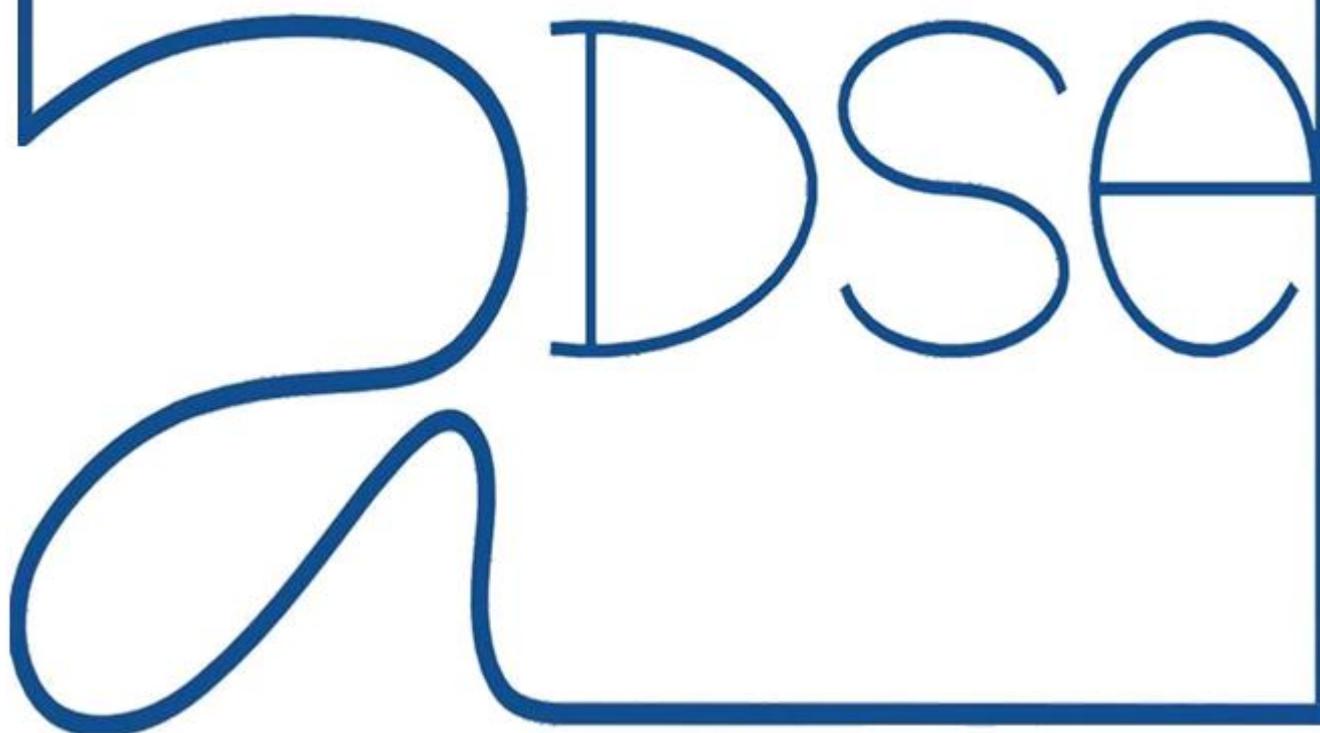


MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

PLANO
DE
ATIVIDADES
DE
2014





PLANO
DE
ATIVIDADES
DE
2014



ÍNDICE

Preâmbulo	7
Metodologia	12
Missão	14
Objetivos estratégicos	27
ADSE – Sistema de Financiamento	32
Beneficiários	36
Entidades empregadoras	41
Prestação convencionada	44
Regime livre	46
ADSE – Verificação da doença	48
ADSE – Entidade gestora	51
Organização e logística	53
Gestão de Recursos Humanos	55
Investimento	57
Financiamento da ADSE	59
Acrónimos	64
Anexos	67

ÍNDICE DAS ILUSTRAÇÕES, QUADROS E GRÁFICOS

<i>Ilustração 1 - Logotipos da ADSE</i>	21
<i>Ilustração 2 - Relações institucionais da Direção-Geral</i>	26
<i>Ilustração 3 – Acesso a cuidados de saúde vs regime de benefícios</i>	34
<i>Ilustração 4 – Evolução da natureza da inscrição do beneficiário titular</i>	37
<i>Ilustração 5 – Tipo de inscrições do beneficiário titular no âmbito da proteção social</i>	37
<i>Ilustração 6 – Organograma da Direção-Geral</i>	52
<i>Ilustração 7 – Base de cálculo da taxa de desconto e da Contribuição da EE</i>	61
<i>Quadro 1 - Evolução dos custos (Unid.: 10⁶ €)</i>	35
<i>Quadro 2 – Número de renúncias</i>	39
<i>Quadro 3 - Evolução do número de beneficiários</i>	39
<i>Quadro 4 - Distribuição das Entidades empregadoras por setores</i>	41
<i>Quadro 5 - Verificações domiciliárias e juntas médicas</i>	49
<i>Quadro 6 – Número de trabalhadores em Dez./2013</i>	55
<i>Quadro 7 – Pedidos de aposentação (31-12-2013)</i>	55
<i>Quadro 8 – Investimento previsto na DSI - 2014</i>	57
<i>Quadro 9- Cobrança de receitas próprias (Unid.: 10⁶ €)</i>	62
<i>Gráfico 1 – Distribuição beneficiários</i>	38
<i>Gráfico 2 – Evolução da capitação (Unid.: €)</i>	42
<i>Gráfico 3 – Evolução e distribuição da despesa com a rede da ADSE</i>	44
<i>Gráfico 4 – Evolução e distribuição da despesa com reembolsos</i>	47
<i>Gráfico 5 - Número de acessos a www.adse.pt</i>	53
<i>Gráfico 6 - Evolução do número de trabalhadores</i>	56

PREÂMBULO

Em 2013, a ADSE celebrou os seus cinquenta anos de existência. Desde 1963, a ADSE foi evoluindo sempre com a preocupação de responder às solicitações da conjuntura vigente, como bem se retrata na retrospectiva apresentada neste plano.

A ADSE que hoje conhecemos assume características muito distintas das anotadas na sua origem. Curiosamente, a sua criação era, então, justificada com o “*colmatar a situação desfavorável em que se encontravam os funcionários públicos em relação aos trabalhadores das empresas privadas*”.

A Assistência na Doença dos Servidores do Estado assumia-se então como um *fringe benefit* e, no passado recente, tem sido agenda na negociação com os sindicatos.

Presentemente, à ADSE exige-se que salvguarde a autossustentabilidade financeira que deve procurar um esforço do beneficiário equilibrado e justo.

A autossustentabilidade financeira não pode ser um mero exercício de volume de financiamento a suportar pelo beneficiário.

Neste documento, é demonstrado que a autossustentabilidade também requer, entre outras intervenções, uma ponderação sobre:

- a despesa porque há que corrigir os efeitos do passado em que a ADSE foi assumida como um centro analítico para agregar todas as despesas com saúde dos beneficiários, incluindo as geradas na prestação pública;
- os créditos a favor da ADSE;
- a tramitação das verbas de retenção do desconto e, ainda, da contribuição da Entidade empregadora.

Relativamente à despesa, a transferência da faturação das farmácias para a responsabilidade financeira do Ministério da Saúde, em 2013, que não produziu qualquer alteração nos direitos dos beneficiários, é o melhor exemplo da necessidade de determinar rigorosamente as responsabilidades financeiras que justificam o financiamento com

receitas próprias geradas pelas retenções nas remunerações e pensões dos beneficiários titulares.

As receitas próprias da ADSE em 2012 foram indexadas a apenas 12 meses de remuneração. Mas em 2013 retomaram-se os catorze meses de remuneração e com a aplicação de uma taxa de desconto de 1,5% e de uma contribuição da Entidade empregadora de 2,5%, até julho, e, nos demais meses, de 2,25% e 1,25%, respetivamente, foi possível:

- satisfazer todos os compromissos financeiros, incluindo uma parte da faturação dos prestadores convencionados cujo prazo de pagamento só venceria em 2014, para além de garantir um prazo de reembolso ao beneficiário inferior a 30 dias;
- e até “reservar” receitas para financiar os primeiros meses de 2014.

Observa-se com positivismo a fase muito recente em que o financiamento da ADSE depende exclusivamente de receitas próprias, sem inscrever qualquer valor nas transferências do Orçamento do Estado, apesar de manter o regime de mera autonomia administrativa.

A decisão do Governo de antecipar a autossustentabilidade financeira da ADSE, com o aumento da taxa de desconto, exigiu a reavaliação do planeamento da atividade da ADSE o que justifica a ultimação do presente plano, já neste início do ano.

Mantendo-se o atual enquadramento remuneratório dos trabalhadores em funções públicas, incluindo o valor das pensões, e não havendo alterações extraordinárias nas inscrições de beneficiários, há condições de assumir que a ADSE será autossustentável financeiramente em 2014 e, ainda, beneficiará de um *superavit* para financiar o ano de 2015.

Importa alertar que a intervenção da ADSE não pode ser assumida tão-somente ao nível institucional, da organização da Direção-Geral. Haverá que ponderar os efeitos setoriais consequentes a um mercado de cuidados de saúde onde interage uma população de 1,2 milhões de beneficiários e de prestadores, convencionados ou no regime livre.

A ADSE é um benefício para o trabalhador mas que exige o seu contributo financeiro pelas verbas que lhe são retidos e, ainda, no cofinanciamento no preço do ato e na despesa não reembolsada.

O financiamento do beneficiário é função da sua capacidade remuneratória constituindo uma das vantagens mais relevantes da ADSE que associada ao elevado número de beneficiários constitui um importante alicerce do sistema.

A ADSE justifica-se também porque o Estado, enquanto Entidade empregadora, pode aproveitar sinergias, sendo fundamental que se preserve a dimensão do universo de beneficiários, donde a importância de prestar boa informação e de ponderar limites para o esforço financeiro individual.

A ADSE tem uma intervenção no domínio estrito do financiamento, não tem qualquer compromisso na organização da prestação, nem contratualiza qualquer volume de prestação. De facto, o sucesso ou insucesso de um prestador convencionado depende muito da sua própria ação e da sua aceitação por parte do próprio beneficiário.

A prestação da rede da ADSE é hoje mais diversificada e abrangente em resultado das alterações do setor privado da saúde. Para perceber a dimensão destas alterações será de referir que em:

- 2003, pagou-se à prestação convencionada 156,4 Milhões de euros e só duas entidades registavam faturação anual superior a 5 milhões de euros;
- 2013, registou-se uma faturação de 288 Milhões de euros e há 10 prestadores a faturar aqueles volumes de faturação, para além de já registarem atividade na radioterapia.

Os prestadores da rede da ADSE prestam serviços pelos quais recebem as contrapartidas financeiras, mas sem garantias de volume de prestação ou de qualquer tipo de subsídio.

Face à evolução dos prestadores convencionados nos últimos dez anos, será de questionar se, no médio prazo, os beneficiários da ADSE poderão satisfazer integralmente as suas necessidades de cuidados de saúde no acesso ao setor privado. Neste cenário como

justificar a autossustentabilidade financeira da ADSE? Haverá que rever o sistema tributário, na forma como os beneficiários passarão a contribuir fiscalmente?

E o ESTADO tem vantagens na ADSE? Claro que sim porque aligeira a pressão no financiamento através das receitas fiscais, pode proporcionar até para os demais cidadãos menor tributação, sem menosprezar o impacto nos indicadores macroeconómicos.

Ponderar o futuro da ADSE exige conhecer melhor a sua realidade atual mas também obriga a ponderar o futuro do setor da saúde em Portugal.

Já a ADSE, entendida como um mero interface com os prestadores e beneficiários, a Direção-Geral está presentemente equipada com a tecnologia necessária para desenvolver o suporte indispensável. As principais preocupações residem na dificuldade em substituir os trabalhadores a sair para a aposentação, a tipificação e o enquadramento orçamental da Direção-Geral, bem como a fragmentação da legislação aplicável.

O Diretor-Geral

Luis Manuel dos Santos Pires

METODOLOGIA

O plano de atividades foi desenvolvido com a metodologia do “*balanced scorecard*”, *prosseguida nos passados anos, para além de* continuar a enquadrar a avaliação de desempenho dos colaboradores e a propor o Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR).

O plano foi estruturado em função das principais atividades da Direção-Geral:

- a administração de benefícios, considerando os principais agentes do universo da ADSE: os beneficiários, as Entidades empregadoras e os prestadores de cuidados de saúde;
- a verificação da doença;
- a administração interna da Direção-Geral que suporta a gestão das demais atividades.

Excecionalmente, entendeu-se considerar valores previsionais já reavaliados a partir da experiência com a atividade realizada em janeiro de 2014, considerando apenas a taxa de “desconto” de 2,5%.

