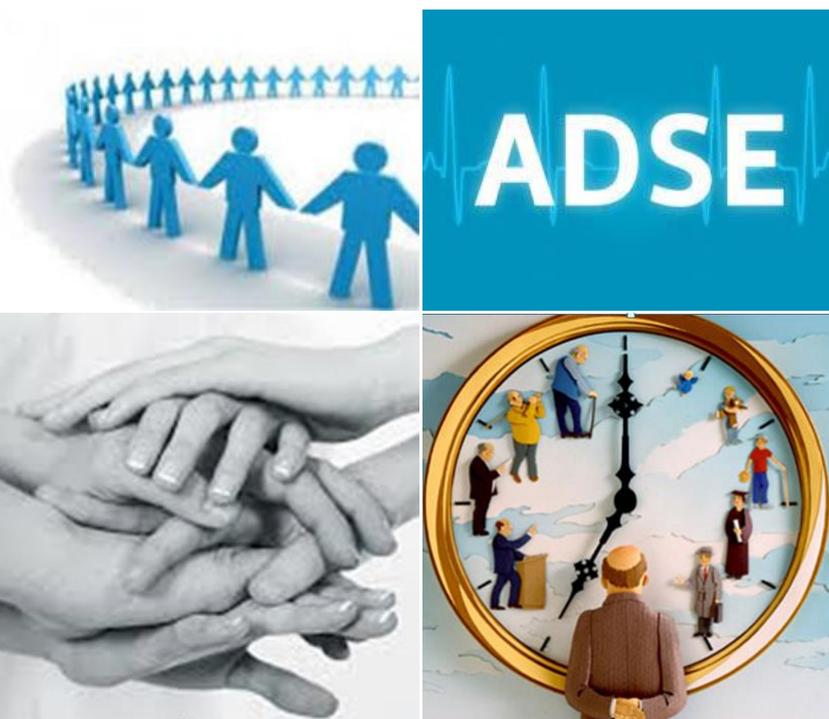




Tribunal de Contas

Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas

– ADSE –



**Promover
a verdade, a qualidade
e a responsabilidade
nas finanças públicas**

**Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção
Processo n.º 11/2014 - AUDIT**

**Volume I
Sumário Executivo**



Índice

VOLUME I

I. SUMÁRIO.....	7
1. Introdução	9
2. Principais Conclusões	10
3. Conclusões e Observações	14
4. Recomendações.....	40
5. Audição dos responsáveis em cumprimento do princípio do contraditório.....	48
II. EMOLUMENTOS	56
III. DETERMINAÇÕES FINAIS	56



Lista de Siglas e Acrónimos

Sigla	Designação
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ADM	Assistência na Doença aos Militares
ADSE	Sistema de Proteção Social
ADSE-DG	Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Pública
AL	Autarquia Local
AM	Aposentados da Madeira
ARS	Administrações Regionais de Saúde
BCE	Banco Central Europeu
CA	Corpos Administrativos
CC	Código Civil
CEE	Contribuição da Entidade Empregadora
CGA	Caixa Geral de Aposentações
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CITFP	Contrato Individual de Trabalho em Funções Públicas
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CRP	Constituição da República Portuguesa
CTT	Correios e Telecomunicações
DGAEP	Direção-Geral da Administração e do Emprego Público
DGAL	Direção-Geral das Autarquias Locais
DGO	Direção-Geral do Orçamento
DGTC	Direção-Geral do Tribunal de Contas
DGTF	Direção-Geral do Tesouro e Finanças
DR	Diário da República
DSAF	Direção de Serviços Administrativos e Financeiros
DSAB	Direção de Serviços de Administração de Benefícios
DSB	Direção de Serviços de Beneficiários
DUC	Documento Único de Cobrança
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESNS	Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
ESPAP	Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública
ESRS	Estatuto do Serviço Regional de Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
GERFIP	Serviços de Gestão de Recursos Financeiros e Orçamentais em Modo Partilhado
GESDUC	Sistema de Informação que gere a emissão e cobrança dos Documentos Únicos de Cobrança
GNR	Guarda Nacional Republicana
IASFA	Instituto de Ação Social das Forças Armadas
IGCP	Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública
IGF	Inspeção-Geral de Finanças
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INTOSAI	<i>International Organization of Supreme Audit Institutions</i>
IPO	Instituto Português de Oncologia
IAS SAÚDE	Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM
IRS	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
LBS	Lei de Bases da Saúde
LEO	Lei de Enquadramento Orçamental
LOE	Lei do Orçamento do Estado
LOPTC	Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MoU	Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica



NBDR	Notas ao Balanço e à Demonstração de Resultados
OE	Orçamento do Estado
PA	Programa de Auditoria
PAEL	Programa de Apoio à Economia Local
PGA	Plano Global de Auditoria
PGRC	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
POCP	Plano Oficial de Contabilidade Pública
PPP	Parcerias Público Privadas
PSP	Polícia de Segurança Pública
PT	Portugal Telecom
RA	Região Autónoma
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RM	Ressonância Magnética
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAD/GNR	Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SAD/PSP	Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SAMS	Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas
SCI	Sistema de Controlo Interno
SEE	Setor Empresarial do Estado
SEO	Secretário Estado do Orçamento
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE
SICOF	Sistema de informação de Conferência de Faturas
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias
SIR	Sistema de Informação de Reembolsos
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE
SRS/RA	Serviço Regional de Saúde (das Regiões Autónomas)
SS	Segurança Social
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TC	Tribunal de Contas
UE	União Europeia
UTAO	Unidade Técnica de Apoio Orçamental



Glossário

CAPITAÇÃO – Encargo suportado pelas entidades empregadoras com o financiamento do sistema. Com base num acordo que a entidade empregadora celebra com a ADSE-DG, aquela suporta um valor fixo por quotizado inscrito e, em contrapartida, a ADSE-DG assume o pagamento de todos os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde àqueles quotizados. A modalidade de financiamento através da capitação constitui a modalidade alternativa ao pagamento de reembolsos (de despesas do regime convencionado e do regime livre) e às quotizações e contribuições anuais para despesas de administração. A capitação constitui receita própria da ADSE-DG.

CONTRIBUIÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA - Encargo suportado, entre 2011 e 2014, pelos serviços do Estado: serviços integrados, serviços e fundos autónomos e outros organismos com autonomia administrativa e financeira, entre 2011 e 2014, com o financiamento do sistema. A contribuição da entidade empregadora constitui receita própria da ADSE-DG.

DESCONTO – Encargo suportado pelos quotizados com o financiamento do sistema. Incide sobre as remunerações dos quotizados no ativo e sobre as pensões de reforma e de aposentação dos quotizados aposentados. O desconto constitui receita própria da ADSE-DG.

REEMBOLSO (de despesas do regime convencionado) – Encargo suportado pelas entidades empregadoras da Administração Regional e Local (e até 2010, inclusive, dos serviços do Estado com autonomia administrativa e financeira) com o financiamento do sistema, correspondente às despesas, suportadas pela ADSE-DG, com cuidados de saúde prestados em estabelecimentos do SNS (até 2009 inclusive) e em entidades do regime convencionado aos quotizados trabalhadores daquelas entidades e respetivos familiares. O reembolso constitui receita própria da ADSE-DG.

REEMBOLSO (de despesas do regime livre) – Participação paga pela ADSE-DG ou pelas entidades empregadoras da Administração Regional e Local (e até 2010, inclusive, pelos serviços do Estado com autonomia administrativa e financeira), aos quotizados no âmbito da prestação de cuidados em regime livre. O quotizado suporta a totalidade da despesa e apresenta, nos serviços da ADSE-DG ou respetiva entidade empregadora, o recibo para reembolso de parte da despesa por ele incorrida.

REGIME CONVENCIONADO – Prestação de cuidados por entidades, singulares ou coletivas, do sector privado/social com os quais a ADSE-DG celebra convenções (acordos) para prestação de cuidados aos quotizados. Com base nestes acordos, o quotizado acede a um prestador de serviços de saúde, suportando o respetivo copagamento, sendo o remanescente faturado pelo prestador à ADSE-DG.

REGIME LIVRE – Prestação de cuidados por entidades, singulares ou coletivas, do sector privado/social, com as quais a ADSE-DG não celebrou qualquer convenção. O quotizado paga diretamente à entidade a totalidade da despesa, sendo posteriormente reembolsado pela ADSE ou pelas entidades empregadoras da Administração Regional e Local (e até 2010, inclusive, pelos serviços do Estado com autonomia administrativa e financeira) até um determinado montante.

QUOTIZAÇÃO/CONTRIBUIÇÃO PARA DESPESAS DE ADMINISTRAÇÃO - Encargo suportado anualmente pelas entidades empregadoras da Administração Regional e Local (e até 2010, inclusive, pelos serviços do Estado com autonomia administrativa e financeira) com o financiamento do sistema, relativo a despesas de administração suportadas pela ADSE.

QUOTIZADO – Designa no presente relatório o beneficiário da ADSE que contribui com os seus descontos para o sistema de saúde ADSE e respetivos familiares. Sem prejuízo de, no presente relatório, se manter, em alguns pontos e quadros a terminologia comumente utilizada no âmbito da ADSE, incluindo a designação “beneficiário”, um sistema assente em fundos privados disponibilizados pelos seus membros não oferece benefícios, dele decorrem obrigações que são contrapartida direta do contributo daqueles membros. Apesar da substituição do termo “beneficiário” por “quotizado” parecer tratar-se apenas de uma questão terminológica, a mesma reflete a realidade atual da ADSE, de financiamento assente nos descontos dos quotizados.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - Conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde, que tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva.

SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE DOS AÇORES - Conjunto articulado e coordenado de entidades prestadoras de cuidados de saúde, organizado sob a forma de sistema público de saúde, sob a tutela da Secretaria Regional competente, incumbindo-lhe a efetivação, na Região Autónoma dos Açores, da responsabilidade que a Constituição e a lei atribuem aos seus órgãos de governo próprio na promoção e proteção das condições de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE DA MADEIRA - Conjunto ordenado de instituições e serviços públicos, que desenvolvem atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, na área da saúde, funcionando sob a superintendência e a tutela do Secretário Regional dos Assuntos Sociais e dispõe de regime próprio, incumbindo-lhe a efetivação, na Região Autónoma da Madeira, da responsabilidade que a Constituição e a lei atribuem aos seus órgãos de governo próprio na promoção e proteção das condições de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

SUBSISTEMA DE SAÚDE - entidades públicas ou privadas que asseguram o acesso dos seus beneficiários aos cuidados de saúde, quer enquanto responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados àqueles pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, quer garantindo aos beneficiários um acesso a um conjunto de serviços ou cuidados, regra geral mediante a celebração de acordos ou convenções com prestadores privados de cuidados de saúde (regime convencionado), ou ainda mediante um mecanismo de reembolso de despesas com a aquisição de serviços médicos em entidades privadas não convencionadas (regime livre) (Fonte: ERS, maio de 2011).

TRANSFERÊNCIAS DO ORÇAMENTO DO ESTADO – Transferências de receitas gerais.



*Auditoria ao Sistema de
Proteção Social ADSE*

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO GERAL / SUPERVISÃO

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro
(Licenciado em Direito)

Auditor-Chefe

Pedro Fonseca (Licenciado em Economia)

EQUIPA DE AUDITORIA

Cristina Costa (Licenciada em Direito)
Conceição Silveiro (Licenciada em Auditoria)
Cristina Anastácio (Licenciada em Gestão de
Empresas)





I. SUMÁRIO

Em cumprimento dos Programas de Fiscalização do Tribunal de Contas para 2014 e 2015, aprovados em sessão do Plenário da 2ª Secção através das Resoluções n.º 10/2013, de 28 de novembro, e n.º 5/2014, de 27 de novembro, realizou-se uma auditoria de resultados ao sistema de proteção social aos trabalhadores em funções públicas - ADSE.

A auditoria teve por objetivo avaliar a eficácia, a eficiência e a economia da gestão do sistema de proteção social ADSE, na perspetiva da sua sustentabilidade financeira.

Sem prejuízo das condicionantes indicadas no ponto 3 do Volume II, não foram observadas quaisquer situações que obstassem ao normal desenvolvimento do trabalho, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstradas, no decurso da auditoria, pelos dirigentes e pelos funcionários de todas as entidades envolvidas.

Enquadramento e nota prévia

A auditoria decorreu num momento em que se perspetivam mudanças no funcionamento do sistema ADSE, em que decorre o estudo do modelo de organização administrativa e de governação da entidade gestora, e em que ocorreu a mudança do titular do cargo de Diretor-Geral da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015 (RCM), de 15 de janeiro¹, determinou a realização de um estudo sobre o novo modelo de governação da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, transversal aos sistemas de saúde dos militares das Forças Armadas (ADM), da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR) e da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP), tendo para o efeito sido criada² uma equipa técnica com a missão de estudar e propor o novo modelo de governação e os diplomas legais necessários. De acordo com a RCM, o novo modelo deve contemplar a participação dos Ministérios das Finanças, da Defesa Nacional, da Administração Interna e da Saúde e de representantes dos vários tipos de quotizados e promover ou reforçar a articulação entre os sistemas, aprofundando sinergias e otimizando a gestão dos recursos, mantendo a sua identidade, autonomia, representatividade, expressão orçamental distinta e especificidades próprias.

À data do contraditório da presente auditoria (abril de 2015), a Ministra de Estado e das Finanças e o Ministro da Saúde encontravam-se a aguardar a entrega das propostas da equipa técnica, referindo algumas medidas que se encontravam em estudo, algumas das quais indo ao encontro de recomendações do presente Relatório. Também, o Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, em contraditório, elencou algumas dessas medidas.

Posteriormente, em 4 de junho de 2015, o Conselho de Ministros aprovou:

¹ Publicada no DR, 1ª S, n.º 15, de 22 de janeiro.

² Despacho n.º 726-B/2015, de 22 de janeiro, da Ministra de Estado e das Finanças e dos Ministros da Defesa Nacional, da Administração Interna e da Saúde, publicado no DR, 2ª S, n.º 15, de 22 de janeiro. A equipa técnica tem por missão estudar e propor o novo modelo de governação e os diplomas legais necessários, tendo iniciado funções em 23 de janeiro de 2015, com um mandato de 60 dias. É composta por um representante do Ministério das Finanças, o Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, um membro do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Defesa Nacional, um membro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Administração Interna e um representante do Ministério da Saúde, que coordena a equipa, o Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.



- Um diploma que transfere a dependência da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas do Ministério das Finanças para o Ministério da Saúde (já prevista da Lei do Orçamento do Estado de 2015);
- A criação do órgão de coordenação dos subsistemas públicos de saúde, designado Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde.

Assim, importa sublinhar que as conclusões e recomendações do presente Relatório se sustentam na realidade observada até 2014 e na medida, preconizada no Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica vigente entre 2011 e 2014 e concretizada pelo Governo, de sustentabilidade do sistema ADSE com base exclusiva nos descontos dos quotizados, sendo totalmente colocada de parte a hipótese de em algum momento voltar a ser financiada pelo Estado, diretamente ou através de contribuições das entidades empregadoras.

Contraditório

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, o relato de auditoria foi enviado às entidades identificadas no ponto 5 deste Volume.

As alegações produzidas em sede de contraditório foram refletidas no texto do presente Relatório, destacando-se no ponto 5, em síntese, os comentários, de teor mais global, que algumas entidades apresentaram, bem como uma apreciação geral sobre os principais temas da auditoria.

Com o objetivo de contribuir para o mais amplo esclarecimento dos cidadãos, o Tribunal entende fazer constar do Volume III do presente Relatório, na íntegra, todas as alegações/respostas apresentadas, conferindo-lhes a mesma publicidade que é conferida ao restante documento.

