplasm of ventral surface of tongue
C023	Malig neoplasm of anterior two-thirds of tongue, part unsp
C024	Malignant neoplasm of lingual tonsil
C028	Malignant neoplasm of overlapping sites of tongue
C029	Malignant neoplasm of tongue, unspecified
C030	Malignant neoplasm of upper gum
C031	Malignant neoplasm of lower gum
C039	Malignant neoplasm of gum, unspecified
C040	Malignant neoplasm of anterior floor of mouth
C041	Malignant neoplasm of lateral floor of mouth
C048	Malignant neoplasm of overlapping sites of floor of mouth
C049	Malignant neoplasm of floor of mouth, unspecified
C050	Malignant neoplasm of hard palate
C051	Malignant neoplasm of soft palate
C052	Malignant neoplasm of uvula
C058	Malignant neoplasm of overlapping sites of palate
C059	Malignant neoplasm of palate, unspecified
C060	Malignant neoplasm of cheek mucosa
C061	Malignant neoplasm of vestibule of mouth
C062	Malignant neoplasm of retromolar area
C0680	Malignant neoplasm of ovrlp sites of unsp parts of mouth
C0689	Malignant neoplasm of overlapping sites of oth prt mouth
C069	Malignant neoplasm of mouth, unspecified
C07	Malignant neoplasm of parotid gland
C080	Malignant neoplasm of submandibular gland
C081	Malignant neoplasm of sublingual gland
C089	Malignant neoplasm of major salivary gland, unspecified
C090	Malignant neoplasm of tonsillar fossa
C091	Malig neoplasm of tonsillar pillar (anterior) (posterior)
C098	Malignant neoplasm of overlapping sites of tonsil
C099	Malignant neoplasm of tonsil, unspecified
C100	Malignant neoplasm of vallecula
C101	Malignant neoplasm of anterior surface of epiglottis
C102	Malignant neoplasm of lateral wall of oropharynx
C103	Malignant neoplasm of posterior wall of oropharynx

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C104	Malignant neoplasm of branchial cleft
C108	Malignant neoplasm of overlapping sites of oropharynx
C109	Malignant neoplasm of oropharynx, unspecified
C110	Malignant neoplasm of superior wall of nasopharynx
C111	Malignant neoplasm of posterior wall of nasopharynx
C112	Malignant neoplasm of lateral wall of nasopharynx
C113	Malignant neoplasm of anterior wall of nasopharynx
C118	Malignant neoplasm of overlapping sites of nasopharynx
C119	Malignant neoplasm of nasopharynx, unspecified
C12	Malignant neoplasm of pyriform sinus
C130	Malignant neoplasm of postcricoid region
C131	Malig neoplasm of aryepiglottic fold, hypopharyngeal aspect
C132	Malignant neoplasm of posterior wall of hypopharynx
C138	Malignant neoplasm of overlapping sites of hypopharynx
C139	Malignant neoplasm of hypopharynx, unspecified
C140	Malignant neoplasm of pharynx, unspecified
C142	Malignant neoplasm of Waldeyer's ring
C148	Malig neoplasm of overl sites of lip, oral cavity and pharynx
C153	Malignant neoplasm of upper third of esophagus
C154	Malignant neoplasm of middle third of esophagus
C155	Malignant neoplasm of lower third of esophagus
C158	Malignant neoplasm of overlapping sites of esophagus
C159	Malignant neoplasm of esophagus, unspecified
C160	Malignant neoplasm of cardia
C161	Malignant neoplasm of fundus of stomach
C162	Malignant neoplasm of body of stomach
C163	Malignant neoplasm of pyloric antrum
C164	Malignant neoplasm of pylorus
C165	Malignant neoplasm of lesser curvature of stomach, unsp
C166	Malignant neoplasm of greater curvature of stomach, unsp
C168	Malignant neoplasm of overlapping sites of stomach
C169	Malignant neoplasm of stomach, unspecified
C170	Malignant neoplasm of duodenum
C171	Malignant neoplasm of jejunum
C172	Malignant neoplasm of ileum
C173	Meckel's diverticulum, malignant

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C178	Malignant neoplasm of overlapping sites of small intestine
C179	Malignant neoplasm of small intestine, unspecified
C180	Malignant neoplasm of cecum
C181	Malignant neoplasm of appendix
C182	Malignant neoplasm of ascending colon
C183	Malignant neoplasm of hepatic flexure
C184	Malignant neoplasm of transverse colon
C185	Malignant neoplasm of splenic flexure
C186	Malignant neoplasm of descending colon
C187	Malignant neoplasm of sigmoid colon
C188	Malignant neoplasm of overlapping sites of colon
C189	Malignant neoplasm of colon, unspecified
C19	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction
C20	Malignant neoplasm of rectum
C210	Malignant neoplasm of anus, unspecified
C211	Malignant neoplasm of anal canal
C212	Malignant neoplasm of cloacogenic zone
C218	Malig neoplasm of ovrtp sites of rectum, anus and anal canal
C220	Liver cell carcinoma
C221	Intrahepatic bile duct carcinoma
C222	Hepatoblastoma
C223	Angiosarcoma of liver
C224	Other sarcomas of liver
C227	Other specified carcinomas of liver
C228	Malignant neoplasm of liver, primary, unspecified as to type
C229	Malig neoplasm of liver, not specified as primary or sec
C23	Malignant neoplasm of gallbladder
C240	Malignant neoplasm of extrahepatic bile duct
C241	Malignant neoplasm of ampulla of Vater
C248	Malignant neoplasm of overlapping sites of biliary tract
C249	Malignant neoplasm of biliary tract, unspecified
C250	Malignant neoplasm of head of pancreas
C251	Malignant neoplasm of body of pancreas
C252	Malignant neoplasm of tail of pancreas
C253	Malignant neoplasm of pancreatic duct
C254	Malignant neoplasm of endocrine pancreas

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C257	Malignant neoplasm of other parts of pancreas
C258	Malignant neoplasm of overlapping sites of pancreas
C259	Malignant neoplasm of pancreas, unspecified
C260	Malignant neoplasm of intestinal tract, part unspecified
C261	Malignant neoplasm of spleen
C269	Malignant neoplasm of ill-defined sites within the dgstv sys
C300	Malignant neoplasm of nasal cavity
C301	Malignant neoplasm of middle ear
C310	Malignant neoplasm of maxillary sinus
C311	Malignant neoplasm of ethmoidal sinus
C312	Malignant neoplasm of frontal sinus
C313	Malignant neoplasm of sphenoid sinus
C318	Malignant neoplasm of overlapping sites of accessory sinuses
C319	Malignant neoplasm of accessory sinus, unspecified
C320	Malignant neoplasm of glottis
C321	Malignant neoplasm of supraglottis
C322	Malignant neoplasm of subglottis
C323	Malignant neoplasm of laryngeal cartilage
C328	Malignant neoplasm of overlapping sites of larynx
C329	Malignant neoplasm of larynx, unspecified
C33	Malignant neoplasm of trachea
C3400	Malignant neoplasm of unspecified main bronchus
C3401	Malignant neoplasm of right main bronchus
C3402	Malignant neoplasm of left main bronchus
C3410	Malignant neoplasm of upper lobe, unsp bronchus or lung
C3411	Malignant neoplasm of upper lobe, right bronchus or lung
C3412	Malignant neoplasm of upper lobe, left bronchus or lung
C342	Malignant neoplasm of middle lobe, bronchus or lung
C3430	Malignant neoplasm of lower lobe, unsp bronchus or lung
C3431	Malignant neoplasm of lower lobe, right bronchus or lung
C3432	Malignant neoplasm of lower lobe, left bronchus or lung
C3480	Malignant neoplasm of ovrlp sites of unsp bronchus and lung
C3481	Malignant neoplasm of ovrlp sites of right bronchus and lung
C3482	Malignant neoplasm of ovrlp sites of left bronchus and lung
C3490	Malignant neoplasm of unsp part of unsp bronchus or lung
C3491	Malignant neoplasm of unsp part of right bronchus or lung

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C3492	Malignant neoplasm of unsp part of left bronchus or lung
C37	Malignant neoplasm of thymus
C380	Malignant neoplasm of heart
C381	Malignant neoplasm of anterior mediastinum
C382	Malignant neoplasm of posterior mediastinum
C383	Malignant neoplasm of mediastinum, part unspecified
C384	Malignant neoplasm of pleura
C388	Malig neoplasm of ovrlp sites of heart, mediastinum and pleura
C390	Malignant neoplasm of upper respiratory tract, part unsp
C399	Malignant neoplasm of lower respiratory tract, part unsp
C4000	Malig neoplasm of scapula and long bones of unsp upper limb
C4001	Malig neoplasm of scapula and long bones of right upper limb
C4002	Malig neoplasm of scapula and long bones of left upper limb
C4010	Malignant neoplasm of short bones of unspecified upper limb
C4011	Malignant neoplasm of short bones of right upper limb
C4012	Malignant neoplasm of short bones of left upper limb
C4020	Malignant neoplasm of long bones of unspecified lower limb
C4021	Malignant neoplasm of long bones of right lower limb
C4022	Malignant neoplasm of long bones of left lower limb
C4030	Malignant neoplasm of short bones of unspecified lower limb
C4031	Malignant neoplasm of short bones of right lower limb
C4032	Malignant neoplasm of short bones of left lower limb
C4080	Malig neoplasm of ovrlp sites of bone/artic cartl of unsp limb
C4081	Malig neoplasm of ovrlp sites of bone/artic cartl of r limb
C4082	Malig neoplasm of ovrlp sites of bone/artic cartl of left limb
C4090	Malig neoplasm of unsp bones and artic cartlg of unsp limb
C4091	Malig neoplasm of unsp bones and artic cartlg of right limb
C4092	Malig neoplasm of unsp bones and artic cartlg of left limb
C410	Malignant neoplasm of bones of skull and face
C411	Malignant neoplasm of mandible
C412	Malignant neoplasm of vertebral column
C413	Malignant neoplasm of ribs, sternum and clavicle
C414	Malignant neoplasm of pelvic bones, sacrum and coccyx
C419	Malignant neoplasm of bone and articular cartilage, unsp
C430	Malignant melanoma of lip
C4310	Malignant melanoma of unspecified eyelid, including canthus

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C4311	Malignant melanoma of right eyelid, including canthus
C43111	Malignant melanoma of right upper eyelid, including canthus
C43112	Malignant melanoma of right lower eyelid, including canthus
C4312	Malignant melanoma of left eyelid, including canthus
C43121	Malignant melanoma of left upper eyelid, including canthus
C43122	Malignant melanoma of left lower eyelid, including canthus
C4320	Malignant melanoma of unsp ear and external auricular canal
C4321	Malignant melanoma of right ear and external auricular canal
C4322	Malignant melanoma of left ear and external auricular canal
C4330	Malignant melanoma of unspecified part of face
C4331	Malignant melanoma of nose
C4339	Malignant melanoma of other parts of face
C434	Malignant melanoma of scalp and neck
C4351	Malignant melanoma of anal skin
C4352	Malignant melanoma of skin of breast
C4359	Malignant melanoma of other part of trunk
C4360	Malignant melanoma of unsp upper limb, including shoulder
C4361	Malignant melanoma of right upper limb, including shoulder
C4362	Malignant melanoma of left upper limb, including shoulder
C4370	Malignant melanoma of unspecified lower limb, including hip
C4371	Malignant melanoma of right lower limb, including hip
C4372	Malignant melanoma of left lower limb, including hip
C438	Malignant melanoma of overlapping sites of skin
C439	Malignant melanoma of skin, unspecified
C4400	Unspecified malignant neoplasm of skin of lip
C4401	Basal cell carcinoma of skin of lip
C4402	Squamous cell carcinoma of skin of lip
C4409	Other specified malignant neoplasm of skin of lip
C44101	Unsp malignant neoplasm skin/ unsp eyelid, including canthus
C44102	Unsp malignant neoplasm skin/ right eyelid, inc canthus
C441021	Unsp malig neoplasm skin/ right upper eyelid, inc canthus
C441022	Unsp malig neoplasm skin/ right lower eyelid, inc canthus
C44109	Unsp malignant neoplasm skin/ left eyelid, including canthus
C441091	Unsp malignant neoplasm skin/ left upper eyelid, inc canthus
C441092	Unsp malignant neoplasm skin/ left lower eyelid, inc canthus
C44111	Basal cell carcinoma skin/ unsp eyelid, including canthus

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C44112	Basal cell carcinoma skin/ right eyelid, including canthus
C441121	Basal cell carcinoma skin/ right upper eyelid, inc canthus
C441122	Basal cell carcinoma skin/ right lower eyelid, inc canthus
C44119	Basal cell carcinoma skin/ left eyelid, including canthus
C441191	Basal cell carcinoma skin/ left upper eyelid, inc canthus
C441192	Basal cell carcinoma skin/ left lower eyelid, inc canthus
C44121	Squamous cell carcinoma skin/ unsp eyelid, including canthus
C44122	Squamous cell carcinoma skin/ right eyelid, inc canthus
C441221	Squamous cell carcinoma skin/ r upper eyelid, inc canthus
C441222	Squamous cell carcinoma skin/ right low eyelid, inc canthus
C44129	Squamous cell carcinoma skin/ left eyelid, including canthus
C441291	Squamous cell carcinoma skin/ left upper eyelid, inc canthus
C441292	Squamous cell carcinoma skin/ left lower eyelid, inc canthus
C44131	Sebaceous cell carcinoma skin/ unsplid, including canthus
C441321	Sebaceous cell carcinoma skin/ r upper eyelid, inc canthus
C441322	Sebaceous cell carcinoma skin/ right low eyelid, inc canthus
C441391	Sebaceous cell carcinoma skin/ left upr eyelid, inc canthus
C441392	Sebaceous cell carcinoma skin/ left low eyelid, inc canthus
C44191	Oth malignant neoplasm skin/ unsp eyelid, including canthus
C44192	Oth malignant neoplasm skin/ right eyelid, including canthus
C441921	Oth malignant neoplasm skin/ right upper eyelid, inc canthus
C441922	Oth malignant neoplasm skin/ right lower eyelid, inc canthus
C44199	Oth malignant neoplasm skin/ left eyelid, including canthus
C441991	Oth malignant neoplasm skin/ left upper eyelid, inc canthus
C441992	Oth malignant neoplasm skin/ left lower eyelid, inc canthus
C44201	Unsp malig neoplasm skin/ unsp ear and external auric canal
C44202	Unsp malig neoplasm skin/ right ear and external auric canal
C44209	Unsp malig neoplasm skin/ left ear and external auric canal
C44211	Basal cell carcinoma skin/ unsp ear and external auric canal
C44212	Basal cell carcinoma skin/ r ear and external auric canal
C44219	Basal cell carcinoma skin/ left ear and external auric canal
C44221	Squamous cell carcinoma skin/ unsp ear and extrn auric canal
C44222	Squamous cell carcinoma skin/ r ear and external auric canal
C44229	Squamous cell carcinoma skin/ left ear and extrn auric canal
C44291	Oth malig neoplasm skin/ unsp ear and external auric canal
C44292	Oth malig neoplasm skin/ right ear and external auric canal

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C44299	Oth malign neoplasm skin/ left ear and external auric canal
C44300	Unsp malignant neoplasm of skin of unspecified part of face
C44301	Unspecified malignant neoplasm of skin of nose
C44309	Unsp malignant neoplasm of skin of other parts of face
C44310	Basal cell carcinoma of skin of unspecified parts of face
C44311	Basal cell carcinoma of skin of nose
C44319	Basal cell carcinoma of skin of other parts of face
C44320	Squamous cell carcinoma of skin of unspecified parts of face
C44321	Squamous cell carcinoma of skin of nose
C44329	Squamous cell carcinoma of skin of other parts of face
C44390	Oth malignant neoplasm of skin of unspecified parts of face
C44391	Other specified malignant neoplasm of skin of nose
C44399	Oth malignant neoplasm of skin of other parts of face
C4440	Unspecified malignant neoplasm of skin of scalp and neck
C4441	Basal cell carcinoma of skin of scalp and neck
C4442	Squamous cell carcinoma of skin of scalp and neck
C4449	Other specified malignant neoplasm of skin of scalp and neck
C44500	Unspecified malignant neoplasm of anal skin
C44501	Unspecified malignant neoplasm of skin of breast
C44509	Unsp malignant neoplasm of skin of other part of trunk
C44510	Basal cell carcinoma of anal skin
C44511	Basal cell carcinoma of skin of breast
C44519	Basal cell carcinoma of skin of other part of trunk
C44520	Squamous cell carcinoma of anal skin
C44521	Squamous cell carcinoma of skin of breast
C44529	Squamous cell carcinoma of skin of other part of trunk
C44590	Other specified malignant neoplasm of anal skin
C44591	Other specified malignant neoplasm of skin of breast
C44599	Oth malignant neoplasm of skin of other part of trunk
C44601	Unsp malignant neoplasm skin/ unsp upper limb, inc shoulder
C44602	Unsp malignant neoplasm skin/ right upper limb, inc shoulder
C44609	Unsp malignant neoplasm skin/ left upper limb, inc shoulder
C44611	Basal cell carcinoma skin/ unsp upper limb, inc shoulder
C44612	Basal cell carcinoma skin/ right upper limb, inc shoulder
C44619	Basal cell carcinoma skin/ left upper limb, inc shoulder
C44621	Squamous cell carcinoma skin/ unsp upper limb, inc shoulder

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C44622	Squamous cell carcinoma skin/ right upper limb, inc shoulder
C44629	Squamous cell carcinoma skin/ left upper limb, inc shoulder
C44691	Oth malignant neoplasm skin/ unsp upper limb, inc shoulder
C44692	Oth malignant neoplasm skin/ right upper limb, inc shoulder
C44699	Oth malignant neoplasm skin/ left upper limb, inc shoulder
C44701	Unsp malignant neoplasm skin/ unsp lower limb, including hip
C44702	Unsp malignant neoplasm skin/ right lower limb, inc hip
C44709	Unsp malignant neoplasm skin/ left lower limb, including hip
C44711	Basal cell carcinoma skin/ unsp lower limb, including hip
C44712	Basal cell carcinoma skin/ right lower limb, including hip
C44719	Basal cell carcinoma skin/ left lower limb, including hip
C44721	Squamous cell carcinoma skin/ unsp lower limb, including hip
C44722	Squamous cell carcinoma skin/ right lower limb, inc hip
C44729	Squamous cell carcinoma skin/ left lower limb, including hip
C44791	Oth malignant neoplasm skin/ unsp lower limb, including hip
C44792	Oth malignant neoplasm skin/ right lower limb, including hip
C44799	Oth malignant neoplasm skin/ left lower limb, including hip
C4480	Unspecified malignant neoplasm of overlapping sites of skin
C4481	Basal cell carcinoma of overlapping sites of skin
C4482	Squamous cell carcinoma of overlapping sites of skin
C4489	Oth malignant neoplasm of overlapping sites of skin
C4490	Unspecified malignant neoplasm of skin, unspecified
C4491	Basal cell carcinoma of skin, unspecified
C4492	Squamous cell carcinoma of skin, unspecified
C4499	Other specified malignant neoplasm of skin, unspecified
C450	Mesothelioma of pleura
C451	Mesothelioma of peritoneum
C452	Mesothelioma of pericardium
C457	Mesothelioma of other sites
C459	Mesothelioma, unspecified
C460	Kaposi's sarcoma of skin
C461	Kaposi's sarcoma of soft tissue
C462	Kaposi's sarcoma of palate
C463	Kaposi's sarcoma of lymph nodes
C464	Kaposi's sarcoma of gastrointestinal sites
C4650	Kaposi's sarcoma of unspecified lung

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C4651	Kaposi's sarcoma of right lung
C4652	Kaposi's sarcoma of left lung
C467	Kaposi's sarcoma of other sites
C469	Kaposi's sarcoma, unspecified
C470	Malignant neoplasm of prph nerves of head, face and neck
C4710	Malig neoplasm of prph nerves of unsp upper limb, inc shoulder
C4711	Malig neoplasm of prph nerves of right upper limb, inc shldr
C4712	Malig neoplasm of prph nerves of left upper limb, inc shoulder
C4720	Malig neoplasm of prph nerves of unsp lower limb, inc hip
C4721	Malig neoplasm of prph nerves of right lower limb, inc hip
C4722	Malig neoplasm of prph nerves of left lower limb, inc hip
C473	Malignant neoplasm of peripheral nerves of thorax
C474	Malignant neoplasm of peripheral nerves of abdomen
C475	Malignant neoplasm of peripheral nerves of pelvis
C476	Malignant neoplasm of peripheral nerves of trunk, unsp
C478	Malig neoplasm of ovrlp sites of prph nrv and autonm nrv sys
C479	Malig neoplasm of prph nerves and autonm nervous sys, unsp
C480	Malignant neoplasm of retroperitoneum
C481	Malignant neoplasm of specified parts of peritoneum
C482	Malignant neoplasm of peritoneum, unspecified
C488	Malig neoplasm of ovrlp sites of retroperiton and peritoneum
C490	Malig neoplasm of conn and soft tissue of head, face and neck
C4910	Malig neoplasm of conn & soft tiss of unsp upr lmb, inc shldr
C4911	Malig neoplasm of conn and soft tiss of r upr limb, inc shldr
C4912	Malig neoplasm of conn and soft tiss of l upr limb, inc shldr
C4920	Malig neoplasm of conn and soft tiss of unsp low limb, inc hip
C4921	Malig neoplasm of conn and soft tiss of r low limb, inc hip
C4922	Malig neoplasm of conn and soft tiss of left low limb, inc hip
C493	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of thorax
C494	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of abdomen
C495	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of pelvis
C496	Malignant neoplasm of conn and soft tissue of trunk, unsp
C498	Malignant neoplasm of ovrlp sites of conn and soft tissue
C499	Malignant neoplasm of connective and soft tissue, unsp
C49A0	Gastrointestinal stromal tumor, unspecified site
C49A1	Gastrointestinal stromal tumor of esophagus

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C49A2	Gastrointestinal stromal tumor of stomach
C49A3	Gastrointestinal stromal tumor of small intestine
C49A4	Gastrointestinal stromal tumor of large intestine
C49A5	Gastrointestinal stromal tumor of rectum
C49A9	Gastrointestinal stromal tumor of other sites
C4A0	Merkel cell carcinoma of lip
C4A10	Merkel cell carcinoma of unsp eyelid, including canthus
C4A11	Merkel cell carcinoma of right eyelid, including canthus
C4A111	Merkel cell carcinoma of right upper eyelid, inc canthus
C4A112	Merkel cell carcinoma of right lower eyelid, inc canthus
C4A12	Merkel cell carcinoma of left eyelid, including canthus
C4A121	Merkel cell carcinoma of left upper eyelid, inc canthus
C4A122	Merkel cell carcinoma of left lower eyelid, inc canthus
C4A20	Merkel cell carcinoma of unsp ear and external auric canal
C4A21	Merkel cell carcinoma of right ear and external auric canal
C4A22	Merkel cell carcinoma of left ear and external auric canal
C4A30	Merkel cell carcinoma of unspecified part of face
C4A31	Merkel cell carcinoma of nose
C4A39	Merkel cell carcinoma of other parts of face
C4A4	Merkel cell carcinoma of scalp and neck
C4A51	Merkel cell carcinoma of anal skin
C4A52	Merkel cell carcinoma of skin of breast
C4A59	Merkel cell carcinoma of other part of trunk
C4A60	Merkel cell carcinoma of unsp upper limb, including shoulder
C4A61	Merkel cell carcinoma of right upper limb, inc shoulder
C4A62	Merkel cell carcinoma of left upper limb, including shoulder
C4A70	Merkel cell carcinoma of unsp lower limb, including hip
C4A71	Merkel cell carcinoma of right lower limb, including hip
C4A72	Merkel cell carcinoma of left lower limb, including hip
C4A8	Merkel cell carcinoma of overlapping sites
C4A9	Merkel cell carcinoma, unspecified
C50011	Malignant neoplasm of nipple and areola, right female breast
C50012	Malignant neoplasm of nipple and areola, left female breast
C50019	Malignant neoplasm of nipple and areola, unsp female breast
C50021	Malignant neoplasm of nipple and areola, right male breast
C50022	Malignant neoplasm of nipple and areola, left male breast

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C50029	Malignant neoplasm of nipple and areola, unsp male breast
C50111	Malignant neoplasm of central portion of right female breast
C50112	Malignant neoplasm of central portion of left female breast
C50119	Malignant neoplasm of central portion of unsp female breast
C50121	Malignant neoplasm of central portion of right male breast
C50122	Malignant neoplasm of central portion of left male breast
C50129	Malignant neoplasm of central portion of unsp male breast
C50211	Malig neoplasm of upper-inner quadrant of right female breast
C50212	Malig neoplasm of upper-inner quadrant of left female breast
C50219	Malig neoplasm of upper-inner quadrant of unsp female breast
C50221	Malig neoplasm of upper-inner quadrant of right male breast
C50222	Malig neoplasm of upper-inner quadrant of left male breast
C50229	Malig neoplasm of upper-inner quadrant of unsp male breast
C50311	Malig neoplasm of lower-inner quadrant of right female breast
C50312	Malig neoplasm of lower-inner quadrant of left female breast
C50319	Malig neoplasm of lower-inner quadrant of unsp female breast
C50321	Malig neoplasm of lower-inner quadrant of right male breast
C50322	Malig neoplasm of lower-inner quadrant of left male breast
C50329	Malig neoplasm of lower-inner quadrant of unsp male breast
C50411	Malig neoplasm of upper-outer quadrant of right female breast
C50412	Malig neoplasm of upper-outer quadrant of left female breast
C50419	Malig neoplasm of upper-outer quadrant of unsp female breast
C50421	Malig neoplasm of upper-outer quadrant of right male breast
C50422	Malig neoplasm of upper-outer quadrant of left male breast
C50429	Malig neoplasm of upper-outer quadrant of unsp male breast
C50511	Malig neoplasm of lower-outer quadrant of right female breast
C50512	Malig neoplasm of lower-outer quadrant of left female breast
C50519	Malig neoplasm of lower-outer quadrant of unsp female breast
C50521	Malig neoplasm of lower-outer quadrant of right male breast
C50522	Malig neoplasm of lower-outer quadrant of left male breast
C50529	Malig neoplasm of lower-outer quadrant of unsp male breast
C50611	Malignant neoplasm of axillary tail of right female breast
C50612	Malignant neoplasm of axillary tail of left female breast
C50619	Malignant neoplasm of axillary tail of unsp female breast
C50621	Malignant neoplasm of axillary tail of right male breast
C50622	Malignant neoplasm of axillary tail of left male breast

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C50629	Malignant neoplasm of axillary tail of unsp male breast
C50811	Malignant neoplasm of ovrlp sites of right female breast
C50812	Malignant neoplasm of ovrlp sites of left female breast
C50819	Malignant neoplasm of ovrlp sites of unsp female breast
C50821	Malignant neoplasm of overlapping sites of right male breast
C50822	Malignant neoplasm of overlapping sites of left male breast
C50829	Malignant neoplasm of overlapping sites of unsp male breast
C50911	Malignant neoplasm of unsp site of right female breast
C50912	Malignant neoplasm of unspecified site of left female breast
C50919	Malignant neoplasm of unsp site of unspecified female breast
C50921	Malignant neoplasm of unspecified site of right male breast
C50922	Malignant neoplasm of unspecified site of left male breast
C50929	Malignant neoplasm of unsp site of unspecified male breast
C510	Malignant neoplasm of labium majus
C511	Malignant neoplasm of labium minus
C512	Malignant neoplasm of clitoris
C518	Malignant neoplasm of overlapping sites of vulva
C519	Malignant neoplasm of vulva, unspecified
C52	Malignant neoplasm of vagina
C530	Malignant neoplasm of endocervix
C531	Malignant neoplasm of exocervix
C538	Malignant neoplasm of overlapping sites of cervix uteri
C539	Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified
C540	Malignant neoplasm of isthmus uteri
C541	Malignant neoplasm of endometrium
C542	Malignant neoplasm of myometrium
C543	Malignant neoplasm of fundus uteri
C548	Malignant neoplasm of overlapping sites of corpus uteri
C549	Malignant neoplasm of corpus uteri, unspecified
C55	Malignant neoplasm of uterus, part unspecified
C561	Malignant neoplasm of right ovary
C562	Malignant neoplasm of left ovary
C569	Malignant neoplasm of unspecified ovary
C5700	Malignant neoplasm of unspecified fallopian tube
C5701	Malignant neoplasm of right fallopian tube
C5702	Malignant neoplasm of left fallopian tube