MISSÃO

A Direção-Geral regista já uma significativa longevidade na gestão de um regime de benefícios para os trabalhadores que exercem funções públicas, assumindo ainda responsabilidades na verificação da doença destes trabalhadores.

Para melhor compreender a sua missão atual importa relembrar os factos determinantes na história da ADSE:

1963 Foi criada a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado, identificada pela abreviatura: ADSE (Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963). Nas suas origens, teve como escopo “*colmatar a situação desfavorável em que se encontravam os funcionários públicos em relação aos trabalhadores das empresas privadas*”.

Até então, a *assistência aos servidores civis do Estado* era assegurada apenas em casos de tuberculose e de acidentes ocorridos em serviço.

O diploma estabeleceu um esquema de proteção na doença que abrangia as modalidades de assistência (médica e cirúrgica), enfermagem e medicamentos.

Com o objetivo de abranger a totalidade dos *servidores*, implantou-se gradualmente por todo o País, prevendo, ainda, a aplicação aos familiares.

O esquema traçado era complementado pela ação social que corrigia as situações problemáticas, suscitadas pela doença.

1964 O Decreto-Lei n.º 45688, de 27 de abril de 1964, regulamentou o diploma que criara a ADSE, legitimou os direitos e deveres dos beneficiários, estabeleceu o modo de prestação da assistência, a inscrição dos médicos convencionados, bem como definiu a competência e constituição da administração.

No início, a proteção na doença abrangia apenas os funcionários e agentes no ativo dos Serviços da Administração Central, tendo gradualmente sido admitidos como beneficiários, os trabalhadores da Administração Local, os dependentes e os aposentados.

O alargamento do âmbito de aplicação pessoal verificou-se até ao ano de 1972, abrangendo sucessivamente: *trabalhadores dos organismos autónomos, pessoal dos corpos administrativos* (Autarquias Locais), *aposentados, cônjuges e filhos*.

1979 Foi criado o desconto de 0,5% a aplicar nos vencimentos dos funcionários e agentes da administração pública central, regional e local, ficando isentos os funcionários e agentes aposentados (Lei n.º 21-A/79 de 25 de junho e Decreto-Lei n.º 201-A/79, de 30 de junho).

O desconto foi aplicado a partir de 1 de janeiro de 1980 e, mais tarde, foi institucionalizado o desconto para a ADSE (Decreto Lei n.º 183-L/80, de 9 de junho).

Foi instituído o desconto obrigatório para a ADSE (Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 18 de outubro).

Foi criado o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, resultante das políticas sociais emergentes, do aperfeiçoamento que se foi instituindo, do sucessivo processo evolutivo, com origens em 1971 e aprofundado até 1974, data a partir da qual a política da saúde regista radicais e progressivas modificações, até ao direito reconhecido na Constituição da República que “*todos têm direito à saúde*” (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro).

Entretanto, o Estado, enquanto entidade patronal, manteve um regime de benefícios para os funcionários públicos, segregando esta atividade da que lhe competia no domínio da organização do Sistema Nacional de Saúde.

1980 Aprovou-se a transformação da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado na atual Direção-Geral, à qual, foi conferido o estatuto de organismo central de Proteção Social na Administração Pública, dando-lhe o estatuto de coordenador de todos os benefícios oferecidos à data, na área dos cuidados de saúde e encargos de família, embora mantendo a sigla “ADSE” (Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 outubro).

Segundo esta perspetiva, a ADSE tinha por missão “*assegurar a Proteção aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, cura e*

reabilitação e proceder à verificação do direito aos encargos de família e seu registo, bem como intervir a favor do beneficiário no caso de eventos de carácter geral e típico que tenham como consequência uma alteração desfavorável do equilíbrio entre as suas necessidades e os meios de que dispõe para as satisfazer”.

1981 Foi fixado em 1% o desconto obrigatório nos vencimentos dos funcionários e agentes dos Serviços do Estado, beneficiários da ADSE (Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio).

1983 Foi reajustada a estrutura orgânica e competências da Direção-Geral (Decreto-Lei n.º 115/83, de 24 de fevereiro) e publicado o Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro que define o funcionamento e esquema de benefícios da ADSE.

1985 O âmbito pessoal adquire nova caracterização quando o Decreto-Lei n.º 327/85, de 8 de agosto, viabiliza a inscrição dos docentes do ensino superior, privado e cooperativo, desde que inscritos na Caixa Geral de Aposentações, e após celebração de acordo com a ADSE.

1986 Foram fixados pelo Ministério da Saúde, os critérios de faturação aos subsistemas de saúde, pelos cuidados prestados aos utentes beneficiários dos mesmos (Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março).

1987 Foram aprovadas as tabelas de preços a aplicar pelo Serviço Nacional de Saúde, aos subsistemas cujos beneficiários a ele recorreram (Portaria n.º 918/87, de 2 de dezembro).

1988 Foi viabilizada a inscrição dos docentes do ensino não superior na ADSE, desde que inscritos na CGA e celebrado acordo (Decreto-Lei n.º 321/88, de 22 de setembro).

Alarga-se a atividade à verificação da doença dos funcionários e agentes da Administração Pública, no quadro das competências atribuídas pelo Decreto-Lei n.º 497/88, de 30 de dezembro e do Decreto Regulamentar n.º 41/90, de 29 de novembro.

A legislação referida instituiu mecanismos de controlo da doença, que se concretizam na verificação domiciliária e na intervenção de uma junta médica, após o funcionário

atingir o limite de 60 dias consecutivos de ausência ao serviço, por doença natural, ou de 90 dias por acidente de trabalho.

1993 Os *subsistemas de saúde* são corresponsabilizados pelo Serviço Nacional de Saúde (novo estatuto SNS), criado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, pelos encargos resultantes da sua prestação de cuidados dos seus beneficiários (artigos 23.º e 31.º).

São fixados os preços a aplicar pelo SNS a todos os subsistemas de saúde (Portaria n.º 720/93, de 6 de agosto).

1999 Procedeu-se à reestruturação orgânica da ADSE (Decreto-Lei n.º 279/99, de 26 de julho).

Publicada a primeira Lei Orgânica da Direção-Geral, cerca de 20 anos antes, tornara-se imperioso racionalizar o modelo de funcionamento, a estrutura orgânica e o quadro de pessoal da Instituição, face a novas competências atribuídas, ao desenvolvimento dos benefícios concedidos e ao crescimento do universo de beneficiários.

Foi aprovado o novo regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais (Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro).

2001 Foi atribuída à Direção-Geral a responsabilidade pelo pagamento do subsídio de acompanhante e o do complemento por dependência aos subscritores da Caixa Geral de Aposentações que sofram de doença do foro oncológico ou paramiloidose familiar (Decreto-Lei n.º 173/2001, de 31 de maio). Esta responsabilidade é transferida para a CGA a partir de 1 de janeiro de 2010, em conformidade com a Lei n.º 90/2009, de 31 de agosto, que aprovou o regime especial de proteção na invalidez.

2005 A orgânica do Ministério das Finanças e da Administração Pública, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 47/2005, de 24 de fevereiro, estabelecia que a ADSE assegurava a proteção dos seus Beneficiários no domínio da saúde.

São introduzidas alterações ao Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro, destacando-se:

- A concessão aos beneficiários titulares da ADSE, o direito de opção pela inscrição em outro sistema de assistência, desde que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com beneficiário titular de outro subsistema de saúde;
- A equiparação da ADSE a entidade administradora das receitas provenientes do desconto obrigatório, previsto no Decreto-Lei n.º 125/81, de 23 de maio;
- O **carácter facultativo da inscrição e a possibilidade de renúncia**, com carácter definitivo, a essa inscrição, para trabalhadores que iniciaram funções a partir de 1 de janeiro de 2006 (artigo 12º do Decreto-Lei n.º 118/83).

Nos termos do art.º 2º, da Lei n.º 60/2005, de 29 de dezembro, a partir de 1 de janeiro de 2006, a Caixa Geral de Aposentações deixou de proceder à inscrição de subscritores. O pessoal que iniciou funções a partir de 1 de janeiro de 2006 e ao qual, nos termos da legislação vigente, seja aplicável o regime de proteção social da função pública em matéria de aposentação, em razão da natureza da instituição a que esteja vinculado, do tipo de relação jurídica de emprego de que seja titular ou de norma especial que lhe confira esse direito, é obrigatoriamente inscrito no regime geral da segurança social.

2006 É atualizado o valor das prestações de saúde a cobrar aos *subsistemas de saúde* pelas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) quando os seus beneficiários a eles recorram (Portaria n.º 567/2006, de 12 de junho).

Fixou o desconto em 1,5% calculado sobre o valor da remuneração base dos beneficiários titulares no ativo e em 1% sobre o valor das pensões de aposentação e reforma dos beneficiários em tais situações. Para os beneficiários aposentados aquela percentagem foi objeto de um incremento anual de 0,1% até atingir a percentagem fixada para os beneficiários titulares no ativo.

A Portaria n.º 701/2006, de 13 de julho, regulamenta o procedimento de inscrição na ADSE, como beneficiários familiares, das pessoas que vivam em união de facto com o beneficiário titular e a fixação do prazo para os funcionários e agentes que sejam membros de união de facto de beneficiários titulares de outro subsistema de saúde,

exercerem o direito de opção pela inscrição nesse subsistema, como beneficiários extraordinários.

A partir de 1 de janeiro de 2007, as importâncias descontadas passaram a constituir receita própria da ADSE (art.º 48.º da Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro).

2007 No âmbito da reorganização da Administração Central, a Direção-Geral foi sujeita a um processo de reestruturação (Decreto Regulamentar n.º 23/2007, de 29 de março), de forma a corresponder à responsabilidade acrescida que lhe era atribuída na gestão dos benefícios e da rede de prestadores, na sequência da conformação dos subsistemas e na administração das receitas decorrentes dos descontos obrigatórios.

Foi publicada a Portaria n.º 351/2007, de 20 de março, que fixava a estrutura nuclear dos serviços e as competências das respetivas unidades orgânicas da Direção-Geral e são criadas as unidades orgânicas flexíveis por Despacho do Diretor-Geral n.º 8963/2007, de 30 de abril (DR, II Série, n.º 95, de 17 de maio).

O Decreto-Lei n.º 181/2007, de 9 de maio, revogou o regime de justificação das faltas por doença e respetivos meios de prova aplicável aos funcionários e agentes da administração pública central, regional e local (artigos 30.º e 31.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de março), instituiu comprovação da doença através de um certificado de incapacidade temporária para o trabalho, pretendendo com esta medida aproximar o regime estatutário da função pública ao regime geral de proteção social, na eventualidade da doença.

A Portaria n.º 666-A/2007, de 1 de junho, aprovou o modelo de declaração comprovativa da doença a que se refere o n.º 2 do artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de março, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 181/2007, de 9 de maio.

Com o Decreto-Lei n.º 377/2007, de 9 de novembro, redefiniu-se a composição e competências das Juntas Médicas.

2008 No quadro da reestruturação da Administração Pública, a ADSE adota um novo logótipo (Portaria n.º 271/2008, de 29 de janeiro) com o qual se pretendeu demarcar

outra atitude institucional, procurando aproveitar a significativa experiência da Direção-Geral e apostar nas novas tecnologias, melhorando a performance da sua organização.

Esta outra atitude reflete-se no relacionamento com beneficiários, prestadores e Entidades empregadoras.

O novo logótipo teve, desde logo, como opção central a não inclusão de formas ou letras rígidas, demonstrando a sensibilidade e a aproximação aos agentes que interagem com a Direção-Geral.

Pretendeu-se também traduzir uma referência à ligação “Passado - Presente - Futuro”. Esta referência subtil assume-se ao manter a sigla associada à antiga Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado, com a união de todas as letras daquela sigla, num gesto contínuo de escrita.



(1988-2007)



(2008-...)

Ilustração 1 - Logotipos da ADSE

Foi aprovado o Regulamento de Funcionamento do Conselho Coordenador da Avaliação (Despacho do Diretor-Geral n.º 15449/2008, de 24 de maio), nos termos do disposto no n.º 6 do artigo 58.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro.

A Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, aprovou o regime do contrato de trabalho em funções públicas.

A Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro (Orçamento do Estado para 2009), **concedeu o alargamento do âmbito de aplicação do esquema de benefícios da ADSE à generalidade dos trabalhadores** que exerçam funções públicas, independentemente da modalidade de constituição da sua relação jurídica de emprego público.

Concedeu, ainda, a inscrição e manutenção de inscrição de descendentes maiores estudantes como beneficiários familiares, de modo a ajustar-se à nova organização do ensino superior.

2009 A Lei n.º 4/2009, de 29 de janeiro, definiu a proteção social dos trabalhadores que exercem funções públicas. Por esta Lei, **todos os trabalhadores titulares de uma relação jurídica de emprego público, independentemente da modalidade de vinculação e de constituição da relação jurídica de emprego público, foram integrados no regime geral da segurança social.**

A Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, aprova a atualização das tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde e que devam ser cobradas aos subsistemas de saúde cujos beneficiários a eles recorram (ADSE e Sistemas de Assistência na Doença).