Estrutura

O presente Relatório de Auditoria é **composto por três volumes**:

- Volume I – Sumário Executivo;
- Volume II – Desenvolvimento da Auditoria e Anexos;
- Volume III – Alegações no âmbito do contraditório.

Vista ao Ministério Público

Do projeto de relatório foi dada vista à Procuradora-Geral Adjunta junto deste Tribunal, nos termos e para os efeitos do artigo 29º, n.º 5, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto³.

³ Alterada e republicada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto e alterada pelas Leis n.ºs 35/2007, de 13 de agosto, 3-B/2010, de 28 de abril, 61/2011, de 7 de dezembro, 2/2012, de 6 de janeiro, e 20/2015, de 9 de março, que a republicou.



1. INTRODUÇÃO

Criada em 1963, a Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE), atualmente gerida pela Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE-DG) **garante aos seus cerca de 1,3 milhões de quotizados a possibilidade do recurso a prestadores privados**, essencialmente através de dois regimes: o regime convencionado, no qual o quotizado, utilizando a rede de prestadores com os quais existem convenções, suporta um copagamento, sendo a ADSE responsável pelo pagamento do remanescente do preço ao prestador, e o regime livre, no qual o quotizado exerce total liberdade de escolha e suporta a totalidade dos encargos sendo, posteriormente, parcialmente reembolsado pela ADSE.

Em 2012, juntamente com os outros subsistemas públicos de saúde (ADM; SAD/PSP; SAD/GNR⁴), a ADSE representou cerca de 21% (€ 317 milhões) do financiamento total da despesa em hospitais privados⁵. Sendo a entidade gestora de um dos maiores subsistemas de saúde, a ADSE-DG revela um potencial negocial que não deve ser negligenciado⁶.

A ADSE-DG sofreu, desde 2009, mudanças significativas na sua estrutura de custos e de proveitos, sendo de salientar as **profundas alterações verificadas no seu esquema de financiamento**, que se traduziram na redução significativa dos fundos públicos afetos ao sistema, compensados com o aumento dos descontos dos quotizados.

A **diminuição do financiamento público** foi o resultado, por um lado, da **avocação pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 2010, de encargos financeiros que são da sua responsabilidade originária e que têm de ser financiadas por receitas provenientes de impostos**⁷, mas que a ADSE-DG vinha suportando até então, e, por outro, do **aumento, em 2013 e 2014, da taxa de desconto aplicável às remunerações e pensões dos quotizados da ADSE**.

O desconto cobrado aos quotizados aumentou 158% entre 2009 e 2014, obtendo-se neste ano uma cobertura dos custos diretamente da responsabilidade da ADSE⁸ na ordem dos 136%.

Para 2015, a ADSE-DG mantém a responsabilidade legal por despesa que não deve, pela sua natureza, ser financiada pelos descontos dos quotizados, mas sim por receitas gerais provenientes de impostos.

⁴ Assistência na Doença dos Militares (ADM) Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP) e Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR).

⁵ Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Conta Satélite da Saúde, Despesa Corrente por Função e Agente Financiador.

⁶ Considerando, designadamente, o universo de quotizados e a informação de mercado de que dispõe por via das participações de despesas do regime livre. A título comparativo, em 2014, a população da ADM era de 123.822 (Fonte: IASFA), da SAD/PSP de 70.308 (Fonte: PSP) e da SAD/GNR de 85.293 (Fonte: GNR).

⁷ Considerando que são estas que financiam os cuidados prestados ou da responsabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde.

⁸ Custos de administração, custos com o regime livre e custos com o regime convencionado.



2. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

1. Até ao ano de 2013, os quotizados da ADSE beneficiaram do financiamento público do sistema, em complemento aos seus descontos. Em contrapartida, o Estado exerceu a gestão estratégica e financeira da ADSE, utilizando-a para prosseguir fins públicos associados às funções sociais do Estado.
2. A partir de 2013, verificaram-se aumentos da taxa de desconto aplicável às remunerações e pensões dos quotizados da ADSE, justificados pela necessidade de garantir a autossustentabilidade do sistema.
3. **O aumento da taxa de desconto de 2014, que partiu de proposta do Governo e não da ADSE-DG, enquanto entidade gestora do sistema, não resultou de necessidades de financiamento de curto ou médio prazo da ADSE, mas da necessidade, decorrente do Memorando de Entendimento sobre as Condiçionalidades de Política Económica, de compensar a redução do financiamento público do sistema.**

De facto, o aumento **não decorreu de ajustamentos no esquema de benefícios, nem foi precedido de qualquer estudo sobre a sustentabilidade do sistema** no médio-longo prazo, **ou, sequer, justificado pelas necessidades de tesouraria** de curto prazo.

4. Como consequência desse aumento, a **receita proveniente do desconto dos quotizados revelou-se, em 2014, manifestamente excessiva (em € 138,9 milhões) face às necessidades de financiamento do esquema de benefícios** (regimes livre, convencionado e custos de administração)⁹.

A situação excedentária mantém-se no orçamento do Estado para 2015, considerando o excedente que decorre dos mapas orçamentais: € 89,4 milhões, mais 20% do que as necessidades previstas de financiamento do esquema de benefícios.

5. Estes excedentes estão a ser utilizados em proveito do Estado, como **forma de resolver problemas de equilíbrio do orçamento do Estado** através do aumento artificial da receita pública¹⁰, dada a inexistência de qualquer fundamentação sobre a sua proporcionalidade face aos objetivos de autofinanciamento e de sustentabilidade do sistema no médio-longo prazo.
6. **O regime administrativo e financeiro da ADSE-DG, de mera autonomia administrativa, tem causado constrangimentos à gestão, com prejuízo para os quotizados.** De facto, a ADSE-DG tem uma **propriedade muito limitada sobre os excedentes gerados pelo aumento da taxa de desconto para 3,5%**, visto que **não os pode utilizar livremente**, seja no financiamento de despesa de saúde ou na obtenção de **uma remuneração** pela subscrição de aplicações financeiras ou, eventualmente, pela aplicação noutros investimentos.

Pelo contrário, é o Estado quem tem beneficiado da utilização desses excedentes, provenientes dos quotizados da ADSE, a uma taxa de 0%, isto é, sem qualquer remuneração paga à ADSE-DG¹¹.

⁹ Os excedentes indicados foram apurados considerando a receita proveniente do desconto face à despesa com os regimes livre e convencionado e de administração, tendo como objetivo relacionar o desconto com a despesa que o mesmo deve suportar, considerando a sustentabilidade da ADSE sem outras receitas e sem despesas que não podem ser financiadas pelo desconto. Porém a totalidade das receitas e despesas de ADSE, em 2014, gerou um excedente de cerca de € 200,8 milhões.

¹⁰ Embora consignada ao financiamento do sistema de benefícios ADSE, a receita proveniente dos descontos dos quotizados é, contabilisticamente, receita de um serviço integrado do Estado (a Direção-Geral da ADSE), pelo que tem reflexo direto na receita prevista no orçamento do Estado.

¹¹ Tal não acontece quando o Estado usa, no financiamento da sua atividade, fundos disponibilizados por outros cidadãos/contribuintes, por exemplo através de instrumentos de dívida como os certificados de aforro ou as obrigações do tesouro.



7. O regime jurídico que regula o esquema de benefícios e a responsabilidade financeira da ADSE pelos cuidados prestados aos seus quotizados **encontra-se desajustado** da atual estrutura de financiamento da ADSE, assente no seu financiamento por fundos privados provenientes do desconto dos quotizados.

De facto, em 2014 e 2015 a ADSE-DG continuou e **continua a assumir encargos que não são da sua responsabilidade, uma vez que têm de ser financiados por fundos públicos com origem em receitas gerais do Estado**, para as quais os quotizados da ADSE já contribuem através do pagamento de impostos¹².

8. São **exemplos de encargos que têm de ser financiados por receitas gerais provenientes dos impostos**, e que, a serem suportados pelos quotizados da ADSE, os sujeita a uma dupla tributação do rendimento, os seguintes:

- ✚ a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos¹³;
- ✚ a assistência médica no estrangeiro quando esta não resulta da livre vontade do quotizado¹⁴;
- ✚ os cuidados respiratórios domiciliários prescritos por entidades do Serviço Nacional de Saúde;
- ✚ o transporte de doentes de e para entidades do Serviço Nacional de Saúde;
- ✚ os meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos em entidades do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira;
- ✚ a verificação domiciliária da doença e a realização de juntas médicas, pela ADSE-DG, a pedido das entidades empregadoras, no âmbito do controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas em situação de doença, atividade alheia ao esquema de benefícios da ADSE.

Estes encargos têm um valor estimado de cerca de € 40 milhões¹⁵

9. A existência e a utilização da ADSE pelos seus quotizados **diminuem a pressão sobre o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços Regionais de Saúde**, não só no que respeita ao seu financiamento mas também nas condições de acesso aos cuidados de saúde, pela procura de cuidados de saúde que é satisfeita no âmbito da ADSE.

10. Entre **2011 e 2014 registaram-se 4.009 renúncias à condição de quotizado da ADSE, 74% das quais em 2014**, ano em que a taxa de desconto foi aumentada de 2,5% para 3,5%. Apesar do número de renúncias ser, ainda, pouco significativo face ao universo dos quotizados, estas têm sido mais frequentes nos quotizados com rendimentos mais elevados, que são contribuintes líquidos do sistema, situação que, a continuar e a prazo, **poderá por em causa a sua sustentabilidade**¹⁶.

¹² Embora em 2014 a ADSE-DG ainda tenha utilizado contribuição da entidade empregadora para cobrir parte destes encargos, em 2015, este financiamento poderá não ser suficiente para o efeito.

¹³ Designadamente a comparticipação de medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas, já que em 2015 a responsabilidade pelo financiamento de medicamentos dispensados em farmácias do continente foi transferida para o Serviço Nacional de Saúde (art.º 153º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro - Lei do Orçamento do Estado).

¹⁴ Encargos com os cuidados de saúde realizados em países fora do espaço europeu por falta de meios em Portugal e encargos que os Estados membros da União Europeia suportam com: (i) a assistência médica prestada no espaço económico europeu a trabalhadores em funções públicas (ativos e aposentados) e respetivos familiares que, por falta de meios em Portugal, aí se deslocam ou que, deslocando-se, em situação de férias ou outra, necessitam, de uma forma imprevista, de cuidados de saúde; (ii) a capitação que os Estado membros suportam com os trabalhadores em funções públicas já aposentados e com familiares de trabalhadores em funções públicas a quem se prestam cuidados de saúde no país europeu onde residem.

¹⁵ De acordo com o orçamento da ADSE-DG para 2015. Para além das prestações *supra* elencadas, que o Tribunal considera deverem ser financiadas por fundos públicos, a ADSE-DG refere, ainda, nos seus Relatórios de Atividades e na proposta de orçamento para 2015, o internamento psiquiátrico (€ 4,1 milhões) e o tratamento de doenças prolongadas (v.g. doentes oncológicos - despesa com quimioterapia e radioterapia, € 20,1 milhões) como exemplos de outros encargos.

¹⁶ No caso destes quotizados, o esforço financeiro suportado poderá ser superior às vantagens que retiram do sistema de benefícios. De facto, o esforço financeiro dos quotizados do último escalão (136%) ultrapassa o esforço financeiro dos titulares de seguros (121%), sendo certo que o esforço financeiro dos quotizados da ADSE cobre despesa com familiares.



11. Se, por hipótese, 50% dos quotizados dos dois escalões mais elevados tivessem saído do sistema¹⁷, o esforço financeiro público, em 2013, teria aumentado de 33,5% para 37% e a taxa de desconto necessária para suportar a totalidade dos custos teria sido de, pelo menos, 2,9%, ao invés de 2,7%¹⁸. Para garantir um excedente de 10% da receita, face aos custos, a taxa necessária seria de 3,9%.
12. Tendo em conta o objetivo de alargamento da base de quotizados, bem como as renúncias *supra* descritas, **a atual impossibilidade de readmissão à ADSE na sequência de renúncia carece de revisão, por falta de fundamento**. Na verdade, bastará **introduzir critérios que assegurem a equidade entre quotizados e a sustentabilidade do sistema**, estabelecendo as condições de readmissão. Neste sentido, e por hipótese, bastará que, no processo de readmissão, seja exigida a reconstrução da respetiva “carreira contributiva”, através de um pagamento correspondente aos custos médios por quotizado (mais eventuais reservas constituídas) verificados no período de não contribuição.
13. **As tabelas do regime convencionado não se encontram atualizadas** (a maioria data de 1994) e **não cobrem todos os cuidados de saúde**. Embora os cuidados de saúde não previstos possam ser reembolsados através do regime livre, em média, apenas 32% desse custo é comparticipado pela ADSE, gerando insatisfação dos quotizados e constituindo uma limitação do acesso aos cuidados de saúde pelos quotizados.
14. **A ADSE-DG suporta encargos com 504.265 quotizados e beneficiários que não contribuem para o seu financiamento, representando quase 40% do total:**
 - ✚ Quotizados cujos **descontos não lhe são entregues** pelas entidades empregadoras (em 2014, cerca de 64.374 quotizados titulares e beneficiários familiares das Administrações Regionais da Madeira e dos Açores), que custaram à ADSE-DG cerca de € 2,1 milhões anuais¹⁹. Estes encargos são suportados com os descontos dos restantes quotizados, colocando em causa a solidariedade e a sustentabilidade do sistema.
 - ✚ Beneficiários **isentos do pagamento de qualquer contribuição** (cerca de 41.713 quotizados titulares aposentados²⁰ e de 398.178 beneficiários familiares²¹, dos quais 280.509 descendentes com idades até 19 anos), cujos custos anuais se estimam em € 146,5 milhões²² e que podem colocar em causa a sustentabilidade do sistema a longo prazo.
15. **O sistema é sustentável a curto e eventualmente a médio prazo**, tendo em conta as taxas de cobertura, pelo desconto, dos cuidados de saúde prestados. O seu **alargamento aos trabalhadores em regime de contrato individual** de trabalho da Administração Pública, no âmbito do Código do Trabalho²³, e a outros interessados que não façam parte do Setor Público, desde que reduza ou pelo menos não degrade a idade média do quotizado e melhore a base *per capita* de incidência do desconto, **reforçará a sua sustentabilidade**.
16. **A nova realidade de financiamento do esquema de benefícios da ADSE, baseado em fundos privados e não em dinheiros públicos, suscita a necessidade da reconfiguração da sua natureza, forma e estatuto, bem como da definição de um modelo de governação interna que salvguarde os ativos e promova a**

¹⁷ Tendo em conta que os mesmos representavam, nos respetivos escalões, 5% dos custos da ADSE-DG com os regimes livre e convencionado e 10% do valor do desconto cobrado em 2013.

¹⁸ Cfr. parágrafo 47.

¹⁹ Custo médio com o regime convencionado e com a administração entre 2011 e 2014.

²⁰ Quotizados cujo valor da pensão de reforma ou de aposentação, após a aplicação da taxa de desconto, seja inferior ao valor da retribuição mínima mensal garantida (Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro).

²¹ Cônjuges, descendentes e ascendentes, nas situações previstas no esquema de benefícios. Refira-se que os descontos dos quotizados titulares incidem sobre a respetiva remuneração/pensão, sendo independente do número de familiares inscritos. Não se incluíram os familiares dos quotizados das Administrações Regionais da Madeira e dos Açores por já estarem incluídos no ponto anterior.

²² Considerando o custo médio do esquema de benefícios por quotizado, em 2013 (cerca de € 332,97).