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C5710	Malignant neoplasm of unspecified broad ligament
C5711	Malignant neoplasm of right broad ligament
C5712	Malignant neoplasm of left broad ligament
C5720	Malignant neoplasm of unspecified round ligament
C5721	Malignant neoplasm of right round ligament
C5722	Malignant neoplasm of left round ligament
C573	Malignant neoplasm of parametrium
C574	Malignant neoplasm of uterine adnexa, unspecified
C577	Malignant neoplasm of other specified female genital organs
C578	Malignant neoplasm of ovrlp sites of female genital organs
C579	Malignant neoplasm of female genital organ, unspecified
C58	Malignant neoplasm of placenta
C600	Malignant neoplasm of prepuce
C601	Malignant neoplasm of glans penis
C602	Malignant neoplasm of body of penis
C608	Malignant neoplasm of overlapping sites of penis
C609	Malignant neoplasm of penis, unspecified
C61	Malignant neoplasm of prostate
C6200	Malignant neoplasm of unspecified undescended testis
C6201	Malignant neoplasm of undescended right testis
C6202	Malignant neoplasm of undescended left testis
C6210	Malignant neoplasm of unspecified descended testis
C6211	Malignant neoplasm of descended right testis
C6212	Malignant neoplasm of descended left testis
C6290	Malig neoplasm of unsp testis, unsp descended or undescended
C6291	Malig neoplasm of right testis, unsp descended or undescended
C6292	Malig neoplasm of left testis, unsp descended or undescended
C6300	Malignant neoplasm of unspecified epididymis
C6301	Malignant neoplasm of right epididymis
C6302	Malignant neoplasm of left epididymis
C6310	Malignant neoplasm of unspecified spermatic cord
C6311	Malignant neoplasm of right spermatic cord
C6312	Malignant neoplasm of left spermatic cord
C632	Malignant neoplasm of scrotum
C637	Malignant neoplasm of other specified male genital organs
C638	Malignant neoplasm of ovrlp sites of male genital organs

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C639	Malignant neoplasm of male genital organ, unspecified
C641	Malignant neoplasm of right kidney, except renal pelvis
C642	Malignant neoplasm of left kidney, except renal pelvis
C649	Malignant neoplasm of unsp kidney, except renal pelvis
C651	Malignant neoplasm of right renal pelvis
C652	Malignant neoplasm of left renal pelvis
C659	Malignant neoplasm of unspecified renal pelvis
C661	Malignant neoplasm of right ureter
C662	Malignant neoplasm of left ureter
C669	Malignant neoplasm of unspecified ureter
C670	Malignant neoplasm of trigone of bladder
C671	Malignant neoplasm of dome of bladder
C672	Malignant neoplasm of lateral wall of bladder
C673	Malignant neoplasm of anterior wall of bladder
C674	Malignant neoplasm of posterior wall of bladder
C675	Malignant neoplasm of bladder neck
C676	Malignant neoplasm of ureteric orifice
C677	Malignant neoplasm of urachus
C678	Malignant neoplasm of overlapping sites of bladder
C679	Malignant neoplasm of bladder, unspecified
C680	Malignant neoplasm of urethra
C681	Malignant neoplasm of paraurethral glands
C688	Malignant neoplasm of overlapping sites of urinary organs
C689	Malignant neoplasm of urinary organ, unspecified
C6900	Malignant neoplasm of unspecified conjunctiva
C6901	Malignant neoplasm of right conjunctiva
C6902	Malignant neoplasm of left conjunctiva
C6910	Malignant neoplasm of unspecified cornea
C6911	Malignant neoplasm of right cornea
C6912	Malignant neoplasm of left cornea
C6920	Malignant neoplasm of unspecified retina
C6921	Malignant neoplasm of right retina
C6922	Malignant neoplasm of left retina
C6930	Malignant neoplasm of unspecified choroid
C6931	Malignant neoplasm of right choroid
C6932	Malignant neoplasm of left choroid

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C6940	Malignant neoplasm of unspecified ciliary body
C6941	Malignant neoplasm of right ciliary body
C6942	Malignant neoplasm of left ciliary body
C6950	Malignant neoplasm of unspecified lacrimal gland and duct
C6951	Malignant neoplasm of right lacrimal gland and duct
C6952	Malignant neoplasm of left lacrimal gland and duct
C6960	Malignant neoplasm of unspecified orbit
C6961	Malignant neoplasm of right orbit
C6962	Malignant neoplasm of left orbit
C6980	Malignant neoplasm of overlap sites of unsp eye and adnexa
C6981	Malignant neoplasm of overlap sites of right eye and adnexa
C6982	Malignant neoplasm of overlap sites of left eye and adnexa
C6990	Malignant neoplasm of unspecified site of unspecified eye
C6991	Malignant neoplasm of unspecified site of right eye
C6992	Malignant neoplasm of unspecified site of left eye
C700	Malignant neoplasm of cerebral meninges
C701	Malignant neoplasm of spinal meninges
C709	Malignant neoplasm of meninges, unspecified
C710	Malignant neoplasm of cerebrum, except lobes and ventricles
C711	Malignant neoplasm of frontal lobe
C712	Malignant neoplasm of temporal lobe
C713	Malignant neoplasm of parietal lobe
C714	Malignant neoplasm of occipital lobe
C715	Malignant neoplasm of cerebral ventricle
C716	Malignant neoplasm of cerebellum
C717	Malignant neoplasm of brain stem
C718	Malignant neoplasm of overlapping sites of brain
C719	Malignant neoplasm of brain, unspecified
C720	Malignant neoplasm of spinal cord
C721	Malignant neoplasm of cauda equina
C7220	Malignant neoplasm of unspecified olfactory nerve
C7221	Malignant neoplasm of right olfactory nerve
C7222	Malignant neoplasm of left olfactory nerve
C7230	Malignant neoplasm of unspecified optic nerve
C7231	Malignant neoplasm of right optic nerve
C7232	Malignant neoplasm of left optic nerve

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C7240	Malignant neoplasm of unspecified acoustic nerve
C7241	Malignant neoplasm of right acoustic nerve
C7242	Malignant neoplasm of left acoustic nerve
C7250	Malignant neoplasm of unspecified cranial nerve
C7259	Malignant neoplasm of other cranial nerves
C729	Malignant neoplasm of central nervous system, unspecified
C73	Malignant neoplasm of thyroid gland
C7400	Malignant neoplasm of cortex of unspecified adrenal gland
C7401	Malignant neoplasm of cortex of right adrenal gland
C7402	Malignant neoplasm of cortex of left adrenal gland
C7410	Malignant neoplasm of medulla of unspecified adrenal gland
C7411	Malignant neoplasm of medulla of right adrenal gland
C7412	Malignant neoplasm of medulla of left adrenal gland
C7490	Malignant neoplasm of unsp part of unspecified adrenal gland
C7491	Malignant neoplasm of unsp part of right adrenal gland
C7492	Malignant neoplasm of unspecified part of left adrenal gland
C750	Malignant neoplasm of parathyroid gland
C751	Malignant neoplasm of pituitary gland
C752	Malignant neoplasm of craniopharyngeal duct
C753	Malignant neoplasm of pineal gland
C754	Malignant neoplasm of carotid body
C755	Malignant neoplasm of aortic body and other paraganglia
C758	Malignant neoplasm with pluriglandular involvement, unsp
C759	Malignant neoplasm of endocrine gland, unspecified
C760	Malignant neoplasm of head, face and neck
C761	Malignant neoplasm of thorax
C762	Malignant neoplasm of abdomen
C763	Malignant neoplasm of pelvis
C7640	Malignant neoplasm of unspecified upper limb
C7641	Malignant neoplasm of right upper limb
C7642	Malignant neoplasm of left upper limb
C7650	Malignant neoplasm of unspecified lower limb
C7651	Malignant neoplasm of right lower limb
C7652	Malignant neoplasm of left lower limb
C768	Malignant neoplasm of other specified ill-defined sites
C770	Sec and unsp malig neoplasm of nodes of head, face and neck

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C771	Secondary and unsp malignant neoplasm of intrathorac nodes
C772	Secondary and unsp malignant neoplasm of intra-abd nodes
C773	Sec and unsp malig neoplasm of axilla and upper limb nodes
C774	Sec and unsp malig neoplasm of inguinal and lower limb nodes
C775	Secondary and unsp malignant neoplasm of intrapelv nodes
C778	Sec and unsp malig neoplasm of nodes of multiple regions
C779	Secondary and unsp malignant neoplasm of lymph node, unsp
C7800	Secondary malignant neoplasm of unspecified lung
C7801	Secondary malignant neoplasm of right lung
C7802	Secondary malignant neoplasm of left lung
C781	Secondary malignant neoplasm of mediastinum
C782	Secondary malignant neoplasm of pleura
C7830	Secondary malignant neoplasm of unsp respiratory organ
C7839	Secondary malignant neoplasm of other respiratory organs
C784	Secondary malignant neoplasm of small intestine
C785	Secondary malignant neoplasm of large intestine and rectum
C786	Secondary malignant neoplasm of retroperiton and peritoneum
C787	Secondary malig neoplasm of liver and intrahepatic bile duct
C7880	Secondary malignant neoplasm of unspecified digestive organ
C7889	Secondary malignant neoplasm of other digestive organs
C7900	Secondary malignant neoplasm of unsp kidney and renal pelvis
C7901	Secondary malignant neoplasm of r kidney and renal pelvis
C7902	Secondary malignant neoplasm of left kidney and renal pelvis
C7910	Secondary malignant neoplasm of unspecified urinary organs
C7911	Secondary malignant neoplasm of bladder
C7919	Secondary malignant neoplasm of other urinary organs
C792	Secondary malignant neoplasm of skin
C7931	Secondary malignant neoplasm of brain
C7932	Secondary malignant neoplasm of cerebral meninges
C7940	Secondary malignant neoplasm of unsp part of nervous system
C7949	Secondary malignant neoplasm of oth parts of nervous system
C7951	Secondary malignant neoplasm of bone
C7952	Secondary malignant neoplasm of bone marrow
C7960	Secondary malignant neoplasm of unspecified ovary
C7961	Secondary malignant neoplasm of right ovary
C7962	Secondary malignant neoplasm of left ovary

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C7970	Secondary malignant neoplasm of unspecified adrenal gland
C7971	Secondary malignant neoplasm of right adrenal gland
C7972	Secondary malignant neoplasm of left adrenal gland
C7981	Secondary malignant neoplasm of breast
C7982	Secondary malignant neoplasm of genital organs
C7989	Secondary malignant neoplasm of other specified sites
C799	Secondary malignant neoplasm of unspecified site
C7A00	Malignant carcinoid tumor of unspecified site
C7A010	Malignant carcinoid tumor of the duodenum
C7A011	Malignant carcinoid tumor of the jejunum
C7A012	Malignant carcinoid tumor of the ileum
C7A019	Malignant carcinoid tumor of the sm int, unsp portion
C7A020	Malignant carcinoid tumor of the appendix
C7A021	Malignant carcinoid tumor of the cecum
C7A022	Malignant carcinoid tumor of the ascending colon
C7A023	Malignant carcinoid tumor of the transverse colon
C7A024	Malignant carcinoid tumor of the descending colon
C7A025	Malignant carcinoid tumor of the sigmoid colon
C7A026	Malignant carcinoid tumor of the rectum
C7A029	Malignant carcinoid tumor of the lg int, unsp portion
C7A090	Malignant carcinoid tumor of the bronchus and lung
C7A091	Malignant carcinoid tumor of the thymus
C7A092	Malignant carcinoid tumor of the stomach
C7A093	Malignant carcinoid tumor of the kidney
C7A094	Malignant carcinoid tumor of the foregut, unspecified
C7A095	Malignant carcinoid tumor of the midgut, unspecified
C7A096	Malignant carcinoid tumor of the hindgut, unspecified
C7A098	Malignant carcinoid tumors of other sites
C7A1	Malignant poorly differentiated neuroendocrine tumors
C7A8	Other malignant neuroendocrine tumors
C7B00	Secondary carcinoid tumors, unspecified site
C7B01	Secondary carcinoid tumors of distant lymph nodes
C7B02	Secondary carcinoid tumors of liver
C7B03	Secondary carcinoid tumors of bone
C7B04	Secondary carcinoid tumors of peritoneum
C7B09	Secondary carcinoid tumors of other sites

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C7B1	Secondary Merkel cell carcinoma
C7B8	Other secondary neuroendocrine tumors
C800	Disseminated malignant neoplasm, unspecified
C801	Malignant (primary) neoplasm, unspecified
C802	Malignant neoplasm associated with transplanted organ
C8100	Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma, unsp site
C8101	Nodlr lymphocy predom Hdgkn lymph, nodes of head, face, & nk
C8102	Nodular lymphocy predom Hodgkin lymphoma, intrathorac nodes
C8103	Nodular lymphocyte predom Hodgkin lymphoma, intra-abd nodes
C8104	Nodlr lymphocy predom Hdgkn lymph, nodes of axla and upr lmb
C8105	Nodlr lymphocy predom Hdgkn lymph,nodes of ing rgn & low lmb
C8106	Nodular lymphocyte predom Hodgkin lymphoma, intrapelv nodes
C8107	Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma, spleen
C8108	Nodular lymphocyte predom Hodgkin lymphoma, nodes mult site
C8109	Nodlr lymphocy predom Hdgkn lymph, extrnod & solid org site
C8110	Nodular sclerosis Hodgkin lymphoma, unspecified site
C8111	Nodular scler Hodgkin lymph, nodes of head, face, and neck
C8112	Nodular sclerosis Hodgkin lymphoma, intrathorac lymph nodes
C8113	Nodular sclerosis Hodgkin lymphoma, intra-abd lymph nodes
C8114	Nodular scler Hodgkin lymph, nodes of axilla and upper limb
C8115	Nodlr scler Hdgkn lymph, nodes of ing region and lower limb
C8116	Nodular sclerosis Hodgkin lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8117	Nodular sclerosis Hodgkin lymphoma, spleen
C8118	Nodular sclerosis Hodgkin lymphoma, lymph nodes mult site
C8119	Nodular scler Hodgkin lymph, extrnod and solid organ sites
C8120	Mixed cellularity Hodgkin lymphoma, unspecified site
C8121	Mixed cellular Hodgkin lymph, nodes of head, face, and neck
C8122	Mixed cellularity Hodgkin lymphoma, intrathorac lymph nodes
C8123	Mixed cellularity Hodgkin lymphoma, intra-abd lymph nodes
C8124	Mixed cellular Hodgkin lymph, nodes of axilla and upper limb
C8125	Mixed cellular Hdgkn lymph, nodes of ing rgn and lower limb
C8126	Mixed cellularity Hodgkin lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8127	Mixed cellularity Hodgkin lymphoma, spleen
C8128	Mixed cellularity Hodgkin lymphoma, lymph nodes mult site
C8129	Mixed cellular Hodgkin lymph, extrnod and solid organ sites
C8130	Lymphocyte depleted Hodgkin lymphoma, unspecified site

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C8131	Lymphocy deplet Hodgkin lymph, nodes of head, face, and neck
C8132	Lymphocyte depleted Hodgkin lymphoma, intrathorac nodes
C8133	Lymphocyte depleted Hodgkin lymphoma, intra-abd lymph nodes
C8134	Lymphocy deplet Hdgkn lymph, nodes of axilla and upper limb
C8135	Lymphocy deplet Hdgkn lymph, nodes of ing rgn and lower limb
C8136	Lymphocyte depleted Hodgkin lymphoma, intrapelv lymph nodes
C8137	Lymphocyte depleted Hodgkin lymphoma, spleen
C8138	Lymphocyte depleted Hodgkin lymphoma, lymph nodes mult site
C8139	Lymphocy deplet Hodgkin lymph, extrnod and solid organ sites
C8140	Lymphocyte-rich Hodgkin lymphoma, unspecified site
C8141	Lymp-rich Hodgkin lymphoma, nodes of head, face, and neck
C8142	Lymphocyte-rich Hodgkin lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8143	Lymphocyte-rich Hodgkin lymphoma, intra-abd lymph nodes
C8144	Lymp-rich Hodgkin lymphoma, nodes of axilla and upper limb
C8145	Lymp-rich Hodgkin lymph, nodes of ing region and lower limb
C8146	Lymphocyte-rich Hodgkin lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8147	Lymphocyte-rich Hodgkin lymphoma, spleen
C8148	Lymphocyte-rich Hodgkin lymphoma, lymph nodes mult site
C8149	Lymp-rich Hodgkin lymphoma, extranodal and solid organ sites
C8170	Other Hodgkin lymphoma, unspecified site
C8171	Other Hodgkin lymphoma, lymph nodes of head, face, and neck
C8172	Other Hodgkin lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8173	Other Hodgkin lymphoma, intra-abdominal lymph nodes
C8174	Other Hodgkin lymphoma, lymph nodes of axilla and upper limb
C8175	Other Hodgkin lymphoma, nodes of ing region and lower limb
C8176	Other Hodgkin lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8177	Other Hodgkin lymphoma, spleen
C8178	Other Hodgkin lymphoma, lymph nodes of multiple sites
C8179	Other Hodgkin lymphoma, extranodal and solid organ sites
C8190	Hodgkin lymphoma, unspecified, unspecified site
C8191	Hodgkin lymphoma, unsp, lymph nodes of head, face, and neck
C8192	Hodgkin lymphoma, unspecified, intrathoracic lymph nodes
C8193	Hodgkin lymphoma, unspecified, intra-abdominal lymph nodes
C8194	Hodgkin lymphoma, unsp, lymph nodes of axilla and upper limb
C8195	Hodgkin lymphoma, unsp, nodes of ing region and lower limb
C8196	Hodgkin lymphoma, unspecified, intrapelvic lymph nodes

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C8197	Hodgkin lymphoma, unspecified, spleen
C8198	Hodgkin lymphoma, unspecified, lymph nodes of multiple sites
C8199	Hodgkin lymphoma, unsp, extranodal and solid organ sites
C8200	Follicular lymphoma grade I, unspecified site
C8201	Follicular lymphoma grade I, nodes of head, face, and neck
C8202	Follicular lymphoma grade I, intrathoracic lymph nodes
C8203	Follicular lymphoma grade I, intra-abdominal lymph nodes
C8204	Follicular lymphoma grade I, nodes of axilla and upper limb
C8205	Follicular lymph grade I, nodes of ing region and lower limb
C8206	Follicular lymphoma grade I, intrapelvic lymph nodes
C8207	Follicular lymphoma grade I, spleen
C8208	Follicular lymphoma grade I, lymph nodes of multiple sites
C8209	Follicular lymphoma grade I, extrnod and solid organ sites
C8210	Follicular lymphoma grade II, unspecified site
C8211	Follicular lymphoma grade II, nodes of head, face, and neck
C8212	Follicular lymphoma grade II, intrathoracic lymph nodes
C8213	Follicular lymphoma grade II, intra-abdominal lymph nodes
C8214	Follicular lymphoma grade II, nodes of axilla and upper limb
C8215	Follicular lymph grade II, nodes of ing region and lower limb
C8216	Follicular lymphoma grade II, intrapelvic lymph nodes
C8217	Follicular lymphoma grade II, spleen
C8218	Follicular lymphoma grade II, lymph nodes of multiple sites
C8219	Follicular lymphoma grade II, extrnod and solid organ sites
C8220	Follicular lymphoma grade III, unspecified, unspecified site
C8221	Follicular lymph grade III, unsp, nodes of head, face, and nk
C8222	Follicular lymphoma grade III, unsp, intrathorac lymph nodes
C8223	Follicular lymphoma grade III, unsp, intra-abd lymph nodes
C8224	Follicular lymph grade III, unsp, nodes of axla and upper limb
C8225	Follicular lymph grade III, unsp, nodes of ing rgn and low lmb
C8226	Follicular lymphoma grade III, unsp, intrapelvic lymph nodes
C8227	Follicular lymphoma grade III, unspecified, spleen
C8228	Follicular lymphoma grade III, unsp, lymph nodes mult site
C8229	Follicular lymph grade III, unsp, extrnod and solid org sites
C8230	Follicular lymphoma grade IIIa, unspecified site
C8231	Follicular lymphoma grade IIIa, nodes of head, face, and neck
C8232	Follicular lymphoma grade IIIa, intrathoracic lymph nodes

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C8233	Follicular lymphoma grade IIIa, intra-abdominal lymph nodes
C8234	Follicular lymphoma grade IIIa, nodes of axilla and upper limb
C8235	Follicular lymphoma grade IIIa, nodes of ing rgn and lower limb
C8236	Follicular lymphoma grade IIIa, intrapelvic lymph nodes
C8237	Follicular lymphoma grade IIIa, spleen
C8238	Follicular lymphoma grade IIIa, lymph nodes mult site
C8239	Follicular lymphoma grade IIIa, extrnod and solid organ sites
C8240	Follicular lymphoma grade IIIb, unspecified site
C8241	Follicular lymphoma grade IIIb, nodes of head, face, and neck
C8242	Follicular lymphoma grade IIIb, intrathoracic lymph nodes
C8243	Follicular lymphoma grade IIIb, intra-abdominal lymph nodes
C8244	Follicular lymphoma grade IIIb, nodes of axilla and upper limb
C8245	Follicular lymphoma grade IIIb, nodes of ing rgn and lower limb
C8246	Follicular lymphoma grade IIIb, intrapelvic lymph nodes
C8247	Follicular lymphoma grade IIIb, spleen
C8248	Follicular lymphoma grade IIIb, lymph nodes mult site
C8249	Follicular lymphoma grade IIIb, extrnod and solid organ sites
C8250	Diffuse follicle center lymphoma, unspecified site
C8251	Diffuse follicle center lymphoma, nodes of head, face, and neck
C8252	Diffuse follicle center lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8253	Diffuse follicle center lymphoma, intra-abd lymph nodes
C8254	Diffuse follicle center lymphoma, nodes of axilla and upper limb
C8255	Diffuse follicle center lymphoma, nodes of ing region and lower limb
C8256	Diffuse follicle center lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8257	Diffuse follicle center lymphoma, spleen
C8258	Diffuse follicle center lymphoma, lymph nodes mult site
C8259	Diffuse follicle center lymphoma, extrnod and solid organ sites
C8260	Cutaneous follicle center lymphoma, unspecified site
C8261	Cutaneous follicle center lymphoma, nodes of head, face, and neck
C8262	Cutaneous follicle center lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8263	Cutaneous follicle center lymphoma, intra-abd lymph nodes
C8264	Cutaneous follicle center lymphoma, nodes of axilla and upper limb
C8265	Cutaneous follicle center lymphoma, nodes of ing region and lower limb
C8266	Cutaneous follicle center lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8267	Cutaneous follicle center lymphoma, spleen
C8268	Cutaneous follicle center lymphoma, lymph nodes mult site

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C8269	Cutan foliocl center lymphoma, extrnod and solid organ sites
C8280	Other types of follicular lymphoma, unspecified site
C8281	Oth types of foliclar lymph, nodes of head, face, and neck
C8282	Oth types of follicular lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8283	Oth types of follicular lymphoma, intra-abd lymph nodes
C8284	Oth types of foliclar lymph, nodes of axilla and upper limb
C8285	Oth types of foliclar lymph, nodes of ing rgn and lower limb
C8286	Other types of follicular lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8287	Other types of follicular lymphoma, spleen
C8288	Oth types of follicular lymphoma, lymph nodes mult site
C8289	Oth types of foliclar lymph, extrnod and solid organ sites
C8290	Follicular lymphoma, unspecified, unspecified site
C8291	Follicular lymphoma, unsp, nodes of head, face, and neck
C8292	Follicular lymphoma, unspecified, intrathoracic lymph nodes
C8293	Follicular lymphoma, unsp, intra-abdominal lymph nodes
C8294	Follicular lymphoma, unsp, nodes of axilla and upper limb
C8295	Follicular lymphoma, unsp, nodes of ing region and lower limb
C8296	Follicular lymphoma, unspecified, intrapelvic lymph nodes
C8297	Follicular lymphoma, unspecified, spleen
C8298	Follicular lymphoma, unsp, lymph nodes of multiple sites
C8299	Follicular lymphoma, unsp, extranodal and solid organ sites
C8300	Small cell B-cell lymphoma, unspecified site
C8301	Small cell B-cell lymphoma, nodes of head, face, and neck
C8302	Small cell B-cell lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8303	Small cell B-cell lymphoma, intra-abdominal lymph nodes
C8304	Small cell B-cell lymphoma, nodes of axilla and upper limb
C8305	Small cell B-cell lymph, nodes of ing region and lower limb
C8306	Small cell B-cell lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8307	Small cell B-cell lymphoma, spleen
C8308	Small cell B-cell lymphoma, lymph nodes of multiple sites
C8309	Small cell B-cell lymphoma, extranodal and solid organ sites
C8310	Mantle cell lymphoma, unspecified site
C8311	Mantle cell lymphoma, lymph nodes of head, face, and neck
C8312	Mantle cell lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8313	Mantle cell lymphoma, intra-abdominal lymph nodes
C8314	Mantle cell lymphoma, lymph nodes of axilla and upper limb

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C8315	Mantle cell lymphoma, nodes of ing region and lower limb
C8316	Mantle cell lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8317	Mantle cell lymphoma, spleen
C8318	Mantle cell lymphoma, lymph nodes of multiple sites
C8319	Mantle cell lymphoma, extranodal and solid organ sites
C8330	Diffuse large B-cell lymphoma, unspecified site
C8331	Diffuse large B-cell lymphoma, nodes of head, face, and neck
C8332	Diffuse large B-cell lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8333	Diffuse large B-cell lymphoma, intra-abdominal lymph nodes
C8334	Diffuse large B-cell lymph, nodes of axilla and upper limb
C8335	Diffuse large B-cell lymph, nodes of ing rgn and lower limb
C8336	Diffuse large B-cell lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8337	Diffuse large B-cell lymphoma, spleen
C8338	Diffuse large B-cell lymphoma, lymph nodes of multiple sites
C8339	Diffuse large B-cell lymphoma, extrnod and solid organ sites
C8350	Lymphoblastic (diffuse) lymphoma, unspecified site
C8351	Lymphoblastic lymphoma, nodes of head, face, and neck
C8352	Lymphoblastic (diffuse) lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8353	Lymphoblastic (diffuse) lymphoma, intra-abd lymph nodes
C8354	Lymphoblastic lymphoma, nodes of axilla and upper limb
C8355	Lymphoblastic lymphoma, nodes of ing region and lower limb
C8356	Lymphoblastic (diffuse) lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8357	Lymphoblastic (diffuse) lymphoma, spleen
C8358	Lymphoblastic (diffuse) lymphoma, lymph nodes mult site
C8359	Lymphoblastic lymphoma, extrnod and solid organ sites
C8370	Burkitt lymphoma, unspecified site
C8371	Burkitt lymphoma, lymph nodes of head, face, and neck
C8372	Burkitt lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8373	Burkitt lymphoma, intra-abdominal lymph nodes
C8374	Burkitt lymphoma, lymph nodes of axilla and upper limb
C8375	Burkitt lymphoma, nodes of inguinal region and lower limb
C8376	Burkitt lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8377	Burkitt lymphoma, spleen
C8378	Burkitt lymphoma, lymph nodes of multiple sites
C8379	Burkitt lymphoma, extranodal and solid organ sites
C8380	Other non-follicular lymphoma, unspecified site