2010 É subscrito um memorando de entendimento pelos Ministros das Finanças e da Administração Pública, da Saúde, da Defesa Nacional e da Administração Interna, com o objetivo de eliminar as relações financeiras entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE), o Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA), os Serviços de Assistência na Doença (SAD) da Guarda Nacional Republicana (GNR) e da Polícia de Segurança Pública (PSP). O Orçamento do Estado passa a financiar diretamente as Entidades que constituem o SNS.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada no desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (vd. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de junho), sendo as unidades que a integram contratualizadas pelo SNS, bem como o encaminhamento e gestão dos respetivos utentes, competindo exclusivamente à ADSE o processamento e pagamento da faturação relativa aos seus beneficiários, na qualidade de “terceiro responsável”.

Decorrente do novo regime de financiamento direto do SNS, a qualidade de “terceiro responsável”, anteriormente assumida pela ADSE relativamente aos seus

beneficiários, atendidos nos estabelecimentos do SNS ou por este contratualizados, sofreu alteração significativa refletida na Lei do Orçamento de Estado para 2010 (vd. Lei nº3-B/2010, de 28 de abril).

Neste quadro, a partir de 01 de setembro de 2010 e em cumprimento das orientações do Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, qualquer faturação de cuidados continuados prestados a beneficiários da ADSE em qualquer estabelecimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ou do SNS, a qualquer título, foi financeiramente assumida pelo Ministério da Saúde, nos mesmos termos da faturação de cuidados prestados aos demais beneficiários do Serviço Nacional de Saúde. Excecionalmente, a faturação recebida até àquela data foi financeiramente suportada pela Direção-Geral.

Com a alteração introduzida ao Decreto-Lei 118/83, pela Lei do OE/2010 (Lei nº3-B/2010, de 28 de abril) **todos os beneficiários titulares da ADSE, incluindo os inscritos anteriormente a 1 de janeiro de 2006, passaram a poder renunciar à sua inscrição, sendo esta definitiva.**

Com a Lei do Orçamento de Estado para 2011 (Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro) foi alterado o Decreto-Lei n.º 118/83, instituindo uma contribuição para a ADSE de 2,5%, a suportar pelas Entidades empregadoras da Administração Central, com a natureza de Serviços integrados ou autónomos.

2011 A nova orgânica do Ministério das Finanças definida no Decreto-Lei n.º 117/2011, de 15 de dezembro, rebatiza a entidade gestora de “Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas”, mantendo a sigla ADSE.

A partir de 1 de janeiro de 2011, as entidades responsáveis pelo processamento de remunerações e pensões passam a entregar as verbas retidas aos beneficiários titulares, diretamente à ADSE, através de documento único de cobrança (DUC). Os novos procedimentos foram determinados pelo despacho n.º. 1452/2011, do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, de 06 de janeiro.

Em 17 de maio de 2011, o Estado Português subscreve, com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, que visa a concessão de assistência financeira da União Europeia a Portugal.

Este Memorando vem determinar, ao nível da área da Política Orçamental, a redução do *custo orçamental global com sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas (ADSE, ADM e SAD) diminuindo a participação da Entidade empregadora e ajustando o âmbito dos benefícios de saúde, com poupanças de 100 milhões de euros em 2012. Estabelece também nas Medidas Orçamentais Estruturais, para o domínio da Saúde, que com o objetivo de alcançar um modelo sustentável nos sistemas de cuidados de saúde para trabalhadores em funções públicas, o custo global orçamental dos sistemas atuais – ADSE, ADM (Forças Armadas) e SAD (Forças Policiais) – será reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em todos os níveis das Administrações Públicas. Seguir-se-ão reduções adicionais a taxas semelhantes nos anos subsequentes, com vista a que os sistemas se financiem por si próprios até 2016. Os custos orçamentais destes sistemas serão reduzidos através do decréscimo das contribuições da Entidade empregadora e pelo ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde.*

Com a Lei nº 64-B/2011, de 30 de dezembro (Orçamento do Estado para 2012), os encargos com as prestações de cuidados de saúde, realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários da ADSE, passaram a ser suportados pelo orçamento do SNS, a partir do dia 1 de janeiro de 2012 (art.º 189.º).

Pelo mesmo diploma, as pensões de aposentação e de reforma dos beneficiários titulares, ficaram sujeitas ao desconto de 1,5%, quando o seu montante seja superior ao valor correspondente à retribuição mínima mensal garantida, sendo que se da aplicação da referida percentagem resultar pensão de valor inferior esta fica isenta de desconto (art.º 47.º).

2012 Tendo em vista reorganizar a estrutura do Estado, o Decreto Regulamentar nº 44/2012, de 20 de junho, aprovou a orgânica da Direção-Geral de Proteção Social aos

Trabalhadores em Funções Públicas, definindo a sua missão e respetivas atribuições, para além de ter revogado o Decreto Regulamentar nº 23/2007, de 29 de março.

Também por efeito das alterações introduzidas pela Lei do OE/2012, as certidões emitidas pela ADSE, com prestações em dívida, independentemente da respetiva natureza, passaram a ter força de título executivo, sendo a cobrança coerciva das dívidas realizada através do processo de execução fiscal (art.º 64.º- A, do Decreto-Lei 118/83).

2013 O Decreto-Lei nº 105/2013, de 30 de julho, alterando o DL 118/83, fixou a taxa de desconto em 2,5% e reduziu a taxa para a contribuição da Entidade empregadora para 1,25%. Transitoriamente, a taxa de desconto a aplicar até Dezembro de 2013 foi de 2,25%.

Os trabalhadores que cessem, por mútuo acordo, a relação jurídica de emprego público na modalidade de nomeação definitiva ou de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, podem optar por manter a inscrição na ADSE com o correspondente dever de desconto, desde que assim o declarem no acordo de cessação do contrato, em conformidade com as alterações introduzidas no Decreto-Lei n.º 118/83, pelo Decreto-Lei n.º 161/2013, de 22 de Novembro.

2014 O Governo decide alterar a taxa de desconto para 3,5%, como forma de antecipar a autossustentabilidade financeira da ADSE, aguardando-se a publicação da norma.

Atualmente, a Direção-Geral tem como missão:

PROMOVER A SAÚDE ATRAVÉS DA PREVENÇÃO DA DOENÇA, DO TRATAMENTO E DA REABILITAÇÃO

A atividade da Direção-Geral envolve uma extraordinária dimensão, multidisciplinaridade e um relacionamento institucional muito diversificado, que se esquematiza de seguida:



Ilustração 2 - Relações institucionais da Direção-Geral

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

As medidas relativas à ADSE inscritas no Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, determinam a estratégia da Direção-Geral, muito especialmente no que se relaciona com o modelo de financiamento.

Com outra orientação mas também ao nível do modelo de financiamento, têm sido introduzidos ajustamentos em resultado das medidas recentes dirigidas para:

- a)- Redefinir a taxa de desconto;
- b)- Aplicar a taxa de desconto às pensões;
- c)- Instituir a contribuição da Entidade empregadora;
- d)- Eliminar o recurso às transferências do Orçamento de Estado;
- e)- Equiparar a Direção-Geral a administradora de receitas;
- f)- Cobrar diretamente as receitas próprias, ainda que o regime financeiro da Direção-Geral seja de autonomia administrativa;
- g)- Transferir as responsabilidades financeiras para o Ministério da Saúde dos domínios relacionados com a qualidade de utente do SNS do beneficiário da ADSE.

Com a divulgação recente da decisão do Governo de antecipar a autossustentabilidade financeira da ADSE, urge providenciar as condições indispensáveis para a sua aplicação.

A autossustentabilidade vai obrigar a estabelecer com muito rigor a esfera de responsabilidade financeira a assumir pelo financiamento com verbas do “desconto”.

Por outro lado, a par da atuação ao nível das receitas, importa também intervir ao nível das despesas, sendo de exigir a determinação das despesas a suportar pela contribuição do beneficiário. Tais despesas deverão resultar do exercício do direito de opção do beneficiário.

No passado, a ADSE foi assumida como um centro analítico onde se assumia a responsabilidade financeira com a saúde dos seus beneficiários, no setor da prestação privada e pública. Com a autossustentabilidade financeira exige-se que se assumam as responsabilidades com os cuidados de saúde que decorrem do direito de opção do

beneficiário, pelo que importa estabelecer a afetação da responsabilidade financeira relativamente a um conjunto de despesas integradas no orçamento da ADSE como são:

- a)- as responsabilidades perante os Estados Membros da União Europeia, estabelecidas a partir da regulamentação comunitária;
- b)- as atividades públicas da Direção-Geral;
- c)- a faturação das farmácias localizadas nos Açores e na Madeira,

para além de se suscitar a natureza de financiamento a assumir com certas despesas, entre outras, com transportes de doentes e internamento psiquiátrico.

As orientações estratégicas da ADSE devem ainda ser organizadas em dois vetores, um a perspetivar a organização interna da Direção Geral e outro, mais sectorial, relacionado com um universo onde interagem:

- a)- 3.649 Entidades empregadoras, incluindo entidades responsáveis pelo processamento de pensões de reforma e aposentação;
- b)- 1.619 entidades prestadoras de cuidados de saúde com acordo com a ADSE;
- c)- mais de 35 mil entidades, prestadoras de cuidados de saúde e fornecedores de bens ou serviços conexos ao setor da saúde, nacionais e estrangeiras, que geram despesas abrangidas pelo reembolso aos beneficiários;
- d)- 1,2 milhões de beneficiários.

Ao nível interno, a ADSE deverá procurar:

- a)- Um elevado nível de eficiência, recorrendo às oportunidades oferecidas pelo mercado no domínio das tecnologias de informação;
- b)- Desenvolver instrumentos de controlo ajustados à atividade financiadora de cuidados de saúde e beneficiando da informação proporcionada pela exploração da nova plataforma informática;

- c)- Garantir a renovação dos recursos humanos, dando resposta ao número de aposentações e privilegiando o perfil que mais se ajuste aos atuais desafios da ADSE.

A ADSE enquanto entidade gestora naquele universo estará orientada para os seguintes vetores estratégicos:

- a)- Potenciar o direito de opção do beneficiário, proporcionando uma rede de prestadores, ampla e diversificada;
- b)- Desenvolver as relações com os prestadores com acordo para conseguir exercer um controlo eficaz que não poderá deixar de ser eficiente para a generalidade dos agentes envolvidos;
- c)- Fomentar práticas standardizadas no setor da saúde de modo a facilitar o processamento do reembolso de despesas do beneficiário;
- d)- Inovar para minimizar o impacto dos requisitos administrativos no acesso aos cuidados de saúde;
- e)- Renovar e diversificar a rede de prestadores de cuidados de saúde com acordo com a ADSE;
- f)- Incrementar a participação das Entidades empregadoras no processo de entrega das componentes da receita própria e na remessa dos documentos que suportam os pedidos de reembolso;
- g)- Otimizar a utilização das fontes de financiamento;

No período de 2014 a 2017, a ADSE deverá:

- a)- Utilizar o cartão do cidadão para validar a prestação de cuidados na rede de prestadores convencionados com a ADSE, ou recorrer a quaisquer outras soluções que possibilitem substituir os atuais documentos de suporte à faturação;

- b)- Propor uma nova tramitação para fixar os valores máximos a reembolsar, com o objetivo de garantir uma atualização dinâmica e indexada aos preços estabelecidos nas tabelas aplicadas aos prestadores convencionados;
- c)- Negociar com as Associações que representam as entidades prestadoras e fornecedores que intervêm no regime livre de modo a conseguir um maior nível de automatização do processamento dos reembolsos;
- d)- Instituir regras de controlo com base na informação recolhida após a exploração da nova plataforma tecnológica;
- e)- Minimizar o esforço financeiro do Estado;
- f)- Propor um novo quadro legislativo que permita agregar as normas estabelecidas em diversos normativos;
- g)- Garantir a operacionalidade dos sistemas de informação;
- h)- Manter o suporte à rede de acessos das lojas do cidadão;
- i)- Criar novos serviços na ADSE DIRETA;
- j)- Aumentar a remessa de pedidos de reembolso por via das Entidades empregadoras.

ADSE – SISTEMA DE FINANCIAMENTO

A Direção-Geral assegura o financiamento de despesas relacionadas com a saúde, em conformidade com o previsto no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com a redação dada com a redação dada pelos Decretos-Lei n.ºs 90/98, de 14 de abril, 279/99, de 26 de julho, e 234/2005, de 30 de dezembro, pelas Leis n.ºs 53-D/2006, de 29 de dezembro, 64-A/2008, de 31 de dezembro, 3-B/2010, de 28 de abril, 55-A/2010, de 31 de dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro, e pelos Decretos-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho e 161/2013, de 22 de novembro.