²³ Trabalhadores das Administrações Públicas em Contas Nacionais e Sociedades do Setor Público não classificadas nas Administrações Públicas.



sustentabilidade do sistema de proteção social, pelo que se considera pertinente, no caso da sua manutenção na esfera pública, que se pondere:

- ✚ a atribuição do regime jurídico-financeiro de autonomia administrativa e financeira;
- ✚ o seu posicionamento orgânico na estrutura da Administração Pública (administração indireta ou autónoma);
- ✚ a revisão da missão e dos objetivos da ADSE, de modo a que os mesmos não se confundam com o exercício de funções que competem ao Estado (v.g. a isenção de pensionistas do pagamento do desconto para o sistema ADSE, prevista no atual esquema de benefícios²⁴);
- ✚ a elaboração de critérios que definam a constituição de reservas e promovam a estabilidade dos custos de administração da ADSE-DG, nos níveis atuais, não ultrapassando o valor de € 6,5 por quotizado, salvo se esse aumento tiver contrapartida, quantificada, da qual resulte uma relação Custo-Benefício favorável;
- ✚ o poder de administrar e dispor do património, constituído pelos descontos dos quotizados;
- ✚ a possibilidade de rentabilização dos excedentes, permitindo à ADSE-DG rentabilizar os seus excedentes em aplicações disponibilizadas pela Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública – IGCP, E.P.E, ou por outras instituições financeiras, públicas ou privadas, excecionando-a do regime da unidade de tesouraria do Estado, uma vez que esses excedentes resultam apenas de fundos privados, consignados a fins privados;
- ✚ a participação dos quotizados da ADSE²⁵ na sua governação, ao nível das decisões estratégicas e do controlo financeiro (v.g. aprovação de planos e relatórios de atividades e de documentos de prestação de contas), assegurando, também, o direito de veto sobre todas as decisões que possam afetar a sustentabilidade no curto, médio e longo prazo, e sobre a aplicação de excedentes;
- ✚ a determinação do poder decisional das entidades que vierem a participar na governação da ADSE de forma proporcional ao seu contributo real e efetivo para os ativos tangíveis e intangíveis da ADSE;
- ✚ a aproximação paulatina dos critérios de gestão da ADSE aos utilizados pelas entidades seguradoras ou por organizações de mutualização dos riscos de saúde;
- ✚ um modelo de tutela conjunta, no âmbito das atribuições dos ministérios das finanças, da saúde e da segurança social;
- ✚ a sujeição aos poderes de regulação de uma entidade reguladora independente.

²⁴ Artigo 47º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com a redação dada pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro.

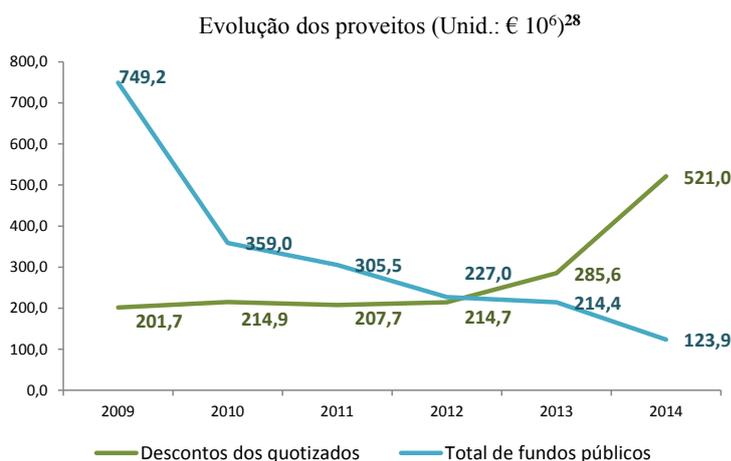
²⁵ A participação de todos os quotizados da ADSE deve ser garantida, através de organizações que os representem, e não através de organizações sindicais, que não representam necessariamente os quotizados.

3. CONCLUSÕES E OBSERVAÇÕES

A estrutura de financiamento da ADSE e os encargos que têm de ser financiados por fundos públicos (cfr. Vol. II, pontos 7.1.2, 7.1.3, 9.2 e 10)

17. Em 2014, as **despesas diretamente relacionadas com o esquema de benefícios da ADSE**, nomeadamente as relativas aos custos de administração, aos custos com o regime livre e aos custos com o regime convencionado, **foram na sua totalidade cobertas** pelos fundos privados com origem nos descontos suportados **pelos quotizados da ADSE**. Prevê-se que em 2015 o continuem a ser.
18. Para além da despesa relativa a este esquema de benefícios, a ADSE-DG suportou e continua a suportar **encargos que não são da sua responsabilidade**, como aqueles cuja responsabilidade é do Serviço Nacional de Saúde e, nas Regiões Autónomas, dos Serviços Regionais de Saúde²⁶ ou do Estado entidade empregadora.
19. Estes encargos têm vindo a ser **financiados por fundos públicos, provenientes das receitas gerais do Estado**, através da responsabilização das entidades empregadoras. Até 2013, inclusive, as entidades empregadoras financiaram também a despesa com os cuidados de saúde prestados nos regimes convencionado e livre e as despesas de administração.

20. O **financiamento da ADSE-DG com origem em receitas provenientes dos impostos** diminuiu de € 749,2 milhões, em 2009, para € 214,4 milhões, em 2013, tendo a maior quebra sido registada em 2010, ano em que esse financiamento foi de € 359 milhões. Em 2014, o peso do financiamento público da ADSE-DG foi de apenas 19,2% (€ 123,9 milhões) do total (€ 644,9 milhões)²⁷.



Fonte: DR, Balançetes, Relatórios Atividades; 2014 ADSE/DSAF-Relatório Financeiro; 2015 Previsão OE

21. A **diminuição do financiamento público** foi o resultado:

- ✚ Da **avocação pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 2010, de encargos financeiros que sendo da sua responsabilidade originária**²⁹, o Estado havia transferido, na década de 90 do século XX, para a ADSE, quando a mesma era concebida como um subsistema de saúde, responsável pelo financiamento da totalidade dos cuidados de saúde prestados aos quotizados nela inscritos.

²⁶ Incluindo os prestados pelos serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde e a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos que eram, assim, pagos pela ADSE-DG. Em resultado dessa responsabilização, a ADSE-DG era financiada pelo Estado.

²⁷ Fonte: ADSE/DSAF – Execução de tesouraria, dezembro de 2014.

²⁸ Total de fundos públicos inclui: Transferências de receitas gerais do OE (até 2011), contribuição da entidade empregadora (2011-2014; 2014 corrigido da reversão de cerca de € 35,1 milhões para os cofres do Estado, cfr. LOE 2014; 2015 contribuição de 2014 que não foi cobrado nesse ano), encargos com o sistema suportados por outras entidades empregadoras (reembolsos, capitações, comparticipação em despesas de administração; 2014, corrigido do montante de € 7,2 milhões de regularização de dívida de entidades do SNS que a ADSE-DG cobrou durante este ano, por ser matéria controvertida com o Ministério da Saúde). Desde 2012 que a ADSE-DG é financiada por receitas próprias, sem recorrer a receitas gerais do OE.

²⁹ A responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos cidadãos encontra-se originariamente a cargo do Estado, através do SNS, cfr. art.º 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP) e Lei de Bases da Saúde (LBS).



A avocação teve por base Memorandos de Entendimento celebrados entre representantes do Ministério da Saúde e dos Ministérios que integram subsistemas públicos de saúde³⁰ e, como consequência, uma diminuição gradual do financiamento público da ADSE-DG.

- Do **aumento, em 2013 e 2014, da taxa de desconto aplicável às remunerações e pensões dos quotizados da ADSE**, em cumprimento dos objetivos estabelecidos no Memorando de Entendimento sobre as Condiçionalidades de Política Económica (MoU)³¹ com vista à redução do custo orçamental global com os sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas e ao seu autofinanciamento³².

- A avocação *supra* referida refletiu-se nos **custos da ADSE com despesas de saúde**, que diminuíram 50% de 2009 para 2013. No entanto, apesar dessa avocação gradual, a despesa de 2014, de € 443,4 milhões, bem como as dotações orçamentais da ADSE-DG para 2015, incluem, ainda, encargos da responsabilidade originária do SNS e dos Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (SRS/RA)³³ que têm de ser suportados por receitas gerais provenientes dos impostos.
- As **contribuições dos quotizados** são receita própria da ADSE-DG e têm origem nos descontos sobre os vencimentos dos trabalhadores e sobre as pensões de aposentação e reforma das pessoas singulares que mantêm ou mantiveram uma relação laboral com entidades públicas. Esta receita encontra-se **consignada ao pagamento dos benefícios concedidos pela ADSE aos seus quotizados** nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação³⁴.

Desconto vs custos (Unid.: € 10⁶)



Fonte: DR, Balancetes, Relatórios Atividades, 2014 ADSE/DSAF - Relatório Financeiro

- Considerando a despesa que pode ser financiada pelo desconto (despesa com cuidados de saúde prestados em regime livre e regime convencionado e despesas de administração), a mesma foi, **em 2014, totalmente financiada por este**, tendo inclusivamente o **desconto cobrado ultrapassado em € 138,9 milhões o montante da despesa**.

- Em 2013 os **custos com o regime convencionado** foram de € 288,7 milhões e **com o regime livre** de € 132,9 milhões, respetivamente, mais 32% e 16% do que em 2009. O acréscimo do regime livre ocorreu essencialmente em 2011 (+18% do que no ano anterior), ano em que a ADSE-DG assumiu os encargos com a prestação de cuidados neste regime aos quotizados dos serviços e fundos autónomos em contrapartida destes financiarem o sistema através da contribuição da entidade empregadora, então criada. Desde então, os custos com o regime livre têm diminuído. Em 2014, a despesa com estes regimes foi de € 248,3 milhões (convencionado) e de € 126,5 milhões (livre)³⁵.

³⁰ Ministério das Finanças (ADSE), Ministério da Defesa Nacional (ADM - Assistência na Doença aos Militares), e Ministério da Administração Interna (SAD/PSP - Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública; SAD/GNR - Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana).

³¹ Vigente no período de 2011 a 2014.

³² De acordo com o Memorando, estes objetivos seriam alcançados, até 2015, através, por um lado, da diminuição do financiamento público e, por outro lado, do ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde.

³³ As atribuições e competências do SNS, nas Regiões Autónomas, são desenvolvidas pelos Serviços Regionais de Saúde, cfr. art.º 64º da Constituição da República Portuguesa e Base VIII da Lei de Bases da Saúde. Estes são financiados pelos orçamentos das Regiões, considerando a sua autonomia política, administrativa e financeira.

³⁴ Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, e, já anteriormente, Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro.

³⁵ Fonte: ADSE/DSAF – Execução de tesouraria, dezembro de 2014.



26. **Entre 2009 e 2014 o desconto cobrado aos quotizados aumentou 158%**, de € 201,7 para € 521 milhões³⁶, obtendo-se uma cobertura dos custos diretamente da responsabilidade da ADSE³⁷ na ordem dos 136%. Apesar deste excedente, o orçamento de 2015 prevê uma receita proveniente dos descontos ainda superior, de € 546 milhões.
27. Em 2014, **a receita cobrada pela ADSE-DG proveniente da contribuição da entidade empregadora, portanto com origem nas receitas gerais de impostos, foi utilizada para o pagamento de despesa que deve ser financiada por fundos públicos:**
- + participação do Estado no preço dos medicamentos;
 - + assistência médica no estrangeiro quando esta não resulta da livre vontade do quotizado³⁸;
 - + e controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas por motivos de doença e acidente em serviço.
28. As duas primeiras despesas são assumidas pelo Serviço Nacional de Saúde e pelos Serviços Regionais de Saúde dos Açores e da Madeira para a generalidade dos cidadãos, sendo financiados para o efeito por receitas gerais de impostos. Suportando os quotizados da ADSE as mesmas taxas de impostos dos restantes cidadãos, a eventual alocação do desconto para a ADSE a despesa que é responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde constituiria uma **dupla tributação do rendimento pessoal desses quotizados**.
29. A atividade de verificação domiciliária da doença e de realização de juntas médicas, no âmbito do **controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas** por motivos de doença e acidente em serviço, é alheia às finalidades e ao esquema de benefícios da ADSE, pelo que não pode ser suportada e financiada com o desconto dos quotizados. Em 2013 e em 2014, estes encargos ascenderam a € 544 mil e a € 539 mil, respetivamente. Em 2015, de acordo com o orçamento da ADSE-DG, esses encargos ascenderão a € 610 mil.
30. As alegações apresentadas pelo Diretor-Geral da ADSE permitem concluir que não se perspetiva a revogação das competências da ADSE-DG em matéria de controlo de faltas, sem prejuízo de aquele responsável concordar que *“... não se afigura legítimo que a atividade de verificação da doença (...) seja financiada pelo recurso (...) aos descontos dos ...”* quotizados, tendo apresentado, em janeiro de 2015, uma proposta ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, sobre os valores a cobrar por essas atividades às respetivas entidades empregadoras, a qual foi encaminhada para a equipa técnica constituída no âmbito da RCM n.º 5/2015.
31. Porém, o Tribunal mantém a recomendação no sentido de as atividades da ADSE em matéria de verificação da doença de quotizados que se encontram em situação de falta, justificada por baixa médica, serem revogadas, porquanto as mesmas não se enquadram no âmbito do sistema de benefícios.
32. Para além destas despesas, **a ADSE-DG suportou, com o desconto dos quotizados, despesas de saúde no âmbito dos regimes livre e convencionado que incluem também encargos que o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços Regionais de Saúde assumem para a generalidade dos cidadãos:**
- + cuidados respiratórios domiciliários prescritos por entidades do Serviço Nacional de Saúde;
 - + transporte de doentes de e para entidades do Serviço Nacional de Saúde;

³⁶ Fonte: ADSE/DSAF – Execução de tesouraria, dezembro de 2014.

³⁷ Custos de administração, custos com o regime livre e custos com o regime convencionado.

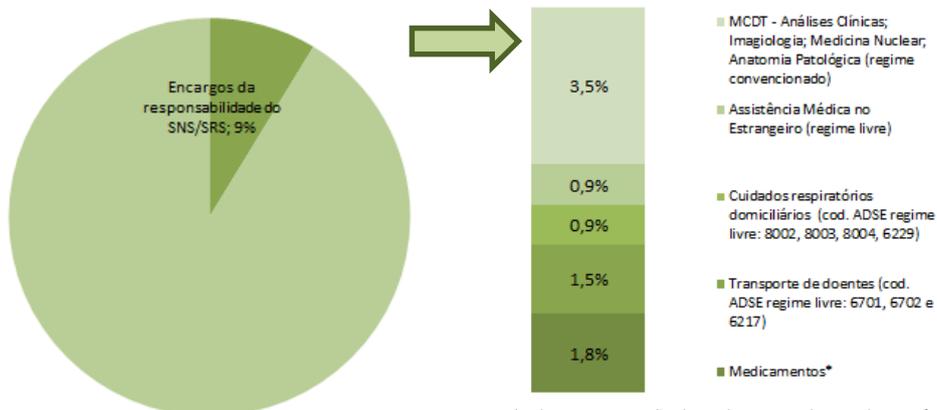
³⁸ A saber: (1) Encargos que os Estados membros da União Europeia suportam com: (i) a assistência médica prestada no espaço económico europeu a trabalhadores em funções públicas (ativos e aposentados) e respetivos familiares que, por falta de meios em Portugal, aí se deslocam ou que, deslocando-se, em situação de férias ou outra, necessitam, de uma forma imprevista, de cuidados de saúde; (ii) a capitação que os Estados membros suportam com os trabalhadores em funções públicas já aposentados e com familiares desses trabalhadores a quem se prestam cuidados de saúde no país europeu onde residem; (2) Encargos com os cuidados de saúde realizados em países fora do espaço europeu por falta de meios em Portugal.



- meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos em entidades do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde.

