

Parecer n.º 2/2021

sobre a Revisão da Tabela do Regime Convencionado

I. INTRODUÇÃO

1. O Conselho Diretivo (CD) da ADSE, em 24/02/2021, remeteu ao Conselho Geral e de Supervisão (CGS) a proposta de Tabela de Regime Convencionado (RC), solicitando a emissão de Parecer.

2. O CGS reuniu por três vezes em Grupo de Trabalho para elaboração do projeto de Parecer.

Nas reuniões participou a maioria dos membros do CGS, o Conselho Diretivo, com a totalidade dos seus membros e o Fiscal Único.

II. O PARECER N.º 4/2020

3. O CGS emitiu sobre a anterior Proposta de Tabela do Regime Convencionado, o Parecer n.º 4/2020, aprovado por unanimidade em 13/08/2020.

4. Neste Parecer o CGS destaca a importância da revisão desta Tabela, com benefícios para os Beneficiários por terem uma Tabela mais ajustada à realidade e um melhor acesso ao Regime Convencionado.

5. O CGS neste Parecer procedeu à análise das 18 Tabelas apresentadas, tendo emitido sobre as mesmas propostas e sugestões.

6. De salientar as Conclusões do Parecer:

“O CGS considera importante que a Tabela preveja mecanismos de revisão periódica, em função das matérias, adaptando as Tabelas a novas realidades. Estas revisões devem ter presente que, ao mesmo tempo a existência de estabilidade na Tabela tem em si vantagens para os Beneficiários e para os Prestadores de Saúde, pelo que todas as alterações devem ser devidamente justificadas.

60. O CGS considera que:

a) *É urgente a aprovação e entrada em vigor da nova Tabela do Regime Convencionado;*

- b) Deve ser aberto de imediato um processo de audição com os Prestadores de Saúde Convencionados, com a devida informação ao CGS;*
- c) Que, face a este Parecer e ao diálogo com as de várias entidades, o Conselho Diretivo deve rever esta Proposta e submeter a Proposta revista a novo Parecer, analogamente ao que aconteceu com a Tabela de 2017/2018, antes do seu envio ao Governo.*

61. *O CGS considera fundamental que a ADSE promova uma campanha de informação junto aos Beneficiários e Prestadores de Saúde sobre a Tabela aprovada e antes da sua entrada em vigor.”*

III. APRECIÇÃO NA GENERALIDADE

7. O CGS saúda o trabalho realizado pelo Conselho Diretivo para apresentação desta proposta, salientando:
 - A participação dos responsáveis da ADSE e de especialistas convidados;
 - O diálogo aberto com os Prestadores de Saúde;
 - A Tabela vir acompanhada de um resumo das alterações e o Conselho Diretivo ter enviado uma análise comparativa e uma análise das posições dos Prestadores de Saúde no processo de audição;
 - O envio posterior da avaliação do impacto financeiro para a ADSE e para os Beneficiários.
8. A Tabela em discussão revê globalmente a Tabela fixada nos anos 80, posterior à publicação do Decreto-Lei n.º 118/83, que teve posteriormente várias mudanças parciais. Em 2017 ocorreu uma revisão significativa, em que foram introduzidos vários preços fechados de intervenções cirúrgicas, sobretudo na área de oftalmologia.
9. Nesta revisão o número de Códigos passa dos atuais 4.429 para 15.521, sobretudo devido à introdução de preços máximos para os Medicamentos (2.179 Códigos) e nas Próteses Intraoperatórias (9.980 Códigos).

A Tabela infra mostra as diferenças em termos da revisão dos Códigos.