O financiamento abrange as despesas com a saúde, designadamente com:

- cuidados de saúde e atos médicos, prestados em território nacional e no estrangeiro;
- medicamentos;
- meios complementares de diagnóstico e tratamento;
- meios de correção e/ou compensação;
- internamento, os tratamentos termais, a aposentadoria e os transportes.

Será sempre de recordar que o beneficiário da ADSE usufrui dos mesmos direitos no acesso ao SNS, exatamente nas mesmas condições que qualquer outro utente (vd. Ilustração 3).

No entanto, o acesso ao SNS é financiado maioritariamente pela receita fiscal e via Ministério da Saúde.

Desde 2010, as entidades prestadoras do Serviço Nacional de Saúde deixaram de emitir faturação pela prestação a beneficiários da ADSE, depois do memorando de entendimento subscrito pelos Ministérios da Saúde, da Defesa, da Administração Interna e das Finanças.

Os beneficiários da ADSE porque mantêm o seu estatuto de utente do SNS estão igualmente sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras, bem como ao seu regime de isenções.

Contudo, as taxas moderadoras não deverão ser confundidas pelos copagamentos fixados pela ADSE, pelo algoritmo que as determina e pelo objetivo que prosseguem.

O copagamento dos beneficiários tem uma aplicação generalizada, visa corresponsabilizar o beneficiário no exercício do seu direito de livre escolha e representa uma importante parcela no financiamento das despesas de saúde, na ordem dos 20% dos encargos com os prestadores convencionados.

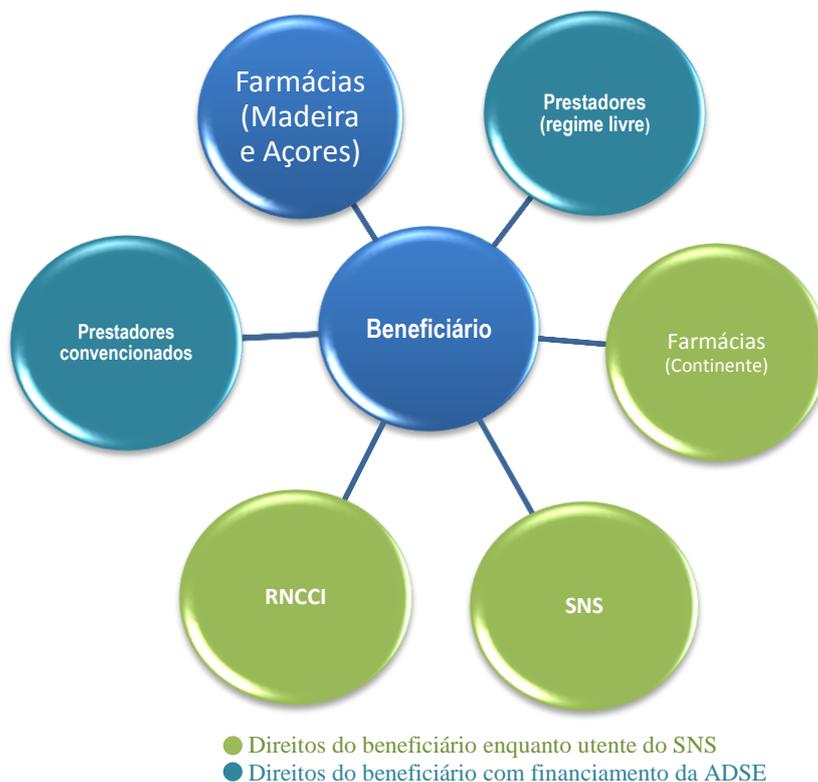


Ilustração 3 – Acesso a cuidados de saúde vs regime de benefícios

Em 2014, a atividade da ADSE continuará a ser perspectivada em três áreas diferenciadas: **o regime convencionado, o regime livre e farmácias.**

No caso particular das **farmácias**, a despesa a assumir corresponderá tão-somente à faturação das farmácias localizadas nas Regiões autónomas, da Madeira e Açores.

Desde Maio de 2013, a ADSE deixou de suportar a faturação das farmácias localizadas no Continente, tendo passado a responsabilidade da conferência e do pagamento para o Ministério da Saúde. Esta alteração foi promovida pela intervenção direta do Gabinete do Secretário de Estado do Orçamento.

Será também de relembrar que esta transferência da faturação das **farmácias não envolveu qualquer alteração nos direitos dos beneficiários que há muito usufruíam das**

comparticipações fixadas pelo Ministério da Saúde e aplicadas à generalidade dos cidadãos.

Por se tratar de uma despesa que não resulta do estatuto de beneficiário será justificável financiar com os fundos públicos.

As despesas com a faturação apenas das farmácias localizadas nas Regiões Autónomas, justificam a redução dos encargos a assumir em 2014, enquanto para os regimes livre e convencionado estão previstos níveis de atividade semelhantes aos registados em 2013:

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Medicamentos (Farmácias)	184,8	200,4	91,6	73,0	28,1	8,8
Prestadores/SNS	459,8	–	–	–	–	–
RNCCI	2,0	–	–	–	–	–
Regime convencionado	224,9	235,1	252,8	272,7	288,6	288,0
Regime livre	114,4	119,1	140,7	138,2	132,9	132,0
Total	985,9	554,6	485,1	483,9	449,6	428,8
Custos de Administração	11,10	8,8	8,0	8,0	7,9	9,2

Quadro 1 - Evolução dos custos (Unid.: 10⁶ €)

Nos próximos subcapítulos, serão de apresentar as especificidades próprias dos vários domínios que compõem o universo da ADSE: os prestadores da rede, o regime livre, os beneficiários, as Entidades empregadoras e as entidades processadoras de pensões.

BENEFICIÁRIOS

Os requisitos para a inscrição dos beneficiários estão previstos no (a):

- Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com a redação dada pelos Decretos-Lei n.ºs 90/98, de 14 de abril, 279/99, de 26 de julho, e 234/2005, de 30 de dezembro, pelas Leis n.ºs 53-D/2006, de 29 de dezembro, 64-A/2008, de 31 de dezembro, 3-B/2010, de 28 de abril, 55-A/2010, de 31 de dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro, e pelos Decretos-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho e 161/2013, de 22 de novembro,
- Portaria n.º 701/2006, de 13 de julho;
- Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro.

O universo dos beneficiários agrega dois grupos: titulares e familiares.

Consideram-se **beneficiários titulares**:

- os trabalhadores com relação jurídica de emprego público da administração central, regional e local, desde que estejam inscritos na Caixa Geral de Aposentações ou na Segurança Social, e não beneficiem, como titulares, de outro sistema de saúde integrado na Administração Pública;
- o pessoal docente do ensino particular e cooperativo, desde que para o efeito seja celebrado um acordo com a ADSE, nos termos do art.º 8.º do Decreto-Lei n.º 321/88, de 22 de setembro e do art.º 5.º do Decreto-Lei n.º 327/85, de 8 de agosto;
- aposentados que não sejam abrangidos por qualquer outro sistema de saúde integrado na Administração Pública;
- outro pessoal que a lei contemple (alíneas c) e d) do art.º 3.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro).

Até 2005, os trabalhadores com relação jurídica de emprego público da administração central, regional e local, eram inscritos obrigatoriamente na Caixa Geral de Aposentações e na ADSE. Os trabalhadores com relação jurídica de emprego público que iniciaram

funções a partir de 1 de janeiro de 2006, passaram a estar inscritos obrigatoriamente na Segurança Social e a sua inscrição na ADSE tornou-se opcional.

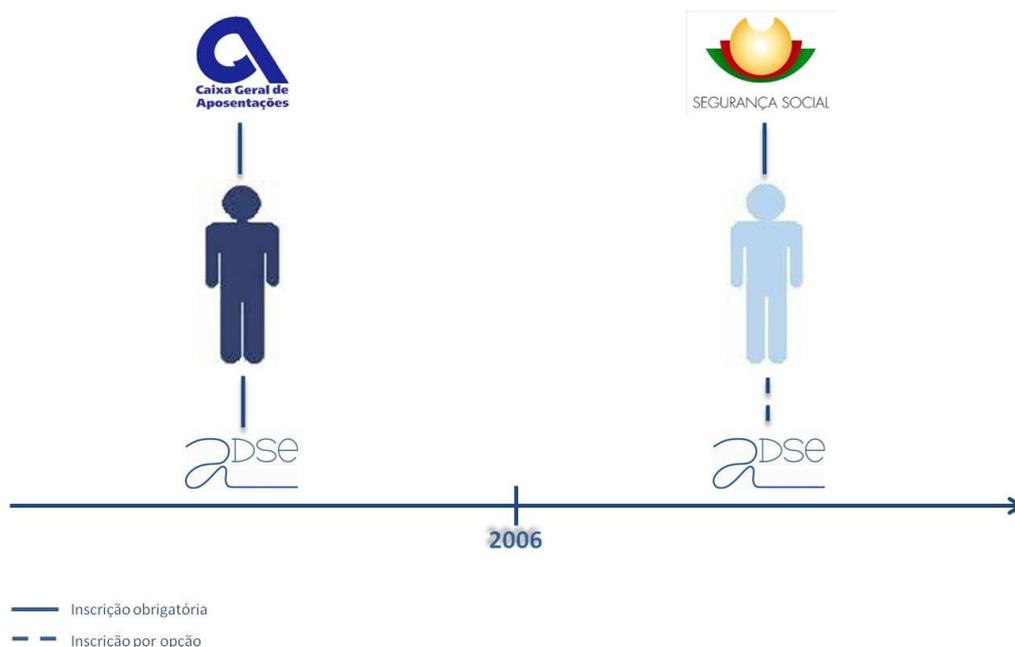


Ilustração 4 – Evolução da natureza da inscrição do beneficiário titular

A partir de 2009, com a Lei do Orçamento, a inscrição na ADSE passou a ser opcional para todos os trabalhadores com relação jurídica de emprego público (incluindo os que se encontravam inscritos antes de 01-01-2006).



Ilustração 5 – Tipo de inscrições do beneficiário titular no âmbito da proteção social

Os beneficiários titulares têm direito a inscrever como **beneficiários familiares**, o(s) seu(s):

- Cônjuge ou pessoa com quem viva em união de facto;
- Descendentes ou equiparados;
- Ascendentes ou equiparados desde que a cargo do beneficiário titular.

A inscrição dos familiares só é possível desde que provem não estar abrangidos, em resultado do exercício de atividade remunerada ou tributável, por regime de segurança social de inscrição obrigatória, enquanto se mantiver essa situação.

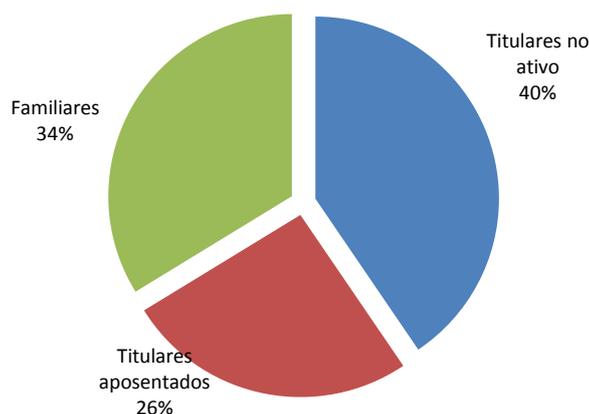


Gráfico 1 – Distribuição beneficiários

Desde 2009, em consonância com a organização do ensino superior, os descendentes maiores estudantes inscritos e/ou que venham a inscrever-se em cursos superiores até aos 26 anos de idade também estão abrangidos pela ADSE até à conclusão do mestrado ou do doutoramento (artigo 17.º da Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro).

O universo de beneficiários tende a manter uma dimensão significativa que constitui uma relevante vantagem económica e financeira da ADSE já que permite:

- a)- sinergias significativas, traduzidas em melhores custos médios;

- b)- **salvaguardar um financiamento significativo e adequado, com uma característica particular que diferencia em muito a ADSE: o financiamento é função da capacidade remuneratória ou do valor da pensão do beneficiário titular.**

A Direção-Geral está a monitorizar os pedidos de renúncia tendo sido registados os seguintes:

	<u>Titulares</u>	<u>Familiars</u>	<u>Total</u>
2012	200	140	340
2013	319	109	428

Quadro 2 – Número de renúncias

Já se considerou o financiamento do próprio beneficiário como uma importante vantagem da ADSE **mas importa acautelar o esforço financeiro individual por forma a evitar desequilíbrio** quando se compara com os valores praticados por outros agentes financiadores, como são as seguradoras com os seus planos de seguro de saúde, salvaguardada a cobertura similar à da ADSE, em resultado do exercício estrito do direito de opção.

É igualmente relevante que se preserve a dimensão do universo dos beneficiários.