33. Em 2015, o orçamento da ADSE-DG continua a prever a assunção de encargos que têm de ser financiados por receitas provenientes dos impostos³⁹.
34. Estima-se que, em 2013 os encargos da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde tenham ascendido a cerca de € 96,4 milhões, cerca de 20% do total dos custos contabilísticos com a saúde registados pela ADSE-DG nesse ano, € 484,6 milhões. Mesmo refletindo neste apuramento as alterações relativas à responsabilidade por cada um dos encargos previstas para 2015, os mesmos ascenderiam ainda a € 42 milhões⁴⁰, 9% dos custos com a saúde, com a composição que se apresenta no gráfico seguinte. De acordo com o orçamento da ADSE-DG para 2015, esses encargos ascenderão, neste ano, a € 39,5 milhões⁴¹.

Encargos que são originariamente da responsabilidade do Estado, através do SNS, e das Regiões Autónomas, através dos SRS/RA (2013, com alterações de LOE 2015)



*Inclui comparticipação de medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas ascenderam a cerca de € 8,7 milhões.

35. A assunção pela ADSE-DG de encargos que são assumidos para a generalidade dos cidadãos pelo Serviço Nacional de Saúde e pelos Serviços Regionais de Saúde é o resultado de a ADSE-DG ser, ainda, tida como um subsistema de saúde, responsável pelo financiamento de todos os cuidados de saúde prestados aos seus quotizados, incluindo os da responsabilidade daqueles Serviços.
36. Ora, o financiamento da ADSE-DG assente exclusivamente no desconto dos quotizados não é compatível com a conceção da ADSE como um subsistema de saúde, mas antes com um sistema

³⁹ Apenas a previsão de encargos com a comparticipação de medicamentos foi reduzida aos dispensados nas farmácias sedeadas nas Regiões Autónomas, considerando a autonomia política, administrativa e financeira dos Serviços Regionais de Saúde relativamente ao Serviço Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde. De facto, a LOE 2015 estabeleceu a assunção pelo Serviço Nacional de Saúde dos encargos com a comparticipação dos medicamentos dispensados a quotizados da ADSE, ficando por resolver a questão dos medicamentos dispensados nas Regiões Autónomas. Desde abril de 2013 e durante o ano de 2014, o Serviço Nacional de Saúde assumiu os encargos com a comparticipação dos medicamentos dispensados a quotizados da ADSE, como contrapartida de a ADSE-DG transferir parte da receita pública cobrada (contribuição da entidade empregadora) para a entidade gestora do SNS, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Entre 2011 e abril de 2013, a ADSE-DG suportava a comparticipação de medicamentos prescritos por entidades privadas (não pertencentes ao SNS) a quotizados da ADSE. Até 2011, a ADSE-DG suportava a comparticipação de medicamentos de todos os quotizados independentemente do local de prescrição (i.e., incluindo entidades do SNS).

⁴⁰ Tudo o resto constante e abatendo o montante suportado pela ADSE-DG, em 2013, com despesas com a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos dispensados nas farmácias localizadas no continente (cerca de € 54,4 milhões, incluindo transferências para a ACSS).

⁴¹ Para além das prestações *supra* elencadas, que o Tribunal considera deverem ser financiadas por fundos públicos, a ADSE-DG refere, ainda, nos seus Relatórios de Atividades e na proposta de orçamento para 2015, o internamento psiquiátrico (€ 4,1 milhões) e o tratamento de doenças prolongadas (v.g. doentes oncológicos - despesa com quimioterapia e radioterapia, € 20,1 milhões) como exemplos de outros encargos.



extrínseco ao Serviço Nacional de Saúde e aos Serviços Regionais de Saúde, à semelhança dos seguros de saúde, visto estar-se em presença de dinheiros privados, afetos a fins privados, alheios ao Estado.

37. De facto, não podendo ser negados, aos quotizados da ADSE, os mesmos direitos que assistem à generalidade dos cidadãos em termos da prestação de cuidados de saúde, os descontos que suportam como quotizados da ADSE constituem uma mera garantia da possibilidade, complementar ao seu direito de utilização do SNS, de optar por um prestador privado não integrado neste serviço e de usufruir de cuidados não cobertos pelos mesmos para a generalidade dos cidadãos.
38. A responsabilização financeira da ADSE-DG por prestações a que os quotizados têm direito como utentes do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde está ainda na origem de práticas discriminatórias dos primeiros, face aos cidadãos em geral, que não são consentâneas com os princípios da universalidade e igualdade que caracterizam o acesso ao Serviço Nacional e aos Serviços Regionais de Saúde, e podem influenciar decisões de renúncia ao esquema de benefícios da ADSE.
39. Em contraditório, a Ministra de Estado e das Finanças, através da Chefe do Gabinete, salienta que o preâmbulo da RCM n.º 5/2015, de 15 de janeiro, prevê a complementaridade dos subsistemas face ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo que *“... esta importante alteração não deixará de constar da proposta da equipa técnica.”* e que o Gabinete já *“... solicitou aos serviços da ADSE a identificação desses cuidados e a sua quantificação ...”*. No mesmo sentido, o Diretor-Geral da ADSE informou que a equipa técnica deverá apresentar propostas com vista a *“Identificar claramente os encargos com as prestações que devem ser assumidas pelo SNS e pelos SRS e não pelo subsistema complementar de saúde ADSE”*. Refira-se que os cuidados identificados e quantificados, em sede de contraditório, não incluem os meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o serviço de transporte de doentes com origem em decisão do SNS, que também deverão ser considerados.
40. O Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, considera *“... pertinente a elaboração de um estudo que clarifique, de forma exhaustiva, as condições em que o financiamento da prestação é da responsabilidade do SNS ou da ADSE ...”* e que *“... avaliará o impacto financeiro da eventual assunção de novos compromissos pelo SNS, de forma a assegurar-se a sua sustentabilidade futura.”*
41. Os membros dos Governos Regionais, através dos Chefes do Gabinete, consideram que a *“... repartição de encargos [entre o] Orçamento Regional [e a] ADSE, (...) deverá ser prioritári[a] (...) na perspetiva de uma solução de equilíbrio entre a afetação de recursos e a partilha (...) e clarificação das responsabilidades de ambas as partes.”* (Secretário Regional do Plano e Finanças da Madeira, através do Chefe do Gabinete) e *“... que o relato tem a virtualidade de alertar para a necessidade de se repensarem as responsabilidades financeiras da ADSE, podendo conduzir a transformações legislativas que contribuam para uma maior clarificação das relações financeiras entre o SNS/SRS RA e ADSE-DG ...”* (Vice-Presidente do Governo Regional Emprego e Competitividade Empresarial dos Açores, através do Chefe do Gabinete).
42. Existindo, já em 2015, o risco de o desconto dos quotizados vir a financiar estes serviços, o Tribunal alerta para a urgência da transferência destes encargos para o SNS e para os SRS/RA, ainda no corrente ano, dado que o financiamento dos mesmos com o desconto do quotizado, a ocorrer, contraria o disposto no art.º 46º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 118/83, na redação dada pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, que consignou o desconto dos quotizados ao pagamento dos benefícios concedidos pela ADSE, não se podendo entender como tal os serviços a que os quotizados já têm direito como contribuintes e utentes do SNS e dos SRS/RA.



43. Assim, caso o desconto financie essa despesa, a ADSE-DG deverá identificar e quantificar as situações, exigindo o seu reembolso ao Estado (Ministério da Saúde) e/ou às Administrações Regionais (Secretarias Regionais responsáveis).
44. A clarificação da responsabilidade financeira da ADSE face ao SNS e aos SRS/RA, quanto a estas situações, contribuirá também para a não discriminação dos quotizados da ADSE pelas entidades do SNS/SRS-RA.
45. Entre 2013 e 2014, a taxa de desconto suportada pelos quotizados aumentou cerca de 133%, passando de 1,5%, para 2,25%, em agosto de 2013, 2,5%, em janeiro de 2014, e 3,5% em maio de 2014. Em dezembro de 2014, a ADSE-DG tinha cobrado € 520,9 milhões, um acréscimo de 82,4% relativamente ao desconto cobrado em 2013 e contabilizado em proveitos (€ 285,6 milhões).
46. Os referidos aumentos resultaram apenas da necessidade, decorrente do MoU, de compensar a redução do financiamento público do sistema, satisfazendo, também, problemas de equilíbrio do orçamento de Estado. É de notar que a fixação da taxa nos atuais 3,5%, decorrente da aprovação, pela Assembleia da República, da Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, partiu de proposta de lei do Governo e não de uma proposta da ADSE-DG, gestora do sistema, não tendo sido precedida de estudos sobre a sustentabilidade do sistema no médio-longo prazo, com vista a uma maior eficiência do mesmo e à melhoria do serviço prestado aos quotizados, nem sequer de um estudo sobre necessidades de tesouraria, seja ao nível da ADSE-DG, seja ao nível da tutela, o Ministério das Finanças.
47. Considerando os custos de 2013 que podem ser financiados com o desconto, um estudo sobre necessidades de tesouraria teria concluído que, para 2014, apenas seria necessária uma taxa de desconto aproximada de 2,7% para cobrir integralmente aqueles custos. Uma taxa de 2,95% já garantiria um excedente de 10%, que constituiria uma reserva de segurança.
48. A execução de tesouraria de 2014 confirma que o aumento da taxa de desconto para 3,5% foi excessivo. Nesse ano, o desconto do quotizado superou em € 138,9 milhões o montante da despesa suportada com os regimes convencionado e livre e com encargos de administração.
49. De acordo com os mapas do orçamento de 2015, o desconto (€ 546 milhões), neste ano, superará em € 89,4 milhões a despesa prevista com os regimes livre e convencionado e encargos de administração (€ 456,6 milhões). Refira-se, no entanto, que a previsão de despesa com o regime convencionado em 2015 inclui faturação entrada após setembro/outubro de 2014, considerando os prazos de pagamento dos prestadores (90 e 120 dias), que pode ser paga com o excedente orçamental do ano anterior. Neste ano, considerando esse excedente a taxa a aplicar poderia ser inferior às taxas necessárias para cobrir os encargos de 2013 e 2014: 2,1%⁴², sendo que uma taxa de 2,25% já garantiria um excedente de cerca de 10%.
50. A criação de excedentes na ADSE-DG não trará, à partida, qualquer vantagem, servindo apenas propósitos de consolidação orçamental das finanças públicas que não são compatíveis com um sistema financiado apenas por fundos privados, afetos a fins privados, e por isso alheios ao Estado, nomeadamente a utilização do esquema de benefícios pelos quotizados.
51. De facto, os constrangimentos do regime jurídico-financeiro da ADSE-DG implicam que esta tenha uma propriedade muito limitada sobre os excedentes gerados pelo aumento da taxa de desconto para 3,5%, não podendo utilizá-los livremente nem no financiamento de despesa de saúde, nem obter dos mesmos uma remuneração pela subscrição de aplicações financeiras. Bem pelo contrário,

⁴² Na proposta de orçamento para 2015, a ADSE-DG propôs uma taxa máxima de desconto de 1,74%, considerando, no cálculo do excedente, o desconto e outras receitas próprias (v.g. reembolsos, quotizações e captações). Na análise da auditoria considerou-se apenas o desconto dado o objetivo de a ADSE ser sustentada apenas com esta receita.



é o Estado quem beneficia da utilização desses excedentes, sem qualquer remuneração paga à ADSE-DG ou aos seus quotizados. **Tal não acontece quando o Estado usa**, no financiamento da sua atividade, **fundos disponibilizados por outros cidadãos/contribuintes**, por exemplo através de instrumentos de dívida como os certificados de aforro ou as obrigações do tesouro.

52. Um estudo de sustentabilidade de médio-longo prazo que sustentasse adequadamente a definição de uma taxa de desconto, deveria incluir, ainda, a possibilidade de eventuais ajustamentos no sistema de benefícios, tendo em vista a sustentabilidade do sistema, designadamente ao nível:

- ✚ da elegibilidade de quotizados;
- ✚ da cobertura das tabelas de cuidados de saúde dos regimes livre e convencionado;
- ✚ do acesso e utilização do sistema;
- ✚ do modelo de pagamento às entidades prestadoras convencionadas;
- ✚ do impacto do aumento da taxa de desconto no rendimento dos quotizados e do eventual incentivo que a taxa de desconto pode criar na adesão, manutenção ou renúncia ao sistema de benefícios ADSE.

53. O atual Diretor-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas alega que as conclusões, que consideram a taxa de 3,5% excessiva, se antecipam à reforma ainda em curso do sistema ADSE que *“... deve ir no sentido da atribuição total à entidade gestora da ADSE de competências que hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional, aliás como é bem referido no relato do Tribunal de Contas^[43], situação esta que vai trazer mais encargos para o subsistema, que no futuro vão ser financiados unicamente pela taxa de desconto de 3,5%, a cargo dos quotizados.”*. Informa, ainda, que uma das propostas que está a ser estudada pela equipa técnica constituída ao abrigo da RCM n.º 5/2015 é que a futura entidade gestora do sistema ADSE *“... seja constituída com autonomia administrativa e financeira, possibilitando vir a rentabilizar os excedentes de tesouraria através de investimentos em ativos financeiros”*.

54. O Tribunal esclarece que a avaliação da adequação da taxa de desconto fixada a partir de maio de 2014, efetuada no Relatório, considera as necessidades de tesouraria efetivas em 2013 e 2014 e previstas para 2015, não se pronunciando o Tribunal sobre a sua adequação no médio-longo prazo. Dada a inexistência de qualquer estudo, seja ao nível da ADSE-DG seja ao nível do Ministério das Finanças, sobre a adequação da taxa fixada aos objetivos de sustentabilidade de médio-longo prazo e a eventuais alterações do sistema, como a agora evocada, não existe evidência que a alteração ocorrida tenha tido outro propósito que não o da compensação da extinção do financiamento público. Atendendo a que o aumento da taxa de desconto para 3,5% se revelou excessivo face a este propósito, a sua manutenção em níveis superiores aos correspondentes à cobertura da despesa com o esquema de benefícios visa apenas alcançar objetivos de consolidação orçamental do Estado, em prejuízo do rendimento dos quotizados.

55. Sobre a inadequação da taxa de desconto fixada após maio de 2014, com origem em proposta de lei do Governo, pronuncia-se também, em sede de contraditório, o anterior Diretor-Geral da ADSE, em funções até ao final de 2014, salientando que, na tentativa de compensar a extinção da contribuição da entidade empregadora, terão sido somadas as duas taxas (desta contribuição e da referente ao desconto dos quotizados). Refere que *“Não se terão apercebido que cada taxa tinha uma base de cálculo distinta... pelo que a receita gerada pela contribuição da entidade empregadora era possível de conseguir com um aumento muito inferior da taxa da contribuição do beneficiário. (...) Depois da experiência de 2014, poderá questionar-se o reajustamento da taxa da contribuição do beneficiário ainda em vigor de 3,5%.”*.

⁴³ Numa alusão à recomendação n.º 2 do presente Relatório.