TABELA – ANÁLISE COMPARATIVA | N.º DE CÓDIGOS

	TABELAS	TABELA ATUAL	1.ª PROPOSTA JULHO DE 2020	PROPOSTA ATUAL		
				TOTAL	ATOS ELIMINADOS	ATOS NOVOS
1	Análises Clínicas	522	464	540	57	75
2	Anatomia Patológica	13	10	12	8	7
3	Cirurgia	1.696	1.687	1.631	676	611
4	Consultas	43	43	79	1	37
5	Enfermagem	23	19	19	4	0
6	Internamentos	34	7	10	32	8
7	Medicamentos	24	3	7	21	4
8	Medicina	460	392	387	255	182
9	Medicina dentária	315	62	63	252	*(1)
10	Medicina Física e Reabilitação	386	58	58	328	*(2)
11	Medicina Nuclear	45	47	47	3	5
12	Próteses Intraoperatória	15	3	3	13	1
13	Radiologia	241	204	203	72	34
14	Radioncologia e Quimioterapia	17	20	20	1	4
15	Sangue	24	29	18	6	10
16	Transportes	20	11	10	15	5
17	Cuidados Respiratórios Domiciliários	18	18	18	-	-
18	Diversos	329	1	1	328	*(3)
19	Preços Máximos Próteses Intraoperatórias – Código 7501	0	9.980	9.980	*(4)	*(4)
20	Preços Máximos Próteses intraoculares – Código 7503	17	20	13	15	1
21	Preços Máximos Medicamentos – Códigos 6631, 6631 e 6638	0	2.184	2.179	*(4)	*(4)
22	Preços máximos Radioncologia e Quimioterapia – Código 6636	187	265	265	32	110
23	Autorizações Prévias de Cirurgia	-	74	-	-	-
TOTAL		4.429	15.601	15.563	2.119	1.095

*(1) De 240 Códigos ficou apenas o Código 10170 com introdução de prazos e limites. Alguns dos códigos foram para a Tabela de Radiologia.

*(2) Os 328 Códigos foram retirados na Tabela de Medicina, ficando a constar o Código 4944.

*(3) Ficou a constar apenas o Código 4805.

10. O CGS regista positivamente a atenção dada pelo Conselho Diretivo ao Parecer do CGS n.º 4/2020, de 13 de agosto, sobre a primeira proposta de revisão da tabela.

O Conselho Diretivo, durante a discussão do presente projeto de Parecer, introduziu várias mudanças à sua proposta, nomeadamente:

- A comparticipação dos Beneficiários nas consultas de especialidade passa a ser de 5.00 Euros (em vez dos 5.50 propostos anteriormente);
- A comparticipação da ADSE na diária de internamento aumenta em 30 Euros, com redução em igual montante no copagamento do Beneficiário;
- São introduzidas as consultas de psicologia clínica;
- São alterados vários copagamentos dos Beneficiários, de modo a que não haja nenhum aumento em termos percentuais.

11. Os objetivos fundamentais que enquadraram a revisão da Tabela, segundo o Conselho Diretivo, foram os seguintes:

- a) O Alargamento dos atos contidos na Tabela do Regime Convencionado, passando a incluir a generalidade dos atos que apenas eram comparticipados em Regime Livre, bem como novos atos que fazem parte da prática clínica atual. Foram ainda introduzidos atos que apenas estavam convencionados com o Hospital da Luz Lisboa e com o Hospital dos Lusíadas Lisboa, bem como os atos convencionados no domínio da oncologia com a Fundação Champalimaud e com a Lenitudes;
- b) A atualização das designações e das descrições face à prática clínica atual, adotando como referência as designações do SNS;
- c) A eliminação de 2.119 atos, ou porque já não fazem parte da prática clínica atual, ou porque são atos que tratavam de forma discriminatória os Beneficiários da ADSE, com base em doenças específicas;
- d) A introdução de 1.195 novos atos, para além dos 12.195 referidos no ponto 9;

- e) A atualização dos preços, em linha com os praticados na Tabela do SNS Convencionado, fixando-se preços superiores para atos que os Prestadores de Saúde não praticam com os preços do SNS;
- f) A fixação de preços máximos sempre que possível, seguindo as Recomendações do Tribunal de Contas e no respeito pelo Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro, na sua redação atual, nas áreas dos Medicamentos (oncológicos e outros) e das Próteses Intraoperatórias e de preços fechados para os procedimentos cirúrgicos e para os atos médicos invasivos, evitando a sua faturação em Regime Livre. O número de preços fechados passa para 704.

IV. ANÁLISE NA ESPECIALIDADE

Regras Gerais

12. As regras gerais mudam, devendo os Prestadores de Saúde Convencionados dispor permanentemente de um quadro clínico adequado à resposta aos Beneficiários e com introdução de mecanismos que garantam uma maior estabilidade do corpo clínico e evitem a passagem de médicos do Regime Convencionado para o Regime Livre, passando por esta via a debitar aos Beneficiários custos muito mais elevados.