Grupos de beneficiários	2012	2013
Titulares/ativo:	544.006	523.234
-Regiões Autónomas	40.325	38.972
-Autarquias Locais	124.788	121.273
-Administração Direta	377.315	361.450
-Ensino particular	1.578	1.539
Titulares/aposentados	336.890	331.582
Familiars	452.581	436.000
Total	1.333.477	1.290.816

Quadro 3 - Evolução do número de beneficiários

A evolução recente do número de beneficiários foi determinada especialmente pela(o):

- a)- perda de direitos dos descendentes maiores de idade;
- b)- término de contrato de pessoal docente;
- c)- regularização extraordinária de registos com a situação de óbito.

ENTIDADES EMPREGADORAS

A interação da ADSE com os beneficiários titulares no ativo e os respetivos familiares tem sido intermediada pelas Entidades empregadoras.

Todas as Entidades empregadoras são corresponsáveis pela atualização dos dados do sistema de gestão dos Beneficiários, nos termos dos artigos 14.º e 18.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro. Assim, deverão comunicar os dados dos seus trabalhadores e respetivos familiares, correspondentes à inscrição e todos os outros, relativos às mais diversas alterações, até ao término dos direitos.

Tanto as Entidades empregadoras como as instituições responsáveis pelo processamento de pensões e reformas assumem também uma intervenção muito relevante no processo de cobrança do desconto.

Este grupo de entidades é responsável pelo apuramento do desconto, tornam-se fiéis depositários e providenciam à transferência dos valores para a Direção-Geral. A sua intervenção é tão mais relevante se se considerar que a tramitação das verbas geradas pela retenção do desconto fundamenta-se num processo de autoliquidação.

	Num.º
Serviços integrados	1.246
Serviços autónomos	387
Administração Regional dos Açores	10
Administração Regional da Madeira	193
Administração Local	1.618
Estabelecimentos de ensino, particular ou cooperativo	195
Total	3.649

Quadro 4 - Distribuição das Entidades empregadoras por setores

As Entidades empregadoras integradas na Administração Local e Regional são ainda legalmente responsáveis pelo financiamento dos encargos com a prestação de cuidados de saúde, através do reembolso da faturação dos prestadores convencionados à Direção-Geral

e, ainda, do processamento e pagamento de reembolsos de despesas realizadas no âmbito do regime livre.

Há um grupo de oitocentas Entidades empregadoras que recorre ao acordo de capitação. Estas entidades não estão sujeitas a contribuição da Entidade empregadora e dispõem de um número reduzido de beneficiários inscritos.

Neste grupo inclui-se um conjunto de estabelecimentos de ensino, particular ou cooperativo, que por força da aplicação do Decreto-Lei n.º 321/88, de 22 de setembro, veio a permitir a inscrição do seu pessoal docente.

As capitações dos acordos em vigor e que foram celebradas, nos termos do artigo 64.º, do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, têm evoluído com a seguinte tendência:

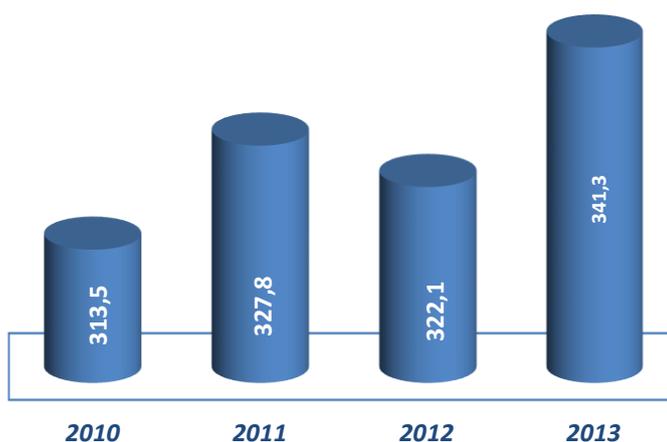


Gráfico 2 – Evolução da capitação (Unid.: €)

A aposta na autossustentabilidade financeira vai obrigar a um controlo muito exigente da **entrega do desconto**, bem como à **regularização atempada das dívidas à ADSE**.

O **controlo do desconto** é uma área que tem vindo a ser desenvolvida, mas a atenção inicial foi dirigida para introduzir mecanismos de cobrança e para a implementação de um controlo institucional.

Será necessário avançar para o controlo do desconto por beneficiário o que exigirá tempo e investimento em desenvolvimento aplicacional.

Poderá justificar-se ainda a introdução de penalidades para as Entidades empregadoras, designadamente quando se observam atrasos na entrega das verbas ou dos ficheiros com os dados do processamento.

A tramitação processual e financeira das receitas próprias está estabelecida nos termos do despacho do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento n.º 1452/2011, de 6 de janeiro de 2011.

Já **as dívidas à ADSE**, que no final de 2013 rondavam os 60 milhões de euros, estavam maioritariamente relacionadas com autarquias locais e registavam uma antiguidade significativa. No entanto, foi conseguida uma amortização da dívida de 22 milhões de euros, também em resultado da participação no programa PAEL.

Num cenário de autossustentabilidade financeira, estas dívidas influenciam significativamente a determinação do esforço financeiro dos beneficiários. Por outro lado, apesar de todos os esforços para regularizar as dívidas, justifica-se propor outras penalidades, para além das já previstas no Orçamento de Estado.

Identificam-se assim outras variáveis que devem ser equacionadas na fixação da taxa de desconto.

PRESTAÇÃO CONVENCIONADA

O regime convencionado constitui uma modalidade de acesso a cuidados de saúde que está alicerçada numa rede de prestadores, os quais celebram uma convenção com a ADSE onde se estabelecem regras de funcionamento, designadamente:



- a)- a tabela de preços do ato ou do cuidado de saúde;
- b)- o valor do copagamento do beneficiário que não deve ser confundido com a taxa moderadora do SNS;
- c)- a tramitação para a entrega da faturação.

Nos termos da convenção, a ADSE não assume quaisquer compromissos prévios com o prestador com o sentido de se realizar um volume de prestação, nem exerce qualquer intervenção na escolha do beneficiário.

A relevância do prestador convencionado depende da sua capacidade da oferta e do volume de procura dos beneficiários.

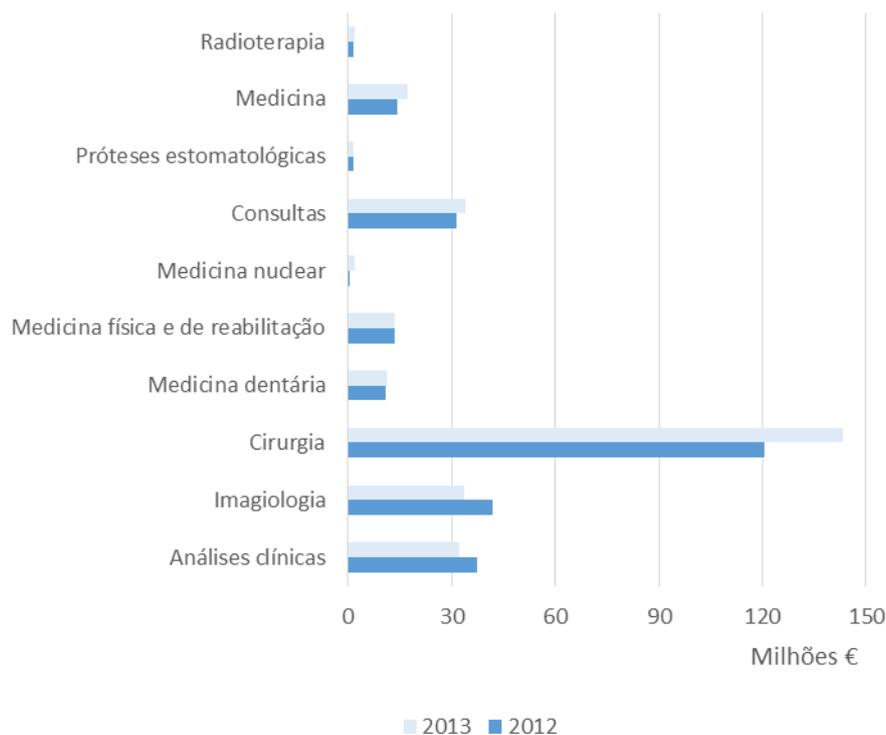


Gráfico 3 – Evolução e distribuição da despesa com a rede da ADSE

Por outro lado, a ADSE não gere direta ou indiretamente qualquer plataforma de prestação de cuidados de saúde. A atividade da ADSE é exclusivamente orientada para o financiamento.

Em 2013, recorreram à rede convencionada mais de **860 mil beneficiários** para realizar uma ampla diversidade de atos e cuidados de saúde.

Como comprova o gráfico 3, o financiamento da ADSE, na atualidade, abrange uma diversidade de cuidados, onde a cirurgia assume preponderância financeira, com a radioterapia a demarcar presença.

O impacto da rede convencionada em 2014 não deverá ter evolução muito distinta da registada no ano anterior.

A dimensão da rede da ADSE será determinada pela necessária renovação da rede, promovendo à celebração de novas convenções, privilegiando os prestadores que:

- a)- evidenciam a maior preferência dos beneficiários, mensurada no número de pedidos de reembolso (regime livre);
- b)- aportem mais-valia à rede;
- c)- melhorem a cobertura regional.

A estimativa da despesa a assumir no regime convencionado, em 2014, fundamentou-se na manutenção do volume de encargos registados em 2013.

Continuar-se-ão os trabalhos de revisão das tabelas de preços, com a colaboração da ACSS, com o objetivo de uniformizar preços e codificações. Este trabalho está há muito concluído para as tabelas das análises, da imagiologia e medicina nuclear.

A tabela da medicina está a ser objeto de avaliação técnica. Espera-se que em 2014 as tabelas da cirurgia possam ser concluídas, bem como a da medicina física e da reabilitação.

O processo de harmonização da codificação das tabelas poderá aportar importantes vantagens, mesmo ao nível dos custos administrativos dos próprios prestadores.

Note-se que as tabelas já harmonizadas foram também assumidas nas Portarias n.º 163/2013, de 24 de abril, e n.º 20/2014, de 29 janeiro, do Ministério da Saúde, relativas ao Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde.

A harmonização dos preços tem reflexos diferentes nos custos da ADSE. Os prestadores praticarão os mesmos preços, mas com o copagamento do beneficiário, que tem uma aplicação generalizada, permite à ADSE apurar custos menores.

REGIME LIVRE

Para salvaguardar o direito de opção do beneficiário, a procura de cuidados de saúde não se poderá limitar à rede convencionada. Nesse sentido, para viabilizar qualquer escolha do beneficiário, para além da rede convencionada, a ADSE também recorre ao reembolso de despesas.

A procura de cuidados de saúde por parte do beneficiário é referenciada por Regime livre,



sempre que não se verifique no âmbito da rede da ADSE.

Os prestadores procurados no regime livre não detêm qualquer relação contratual com a ADSE.

O regime livre potencia a liberdade de escolha do beneficiário e permite ao prestador fixar os seus preços.

No regime livre o recurso ao reembolso constitui também uma excelente solução para financiar as despesas correlacionadas com os cuidados de saúde, como é o exemplo dos meios de correção e compensação.

O reembolso de parte ou da totalidade da despesa não é uma responsabilidade exclusiva da Direção-Geral, sendo atribuída por lei às Entidades empregadoras integradas nas Administrações Local e Regional.

Desde 2011, a despesa com os reembolsos a pagar aos beneficiários, no âmbito do regime livre, já envolve o processamento e pagamento de reembolsos aos beneficiários dos Serviços autónomos, uma contrapartida pela contribuição da Entidade empregadora que outrora se fixava em 2,5%.

Esta centralização das responsabilidades na Direção-Geral justificou o encargo adicional de 29 milhões de euros no regime livre, em 2011 (vd. Quadro I). Esta tendência não mais se registou nos anos posteriores.

O número de beneficiários que recorreu ao reembolso de despesas passou de 510 para 481 mil, de 2012 para 2013, respetivamente. E a despesa dos pedidos de reembolso foi reduzida em 22 milhões de euros.