56. Acresce, ainda, a inutilidade de criar excedentes com a dimensão observada (em 2014, 36% do montante da despesa com os regimes convencionado e livre e administração; em 2015, 20% do valor estimado dessa despesa) provenientes de contribuições dos quotizados, numa entidade sem autonomia financeira, que não pode dispor livremente dos mesmos, utilizando-os em benefício do sistema.
57. Ainda que se concretize a atribuição da autonomia financeira, excedentes com aquela dimensão, sem fundamento em necessidades de funcionamento do sistema, poderão causar descontentamento nos quotizados colocando em risco a sustentabilidade, considerando o impacto da taxa de desconto nas decisões de adesão, manutenção e renúncia ao sistema.
58. O único cenário, considerado na auditoria (Anexo 4, Vol. II), em que a taxa de desconto se aproxima efetivamente da taxa de 3,5% é aquele em que a entidade gestora da ADSE assume os encargos com os trabalhadores da Administrações Regionais e Local. Ainda assim, e no cenário mais desfavorável, uma taxa de 2,85% seria suficiente para cobrir o total da despesa em que a ADSE-DG incorreria e uma taxa de 3,2% garantiria um excedente de 10%.
59. **A utilização da ADSE pelos seus quotizados na satisfação das suas necessidades de cuidados de saúde tem como contrapartida a não assunção, pelo SNS⁴⁴, dos custos que teria que suportar com a prestação desses serviços**, e diminui a procura de cuidados de saúde no SNS, com reflexos:
- + na diminuição da pressão existente no acesso aos estabelecimentos públicos e, conseqüentemente, nas listas e nos tempos de espera para consultas e cirurgias;
 - + na menor necessidade de investimento em capacidade instalada no SNS para a prestação desses cuidados⁴⁵.
60. Admitindo, **por hipótese de trabalho**, que os custos que o SNS suportaria com a prestação dos referidos cuidados de saúde representariam, no máximo, 50% dos encargos suportados pela ADSE-DG com os regimes livre e convencionado, constata-se que, em 2013, **a redução de custos implícita para o SNS foi de, pelo menos, cerca de € 210,1 milhões.**

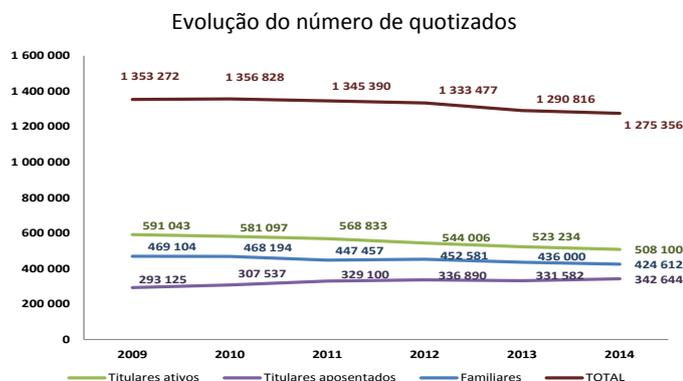
⁴⁴ E nas Regiões Autónomas, pelos Serviços Regionais de Saúde.

⁴⁵ Neste sentido Eugénio Rosa (2013), num artigo sobre o aumento do desconto para 3,5% e as conseqüências negativas da possível extinção da ADSE não só para os quotizados, mas também para os cidadãos em geral, refere que estes "... subsistemas reduzem os encargos do Estado com a saúde (...). uma parte importante dos cuidados de saúde são prestados através destes (...) subsistemas, o que alivia o SNS e permite a este canalizar os meios disponíveis, que já são insuficientes, para os restantes portugueses. (...) As listas e os tempos de espera, a insuficiência de profissionais de saúde, de medicamentos e de consumíveis, etc, nas unidades de saúde, que já são neste momento muito grandes, agravar-se-iam ainda mais."

A evolução do número de quotizados da ADSE (cfr. Vol. II, ponto 7.1.3)

61. Em dezembro de 2014 o número de quotizados da ADSE ascendia a cerca de 1,3 milhões, dos quais cerca de 851 mil eram quotizados titulares (contribuintes⁴⁶) e 425 eram familiares (não contribuintes).

62. Entre 2011 e 2014 registaram-se 4.009 renúncias à condição de quotizado da ADSE, das quais, cerca de 74%, ocorreram em 2014.

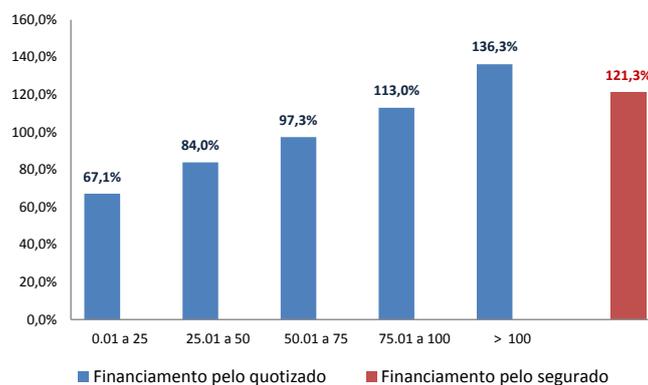


Fonte: Relatório de atividades 2013. Ano de 2014 - sítio de internet da ADSE (atualizado a 05.01.2015 e consultado em 02.02.2015)

63. Os quotizados situados nos dois últimos escalões de desconto são quem mais renuncia face ao total dos quotizados do respetivo escalão (escalão de € 75,01 a € 100: 0,3%; escalão >€ 100: 0,5%), o que é, eventualmente, explicado pelo facto do esforço financeiro destes quotizados ser superior às vantagens que retiram do sistema de benefícios.

64. Se, ao valor do desconto, se acrescer o valor que esses quotizados suportam com a utilização do sistema (copagamento do regime convencionado e despesa não reembolsada do regime livre), o esforço financeiro dos mesmos excede o valor da despesa com saúde do respetivo escalão, ultrapassando, no caso dos quotizados do último escalão, o esforço financeiro dos titulares de seguros de saúde, sendo certo que o esforço financeiro dos quotizados da ADSE cobre, em algumas situações, despesa com familiares.

Peso do financiamento do quotizado da ADSE por escalão de desconto e do segurado no total da despesa de saúde (2013)



Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pela ADSE/DSB,DSI e publicados pela APS, Estatística do Seguro de Saúde 2012/2013

65. Apesar de a ADSE ser um sistema assente na solidariedade entre os quotizados, a **desproporção que se verifica, nos últimos escalões, entre o desconto e os benefícios, pode fomentar a saída de quotizados do sistema.**

66. De facto, os quotizados titulares situados nos dois últimos escalões, 67.588, que representam cerca de 8% do universo de titulares, contribuem para o financiamento do sistema com cerca de 20% (€ 55,9 milhões) do valor total do desconto e custam ao sistema cerca de 10% (€ 39,6 milhões) do total dos custos suportados pela ADSE-DG, já incluindo a despesa suportada com os seus familiares⁴⁷.

67. Apesar deste desequilíbrio, a **ADSE-DG não dispõe de um plano de contingência para fazer face à possível saída dos quotizados que são contribuintes líquidos do sistema**, que mitigasse os impactos

⁴⁶ Excetuando os quotizados aposentados que se encontram isentos.

⁴⁷ Dados de 2013, cfr. análise resultante do quadro do Anexo 9 do Volume II.



negativos que daí pudessem advir para a sustentabilidade do sistema ADSE no médio-longo prazo. Tal é exigível no âmbito de uma gestão estratégica e orientada para os quotizados.

68. **Assumindo que 50% dos quotizados dos dois escalões mais elevados saíam do sistema⁴⁸, o esforço financeiro público, nesse ano, aumentaria de 33,5% para 37% e a taxa de desconto necessária para suportar a totalidade dos custos seria de, pelo menos, 2,9%, ao invés dos 2,7% referidos no parágrafo 47.** Para garantir um excedente de 10% da receita, face aos custos, a taxa necessária seria de 3,9%.
69. Assim, a decisão **de aumento da taxa de desconto para 3,5% prejudicou a sustentabilidade da ADSE**, uma vez que resultou **no afastamento de quotizados**, com a agravante das saídas terem ocorrido em maior proporção nos escalões de contribuição superiores, e da **rendibilidade dos excedentes de tesouraria ter revertido a favor do Estado**.
70. Para além das renúncias dos escalões de contribuição mais elevados, verificam-se também renúncias dos quotizados dos escalões mais baixos, que podem eventualmente ser explicadas, quer pelo peso dos descontos nas remunerações e pensões mais baixas e por eventuais dificuldades no acesso ao sistema, quer pela necessidade de suportar o copagamento do regime convencionado ou o pagamento inicial completo no âmbito do regime livre, ou ainda pela existência de situações de discriminação dos quotizados da ADSE quando recorrem ao Serviço Nacional de Saúde.
71. **As situações de renúncia suscitam a necessidade de ponderar o modo de determinação da contribuição dos quotizados.** Tal poderá passar pela indexação da contribuição dos quotizados às necessidades de financiamento da ADSE e pela fixação de tetos máximos de contribuição no caso dos quotizados situados nos escalões de desconto mais elevados⁴⁹ e/ou, eventualmente, pelo estabelecimento de patamares mínimos de contribuição e pela fixação de contribuições dependentes do número de familiares inscritos, situações que poderão permitir a redução da taxa de desconto para todos os escalões de desconto e/ou o aumento/alargamento da oferta de cuidados de saúde.
72. Em sede de alegações, o atual Diretor-Geral da ADSE informou que a ADSE está *“... a equacionar a hipótese de vir a propor a eventual introdução de um limite máximo de contribuição dos quotizados ...”,* porém coloca a questão sobre *“... se será justificável a introdução [deste limite face à] perda de receita da ADSE (...) para tentar impedir a eventual saída de um (...) pequeno número de beneficiários ...”.*
73. O Tribunal considera que, numa perspetiva de sustentabilidade a médio-longo prazo, deve ser garantido o equilíbrio entre as contribuições e os respetivos benefícios. É de notar que, especialmente para os quotizados ou os potenciais quotizados dos últimos escalões de desconto, o nível de descontos suportado coloca o mercado dos seguros de saúde como concorrente direto à ADSE, facto que não está a ser valorizado pelo Diretor-Geral da ADSE.
74. Os mecanismos de solidariedade existentes no sistema não se limitam ao modo de contribuição (o valor do desconto é diretamente proporcional ao vencimento), mas também à cobertura de despesas com beneficiários que nada contribuem para o sistema (pensionistas cujo valor da pensão de reforma ou de aposentação, após a aplicação da taxa de desconto, seja inferior ao valor da retribuição mínima mensal garantida, que de acordo com o Diretor-Geral da ADSE, representaram uma perda de receita estimada em 8,77 milhões; cônjuges, descendentes e ascendentes, nas situações previstas no esquema de benefícios), verificando-se, ainda, ineficiências do sistema, como

⁴⁸ E tendo em conta que os mesmos representavam, nos respetivos escalões, 5% dos custos da ADSE-DG com os regimes livre e convencionado e 10% do valor do desconto cobrado em 2013.

⁴⁹ Possibilidades identificadas pela ADSE-DG no Relatório de Atividades da ADSE-DG de 2013 (a segunda) e na proposta de orçamento da Direção-Geral para 2015.

as apuradas na auditoria relativamente à cobrança dos descontos (existem quotizados cujos descontos não são entregues à ADSE-DG) e à regularização das dívidas.

75. Ainda que a introdução de um limite máximo implique, no curto prazo, uma diminuição da receita proveniente dos quotizados dos últimos escalões, esta contribuirá para que os atuais quotizados permaneçam no sistema e para atrair novas adesões que compensarão parte da receita perdida. Estas diminuições dos mecanismos de solidariedade, que poderão também incluir a introdução de limites mínimos de desconto, devem ser analisadas na perspetiva da sua contribuição para a sustentabilidade do sistema no médio-longo prazo. Note-se que a existência de limites mínimos e máximos e contribuição é característica recorrente nos sistemas de saúde baseados numa contribuição proporcional ao vencimento dos aderentes.
76. Um possível **alargamento da qualidade de quotizado a outros trabalhadores no ativo**, designadamente aos trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho da Administração Pública⁵⁰ e a outros interessados que não façam parte do Setor Público, desde que não degrade a idade média do quotizado e permita o aumento da base de quotização, global e *per capita*, poderá diminuir o custo médio por quotizado, contribuir para um atenuar da taxa de desconto e minimizar desta forma os riscos de renúncia ao sistema de benefícios.
77. No cenário realizado na auditoria (Anexo 6, Vol. II), com dados de 2013, estima-se que este alargamento, tudo o resto constante, diminua o custo médio por quotizado em cerca de 2%, continuando a ser suficiente a taxa de desconto de 2,7%, referida no parágrafo 47. Este alargamento não deve ser analisado por fatores qualitativos nem ficar refém de preconceitos ou de eventuais interesses corporativos, mas sim ser avaliado de acordo com fatores quantitativos, nomeadamente que traduzam o seu contributo para a sustentabilidade da ADSE.
78. Verifica-se que as hipóteses de alargamento preconizadas nas alegações do atual Diretor-Geral da ADSE - *“... trabalhadores com contrato individual de trabalho do Setor Empresarial do Estado (...) e também desde que adiram a um sistema contributivo aos cônjuges dos quotizados que exerçam atividade profissional e ainda aos filhos maiores de 26 anos e até aos 30 que continuem a depender financeiramente do beneficiário titular. (...) alargamento aos corpos de bombeiros profissionais e voluntários e eventualmente aos membros dos seus agregados familiares.”* - estão a ser ponderadas com base em fatores qualitativos, descurando fatores quantitativos como a idade e a remuneração média, os quais são imprescindíveis para a fundamentação de soluções de sustentabilidade.
79. O Tribunal sublinha que qualquer alargamento deve salvaguardar ou melhorar a idade média dos quotizados e basear-se num sistema contributivo, em que as contribuições esperadas, pelo menos, cubram os encargos também esperados, de modo a que não se aumente os mecanismos de solidariedade do sistema. Efetivamente, a ADSE-DG ainda não quantificou os impactos esperados pelas hipóteses de alargamento consideradas.
80. Tendo em conta o objetivo de alargamento da base de quotizados, bem como as renúncias *supra* descritas, **a atual impossibilidade de readmissão à ADSE na sequência de renúncia carece de revisão, por falta de fundamento**. Na verdade, bastará **introduzir critérios que assegurem a equidade entre quotizados e a sustentabilidade do sistema**, estabelecendo as condições de readmissão. Neste sentido, e por hipótese, bastará que, no processo de readmissão, seja exigida a reconstrução da respetiva “carreira contributiva”, através de um pagamento correspondente aos custos médios por quotizado (mais eventuais reservas constituídas) verificados no período de não contribuição.

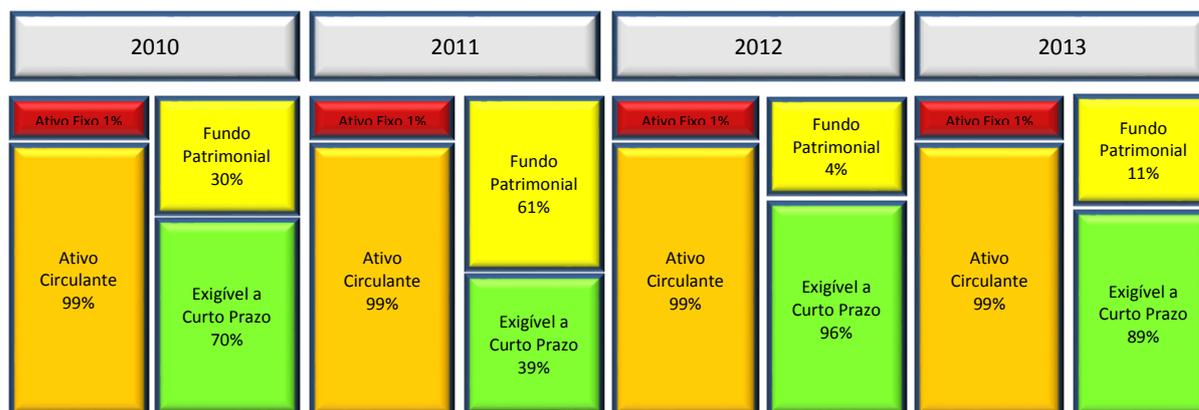
⁵⁰ Administrações Públicas em Contas Nacionais e Sociedades do Setor Público não classificadas nas Administrações Públicas.