A ADSE passa a fazer o acompanhamento dos médicos prestadores dos cuidados convencionados.

É melhorado o acesso dos Prestadores à ADSE Direta, o que permite uma mais rápida e melhor verificação das faturas.

O CGS considera que estão assim criadas as condições para a ADSE assumir nestas regras a fixação de prazos máximos para pagamento das faturas, agora só estabelecidos nas Convenções, tendo presente que pedidos de esclarecimento ou correção suspendem esses prazos. Nestes casos a ADSE deverá procurar devolver aos Prestadores de Saúde, sempre que possível, apenas a parte das faturas envolvida e não a sua totalidade.

Análises Clínicas (1)

13. Sem alterações significativas face à Tabela em vigor.

São introduzidas 20 novas análises, sobretudo na área da citogenética e há aumento de 10 novos preços.

O copagamento dos Beneficiários mantém-se em termos percentuais.

Anatomia Patológica (2)

14. Ocorre uma harmonização dos códigos e atualização dos atos.

Mantem-se os preços atuais, superiores aos do SNS e atualizam-se 4 preços.

O copagamento dos Beneficiários mantém-se em termos percentuais.

Cirurgia (3)

15. As alterações fundamentais são as seguintes:

- Fixação de preços fechados em mais trezentas cirurgias, em que existe casuística (n.º de preços suficientes), com base nas médias e medianas dos preços faturados em 2017, 2018 e 2019;
- Eliminação dos códigos abertos em todos os atos médicos, que passam a ter preço fechado;
- Reviu-se de dois para três o número máximo de atos cirúrgicos passíveis de serem conjugados no mesmo procedimento, o qual só pode ser excedido com autorização prévia;
- Aumenta o número de atos previstos, em especial na área da oncologia;
- Financiamento do piso de sala pago à parte do valor da cirurgia;
- Revisão em alta dos dias de internamento em 118 atos cirúrgicos de preços fechados;

- Introdução das técnicas da robótica e da neuronavegação em atos devidamente identificados;
- Definição das regras de financiamento da cirurgia bariátrica.

Dos 702 códigos fechados de cirurgias existentes na Tabela foram revistos em alta os preços de 226 códigos.

16. São alteradas as regras para introduzir um melhor controlo, nomeadamente com os preços fechados, fixação do número máximo de atos no mesmo procedimento, introdução de preços máximos para os medicamentos, autorizações prévias, controlo dos kits e trouxas, nova regra de regularização para os procedimentos com preço aberto, etc. De salientar que os medicamentos e consumos representam, em média, mais de 60% do custo do procedimento cirúrgico.

Os copagamentos dos Beneficiários mantêm-se nos 25% para os preços fechados (Tipo A) e 20% nos preços abertos (Tipo C), neste caso sendo fixados preços máximos para os honorários médicos.

17. Nas cirurgias às Cataratas, a ADSE passa a financiar apenas lentes monofocais (salvo se já tiver sido utilizada uma lente multifocal em intervenção anterior, caso em que se mantém o pagamento a 100% de uma lente multifocal), de acordo com a prática médica recomendada por especialistas médicos. No caso de o Beneficiário optar por uma lente multifocal a ADSE passa a financiar em 250 Euros o custo dessa lente (anteriormente as lentes multifocais eram financiadas a 100%).

18. A alteração das lentes multifocais implica para os Beneficiários um grande aumento de encargos, caso optem por essas lentes.

O CGS considera que as lentes monofocais devem ser financiadas a 100%, tal como atualmente. O Conselho Diretivo comprometeu-se a financiar a 100% estas lentes.

Consultas (4)

19. As alterações propostas na área das consultas são as seguintes:

CONSULTAS	Valor Atual (€)	Valor Proposto (€)	Copagamento atual		Beneficiário Proposta		Obs.
			Valor (€)	%	Valor (€)	%	
Especialidade	18.46	25.00	3.99	21.6	5.00	20.0	
Pediatria	18.46	35.00	3.99	21.6	7.00	20.0	
Cardiologia c/ Código 40301	25.00	32.00	9.00	36.0	11.50	35.9	
Medicina Geral e Familiar	18.46	25.00	3.99	21.6	5.00	20.0	24/ano
Clínica Geral	14.46	20.00	3.49	24.14	4.50	22.5	24/ano
Teleconsultas CG e 36 Espec.	-	18.46	-	-	4.00	21.7	1/mês de cada

A consulta de oftalmologia que inclui os exames mencionados nas regras não tem alterações, salvo a limitação de 3/ano.