Em 2013, o regime livre mantém as suas principais características com o reembolso de despesas com os meios de correção e compensação, consultas e medicina dentária:

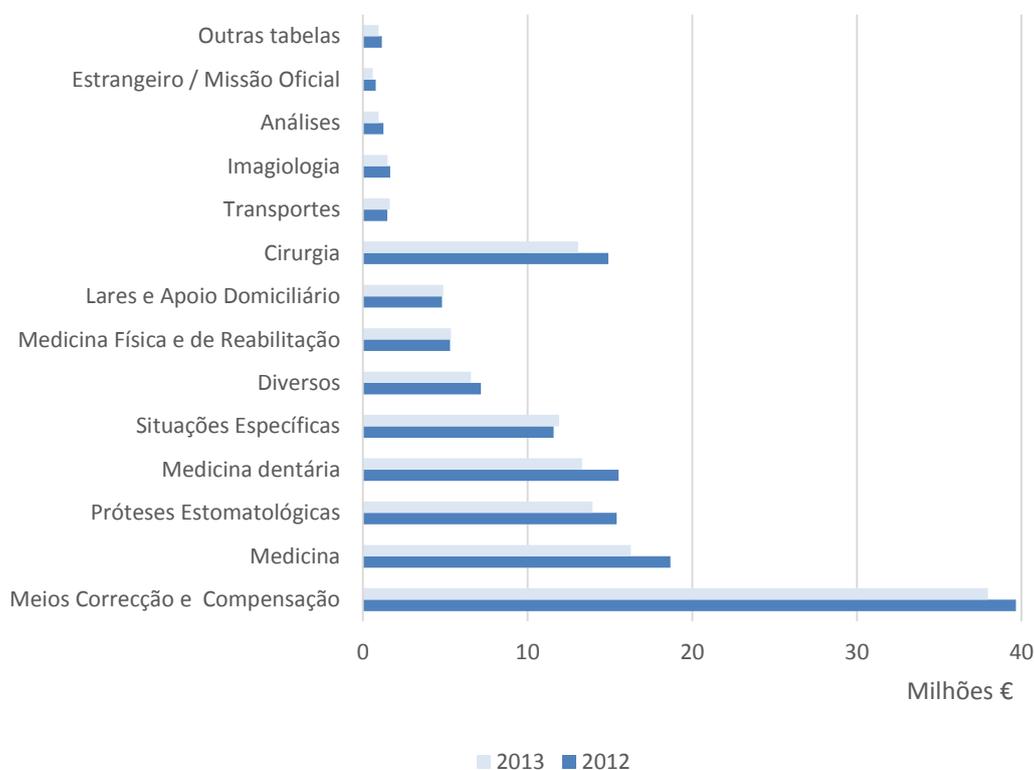


Gráfico 4 – Evolução e distribuição da despesa com reembolsos

Desta forma, a dotação a inscrever em 2014 foi equacionada no pressuposto de vir a assumir um nível de atividade semelhante ao registado em 2013, no valor dos 132 Milhões de euros. Esta previsão pressupõe a manutenção das responsabilidades das Entidades empregadoras que incorporam a Administração regional e local.

Nesta área do regime livre, foi já proposta a indexação dos limites dos montantes de reembolso aos encargos da ADSE previstos nas tabelas do regime convencionado.

ADSE – VERIFICAÇÃO DA DOENÇA

A atividade com a verificação da doença está prevista no Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de março, que estabelece o regime de férias, faltas e licenças, e no Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, que aprova o regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais. Trata-se de uma atividade pública completamente independente do regime de financiamento dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários.

As despesas com a verificação da doença envolvem os encargos com:

- a)- exames médicos por demanda da Junta Médica;
- b)- as avenças e contratos de prestação de serviços dos médicos;
- c)- o apoio administrativo às juntas médicas do Porto, Coimbra, Évora e Faro,

e deverão exigir uma despesa na ordem dos 550 mil euros, para realizar juntas médicas e verificações domiciliárias da doença.

Descrição	2009	2010	2011	2012	2013
Junta médica/doença natural	18.478	19.961	21.440	19.528	20.220
Junta médica/acidente de trabalho	4.079	4.248	3.946	3.918	4.176
Verificação domiciliária da doença	3.084	2.778	2.405	2.035	1.492

Quadro 5 - Verificações domiciliárias e juntas médicas

O maior impacto de atividade resulta das Juntas Médicas que verificam a incapacidade temporária para o trabalho dos trabalhadores em funções públicas, por doença natural (artigos 36.º e 39.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de março) e acidentes de trabalho (Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro).

A Junta médica pode justificar faltas por doença por sucessivos períodos de 30 dias até ao limite máximo de dezoito meses (Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de março).

Em colaboração com a DGEstE, as juntas médicas de Coimbra, Évora e Faro realizam-se nas suas instalações das antigas Direções Regionais de Educação. No Porto, têm-se mantido o recurso às instalações cedidas pela Assembleia Distrital daquela cidade.

Outra atuação passa pela verificação domiciliária da doença, sendo efetuada por médicos avançados nos 12 concelhos da região de Lisboa e Vale do Tejo, previstos na Portaria n.º 118/96, de 16 de Abril: Lisboa, Amadora, Sintra, Oeiras, Cascais, Loures, Vila Franca de Xira, Almada, Seixal, Barreiro, Moita e Montijo.

Noutras áreas esta competência pertence aos Delegados de Saúde das áreas de residência dos respetivos funcionários.

No domínio da verificação da doença perspectiva-se:

- a) aproveitar as potencialidades proporcionadas pela utilização da aplicação informática já em exploração, o Sistema de informação da verificação da doença (SIVD), já implementado em todas as secções de junta médica;
- b) consolidar o funcionamento dos novos apoios administrativos das secções, depois da transferência de competências dos Governos Cívicos.

ADSE – ENTIDADE GESTORA

A Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas é uma entidade pública com uma atividade orientada para gerir todas as relações num sistema onde se relacionam, nas diferentes vertentes, os beneficiários, prestadores e entidades responsáveis pelo processamento da retenção do desconto.

A organização dos Serviços da Direção-Geral obedece ao modelo estabelecido na Portaria n.º 122/2013 de 27 de março (estrutura nuclear dos serviços e as competências das respetivas unidades orgânicas da ADSE) e do Despacho n.º 5110/2013 de 16 de abril (unidades orgânicas flexíveis), representada no seguinte desenho organizacional:

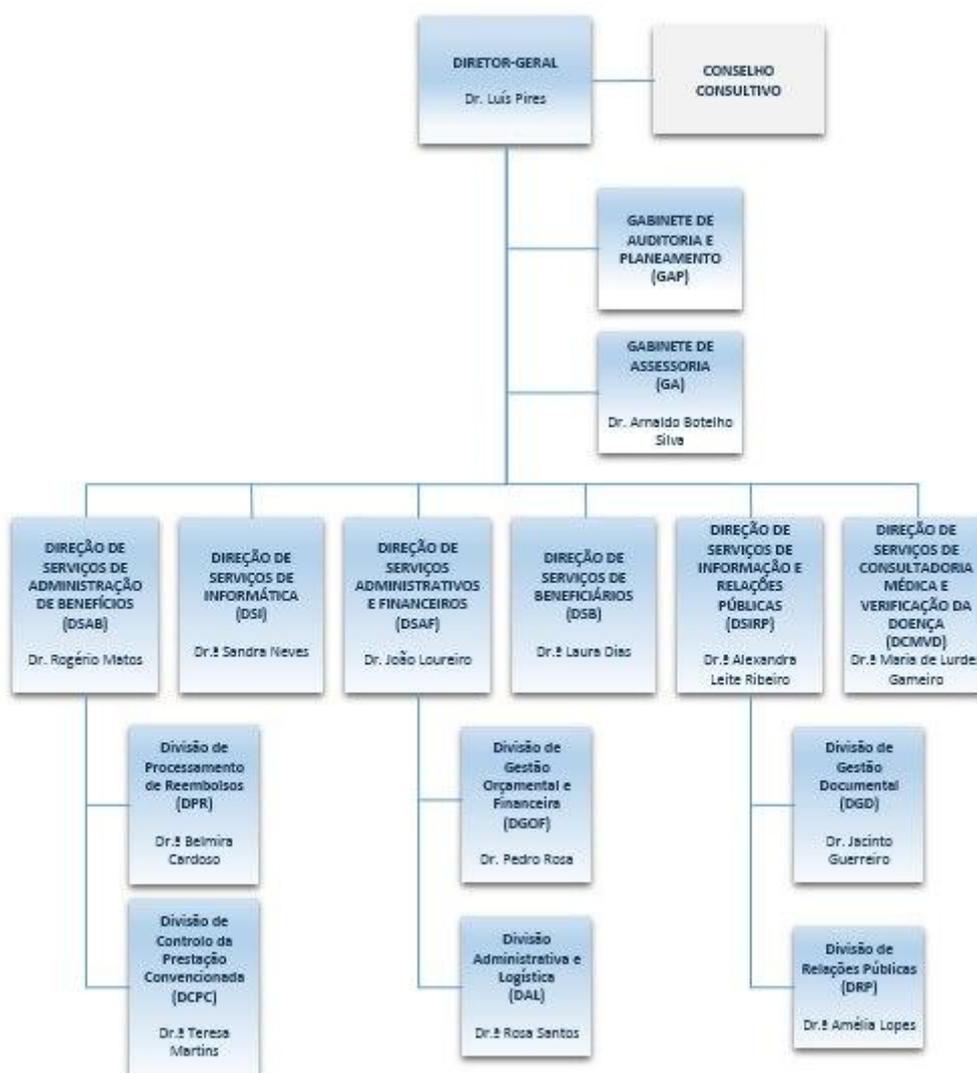


Ilustração 6 – Organograma da Direção-Geral

Os Serviços Centrais da Direção-Geral estão alojados em dois edifícios na Praça de Alvalade (n.ºs 8 e 18). Os Serviços da Verificação da Doença centralizam a sua atividade no Parque da Saúde, em Lisboa. Em Benfica utilizam-se instalações que alojam extensos arquivos documentais.

ORGANIZAÇÃO E LOGÍSTICA

No âmbito da atividade operacional da Direção-Geral será sempre de:

- otimizar os sistemas de informação, na sua performance e nível de qualidade, a desenvolver continuamente a partir da experiência que proporcionam;
- reajustar a organização interna para melhorar a eficiência e a comunicação entre níveis hierárquicos;
- introduzir novos procedimentos e automatismos que minimizem as necessidades de recursos humanos;
- avaliar as oportunidades de mercado para subcontratar a guarda dos arquivos documentais da Direção-Geral.

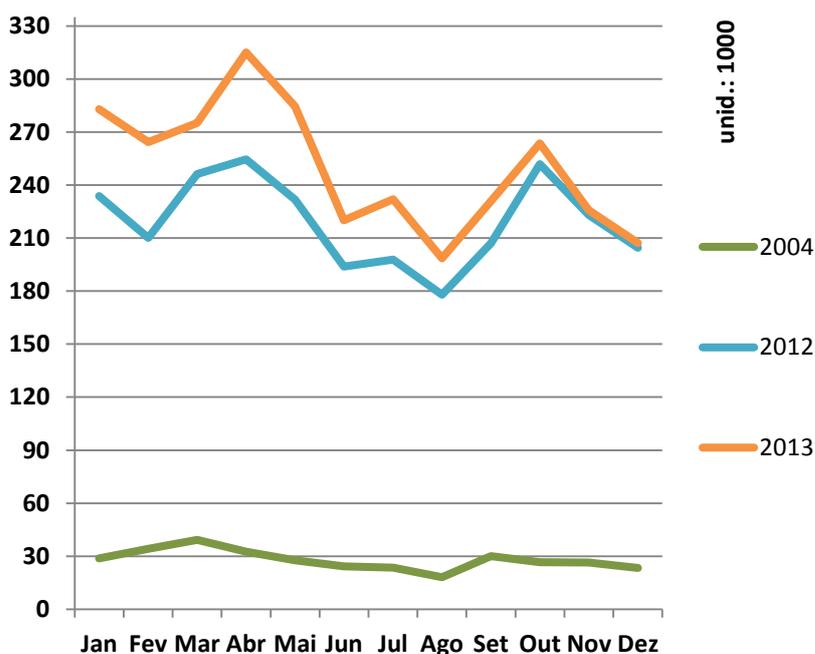


Gráfico 5 - Número de acessos a www.adse.pt

A Direção Geral tem participado, desde 2012, nos trabalhos desenvolvidos no âmbito do “Plano de Classificação e Portaria de Gestão Documental do Ministério das Finanças”, coordenado pela Secretaria Geral do Ministério das Finanças, com vista à criação de um Plano transversal a todos os organismos do Ministério das Finanças. Em 2013 decorreram os procedimentos de validação dos processos de negócios, os quais se prolongarão por 2014.

O portal da ADSE tem constituído um excelente instrumento para responder às solicitações externas, como se demonstra no gráfico 5.

A forte procura do portal tem sido muito determinada pela ADSE DIRETA que disponibiliza um acesso, privilegiado e autenticado, a um conjunto de serviços, em regime de *self-service*, especialmente dirigidos para os beneficiários, Entidades empregadoras e prestadores da rede da ADSE.



Recentemente disponibilizaram-se novos serviços orientados para:

- As Entidades empregadoras solicitarem juntas médicas e acompanharem a evolução processual;
- Os beneficiários conhecerem os encargos gerados na rede de prestadores da ADSE.

Neste sentido, com esta oferta de serviços disponibilizados através da ADSE DIRETA, criam-se condições para satisfazer as solicitações via eletrónica, proporcionando flexibilidade, resposta célere e acessibilidade total.

O atendimento presencial gerido diretamente pela Direção-Geral será sujeito a reorganização por forma a corresponder às solicitações de forma eficaz, com a maior eficiência ao nível dos recursos humanos.