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C8381	Oth non-follic lymphoma, lymph nodes of head, face, and neck
C8382	Other non-follicular lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8383	Other non-follicular lymphoma, intra-abdominal lymph nodes
C8384	Oth non-follic lymphoma, nodes of axilla and upper limb
C8385	Oth non-follic lymphoma, nodes of ing region and lower limb
C8386	Other non-follicular lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8387	Other non-follicular lymphoma, spleen
C8388	Other non-follicular lymphoma, lymph nodes of multiple sites
C8389	Oth non-follic lymphoma, extranodal and solid organ sites
C8390	Non-follicular (diffuse) lymphoma, unsp, unspecified site
C8391	Non-follic lymphoma, unsp, nodes of head, face, and neck
C8392	Non-follic (diffuse) lymphoma, unsp, intrathorac lymph nodes
C8393	Non-follic (diffuse) lymphoma, unsp, intra-abd lymph nodes
C8394	Non-follic lymphoma, unsp, nodes of axilla and upper limb
C8395	Non-follic lymph, unsp, nodes of ing region and lower limb
C8396	Non-follic (diffuse) lymphoma, unsp, intrapelvic lymph nodes
C8397	Non-follicular (diffuse) lymphoma, unspecified, spleen
C8398	Non-follic (diffuse) lymphoma, unsp, lymph nodes mult site
C8399	Non-follic lymphoma, unsp, extrnod and solid organ sites
C8400	Mycosis fungoides, unspecified site
C8401	Mycosis fungoides, lymph nodes of head, face, and neck
C8402	Mycosis fungoides, intrathoracic lymph nodes
C8403	Mycosis fungoides, intra-abdominal lymph nodes
C8404	Mycosis fungoides, lymph nodes of axilla and upper limb
C8405	Mycosis fungoides, nodes of inguinal region and lower limb
C8406	Mycosis fungoides, intrapelvic lymph nodes
C8407	Mycosis fungoides, spleen
C8408	Mycosis fungoides, lymph nodes of multiple sites
C8409	Mycosis fungoides, extranodal and solid organ sites
C8410	Sezary disease, unspecified site
C8411	Sezary disease, lymph nodes of head, face, and neck
C8412	Sezary disease, intrathoracic lymph nodes
C8413	Sezary disease, intra-abdominal lymph nodes
C8414	Sezary disease, lymph nodes of axilla and upper limb
C8415	Sezary disease, nodes of inguinal region and lower limb
C8416	Sezary disease, intrapelvic lymph nodes

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C8417	Sezary disease, spleen
C8418	Sezary disease, lymph nodes of multiple sites
C8419	Sezary disease, extranodal and solid organ sites
C8440	Peripheral T-cell lymphoma, not classified, unspecified site
C8441	Prph T-cell lymph, not class, nodes of head, face, and neck
C8442	Peripheral T-cell lymphoma, not class, intrathorac nodes
C8443	Peripheral T-cell lymphoma, not classified, intra-abd nodes
C8444	Prph T-cell lymph, not class, nodes of axilla and upper limb
C8445	Prph T-cell lymph, not class, nodes of ing rgn and low limb
C8446	Peripheral T-cell lymphoma, not classified, intrapelv nodes
C8447	Peripheral T-cell lymphoma, not classified, spleen
C8448	Peripheral T-cell lymphoma, not classified, nodes mult site
C8449	Prph T-cell lymph, not class, extrnod and solid organ sites
C8460	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-positive, unsp site
C8461	Anaplstc lg cell lymph, ALK-pos, nodes of head, face, and nk
C8462	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-pos, intrathorac nodes
C8463	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-pos, intra-abd nodes
C8464	Anaplstc lg cell lymph, ALK-pos, nodes of axla and upr limb
C8465	Anaplstc lg cell lymph, ALK-pos, nodes of ing rgn & low lmb
C8466	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-pos, intrapelv nodes
C8467	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-positive, spleen
C8468	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-pos, nodes mult site
C8469	Anaplstc lg cell lymph, ALK-pos, extrnod and solid org sites
C8470	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-negative, unsp site
C8471	Anaplstc lg cell lymph, ALK-neg, nodes of head, face, and nk
C8472	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-neg, intrathorac nodes
C8473	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-neg, intra-abd nodes
C8474	Anaplstc lg cell lymph, ALK-neg, nodes of axla and upr limb
C8475	Anaplstc lg cell lymph, ALK-neg, nodes of ing rgn & low lmb
C8476	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-neg, intrapelv nodes
C8477	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-negative, spleen
C8478	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-neg, nodes mult site
C8479	Anaplstc lg cell lymph, ALK-neg, extrnod and solid org sites
C8490	Mature T/NK-cell lymphomas, unspecified, unspecified site
C8491	Mature T/NK-cell lymph, unsp, nodes of head, face, and neck
C8492	Mature T/NK-cell lymphomas, unsp, intrathoracic lymph nodes

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C8493	Mature T/NK-cell lymphomas, unsp, intra-abd lymph nodes
C8494	Mature T/NK-cell lymph, unsp, nodes of axilla and upper limb
C8495	Mature T/NK-cell lymph, unsp, nodes of ing rgn and low limb
C8496	Mature T/NK-cell lymphomas, unsp, intrapelvic lymph nodes
C8497	Mature T/NK-cell lymphomas, unspecified, spleen
C8498	Mature T/NK-cell lymphomas, unsp, lymph nodes mult site
C8499	Mature T/NK-cell lymph, unsp, extrnod and solid organ sites
C84A0	Cutaneous T-cell lymphoma, unspecified, unspecified site
C84A1	Cutan T-cell lymphoma, unsp nodes of head, face, and neck
C84A2	Cutaneous T-cell lymphoma, unsp, intrathoracic lymph nodes
C84A3	Cutaneous T-cell lymphoma, unsp, intra-abdominal lymph nodes
C84A4	Cutan T-cell lymphoma, unsp, nodes of axilla and upper limb
C84A5	Cutan T-cell lymph, unsp, nodes of ing region and lower limb
C84A6	Cutaneous T-cell lymphoma, unsp, intrapelvic lymph nodes
C84A7	Cutaneous T-cell lymphoma, unspecified, spleen
C84A8	Cutaneous T-cell lymphoma, unsp, lymph nodes mult site
C84A9	Cutan T-cell lymphoma, unsp, extrnod and solid organ sites
C84Z0	Other mature T/NK-cell lymphomas, unspecified site
C84Z1	Oth mature T/NK-cell lymph, nodes of head, face, and neck
C84Z2	Other mature T/NK-cell lymphomas, intrathoracic lymph nodes
C84Z3	Oth mature T/NK-cell lymphomas, intra-abdominal lymph nodes
C84Z4	Oth mature T/NK-cell lymph, nodes of axilla and upper limb
C84Z5	Oth mature T/NK-cell lymph, nodes of ing rgn and lower limb
C84Z6	Other mature T/NK-cell lymphomas, intrapelvic lymph nodes
C84Z7	Other mature T/NK-cell lymphomas, spleen
C84Z8	Oth mature T/NK-cell lymphomas, lymph nodes mult site
C84Z9	Oth mature T/NK-cell lymph, extrnod and solid organ sites
C8510	Unspecified B-cell lymphoma, unspecified site
C8511	Unsp B-cell lymphoma, lymph nodes of head, face, and neck
C8512	Unspecified B-cell lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8513	Unspecified B-cell lymphoma, intra-abdominal lymph nodes
C8514	Unsp B-cell lymphoma, lymph nodes of axilla and upper limb
C8515	Unsp B-cell lymphoma, nodes of ing region and lower limb
C8516	Unspecified B-cell lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8517	Unspecified B-cell lymphoma, spleen
C8518	Unspecified B-cell lymphoma, lymph nodes of multiple sites

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C8519	Unsp B-cell lymphoma, extranodal and solid organ sites
C8520	Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma, unspecified site
C8521	Mediastnl large B-cell lymph, nodes of head, face, and neck
C8522	Mediastnl (thymic) large B-cell lymphoma, intrathorac nodes
C8523	Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma, intra-abd nodes
C8524	Mediastnl large B-cell lymph, nodes of axilla and upper limb
C8525	Mediastnl lg B-cell lymph, nodes of ing rgn and lower limb
C8526	Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma, intrapelv nodes
C8527	Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma, spleen
C8528	Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma, nodes mult site
C8529	Mediastnl large B-cell lymph, extrnod and solid organ sites
C8580	Oth types of non-Hodgkin lymphoma, unspecified site
C8581	Oth types of non-hodg lymph, nodes of head, face, and neck
C8582	Oth types of non-Hodgkin lymphoma, intrathoracic lymph nodes
C8583	Oth types of non-Hodgkin lymphoma, intra-abd lymph nodes
C8584	Oth types of non-hodg lymph, nodes of axilla and upper limb
C8585	Oth types of non-hodg lymph, nodes of ing rgn and lower limb
C8586	Oth types of non-Hodgkin lymphoma, intrapelvic lymph nodes
C8587	Other specified types of non-Hodgkin lymphoma, spleen
C8588	Oth types of non-Hodgkin lymphoma, lymph nodes mult site
C8589	Oth types of non-hodg lymph, extrnod and solid organ sites
C8590	Non-Hodgkin lymphoma, unspecified, unspecified site
C8591	Non-Hodgkin lymphoma, unsp, nodes of head, face, and neck
C8592	Non-Hodgkin lymphoma, unspecified, intrathoracic lymph nodes
C8593	Non-Hodgkin lymphoma, unsp, intra-abdominal lymph nodes
C8594	Non-Hodgkin lymphoma, unsp, nodes of axilla and upper limb
C8595	Non-hodg lymphoma, unsp, nodes of ing region and lower limb
C8596	Non-Hodgkin lymphoma, unspecified, intrapelvic lymph nodes
C8597	Non-Hodgkin lymphoma, unspecified, spleen
C8598	Non-Hodgkin lymphoma, unsp, lymph nodes of multiple sites
C8599	Non-Hodgkin lymphoma, unsp, extranodal and solid organ sites
C860	Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type
C861	Hepatosplenic T-cell lymphoma
C862	Enteropathy-type (intestinal) T-cell lymphoma
C863	Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma
C864	Blastic NK-cell lymphoma

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C865	Angioimmunoblastic T-cell lymphoma
C866	Primary cutaneous CD30-positive T-cell proliferations
C880	Waldenstrom macroglobulinemia
C882	Heavy chain disease
C883	Immunoproliferative small intestinal disease
C884	Extrnod mrgnl zn B-cell lymph of mucosa-assoc lymphoid tiss
C888	Other malignant immunoproliferative diseases
C889	Malignant immunoproliferative disease, unspecified
C9000	Multiple myeloma not having achieved remission
C9001	Multiple myeloma in remission
C9002	Multiple myeloma in relapse
C9010	Plasma cell leukemia not having achieved remission
C9011	Plasma cell leukemia in remission
C9012	Plasma cell leukemia in relapse
C9020	Extramedullary plasmacytoma not having achieved remission
C9021	Extramedullary plasmacytoma in remission
C9022	Extramedullary plasmacytoma in relapse
C9030	Solitary plasmacytoma not having achieved remission
C9031	Solitary plasmacytoma in remission
C9032	Solitary plasmacytoma in relapse
C9100	Acute lymphoblastic leukemia not having achieved remission
C9101	Acute lymphoblastic leukemia, in remission
C9102	Acute lymphoblastic leukemia, in relapse
C9110	Chronic lymphocytic leuk of B-cell type not achieve remis
C9111	Chronic lymphocytic leukemia of B-cell type in remission
C9112	Chronic lymphocytic leukemia of B-cell type in relapse
C9130	Prolymphocytic leukemia of B-cell type not achieve remission
C9131	Prolymphocytic leukemia of B-cell type, in remission
C9132	Prolymphocytic leukemia of B-cell type, in relapse
C9140	Hairy cell leukemia not having achieved remission
C9141	Hairy cell leukemia, in remission
C9142	Hairy cell leukemia, in relapse
C9150	Adult T-cell lymph/leuk (HTLV-1-assoc) not achieve remission
C9151	Adult T-cell lymphoma/leukemia (HTLV-1-assoc), in remission
C9152	Adult T-cell lymphoma/leukemia (HTLV-1-assoc), in relapse
C9160	Prolymphocytic leukemia of T-cell type not achieve remission

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C9161	Prolymphocytic leukemia of T-cell type, in remission
C9162	Prolymphocytic leukemia of T-cell type, in relapse
C9190	Lymphoid leukemia, unspecified not having achieved remission
C9191	Lymphoid leukemia, unspecified, in remission
C9192	Lymphoid leukemia, unspecified, in relapse
C91A0	Mature B-cell leukemia Burkitt-type not achieve remission
C91A1	Mature B-cell leukemia Burkitt-type, in remission
C91A2	Mature B-cell leukemia Burkitt-type, in relapse
C91Z0	Other lymphoid leukemia not having achieved remission
C91Z1	Other lymphoid leukemia, in remission
C91Z2	Other lymphoid leukemia, in relapse
C9200	Acute myeloblastic leukemia, not having achieved remission
C9201	Acute myeloblastic leukemia, in remission
C9202	Acute myeloblastic leukemia, in relapse
C9210	Chronic myeloid leuk, BCR/ABL-positive, not achieve remis
C9211	Chronic myeloid leukemia, BCR/ABL-positive, in remission
C9212	Chronic myeloid leukemia, BCR/ABL-positive, in relapse
C9220	Atyp chronic myeloid leuk, BCR/ABL-neg, not achieve remis
C9221	Atypical chronic myeloid leukemia, BCR/ABL-neg, in remission
C9222	Atypical chronic myeloid leukemia, BCR/ABL-neg, in relapse
C9230	Myeloid sarcoma, not having achieved remission
C9231	Myeloid sarcoma, in remission
C9232	Myeloid sarcoma, in relapse
C9240	Acute promyelocytic leukemia, not having achieved remission
C9241	Acute promyelocytic leukemia, in remission
C9242	Acute promyelocytic leukemia, in relapse
C9250	Acute myelomonocytic leukemia, not having achieved remission
C9251	Acute myelomonocytic leukemia, in remission
C9252	Acute myelomonocytic leukemia, in relapse
C9260	Acute myeloid leukemia w 11q23-abnormality not achieve remis
C9261	Acute myeloid leukemia with 11q23-abnormality in remission
C9262	Acute myeloid leukemia with 11q23-abnormality in relapse
C9290	Myeloid leukemia, unspecified, not having achieved remission
C9291	Myeloid leukemia, unspecified in remission
C9292	Myeloid leukemia, unspecified in relapse
C92A0	Acute myeloid leuk w multilin dysplasia, not achieve remis

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C92A1	Acute myeloid leukemia w multilin dysplasia, in remission
C92A2	Acute myeloid leukemia w multilineage dysplasia, in relapse
C92Z0	Other myeloid leukemia not having achieved remission
C92Z1	Other myeloid leukemia, in remission
C92Z2	Other myeloid leukemia, in relapse
C9300	Acute monoblastic/monocytic leukemia, not achieve remission
C9301	Acute monoblastic/monocytic leukemia, in remission
C9302	Acute monoblastic/monocytic leukemia, in relapse
C9310	Chronic myelomonocytic leukemia not achieve remission
C9311	Chronic myelomonocytic leukemia, in remission
C9312	Chronic myelomonocytic leukemia, in relapse
C9330	Juvenile myelomonocytic leukemia, not achieve remission
C9331	Juvenile myelomonocytic leukemia, in remission
C9332	Juvenile myelomonocytic leukemia, in relapse
C9390	Monocytic leukemia, unsp, not having achieved remission
C9391	Monocytic leukemia, unspecified in remission
C9392	Monocytic leukemia, unspecified in relapse
C93Z0	Other monocytic leukemia, not having achieved remission
C93Z1	Other monocytic leukemia, in remission
C93Z2	Other monocytic leukemia, in relapse
C9400	Acute erythroid leukemia, not having achieved remission
C9401	Acute erythroid leukemia, in remission
C9402	Acute erythroid leukemia, in relapse
C9420	Acute megakaryoblastic leukemia not achieve remission
C9421	Acute megakaryoblastic leukemia, in remission
C9422	Acute megakaryoblastic leukemia, in relapse
C9430	Mast cell leukemia not having achieved remission
C9431	Mast cell leukemia, in remission
C9432	Mast cell leukemia, in relapse
C9440	Acute panmyelosis w myelofibrosis not achieve remission
C9441	Acute panmyelosis with myelofibrosis, in remission
C9442	Acute panmyelosis with myelofibrosis, in relapse
C946	Myelodysplastic disease, not classified
C9480	Other specified leukemias not having achieved remission
C9481	Other specified leukemias, in remission
C9482	Other specified leukemias, in relapse

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C9500	Acute leukemia of unsp cell type not achieve remission
C9501	Acute leukemia of unspecified cell type, in remission
C9502	Acute leukemia of unspecified cell type, in relapse
C9510	Chronic leukemia of unsp cell type not achieve remission
C9511	Chronic leukemia of unspecified cell type, in remission
C9512	Chronic leukemia of unspecified cell type, in relapse
C9590	Leukemia, unspecified not having achieved remission
C9591	Leukemia, unspecified, in remission
C9592	Leukemia, unspecified, in relapse
C960	Multifocal and multisystemic Langerhans-cell histiocytosis
C962	Malignant mast cell tumor
C9620	Malignant mast cell neoplasm, unspecified
C9621	Aggressive systemic mastocytosis
C9622	Mast cell sarcoma
C9629	Other malignant mast cell neoplasm
C964	Sarcoma of dendritic cells (accessory cells)
C965	Multifocal and unisystemic Langerhans-cell histiocytosis
C966	Unifocal Langerhans-cell histiocytosis
C969	Malig neopl of lymphoid, hematpoetc and rel tissue, unsp
C96A	Histiocytic sarcoma
C96Z	Oth malig neopl of lymphoid, hematpoetc and related tissue
D0000	Carcinoma in situ of oral cavity, unspecified site
D0001	Carcinoma in situ of labial mucosa and vermilion border
D0002	Carcinoma in situ of buccal mucosa
D0003	Carcinoma in situ of gingiva and edentulous alveolar ridge
D0004	Carcinoma in situ of soft palate
D0005	Carcinoma in situ of hard palate
D0006	Carcinoma in situ of floor of mouth
D0007	Carcinoma in situ of tongue
D0008	Carcinoma in situ of pharynx
D001	Carcinoma in situ of esophagus
D002	Carcinoma in situ of stomach
D010	Carcinoma in situ of colon
D011	Carcinoma in situ of rectosigmoid junction
D012	Carcinoma in situ of rectum
D013	Carcinoma in situ of anus and anal canal

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D0140	Carcinoma in situ of unspecified part of intestine
D0149	Carcinoma in situ of other parts of intestine
D015	Carcinoma in situ of liver, gallbladder and bile ducts
D017	Carcinoma in situ of other specified digestive organs
D019	Carcinoma in situ of digestive organ, unspecified
D020	Carcinoma in situ of larynx
D021	Carcinoma in situ of trachea
D0220	Carcinoma in situ of unspecified bronchus and lung
D0221	Carcinoma in situ of right bronchus and lung
D0222	Carcinoma in situ of left bronchus and lung
D023	Carcinoma in situ of other parts of respiratory system
D024	Carcinoma in situ of respiratory system, unspecified
D030	Melanoma in situ of lip
D0310	Melanoma in situ of unspecified eyelid, including canthus
D0311	Melanoma in situ of right eyelid, including canthus
D03111	Melanoma in situ of right upper eyelid, including canthus
D03112	Melanoma in situ of right lower eyelid, including canthus
D0312	Melanoma in situ of left eyelid, including canthus
D03121	Melanoma in situ of left upper eyelid, including canthus
D03122	Melanoma in situ of left lower eyelid, including canthus
D0320	Melanoma in situ of unsp ear and external auricular canal
D0321	Melanoma in situ of right ear and external auricular canal
D0322	Melanoma in situ of left ear and external auricular canal
D0330	Melanoma in situ of unspecified part of face
D0339	Melanoma in situ of other parts of face
D034	Melanoma in situ of scalp and neck
D0351	Melanoma in situ of anal skin
D0352	Melanoma in situ of breast (skin) (soft tissue)
D0359	Melanoma in situ of other part of trunk
D0360	Melanoma in situ of unsp upper limb, including shoulder
D0361	Melanoma in situ of right upper limb, including shoulder
D0362	Melanoma in situ of left upper limb, including shoulder
D0370	Melanoma in situ of unspecified lower limb, including hip
D0371	Melanoma in situ of right lower limb, including hip
D0372	Melanoma in situ of left lower limb, including hip
D038	Melanoma in situ of other sites

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D039	Melanoma in situ, unspecified
D040	Carcinoma in situ of skin of lip
D0410	Carcinoma in situ of skin of unsp eyelid, including canthus
D0411	Carcinoma in situ of skin of right eyelid, including canthus
D04111	Ca in situ skin of right upper eyelid, including canthus
D04112	Ca in situ skin of right lower eyelid, including canthus
D0412	Carcinoma in situ of skin of left eyelid, including canthus
D04121	Ca in situ skin of left upper eyelid, including canthus
D04122	Ca in situ skin of left lower eyelid, including canthus
D0420	Ca in situ skin of unsp ear and external auricular canal
D0421	Ca in situ skin of right ear and external auricular canal
D0422	Ca in situ skin of left ear and external auricular canal
D0430	Carcinoma in situ of skin of unspecified part of face
D0439	Carcinoma in situ of skin of other parts of face
D044	Carcinoma in situ of skin of scalp and neck
D045	Carcinoma in situ of skin of trunk
D0460	Ca in situ skin of unsp upper limb, including shoulder
D0461	Ca in situ skin of right upper limb, including shoulder
D0462	Ca in situ skin of left upper limb, including shoulder
D0470	Carcinoma in situ of skin of unsp lower limb, including hip
D0471	Carcinoma in situ of skin of right lower limb, including hip
D0472	Carcinoma in situ of skin of left lower limb, including hip
D048	Carcinoma in situ of skin of other sites
D049	Carcinoma in situ of skin, unspecified
D0500	Lobular carcinoma in situ of unspecified breast
D0501	Lobular carcinoma in situ of right breast
D0502	Lobular carcinoma in situ of left breast
D0510	Intraductal carcinoma in situ of unspecified breast
D0511	Intraductal carcinoma in situ of right breast
D0512	Intraductal carcinoma in situ of left breast
D0580	Oth type of carcinoma in situ of unspecified breast
D0581	Other specified type of carcinoma in situ of right breast
D0582	Other specified type of carcinoma in situ of left breast
D0590	Unspecified type of carcinoma in situ of unspecified breast
D0591	Unspecified type of carcinoma in situ of right breast
D0592	Unspecified type of carcinoma in situ of left breast

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D060	Carcinoma in situ of endocervix
D061	Carcinoma in situ of exocervix
D067	Carcinoma in situ of other parts of cervix
D069	Carcinoma in situ of cervix, unspecified
D070	Carcinoma in situ of endometrium
D071	Carcinoma in situ of vulva
D072	Carcinoma in situ of vagina
D0730	Carcinoma in situ of unspecified female genital organs
D0739	Carcinoma in situ of other female genital organs
D074	Carcinoma in situ of penis
D075	Carcinoma in situ of prostate
D0760	Carcinoma in situ of unspecified male genital organs
D0761	Carcinoma in situ of scrotum
D0769	Carcinoma in situ of other male genital organs
D090	Carcinoma in situ of bladder
D0910	Carcinoma in situ of unspecified urinary organ
D0919	Carcinoma in situ of other urinary organs
D0920	Carcinoma in situ of unspecified eye
D0921	Carcinoma in situ of right eye
D0922	Carcinoma in situ of left eye
D093	Carcinoma in situ of thyroid and other endocrine glands
D098	Carcinoma in situ of other specified sites
D099	Carcinoma in situ, unspecified
D100	Benign neoplasm of lip
D101	Benign neoplasm of tongue
D102	Benign neoplasm of floor of mouth
D1030	Benign neoplasm of unspecified part of mouth
D1039	Benign neoplasm of other parts of mouth
D104	Benign neoplasm of tonsil
D105	Benign neoplasm of other parts of oropharynx
D106	Benign neoplasm of nasopharynx
D107	Benign neoplasm of hypopharynx
D109	Benign neoplasm of pharynx, unspecified
D110	Benign neoplasm of parotid gland
D117	Benign neoplasm of other major salivary glands
D119	Benign neoplasm of major salivary gland, unspecified

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D120	Benign neoplasm of cecum
D121	Benign neoplasm of appendix
D122	Benign neoplasm of ascending colon
D123	Benign neoplasm of transverse colon
D124	Benign neoplasm of descending colon
D125	Benign neoplasm of sigmoid colon
D126	Benign neoplasm of colon, unspecified
D127	Benign neoplasm of rectosigmoid junction
D128	Benign neoplasm of rectum
D129	Benign neoplasm of anus and anal canal
D130	Benign neoplasm of esophagus
D131	Benign neoplasm of stomach
D132	Benign neoplasm of duodenum
D1330	Benign neoplasm of unspecified part of small intestine
D1339	Benign neoplasm of other parts of small intestine
D134	Benign neoplasm of liver
D135	Benign neoplasm of extrahepatic bile ducts
D136	Benign neoplasm of pancreas
D137	Benign neoplasm of endocrine pancreas
D139	Benign neoplasm of ill-defined sites within the dgstv sys
D140	Benign neoplasm of mid ear, nasal cav and accessory sinuses
D141	Benign neoplasm of larynx
D142	Benign neoplasm of trachea
D1430	Benign neoplasm of unspecified bronchus and lung
D1431	Benign neoplasm of right bronchus and lung
D1432	Benign neoplasm of left bronchus and lung
D144	Benign neoplasm of respiratory system, unspecified
D150	Benign neoplasm of thymus
D151	Benign neoplasm of heart
D152	Benign neoplasm of mediastinum
D157	Benign neoplasm of other specified intrathoracic organs
D159	Benign neoplasm of intrathoracic organ, unspecified
D1600	Benign neoplasm of scapula and long bones of unsp upper limb
D1601	Benign neoplasm of scapula and long bones of right upper limb
D1602	Benign neoplasm of scapula and long bones of left upper limb
D1610	Benign neoplasm of short bones of unspecified upper limb