A consulta multidisciplinar de oncologia não sofre alterações, salvo a limitação de 2/ano.

É introduzida a consulta multidisciplinar da dor.

O Atendimento Médico Permanente não sofre alterações, salvo que a ADSE passa a compartilhar a chamada de um médico especialista.

20. As Consultas são uma área muito sensível, por serem de utilização generalizada pelos Beneficiários.

O CGS sempre se manifestou favorável ao aumento significativo dos preços a pagar aos Prestadores de Saúde, sobretudo nas consultas de especialidade, por forma a atrair mais médicos e acabar com as discriminações aos Beneficiários.

Os Beneficiários têm um aumento significativo de encargos com o aumento dos preços das consultas, pelo que esta mudança terá de estar associada a um aumento significativo das consultas em Regime Convencionado, face às consultas em Regime Livre. Tal exige um

alargamento das Convenções e a celebração de novas Convenções em número significativo, sobretudo nas Regiões em que os Beneficiários têm maiores dificuldades no acesso ao Regime Convencionado.

Os Representantes dos Beneficiários defendem que neste período de pandemia o valor pago pelos Beneficiários, nas diferentes consultas, se deve manter.

Enfermagem (5)

21. Sem alterações salvo a eliminação de 4 Códigos redundantes.

Internamento (6)

22. O custo dos internamentos tem em geral traduzido um encargo significativo para os Beneficiários submetidos a uma intervenção cirúrgica.

Na sua proposta o Conselho Diretivo introduziu algumas alterações, que globalmente se traduz num aumento de encargos para a ADSE:

- Revisão em alta dos dias de internamento em 118 atos cirúrgicos de preços fechados;
- Obrigatoriedade de apresentação de relatório clínico para dias de internamento superiores em 50% ao número de dias estipulado;
- Alteração nas regras dos internamentos psiquiátricos, permitindo um melhor controlo, com aumento nas diárias de curta duração e passando o Beneficiário a pagar um copagamento de 6.89 Euros nas de longa duração (atualmente é de 0 Euros);
- Fixação de preço máximo na diária de cuidados intensivos;
- Aumento nas diárias de Medicina Física e de Reabilitação (Alcoitão). Pago pela ADSE.

23. Na proposta inicial mantinham-se os valores dos pagamentos da ADSE nos internamentos, refletindo-se nos Beneficiários todos os aumentos de custos verificados.

O Conselho Diretivo propõe agora que a ADSE passa a compartilhar as diárias em mais 30 Euros, o que é positivo e implica uma poupança significativa para os Beneficiários.

Medicamentos (7) e Preços Máximos – Códigos 6631 e 6638 (21)

24. Na Tabela 7 são definidas regras gerais, estando fixados na Tabela 21 os preços máximos dos medicamentos hospitalares (2.179 Códigos). Esta última Tabela não existia anteriormente.

Mantem-se a comparticipação para os medicamentos vendidos nas farmácias.

Como principais alterações temos as seguintes:

- Inclui apenas os medicamentos utilizados em contexto de Medicina e Atendimento Médico Permanente;
- Os produtos de sangue passam a constar de Tabela autónoma;
- Nos preços, de uma forma geral, foram adotados como referência o PVP ou PVH fixado pelo INFARMED. No caso do PVP este é retido como preço máximo. No caso do PVH este é majorado com uma taxa de 33%, sujeita a um limite de 200 Euros nos injetáveis e 50 Euros nos comprimidos e similares, por injeção e por comprimido;
- Se não existe preço atribuído pelo INFARMED o preço proposto é com base na faturação de 2017, 2018 e 2019;
- Não foi atribuído preço aos medicamentos sem PVP/PVH e cuja despesa anual em 2019 foi inferior a 20.000 Euros;
- Definição de uma nova regra de regularização para os medicamentos com preço aberto.

Os medicamentos oncológicos inovadores mantêm-se sujeitos a autorização prévia.