A Agência para a Modernização Administrativa (AMA) irá criar uma rede de Espaços do Cidadão que proporcionará uma oferta localizada direcionada para o cidadão, em que os serviços da ADSE estão presentes, garantindo assim uma maior proximidade com o beneficiário e que facilitará as mudanças anteriormente referidas em toda a área das Relações Públicas.

Também ao nível do atendimento telefónico, que funciona com o sistema IVR (Interactive Voice Response), exige-se uma reestruturação profunda. Estrategicamente, a Direção-Geral apostou numa nova solução de atendimento *online* que pretende privilegiar.

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Nos finais de 2013, a Direção-Geral contava com 181 trabalhadores em regime de contrato de trabalho em funções públicas ou em comissão de serviço, distribuídos pelas seguintes carreiras:

	Mulheres	Homens	Total
Dirigente	8	6	14
Técnico Superior	32	4	36
Assistente Técnico	98	15	113
Assistente Operacional	2	5	7
Informático	4	6	10
Médico	1	0	1
Total	145	36	181

Quadro 6 – Número de trabalhadores em Dez./2013

O mapa de pessoal da ADSE está dimensionado para 230 trabalhadores, um número considerado ajustado em função da experiência recente da Direção-Geral, a beneficiar da sua reorganização interna, especialmente a relacionada com a entrada em exploração de uma nova plataforma informática, com aplicações informáticas desenvolvidas de raiz.

Categoria	Total
Dirigente	1
Técnico Superior	3
Técnico Informática	1
Assistente Técnico	25
Assistente Operacional	3
Total	33

Quadro 7 – Pedidos de aposentação (31-12-2013)

Criaram-se condições para a Direção-Geral até conseguir incrementar a sua capacidade de resposta com um menor número de colaboradores.

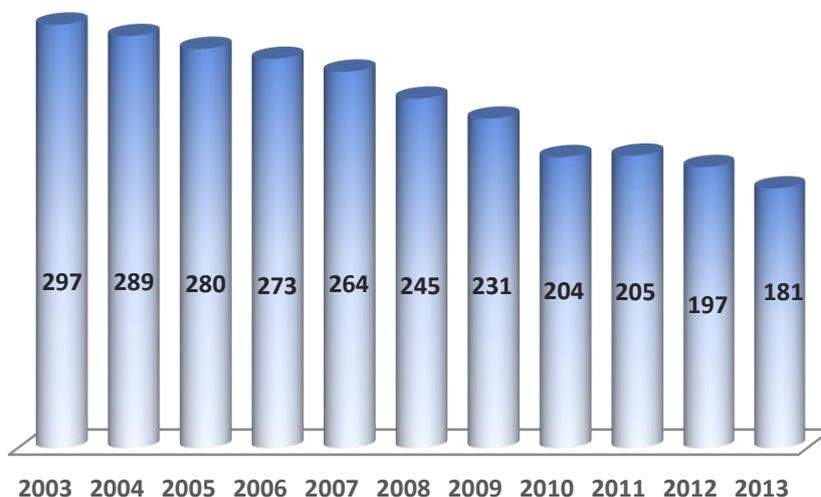


Gráfico 6 - Evolução do número de trabalhadores

A redução do número de trabalhadores tem sido especialmente determinada pela aposentação. Atualmente, mantém-se um significativo número de pedidos já submetidos à CGA (vd. Quadro 7).

Atendendo à atual dimensão da ADSE exige-se uma política de gestão de recursos humanos que garanta:

- a)- a substituição dos trabalhadores com pedido de aposentação;
- b)- um nível de capacidade de produção ajustado às solicitações;
- c)- a formação em serviço, indispensável para compensar a falta de experiência dos novos trabalhadores.

Para o efeito recorrerá a todos os instrumentos que permitam a entrada de novos trabalhadores.

A ADSE respeita e promove a igualdade de género, cidadania e não discriminação nos processos de recrutamento e seleção; na formação; na auscultação de trabalhadores/as; na

conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal; na proteção da parentalidade e assistência à família e, ainda, na comunicação, quer interna quer externa.

INVESTIMENTO

Em 2014, a gestão do sistema de benefícios da ADSE exigirá a boa gestão da plataforma informática, com o lançamento de novas versões nas aplicações em exploração e com a procura de performance dos equipamentos que justifica a previsão de um encargo na ordem dos 335 e 100 mil euros, com o desenvolvimento aplicacional (SW) e a aquisição de equipamentos informáticos (HW), respetivamente (vd. Quadro 8).

O desenvolvimento da ADSE DIRETA continuará a depender da própria Direção de Serviços de Informática, desta Direção Geral.

O novo sistema de informação da ADSE exigirá desenvolvimento para também garantir a satisfação de novos requisitos a definir em função da evolução da atividade e que envolverão o SICOF, SIR, SIGEBE, SIVD, SIGD e BI.

unid.: 10³ euros

Investimento / SW	335,0
SICOF - Sistema de Informação de Controlo da Facturação	91,3
SIGEBE - Sistema de Informação de Gestão de Beneficiários	
SIR - Sistema de informação de Reembolsos	52,0
SIVD - Sistema de Informação de Verificação da Doença	10,0
Portal ADSE - www.adse.pt	61,5
SIGD – Sistema de Informação de Gestão Documental	29,9
Sistema de Digitalização - Digitalização Remota	58,0
Software diverso	32,3
Investimento / HW	100,0
Renovação de postos de trabalho	20
Upgrade solução de storage e memória para servidores	80

Quadro 8 – Investimento previsto na DSI - 2014

Aproveitando a experiência com a cobrança direta do desconto e da contribuição da Entidade empregadora, a par da recolha dos dados diretamente associados, justifica-se o

desenvolvimento aplicativo para automatizar procedimentos e atualizar automaticamente a base de dados de identificação dos beneficiários.

No âmbito de atividade operacional, alinhado com o plano setorial e no domínio dos processos, a DSI irá uniformizar, simplificar e fomentar a utilização dos processos existentes, prosseguindo o modelo ITIL que promove a gestão de problemas, incidentes, ativos e de configurações, com enfoque no cliente e na qualidade dos serviços de tecnologias da informação.

Na infraestrutura de suporte, a DSI procurará:

- a)- reforçar as soluções de contingências, elaborando um plano de continuidade de negócio alinhado com plano setorial do MF;
- b)- atualizar a infraestrutura de gestão e potenciar distribuição de informação, recorrendo ao SQL Server 2012 Analysis Services e à utilização de MS PowerPivot como ferramenta de BI.

Em termos de desenvolvimento aplicativo ainda está previsto:

- a)- rever a intranet;
- b)- criar um datawarehouse corporativo;
- c)- criar dashboards;
- d)- desenvolver aplicações de suporte à internet e à ADSE Direta;
- e)- rever o portal com incorporação de um novo gestor de conteúdos;
- f)- disponibilização de funcionalidades de digitalização remota.

Relativamente às novas tecnologias, será desenvolvido o projeto da ADSE Direta Mobile.

As iniciativas a implementar, no âmbito da desmaterialização dos processos, visam a simplificação e agilização dos processos entre a ADSE e os demais Organismos da Administração Pública, com vista a alcançar ganhos de eficiência.

FINANCIAMENTO DA ADSE

Neste capítulo pretende-se refletir o impacto orçamental e financeiro da atividade da ADSE que se releva no plano de tesouraria apresentado no Anexo III.

Os fluxos financeiros relevados neste plano de tesouraria traduzem os níveis de atividade, bem como os efeitos próprios de outras variáveis financeiras, como é o exemplo do diferimento associado aos prazos de pagamento.

No caso particular das despesas a pagar aos prestadores do regime convencionado, previstas para 2014, beneficia-se da antecipação do pagamento da faturação de 2013 cujo prazo de pagamento vencia nos primeiros meses do ano seguinte.

A preocupação com a autossustentabilidade financeira da ADSE, como já foi referido, obriga também a identificar rigorosamente toda a despesa que deve ser financiada com as contribuições dos beneficiários. Nesses termos, o plano de tesouraria (vd. Anexo III) já segrega as despesas que reunirão, decerto, o consenso generalizado de manter o financiamento público.

Relativamente às receitas, este plano de tesouraria também já prevê a cativação das verbas resultantes das receitas próprias por conta da contribuição da Entidade empregadora. Conforme já prevê a lei do orçamento de 2014, parte destas receitas serão afetas às transferências a executar pela ADSE a favor do Ministério da Saúde nos termos de um acordo. Estas transferências serão objeto de regulamentação própria que determinarão o *modus faciendi*.

Em 2011, a Direção-Geral já tinha restringido significativamente o recurso às transferências do Orçamento de Estado e, desde 2012, não são utilizadas no financiamento da ADSE.

Em 2014, a Direção-Geral promoverá à cobrança de receitas próprias geradas pelo(a):

- “desconto” para a ADSE, ou seja, da retenção na remuneração mensal do beneficiário titular, também aplicada às pensões que superem o valor correspondente à retribuição mínima mensal garantida. Se da aplicação daquela percentagem resultar uma pensão de valor inferior esta fica isenta de desconto;
- contribuição da Entidade empregadora para o sistema de benefícios da ADSE que continuará a não aplicar-se à Administração Local e Regional, nem às entidades

responsáveis pelo processamento de pensões. A contribuição da Entidade empregadora foi instituída em 2011 e veio a constituir-se num indicador simples e objetivo que, juntamente com o desconto, permite medir a eficiência do regime de benefícios da ADSE e, assim, promove a comparação com valores praticados no setor financiador da prestação de cuidados de saúde. Em 2014 vigorará a taxa de 1,25%;

- emissão de notas de reembolsos, com base nas quais a Administração Local e Regional, que nunca se sujeitaram à contribuição da Entidade empregadora, assumem os encargos com a faturação de prestadores convencionados gerada pelos beneficiários que lhes estão afetos.

Convirá relembrar que a taxa de desconto tem uma incidência diferente da contribuição da Entidade empregadora, como resulta da Ilustração 7.

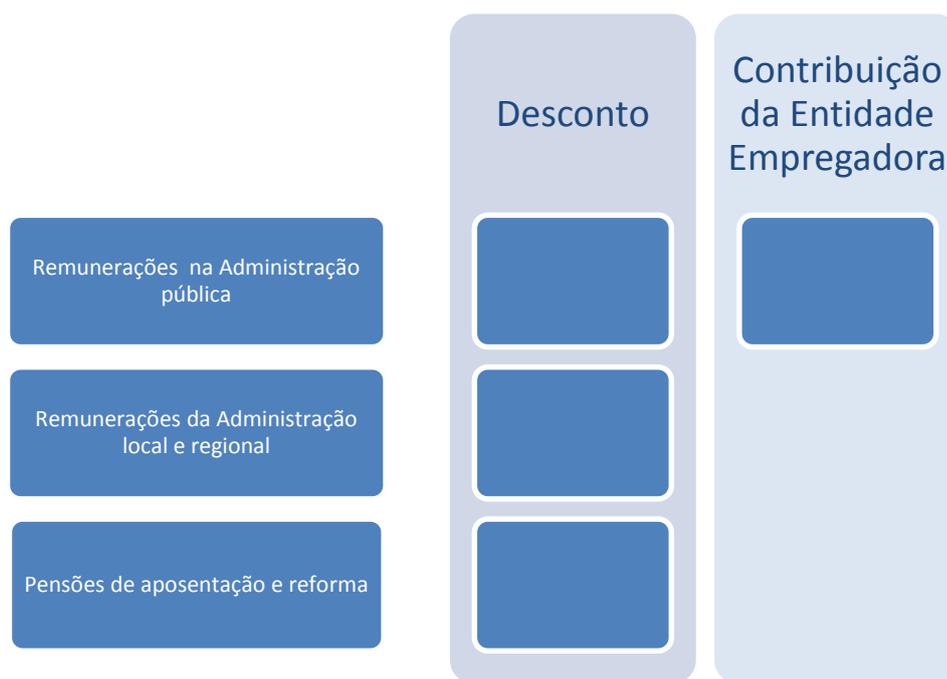


Ilustração 7 – Base de cálculo da taxa de desconto e da Contribuição da EE

Desta forma, a comparação entre as duas taxas não traduz a efetiva representatividade do esforço de cada fonte de financiamento. Também a substituição da receita gerada pela contribuição da Entidade empregadora será sempre conseguida com o recurso a uma taxa de desconto adicional por um valor inferior ao fixado para a taxa daquela contribuição.

RECEITAS PRÓPRIAS	2012	2013	2014
-Desconto	214,7	285,6	411,9
-Contribuição da EE	193,6	182,4	105,2
-Reembolsos	49,3	51,6	24,0
Total	457,6	519,6	541,1

Quadro 9- Cobrança de receitas próprias (Unid.: 10⁶ €)

A estimativa das receitas do desconto, tomando em consideração **os valores cobrados no mês de janeiro de 2014 e à taxa de desconto de 2,5%**, conforme suporta o plano de tesouraria, permite prever uma receita de desconto, ou seja, uma contribuição do beneficiário na ordem dos 411 milhões de euros que, só por si, permitem financiar os compromissos do ano. Consequentemente, a aplicação da taxa de desconto de 3,5% permitirá receitas adicionais que deverão ser afetas a 2015, pelo que será importante criar mecanismos flexíveis para a utilização dos saldos que vierem a apurar-se.