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D1611	Benign neoplasm of short bones of right upper limb
D1612	Benign neoplasm of short bones of left upper limb
D1620	Benign neoplasm of long bones of unspecified lower limb
D1621	Benign neoplasm of long bones of right lower limb
D1622	Benign neoplasm of long bones of left lower limb
D1630	Benign neoplasm of short bones of unspecified lower limb
D1631	Benign neoplasm of short bones of right lower limb
D1632	Benign neoplasm of short bones of left lower limb
D164	Benign neoplasm of bones of skull and face
D165	Benign neoplasm of lower jaw bone
D166	Benign neoplasm of vertebral column
D167	Benign neoplasm of ribs, sternum and clavicle
D168	Benign neoplasm of pelvic bones, sacrum and coccyx
D169	Benign neoplasm of bone and articular cartilage, unspecified
D170	Ben lipomatous neoplasm of skin, subcu of head, face and neck
D171	Benign lipomatous neoplasm of skin, subcu of trunk
D1720	Benign lipomatous neoplasm of skin, subcu of unsp limb
D1721	Benign lipomatous neoplasm of skin, subcu of right arm
D1722	Benign lipomatous neoplasm of skin, subcu of left arm
D1723	Benign lipomatous neoplasm of skin, subcu of right leg
D1724	Benign lipomatous neoplasm of skin, subcu of left leg
D1730	Benign lipomatous neoplasm of skin, subcu of unsp sites
D1739	Benign lipomatous neoplasm of skin, subcu of sites
D174	Benign lipomatous neoplasm of intrathoracic organs
D175	Benign lipomatous neoplasm of intra-abdominal organs
D176	Benign lipomatous neoplasm of spermatic cord
D1771	Benign lipomatous neoplasm of kidney
D1772	Benign lipomatous neoplasm of other genitourinary organ
D1779	Benign lipomatous neoplasm of other sites
D179	Benign lipomatous neoplasm, unspecified
D1800	Hemangioma unspecified site
D1801	Hemangioma of skin and subcutaneous tissue
D1802	Hemangioma of intracranial structures
D1803	Hemangioma of intra-abdominal structures
D1809	Hemangioma of other sites
D181	Lymphangioma, any site

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D190	Benign neoplasm of mesothelial tissue of pleura
D191	Benign neoplasm of mesothelial tissue of peritoneum
D197	Benign neoplasm of mesothelial tissue of other sites
D199	Benign neoplasm of mesothelial tissue, unspecified
D200	Benign neoplasm of soft tissue of retroperitoneum
D201	Benign neoplasm of soft tissue of peritoneum
D210	Benign neoplasm of connective/soft tissue of head, face and neck
D2110	Benign neoplasm of connective/soft tissue of unspecified upper limb, including shoulder
D2111	Benign neoplasm of connective/soft tissue of right upper limb, including shoulder
D2112	Benign neoplasm of connective/soft tissue of left upper limb, including shoulder
D2120	Benign neoplasm of connective/soft tissue of unspecified lower limb, including hip
D2121	Benign neoplasm of connective/soft tissue of right lower limb, including hip
D2122	Benign neoplasm of connective/soft tissue of left lower limb, including hip
D213	Benign neoplasm of connective and other soft tissue of thorax
D214	Benign neoplasm of connective and other soft tissue of abdomen
D215	Benign neoplasm of connective and other soft tissue of pelvis
D216	Benign neoplasm of connective/soft tissue of trunk, unspecified
D219	Benign neoplasm of connective and other soft tissue, unspecified
D220	Melanocytic nevi of lip
D2210	Melanocytic nevi of unspecified eyelid, including canthus
D2211	Melanocytic nevi of right eyelid, including canthus
D22111	Melanocytic nevi of right upper eyelid, including canthus
D22112	Melanocytic nevi of right lower eyelid, including canthus
D2212	Melanocytic nevi of left eyelid, including canthus
D22121	Melanocytic nevi of left upper eyelid, including canthus
D22122	Melanocytic nevi of left lower eyelid, including canthus
D2220	Melanocytic nevi of unspecified ear and external auricular canal
D2221	Melanocytic nevi of right ear and external auricular canal
D2222	Melanocytic nevi of left ear and external auricular canal
D2230	Melanocytic nevi of unspecified part of face
D2239	Melanocytic nevi of other parts of face
D224	Melanocytic nevi of scalp and neck
D225	Melanocytic nevi of trunk
D2260	Melanocytic nevi of unspecified upper limb, including shoulder
D2261	Melanocytic nevi of right upper limb, including shoulder
D2262	Melanocytic nevi of left upper limb, including shoulder

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D2270	Melanocytic nevi of unspecified lower limb, including hip
D2271	Melanocytic nevi of right lower limb, including hip
D2272	Melanocytic nevi of left lower limb, including hip
D229	Melanocytic nevi, unspecified
D230	Other benign neoplasm of skin of lip
D2310	Oth benign neoplasm skin/ unsp eyelid, including canthus
D2311	Oth benign neoplasm skin/ right eyelid, including canthus
D23111	Other benign neoplasm skin/ right upper eyelid, inc canthus
D23112	Other benign neoplasm skin/ right lower eyelid, inc canthus
D2312	Oth benign neoplasm skin/ left eyelid, including canthus
D23121	Other benign neoplasm skin/ left upper eyelid, inc canthus
D23122	Other benign neoplasm skin/ left lower eyelid, inc canthus
D2320	Oth benign neoplasm skin/ unsp ear and external auric canal
D2321	Oth benign neoplasm skin/ right ear and external auric canal
D2322	Oth benign neoplasm skin/ left ear and external auric canal
D2330	Other benign neoplasm of skin of unspecified part of face
D2339	Other benign neoplasm of skin of other parts of face
D234	Other benign neoplasm of skin of scalp and neck
D235	Other benign neoplasm of skin of trunk
D2360	Oth benign neoplasm skin/ unsp upper limb, inc shoulder
D2361	Oth benign neoplasm skin/ right upper limb, inc shoulder
D2362	Oth benign neoplasm skin/ left upper limb, inc shoulder
D2370	Oth benign neoplasm skin/ unsp lower limb, including hip
D2371	Oth benign neoplasm skin/ right lower limb, including hip
D2372	Oth benign neoplasm skin/ left lower limb, including hip
D239	Other benign neoplasm of skin, unspecified
D241	Benign neoplasm of right breast
D242	Benign neoplasm of left breast
D249	Benign neoplasm of unspecified breast
D250	Submucous leiomyoma of uterus
D251	Intramural leiomyoma of uterus
D252	Subserosal leiomyoma of uterus
D259	Leiomyoma of uterus, unspecified
D260	Other benign neoplasm of cervix uteri
D261	Other benign neoplasm of corpus uteri
D267	Other benign neoplasm of other parts of uterus

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D269	Other benign neoplasm of uterus, unspecified
D270	Benign neoplasm of right ovary
D271	Benign neoplasm of left ovary
D279	Benign neoplasm of unspecified ovary
D280	Benign neoplasm of vulva
D281	Benign neoplasm of vagina
D282	Benign neoplasm of uterine tubes and ligaments
D287	Benign neoplasm of other specified female genital organs
D289	Benign neoplasm of female genital organ, unspecified
D290	Benign neoplasm of penis
D291	Benign neoplasm of prostate
D2920	Benign neoplasm of unspecified testis
D2921	Benign neoplasm of right testis
D2922	Benign neoplasm of left testis
D2930	Benign neoplasm of unspecified epididymis
D2931	Benign neoplasm of right epididymis
D2932	Benign neoplasm of left epididymis
D294	Benign neoplasm of scrotum
D298	Benign neoplasm of other specified male genital organs
D299	Benign neoplasm of male genital organ, unspecified
D3000	Benign neoplasm of unspecified kidney
D3001	Benign neoplasm of right kidney
D3002	Benign neoplasm of left kidney
D3010	Benign neoplasm of unspecified renal pelvis
D3011	Benign neoplasm of right renal pelvis
D3012	Benign neoplasm of left renal pelvis
D3020	Benign neoplasm of unspecified ureter
D3021	Benign neoplasm of right ureter
D3022	Benign neoplasm of left ureter
D303	Benign neoplasm of bladder
D304	Benign neoplasm of urethra
D308	Benign neoplasm of other specified urinary organs
D309	Benign neoplasm of urinary organ, unspecified
D3100	Benign neoplasm of unspecified conjunctiva
D3101	Benign neoplasm of right conjunctiva
D3102	Benign neoplasm of left conjunctiva

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D3110	Benign neoplasm of unspecified cornea
D3111	Benign neoplasm of right cornea
D3112	Benign neoplasm of left cornea
D3120	Benign neoplasm of unspecified retina
D3121	Benign neoplasm of right retina
D3122	Benign neoplasm of left retina
D3130	Benign neoplasm of unspecified choroid
D3131	Benign neoplasm of right choroid
D3132	Benign neoplasm of left choroid
D3140	Benign neoplasm of unspecified ciliary body
D3141	Benign neoplasm of right ciliary body
D3142	Benign neoplasm of left ciliary body
D3150	Benign neoplasm of unspecified lacrimal gland and duct
D3151	Benign neoplasm of right lacrimal gland and duct
D3152	Benign neoplasm of left lacrimal gland and duct
D3160	Benign neoplasm of unspecified site of unspecified orbit
D3161	Benign neoplasm of unspecified site of right orbit
D3162	Benign neoplasm of unspecified site of left orbit
D3190	Benign neoplasm of unspecified part of unspecified eye
D3191	Benign neoplasm of unspecified part of right eye
D3192	Benign neoplasm of unspecified part of left eye
D320	Benign neoplasm of cerebral meninges
D321	Benign neoplasm of spinal meninges
D329	Benign neoplasm of meninges, unspecified
D330	Benign neoplasm of brain, supratentorial
D331	Benign neoplasm of brain, infratentorial
D332	Benign neoplasm of brain, unspecified
D333	Benign neoplasm of cranial nerves
D334	Benign neoplasm of spinal cord
D337	Benign neoplasm of oth parts of central nervous system
D339	Benign neoplasm of central nervous system, unspecified
D34	Benign neoplasm of thyroid gland
D3500	Benign neoplasm of unspecified adrenal gland
D3501	Benign neoplasm of right adrenal gland
D3502	Benign neoplasm of left adrenal gland
D351	Benign neoplasm of parathyroid gland

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D352	Benign neoplasm of pituitary gland
D353	Benign neoplasm of craniopharyngeal duct
D354	Benign neoplasm of pineal gland
D355	Benign neoplasm of carotid body
D356	Benign neoplasm of aortic body and other paraganglia
D357	Benign neoplasm of other specified endocrine glands
D359	Benign neoplasm of endocrine gland, unspecified
D360	Benign neoplasm of lymph nodes
D3610	Benign neoplasm of prph nerves and autonm nervous sys, unsp
D3611	Ben neopl of prph nerves and autonm nrv sys of face/hed/nk
D3612	Ben neopl of prph nrv & autonm nrv sys, upr lmb, inc shldr
D3613	Ben neopl of prph nrv & autonm nrv sys of low lmb, inc hip
D3614	Benign neopl of prph nerves and autonm nrv sys of thorax
D3615	Benign neopl of prph nerves and autonm nervous sys of abd
D3616	Benign neopl of prph nerves and autonm nrv sys of pelvis
D3617	Ben neopl of prph nerves and autonm nrv sys of trunk, unsp
D367	Benign neoplasm of other specified sites
D369	Benign neoplasm, unspecified site
D3701	Neoplasm of uncertain behavior of lip
D3702	Neoplasm of uncertain behavior of tongue
D37030	Neoplasm of uncertain behavior of the parotid salivary gland
D37031	Neoplasm of uncr behavior of the sublingual salivary gland
D37032	Neoplasm of uncr behavior of the submandibular salivary gland
D37039	Neoplasm of uncr behavior of the major salivary gland, unsp
D3704	Neoplasm of uncertain behavior of the minor salivary glands
D3705	Neoplasm of uncertain behavior of pharynx
D3709	Neoplasm of uncertain behavior of sites of the oral cavity
D371	Neoplasm of uncertain behavior of stomach
D372	Neoplasm of uncertain behavior of small intestine
D373	Neoplasm of uncertain behavior of appendix
D374	Neoplasm of uncertain behavior of colon
D375	Neoplasm of uncertain behavior of rectum
D376	Neoplasm of uncertain behavior of liver, GB & bile duct
D378	Neoplasm of uncertain behavior of oth digestive organs
D379	Neoplasm of uncertain behavior of digestive organ, unsp
D380	Neoplasm of uncertain behavior of larynx

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D381	Neoplasm of uncertain behavior of trachea, bronchus and lung
D382	Neoplasm of uncertain behavior of pleura
D383	Neoplasm of uncertain behavior of mediastinum
D384	Neoplasm of uncertain behavior of thymus
D385	Neoplasm of uncertain behavior of other respiratory organs
D386	Neoplasm of uncertain behavior of respiratory organ, unsp
D390	Neoplasm of uncertain behavior of uterus
D3910	Neoplasm of uncertain behavior of unspecified ovary
D3911	Neoplasm of uncertain behavior of right ovary
D3912	Neoplasm of uncertain behavior of left ovary
D392	Neoplasm of uncertain behavior of placenta
D398	Neoplasm of uncertain behavior of oth female genital organs
D399	Neoplasm of uncertain behavior of female genital organ, unsp
D3A00	Benign carcinoid tumor of unspecified site
D3A010	Benign carcinoid tumor of the duodenum
D3A011	Benign carcinoid tumor of the jejunum
D3A012	Benign carcinoid tumor of the ileum
D3A019	Benign carcinoid tumor of the small intestine, unsp portion
D3A020	Benign carcinoid tumor of the appendix
D3A021	Benign carcinoid tumor of the cecum
D3A022	Benign carcinoid tumor of the ascending colon
D3A023	Benign carcinoid tumor of the transverse colon
D3A024	Benign carcinoid tumor of the descending colon
D3A025	Benign carcinoid tumor of the sigmoid colon
D3A026	Benign carcinoid tumor of the rectum
D3A029	Benign carcinoid tumor of the large intestine, unsp portion
D3A090	Benign carcinoid tumor of the bronchus and lung
D3A091	Benign carcinoid tumor of the thymus
D3A092	Benign carcinoid tumor of the stomach
D3A093	Benign carcinoid tumor of the kidney
D3A094	Benign carcinoid tumor of the foregut, unspecified
D3A095	Benign carcinoid tumor of the midgut, unspecified
D3A096	Benign carcinoid tumor of the hindgut, unspecified
D3A098	Benign carcinoid tumors of other sites
D3A8	Other benign neuroendocrine tumors
D400	Neoplasm of uncertain behavior of prostate

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D4010	Neoplasm of uncertain behavior of unspecified testis
D4011	Neoplasm of uncertain behavior of right testis
D4012	Neoplasm of uncertain behavior of left testis
D408	Neoplasm of uncertain behavior of oth male genital organs
D409	Neoplasm of uncertain behavior of male genital organ, unsp
D4100	Neoplasm of uncertain behavior of unspecified kidney
D4101	Neoplasm of uncertain behavior of right kidney
D4102	Neoplasm of uncertain behavior of left kidney
D4110	Neoplasm of uncertain behavior of unspecified renal pelvis
D4111	Neoplasm of uncertain behavior of right renal pelvis
D4112	Neoplasm of uncertain behavior of left renal pelvis
D4120	Neoplasm of uncertain behavior of unspecified ureter
D4121	Neoplasm of uncertain behavior of right ureter
D4122	Neoplasm of uncertain behavior of left ureter
D413	Neoplasm of uncertain behavior of urethra
D414	Neoplasm of uncertain behavior of bladder
D418	Neoplasm of uncertain behavior of oth urinary organs
D419	Neoplasm of uncertain behavior of unspecified urinary organ
D420	Neoplasm of uncertain behavior of cerebral meninges
D421	Neoplasm of uncertain behavior of spinal meninges
D429	Neoplasm of uncertain behavior of meninges, unspecified
D430	Neoplasm of uncertain behavior of brain, supratentorial
D431	Neoplasm of uncertain behavior of brain, infratentorial
D432	Neoplasm of uncertain behavior of brain, unspecified
D433	Neoplasm of uncertain behavior of cranial nerves
D434	Neoplasm of uncertain behavior of spinal cord
D438	Neoplasm of uncertain behavior of prt central nervous system
D439	Neoplasm of uncertain behavior of cnsl, unsp
D440	Neoplasm of uncertain behavior of thyroid gland
D4410	Neoplasm of uncertain behavior of unspecified adrenal gland
D4411	Neoplasm of uncertain behavior of right adrenal gland
D4412	Neoplasm of uncertain behavior of left adrenal gland
D442	Neoplasm of uncertain behavior of parathyroid gland
D443	Neoplasm of uncertain behavior of pituitary gland
D444	Neoplasm of uncertain behavior of craniopharyngeal duct
D445	Neoplasm of uncertain behavior of pineal gland

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D446	Neoplasm of uncertain behavior of carotid body
D447	Neoplasm of uncrtd behav of aortic body and oth paraganglia
D449	Neoplasm of uncertain behavior of unsp endocrine gland
D45	Polycythemia vera
D460	Refractory anemia without ring sideroblasts, so stated
D461	Refractory anemia with ring sideroblasts
D4620	Refractory anemia with excess of blasts, unspecified
D4621	Refractory anemia with excess of blasts 1
D4622	Refractory anemia with excess of blasts 2
D464	Refractory anemia, unspecified
D469	Myelodysplastic syndrome, unspecified
D46A	Refractory cytopenia with multilineage dysplasia
D46B	Refract cytopenia w multilin dysplasia and ring sideroblasts
D46C	Myelodysplastic syndrome w isolated del(5q) chromsomal abnlt
D46Z	Other myelodysplastic syndromes
D470	Histiocytic and mast cell tumors of uncertain behavior
D4701	Cutaneous mastocytosis
D4702	Systemic mastocytosis
D4709	Other mast cell neoplasms of uncertain behavior
D471	Chronic myeloproliferative disease
D472	Monoclonal gammopathy
D473	Essential (hemorrhagic) thrombocythemia
D474	Osteomyelofibrosis
D479	Neoplasm of uncrtd behav of lymphoid, hematopoetic & rel tiss, unsp
D47Z1	Post-transplant lymphoproliferative disorder (PTLD)
D47Z2	Castleman disease
D47Z9	Oth neoplasm of uncrtd behav of lymphoid, hematopoetic & rel tiss
D480	Neoplasm of uncertain behavior of bone/artic cartl
D481	Neoplasm of uncertain behavior of connective/soft tiss
D482	Neoplasm of uncrtd behav of peripheral nerves and autonomic nervous sys
D483	Neoplasm of uncertain behavior of retroperitoneum
D484	Neoplasm of uncertain behavior of peritoneum
D485	Neoplasm of uncertain behavior of skin
D4860	Neoplasm of uncertain behavior of unspecified breast
D4861	Neoplasm of uncertain behavior of right breast
D4862	Neoplasm of uncertain behavior of left breast

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D487	Neoplasm of uncertain behavior of other specified sites
D489	Neoplasm of uncertain behavior, unspecified
D490	Neoplasm of unspecified behavior of digestive system
D491	Neoplasm of unspecified behavior of respiratory system
D492	Neoplasm of unsp behavior of bone, soft tissue, and skin
D493	Neoplasm of unspecified behavior of breast
D494	Neoplasm of unspecified behavior of bladder
D49511	Neoplasm of unspecified behavior of right kidney
D49512	Neoplasm of unspecified behavior of left kidney
D49519	Neoplasm of unspecified behavior of unspecified kidney
D4959	Neoplasm of unspecified behavior of other GU organ
D496	Neoplasm of unspecified behavior of brain
D497	Neoplasm of unsp behav of endo glands and oth prt nervous sys
D4981	Neoplasm of unspecified behavior of retina and choroid
D4989	Neoplasm of unspecified behavior of other specified sites
D499	Neoplasm of unspecified behavior of unspecified site

3. Oncologia de adultos – Cancro do Esófago

Episódios de ambulatório classificados nos **GDH 692 ou 693**, com qualquer um dos seguintes diagnósticos como principal ou adicional:

ONCOLOGIA DE ADULTOS - CANCRO DO ESÓFAGO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C153	Malignant neoplasm of upper third of esophagus
C154	Malignant neoplasm of middle third of esophagus
C155	Malignant neoplasm of lower third of esophagus
C158	Malignant neoplasm of overlapping sites of esophagus
C159	Malignant neoplasm of esophagus, unspecified
C16	Malignant neoplasm of cardia *

* A elegibilidade destas situações, em particular, é determinada pelo RON

4. Oncologia de adultos – Cancro do Testículo

Episódios de ambulatório classificados nos **GDH 692 ou 693**, com qualquer um dos seguintes diagnósticos como principal ou adicional:

ONCOLOGIA DE ADULTOS - CANCRO DO TESTICULO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C6200	Malignant neoplasm of unspecified undescended testis
C6290	Malig neoplasm of unsp testis, unsp descended or undescended
C6210	Malignant neoplasm of unspecified descended testis
C6201	Malignant neoplasm of undescended right testis
C6202	Malignant neoplasm of undescended left testis
C6211	Malignant neoplasm of descended right testis
C6212	Malignant neoplasm of descended left testis
C6291	Malignant neoplasm of right testis, unspecified whether descended or undescended
C6292	Malignant neoplasm of left testis, unspecified whether descended or undescended

5. Oncologia de adultos – Sarcomas das partes moles e ósseos

Episódios de ambulatório classificados nos **GDH 692 ou 693**, com qualquer um dos seguintes diagnósticos como principal ou adicional:

ONCOLOGIA DE ADULTOS - SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C410	Malignant neoplasm of bones of skull and face
C411	Malignant neoplasm of mandible
C412	Malignant neoplasm of vertebral column
C413	Malignant neoplasm of ribs, sternum and clavicle
C4000	Malig neoplasm of scapula and long bones of unsp upper limb
C4010	Malignant neoplasm of short bones of unspecified upper limb
C414	Malignant neoplasm of pelvic bones, sacrum and coccyx
C4020	Malignant neoplasm of long bones of unspecified lower limb
C4030	Malignant neoplasm of short bones of unspecified lower limb
C419	Malignant neoplasm of bone and articular cartilage, unsp
C490	Malig neoplasm of conn and soft tissue of head, face and neck
C4910	Malig neoplasm of conn & soft tiss of unsp upr limb, inc shldr
C4920	Malig neoplasm of conn and soft tiss of unsp low limb, inc hip
C493	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of thorax
C49A3	Gastrointestinal stromal tumor of small intestine
C49A9	Gastrointestinal stromal tumor of other sites

ONCOLOGIA DE ADULTOS - SARCOMAS DAS PARTES MOLES E ÓSSEOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C494	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of abdomen
C49A2	Gastrointestinal stromal tumor of stomach
C49A5	Gastrointestinal stromal tumor of rectum
C49A4	Gastrointestinal stromal tumor of large intestine
C49A1	Gastrointestinal stromal tumor of esophagus
C49A0	Gastrointestinal stromal tumor, unspecified site
C495	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of pelvis
C496	Malignant neoplasm of conn and soft tissue of trunk, unsp
C478	Malig neopl of ovrlp sites of prph nrv and autonm nrv sys
C498	Malignant neoplasm of ovrlp sites of conn and soft tissue
C499	Malignant neoplasm of connective and soft tissue, unsp

6. Oncologia de adultos – Cancro Hepatobílio/pancreático

Episódios de ambulatório classificados nos **GDH 692 ou 693**, com qualquer um dos seguintes diagnósticos como principal ou adicional:

ONCOLOGIA DE ADULTOS - CANCRO HÉPATOBILIO/PANCREÁTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
C227	Other specified carcinomas of liver
C222	Hepatoblastoma
C220	Liver cell carcinoma
C228	Malignant neoplasm of liver, primary, unspecified as to type
C221	Intrahepatic bile duct carcinoma
C229	Malig neoplasm of liver, not specified as primary or sec
C23	Malignant neoplasm of gallbladder
C240	Malignant neoplasm of extrahepatic bile duct
C241	Malignant neoplasm of ampulla of Vater
C248	Malignant neoplasm of overlapping sites of biliary tract
C249	Malignant neoplasm of biliary tract, unspecified
C250	Malignant neoplasm of head of pancreas
C251	Malignant neoplasm of body of pancreas
C252	Malignant neoplasm of tail of pancreas
C253	Malignant neoplasm of pancreatic duct
C254	Malignant neoplasm of endocrine pancreas

ONCOLOGIA DE ADULTOS - CANCRO HÉPATOBILO/PANCREÁTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM	DESCRITIVO ICD-10-CM
C258	Malignant neoplasm of overlapping sites of pancreas
C257	Malignant neoplasm of other parts of pancreas
C259	Malignant neoplasm of pancreas, unspecified
C787	Secondary malign neoplasm of liver and intrahepatic bile duct
C223	Angiosarcoma of liver
C224	Other sarcomas of liver

CR NA ÁREA DAS DOENÇAS RARAS

CENTROS DE REFERÊNCIA - ÁREA DAS DOENÇAS RARAS FINANCIAMENTO

Aviso de Abertura	Área de intervenção prioritária	Centros de Referência reconhecidos
Aviso nº 8402-B/2015	Paramiloidose familiar	CHUP; CHULN
Aviso nº 9764/2015	Doenças raras - Doenças hereditárias do metabolismo (Lisossomais de Sobrecarga)	CHUSJ; CHUP; CHUC; CHULC CHULN; HSO-Guimarães (apenas para DLS)
Aviso nº 15955-E/2016	Doenças raras – Coagulopatias congénitas	CHUP; CHUSJ; CHUC; CHULC; CHULN
Aviso nº 15955-F/2016	Doenças raras – Fibrose quística	CHUP; CHUSJ; CHUC; CHULC; CHULN

FATURAÇÃO

- Linhas contratadas do programa de doenças raras
 - Concorrem para o contratado na linha Primeiras Consultas Médicas – CRE
 - Primeiras Consultas Médicas – Coagulopatias Congénitas (DRR 1)
 - Primeiras Consultas Médicas – Fibrose Quística (DRR 3)
 - Concorrem para o contratado na linha Consultas Médicas Subsequentes – CRE
 - Consultas Médicas Subsequentes – Coagulopatias Congénitas (DRR 2)
 - Consultas Médicas Subsequentes – Fibrose Quística (DRR 4)
- Criação das subespecialidades de consulta necessárias para identificação inequívoca da produção inerente ao programa.
- O programa apenas se aplica para os episódios realizados no respetivo ano de contrato.

No âmbito dos CRe referentes à Paramiloidose familiar e Doenças Lisossomais de Sobrecarga, já existem modalidades de pagamento por doente tratado, pelo que:

- Se mantêm os preços formados no âmbito da Paramiloidose, uma vez que as entidades com as quais se está a contratar produção são aquelas que foram aceites como CR para aquela patologia;
- No âmbito das Doenças Hereditárias do Metabolismo, concretamente, nas Doenças Lisossomais de Sobrecarga, mantêm-se o financiamento às entidades que atualmente tratam doentes com esta patologia.