A situação económica e financeira da ADSE-DG (cfr. Vol. II, ponto 8)

81. No período de 2009 a 2013⁵¹, a ADSE-DG apenas em 2012 apresentou resultados operacionais e líquidos negativos, devido à quebra na receita proveniente dos descontos dos quotizados e da contribuição da entidade empregadora, provocada pela suspensão, nesse ano, do pagamento dos subsídios de férias e de natal, mantendo-se as despesas da ADSE-DG em níveis semelhantes às dos anos anteriores.
82. Os resultados líquidos de cada um dos exercícios não apresentam de forma verdadeira e apropriada os resultados das operações da ADSE-DG, sendo de destacar que:
- + Existe uma sobrevalorização dos proveitos e dos custos extraordinários relativos a exercícios anteriores, resultante da realização, recorrente, de correções de erros e omissões⁵².
 - + A ADSE-DG não deu pleno cumprimento ao princípio de especialização do exercício.
83. O peso dos custos de administração, no total dos custos operacionais, não ultrapassou os 1,7% (€ 6,5 por quotizado), em cada um dos cinco exercícios em análise, os quais ascenderam em média a cerca de € 8 milhões nos anos de 2010 a 2013, não tendo em 2014 ultrapassado esse valor. A sua evolução depende grandemente dos custos com o pessoal que constituem a sua maior componente, embora estejam, por ora, contidos num patamar comportável.
84. Nos custos de administração destacam-se, ainda, os custos com as rendas dos edifícios sítos na Praça de Alvalade, no valor de € 710 mil/ano, pagas à ESTAMO – Participações Imobiliárias, SA, empresa do setor empresarial do Estado⁵³.
85. A ADSE-DG revela uma estrutura financeira equilibrada nos exercícios de 2010 a 2013, com os capitais permanentes a cobrir o ativo fixo, financiando ainda parte do ativo circulante. No entanto, apenas em 2011, o índice de autonomia financeira foi satisfatório, revelando, nos restantes exercícios, dependência em relação a terceiros, com o ativo a ser financiado maioritariamente por capitais alheios.

Representação dos balanços 2010-2013



⁵¹ À data da realização da auditoria a informação económica relativa a 2014 ainda não está disponível, dado que a obrigação de apresentação de contas ao Tribunal de Contas se vence em 30 de abril do ano seguinte àquele a que respeitam.

⁵² A falta de interligação entre o Sistema de informação da contabilidade (GeRFip) o o sistema de informação independente SICOF – Sistema de Informação de Conferência de Faturas propicia a frequente ocorrência de divergências entre os saldos de terceiros de cada uma das aplicações.

⁵³ Empresa de capitais exclusivamente públicos detida a 100% pela Sagestamo, integrando o segmento de gestão e promoção imobiliária do grupo Parública, vocacionada para a compra ao Estado ou a outros entes públicos e a privados de imóveis para revenda, para arrendamento ou para alienar após ações de promoção e valorização imobiliária dos mesmos.

Indicadores Financeiros

86. Os indicadores de liquidez apresentam níveis satisfatórios, suficientes para tranquilizar os credores quanto à possibilidade de cobrança dos seus créditos uma vez que, superando o valor unitário, permitem-lhe fazer face aos seus compromissos de curto prazo, embora com uma margem mínima na maioria dos exercícios.

		INDICADORES	2010	2011	2012	2013
Equilíbrio Financeiro	Autonomia financeira	Fundo Patrimonial/Activo Total	0,30	0,61	0,04	0,11
	Solvabilidade	Fundo Patrimonial/Passivo Total	0,42	1,55	0,04	0,12
	Endividamento de CP	Passivo Circulante/Activo Circulante	0,71	0,40	0,97	0,89
Liquidez	Liquidez Geral	Activo Circulante/Passivo CP	1,41	2,52	1,03	1,12
	Liquidez Reduzida/Tesouraria	(Dividas de Terceiros CP + Disponibilidades)/Passivo de CP	1,41	2,52	1,03	1,12

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos de prestação de contas.

87. O ativo circulante é composto maioritariamente (mais de 90%) pelas dívidas de terceiros à ADSE-DG as quais respeitam aos reembolsos faturados aos organismos com autonomia administrativa e financeira (até 2010) e às entidades das Administrações Regionais e Local. Em 31 de dezembro de 2013, a dívida ascendia a € 62 milhões.
88. Apesar de existirem dívidas de montante materialmente relevante com antiguidade superior a 180 dias⁵⁴, algumas das quais com antiguidade superior a 20 anos, a ADSE-DG não tem refletido nas Demonstrações Financeiras o seu risco de incobrabilidade através do registo de provisões, **não dando cumprimento ao princípio contabilístico da prudência.**
89. A apreciação final às demonstrações financeiras da ADSE-DG, apenas na exata medida das mesmas, no que concerne à consistência, à integridade e fiabilidade das demonstrações financeiras dos anos em análise merece as seguintes observações:
- ✚ Desrespeito pelos princípios contabilísticos previstos no POCP, nomeadamente, do acréscimo, da consistência, da prudência e da materialidade.
 - ✚ Realização, recorrente, de regularizações de erros e omissões materialmente relevantes em anos posteriores, com influência nos resultados líquidos.
 - ✚ Inexistência de garantia de que todo o património da ADSE-DG se encontra refletido nos balanços, uma vez que não é usual a realização da inventariação física dos bens.
90. Ambos os Diretores-Gerais da ADSE (o Diretor-Geral em exercício de funções até 2014 e o atual Diretor-Geral), no exercício do contraditório, reconhecem que os procedimentos adotados não correspondem às melhores práticas de disciplina contabilística realçando, no entanto, o esforço da Direção-Geral na aplicação dos princípios contabilísticos atentas as dificuldades em áreas de maior relevância como a contabilização da receita no ano seguinte que, de ano para ano, têm vindo a diminuir.
91. Apesar de ambos os responsáveis minimizarem a pertinência da inclusão nas demonstrações financeiras do risco de incobrabilidade das dívidas por se tratar de entidades da Administração Pública, o Tribunal não pode deixar de recordar a antiguidade de algumas dívidas que a própria Associação Nacional de Municípios, também ouvida em contraditório, salienta não poder *"... ser objeto de solução a curto prazo."* assim como o litígio subjacente às relações financeiras entre a ADSE-DG e as Administrações Regionais, reiterando que esse risco deve ser refletido nas demonstrações financeiras.

⁵⁴ O sistema de informação reporta no máximo esta antiguidade.



92. Relativamente à inventariação física dos bens, o atual Diretor-Geral informa sobre a implementação de um novo procedimento, realizado através de um leitor de código de barras, que permitirá inventariações mais regulares.

A responsabilidade das entidades empregadoras no financiamento da ADSE (cfr. Vol. II, pontos 7.1.2, 11, 11.1, 12.3)

93. Até 2014, os **serviços do Estado (Administração Central)** responsabilizaram-se por parte do financiamento da ADSE, através da entrega, à ADSE-DG da contribuição da entidade empregadora. **Nesse ano, essa contribuição foi apenas utilizada para suportar a despesa que deve ser financiada por receitas gerais provenientes dos impostos e que ainda não saiu da sua esfera de responsabilidade**, cfr. parágrafo 27, não tendo financiado o esquema de benefícios.

94. Para além dos serviços do Estado, são ainda responsáveis pelo financiamento da ADSE-DG outras entidades com verbas próprias para o pagamento de despesas com pessoal, designadamente entidades da **Administração Local** e das **Administrações Regionais**.

95. Em resultado da responsabilidade destas últimas entidades, os documentos de prestação de contas da ADSE-DG, por um lado, incluem proveitos provenientes de notas de reembolso a elas emitidas⁵⁵ e, por outro, não refletem a totalidade da despesa associada ao esquema de benefícios do sistema ADSE, nomeadamente os reembolsos do regime livre suportados diretamente por essas entidades empregadoras⁵⁶.

96. A extinção, em 2015, da contribuição da entidade empregadora, aplicável aos serviços do Estado, e a **sustentação da ADSE com o desconto dos quotizados, suscita questões sobre a manutenção da contribuição financeira das restantes entidades empregadoras públicas**, que deve ser ponderada no quadro da revisão do regime jurídico da ADSE e enquadrada na respetiva legislação financeira.

97. De facto, não contribuindo os serviços do Estado para o financiamento do sistema⁵⁷, **é expectável que os encargos até agora assumidos por aquelas entidades passem a ser da responsabilidade desta Direção-Geral (cenário 1) ou, em alternativa, que os quotizados em causa deixem de ser quotizados da ADSE (cenário 2)**. Qualquer destas mudanças terá impacto na estrutura de proveitos e custos da ADSE-DG, que são detalhados no Anexo 4 (Vol. II).

98. O Diretor-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas informa, em contraditório, que a reforma do sistema ADSE **“... deve ir no sentido da atribuição total à entidade gestora da ADSE de competências que hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional”**.

99. Em 31 de dezembro de 2014⁵⁸, **a dívida das entidades empregadoras à ADSE-DG, relativa a reembolsos, capitações e à comparticipação em despesas de administração, era de € 50,3 milhões**, verificando-se uma recuperação, nesse ano, de 19% do valor em dívida em 2013 (€ 62 milhões), resultado da implementação em 2014, pela ADSE-DG, de um controlo mensal das contas correntes das entidades devedoras e das iniciativas daí decorrentes.

⁵⁵ No regime convencionado os custos incorridos pela ADSE-DG, designadamente com os quotizados das Administrações Local e Regionais são debitados pela ADSE-DG através de notas de reembolso/capitação emitidas às entidades empregadoras, que também incluem despesas de administração. Estes reembolsos/capitação constituem receita própria da ADSE-DG.

⁵⁶ Os reembolsos dos quotizados trabalhadores da Administração Local e das Administrações Regionais e respetivos familiares são suportados diretamente pelos organismos destas Administrações.

⁵⁷ Cuidados prestados em regime livre e convencionado e despesa de administração.

⁵⁸ Fonte: ADSE/DSB-SICOF.



100. Em 2014, **cerca de 77% do valor em dívida respeita a organismos da Administração Local e 17% a organismos das Administrações Regionais dos Açores e da Madeira**. Os restantes 6% são dívidas de entidades com acordos de capitação (5%⁵⁹) e dos serviços do Estado (1%).
101. Alguns organismos da Administração Local têm perpetuado⁶⁰ a dívida à ADSE-DG invocando, para além de dificuldades financeiras, o facto de a ADSE-DG não enviar os comprovativos dos cuidados prestados aos quotizados debitados nas notas de reembolso. Esta justificação, porém, não é fundamentada, tendo-se confirmado que as notas de reembolso contêm o detalhe suficiente para as entidades poderem confirmar o cuidado de saúde prestado.
102. O Secretário-Geral da Associação Nacional de Municípios, ouvido no âmbito do contraditório, salienta que o problema das dívidas *“...[se] arrasta há já vários anos e que se, num contexto mais recente, até se poderá admitir...”* a conclusão do Relatório quanto ao grau de detalhe da faturação, no passado ocorreram *“... dificuldades na disponibilização, por parte da ADSE, de um suporte documental adequado, rigoroso e perceptível, que permitisse aos Municípios obter a informação necessária à boa e integral compreensão das notas de reembolso emitidas, é uma insuficiência do sistema reconhecida por ambas as partes, ADSE e Municípios.”*.
103. Sobre este assunto, o Tribunal observa que, sem prejuízo de existirem outras entidades com dívidas, o argumento da insuficiência da faturação não era comum às entidades da Administração Local, sendo essencialmente evocado pelos dois Municípios com as dívidas mais elevadas e mais antigas.
104. **Invocam, ainda, a prescrição da dívida**, verificando-se divergências entre as entidades e a ADSE-DG sobre o prazo de prescrição aplicável. Sem prejuízo de se acompanhar a razoabilidade dos argumentos da ADSE-DG no sentido de aos créditos em causa ser aplicado o prazo geral da prescrição (20 anos), este prazo gera inércia na gestão que, não tendo outro estímulo, permite que a dívida se perpetue, o que aconteceu, aliás na ADSE-DG, pelo menos até 2010, tornando cada vez mais difícil recuperar os créditos antigos.
105. **A Administração Regional dos Açores não reconhece a dívida à ADSE-DG**, apesar de decorrer da legislação em vigor, até 2014⁶¹, uma partilha, pelas entidades empregadoras, da responsabilidade pelo pagamento dos encargos decorrentes do esquema de benefícios ADSE. **A Administração Regional da Madeira evoca a necessidade de rever um acordo celebrado entre a ADSE-DG e o Governo Regional em 1982** que regula as relações entre ambas as entidades e que se verificou, na presente auditoria, estar a ser aplicado, pelo Governo Regional, pelo menos em parte.
106. Os membros dos Governos Regionais, ouvidos no âmbito do contraditório, argumentam que não podem ser aplicados procedimentos unilaterais de cobrança de dívidas, considerando a existência de dívidas contabilizadas pelas entidades dos respetivos Serviços Regionais de Saúde com entidade devedora ADSE-DG, de valor superior à dívida das Administrações Regionais à ADSE-DG.
107. Considerando que, desde 2010, a ADSE-DG deixou de ser financiada para suportar encargos com os serviços prestados pelas entidades dos Serviços Regionais de Saúde (cfr. parágrafos 148 e 149), a dívida contabilizada por estes, com esta natureza, não deve servir de pretexto para o não pagamento das dívidas das Administrações Regionais à ADSE-DG. A regularização das dívidas contabilizadas pelas entidades dos Serviços Regionais de Saúde deverá passar por uma concertação entre os Governos da

⁵⁹ Dos quais, 2% (€ 1,2 milhões) são de estabelecimentos de ensino, e 3% (€ 1,3 milhões) de autarquias locais (freguesias) com acordos de capitação.

⁶⁰ A título de exemplo, as dívidas das duas entidades da Administração Local que, à data de 31 de dezembro de 2013, apresentavam os maiores montantes (entidades com os códigos ADSE 4886 e 4771, respetivamente com € 11,9 milhões e € 2,3 milhões de dívida, 23% da dívida total registada), remontam a novembro de 1994 e a fevereiro de 1986.

⁶¹ Art.º 3º, conjugado com os art.ºs 4º, 5º, 6º, n.º 4, art.º 47º-A e art.º 64º, todos do Decreto-Lei n.º 118/83. O art.º 47º-A referente à contribuição da entidade empregadora, através da qual o Estado (serviços integrados e serviços e fundos autónomos), assumia essa responsabilidade, é revogado pela LOE 2015.



República e das Regiões, à semelhança do que aconteceu com o SNS, em 2010, não devendo envolver as dívidas das Administrações Regionais à entidade gestora ADSE, ou seja, neste processo os Governos têm de assegurar o pagamento destas dívidas, tendo em conta que as mesmas decorrem diretamente da responsabilidade das entidades empregadoras previstas, até 2014, na legislação em vigor.