Medicina (8)

25. São introduzidas mudanças significativas, tendo sido revistos 116 dos 480 códigos.

Salientam-se como mudanças mais importantes:

- A incorporação de 182 novos atos, do Regime Livre e de outros que fazem parte da prática clínica atual;
- Inclui os atos de Gastreenterologia que constavam na Tabela de preços globais;

- Profunda alteração da Tabela de atos, de uma forma geral, e especialmente nos Serviços de Cardiologia, com a introdução de novos procedimentos cirúrgicos não constantes da Tabela atual;
 - Introdução de limites clínicos em alguns atos que poderão ser utilizados com objetivos estéticos e não de saúde;
 - Aumento do número de atos sujeitos a autorização prévia;
 - Foi atribuído preço fechado aos atos invasivos, infiltrações, injeções e instilações;
 - Nas situações clínicas em que se justifica a utilização de cirurgia geral e não apenas sedação, remunera-se o ato do anestesista.
26. O CGS regista positivamente a introdução de uma nova área de Cardiologia que não existia, o ajustamento da Tabela de Medicina à evolução tecnológica e às necessidades dos Beneficiários, associada a um alargamento significativo do número de preços globais.

Medicina Dentária (9)

27. Há uma revisão muito significativa da Medicina Dentária, de modo a melhor responder às necessidades dos Beneficiários e a estes terem maior acesso ao Regime Convencionado.

De destacar:

- Alteração das designações, promovendo um maior controlo;
 - Aumento dos limites anuais autorizados por beneficiário/dente;
 - Manutenção da nova regra que dá ao Beneficiário a possibilidade de optar por materiais mais nobres do que a prática clínica corrente, financiando-os em separado;
 - Incluída nesta tabela a ortopantomografia, que se encontrava na Tabela de radiologia;
 - Os preços são estabelecidos tendo em conta os preços em vigor no mercado, tendo em conta os preços praticados no Regime Livre e outra informação disponível.
28. Os preços dos atos têm aumentos significativos, por vezes o dobro do valor, que se refletem nos copagamentos, apesar da diminuição deste de 33,3% para 25%.

Há introdução de limites anuais por ato mais restritos, ocorrendo nesta proposta uma melhoria dos plafonds face às propostas iniciais.

O CGS considera que, face ao grande esforço financeiro que é feito pela ADSE e pelos Beneficiários, deve ser efetuado um acompanhamento especial do efeito desta Tabela, verificando em que medida os objetivos são atingidos, nomeadamente um aumento significativo do Regime Convencionado, em prejuízo do Regime Livre.

Medicina Física e de Reabilitação (10)

29. Não teve alterações significativas nas regras, mas são elevados os preços de 15 atos.

Esta Tabela passou a integrar a Terapia da Fala, que se encontrava na tabela de Medicina.

O CGS considera que o limite de tratamentos em Regime Convencionado (60) deve aumentar para o mesmo valor que o do Regime Livre, mantendo-se a regra de poder ser autorizado um número superior de tratamentos, mediante parecer positivo da Consultoria Médica da ADSE.

Medicina Nuclear (11)

30. Sem alterações significativas, salvo o facto de a Tabela passar a integrar os atos das Convenções com a Fundação Champalimaud e a Lenitudes e três PET adicionais que fazem parte da prática clínica atual.

Dos 57 atos clínicos, foram revistos os preços de 22.

Próteses Intraoperatórias (12) e Preços Máximos – Código 37501 (19) e 37503 (20)

31. Na Tabela 12 são fixadas regras gerais e na Tabela 19 são fixados os preços máximos (9.980) das próteses em geral e na Tabela 22 o das lentes.

O pagamento da ADSE continua a ser de 100%, salvo nas lentes multifocais (ver ponto 17 deste Parecer).

É feito um esforço muito importante de fixação dos preços das próteses, com base nos preços faturados à ADSE em 2017, 2018 e 2019 e dos preços fornecidos pelo INFARMED.

De salientar:

- O aumento do número de atos sujeitos a autorização prévia (dispositivos médicos com valor muito elevado);
- A introdução do controlo aleatório de casos, com autorização adicional do Prestador;
- A possibilidade do Prestador, apresentar faturas das próteses a que acresce uma margem, nos termos fixados no Decreto-Lei de Execução Orçamental (DLEO);
- Em relação às novas próteses não constantes da lista, a obrigatoriedade de fornecer a fatura com o preço de aquisição, a que acrescentem as margens constantes do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 7/2017.