GDH (APR31), Diagnósticos (ICD10CM) a considerar:

1. Coagulopatias Congénitas

COAGULOPATIAS CONGÉNITAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
D66	Hereditary factor VIII deficiency
D67	Hereditary factor IX deficiency
D680	Von Willebrand's disease
D681	Hereditary factor XI deficiency
D682	Hereditary deficiency of other clotting factors
D6851	Activated protein C resistance
D6852	Prothrombin gene mutation
D6859	Other primary thrombophilia
D688	Other specified coagulation defects
D691	Qualitative platelet defects
D6941	Evans syndrome
D6942	Congenital and hereditary thrombocytopenia purpura
D6949	Other primary thrombocytopenia
D698	Other specified hemorrhagic conditions

2. Fibrose Quística

FIBROSE QUÍSTICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
E840	Cystic fibrosis with pulmonary manifestations

FIBROSE QUÍSTICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
E8411	Meconium ileus in cystic fibrosis
E8419	Cystic fibrosis with other intestinal manifestations
E848	Cystic fibrosis with other manifestations
E849	Cystic fibrosis, unspecified

CR EM OUTRAS ÁREAS MÉDICO-CIRÚRGICAS

CENTROS DE REFERÊNCIA - OUTRAS ÁREAS MÉDICO-CIRÚRGICAS FINANCIAMENTO

Aviso de Abertura	Área de intervenção prioritária	Centros de Referência reconhecidos
Aviso nº 8402-N/2015	Epilepsia refratária	CHUP; CHUSJ; CHUC; CHULN; CHLO+CHULC
Aviso nº 9657/2015	Doenças cardiovasculares - Cardiologia de "intervenção estrutural"	CHUSJ; CHVNGE; CHUC; CHULN; CHULC; CHLO
Aviso nº 9658/2015	Doenças cardiovasculares - Cardiopatias congénitas	CHUSJ; CHUC; CHULC; CHLO+CHULN+HCVP
Aviso nº 15955-H/2016	Doenças cardiovasculares - Neurorradiologia de intervenção	CHULN; CHUP+CHUSJ; CHULC; CHUC CHVNGE; CHLO+HGO
Aviso nº 15955-G/2016	Implantes cocleares	CHUC + CHP + CHLN + CHVNGE CHLO + CHLC + CUF (Infante Santo)

Serão contratados os programas de outras áreas médico-cirúrgicas referidas acima. Ou seja,

1. Epilepsia refratária
2. Cardiologia de intervenção estrutural
3. Cardiopatias congénitas
4. Neurorradiologia de intervenção

Que se irão traduzir na contratação das linhas:

- a. Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CR OMC
- b. Internamento Urgente- GDH Cirúrgico – CR OMC

- c. Internamento Programado - GDH Médico – CR OMC
- d. Cirurgia de Ambulatório – CR OMC
- e. Ambulatório – GDH Médicos – CR OMC
- f. Primeiras Consultas Médicas – CR OMC
- g. Consultas Médicas Subsequentes – CR OMC

FATURAÇÃO

1. Linhas contratadas do programa de outras áreas médico-cirúrgicas

- a. Concorrem para o contratado na linha Internamento Programado - GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Epilepsia refratária (OMC 1)
 - ii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 2)
 - iii. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Cardiopatias congénitas (OMC 3)
 - iv. Internamento Programado - GDH Cirúrgico - Neurorradiologia de intervenção (OMC 22)
- b. Concorrem para o contratado na linha Internamento Urgente- GDH Cirúrgico – CRE
 - i. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Epilepsia refratária (OMC 4)
 - ii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 5)
 - iii. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Cardiopatias congénitas (OMC 6)
 - iv. Internamento Urgente - GDH Cirúrgico - Neurorradiologia de intervenção (OMC 23)
- c. Concorrem para o contratado na linha Internamento Programado - GDH Médico – CRE
 - i. Internamento Programado - GDH Médico - Epilepsia refratária (OMC 7)
 - ii. Internamento Programado - GDH Médico - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 8)
 - iii. Internamento Programado - GDH Médico - Cardiopatias congénitas (OMC 9)
 - iv. Internamento Programado - GDH Médico - Neurorradiologia de intervenção (OMC 24)
- d. Concorrem para o contratado na linha Cirurgia de Ambulatório – CRE
 - i. Cirurgia de Ambulatório - Epilepsia refratária (OMC 10)
 - ii. Cirurgia de Ambulatório - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 11)
 - iii. Cirurgia de Ambulatório - Cardiopatias congénitas (OMC 12)
 - iv. Cirurgia de Ambulatório - Neurorradiologia de intervenção (OMC 25)
- e. Concorrem para o contratado na linha Ambulatório – GDH Médicos – CRE
 - i. Ambulatório – GDH Médicos - Epilepsia refratária (OMC 13)
 - ii. Ambulatório – GDH Médicos - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 14)
 - iii. Ambulatório – GDH Médicos - Cardiopatias congénitas (OMC 15)
 - iv. Ambulatório – GDH Médicos - Neurorradiologia de intervenção (OMC 26)
- f. Concorrem para o contratado na linha Primeiras Consultas Médicas – CRE
 - i. Primeiras Consultas Médicas - Epilepsia refratária (OMC 16)
 - ii. Primeiras Consultas Médicas - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 17)
 - iii. Primeiras Consultas Médicas - Cardiopatias congénitas (OMC 18)
 - iv. Primeiras Consultas Médicas - Neurorradiologia de intervenção (OMC 27)
- g. Concorrem para o contratado na linha Consultas Médicas Subsequentes – CRE

- i. Consultas Médicas Subsequentes - Epilepsia refratária (OMC 19)
 - ii. Consultas Médicas Subsequentes - Cardiologia de intervenção estrutural (OMC 20)
 - iii. Consultas Médicas Subsequentes - Cardiopatias congénitas (OMC 21)
 - iv. Consultas Médicas Subsequentes - Neurorradiologia de intervenção (OMC 28)
2. Criação das subespecialidades de consulta necessárias para identificação inequívoca da produção inerente ao programa.
 3. O programa apenas se aplica para os episódios com data de alta do respetivo ano de contrato.
 4. Para os hospitais não CR, toda a produção que cumpra os critérios (GDH ou Diagnóstico) irá ser alvo de acerto de contas:
 - a. Todos os episódios com GDH de OAMC (previsto no programa) em 5% do valor do episódio faturado
 - b. Assim como por cada episódio de consulta, 10% do valor dos episódios de consulta médica com diagnósticos previsto no programa.

GDH (APR31), diagnósticos e procedimentos (ICD10CM) a considerar

EPILEPSIA REFRATÁRIA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
G40A19	Absence epileptic syndrome, intractable, w/o stat epi
G40A11	Absence epileptic syndrome, intractable, w stat epi
G40311	Generalized idiopathic epilepsy, intractable, w stat epi
G40411	Oth generalized epilepsy, intractable, w status epilepticus
G40419	Oth generalized epilepsy, intractable, w/o stat epi
G40211	Local-rel symptc epi w cmplx partial seiz, ntrct, w stat epi
G40219	Local-rel symptc epi w cmplx part seiz, ntrct, w/o stat epi
G40111	Local-rel symptc epi w simple part seiz, ntrct, w stat epi
G40119	Local-rel symptc epi w simple part seiz, ntrct, w/o stat epi
G40823	Epileptic spasms, intractable, with status epilepticus
G40824	Epileptic spasms, intractable, without status epilepticus
G40804	Other epilepsy, intractable, without status epilepticus
G40911	Epilepsy, unspecified, intractable, with status epilepticus
G40919	Epilepsy, unsp, intractable, without status epilepticus

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - CARDIOLOGIA DE "INTERVENÇÃO ESTRUTURAL"

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
I2109	ST elevation (STEMI) myocardial infarction involving other coronary artery of anterior wall

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - CARDIOLOGIA DE "INTERVENÇÃO ESTRUTURAL"

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
I2119	ST elevation (STEMI) myocardial infarction involving other coronary artery of inferior wall
I2111	ST elevation (STEMI) myocardial infarction involving right coronary artery
I2129	ST elevation (STEMI) myocardial infarction involving other sites
I214	Non-ST elevation (NSTEMI) myocardial infarction
I213	ST elevation (STEMI) myocardial infarction of unspecified site
I219	Acute myocardial infarction, unspecified
I21A1	Myocardial infarction type 2
I21A9	Other myocardial infarction type
I421	Obstructive hypertrophic cardiomyopathy
I422	Other hypertrophic cardiomyopathy

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - CARDIOLOGIA DE "INTERVENÇÃO ESTRUTURAL"

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
02NH4ZZ	Release Pulmonary Valve, Percutaneous Endoscopic Approach
02NH3ZZ	Release Pulmonary Valve, Percutaneous Approach
02NJ4ZZ	Release Tricuspid Valve, Percutaneous Endoscopic Approach
02NJ3ZZ	Release Tricuspid Valve, Percutaneous Approach
02NF3ZZ	Release Aortic Valve, Percutaneous Approach
02NG3ZZ	Release Mitral Valve, Percutaneous Approach
02NF4ZZ	Release Aortic Valve, Percutaneous Endoscopic Approach
02NG4ZZ	Release Mitral Valve, Percutaneous Endoscopic Approach
02RF37Z	Replacement of Aortic Valve with Autologous Tissue Substitute, Percutaneous Approach
02RF3KZ	Replacement of Aortic Valve with Nonautologous Tissue Substitute, Percutaneous Approach
X2RF33Z	Replacement of Aortic Valve using Zooplasic Tissue, Rapid Deployment Technique, Percutaneous Approach, New Technology Group 2
02RF3JZ	Replacement of Aortic Valve with Synthetic Substitute, Percutaneous Approach
02RF38Z	Replacement of Aortic Valve with Zooplasic Tissue, Percutaneous Approach
02RF37H	Replacement of Aortic Valve with Autologous Tissue Substitute, Transapical, Percutaneous Approach
02RF3JH	Replacement of Aortic Valve with Synthetic Substitute, Transapical, Percutaneous Approach
02RF3KH	Replacement of Aortic Valve with Nonautologous Tissue Substitute, Transapical, Percutaneous Approach

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - CARDIOLOGIA DE "INTERVENÇÃO ESTRUTURAL"

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
02RF38H	Replacement of Aortic Valve with Zooplasic Tissue, Transapical, Percutaneous Approach
02RH3JZ	Replacement of Pulmonary Valve with Synthetic Substitute, Percutaneous Approach
02RH3KZ	Replacement of Pulmonary Valve with Nonautologous Tissue Substitute, Percutaneous Approach
02RH38Z	Replacement of Pulmonary Valve with Zooplasic Tissue, Percutaneous Approach
02RH37Z	Replacement of Pulmonary Valve with Autologous Tissue Substitute, Percutaneous Approach
02RH3KH	Replacement of Pulmonary Valve with Nonautologous Tissue Substitute, Transapical, Percutaneous Approach
02RH38H	Replacement of Pulmonary Valve with Zooplasic Tissue, Transapical, Percutaneous Approach
02RH3JH	Replacement of Pulmonary Valve with Synthetic Substitute, Transapical, Percutaneous Approach
02RH37H	Replacement of Pulmonary Valve with Autologous Tissue Substitute, Transapical, Percutaneous Approach
02RG3KH	Replacement of Mitral Valve with Nonautologous Tissue Substitute, Transapical, Percutaneous Approach
02RG3KZ	Replacement of Mitral Valve with Nonautologous Tissue Substitute, Percutaneous Approach
02RG3JZ	Replacement of Mitral Valve with Synthetic Substitute, Percutaneous Approach
02RG37H	Replacement of Mitral Valve with Autologous Tissue Substitute, Transapical, Percutaneous Approach
02RG37Z	Replacement of Mitral Valve with Autologous Tissue Substitute, Percutaneous Approach
02RG38H	Replacement of Mitral Valve with Zooplasic Tissue, Transapical, Percutaneous Approach
02RG38Z	Replacement of Mitral Valve with Zooplasic Tissue, Percutaneous Approach
02RG3JH	Replacement of Mitral Valve with Synthetic Substitute, Transapical, Percutaneous Approach
02RJ37H	Replacement of Tricuspid Valve with Autologous Tissue Substitute, Transapical, Percutaneous Approach
02RJ37Z	Replacement of Tricuspid Valve with Autologous Tissue Substitute, Percutaneous Approach
02RJ38H	Replacement of Tricuspid Valve with Zooplasic Tissue, Transapical, Percutaneous Approach
02RJ38Z	Replacement of Tricuspid Valve with Zooplasic Tissue, Percutaneous Approach
02RJ3JH	Replacement of Tricuspid Valve with Synthetic Substitute, Transapical, Percutaneous Approach
02RJ3JZ	Replacement of Tricuspid Valve with Synthetic Substitute, Percutaneous Approach
02RJ3KH	Replacement of Tricuspid Valve with Nonautologous Tissue Substitute, Transapical, Percutaneous Approach

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - CARDIOLOGIA DE "INTERVENÇÃO ESTRUTURAL"

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
02RJ3KZ	Replacement of Tricuspid Valve with Nonautologous Tissue Substitute, Percutaneous Approach
02U54JZ	Supplement Atrial Septum with Synthetic Substitute, Percutaneous Endoscopic Approach
02U53JZ	Supplement Atrial Septum with Synthetic Substitute, Percutaneous Approach
027J4ZZ	Dilation of Tricuspid Valve, Percutaneous Endoscopic Approach
027H4ZZ	Dilation of Pulmonary Valve, Percutaneous Endoscopic Approach
027G4ZZ	Dilation of Mitral Valve, Percutaneous Endoscopic Approach
027F4ZZ	Dilation of Aortic Valve, Percutaneous Endoscopic Approach
027F3ZZ	Dilation of Aortic Valve, Percutaneous Approach
027J3ZZ	Dilation of Tricuspid Valve, Percutaneous Approach
027H3ZZ	Dilation of Pulmonary Valve, Percutaneous Approach
027G3ZZ	Dilation of Mitral Valve, Percutaneous Approach
02UG3JZ	Supplement Mitral Valve with Synthetic Substitute, Percutaneous Approach
4A020N6	Measurement of Cardiac Sampling and Pressure, Right Heart, Open Approach
4A023N6	Measurement of Cardiac Sampling and Pressure, Right Heart, Percutaneous Approach
4A020N7	Measurement of Cardiac Sampling and Pressure, Left Heart, Open Approach
4A023N7	Measurement of Cardiac Sampling and Pressure, Left Heart, Percutaneous Approach
4A023N8	Measurement of Cardiac Sampling and Pressure, Bilateral, Percutaneous Approach
4A020N8	Measurement of Cardiac Sampling and Pressure, Bilateral, Open Approach
02573ZZ	Destruction of Left Atrium, Percutaneous Approach
02563ZZ	Destruction of Right Atrium, Percutaneous Approach
02B73ZZ	Excision of Left Atrium, Percutaneous Approach
02BK3ZZ	Excision of Right Ventricle, Percutaneous Approach
02B63ZZ	Excision of Right Atrium, Percutaneous Approach
025L3ZZ	Destruction of Left Ventricle, Percutaneous Approach
02BL3ZZ	Excision of Left Ventricle, Percutaneous Approach
025K3ZZ	Destruction of Right Ventricle, Percutaneous Approach
02B74ZK	Excision of Left Atrial Appendage, Percutaneous Endoscopic Approach
02574ZK	Destruction of Left Atrial Appendage, Percutaneous Endoscopic Approach
02573ZK	Destruction of Left Atrial Appendage, Percutaneous Approach
02L73ZK	Occlusion of Left Atrial Appendage, Percutaneous Approach
02570ZK	Destruction of Left Atrial Appendage, Open Approach
02L74ZK	Occlusion of Left Atrial Appendage, Percutaneous Endoscopic Approach
02B70ZK	Excision of Left Atrial Appendage, Open Approach

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - CARDIOLOGIA DE "INTERVENÇÃO ESTRUTURAL"

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
02L70ZK	Occlusion of Left Atrial Appendage, Open Approach
02B73ZK	Excision of Left Atrial Appendage, Percutaneous Approach
02724ZZ	Dilation of Coronary Artery, Three Arteries, Percutaneous Endoscopic Approach
02733ZZ	Dilation of Coronary Artery, Four or More Arteries, Percutaneous Approach
02714ZZ	Dilation of Coronary Artery, Two Arteries, Percutaneous Endoscopic Approach
02723ZZ	Dilation of Coronary Artery, Three Arteries, Percutaneous Approach
02713ZZ	Dilation of Coronary Artery, Two Arteries, Percutaneous Approach
02734ZZ	Dilation of Coronary Artery, Four or More Arteries, Percutaneous Endoscopic Approach
02704ZZ	Dilation of Coronary Artery, One Artery, Percutaneous Endoscopic Approach
02703ZZ	Dilation of Coronary Artery, One Artery, Percutaneous Approach

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	DESCRITIVO ICD-10-CM
Q213	Tetralogy of Fallot
Q204	Double inlet ventricle
Q210	Ventricular septal defect
I2783	Eisenmenger's syndrome
Q211	Atrial septal defect
Q208	Other congenital malform of cardiac chambers and connections
Q218	Other congenital malformations of cardiac septa
Q219	Congenital malformation of cardiac septum, unspecified
Q229	Congenital malformation of tricuspid valve, unspecified
Q225	Ebstein's anomaly
Q230	Congenital stenosis of aortic valve
Q231	Congenital insufficiency of aortic valve
Q232	Congenital mitral stenosis
Q233	Congenital mitral insufficiency
Q234	Hypoplastic left heart syndrome
Q209	Congenital malform of cardiac chambers and connections, unsp
Q249	Congenital malformation of heart, unspecified
Q250	Patent ductus arteriosus

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10- CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
Q203	Discordant ventriculoarterial connection
Q201	Double outlet right ventricle
Q205	Discordant atrioventricular connection
Q212	Atrioventricular septal defect
Q223	Other congenital malformations of pulmonary valve
Q220	Pulmonary valve atresia
Q221	Congenital pulmonary valve stenosis
Q222	Congenital pulmonary valve insufficiency
Q244	Congenital subaortic stenosis
Q242	Cor triatriatum
Q243	Pulmonary infundibular stenosis
Q248	Other specified congenital malformations of heart
Q245	Malformation of coronary vessels
Q246	Congenital heart block
Q240	Dextrocardia
Q241	Levocardia
Q238	Other congenital malformations of aortic and mitral valves
Q251	Coarctation of aorta
Q2521	Interruption of aortic arch
Q2540	Congenital malformation of aorta unspecified
Q2547	Right aortic arch
Q2546	Tortuous aortic arch
Q2545	Double aortic arch
Q2529	Other atresia of aorta
Q253	Supravalvular aortic stenosis
Q2548	Anomalous origin of subclavian artery
Q2549	Other congenital malformations of aorta
Q2544	Congenital dilation of aorta
Q2543	Congenital aneurysm of aorta
Q2542	Hypoplasia of aorta
Q2541	Absence and aplasia of aorta
Q2571	Coarctation of pulmonary artery
Q255	Atresia of pulmonary artery
Q2572	Congenital pulmonary arteriovenous malformation
Q2579	Other congenital malformations of pulmonary artery

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
Q256	Stenosis of pulmonary artery
Q269	Congenital malformation of great vein, unspecified
Q262	Total anomalous pulmonary venous connection
Q263	Partial anomalous pulmonary venous connection
Q261	Persistent left superior vena cava
Q260	Congenital stenosis of vena cava
Q268	Other congenital malformations of great veins

NEURORADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
I6000	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified carotid siphon and bifurcation
I6001	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from right carotid siphon and bifurcation
I6002	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from left carotid siphon and bifurcation
I6010	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified middle cerebral artery
I6011	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from right middle cerebral artery
I6012	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from left middle cerebral artery
I602	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from anterior communicating artery
I6030	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified posterior communicating artery
I6031	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from right posterior communicating artery
I6032	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from left posterior communicating artery
I604	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from basilar artery
I6050	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified vertebral artery
I6051	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from right vertebral artery
I6052	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from left vertebral artery

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10- CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
I606	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from other intracranial arteries
I607	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage from unspecified intracranial artery
I608	Other nontraumatic subarachnoid hemorrhage
I609	Nontraumatic subarachnoid hemorrhage, unspecified
I610	Nontraumatic intracerebral hemorrhage in hemisphere, subcortical
I611	Nontraumatic intracerebral hemorrhage in hemisphere, cortical
I612	Nontraumatic intracerebral hemorrhage in hemisphere, unspecified
I613	Nontraumatic intracerebral hemorrhage in brain stem
I614	Nontraumatic intracerebral hemorrhage in cerebellum
I615	Nontraumatic intracerebral hemorrhage, intraventricular
I616	Nontraumatic intracerebral hemorrhage, multiple localized
I618	Other nontraumatic intracerebral hemorrhage
I619	Nontraumatic intracerebral hemorrhage, unspecified
I6200	Nontraumatic subdural hemorrhage, unspecified
I6201	Nontraumatic acute subdural hemorrhage
I6202	Nontraumatic subacute subdural hemorrhage
I6203	Nontraumatic chronic subdural hemorrhage
I621	Nontraumatic extradural hemorrhage
I629	Nontraumatic intracranial hemorrhage, unspecified
I6300	Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified precerebral artery
I63011	Cerebral infarction due to thrombosis of right vertebral artery
I63012	Cerebral infarction due to thrombosis of left vertebral artery
I63013	Cerebral infarction due to thrombosis of bilateral vertebral arteries
I63019	Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified vertebral artery
I6302	Cerebral infarction due to thrombosis of basilar artery
I63031	Cerebral infarction due to thrombosis of right carotid artery
I63032	Cerebral infarction due to thrombosis of left carotid artery
I63033	Cerebral infarction due to thrombosis of bilateral carotid arteries

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10- CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
I63039	Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified carotid artery
I6309	Cerebral infarction due to thrombosis of other precerebral artery
I6310	Cerebral infarction due to embolism of unspecified precerebral artery
I63111	Cerebral infarction due to embolism of right vertebral artery
I63112	Cerebral infarction due to embolism of left vertebral artery
I63113	Cerebral infarction due to embolism of bilateral vertebral arteries
I63119	Cerebral infarction due to embolism of unspecified vertebral artery
I6312	Cerebral infarction due to embolism of basilar artery
I63131	Cerebral infarction due to embolism of right carotid artery
I63132	Cerebral infarction due to embolism of left carotid artery
I63133	Cerebral infarction due to embolism of bilateral carotid arteries
I63139	Cerebral infarction due to embolism of unspecified carotid artery
I6319	Cerebral infarction due to embolism of other precerebral artery
I6320	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified precerebral arteries
I63211	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right vertebral arteries
I63212	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left vertebral arteries
I63213	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral vertebral arteries
I63219	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified vertebral arteries
I6322	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of basilar arteries
I63231	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right carotid arteries
I63232	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left carotid arteries
I63233	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral carotid arteries
I63239	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified carotid arteries
I6329	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of other precerebral arteries

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10- CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
I6330	Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified cerebral artery
I63311	Cerebral infarction due to thrombosis of right middle cerebral artery
I63312	Cerebral infarction due to thrombosis of left middle cerebral artery
I63313	Cerebral infarction due to thrombosis of bilateral middle cerebral arteries
I63319	Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified middle cerebral artery
I63321	Cerebral infarction due to thrombosis of right anterior cerebral artery
I63322	Cerebral infarction due to thrombosis of left anterior cerebral artery
I63323	Cerebral infarction due to thrombosis of bilateral anterior arteries
I63329	Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified anterior cerebral artery
I63331	Cerebral infarction due to thrombosis of right posterior cerebral artery
I63332	Cerebral infarction due to thrombosis of left posterior cerebral artery
I63333	Cerebral infarction to thrombosis of bilateral posterior arteries
I63339	Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified posterior cerebral artery
I63341	Cerebral infarction due to thrombosis of right cerebellar artery
I63342	Cerebral infarction due to thrombosis of left cerebellar artery
I63343	Cerebral infarction to thrombosis of bilateral cerebellar arteries
I63349	Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified cerebellar artery
I6339	Cerebral infarction due to thrombosis of other cerebral artery
I6340	Cerebral infarction due to embolism of unspecified cerebral artery
I63411	Cerebral infarction due to embolism of right middle cerebral artery
I63412	Cerebral infarction due to embolism of left middle cerebral artery
I63413	Cerebral infarction due to embolism of bilateral middle cerebral arteries

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10- CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
I63419	Cerebral infarction due to embolism of unspecified middle cerebral artery
I63421	Cerebral infarction due to embolism of right anterior cerebral artery
I63422	Cerebral infarction due to embolism of left anterior cerebral artery
I63423	Cerebral infarction due to embolism of bilateral anterior cerebral arteries
I63429	Cerebral infarction due to embolism of unspecified anterior cerebral artery
I63431	Cerebral infarction due to embolism of right posterior cerebral artery
I63432	Cerebral infarction due to embolism of left posterior cerebral artery
I63433	Cerebral infarction due to embolism of bilateral posterior cerebral arteries
I63439	Cerebral infarction due to embolism of unspecified posterior cerebral artery
I63441	Cerebral infarction due to embolism of right cerebellar artery
I63442	Cerebral infarction due to embolism of left cerebellar artery
I63443	Cerebral infarction due to embolism of bilateral cerebellar arteries
I63449	Cerebral infarction due to embolism of unspecified cerebellar artery
I6349	Cerebral infarction due to embolism of other cerebral artery
I6350	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified cerebral artery
I63511	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right middle cerebral artery
I63512	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left middle cerebral artery
I63513	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral middle arteries
I63519	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified middle cerebral artery
I63521	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right anterior cerebral artery
I63522	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left anterior cerebral artery
I63523	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral anterior arteries
I63529	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified anterior cerebral artery

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10- CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
I63531	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right posterior cerebral artery
I63532	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left posterior cerebral artery
I63533	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral posterior arteries
I63539	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified posterior cerebral artery
I63541	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of right cerebellar artery
I63542	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left cerebellar artery
I63543	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of bilateral cerebellar arteries
I63549	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified cerebellar artery
I6359	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of other cerebral artery
I636	Cerebral infarction due to cerebral venous thrombosis, nonpyogenic
I638	Other cerebral infarction
I6381	Other cerebral infarction due to occlusion or stenosis of small artery
I6389	Other cerebral infarction
I639	Cerebral infarction, unspecified
I6501	Occlusion and stenosis of right vertebral artery
I6502	Occlusion and stenosis of left vertebral artery
I6503	Occlusion and stenosis of bilateral vertebral arteries
I6509	Occlusion and stenosis of unspecified vertebral artery
I651	Occlusion and stenosis of basilar artery
I6521	Occlusion and stenosis of right carotid artery
I6522	Occlusion and stenosis of left carotid artery
I6523	Occlusion and stenosis of bilateral carotid arteries
I6529	Occlusion and stenosis of unspecified carotid artery
I658	Occlusion and stenosis of other precerebral arteries
I659	Occlusion and stenosis of unspecified precerebral artery
I6601	Occlusion and stenosis of right middle cerebral artery
I6602	Occlusion and stenosis of left middle cerebral artery
I6603	Occlusion and stenosis of bilateral middle cerebral arteries

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10- CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM
I6609	Occlusion and stenosis of unspecified middle cerebral artery
I6611	Occlusion and stenosis of right anterior cerebral artery
I6612	Occlusion and stenosis of left anterior cerebral artery
I6613	Occlusion and stenosis of bilateral anterior cerebral arteries
I6619	Occlusion and stenosis of unspecified anterior cerebral artery
I6621	Occlusion and stenosis of right posterior cerebral artery
I6622	Occlusion and stenosis of left posterior cerebral artery
I6623	Occlusion and stenosis of bilateral posterior cerebral arteries
I6629	Occlusion and stenosis of unspecified posterior cerebral artery
I663	Occlusion and stenosis of cerebellar arteries
I668	Occlusion and stenosis of other cerebral arteries
I669	Occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery
I670	Dissection of cerebral arteries, nonruptured
I671	Cerebral aneurysm, nonruptured
G450	Vertebro-basilar artery syndrome
G451	Carotid artery syndrome (hemispheric)
G452	Multiple and bilateral precerebral artery syndromes
G453	Amaurosis fugax
G454	Transient global amnesia
G458	Other transient cerebral ischemic attacks and related syndromes
G459	Transient cerebral ischemic attack, unspecified
I720	Aneurysm of carotid artery
I725	Aneurysm of other precerebral arteries
I726	Aneurysm of vertebral artery
I7771	Dissection of carotid artery
I7774	Dissection of vertebral artery
I7775	Dissection of other precerebral arteries