108. Relativamente à dívida de 116 estabelecimentos de ensino particular, que em 2013 ascendia a € 1,1 milhões, durante o ano de 2014 apenas se verificaram diminuições dos montantes em dívida em 15 entidades, apesar das diligências realizadas pela ADSE-DG, neste ano, com vista à sua regularização.
109. **A ADSE-DG demonstrou, até 2014, alguma dificuldade na operacionalização dos mecanismos previstos na lei para a regularização das dívidas – (i) processo de execução fiscal e (ii) processos de retenção nas transferências do orçamento do Estado para as entidades devedoras.** Por um lado, nunca utilizou o processo de execução fiscal, por outro, apenas propôs a retenção nas transferências do orçamento do Estado em dois momentos: 2010/2011 e 2014. Estes processos nunca incluíram as Administrações Regionais.
110. Sem prejuízo do processo burocrático subjacente a estas soluções⁶² compete à gestão da ADSE-DG diligenciar com regularidade (pelo menos anualmente) pela recuperação e não acumulação dos valores em dívida, elaborando as propostas necessárias para o efeito⁶³. O ano de 2014 foi o reflexo de uma gestão mais proficiente⁶⁴. Até 2014, o instrumento mais eficaz de recuperação acabou por ser a inclusão das dívidas à ADSE-DG no âmbito do Programa de Apoio à Economia Local⁶⁵, o qual depende da iniciativa das entidades devedoras, e não da ADSE-DG.
111. Em sede de contraditório, o Diretor-Geral em exercício de funções até 2014 e o atual Diretor-Geral da ADSE destacam o trabalho efetuado pela ADSE-DG na recuperação de dívidas, também evidenciado no Volume II do presente Relatório, acrescentando ainda o atual Diretor-Geral que, no primeiro trimestre de 2015, iniciaram procedimentos com vista à instauração de processos de execução fiscal.
112. O Tribunal destaca, ainda, a importância da **definição de um plano de cobrança das dívidas** que, estabelecendo objetivos a alcançar dentro de prazos definidos, contribuirá para um maior controlo do desempenho da entidade gestora da ADSE nesta matéria.
113. Acresce que, apesar da existência de dívidas de entidades privadas e de empresas públicas, **a ADSE-DG nunca procedeu à cobrança de juros pelas dívidas em mora**, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 73/99, de 16 de março.
114. Apesar de, no exercício do contraditório, o Diretor-Geral em exercício de funções até 2014 referir que a *“... Direção-Geral nunca se sentiu legitimada para exigir juros de mora ...”* considerando a dificuldade de identificar as entidades efetivamente devedoras, face a valores depositados cuja entidade ordenante se desconhecia, o Tribunal salienta, como aliás também é reconhecido por

⁶² Por exemplo, as retenções no orçamento do Estado estão sujeitas a aprovação pelo membro do Governo responsável pelo orçamento e são operacionalizadas pela Direção-Geral do Orçamento e, tratando-se de Autarquias Locais, é ainda necessário a intervenção do membro do Governo responsável pelo setor e da Direção-Geral das Autarquias Locais.

⁶³ A apresentar ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento.

⁶⁴ Em 2014, na sequência de alterações orgânicas com origem na Portaria n.º 122/2013, de 27 de março, que definiram melhor as responsabilidades das unidades orgânicas, a ADSE-DG passou a monitorizar mensalmente os valores em dívida por entidade, elaborando relatórios sobre as relações com terceiros, notificando, também, todas as entidades com dívidas superiores a € 2.000, no sentido de pagarem os montantes em dívida e propondo, com regularidade, procedimentos de retenção nas transferências dos orçamentos do Estado para as entidades devedoras. O controlo da cobrança da receita pela ADSE-DG passou a constituir uma maior prioridade a partir de 2011, ano em que ficou responsável pelo controlo da cobrança do desconto do quotizado e em que passou a ser financiada quase exclusivamente por receitas próprias afetas ao sistema de benefícios, deixando de receber transferências diretas de receitas gerais do orçamento do Estado, com a criação, também nesse ano, da contribuição da entidade empregadora.

⁶⁵ Aprovado pela Lei n.º 43/2012, de 31 de agosto.



aquele responsável, que este problema foi minimizado com a implementação do Documento Único de Cobrança, em 2011, e que a cobrança de juros deve passar a fazer parte dos procedimentos da ADSE.

- 115. A ADSE-DG não tem procedido a uma conciliação regular (pelo menos anual) de saldos de devedores.** Da circularização efetuada a entidades com dívidas à ADSE-DG, no âmbito da auditoria, com o objetivo de conciliar os saldos em dívida, **observaram-se divergências que colocam em causa a fiabilidade dos registos**, quer das entidades devedoras quer da ADSE-DG.
- 116.** No caso das dívidas de entidades do Serviço Nacional de Saúde, **a falta de fiabilidade dos registos é, ainda, agravada, pelos processos de regularização de dívidas efetuados unilateralmente, por encontro de contas, quer pelas entidades do SNS quer pela ADSE-DG**, referindo a este propósito a Ministra de Estado e das Finanças, através da Chefe do Gabinete, em sede de alegações, que *“... vai em conjunto com o Ministério da Saúde procurar que a ADSE e a ACSS venham a desenvolver as iniciativas ...”* para a correção destes processos, e o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, que nada tem a opor a essa correção.

O Financiamento privado da ADSE – responsabilidade das entidades empregadoras pela retenção e entrega dos descontos dos quotizados (cfr. Vol. II, pontos 11, 11.2, 11.3 e 12.4)

- 117.** As entidades empregadoras são responsáveis pela retenção e entrega, à ADSE-DG, do desconto efetuado sobre o vencimento dos quotizados⁶⁶. No entanto, **não existe um quadro sancionatório que incentive o cumprimento das regras** estabelecidas, existindo entidades que:
- ✚ **Não entregam os descontos** à ADSE-DG;
 - ✚ **Não entregam o ficheiro de detalhe** com os valores de desconto a entregar; e/ou
 - ✚ **Entregam o desconto após a data fixada para a mesma.**
- 118.** As situações reiteradas⁶⁷ de não entrega do desconto respeitam apenas às entidades das **Administrações Regionais da Madeira e dos Açores**, que entendem que este constitui receita das Regiões, argumentando que são estas que suportam os encargos com a prestação de cuidados de saúde aos quotizados da ADSE. Embora os encargos com o regime livre dos trabalhadores e respetivos familiares⁶⁸ destas entidades seja, efetivamente, suportado pelas Administrações Regionais, **é a ADSE-DG quem suporta os encargos com o regime convencionado**. Refira-se, também, que tendo a Administração Regional dos Açores retido descontos em montante superior à despesa por ela realizada com o regime livre, os descontos dos quotizados serviram para financiar a própria Administração Regional, sendo que o aumento da taxa de desconto para 3,5% incrementou necessariamente esse financiamento.
- 119.** Ao não entregarem o desconto, os cuidados de saúde prestados no regime convencionado a quotizados da ADSE das Administrações Regionais, acabam por ser financiados com os descontos dos quotizados de Portugal continental. Não é suposto que os quotizados cujos descontos são entregues à ADSE-DG suportem os encargos com a prestação de cuidados de saúde daqueles cujos descontos não são entregues à ADSE-DG.

⁶⁶ Despacho n.º 1452/2011, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento. A responsabilidade inclui: (i) remessa do ficheiro de detalhe e (ii) entrega da receita até ao dia em que é efetuado o pagamento das remunerações ou pensões.

⁶⁷ Das entidades em incumprimento identificadas em novembro de 2014 pela ADSE, 80% pertenciam às Administrações Regionais. As restantes 8 entidades empregavam, no seu conjunto, apenas 10 quotizados.

⁶⁸ E no caso da Administração Regional da Madeira, até 2014, também os encargos com o regime livre dos quotizados aposentados das Administrações Regional e Local sediada na Madeira.



120. No exercício do contraditório, os membros dos Governos Regionais, mantêm o argumento, já conhecido pelo Tribunal, no sentido de que sendo responsáveis pelo financiamento de cuidados prestados a quotizados da ADSE, os descontos dos mesmos constituem receita das Regiões.
121. A este respeito, o Tribunal reforça que para além do argumento se referir apenas ao regime livre e não ao regime convencionado, atendendo à realidade atual, em que a ADSE é financiada apenas pelos descontos do quotizados, a efetiva entrega e cobrança dos seus descontos é fundamental para a entidade gestora da ADSE suportar encargos com os mesmos, alertando que esta entidade não pode suportar esses encargos sem que a cobrança se verifique. Caso tal ocorra, a entidade gestora da ADSE deverá identificar e quantificar as situações, exigindo o seu reembolso às Administrações Regionais.
122. Quanto aos descontos retidos até à data da auditoria, o Tribunal recorda que desde a sua criação, e até 2014, o sistema ADSE foi financiado em parte pelas entidades empregadoras, para além de o ser pelos descontos dos quotizados, sendo que apenas as Administrações Regionais questionam a entrega do desconto.
123. O Tribunal nota, ainda, que a integração numa só entidade das competências das Administrações Local e Regional, em matéria de financiamento do sistema, a ser objeto de estudo pela equipa técnica constituída ao abrigo da RCM n.º 5/2015, trará maior equilíbrio ao sistema: a receita e a despesa serão da mesma entidade, o que contribuirá para a resolução do diferendo.
- 124. O risco das entidades empregadoras não entregarem o desconto seria minimizado se os quotizados fossem parceiros da ADSE-DG na implementação de mecanismos que garantissem a efetiva, correta e atempada cobrança do desconto.**
125. O Diretor-Geral da ADSE, em contraditório, informa que a suspensão da condição de beneficiário já é efetuada nas situações em que o desconto é entregue diretamente pelos quotizados, “... *quando se verificam atrasos não justificados (...) até regularização da situação*”, acrescentando que “*Caso o mesmo não regularize a falta de entrega (...) e tenha nesse período usufruído de cuidados de saúde é emitida uma guia de reposição para devolução dos valores auferidos indevidamente.*”.
126. Embora concordando com a medida descrita, o Tribunal reforça que, no caso em que são as entidades empregadoras a procederem à entrega do desconto, a entidade gestora da ADSE deve, também, dar primazia a medidas que diminuam o risco de não entrega. Designadamente, disponibilizando na ADSE Direta uma conta corrente de cada quotizado, com o crédito e o débito; incluindo, na declaração para efeitos de IRS, informação sobre o desconto entregue; circularizando os quotizados quanto à correção da remuneração de incidência da taxa de desconto e ao valor entregue na entidade gestora; emitindo alertas ao quotizado sempre que se verificam atrasos na entrega do desconto.
127. Acresce ainda que a disponibilização de informação sobre o crédito e o débito ao quotizado aumenta a transparência do sistema e permite a sua *accountability*.
- 128. A não entrega ou o atraso na entrega do desconto não estão refletidos nos documentos de prestação de contas da ADSE-DG como receita e como dívida.** De facto, a ADSE-DG não dispõe de informação sobre o valor das remunerações e das pensões dos quotizados, tendo como única fonte de informação o ficheiro mensal de detalhe remetido pelas entidades com a entrega dos descontos efetuados. Além deste ficheiro poder conter incorreções que o sistema de informação da ADSE-DG ainda não deteta, o mesmo não é enviado por todas as entidades.
129. Apesar do Tribunal reconhecer as dificuldades da contabilização dos valores de desconto, evocadas pelo atual Diretor-Geral da ADSE nas alegações, podem e devem ser implementados procedimentos com vista a essa contabilização, a qual contribuirá para a prossecução de um princípio e boa prática



de gestão, que se consubstancia numa maior transparência da prestação de contas, que, recorde-se, no futuro, terão como principais destinatários os quotizados, para além de permitir à gestão da ADSE um maior controlo dos valores em dívida.

- 130. Algumas entidades empregadoras aplicaram incorretamente a base de incidência do desconto,** sendo necessário sensibilizá-las sobre a remuneração que constitui a base de incidência da taxa de desconto, bem como sobre a, eventual, necessidade de correção dos valores de desconto incorretamente apurados desde 1 de janeiro de 2013.

O regime convencionado (cfr. Vol. II, pontos 7.1.3, 7.1.4, 8.1 e 9.3)

- 131. As tabelas do regime convencionado encontram-se desatualizadas,** verificando-se a existência de atos que não estão ali incluídos (v.g. diária de cuidados intensivos). Embora os cuidados de saúde não previstos possam ser reembolsados através do regime livre, em média, apenas 32% desse custo é participado pela ADSE, gerando insatisfação dos quotizados e constituindo uma limitação do acesso aos cuidados de saúde pelos quotizados.
- 132. Nas áreas sobrepostas, se as tabelas do regime convencionado contemplassem os atos que são cobertos pelo regime livre, haveria uma diminuição da despesa da ADSE-DG,** considerando que os preços do regime convencionado devem ser inferiores aos preços praticados no mercado, no âmbito do regime livre, já que a convenção garante uma maior procura.
- 133. Sem prejuízo dos trabalhos já ocorridos sobre a atualização das tabelas, evocados nas alegações do Diretor-Geral da ADSE em exercício de funções até 2014, constata-se que a maioria dos cuidados da tabela do regime convencionado ainda data de 1994,** o que, face ao rápido desenvolvimento tecnológico na área da saúde, justifica a sua atualização.
- 134. Por sua vez, também se sublinha que a transferência de atos que são financiados no regime livre para o regime convencionado facilita o acesso dos quotizados e diminui os encargos da ADSE.**
- 135. Indo ao encontro das conclusões do Relatório, o atual Diretor-Geral da ADSE, nas suas alegações, identifica de entre as medidas de controlo da despesa, a revisão de algumas áreas de cuidados do regime convencionado que integram neste regime alguns procedimentos que estavam apenas disponíveis no regime livre, quantificando as poupanças para o sistema.**
- 136. Os custos contabilísticos com o regime convencionado apresentam uma tendência de crescimento 7%/ano entre 2011 e 2013, resultante de uma maior utilização do sistema e, em algumas áreas, de um aumento do custo por ato,** o que pode ser explicado pela realização de atos mais onerosos em detrimento de atos menos onerosos e pelo aumento dos preços praticados na faturação através de códigos abertos (códigos sem preço e limites máximos definidos).
- 137. Não existem regras de acesso aos cuidados de saúde convencionados que garantam uma utilização eficiente do sistema.**
- 138. Além da possibilidade de sobreutilização do sistema por parte dos quotizados, verificou-se que os prestadores convencionados da ADSE poderão também estar a promover uma sobreutilização de meios complementares de diagnóstico⁶⁹.**

⁶⁹ Verificou-se que estes realizam proporcionalmente, em regra, mais meios complementares de diagnóstico do que as unidades do Serviço Nacional de Saúde, e que utilizam de modo mais indiferenciado as técnicas da Tomografia Axial Computorizada e da Ressonância Magnética (cerca de 2 vezes mais TAC do que RM, enquanto as unidades do SNS realizam cerca de 5 vezes mais TAC do que RM), sendo esta última a mais onerosa.