O CGS regista muito positivamente o esforço feito, que poderá ter impacto positivo significativo na ADSE e, conseqüentemente, nos Beneficiários.

Radiologia (13)

32. A Tabela passa a integrar atos do Regime Livre com casuística.

São harmonizados e atualizados os Códigos e designações.

Passa a haver um preço único por ato (havia duas Tabelas) e os preços são harmonizados com os do SNS.

Radioncologia e Quimioterapia (14) e Preços Máximos – Código 6636 (22)

33. A Tabela de preços máximos é nova e refere-se aos medicamentos oncológicos (265 Códigos).

Os medicamentos oncológicos continuam comparticipados a 100% pela ADSE.

As alterações mais importantes nestas duas Tabelas são as seguintes:

- Alteração das regras para permitir um melhor controlo;
- A Tabela passa a incorporar a radiocirurgia, com preço fechado;
- Não há alterações de preços na Tabela 14;

- Os preços nos medicamentos são fixados em valores iguais aos do INFARMED – PVP e PVH, sendo adicionado a este último a margem de 33%, com um valor máximo de 200 Euros para os injetáveis e 50 Euros para os não injetáveis;
 - Se não existir preço do INFARMED o preço é feito com base no histórico da ADSE.
34. Os medicamentos oncológicos não financiados pelo SNS mantêm-se sujeitos a autorização prévia.

O CGS considera que deve ser objeto de reflexão se nestes medicamentos, como acontece noutras áreas, não deveria ser obrigatória a apresentação da fatura e a fixação de margens máximas, fixadas no DLEO para os medicamentos.

Sangue (15)

35. É uma Tabela nova, resultante da junção dos códigos dos produtos de sangue que constam na Tabela em vigor dos produtos medicamentosos com os serviços de preparação do sangue (novo).

Sem alteração do preço dos produtos de sangue e adoção da tabela da Hemovida para os serviços de sangue.

Transportes (16)

36. São mantidas as regras, harmonizadas com as regras do SNS, com o objetivo de permitir um melhor controlo.

A Tabela não altera os preços praticados, salvo o do oxigénio, que é harmonizado com o do SNS.

São eliminados os códigos que discriminavam os atos pela patologia do doente, analogamente ao que acontece em toda a Tabela do Regime Convencionado.

A Tabela dos Transportes só atingirá os seus objetivos com a devida articulação com o Regime Livre e com o fim da discriminação do SNS relativa aos Beneficiários da ADSE.

O CGS considera fundamental que haja um esforço de celebração de um número significativo de Convenções com as entidades do setor, nomeadamente com as da área social.

Cuidados Respiratórios Domiciliários (17)

37. Sem alterações face à Tabela em vigor.

Diversos (18)

38. A Tabela 18 incluía apenas um Código, relativo à Bateria de Testes Psicológicos, que deverá manter a percentagem de copagamento.

Regista-se agora a introdução na Tabela de Regime Convencionado das consultas de Psicologia Clínica, com o limite de 12 por ano.

O CGS considera que devem ser introduzidas as Consultas de Psicoterapia de Grupo, únicas consultas de psicologia já previstas no Regime Livre.

V. VANTAGENS E INCONVENIENTES DESTA REVISÃO PARA OS BENEFICIÁRIOS

39. Esta proposta de revisão revê globalmente uma Tabela do Regime Convencionado publicada há mais de trinta anos.

Com a revisão visa-se, nomeadamente:

- Rever atos e preços de modo a que haja muito maior acesso ao Regime Convencionado, evitando o recurso ao Regime Livre, muito mais dispendioso para os Beneficiários;
- Permitir o acesso a novos cuidados de saúde que não faziam parte da Tabela;
- Permitir um maior controlo dos custos, melhorando assim a sustentabilidade financeira;
- Assegurar a estabilidade do corpo clínico da convenção de forma a dificultar a dissociação de médicos cujos serviços, quando isso acontece, passam a ser faturados pelo Regime Livre determinando custos acrescidos para os Beneficiários.

40. Os impactos para a ADSE desta revisão da Tabela do Regime Convencionado resultam de um melhor ajustamento à realidade atual, de uma melhor resposta aos Beneficiários e da introdução de mecanismos que permitem maior controlo e previsibilidade na despesa.