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
037G346	Dilation of Intracranial Artery, Bifurcation, with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037G34Z	Dilation of Intracranial Artery with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037G356	Dilation of Intracranial Artery, Bifurcation, with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G35Z	Dilation of Intracranial Artery with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G366	Dilation of Intracranial Artery, Bifurcation, with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G36Z	Dilation of Intracranial Artery with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G376	Dilation of Intracranial Artery, Bifurcation, with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G37Z	Dilation of Intracranial Artery with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G3D6	Dilation of Intracranial Artery, Bifurcation, with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037G3DZ	Dilation of Intracranial Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037G3E6	Dilation of Intracranial Artery, Bifurcation, with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G3EZ	Dilation of Intracranial Artery with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G3F6	Dilation of Intracranial Artery, Bifurcation, with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G3FZ	Dilation of Intracranial Artery with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G3G6	Dilation of Intracranial Artery, Bifurcation, with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G3GZ	Dilation of Intracranial Artery with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037G3Z6	Dilation of Intracranial Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
037G3ZZ	Dilation of Intracranial Artery, Percutaneous Approach
037H346	Dilation of Right Common Carotid Artery, Bifurcation, with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037H34Z	Dilation of Right Common Carotid Artery with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037H356	Dilation of Right Common Carotid Artery, Bifurcation, with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H35Z	Dilation of Right Common Carotid Artery with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
037H366	Dilation of Right Common Carotid Artery, Bifurcation, with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H36Z	Dilation of Right Common Carotid Artery with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H376	Dilation of Right Common Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H37Z	Dilation of Right Common Carotid Artery with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H3D6	Dilation of Right Common Carotid Artery, Bifurcation, with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037H3DZ	Dilation of Right Common Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037H3E6	Dilation of Right Common Carotid Artery, Bifurcation, with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H3EZ	Dilation of Right Common Carotid Artery with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H3F6	Dilation of Right Common Carotid Artery, Bifurcation, with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H3FZ	Dilation of Right Common Carotid Artery with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H3G6	Dilation of Right Common Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H3GZ	Dilation of Right Common Carotid Artery with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037H3Z6	Dilation of Right Common Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
037H3ZZ	Dilation of Right Common Carotid Artery, Percutaneous Approach
037J346	Dilation of Left Common Carotid Artery, Bifurcation, with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037J34Z	Dilation of Left Common Carotid Artery with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037J356	Dilation of Left Common Carotid Artery, Bifurcation, with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J35Z	Dilation of Left Common Carotid Artery with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J366	Dilation of Left Common Carotid Artery, Bifurcation, with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J36Z	Dilation of Left Common Carotid Artery with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
037J376	Dilation of Left Common Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J37Z	Dilation of Left Common Carotid Artery with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J3D6	Dilation of Left Common Carotid Artery, Bifurcation, with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037J3DZ	Dilation of Left Common Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037J3E6	Dilation of Left Common Carotid Artery, Bifurcation, with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J3EZ	Dilation of Left Common Carotid Artery with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J3F6	Dilation of Left Common Carotid Artery, Bifurcation, with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J3FZ	Dilation of Left Common Carotid Artery with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J3G6	Dilation of Left Common Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J3GZ	Dilation of Left Common Carotid Artery with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037J3Z6	Dilation of Left Common Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
037J3ZZ	Dilation of Left Common Carotid Artery, Percutaneous Approach
037K346	Dilation of Right Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037K34Z	Dilation of Right Internal Carotid Artery with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037K356	Dilation of Right Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K35Z	Dilation of Right Internal Carotid Artery with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K366	Dilation of Right Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K36Z	Dilation of Right Internal Carotid Artery with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K376	Dilation of Right Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K37Z	Dilation of Right Internal Carotid Artery with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
	Approach
037K3D6	Dilation of Right Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037K3DZ	Dilation of Right Internal Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037K3E6	Dilation of Right Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K3EZ	Dilation of Right Internal Carotid Artery with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K3F6	Dilation of Right Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K3FZ	Dilation of Right Internal Carotid Artery with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K3G6	Dilation of Right Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K3GZ	Dilation of Right Internal Carotid Artery with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037K3Z6	Dilation of Right Internal Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
037K3ZZ	Dilation of Right Internal Carotid Artery, Percutaneous Approach
037L346	Dilation of Left Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037L34Z	Dilation of Left Internal Carotid Artery with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037L356	Dilation of Left Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L35Z	Dilation of Left Internal Carotid Artery with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L366	Dilation of Left Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L36Z	Dilation of Left Internal Carotid Artery with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L376	Dilation of Left Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L37Z	Dilation of Left Internal Carotid Artery with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L3D6	Dilation of Left Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Intraluminal Device, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
037L3DZ	Dilation of Left Internal Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037L3E6	Dilation of Left Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L3EZ	Dilation of Left Internal Carotid Artery with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L3F6	Dilation of Left Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L3FZ	Dilation of Left Internal Carotid Artery with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L3G6	Dilation of Left Internal Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L3GZ	Dilation of Left Internal Carotid Artery with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037L3Z6	Dilation of Left Internal Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
037L3ZZ	Dilation of Left Internal Carotid Artery, Percutaneous Approach
037M346	Dilation of Right External Carotid Artery, Bifurcation, with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037M34Z	Dilation of Right External Carotid Artery with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037M356	Dilation of Right External Carotid Artery, Bifurcation, with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M35Z	Dilation of Right External Carotid Artery with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M366	Dilation of Right External Carotid Artery, Bifurcation, with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M36Z	Dilation of Right External Carotid Artery with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M376	Dilation of Right External Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M37Z	Dilation of Right External Carotid Artery with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M3D6	Dilation of Right External Carotid Artery, Bifurcation, with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037M3DZ	Dilation of Right External Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037M3E6	Dilation of Right External Carotid Artery, Bifurcation, with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
037M3EZ	Dilation of Right External Carotid Artery with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M3F6	Dilation of Right External Carotid Artery, Bifurcation, with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M3FZ	Dilation of Right External Carotid Artery with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M3G6	Dilation of Right External Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M3GZ	Dilation of Right External Carotid Artery with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037M3Z6	Dilation of Right External Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
037M3ZZ	Dilation of Right External Carotid Artery, Percutaneous Approach
037N346	Dilation of Left External Carotid Artery, Bifurcation, with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037N34Z	Dilation of Left External Carotid Artery with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037N356	Dilation of Left External Carotid Artery, Bifurcation, with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N35Z	Dilation of Left External Carotid Artery with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N366	Dilation of Left External Carotid Artery, Bifurcation, with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N36Z	Dilation of Left External Carotid Artery with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N376	Dilation of Left External Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N37Z	Dilation of Left External Carotid Artery with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N3D6	Dilation of Left External Carotid Artery, Bifurcation, with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037N3DZ	Dilation of Left External Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037N3E6	Dilation of Left External Carotid Artery, Bifurcation, with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N3EZ	Dilation of Left External Carotid Artery with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N3F6	Dilation of Left External Carotid Artery, Bifurcation, with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
037N3FZ	Dilation of Left External Carotid Artery with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N3G6	Dilation of Left External Carotid Artery, Bifurcation, with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N3GZ	Dilation of Left External Carotid Artery with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037N3Z6	Dilation of Left External Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
037N3ZZ	Dilation of Left External Carotid Artery, Percutaneous Approach
037P346	Dilation of Right Vertebral Artery, Bifurcation, with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037P34Z	Dilation of Right Vertebral Artery with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037P356	Dilation of Right Vertebral Artery, Bifurcation, with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P35Z	Dilation of Right Vertebral Artery with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P366	Dilation of Right Vertebral Artery, Bifurcation, with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P36Z	Dilation of Right Vertebral Artery with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P376	Dilation of Right Vertebral Artery, Bifurcation, with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P37Z	Dilation of Right Vertebral Artery with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P3D6	Dilation of Right Vertebral Artery, Bifurcation, with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037P3DZ	Dilation of Right Vertebral Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037P3E6	Dilation of Right Vertebral Artery, Bifurcation, with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P3EZ	Dilation of Right Vertebral Artery with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P3F6	Dilation of Right Vertebral Artery, Bifurcation, with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P3FZ	Dilation of Right Vertebral Artery with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P3G6	Dilation of Right Vertebral Artery, Bifurcation, with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037P3GZ	Dilation of Right Vertebral Artery with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
037P3Z6	Dilation of Right Vertebral Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
037P3ZZ	Dilation of Right Vertebral Artery, Percutaneous Approach
037Q346	Dilation of Left Vertebral Artery, Bifurcation, with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037Q34Z	Dilation of Left Vertebral Artery with Drug-eluting Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037Q356	Dilation of Left Vertebral Artery, Bifurcation, with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q35Z	Dilation of Left Vertebral Artery with Two Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q366	Dilation of Left Vertebral Artery, Bifurcation, with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q36Z	Dilation of Left Vertebral Artery with Three Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q376	Dilation of Left Vertebral Artery, Bifurcation, with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q37Z	Dilation of Left Vertebral Artery with Four or More Drug-eluting Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q3D6	Dilation of Left Vertebral Artery, Bifurcation, with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037Q3DZ	Dilation of Left Vertebral Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
037Q3E6	Dilation of Left Vertebral Artery, Bifurcation, with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q3EZ	Dilation of Left Vertebral Artery with Two Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q3F6	Dilation of Left Vertebral Artery, Bifurcation, with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q3FZ	Dilation of Left Vertebral Artery with Three Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q3G6	Dilation of Left Vertebral Artery, Bifurcation, with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q3GZ	Dilation of Left Vertebral Artery with Four or More Intraluminal Devices, Percutaneous Approach
037Q3Z6	Dilation of Left Vertebral Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
037Q3ZZ	Dilation of Left Vertebral Artery, Percutaneous Approach
03CG3Z6	Extirpation of Matter from Intracranial Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
03CG3ZZ	Extirpation of Matter from Intracranial Artery, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
03CH3Z6	Extirpation of Matter from Right Common Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
03CH3ZZ	Extirpation of Matter from Right Common Carotid Artery, Percutaneous Approach
03CJ3Z6	Extirpation of Matter from Left Common Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
03CJ3ZZ	Extirpation of Matter from Left Common Carotid Artery, Percutaneous Approach
03CK3Z6	Extirpation of Matter from Right Internal Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
03CK3ZZ	Extirpation of Matter from Right Internal Carotid Artery, Percutaneous Approach
03CL3Z6	Extirpation of Matter from Left Internal Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
03CL3ZZ	Extirpation of Matter from Left Internal Carotid Artery, Percutaneous Approach
03CM3Z6	Extirpation of Matter from Right External Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
03CM3ZZ	Extirpation of Matter from Right External Carotid Artery, Percutaneous Approach
03CN3Z6	Extirpation of Matter from Left External Carotid Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
03CN3ZZ	Extirpation of Matter from Left External Carotid Artery, Percutaneous Approach
03CP3Z6	Extirpation of Matter from Right Vertebral Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
03CP3ZZ	Extirpation of Matter from Right Vertebral Artery, Percutaneous Approach
03CQ3Z6	Extirpation of Matter from Left Vertebral Artery, Bifurcation, Percutaneous Approach
03CQ3ZZ	Extirpation of Matter from Left Vertebral Artery, Percutaneous Approach
03LG3BZ	Occlusion of Intracranial Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LG3DZ	Occlusion of Intracranial Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LG3ZZ	Occlusion of Intracranial Artery, Percutaneous Approach
03LH3BZ	Occlusion of Right Common Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LH3DZ	Occlusion of Right Common Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LH3ZZ	Occlusion of Right Common Carotid Artery, Percutaneous Approach
03LJ3BZ	Occlusion of Left Common Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
03LJ3DZ	Occlusion of Left Common Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LJ3ZZ	Occlusion of Left Common Carotid Artery, Percutaneous Approach
03LK3BZ	Occlusion of Right Internal Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LK3DZ	Occlusion of Right Internal Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LK3ZZ	Occlusion of Right Internal Carotid Artery, Percutaneous Approach
03LL3BZ	Occlusion of Left Internal Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LL3DZ	Occlusion of Left Internal Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LL3ZZ	Occlusion of Left Internal Carotid Artery, Percutaneous Approach
03LM3BZ	Occlusion of Right External Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LM3CZ	Occlusion of Right External Carotid Artery with Extraluminal Device, Percutaneous Approach
03LM3DZ	Occlusion of Right External Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LM3ZZ	Occlusion of Right External Carotid Artery, Percutaneous Approach
03LN3BZ	Occlusion of Left External Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LN3DZ	Occlusion of Left External Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LN3ZZ	Occlusion of Left External Carotid Artery, Percutaneous Approach
03LP3BZ	Occlusion of Right Vertebral Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LP3DZ	Occlusion of Right Vertebral Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LP3ZZ	Occlusion of Right Vertebral Artery, Percutaneous Approach
03LQ3BZ	Occlusion of Left Vertebral Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LQ3DZ	Occlusion of Left Vertebral Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03LQ3ZZ	Occlusion of Left Vertebral Artery, Percutaneous Approach
03VG3BZ	Restriction of Intracranial Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VG3DZ	Restriction of Intracranial Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
03VG3ZZ	Restriction of Intracranial Artery, Percutaneous Approach
03VH3BZ	Restriction of Right Common Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VH3DZ	Restriction of Right Common Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VH3ZZ	Restriction of Right Common Carotid Artery, Percutaneous Approach
03VJ3BZ	Restriction of Left Common Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VJ3DZ	Restriction of Left Common Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VJ3ZZ	Restriction of Left Common Carotid Artery, Percutaneous Approach
03VK3BZ	Restriction of Right Internal Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VK3DZ	Restriction of Right Internal Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VK3ZZ	Restriction of Right Internal Carotid Artery, Percutaneous Approach
03VL3BZ	Restriction of Left Internal Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VL3DZ	Restriction of Left Internal Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VL3ZZ	Restriction of Left Internal Carotid Artery, Percutaneous Approach
03VM3BZ	Restriction of Right External Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VM3DZ	Restriction of Right External Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VM3ZZ	Restriction of Right External Carotid Artery, Percutaneous Approach
03VN3BZ	Restriction of Left External Carotid Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VN3DZ	Restriction of Left External Carotid Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VN3ZZ	Restriction of Left External Carotid Artery, Percutaneous Approach
03VP3BZ	Restriction of Right Vertebral Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VP3DZ	Restriction of Right Vertebral Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VP3ZZ	Restriction of Right Vertebral Artery, Percutaneous Approach
03VQ3BZ	Restriction of Left Vertebral Artery with Bioactive Intraluminal Device, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
03VQ3DZ	Restriction of Left Vertebral Artery with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
03VQ3ZZ	Restriction of Left Vertebral Artery, Percutaneous Approach
05LL3DZ	Occlusion of Intracranial Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05LL3ZZ	Occlusion of Intracranial Vein, Percutaneous Approach
05LM3DZ	Occlusion of Right Internal Jugular Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05LM3ZZ	Occlusion of Right Internal Jugular Vein, Percutaneous Approach
05LN3DZ	Occlusion of Left Internal Jugular Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05LN3ZZ	Occlusion of Left Internal Jugular Vein, Percutaneous Approach
05LP3DZ	Occlusion of Right External Jugular Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05LP3ZZ	Occlusion of Right External Jugular Vein, Percutaneous Approach
05LQ3DZ	Occlusion of Left External Jugular Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05LQ3ZZ	Occlusion of Left External Jugular Vein, Percutaneous Approach
05LR3DZ	Occlusion of Right Vertebral Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05LR3ZZ	Occlusion of Right Vertebral Vein, Percutaneous Approach
05LS3DZ	Occlusion of Left Vertebral Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05LS3ZZ	Occlusion of Left Vertebral Vein, Percutaneous Approach
05VL3DZ	Restriction of Intracranial Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05VL3ZZ	Restriction of Intracranial Vein, Percutaneous Approach
05VM3DZ	Restriction of Right Internal Jugular Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05VM3ZZ	Restriction of Right Internal Jugular Vein, Percutaneous Approach
05VN3DZ	Restriction of Left Internal Jugular Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05VN3ZZ	Restriction of Left Internal Jugular Vein, Percutaneous Approach
05VP3DZ	Restriction of Right External Jugular Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05VP3ZZ	Restriction of Right External Jugular Vein, Percutaneous Approach

NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO

PROCEDIMENTOS

ICD-10-PCS	Descritivo ICD-10-PCS
05VQ3DZ	Restriction of Left External Jugular Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05VQ3ZZ	Restriction of Left External Jugular Vein, Percutaneous Approach
05VR3DZ	Restriction of Right Vertebral Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05VR3ZZ	Restriction of Right Vertebral Vein, Percutaneous Approach
05VS3DZ	Restriction of Left Vertebral Vein with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
05VS3ZZ	Restriction of Left Vertebral Vein, Percutaneous Approach

OUTROS CR ENQUADRADOS EM PROGRAMA DE DOENTE EM TRATAMENTO

IMPLANTES COCLEARES

DIAGNÓSTICOS

ICD-10-PCS	ICD-10-PCS
09HD05Z	Insert Singl Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Open
09HD06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Open
09HD35Z	Insert Singl Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc
09HD36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc
09HD45Z	Insert Singl Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc Endo
09HD46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc Endo
09HE05Z	Insert Singl Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Open
09HE06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Open
09HE35Z	Insert Singl Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc
09HE36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc
09HE45Z	Insert Singl Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo
09HE46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo

PROCEDIMENTOS

ICD-10-CMPCS_1	ICD-10-CMPCS_1	ICD-10-CMPCS_2	
09HD06Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Open		
09HD36Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc		
09HD46Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc Endo		
09HE06Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Open		
09HE36Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc		
09HE46Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc Endo		
09HD0SZ	Insertion of Hearing Device into R Inner Ear, Open Approach	09PD0SZ	Removal of H
09HD3SZ	Insertion of Hearing Device into R Inner Ear, Perc Approach	09PD0SZ	Removal of H
09HD4SZ	Insertion of Hear Dev into R Inner Ear, Perc Endo Approach	09PD0SZ	Removal of H
09HD0SZ	Insertion of Hearing Device into R Inner Ear, Open Approach	09PD7SZ	Removal of H
09HD3SZ	Insertion of Hearing Device into R Inner Ear, Perc Approach	09PD7SZ	Removal of H
09HD4SZ	Insertion of Hear Dev into R Inner Ear, Perc Endo Approach	09PD7SZ	Removal of H
09HD0SZ	Insertion of Hearing Device into R Inner Ear, Open Approach	09PD8SZ	Removal of H
09HD3SZ	Insertion of Hearing Device into R Inner Ear, Perc Approach	09PD8SZ	Removal of H
09HD4SZ	Insertion of Hear Dev into R Inner Ear, Perc Endo Approach	09PD8SZ	Removal of H
09HE0SZ	Insertion of Hearing Device into L Inner Ear, Open Approach	09PE0SZ	Removal of H
09HE3SZ	Insertion of Hearing Device into L Inner Ear, Perc Approach	09PE0SZ	Removal of H
09HE4SZ	Insertion of Hear Dev into L Inner Ear, Perc Endo Approach	09PE0SZ	Removal of H
09HE0SZ	Insertion of Hearing Device into L Inner Ear, Open Approach	09PE7SZ	Removal of H
09HE3SZ	Insertion of Hearing Device into L Inner Ear, Perc Approach	09PE7SZ	Removal of H
09HE4SZ	Insertion of Hear Dev into L Inner Ear, Perc Endo Approach	09PE7SZ	Removal of H
09HE0SZ	Insertion of Hearing Device into L Inner Ear, Open Approach	09PE8SZ	Removal of H
09HE3SZ	Insertion of Hearing Device into L Inner Ear, Perc Approach	09PE8SZ	Removal of H
09HE4SZ	Insertion of Hear Dev into L Inner Ear, Perc Endo Approach	09PE8SZ	Removal of H
09HD06Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Open		
09HD36Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc		
09HD46Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc Endo		
09HE06Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Open		
09HE36Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc		
09HE46Z	Insert Mult Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc Endo		
09HD05Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Open	09PD0SZ	Removal of H
09HD35Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc	09PD0SZ	Removal of H
09HD45Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc Endo	09PD0SZ	Removal of H
09HD05Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Open	09PD7SZ	Removal of H
09HD35Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc	09PD7SZ	Removal of H
09HD45Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc Endo	09PD7SZ	Removal of H
09HD05Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Open	09PD8SZ	Removal of H
09HD35Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc	09PD8SZ	Removal of H
09HD45Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in R Inner Ear, Perc Endo	09PD8SZ	Removal of H
09HE05Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Open	09PE0SZ	Removal of H
09HE35Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc	09PE0SZ	Removal of H
09HE45Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc Endo	09PE0SZ	Removal of H
09HE05Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Open	09PE7SZ	Removal of H
09HE35Z	Insert Singl Chan Cochl Prosth in L Inner Ear, Perc	09PE7SZ	Removal of H

09HE45Z	Insert Singl Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo	09PE7SZ	Removal of H
09HE05Z	Insert Singl Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Open	09PE8SZ	Removal of H
09HE35Z	Insert Singl Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc	09PE8SZ	Removal of H
09HE45Z	Insert Singl Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo	09PE8SZ	Removal of H
09HD06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Open		
09HD36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc		
09HD46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc Endo		
09HE06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Open		
09HE36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc		
09HE46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo		
09HD06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Open	09PD0SZ	Removal of H
09HD36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc	09PD0SZ	Removal of H
09HD46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc Endo	09PD0SZ	Removal of H
09HE06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Open	09PD0SZ	Removal of H
09HE36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc	09PD0SZ	Removal of H
09HE46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo	09PD0SZ	Removal of H
09HD06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Open	09PD7SZ	Removal of H
09HD36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc	09PD7SZ	Removal of H
09HD46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc Endo	09PD7SZ	Removal of H
09HE06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Open	09PD7SZ	Removal of H
09HE36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc	09PD7SZ	Removal of H
09HE46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo	09PD7SZ	Removal of H
09HD06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Open	09PD8SZ	Removal of H
09HD36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc	09PD8SZ	Removal of H
09HD46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc Endo	09PD8SZ	Removal of H
09HE06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Open	09PD8SZ	Removal of H
09HE36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc	09PD8SZ	Removal of H
09HE46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo	09PD8SZ	Removal of H
09HD06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Open	09PE0SZ	Removal of H
09HD36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc	09PE0SZ	Removal of H
09HD46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc Endo	09PE0SZ	Removal of H
09HE06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Open	09PE0SZ	Removal of H
09HE36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc	09PE0SZ	Removal of H
09HE46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo	09PE0SZ	Removal of H
09HD06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Open	09PE7SZ	Removal of H
09HD36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc	09PE7SZ	Removal of H
09HD46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc Endo	09PE7SZ	Removal of H
09HE06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Open	09PE7SZ	Removal of H
09HE36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc	09PE7SZ	Removal of H
09HE46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo	09PE7SZ	Removal of H
09HD06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Open	09PE8SZ	Removal of H
09HD36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc	09PE8SZ	Removal of H
09HD46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in R Inner Ear, Perc Endo	09PE8SZ	Removal of H
09HE06Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Open	09PE8SZ	Removal of H
09HE36Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc	09PE8SZ	Removal of H
09HE46Z	Insert Mult Chan CochI Prosth in L Inner Ear, Perc Endo	09PE8SZ	Removal of H

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

Diagnósticos	Códigos
Obesidade, não especificada (IMC entre 35 e 39,9)	E66.09
	E66.1
Obesidade mórbida (IMC a partir de 40)	E66.2
	E66.8
	E66.9

MODELO 1

Tratamento Cirúrgico da Obesidade - Banda Gástrica

ICD-10- PCS 2019

0DV60DZ	Restriction of Stomach with Intraluminal Dev, Open Approach
0DV64DZ	Restriction of Stomach with Intraluminal Dev, Perc Endo Approach

Tratamento Cirúrgico da Obesidade - Outras Técnicas

Gastrectomia Linear Vertical

ICD-10- PCS 2019

0DB60Z3	Excision of Stomach, Open Approach, Vertical
0DB64Z3	Excision of Stomach, Percutaneous Endoscopic Approach, Vertical

MODELO 2

Tratamento Cirúrgico da Obesidade - Bypass Gástrico

Bypass Gástrico Curto

ICD-10- PCS 2019

0DV60ZZ	Restriction of Stomach, Open Approach	0D160ZA	Bypass Stomach to Jejunum, Open Approach
0DV64ZZ	Restriction of Stomach, Percutaneous Endoscopic Approach	0D164ZA	Bypass Stomach to Jejunum, Percutaneous Endoscopic Approach

Bypass Gástrico Longo

0DV60ZZ	Restriction of Stomach, Open Approach	0D160ZB	Bypass Stomach to Ileum, Open Approach
0DV64ZZ	Restriction of Stomach, Percutaneous Endoscopic Approach	0D164ZB	Bypass Stomach to Ileum, Percutaneous Endoscopic Approach

Tratamento Cirúrgico da Obesidade - Outras Técnicas

Derivação Biliopancreática(BPD)

ICD-10-
PCS
2019

0D160ZB	Bypass Stomach to Ileum, Open Approach
0D164ZB	Bypass Stomach to Ileum, Percutaneous Endoscopic Approach

Transposição duodenal (BDP/Duodenal Switch)

ICD-10-
PCS
2019

0D190ZB	Bypass Duodenum to Ileum, Open Approach
0D194ZB	Bypass Duodenum to Ileum, Percutaneous Endoscopic Approach

PATOLOGIA ONCOLÓGICA – CÓLON E RETO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OU ADICIONAL

ICD-10-CM (TARGET)	DESCRIPTIVO ICD-10-CM 2017
C785	Secondary malignant neoplasm of large intestine and rectum
C19	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction*
C20	Malignant neoplasm of rectum
C7A026	Malignant carcinoid tumor of the rectum
C7B09	Secondary carcinoid tumors of other sites

PARAMILOIDOSE

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	Descritivo ICD-10-CM 2017
E851	Neuropathic heredofamilial amyloidosis
E853	Secondary systemic amyloidosis
E858	Other amyloidosis
E8581	Light chain (AL) amyloidosis
E8582	Wild-type transthyretin-related (ATTR) amyloidosis
E8589	Other amyloidosis

PARAMILOIDOSE

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ICD-10-CM	DESCRIPTIVO ICD-10-CM 2017
5A1522F	Extracorporeal Oxygenation, Membrane, Central
5A1522G	Extracorporeal Oxygenation, Membrane, Peripheral Veno-arterial
5A1522H	Extracorporeal Oxygenation, Membrane, Peripheral Veno-venous

ANEXO VII – INFORMAÇÃO EM FORMATO DIGITAL A ENVIAR À ACSS (HOSPITAIS COM e SEM SI – SONHO)

Os hospitais que não possuem o SONHO, deverão respeitar as seguintes indicações:

- a. O ficheiro emitido por via eletrónica é composto por resumo, detalhe, descrição dos cuidados a que se refere, diagnósticos e (ou) procedimentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.
- b. Para os ficheiros referentes às linhas de produção Medicamentos, DPN, Internos, Pagamento Doente Tratado e PMA terão de se fazer acompanhar dos ficheiros específicos respetivos para cada uma das linhas.
- c. Para os ficheiros referentes às linhas de produção de Hospital de Dia – Psiquiatria, Hematologia e de Imunohemoterapia, Radioterapia, Interrupção da Gravidez, Centros Especializados de Reabilitação e Programa de Apoio Hospitalar aos Rastreios Base Populacional: Colo do Útero e Cólon e Reto terão que se fazer acompanhar dos ficheiros específicos de MCDT respetivos para cada uma das linhas.
- d. Deverão enviar o ficheiro para o endereço faturacao_sns@acss.min-saude.pt, considerando as seguintes instruções:
 - i. Enviar os ficheiros, em formato txt ou csv com a estrutura indicada no Anexo, respeitando rigorosamente a ordem de apresentação dos campos;
 - ii. Cada linha do ficheiro deve iniciar e terminar com “ ” (aspas);
 - iii. Os campos devem ser separados por; (ponto e vírgula);
 - iv. O ficheiro relativo aos diagnósticos e procedimentos deverá ser designado por SIGLA_F_DIP_<ANO>_<MES>.txt;
 - v. O ficheiro relativo aos meios complementares de diagnósticos e terapêutica deverá ser designado por SIGLA_F_MDT_<ANO>_<MES>.txt;
 - vi. Os ficheiros relativos aos dois ficheiros de recuperação deverão cumprir as regras acima descritas, sendo que à designação dos ficheiros deverá ser substituído o _<MES> por _R1 e _R2;
 - vii. Os ficheiros referentes aos ficheiros marginais deverão cumprir as regras acima descritas, sendo que à designação dos ficheiros deverá ser substituído o _<MES> por:
 - _A – Marginal Cirúrgica
 - _M – Marginal
 - _O – Outras Produções
 - _E – Produções Específicas
- e. Para as linhas de Produção de Medicamentos, DPN, Internos, Pagamento Doente Tratado e PMA os ficheiros terão de vir acompanhados de um ficheiro adicional, que passamos a especificar:
 - i. Os ficheiros resumo, detalhe e discriminativa, deverão ter a seguinte designação:
 - Medicamentos SIGLA_MED_RES_<ANO>_<MES>.txt

- DPN
 - SIGLA_MED_DET_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_MED_DIS_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PLS_RES_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PLS_DET_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PLS_DIS_<ANO>_<MES>.txt
 - Internos
 - SIGLA_FOR_RES_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_FOR_DET_<ANO>_<MES>.txt
 - Pagamento por doente Tratado
 - SIGLA_PRG_RES_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PRG_DET_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PRG_DIS_<ANO>_<MES>.txt
 - PMA
 - SIGLA_PMA_RES_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PMA_DET_<ANO>_<MES>.txt
 - SIGLA_PMA_DIS_<ANO>_<MES>.txt
- i. Os ficheiros de informação adicional, deverão ter a seguinte designação:
- Medicamentos
 - SIGLA_MED_INF_<ANO>_<MES>.txt;
 - Diagnóstico Pré-Natal
 - SIGLA_PLS_INF_<ANO>_<MES>.txt
 - Protocolo I
 - Protocolo II
 - Internos
 - SIGLA_FOR_INF_<ANO>_<MES>.txt
 - Primeiro Ano da Especialidade
 - Segundo Ano da Especialidade
 - Vagas Protocoladas
 - Pagamento por doente Tratado
 - SIGLA_PRG_INF_<ANO>_<mês>.txt
 - Procriação Medicamente Assistida
 - SIGLA_PMA_INF_<ANO>_<mês>.txt

f. Os ficheiros relativos às restantes linhas de Produção Específica não carecem do envio de ficheiro discriminativo.