Não esquecer que o contributo financeiro dos beneficiários é acrescido pela corresponsabilidade financeira no copagamento do cuidado ou do ato prestado no regime convencionado e no valor não reembolsado na despesa realizada no domínio do regime livre. Esta corresponsabilidade pela natureza que assume não é relevada nos documentos de prestação de contas da Direção-Geral, mas também assume valores materialmente relevantes e só reforça a matriz financeira da ADSE.

Desta forma, a autossustentabilidade financeira da ADSE estará garantida no ano de 2014, mas importa alertar para a necessidade de se estabelecer quais as despesas da Direção-Geral que devem manter o financiamento público, como sejam:

- a)- desde logo, a faturação das farmácias da Madeira e dos Açores, bem como as despesas com a verificação da doença;
- b)- os encargos com os Estados membros no âmbito da legislação comunitária;
- c)- os transportes no SNS e os cuidados respiratórios domiciliários que obrigam os beneficiários a recorrerem ao reembolso da ADSE;

- d)- o internamento psiquiátrico;
- e)- os tratamentos de doença prolongada;
- f)- os meios de diagnóstico prescritos no SNS e realizados por prestadores com acordo com o Ministério da Saúde;
- g)- os cuidados de saúde realizados no estrangeiro por falta de meios em Portugal.

Em 2014, a autossustentabilidade financeira também deverá ser determinada pela continuação do processo de regularização das dívidas à ADSE, como já foi abordado.

Como se referia no preâmbulo do Decreto-lei n.º105/2013, de 30 de julho, o novo paradigma de financiamento *deverá conduzir a uma reflexão profunda do modelo de organização e de funcionamento dos subsistemas de saúde de forma a garantir uma efetiva participação na política de gestão por parte dos respetivos beneficiários.*

Com a fixação da taxa de desconto de 3,5%, e no atual contexto remuneratório dos trabalhadores e aposentados, a ADSE poderá registar em 2014 um *superavit*, tendo o Governo assumido na Assembleia da República que ***“as receitas da ADSE só poderão ser utilizadas na ADSE”***.

ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central de Sistemas de Saúde
ADM	Assistência na Doença aos Militares
ADSE	Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
AMA	Agência para a Modernização Administrativa
ARS	Administração Regional de Saúde
AT	Autoridade Tributária e Aduaneira
BI	Business Intelligence
CGA	Caixa Geral de Aposentações
DGAL	Direção-Geral das Autarquias Locais
DGAEP	Direção-Geral da Administração e do Emprego Público
DGEstE	Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares
DGO	Direção-Geral do Orçamento
DGS	Direção-Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
DUC	Documento Único de Cobrança
EE	Entidade empregadora
EdC	Espaços do Cidadão
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EsPAP	Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública
€	Euro
GNR	Guarda Nacional Republicana
IASFA	Ação Social das Forças Armadas
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
IGCP	Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública
IGF	Inspeção-Geral de Finanças
ITIL	Information Technology Infrastructure Library
MF	Ministério das Finanças
OE	Orçamento do Estado
PAEL	Programa de Apoio à Economia Local
PSP	Polícia de Segurança Pública
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAD	Serviços de Assistência na Doença
SICOF	Sistema de Informação de Conferência de Faturação
SIGD	Sistema de Informação de Gestão Documental
SIGEBE	Sistema de Informação de Gestão de Beneficiários
SIR	Sistema de Informação de Reembolsos

SIVD Sistema de Informação de Verificação da Doença
SNS Serviço Nacional de Saúde

ANEXOS

<i>ANEXO I- ANÁLISE SWOT</i>	68
<i>ANEXO II- QUAR DA ADSE PARA 2014</i>	70
<i>ANEXO III- PLANO DE TESOURARIA PARA 2014</i>	71

ANEXO I
ANÁLISE SWOT

Meio envolvente	
<u>Ameaças</u>	<p>Má informação nos media</p> <p>Acentuada amplitude dos preços no sector privado</p> <p>Restrita estandardização de procedimentos</p> <p>Definição do modelo de financiamento</p> <p>Legislação fragmentada e até avulsa sobre a inscrição e os direitos dos beneficiários</p> <p>.</p>
<u>Oportunidades</u>	<p>Evolução da oferta do sector da saúde.</p> <p>Financiamento direto do OE ao SNS</p> <p>Cooperação institucional com Entidades empregadoras e processadoras de pensões</p> <p>Formação profissional</p> <p>Financiamento dos beneficiários (desconto e copagamento)</p> <p>Balcões multisserviços da AMA e espaços do cidadão (EdC).</p> <p>Dimensão do universo de beneficiários</p> <p>Tecnologias de informação</p> <p>Cobrança de receitas próprias</p>

ANEXO II
ANÁLISE SWOT

DIREÇÃO-GERAL	
Fragilidades	<p>Reduzido número de técnicos superiores.</p> <p>Dívidas à ADSE.</p> <p>Atividade com efeitos sazonais</p> <p>Recrutamento de trabalhadores</p> <p>Participação nos media</p>
Forças	<p>Nova plataforma informática</p> <p><i>Business intelligence.</i></p> <p>Novos Sistemas de Informação da ADSE:</p> <ul style="list-style-type: none"> -SIGD. -SIGEBE. -SICOF. -SIVD. -SIR. <p>Serviços <i>online</i> na ADSE-DIRETA para beneficiários, Entidades empregadoras e Prestadores de Cuidados de Saúde.</p> <p>Capacidade de processamento</p> <p>Digitalização remota</p> <p>Rede de prestadores da ADSE</p> <p>Reembolso ao beneficiário</p>

ANEXO III
 QUAR DA ADSE PARA 2014

Quadro de Avaliação e Responsabilização

ANO:2014

Organismo: ADSE - DIREÇÃO GERAL DE PROTEÇÃO SOCIAL AOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS

MISSÃO: A ADSE tem por missão assegurar a protecção aos beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.

Objectivos Estratégicos

DESIGNAÇÃO		META 2014	TAXA REALIZAÇÃO
OE 1.	Satisfazer as necessidades dos beneficiários, no domínio da saúde, de forma equitativa e ajustada.		
OE 2.	Otimizar o financiamento, do Estado e dos próprios beneficiários.		
OE 3.	Gerir eficazmente uma rede de prestadores de cuidados de saúde.		

Objectivos Operacionais

Peso relativo dos Objectivos

EFICÁCIA

Peso: 40%

OB 1.	Assegurar o pagamento das comparticipações aos beneficiários								Peso: 50%	0,2
INDICADORES		META 2014	Tolerância	Valor Crítico	PESO	RESULTADO	TAXA REALIZAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO		
Ind 1.	(Data de registo de entrada do documento - Data da ordem de pagamento) - dias	27	0	27	100%					
OB 2.	Assegurar a conferência da faturação dos prestadores convenccionados								Peso: 50%	0,2
INDICADORES		META 2014	Tolerância	Valor Crítico	PESO	RESULTADO	TAXA REALIZAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO		
Ind 2.	Prazo médio de conferência (dias) = (Valor da faturação registada - Valor da faturação apurada) * 250 / Valor da faturação registada	9	0	9	100%					

EFICIÊNCIA

Peso: 30%

OB 3.	Assegurar ao nível da administração, uma disponibilidade dos sistemas de Informação "críticos" - SIR, SIGEBE, SICOF e SIVD								Peso: 60%	0,18
INDICADORES		META 2014	Tolerância	Valor Crítico	PESO	RESULTADO	TAXA REALIZAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO		
Ind 3.	((horas diárias úteis de trabalho acumuladas(9*n) - horas diárias de paragem acumuladas no período)/horas diárias úteis de trabalho acumuladas(9*n))*100	99,96	0	99,96	100%					
OB 4.	Formação profissional dos colaboradores								Peso: 40%	0,12
INDICADORES		META 2014	Tolerância	Valor Crítico	PESO	RESULTADO	TAXA REALIZAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO		
Ind 4.	Número de colaboradores abrangidos por ações de formação (meta anual)	[40;60]	10	205	100%					

QUALIDADE

Peso: 30%

OB 5.	Reduzir as correções às comparticipações em regime livre								Peso: 60%	0,18
INDICADORES		META 2014	Tolerância	Valor Crítico	PESO	RESULTADO	TAXA REALIZAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO		
Ind 5.	(Total dos valores corrigidos/total do valor dos pagamentos)*100	0,30	0	0,30	100%					
OB 6.	Reduzir o número de reclamações								Peso: 40%	0,12
INDICADORES		META 2014	Tolerância	Valor Crítico	PESO	RESULTADO	TAXA REALIZAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO		
Ind 6.	0,75*Reclamações em livro amarelo + 0,25*(Reclamações totais - Reclamações em livro amarelo)	259	0	259	100%					

ANEXO IV
PLANO DE TESOURARIA PARA 2014

Unid.: Euros

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
1 Desconto	53.084.432,00	30.099.109,00	30.099.109,00	30.099.109,00	30.099.109,00	57.882.902,00	30.099.109,00	30.099.109,00	30.099.109,00	30.099.109,00	30.099.109,00	30.099.109,00	411.958.424,00
2 Reembolso	6.049.428,00	1.631.875,00	1.631.875,00	1.631.875,00	1.631.875,00	1.631.875,00	1.631.875,00	1.631.875,00	1.631.875,00	1.631.875,00	1.631.875,00	1.631.876,00	24.000.054,00
3 Taxas	3.570,00	766,00	766,00	766,00	766,00	766,00	766,00	766,00	766,00	766,00	766,00	770,00	12.000,00
4 TOTAL DAS RECEITAS (1+2+3)	59.137.430,00	31.731.750,00	31.731.750,00	31.731.750,00	31.731.750,00	59.515.543,00	31.731.750,00	31.731.750,00	31.731.750,00	31.731.750,00	31.731.750,00	31.731.755,00	435.970.478,00
5 Despesas de Administração	472.060,00	775.143,00	775.143,00	775.143,00	775.143,00	1.055.651,00	775.143,00	775.143,00	775.143,00	775.143,00	775.143,00	775.143,00	9.279.141,00
6 Regime Convencionado	8.101,00	10.021.181,00	25.597.072,00	25.597.072,00	25.597.072,00	25.597.072,00	25.597.072,00	25.597.072,00	25.597.072,00	25.597.072,00	25.597.072,00	25.597.070,00	266.000.000,00
7 Regime livre	10.264.139,00	11.000.000,00	11.000.000,00	11.000.000,00	11.000.000,00	11.000.000,00	11.000.000,00	11.000.000,00	11.000.000,00	11.000.000,00	11.000.000,00	11.000.000,00	131.264.139,00
8 TOTAL DAS DESPESAS (5+6+7)	10.744.300,00	21.796.324,00	37.372.215,00	37.372.215,00	37.372.215,00	37.652.723,00	37.372.215,00	37.372.215,00	37.372.215,00	37.372.215,00	37.372.215,00	37.372.213,00	406.543.280,00
9 SALDO ADSE (4-8)	48.393.130,00	9.935.426,00	-5.640.465,00	-5.640.465,00	-5.640.465,00	21.862.820,00	-5.640.465,00	-5.640.465,00	-5.640.465,00	-5.640.465,00	-5.640.465,00	-5.640.458,00	29.427.198,00
10 Contribuição da Entid. Empreg.	13.246.766,00	7.713.051,00	7.713.051,00	7.713.051,00	7.713.051,00	14.832.784,00	7.713.051,00	7.713.051,00	7.713.051,00	7.713.051,00	7.713.051,00	7.713.051,00	105.210.060,00
11 Farmácias	732.588,00	713.946,00	735.347,00	735.347,00	735.347,00	735.347,00	735.347,00	735.347,00	735.347,00	735.347,00	735.347,00	735.343,00	8.800.000,00
12 Verificação da doença	37.159,00	46.818,00	46.818,00	46.818,00	46.818,00	46.818,00	46.818,00	46.818,00	46.818,00	46.818,00	46.818,00	46.818,00	552.157,00
13 Transferências para o Ministério da Saúde (a)													
14 SALDO (10-11-12-13)	12.477.019,00	6.952.287,00	6.930.886,00	6.930.886,00	6.930.886,00	14.050.619,00	6.930.886,00	6.930.886,00	6.930.886,00	6.930.886,00	6.930.886,00	6.930.890,00	95.857.903,00
15 Saldo global (9+14)	60.870.149,00	16.887.713,00	1.290.421,00	1.290.421,00	1.290.421,00	35.913.439,00	1.290.421,00	1.290.421,00	1.290.421,00	1.290.421,00	1.290.421,00	1.290.432,00	125.285.101,00

Anotação:

(a) Transferências p/ MS por regulamentar -60.000.000
Saldo anual 65.285.101



PLANO DE
ATIVIDADES 2014