Os impactos financeiros para a ADSE são reduzidos, porque os aumentos de custos em várias áreas são contrabalançados por reduções significativas noutras, sendo estas reduções principalmente devidas à fixação de preços máximos nas próteses e nos medicamentos oncológicos, em que o financiamento da ADSE é a 100%, não havendo assim qualquer melhoria de custo para os Beneficiários.

Espera-se que com a nova Tabela do Regime Convencionado haja um aumento significativo do recurso às Convenções, por escolha dos Beneficiários, face à maior disponibilidade de cuidados de saúde neste Regime, com conseqüente diminuição do Regime Livre, com redução de custos significativa para os Beneficiários e sem aumento de custos para a ADSE.

41. A repartição de custos entre a ADSE e os Beneficiários foi em 2019 o seguinte:

REPARTIÇÃO DAS DESPESAS TOTAIS EM 2019 (Milhares de Euros) – Dados ADSE

	ADSE		BENEFICIÁRIO		TOTAL	
	Valor (€)	%	Valor (€)	%	Valor (€)	%
REGIME CONVENCIONADO	464.953	81,1	108.101	18,9	573.054	100.0
REGIME LIVRE	139.559	46,7	158.973	53,3	298.531	100.0
TOTAL	604.511	69,4	267.074	30,6	871.585	100.0

Os Beneficiários suportam um custo com a saúde de 267.074 Euros, valor que é menor que o realmente suportado, por haver despesas em Regime Livre que não são reembolsadas pela ADSE e que por isso não constam das suas contas. Haverá ainda a acrescentar a esta despesa com a saúde o pagamento à ADSE de 3.5% do salário ou pensão.

Apesar dos Beneficiários recorrerem muito mais ao Regime Convencionado que ao Regime Livre, os custos de saúde que suportam (copagamentos no Regime Convencionado e despesa não reembolsada no Regime Livre) são muito maiores em Regime Livre que em Convencionado:

- Regime Convencionado 108.101 Euros
- Regime Livre 158.973 Euros

Isto resulta de em Regime Convencionado o Beneficiário suportar menos que um quinto dos custos (18.9%), enquanto que em Regime Livre suporta mais de metade (53.3%).

Por isso é muito importante que todos tenham cada vez mais acesso ao Regime Convencionado, em todas as valências e especialidades e em todo o País.

42. O acesso ao Regime Convencionado é particularmente difícil em certas áreas, conforme se verifica nas despesas por valência.

DESPESAS POR VALÊNCIA (Milhares de Euros) EM 2019 – Dados ADSE

	ADSE		BENEFICIÁRIO		TOTAL	
	RC	RL	RC	RL	RC	RL
CONSULTAS	47.790	1.892	17.912	20.605	65.702	32.497
MEDICINA DENTÁRIA	9.291	31.908	2.342	39.984	11.633	71.893
MEDICINA	29.157	4.647	7.391	2.542	36.549	7.190
CIRURGIA	6.543	2.957	1.794	1.340	8.337	4.297

43. Com a presente revisão na Tabela do Regime Convencionado, os Beneficiários têm um aumento direto de custos, sobretudo nas consultas e na medicina dentária, resultante do aumento significativo dos preços propostos, apesar do Conselho Diretivo referir que não há aumentos percentuais no copagamento dos Beneficiários em nenhuma área desta proposta de Tabela.

Nas restantes áreas há aumentos e diminuições menos significativas, tendo a diminuição nos custos com os internamentos sido superior à totalidade do aumento dos custos para os Beneficiários, excluídas as consultas e a medicina dentária.

44. Na proposta do Conselho Diretivo os preços das consultas pagos ao Prestador de Saúde aumentam em média 35%, suportando o Beneficiário um aumento médio de 25%. É um aumento muito significativo e difícil para muitos Beneficiários.

Em 2019 o número total de consultas médicas em Regime Convencionado foi de 2.880, com um custo total para os Beneficiários de 17.912 Euros, e o número de consultas em Regime Livre foi de 572 Mil, com um custo total para os Beneficiários de 20.605 Euros.

45. Na medicina dentária os Beneficiários têm um fraco acesso ao Regime Convencionado.

Os custos suportados pela ADSE em Regime Convencionado (9.291 Euros) são muito inferiores aos do Regime Livre (31.908 Euros).

O Beneficiário suporta em medicina dentária mais custos que a própria ADSE!