- g. Para as linhas de produção referentes aos Centros de Referência e Centros de Responsabilidade Integrada, devem cumprir as regras gerais de construção dos ficheiros de produção base. Nesse sentido, os ficheiros devem cumprir a seguinte estrutura, não necessitando de ficheiro adicional.

Centros de Referência	SIGLA_CTR_RES_<ANO>_<MES>.txt
	SIGLA_CTR_DET_<ANO>_<MES>.txt
	SIGLA_CTR_DIS_<ANO>_<MES>.txt
	SIGLA_CTR_DIP_<ANO>_<MES>.txt
Centros de Responsabilidade Integrada	SIGLA_CRI_RES_<ANO>_<MES>.txt
	SIGLA_CRI_DET_<ANO>_<MES>.txt
	SIGLA_CRI_DIS_<ANO>_<MES>.txt
	SIGLA_CRI_DIP_<ANO>_<MES>.txt

- h. Para os ficheiros que têm ficheiro discriminativo, é obrigatório cumprir o formato do ficheiro.
- i. Nos ficheiros referentes às linhas de Pagamento por Doente Tratado, deverão substituir o PRG, de acordo com o programa em questão:

Programa de gestão da doença	Sigla
Hipertensão Arterial Pulmonar	HAP
Hepatite C	HEP
Esclerose Múltipla	ESM
Cancro do Cólon e Reto	CCR
Cancro da Mama	CMM
Cancro do Colo do útero	CCU
Cancro do Mieloma	CMI
Cancro da Próstata	CPR
Cancro do Pulmão	CPU
Polineuropatia Amiloidótica Familiar	PAF
Doenças Lisossomais	DLS
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	DPO
Enfarte Agudo do Miocárdio	EAM

Insuficiência Cardíaca Crónica	ICC
Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados	DMC
Programa de Tratamento de Doentes com Dispositivos PSCI	PSI
Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade	PTO
Doentes em Tratamento da infeção VIH/SIDA	HIV

- Todos os programas, relativos a Pagamento por Doente Tratado, estão representados no quadro anterior, mesmo aqueles que não necessitam de ficheiro adicional.
- j. Para as linhas de pagamento por doente tratado, tem de ser enviada mensalmente a tabela com os utentes que fazem parte do programa – SIGLA_PRG_UTE.txt, caso exista alguma atualização a registar.
- k. Para as linhas de pagamento por doente tratado, nas quais haja lugar a cedência de medicação sem que haja um despacho específico a enquadrar essa medicação, devem preencher o campo de código de patologia com o código 99 – Outros.
- l. Nos ficheiros referentes às linhas de centros de referência, deverão substituir o CTR, de acordo com o centro em questão:

Centro de Referência	Sigla
Transplantação	TRP
Oncologia	PON
Doenças Raras	DRR
Outras áreas médico-cirúrgicas	OMC

- m. Caso o formato ou nome do ficheiro não respeite as normas definidas nos pontos anteriores, a ACSS procederá à sua devolução.
- n. O ficheiro remetido por via eletrónica deve aguardar a validação e confirmação da ACSS.

Para cada fatura ou ficheiro justificativo deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FICHEIRO-RESUMO

Coluna	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital

Número da fatura ou do ficheiro justificativo	Número que identifique unicamente a fatura ou o ficheiro justificativo no hospital
Data da fatura ou do ficheiro justificativo	Data em que foi emitida a fatura ou o ficheiro justificativo
Data início	Data de início do período da fatura ou do ficheiro justificativo
Data fim	Data de fim do período da fatura ou do ficheiro justificativo
Código Entidade Financeira Responsável	Deve ser preenchido com o código da entidade financeira responsável, só são válidos os códigos constantes na tabela: Entidades
Valor total	Valor total da fatura ou do ficheiro justificativo
Número de linhas produção	Número total de registos da tabela FATURA-DETALHE , por fatura ou ficheiro justificativo
Número de casos faturados ou justificados	Número total de registos da tabela FATURA-DISCRIMINATIVA , por fatura ou ficheiro justificativo
Tipo	"A" – Marginal Cirúrgica; "M" – Marginal; "O" – Outras Produções; "E" – Produções Específicas

Para cada linha de produção deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FATURA-DETALHE

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital
Número da fatura ou do ficheiro justificativo	Número que identifique unicamente a fatura ou o ficheiro justificativo no hospital
Código produção	Deve ser preenchido com o código de produção constante na tabela: Linhas de Produção
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: Linhas de Produção
Quantidade	Quantidade por linha de produção a faturar ou justificar
Preço unitário	Preço unitário da linha de produção
Valor	Valor total da linha de produção
ICM	Índice de Case Mix

Para cada ato faturado ou justificado deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FATURA-DISCRIMINATIVA

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital
Número da fatura ou do ficheiro justificativo	Número que identifique unicamente a fatura ou o ficheiro justificativo no hospital
Código produção	Deve ser preenchido com o código de produção constante na tabela: Linhas de Produção
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: Linhas de Produção
Número episódio	Número do episódio a constar no ficheiro
Data de nascimento	Data de nascimento do utente do SNS
Data de entrada	Data de entrada. Para a produção paga por diária deverá constar o primeiro dia a faturar ou a justificar (faturação ou justificação mensal)
Data de saída	Data de saída. Para a produção paga por diária deverá constar o último dia a faturar ou a justificar (faturação ou justificação mensal)
Valor total	- Valor do episódio = Quantidade x ICM x Preço - Nos ficheiros com tipo "A" – Marginal Cirúrgica, este valor, para a produção realizada na própria instituição, é calculado da seguinte forma: Doentes equivalentes x Preço SIGIC * Preço SIGIC – Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro * O valor não pode, em qualquer caso, ser superior ao preço unitário da produção base contratada
Número de Cartão	Número de cartão de utente
Número de Beneficiário	Número de beneficiário do subsistema
Número de Processo	Número de processo do utente no hospital
Hora de Entrada	Hora de entrada do episódio
Hora de Saída	Hora de saída do episódio
Doentes equivalentes	Episódio de internamento/cirurgia de ambatório convertido em doente equivalente

Código de destino de Alta	Deve ser preenchido com o código de destino constante na tabela: Destinos Após Alta
Código do motivo de Transferência	Deve ser preenchido com o código de motivo constante na tabela: Motivos de Transferência
Código de GDH	Código do GDH do internamento e da Cirurgia de Ambulatório
Dias M. F. de Reabilitação	Número de dias em que o doente esteve em unidade de Medicina Física de Reabilitação
Valor total M.F. de Reabilitação	Valor dos dias de Medicina Física de Reabilitação
Código de especialidade	Código da especialidade
Código de especialidade novo	Código da especialidade de acordo com a Circular Normativa n.º 20 de 19 de novembro de 2015
Tipo de Consulta	Tipo de consulta (P – Primeira ou S – Subsequente)
Código Entidade Financeira Responsável	Preenchimento obrigatório nas faturas ou ficheiros justificativos com tipo “A” – Marginal Cirúrgica; “M” – Marginal; “E” – Produções Específicas e “O” – Outras Produções Deve ser preenchido com o código da entidade financeira responsável, só são válidos os códigos constantes na tabela: Entidades
Código do Módulo	São válidos os códigos constantes na tabela: Módulos
Especificação Adicional	Preenchimento obrigatório nos episódios de consulta, com o código constante na tabela: Especificação Adicional de Consultas
Data de Urgência	Data do episódio de urgência
Hora de Urgência	Hora do episódio de urgência
Código de Patologia	Deve ser preenchido com o código da patologia constante na tabela: Patologias
Nível de severidade	Código do nível de severidade
Código de proveniência	Código de proveniência do episódio
Código de proveniência CTH	Código de proveniência quando foi gerado a partir do CTH. Assume o seguinte valor: CTH – Referenciado pelo CTH;

Para cada registo de medicamento deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FATURA-MED-INF

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital
Número da fatura ou do ficheiro justificativo	Número que identifique unicamente a fatura ou o ficheiro justificativo no hospital
Número da prescrição	Número que identifique o número da prescrição
Episódio responsável	Número do episódio responsável pela prescrição
Designação	Designação do medicamento
Designação CHNM	Designação do medicamento segundo a CHNM
Forma farmacêutica	Forma de apresentação do medicamento
Dosagem	Valor que identifique a dose do medicamento
Unidade de dosagem	Unidade de dosagem referente ao valor da dose do medicamento
Código da especialidade	Código da especialidade
Código de especialidade novo	Código da especialidade de acordo com a Circular Normativa n.º 20 de 19 de novembro de 2015
Descrição da especialidade	Descrição da especialidade do serviço prescriptor
Forma de apresentação	Forma de apresentação do medicamento
Código CHNM	Código do medicamento segundo a CHNM

Para cada registo de DPN deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FATURA-PLS-INF

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital
Número da fatura ou do ficheiro justificativo	Número que identifique unicamente a fatura ou o ficheiro justificativo no hospital

Número do protocolo	Número único identificado do episódio do protocolo de PLS
Número da ECO	Número identificativo da ecografia
Número da ANA	Número identificativo da análise
Episódio de consulta	Número do episódio de consulta
Data da ECO	Data de realização da ecografia
Data da ANA	Data de realização da análise
Data da consulta	Data de realização da consulta
Código do ato	Código do ato corresponde aos códigos da portaria do SNS (n.º 254/2018 de 7 setembro)
Código da análise	Código de análise corresponde aos códigos da portaria do SNS (n.º 254/2018 de 7 setembro)
Quantidade do ato	Quantidade realizada de atos
Quantidade da análise	Quantidade realizada de análises

Para cada registo de Internos deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FATURA-FOR-INF

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital
Número da fatura ou do ficheiro justificativo	Número que identifique unicamente a fatura ou o ficheiro justificativo no hospital
Código de produção	Deve ser preenchido com o código de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção</i>
Tipo de produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção</i>
Número de Cédula	Nº de cédula do interno
Data de Início	Data de Início. Deverá constar o primeiro dia a faturar ou a justificar (faturação ou justificação mensal)
Data do Fim	Data de Fim. Deverá constar o último dia a faturar ou a justificar (faturação ou justificação mensal)

Para cada utente em linhas de programa deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FATURA-PRG-INF

Campo	Observações
Número de Cartão	Número de cartão de utente
Código produção	Deve ser preenchido com o código de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção</i>
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção</i>
Data de Início	Data de entrada em programa
Data do Fim	Data de termo em programa
Código da Instituição de origem	Código da instituição de origem do Programa de tratamento a doentes mentais crónicos institucionalizados
Código da Instituição de destino	Código da instituição de destino do Programa de tratamento a doentes mentais crónicos institucionalizados
Código de destino de Alta	Deve ser preenchido com o código de destino constante na tabela: <i>Destinos Após Alta</i> – Preenchimento obrigatório nos episódios das linhas de produção de DMC

Para cada utente faturado ou justificado deverão ser enviados os registos por cada produção que justifique a permanência em programa neste ficheiro.

FATURA-PRG-DETALHE

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital
Número da fatura ou do ficheiro justificativo	Número que identifique unicamente a fatura ou o ficheiro justificativo no hospital
Número do episódio	Número do episódio
Código de produção	Deve ser preenchido com o código de produção constante na tabela: <i>Linhas de Produção</i>
Tipo de produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: <i>Linhas de</i>

	Produção
Código do módulo	Deve ser preenchido com o código do módulo, só são válidos os códigos constantes na tabela: Módulos
Episódio responsável	Deve ser preenchido com o episódio responsável, constante na tabela: FATURA-DISCRIMINATIVA
Data de entrada do episódio responsável	Deve ser preenchido com a data de entrada, do episódio responsável, constante na tabela: FATURA-DISCRIMINATIVA
Tipo de Consulta	Tipo de consulta (P-primeira/S-subsequente)
Número da prescrição	Número que identifique o número da prescrição
Designação	Designação do medicamento
Designação CHNM	Designação do medicamento segundo a CHNM
Forma farmacêutica	Forma de apresentação do medicamento
Dosagem	Valor que identifique a dose do medicamento
Unidade de dosagem	Unidade de dosagem referente à ao valor da dose do medicamento
Código da especialidade	Código da especialidade
Código de especialidade novo	Código da especialidade de acordo com a Circular Normativa n.º 20 de 19 de novembro de 2015
Descrição da especialidade	Descrição da especialidade do serviço prescriptor
Forma de apresentação	Forma de apresentação do medicamento
Data do ato	Deve ser preenchido com a data de realização do ato
Tipo de ato	Deve ser preenchido com o tipo de ato constante na tabela: Tipos de Ato
Código do ato	Código do ato corresponde aos códigos da portaria do SNS (n.º 254/2018 de 7 setembro). Para as linhas de Programa Tratamento Cirúrgico da Obesidade, os procedimentos associados ao tratamento, devem ser inseridos na coluna do código do ato.
Quantidade	Quantidade cedida do medicamento
Código CHNM	Código do medicamento segundo a CHNM

Para cada utente faturado ou justificado deverão ser enviados os registos por cada produção que justifique a permanência em programa neste ficheiro.

FATURA-PMA-DETALHE

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital
Número da fatura ou ficheiro justificativo	Número que identifique unicamente a fatura ou o ficheiro justificativo no hospital
Número do episódio	Número do episódio
Código de produção	Deve ser preenchido com o código de produção constante na tabela: Linhas de Produção
Tipo de produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela: Linhas de Produção
Código do módulo	Deve ser preenchido com o código do módulo, só são válidos os códigos constantes na tabela: Módulos
Data do ato	Deve ser preenchido com a data de realização do ato
Tipo de ato	Deve ser preenchido com o tipo de ato constante na tabela: Tipos de Ato
Código do ato	Código do ato corresponde aos códigos da portaria do SNS (n.º 254/2018 de 7 de setembro)

Para cada ato faturado ou justificado deverá ser enviado o(s) respetivos registos de procedimentos e/ou diagnóstico(s) neste ficheiro.

FATURA-DIAG-PROC

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital constante na tabela: FATURA-DISCRIMINATIVA
Número da fatura ou ficheiro justificativo	Deve ser preenchido com o número de fatura ou do ficheiro justificativo constante na tabela: FATURA-DISCRIMINATIVA
Código de produção	Deve ser preenchido com o código da produção constante na tabela: FATURA-DISCRIMINATIVA
Tipo de produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela FATURA-

	DISCRIMINATIVA
Número do episódio	Deve ser preenchido com número do episódio constante na tabela FATURA-DISCRIMINATIVA
Data de entrada	Deve ser preenchido com a data de entrada constante na tabela FATURA-DISCRIMINATIVA .
Código de diagnóstico ou procedimento	Deve ser preenchido com o código do diagnóstico ou do procedimento
Tipo Registo	Tipo de registo (D – Diagnóstico/P – Procedimento)
Número de ordem	Número de ordem do(s) diagnóstico(s) e/ou procedimento(s) relacionados com o episódio. Os diagnósticos podem assumir os valores de ordem um até N, sendo a ordem um ¹ reservada para o diagnóstico principal e as restantes ordens reservadas para os diagnósticos secundários. Os procedimentos podem assumir os valores de ordem um até N ¹ Episódios no Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar (SIMH) e codificados com a ICD-10-CM/PCS
Revisão do ICD	Deve ser preenchido com a revisão da classificação Internacional de Doenças. Deve assumir o valor ICD10

Para cada ato faturado ou justificado deverá ser enviado o(s) respetivos registos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica neste ficheiro.

FATURA-MCDT

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital constante na tabela: FATURA-DISCRIMINATIVA
Número da fatura ou ficheiro justificativo	Deve ser preenchido com o número de fatura ou do ficheiro justificativo constante na tabela: FATURA-DISCRIMINATIVA
Código do módulo	Deve ser preenchido com o código do módulo, só são válidos os códigos constantes na tabela: Módulos
Código de produção	Deve ser preenchido com o código da produção constante na tabela: FATURA-DISCRIMINATIVA
Tipo de produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção constante na tabela FATURA-DISCRIMINATIVA
Número do episódio	Deve ser preenchido com número do episódio constante na tabela FATURA-DISCRIMINATIVA

Data de entrada	Deve ser preenchido com a data de entrada constante na tabela FATURA-DISCRIMINATIVA
Código SNS do meio complementar de diagnóstico e terapêutica	Deve ser preenchido com o Código SNS do meio complementar de diagnóstico e terapêutica. Apenas os códigos presentes na Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro – Anexo IV, são considerados válidos
Data de realização do meio complementar de diagnóstico e terapêutica	Deve ser preenchido com a data da realização do meio complementar de diagnóstico e terapêutica
Hora de realização do meio complementar de diagnóstico e terapêutica	Deve ser preenchido com a hora da realização do meio complementar de diagnóstico e terapêutica
Tipo de meio complementar de diagnóstico e terapêutica	Deve ser preenchido com o tipo de acto, só são válidos os códigos constantes na tabela: Tipos de Ato

FAC_RESUMO

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo
COD_HOSPITAL	*	NUMBER (7)	N
NUM_FACTURA	*	NUMBER (9)	N
DTA_FACTURA		DATE	N
DTA_INICIO		DATE	N
DTA_FIM		DATE	N
COD_ENTIDADE		NUMBER (7)	N
VALOR_TOTAL		NUMBER (15,2)	N
NUM_TOTAL_DETALHE		NUMBER (3)	N
NUM_TOTAL_DISCRIMINATIVA		NUMBER (6)	N
TIPO		VARCHAR2 (1)	Y

FAC_DETALHE

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo
COD_HOSPITAL	*	NUMBER (7)	N
NUM_FACTURA	*	NUMBER (9)	N
COD_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N

TIPO_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
QUANTIDADE		NUMBER (11,3)	N
PRECO_UNIT_PROD		NUMBER (13,2)	N
VALOR_TOTAL_PROD		NUMBER (15,2)	N
ICM		NUMBER (7,6)	Y

FAC_DISCRIMINATIVA

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo	INT/AMB	CON	URG	HDI	Serv. Dom	Dias MFR	DCV	MED	DPN	DPC
COD_HOSPITAL	*	NUMBER (7)	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
NUM_FACTURA	*	NUMBER (9)	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
COD_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
TIPO_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
NUM_EPISODIO	*	NUMBER (8)	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
DTA_NASCIMENTO		DATE	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
DTA_ENTRADA	*	DATE	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
DTA_ALTA		DATE	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
VALOR_TOTAL		NUMBER (13,2)	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
NUM_CARTAO		VARCHAR2 (15)	Y	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
NUM_BENEFICIARIO		VARCHAR2 (20)	Y	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
NUM_PROCESSO		VARCHAR2 (11)	Y	O	O	F	O	O	O	O	O	O	O
HORA_ENTRADA		NUMBER (5)	Y	O	N	O	O	N	N	N	N	N	N
HORA_ALTA		NUMBER (5)	Y	O	N	O	O	N	N	N	N	N	N
DOENTES_EQUIV		NUMBER (11,3)	Y	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_DEST_ALTA		NUMBER (2)	Y	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_MOTIVO_TRANSF		NUMBER (2)	Y	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_GDH		NUMBER (4)	Y	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo	INT/AMB	CON	URG	HDI	Serv. Dom	Dias MFR	DCV	MED	DPN	DPC
DIAS_MFR		NUMBER (4)	Y	F	N	N	N	N	O	N	N	N	N
VALOR_TOTAL_MFR		NUMBER (13,2)	Y	F	N	N	N	N	O	N	N	N	N
COD_ESPECIALIDADE		VARCHAR2 (9)	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_ESPEC_NOVO		VARCHAR2 (16)	Y	Preenchimento obrigatório exceto para os episódios com os códigos do módulo: LAB, RAD e BLO								N	N
TIPO_CONSULTA		VARCHAR2 (1)	Y	N	O	O	O	O	N	N	N	O	N
COD_ENTIDADE		NUMBER (7)	Y	Preenchimento obrigatório nas faturas ou ficheiros justificativos com tipo “A” – Marginal Cirúrgica; “M” – Marginal; “E” – Produções Específicas e “O” – Outras Produções Deve ser preenchido com o código da entidade financeira responsável, só são válidos os códigos constantes na tabela: Entidades									
COD_MODULO		VARCHAR2 (3)	Y	Deve ser preenchido com o código do módulo, só são válidos os códigos constantes na tabela: Módulos								N	N
ESP_ADIC		VARCHAR2 (3)	Y	Preenchimento obrigatório nos episódios das linhas de produção de CON: Especificação Adicional de Consultas									
DTA_URG		DATE	Y	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
HORA_URG		NUMBER (5)	Y	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
COD_PATOLOGIA		NUMBER (2)	Y	Preenchimento obrigatório nos episódios das linhas de produção de MED: Patologias									
NÍVEL		NUMBER (1)	Y	Preenchimento obrigatório nos episódios com COD_GDH preenchido									
COD_PROVENIENCIA		VARCHAR2 (3)	NN	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
COD_PROVENIENCIA_CTH		VARCHAR2 (3)	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F

O – Obrigatório F – Facultativo N – Nulo NN – Não Nulo

FAC MED DETALHE

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo
COD_HOSPITAL	*	NUMBER (7)	N
NUM_FACTURA	*	NUMBER (9)	N
NUM_PRESCRICAO	*	NUMBER (8)	N
EPISODIO_RESP		NUMBER (8)	N
DESIGNACAO		VARCHAR2 (100)	Y
DESC_CHNM		VARCHAR2 (200)	Y
FORMA_FARMACEUTI		VARCHAR2 (10)	Y

CA			
DOSAGEM		NUMBER (12,3)	Y
UNIDADE_DOSAGEM		VARCHAR2 (5)	Y
COD_ESPECIALIDADE		VARCHAR2 (16)	Y
COD_ESPEC_NOVO		VARCHAR2 (16)	N
DES_ESPECIALIDADE		VARCHAR2 (40)	N
FORMA_PRESCRICAO		VARCHAR2 (8)	Y
CHNM		NUMBER (8)	N

FAC_PLS_DETALHE

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo
COD_HOSPITAL	*	NUMBER (7)	N
NUM_FACTURA	*	NUMBER (9)	N
NUM_PROTOCOLO	*	NUMBER (8)	N
NUM_ECO		NUMBER (9)	N
NUM_ANA		NUMBER (9)	Y
CON_EPISODIO		NUMBER (8)	Y
DTA_ECO		DATE	N
DTA_ANA		DATE	Y
DTA_CON		DATE	Y
COD_ACTO		NUMBER (6)	N
COD_ANALISE		NUMBER (6)	Y
QTD_ACTO		NUMBER (2)	N
QTD_ANALISE		NUMBER (2)	Y

FAC_FOR_DETALHE

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo
COD_HOSPITAL		NUMBER (7)	N
NUM_FACTURA		NUMBER (9)	N
COD_PROD		VARCHAR2 (3)	N
TIPO_PROD		VARCHAR2 (3)	N
NUM_CEDULA	*	NUMBER (6)	N
DTA_INICIO	*	DATE	N
DTA_FIM		DATE	N

FAC_PRG_INF

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo
-------------	----	------------	------

COD_HOSPITAL	*	NUMBER (7)	N
NUM_CARTAO	*	VARCHAR2 (15)	N
COD_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
TIPO_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
DTA_INICIO	*	DATE	N
DTA_FIM		DATE	Y
COD_INST_ORIG		NUMBER (7)	Y
COD_INST_DEST		NUMBER (7)	Y
COD_DEST_ALTA		NUMBER (2)	Y

FAC_PRG_DETALHE

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo
COD_HOSPITAL	*	NUMBER (7)	N
NUM_FACTURA	*	NUMBER (9)	N
NUM_EPISODIO	*	NUMBER (8)	N
COD_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
TIPO_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
COD_MODULO	*	VARCHAR2 (3)	N
EPISODIO_RESP	*	NUMBER (8)	N
DTA_ENTRADA_RESP	*	DATE	N
TIPO_CONSULTA		VARCHAR2 (1)	Y
NUM_PRESCRICAO		NUMBER (8)	Y
DESIGNACAO		VARCHAR2 (100)	Y
DESC_CHNM		VARCHAR2 (200)	Y
FORMA_FARMACEUTICA		VARCHAR2 (10)	Y
DOSAGEM		NUMBER (12,3)	Y
UNIDADE_DOSAGEM		VARCHAR2 (5)	Y
COD_ESPECIALIDADE		VARCHAR2 (16)	Y
COD_ESPEC_NOVO		VARCHAR2 (16)	Y
DES_ESPECIALIDADE		VARCHAR2 (40)	Y

FORMA_PRESCRICAO		VARCHAR2 (8)	Y
DTA_ACTO	*	DATE	N
TIPO_ACTO		VARCHAR2 (2)	Y
COD_ACTO	*	VARCHAR2 (7)	Y
QUANTIDADE		NUMBER (9,2)	Y
CHNM		NUMBER (8)	Y

FAC_PMA_DETALHE

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo
COD_HOSPITAL	*	NUMBER (7)	N
NUM_FACTURA	*	NUMBER (9)	N
NUM_EPISODIO	*	NUMBER (8)	N
COD_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
TIPO_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
COD_MODULO		VARCHAR2 (3)	N
DTA_ACTO	*	DATE	N
TIPO_ACTO		VARCHAR2 (2)	N
COD_ACTO	*	VARCHAR2 (6)	N

FAC_DIAG_PROC

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo
COD_HOSPITAL	*	NUMBER (7)	N
NUM_FACTURA	*	NUMBER (9)	N
COD_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
TIPO_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
NUM_EPISODIO	*	NUMBER (8)	N
DTA_ENTRADA	*	DATE	N
COD_DIAG_PROC		VARCHAR2 (7)	N
TIPO_REG	*	VARCHAR2 (1)	N
NUM_ORDEM	*	INTEGER	N
COD_VER_DIAG_PROC		VARCHAR2(5)	N