Para alterar profundamente esta situação são propostas grandes alterações no Regime convencionado na medicina dentária, incluindo um aumento médio muito elevado nos preços pagos aos Prestadores de Saúde, conduzindo a um aumento global de custos de 66.5%.

Os Beneficiários têm também um aumento grande nos custos que suporta em Regime Convencionado - 18% -, apesar dos copagamentos nos diferentes atos passarem de 33.3% para 25%.

46. Podemos concluir que o impacto financeiro para os Beneficiários é significativo e que estão criadas as condições para um maior acesso ao Regime Convencionado por via sobretudo dos novos preços e uma maior disponibilidade dos Prestadores Convencionados.

Se houver um aumento de procura pelos Beneficiários do Regime Convencionado em 2%, com a correspondente redução do Regime Livre, o custo global suportado pelos Beneficiários com a saúde diminuí na ordem dos 3 Milhões de Euros.

47. Aumenta o número de autorizações prévias da ADSE que passam a 113 nas Tabelas de Medicina e Cirurgia, os 74 Códigos de Autorização Prévias de Cirurgia previstos na Proposta de 2020 (Tabela 23) são agora aqui integrados.

Ocorrem também autorizações prévias nos Internamentos, em Medicina Física e Reabilitação e em Oncologia.

É invocado que tal vai permitir um maior acesso aos Beneficiários a melhores cuidados de saúde e aos processos inovadores, com simultâneo controlo dos preços praticados.

O CGS regista o compromisso do Conselho Diretivo de uma resposta rápida aos pedidos de autorização prévia, em geral num prazo não superior a sete dias úteis.

48. O CGS regista positivamente o facto de serem fixados prazos de revisão das Tabelas, com fixação de uma metodologia para o efeito.

Tal permitirá uma melhor capacidade de resposta futura, respondendo a necessidades que venham a surgir, corrigindo desvios, atualizando preços e evitando dificuldades como as que ocorreram na resposta à atual pandemia.

O CGS exige que, em articulação com esta revisão, haja um melhor acompanhamento dos Prestadores de Saúde Convencionados, não permitindo práticas de discriminação dos Beneficiários da ADSE e práticas abusivas, nomeadamente em termos de preços praticados ou qualidades dos serviços.

49. O CGS vem exigindo que não ocorram práticas discriminatórias dos Beneficiários por parte do SNS.

É urgente a retirada do número de Beneficiário da ADSE do Registo Nacional de Utente, em igualdade com o que ocorre com os Subsistemas de Saúde Privados e com os Seguros de Saúde.

VI. CONCLUSÕES

50. O CGS saúda a apresentação pelo Conselho Diretivo de uma proposta global de revisão da Tabela do Regime Convencionado, elaborado com uma participação alargada de Técnicos e Consultores Médicos da ADSE e com audição dos Prestadores de Saúde.

51. O CGS regista os objetivos de melhoria da sustentabilidade da ADSE, de acesso dos Beneficiários a cuidados de saúde de qualidade e com custos controlados e de uma melhor resposta em termos de Rede Convencionada.

52. Os Representantes dos Beneficiários defendem que neste período de pandemia, o valor pago pelos Beneficiários nos diferentes atos, se deve manter.

53. O Conselho Diretivo assumiu o compromisso de revisão da Tabela, de modo a garantir uma adaptação mais permanente às evoluções que ocorrem nos cuidados de saúde e às necessidades da ADSE e dos seus Beneficiários.
54. O CGS regista positivamente a atenção dada pelo Conselho Diretivo às posições do CGS e o compromisso deste de envolver este Órgão no acompanhamento da aplicação da Tabela e nas suas revisões futuras.
55. O CGS considera que esta revisão só atingirá os seus objetivos se for acompanhada de um Alargamento das Convenções existentes e de um aumento significativo do número de Convenções, com especial atenção às Convenções e às Regiões em que não existem Prestadores Convencionados.
56. O CGS reitera que considera fundamental a ADSE promover uma campanha de informação dos Beneficiários sobre a nova Tabela, de modo a que os mesmos conheçam melhor o seu conteúdo e a Rede de Prestadores Convencionados a que podem recorrer.

Lisboa, 1 de abril de 2021

Aprovado em votação final global com 9 votos a favor e 5 votos contra.

O Ponto 20 foi aprovado com um voto contra.