FAC_MCDT

Nome Coluna	Pk	Tipo Dados	Nulo
COD_HOSPITAL	*	NUMBER (7)	N



NUM_FACTURA	*	NUMBER (9)	N
COD_MODULO		VARCHAR2 (3)	N
COD_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
TIPO_PROD	*	VARCHAR2 (3)	N
NUM_EPISODIO	*	NUMBER (8)	N
DTA_ENTRADA	*	DATE	N
COD_MCDT	*	NUMBER (6)	N
DTA_MCDT	*	DATE	N
HORA_MCDT	*	NUMBER (5)	N
TIPO_MCDT		VARCHAR2 (2)	N

ANEXO VIII – TABELAS DE REFERÊNCIA

Entidades	
Código	Descrição
935601	Serviço Nacional de Saúde
935610	SNS/ Migrante residente com n.º de utente
935612	SNS/ Acordo – Brasil
935618	SNS/ Convenção – Cabo Verde Bolseiros
935619	SNS/ Evacuados Angola
935620	SNS/ Evacuados Cabo-Verde
935621	SNS/ Evacuados Guiné-Bissau
935622	SNS/ Evacuados S. Tomé e Príncipe
935623	SNS/ Evacuados Moçambique
935624	SNS/ Em situação irregular – Cuidados urgentes e vitais
935625	SNS/ Menor em situação irregular
935628	SNS/ Nacionais da Noruega, Dinamarca e Reino Unido
935629	SNS/ Inscritos Açores
935630	SNS/ Inscritos Madeira
935631	SNS/ Imprensa Nacional Casa da Moeda
935632	SNS/ Caixa Geral de Depósitos
935633	SNS/ Estatuto de Refugiado
935634	SNS/ Requerente de Asilo
935640	SNS/ ADSE
935641	SNS/ SAD-GNR
935642	SNS/ SAD-PSP
935643	SNS/ IASFA

Tabela 1

Destinos Após Alta	
Código	Descrição
1	Para o domicílio
2	Para outra instituição com internamento
6	Serviço domiciliário
7	Saída contra parecer médico
13	Unidade Cuidados Continuados
20	Falecido

Tabela 2

Motivos de Transferência	
Código	Descrição
10	Para seguimento
20	Por falta de recursos

Tabela 3

Tipos de Ato	
Código	Descrição
MP	MCDT pedido
AP	Análise pedida
MR	MCDT realizado
AR	Análise realizada
MF	MCDT realizado no exterior
ME	MCDT realizado no exterior
AF	Análise feita fora
AE	Análise feita fora

Tabela 4

Especificação Adicional de Consultas	
Código	Descrição
1	Médica
2	Sem a Presença do Doente
3	Telemedicina em tempo diferido com presença de utente
4	Telemedicina em tempo diferido sem presença de utente
5	Telemedicina em tempo real com presença de utente
6	Telemedicina em tempo real sem presença de utente

Tabela 5

Patologias	
Código	Descrição
1	Fibrose Quística
2	Doentes Insuficientes Renais Crónicos e Transplantados Renais
3	Deficiência da Hormona de Crescimento na Criança e Síndrome de Turner
4	Paraplegias Espásticas Familiares e Ataxias Cerebelosas Hereditárias, nomeadamente a Doença de Machado-Joseph

Patologias	
Código	Descrição
5	Doentes Acromegálicos
6	Profilaxia da Rejeição Aguda de Transplante Renal e Cardíaco Alogénico
7	Doentes com Hepatite C
8	Esclerose Múltipla
9	Doença de Crohn Ativa Grave ou Formação de Fistulas
99	Outros

Tabela 6

Módulos	
Código	Descrição
AMB	Ambulatório
BLO	Bloco Operatório
CON	Consulta Externa
HDI	Hospital de Dia
INT	Internamento
LAB	Laboratório
MED	Medicamentos
RAD	Imagiologia
URG	Urgência

Tabela 7

Instituição de Saúde sem SI-SONHO	
Sigla	Descrição
IPOP	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Porto, EPE.
PREL	Hospital da Prelada
BRAG	Hospital de Braga
CHUC	Hospitais Universidade de Coimbra, EPE.
CHLN	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.
AMAD	Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE.

Tabela 8

Instituições de destino para o Programa de Tratamento a Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados	
Código	Descrição

**Instituições de destino para o Programa de Tratamento a Doentes
Mentais Crónicos Institucionalizados**

Código	Descrição
1	Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga (IIHSCJ)
2	Casa de Saúde Rainha Santa Isabel – Condeixa (IIHSCJ)
3	Casa de Saúde da Idanha – Belas (IISCHJ)
4	Casa de Saúde Santa Rosa de Lima – Belas (IIHSCJ)
5	Clínica Psiquiátrica de S. José – Lisboa (IIHSCJ)
6	Casa de Saúde Bento Menni (IIHSCJ)
7	Centro de Recuperação de Menores (IIHSCJ)
8	Casa de Saúde do Telhal
9	Casa de Saúde S. João de Deus
10	Casa de Saúde S. José
11	Centro Hospitalar Conde Ferreira - SCM Porto

Tabela 9

**Instituições de origem para o Programa de Tratamento a Doentes
Mentais Crónicos Institucionalizados**

Código	Descrição
1017201	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.
1037103	Hospital Senhora da Oliveira, E.P.E. - Guimarães
1037105	Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos
1047104	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
1047105	Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.
1137007	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
1137008	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
1137103	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
1137108	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
1137109	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
1137111	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
1137303	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.
1137401	Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.
1137504	Hospital Magalhães de Lemos, E.P.E.
1168201	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
2017101	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.
2017301	Hospital José Luciano de Castro - Anadia
2017305	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
2057102	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
2057202	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Instituições de origem para o Programa de Tratamento a Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados	
Código	Descrição
2067106	Hospital Rovisco Pais
2067110	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
2067111	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
2067301	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
2067401	Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.
2098201	Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
2107102	Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
2107203	Centro Hospitalar do Oeste
2187203	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
3117019	Instituto Gama Pinto
3117020	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
3117031	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.
3117117	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.
3117118	Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, E.P.E.
3117401	Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.
3117503	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
3147103	Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
3147202	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
3157106	Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada
3157202	Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.
3157203	Centro Hospitalar Barreiro\Montijo, E.P.E.
3158101	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.
4028201	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
4077202	Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.
4127103	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano E. P. E.
5087102	Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.
1037101	Hospital de Braga, E.P.E.
3117201	HPP Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, PPP
3117206	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP
3117208	Hospital Beatriz Ângelo, PPP

Tabela 10

TRATAMENTO DOENTES COM HEPATITE C	
CHNM	Medicamento
10124886	Glecaprevir 100 mg + Pibrentasvir 40 mg Comp

TRATAMENTO DOENTES COM HEPATITE C	
CHNM	Medicamento
10122110	Elbasvir 50 mg + Grazoprevir 100 mg Comp
10117450	Ombitasvir 12.5 mg + Paritaprevir 75 mg + Ritonavir 50 mg Comp
10113854	Sofosbuvir 400 mg Comp
10117094	Ledipasvir 90 mg + Sofosbuvir 400 mg Comp
10121737	Sofosbuvir 400 mg + Velpatasvir 100 mg Comp
10047678	Ribavirina 200 mg Cáps
10082113	Ribavirina 400 mg Comp
10061973	Ribavirina 200 mg Comp
10116284	Dasabuvir 250 mg Comp
10116291	Daclatasvir 30 mg Comp
10116284	Daclatasvir 60 mg Comp
10124990	Sofosbuvir 400 mg + Velpatasvir 100 mg + Voxilaprevir 100 mg Comp

Tabela 11

DOENTES EM TRATAMENTO DA INFECÇÃO VIH/SIDA	
CHNM	Medicamento
10038818	Abacavir 20 mg/ml Sol oral Fr 240 ml
10039311	Abacavir 300 mg + Lamivudina 150 mg + Zidovudina 300 mg Comp
10031332	Abacavir 300 mg Comp
10037844	Abacavir 600 mg + Lamivudina 300 mg Comp
10037253	Atazanavir 150 mg Cáps
10037260	Atazanavir 200 mg Cáps
10093661	Atazanavir 300 mg Cáps
10108750	Darunavir 100 mg/ml Susp oral Fr 200 ml
10081560	Darunavir 300 mg Comp
10095720	Darunavir 400 mg Comp
10095737	Darunavir 600 mg Comp
10117265	Darunavir 800 mg + Cobicistate 150 mg Comp
10109432	Darunavir 800 mg Comp
10050642	Didanosina 100 mg Comp mast
10054352	Didanosina 125 mg Cáps GR
10031873	Didanosina 250 mg Cáps GR
10024163	Didanosina 400 mg Cáps GR
10116359	Dolutegravir 50 mg + Abacavir 600 mg + Lamivudina 300 mg Comp

DOENTES EM TRATAMENTO DA INFECÇÃO VIH/SIDA

CHNM	Medicamento
10113975	Dolutegravir 50 mg Comp
10019255	Efavirenz 200 mg Cáps
10082309	Efavirenz 200 mg Comp
10064179	Efavirenz 30 mg/ml Sol oral Fr 180 ml
10023887	Efavirenz 50 mg Cáps
10082063	Efavirenz 50 mg Comp
10091429	Efavirenz 600 mg + Emtricitabina 200 mg + Tenofovir 245 mg Comp
10031421	Efavirenz 600 mg Comp
10111643	Elvitegravir + Cobicistate + Emtricitabina + Tenofovir 150 mg+150 mg+200 mg+245 mg Comp
10122725	Elvitegravir + Cobicistate + Emtricitabina + Tenofovir alafenamida 150 mg+150 mg+200 mg+10 mg Comp
10121687	Emtricitabina + Rilpivirina + Tenofovir alafenamida 200 mg + 25 mg + 25 mg comp
10068373	Emtricitabina 10 mg/ml Sol oral Fr 170 ml
10106354	Emtricitabina 200 mg + Rilpivirina 25 mg + Tenofovir 245 mg Comp
10080856	Emtricitabina 200 mg + Tenofovir 245 mg Comp
10120877	Emtricitabina 200 mg + Tenofovir alafenamida 25 mg
10041401	Emtricitabina 200 mg Cáps
10054772	Enfuvirtida 90 mg Pó sol inj Fr SC
10018438	Estavudina 20 mg Cáps
10062655	Estavudina 200 mg Pó sol oral Fr 200 ml
10016800	Estavudina 30 mg Cáps
10016818	Estavudina 40 mg Cáps
10087822	Etravirina 100 mg Comp
10106379	Etravirina 200 mg Comp
10065174	Fosamprenavir 700 mg Comp
10006336	Indinavir 400 mg Cáps
10013875	Lamivudina 10 mg/ml Sol oral Fr 240 ml
10044671	Lamivudina 150 mg + Zidovudina 300 mg Comp
10045054	Lamivudina 150 mg Comp
10029153	Lamivudina 300 mg Comp
10047799	Lamivudina 5 mg/ml Sol oral Fr 240 ml
10093113	Lopinavir 100 mg + Ritonavir 25 mg Comp
10080322	Lopinavir 200 mg + Ritonavir 50 mg Comp
10039514	Lopinavir 80 mg/ml + Ritonavir 20 mg/ml Sol oral Fr 60 ml

DOENTES EM TRATAMENTO DA INFECÇÃO VIH/SIDA	
CHNM	Medicamento
10088340	Maraviroc 150 mg Comp
10088358	Maraviroc 300 mg Comp
10023905	Nevirapina 10 mg/ml Susp oral Fr 240 ml
10029331	Nevirapina 200 mg Comp
10106087	Nevirapina 400 mg Comp LP
10109980	Raltegravir 100 mg Comp mast
10116366	Raltegravir 100 mg Pó susp oral Saq
10109998	Raltegravir 25 mg Comp mast
10087181	Raltegravir 400 mg Comp
10106386	Rilpivirina 25 mg Comp
10040228	Ritonavir 100 mg Cáps
10099746	Ritonavir 100 mg Comp
10119017	Ritonavir 100 mg Pó susp oral Saq
10035811	Ritonavir 80 mg/ml Sol oral Fr 90 ml
10042987	Saquinavir 500 mg Comp
10067645	Tenofovir 245 mg Comp
10043530	Tipranavir 250 mg Cáps
10035430	Zidovudina 10 mg/ml Sol inj Fr 20 ml IV
10011949	Zidovudina 10 mg/ml Sol oral Fr 200 ml
10007993	Zidovudina 100 mg Cáps
10055785	Zidovudina 200 mg Pó sol inj Fr IV
10025653	Zidovudina 250 mg Cáps
10011931	Zidovudina 300 mg Comp

Tabela 12

PROGRAMA PILOTO DE TRATAMENTO DE DOENTES COM PERTURBAÇÃO MENTAL GRAVE	
ICD-10-CM-PCS	
Psicoses esquizofrénicas	
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F201	Disorganized schizophrenia

F201	Disorganized schizophrenia
F201	Disorganized schizophrenia
F201	Disorganized schizophrenia
F201	Disorganized schizophrenia
F201	Disorganized schizophrenia
F202	Catatonic schizophrenia
F202	Catatonic schizophrenia
F202	Catatonic schizophrenia
F202	Catatonic schizophrenia
F202	Catatonic schizophrenia
F202	Catatonic schizophrenia
F200	Paranoid schizophrenia
F200	Paranoid schizophrenia
F200	Paranoid schizophrenia
F200	Paranoid schizophrenia
F200	Paranoid schizophrenia
F200	Paranoid schizophrenia
F2081	Schizophreniform disorder
F2081	Schizophreniform disorder
F2081	Schizophreniform disorder
F2081	Schizophreniform disorder
F2081	Schizophreniform disorder
F2081	Schizophreniform disorder
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F205	Residual schizophrenia
F205	Residual schizophrenia
F205	Residual schizophrenia
F205	Residual schizophrenia
F205	Residual schizophrenia
F205	Residual schizophrenia
F259	Schizoaffective disorder, unspecified
F259	Schizoaffective disorder, unspecified
F259	Schizoaffective disorder, unspecified

F259	Schizoaffective disorder, unspecified
F259	Schizoaffective disorder, unspecified
F259	Schizoaffective disorder, unspecified
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F2089	Other schizophrenia
F209	Schizophrenia, unspecified
F209	Schizophrenia, unspecified
F209	Schizophrenia, unspecified
F209	Schizophrenia, unspecified
F209	Schizophrenia, unspecified
F209	Schizophrenia, unspecified
Psicoses afetivas	
F3010	Manic episode without psychotic symptoms, unspecified
F3011	Manic episode without psychotic symptoms, mild
F3012	Manic episode without psychotic symptoms, moderate
F3013	Manic episode, severe, without psychotic symptoms
F302	Manic episode, severe with psychotic symptoms
F303	Manic episode in partial remission
F304	Manic episode in full remission
F3010	Manic episode without psychotic symptoms, unspecified
F3011	Manic episode without psychotic symptoms, mild
F3012	Manic episode without psychotic symptoms, moderate
F3013	Manic episode, severe, without psychotic symptoms
F302	Manic episode, severe with psychotic symptoms
F303	Manic episode in partial remission
F304	Manic episode in full remission
F329	Major depressive disorder, single episode, unspecified
F320	Major depressive disorder, single episode, mild
F321	Major depressive disorder, single episode, moderate
F322	Major depressive disorder, single episode, severe without psychotic features
F323	Major depressive disorder, single episode, severe with psychotic features
F324	Major depressive disorder, single episode, in partial remission
F325	Major depressive disorder, single episode, in full remission

F339	Major depressive disorder, recurrent, unspecified
F330	Major depressive disorder, recurrent, mild
F331	Major depressive disorder, recurrent, moderate
F332	Major depressive disorder, recurrent severe without psychotic features
F333	Major depressive disorder, recurrent, severe with psychotic symptoms
F3341	Major depressive disorder, recurrent, in partial remission
F3342	Major depressive disorder, recurrent, in full remission
F3110	Bipolar disorder, current episode manic without psychotic features, unspecified
F3111	Bipolar disorder, current episode manic without psychotic features, mild
F3112	Bipolar disorder, current episode manic without psychotic features, moderate
F3113	Bipolar disorder, current episode manic without psychotic features, severe
F312	Bipolar disorder, current episode manic severe with psychotic features
F3173	Bipolar disorder, in partial remission, most recent episode manic
F3174	Bipolar disorder, in full remission, most recent episode manic
F3130	Bipolar disorder, current episode depressed, mild or moderate severity, unspecified
F3131	Bipolar disorder, current episode depressed, mild
F3132	Bipolar disorder, current episode depressed, moderate
F314	Bipolar disorder, current episode depressed, severe, without psychotic features
F315	Bipolar disorder, current episode depressed, severe, with psychotic features
F3175	Bipolar disorder, in partial remission, most recent episode depressed
F3176	Bipolar disorder, in full remission, most recent episode depressed
F3160	Bipolar disorder, current episode mixed, unspecified
F3161	Bipolar disorder, current episode mixed, mild
F3162	Bipolar disorder, current episode mixed, moderate
F3163	Bipolar disorder, current episode mixed, severe, without psychotic features
F3164	Bipolar disorder, current episode mixed, severe, with psychotic features
F3177	Bipolar disorder, in partial remission, most recent episode mixed
F3178	Bipolar disorder, in full remission, most recent episode mixed

F319	Bipolar disorder, unspecified
F319	Bipolar disorder, unspecified
F308	Other manic episodes
F3289	Other specified depressive episodes
F3181	Bipolar II disorder
F39	Unspecified mood [affective] disorder
F3481	Disruptive mood dysregulation disorder
F3489	Other specified persistent mood disorders
Psicoses não orgânicas	
F323	Major depressive disorder, single episode, severe with psychotic features
F333	Major depressive disorder, recurrent, severe with psychotic symptoms
F28	Other psychotic disorder not due to a substance or known physiological condition
F4489	Other dissociative and conversion disorders
F23	Brief psychotic disorder
F23	Brief psychotic disorder
F23	Brief psychotic disorder
F29	Unspecified psychosis not due to a substance or known physiological condition

Tabela 13

CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO	
Código	Descrição
60148	Estudo do equilíbrio com plataforma elétrica e registo
60181	Estudo da marcha com plataforma elétrica e registo
60182	Análise cinemática da marcha (inclui relatório e realização em laboratório de marcha)
60200	Exame muscular com registo gráfico
60203	Exame muscular isocinético com registo
60301	Goniometria elétrica
60205	Exame podoscópico
60206	Exame podoscópico com registo barométrico
60212	Exame podoscópico computadorizado
60310	Raquimetria
60209	Testes de psicomotricidade
60217	Estudo neurocognitivo
60219	Bateria de testes neurocognitivos com relatório

CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO

Código	Descrição
60211	Avaliação da incapacidade
60213	Avaliação da capacidade de condução
60210	Exame de alterações da fala e da linguagem
78200	Análise computadorizada da voz
60050	Prova funcional vascular periférica motorizada
60065	Electrodiagnóstico de estimulação por grupo muscular
60087	Electromiografia com eletródos de superfície
63401	Estudo electromiográfico dos membros superiores ou dos membros inferiores ou de um território específico (inclui estimulação repetitiva), no laboratório
63402	Estudo electromiográfico dos membros superiores ou dos membros inferiores ou de um território específico (inclui estimulação repetitiva), fora do laboratório
63403	Estudo electromiográfico dos membros superiores e dos membros inferiores, no laboratório
63404	Estudo electromiográfico dos membros superiores e dos membros inferiores, fora do laboratório
63406	Estudo do nervo frénico e electromiografia do diafragma
63440	Electromiografia de fibra única
63450	Macro-EMG
63530	Avaliação quantitativa da sensibilidade térmica e algica com instrumentos específicos
63540	Avaliação quantitativa da sensibilidade vibratória com instrumento específico
60070	Colheita de esperma por vibração
60075	Colheita de esperma por electroejaculação
60080	Teste de continência a líquidos (Pad teste)
90985	Urofluxometria
90900	Cistometria
90910	Cistometria com estudo P/F
90920	Electromiografia esfíncteriana
90967	Perfilometria uretral
90975	Perfilometria uretral com cateter e microtransdutor
90980	Perfilometria uretral com determinação simultânea da pressão vesical e da influência das variações da pressão abdominal, mulher
90997	Vídeo-urodinâmica
17170	Ecografia vesical via supra púbica
17165	Ecografia pós-miccional com cálculo do resíduo urinário
50790	Manometria anorectal

CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO

Código	Descrição
80010	Espirometria, incluindo gráficos, curva débito volume, capacidade vital, volume expiratório máximo no 1º segundo, débito expiratório máximo e médio e ventilação voluntária máxima por minuto
80100	Estudo da resistência das vias aéreas e volume de gás intra-toracico por pletismografia corporal
80040	Capacidade residual funcional ou volume residual (hélio/azoto)
80110	Prova de broncodilatação (acresce à prova basal)
80115	Prova de broncoconstrição com água destilada/soluto hipertónico (acresce à prova basal)
80117	Prova de broncoconstrição de esforço, com bicicleta ou tapete rolante (acresce à prova basal)
80121	Prova de broncoconstrição com metacolina (acresce à prova basal)
80130	Prova de broncoconstrição específica com alérgenos (acresce à prova basal)
80160	Capacidade de difusão do CO por respiração única
80170	Capacidade de difusão do CO por equilíbrio estável
80209	Determinação do débito expiratório máximo instantâneo (peak flow)
80200	Prova de exercício com avaliação de parâmetros cardio-respiratórios em tapete rolante ou bicicleta ergonómica
80270	Oximetria de pulso
80292	Determinação não invasiva de O2 e CO2 (transcutânea)
60215	Outras técnicas diagnósticas
60792	Iontoforese
60800	Corrente continua
60801	Corrente de baixa frequência
60802	Corrente de média frequência
60644	Corrente de alta frequência (micro-ondas)
60624	Corrente de alta frequência (ondas curtas)
60771	Estimulação elétrica neuro-muscular, por grupo muscular
60666	Magnetoterapia
60670	Estimulação magnética transcortical
60675	Estimulação elétrica transcortical
61146	Biofeedback
60805	Estimulação elétrica transcutânea
60806	Estimulação elétrica transcutânea no domicílio
60750	Ultrassonoterapia

CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO

Código	Descrição
60753	Terapia por ondas de choque focais (acresce apoio ecográfico, se aplicável)
60754	Terapia por ondas de choque radiais
60708	Radiações infravermelhas
60729	Radiações ultravioletas
60687	Terapia por LASER
61170	Terapia por LASER de CO2
60550	Crioterapia
60653	Crioterapia com gerador próprio
60555	Terapia por calor húmido
60583	Parafinoterapia
60584	Parafangoterapia
60962	Hidrocinestoterapia individual em piscina
60961	Hidrocinestoterapia coletiva em piscina
60930	Hidromassagem
60887	Banho de contraste
60929	Banho de turbilhão
60910	Banhos especiais
60908	Duches
60982	Hidrocinestoterapia individual em tanque
60985	Treino em tanque de marcha
60222	Massagem manual de uma região
60233	Massagem manual de mais de uma região
60267	Massagem com técnicas especiais
60940	Massagem subaquática
61175	Vibromassagem
60268	Massagem com vácuo
60269	Massagem de drenagem linfática
60430	Cinesiterapia respiratória
60434	Assistência mecânica da tosse (cough assist)
60375	Cinesiterapia vertebral
60380	Cinesiterapia corretiva postural
61090	Cinesiterapia pré e pós parto, em grupo
61102	Fortalecimento muscular manual
60290	Mobilização articular manual
60377	Técnicas especiais de Cinesiterapia
60404	Treino de equilíbrio e marcha

CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO

Código	Descrição
60390	Treino de marcha com suspensão parcial do peso
60376	Cinesiterapia em grupo
60405	Reeducação do equilíbrio em plataforma com registo
60406	Reeducação da marcha em plataforma com registo
60401	Reeducação funcional de cada membro
60402	Reeducação funcional de cada membro, com análise simultânea do movimento e registo
60435	Drenagem postural
61139	Técnicas de percussão / vibração torácica
61115	Técnicas de relaxamento
60438	Aerossóis
60437	Aerossóis ultra-sónicos
61137	Mobilização de secreções com flutter
60845	Tração vertebral mecânica
60866	Tração vertebral motorizada
60824	Pressões intermitentes
60825	Pressões intermitentes sequenciais
61104	Fortalecimento muscular/ mobilização articular
61105	Fortalecimento muscular isocinético
60291	Mobilização articular motorizada
60324	Reeducação do equilíbrio e marcha em aparelho robotizado
60328	Outras técnicas de mecanoterapia
61010	Terapia em espelho (Mirror therapy)
61011	Treino do movimento induzido pela restrição
61012	Treino em realidade virtual
61002	Treino de utilização de prótese do membro inferior
61004	Treino de utilização de prótese do membro superior
61005	Treino de utilização de ortoprótese
61024	Treino de utilização de ortótese
61045	Treino de utilização de outras ajudas técnicas
61087	Treino em atividades de vida diária
61088	Treino da funcionalidade no leito
61091	Treino da funcionalidade na cadeira de rodas
61008	Treino de atividades lúdicas
61134	Readaptação ao esforço com monitorização continua
61130	Reabilitação cardíaca individual
61140	Reabilitação cardíaca (grupo 6)

CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO

Código	Descrição
61151	Reabilitação de incontinência esfincteriana, por biofeedback, com EMG
61152	Reabilitação de incontinência esfincteriana, por biofeedback, com manometria
61153	Reabilitação de incontinência esfincteriana, por biofeedback, domiciliária (faturação mensal), com EMG
61154	Reabilitação de incontinência esfincteriana, por biofeedback, domiciliária (faturação mensal), com manometria
61145	Reabilitação de incontinência esfincteriana, por estimulação elétrica
61144	Reabilitação de incontinência esfincteriana, por estimulação elétrica, domiciliária (faturação mensal)
61149	Reeducação dinâmica do pavimento pélvico
61027	Treino de algaliação intermitente
61029	Treino de familiares / cuidadores
61061	Terapia da fala
61190	Reeducação da linguagem
61191	Reeducação da articulação verbal
61192	Reeducação da fonação
61193	Reeducação da deglutição
61194	Reeducação da deglutição por estimulação elétrica
61195	Treino da sucção
61196	Treino de sistemas alternativos de comunicação - simples
61197	Treino de sistemas alternativos de comunicação - complexos
61062	Qualquer dos códigos de terapia da fala quando em grupo
61066	Terapia ocupacional
61068	Treino de destreza manual
61070	Treino de coordenação motora
61077	Treino de grafismo
61074	Reeducação da sensibilidade
61076	Treino de escrita à mão ou à máquina de escrever/ computador
60349	Manipulação
60350	Técnicas miotensivas
61162	Acupuntura
61165	Técnica de infiltração muscular com toxina botulínica até 4 pontos
61167	Técnica de infiltração muscular com toxina botulínica em mais de 4 pontos

CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO	
Código	Descrição
61172	Técnica de infiltração muscular com toxina botulínica com estimulação elétrica até 4 pontos
61173	Técnica de infiltração muscular com toxina botulínica com estimulação elétrica em mais de 4 pontos
61174	Bloqueio de nervo periférico
61161	Mesoterapia - aplicação manual
61163	Mesoterapia - aplicação mecânica
61168	Preenchimento da bomba de baclofeno intratecal
60810	Técnicas especiais de eletroterapia
61082	Execução de ligaduras funcionais ou gessos
61083	Execução de ortóteses / ajudas técnicas
60445	Reabilitação psicomotora (cada sessão)
60447	Reabilitação neuro-cognitiva (cada sessão)
61300	Outras técnicas terapêuticas

Tabela 14