139. Nas suas alegações, o atual Diretor-Geral da ADSE preconiza, entre as medidas de gestão a adotar, o reforço do valor de copagamentos a cargo dos quotizados e a “... *introdução de mecanismos de controlo da utilização, como autorizações prévias ou termos de responsabilidade, pela criação de limites quantitativos para alguns atos ...*”. A este respeito, o Tribunal reforça que deve ser ponderado o impacto que algumas destas medidas poderão ter nas decisões de adesão, manutenção ou renúncia ao sistema de benefícios ADSE e, ainda, que qualquer ganho para o sistema deverá contribuir para um aumento da oferta de benefícios e/ou para a redução da taxa de desconto.
140. **O modelo de pagamento aos convenionados também não promove a utilização eficiente do sistema e o controlo do crescimento da despesa:**
- ✚ Em regra a unidade de pagamento aos prestadores convenionados é o pagamento por ato/produto⁷⁰, a qual, e por não ter qualquer limitação, não transfere qualquer risco financeiro para o prestador, podendo induzir a produção de cuidados sem a avaliação rigorosa da sua necessidade.
 - ✚ **Existem prestações de cuidados de saúde que são incluídas nos denominados “códigos abertos”, que definem de modo pouco preciso e demasiado abrangente os atos/produtos neles incluídos, não apresentam um preço fixo e não têm tetos máximos definidos⁷¹, características que dificultam o seu controlo.** Apesar de algumas medidas já implementadas pela ADSE-DG, entre 2011 e 2013 os custos com estes códigos aumentaram 43% (de € 57,8 milhões, para € 82,9 milhões, representando, em 2013, já cerca de 30% dos custos totais do regime convenionado) resultado não só, de um efeito quantidade (maior número de atos), mas também de um efeito preço (custo por ato).
141. O atual Diretor-Geral da ADSE, nas suas alegações, elenca, entre as medidas de controlo da despesa da ADSE a implementar, a instituição de preços compreensivos em algumas linhas de faturação, referindo a possibilidade de os mesmos serem preços máximos (i.e., permitindo a negociação de preços abaixo da tabela com determinados prestadores e em algumas especialidades), e prevê que “... *no período de 3 anos, 50% da faturação de atos médicos cirúrgicos realizados pelos prestadores convenionados à ADSE, sejam feitos através de preço fechado.*”.
142. Note-se que eventuais ganhos de eficiência na utilização do sistema poderão possibilitar um aumento da oferta de cuidados de saúde e/ou a redução da taxa de desconto.
143. **As tabelas do regime convenionado da ADSE e as tabelas de preços do Serviço Nacional de Saúde têm vindo a ser harmonizadas, o que se traduziu numa redução do custo por ato.** Foram revistas as tabelas de análises clínicas, imagiologia e medicina nuclear de ambos os sistemas, prevendo-se, ainda, a harmonização de tabelas nas áreas de medicina, cirurgia e medicina física e reabilitação.
144. No entanto, **os preços das tabelas do Serviço Nacional de Saúde, dado o seu caráter administrativo⁷², poderão não refletir o justo valor das prestações contratadas e, consequentemente, não ser os mais adequados para, a médio/longo prazo, remunerar a atividade dos prestadores privados com os quais a ADSE celebra convenções. Com vista à determinação de preços de eficiência económica, a informação que a ADSE-DG dispõe sobre o mercado, designadamente no âmbito do regime livre, não deve ser desconsiderada.**

⁷⁰ Sobre formas de pagamento, ver, por exemplo, Barros, P.P., & Gomes, J.P. (2002), *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*, GANEC, Faculdade de Economia – UNL (estudo do consultor externo do Relatório de Auditoria n.º 47/2003 – 2ª Secção).

⁷¹ Encontram-se, designadamente, nesta situação os consumos em piso de sala, os medicamentos e as próteses intra-operatórias.

⁷² Cfr. Relatório de Auditoria n.º 30/2011, da 2ª Secção do Tribunal de Contas.



O regime livre (cfr. Vol. II, pontos 7.1.3, 8.1 e 9.4)

145. Apesar da existência de áreas sobrepostas com o regime convencionado, **não existe correspondência de códigos e, por vezes, de nomenclatura entre as tabelas de ambos os regimes, dificultando a sua comparabilidade**⁷³.
146. **Nas situações em que o limite máximo de reembolso é superior ao encargo suportado pela ADSE-DG no regime convencionado, bem como aos preços praticados no mercado, a atualização da tabela do regime livre poderá originar poupanças que poderiam ser canalizadas para outras áreas do sistema de benefícios**, que entretanto sofreram uma evolução positiva e/ou contribuir para a redução da taxa de desconto.
147. **A ADSE-DG não informa os quotizados do motivo da recusa do reembolso de despesas de saúde incorridas no âmbito do regime livre, exceto se for instada para o efeito**. Note-se que, em 2013, a despesa não reembolsada por não enquadramento na tabela ascendeu a cerca de € 19,8 milhões, representando 5% do total de custos do regime livre. A disponibilização desta informação contribuiria para a transparência das relações entre os quotizados e a ADSE-DG e disciplinaria a utilização do sistema.

A avocação de encargos pelo Serviço Nacional de Saúde (cfr. Vol. II, pontos 9.1 e 12.1)

148. **O processo**⁷⁴ **que conduziu à avocação de encargos pelo Serviço Nacional de Saúde não foi suficientemente abrangente e detalhado, não tendo clarificado todas as questões sobre responsabilidades financeiras** por cuidados de saúde prestados no Serviço Nacional de Saúde e nos Serviços Regionais de Saúde, designadamente:
- ✚ Os serviços e entidades do Serviço Nacional de Saúde mantêm contabilizadas dívidas da ADSE-DG por serviços prestados aos seus quotizados até 31 de dezembro de 2009, quando tal responsabilidade não lhe pode ser imputada.
 - ✚ Os serviços e entidades do Serviço Nacional de Saúde continuam a faturar à ADSE-DG serviços prestados a quotizados da ADSE a partir de 1 de janeiro de 2010, designadamente os prestados por entidades terceiras que contratam com o SNS, sendo que, em resultado dos Memorandos, os encargos financeiros com estes serviços passaram a ser responsabilidade do SNS.
 - ✚ Os Serviços Regionais de Saúde (SRS/RA) não foram representados na negociação e celebração dos Memorandos, pelo que, considerando a sua autonomia política, administrativa e financeira relativamente ao Ministério da Saúde e ao Serviço Nacional de Saúde, os Memorandos não os vinculam. Assim, os SRS/RA continuaram a faturar à ADSE-DG os serviços por eles prestados a quotizados da ADSE. Em 31 de dezembro de 2013, o valor registado como dívida pelas entidades do SRS/RA ascendia a € 74,2 milhões.
149. Tendo a ADSE-DG, desde 2010, deixado de receber financiamento público para o pagamento dos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde e pelos Serviços Regionais de Saúde, e devendo os mesmos ser suportados com receitas gerais provenientes dos impostos, **a regularização destas dívidas é responsabilidade do Governo da República e/ou dos Governos Regionais, através dos respetivos orçamentos, uma vez que o desconto dos quotizados não pode sustentar despesa que já é suportada pelos impostos que estes também suportam**.

⁷³ Designadamente com vista a obter, no regime livre, informação útil para a atualização das tabelas, das convenções e dos preços do regime convencionado (v.g. cuidados procurados pelo quotizado e preços de mercado).

⁷⁴ Iniciado com os Memorandos de Entendimento de 2010, celebrados entre representantes do Ministério da Saúde e dos Ministérios que integram subsistemas públicos de saúde, entre os quais a ADSE.

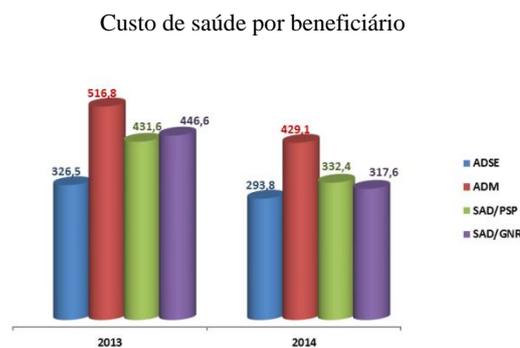


150. Nas suas alegações, o Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, informa que prevê a realização de “... *um processo de circularização junto das entidades do SNS no sentido de se apurar o montante das dívidas registadas até 31.12.2009 e após essa data...*” e o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, que aquela circularização permitirá “... *verificar se existe faturação que foi indevidamente emitida e será um elemento valioso para determinar quais as situações em que não está clara a partilha de responsabilidade, entre a ADSE e o SNS, pelo financiamento.*”.
151. Face às alegações dos membros dos Governos Regionais que rejeitam qualquer responsabilidade na regularização das dívidas contabilizadas pelos respetivos Serviços Regionais de Saúde, o Tribunal salienta que a ADSE-DG não pode ser responsabilizada pelo pagamento desta dívida considerando que, desde 2010 e na sequência dos Memorandos, deixou de dispor de dotação orçamental para o efeito e é atualmente financiada pelo desconto dos quotizados, que não pode ser afeto a cuidados prestados pelos Serviços Regionais de Saúde. A solução para o problema passa, por isso, pela concertação entre o Governo da República, responsável pelo orçamento do Estado, e os Governos Regionais, responsáveis pelos orçamentos das Regiões, à semelhança do que aconteceu com o Serviço Nacional de Saúde, em 2010.

Comparação de outros sistemas de saúde públicos com a ADSE (cfr. Vol. II, ponto 13)

152. Verifica-se, em 2014, alguma dependência da Assistência na Doença dos Militares (ADM) e do Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP) relativamente ao financiamento público. **Nesse ano, o desconto dos beneficiários cobriu cerca de 83% da despesa com saúde⁷⁵ da ADM e 88% da despesa da SAD/PSP. O desconto dos beneficiários do Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR) já superou o montante da despesa.**
153. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro, determinou o estudo de um modelo de governação transversal aos vários subsistemas de saúde⁷⁶.

154. No entanto, vários fatores podem justificar um modelo de financiamento distinto do da ADSE: (i) os maiores custos com saúde por beneficiário face aos custos da ADSE-DG, apesar da aproximação verificada; (ii) as especificidades destes sistemas, que resultam do maior risco da atividade profissional dos beneficiários e do modo de prestação dos benefícios; (iii) o saldo orçamental dos exercícios de 2014 e, previsivelmente, de 2015, da ADSE-DG, resultantes da manutenção da contribuição dos beneficiários num nível superior ao que seria suficiente para a cobertura da despesa em saúde, que obviamente não deverá servir para o financiamento dos restantes subsistemas.



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados por: ADSE (Beneficiários/DSB; Custos 2013/Demonstração de Resultados; Custos 2014 ADSE/DSAF Execução de tesouraria); IASFA, PSP, GNR

155. Tal é aliás preconizado na referida Resolução, que determina que o modelo de governação deve acautelar “a manutenção ou o reforço da identidade, autonomia, representatividade, expressão

⁷⁵ À semelhança do efetuado para a ADSE-DG para avaliar a suficiência do desconto, excluíram-se os custos destes sistemas com atos que são responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde.

⁷⁶ Em Conselho de Ministros de 4 de junho de 2015 foi aprovada a criação do órgão de coordenação dos subsistemas públicos de saúde, designado Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde.

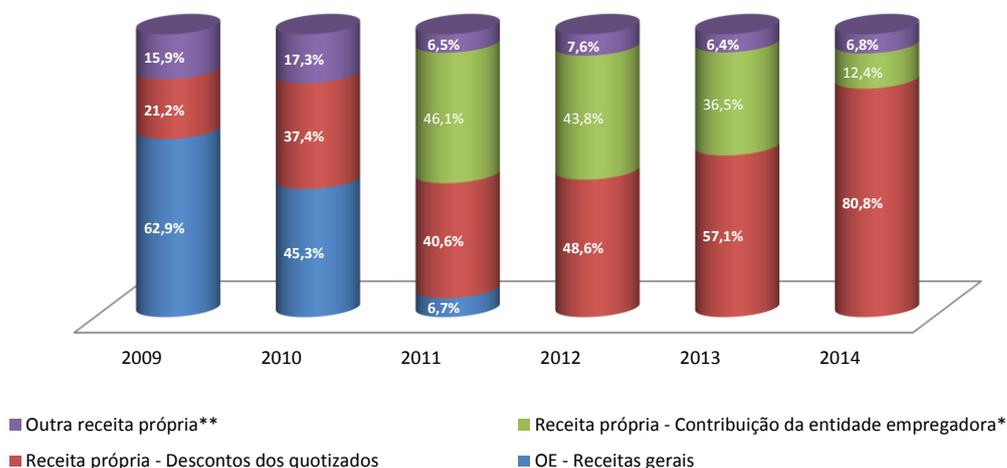
orçamental distinta e especificidades próprias de cada um dos subsistemas.”, determinação cujo teor se acompanha.

156. Refira-se que, na relação com os restantes subsistemas, as transferências de valor líquido são todas em benefício destes e não da ADSE que, tem pouco a ganhar num modelo de governação transversal.

Constrangimentos do regime administrativo e financeiro da ADSE-DG na gestão e na sustentabilidade do sistema de benefícios (cfr. Vol. II, pontos 7.1.2 e 7.2)

157. A gestão da ADSE-DG⁷⁷, tem sido condicionada pelo regime jurídico-financeiro de mera autonomia administrativa, que enquadra a sua atividade, apesar de, desde 2012, a atividade da ADSE-DG ser exclusivamente financiada por receitas próprias⁷⁸, um dos requisitos para a atribuição do regime da autonomia administrativa e financeira⁷⁹⁻⁸⁰.

Estrutura dos Proveitos (principais rubricas)



Fonte: DR entregues no TC no âmbito da prestação de contas; 2014 ADSE/DSAF – Relatório Financeiro.

*2014 corrigido da reversão de cerca de € 35,1 milhões para os cofres do Estado, cfr. LOE 2014

**Encargos com o sistema suportados por outras entidades empregadoras (reembolsos, captações, comparticipação em despesas de administração. 2014, corrigido do montante de € 7,2 milhões de regularização de dívida de entidades do SNS que a ADSE-DG cobrou durante este ano, por ser matéria controvertida com o Ministério da Saúde).

158. Para obviar aos **constrangimentos das regras sobre transição e utilização de saldos da gerência anterior** e evitar o risco de, até à aprovação do diploma de execução orçamental, não dispor de receita própria cobrada suficiente para satisfazer os pagamentos de cuidados de saúde nos regimes livre e convencionado que, nesse período, se vencem, a ADSE-DG:

⁷⁷ Serviço central da administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa, integrado, até 2014, no Ministério das Finanças. Em 2015, foi integrado, pela Lei do Orçamento do Estado, no programa orçamental do Ministério da Saúde (cfr. Relatório do orçamento do Estado 2015, págs. 133 e 169), mantendo-se ainda, em termos administrativos, na dependência do Ministério das Finanças. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro, preconiza a participação, no modelo de governação em estudo, dos Ministérios das Finanças e da Saúde. Em 4 de junho de 2015, o Conselho de Ministros aprovou um diploma que transfere a dependência da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas do Ministério das Finanças para o Ministério da Saúde.

⁷⁸ A contribuição da entidade empregadora, extinta em 2015, era receita consignada ao sistema de benefícios assegurado pela ADSE-DG.

⁷⁹ Cfr. art.º 6º da Lei n.º 8/90, de 20 de fevereiro.

⁸⁰ A autonomia financeira define-se “como a medida de liberdade dos poderes financeiros das entidades públicas; ou a capacidade financeira de uma pessoa ou órgão público.” Quanto à matéria a autonomia financeira pode ser: (i) patrimonial (“poder de ter património próprio suposto e/ou tomar decisões relativas ao património”); (ii) orçamental (“poder de ter orçamento próprio, gerindo as correspondentes despesas e receitas”); (iii) de tesouraria (“poder de gerir autonomamente os recursos monetários próprios, em execução ou não do orçamento”); (iv) creditícia (“poder de contrair dívidas, assumindo as correspondentes responsabilidades, pelo recurso a operações de crédito”). (Sousa Franco, 1995)



- + Nos anos de 2011 a 2013 **antecipou o pagamento de faturação dos prestadores de cuidados de saúde convencionados**, cujo prazo de vencimento só se verificaria em janeiro e fevereiro do ano seguinte. O montante antecipado, em 2013, foi de € 37,8 milhões e envolveu 1.351 prestadores convencionados.
 - + **A receita que dá entrada nas contas do Tesouro tituladas pela ADSE-DG, a partir de meados de dezembro de cada ano, é cobrada e reconhecida contabilisticamente como receita própria apenas no início de janeiro do ano seguinte**, garantindo assim a ADSE-DG a capacidade de tesouraria para o início do ano. Em 2013 essa receita ascendeu a € 34,2 milhões.
- 159. A antecipação de pagamentos constitui um benefício para as entidades privadas convencionadas, feito à custa do desconto dos quotizados** e, envolvendo, também, nos anos em análise, receita proveniente da contribuição da entidade empregadora, dos contribuintes em geral, sem qualquer contrapartida para o sistema de benefícios gerido pela ADSE-DG.
- 160. Com um regime jurídico-financeiro adequado, pelo menos de autonomia financeira, os excedentes de tesouraria poderiam ser rentabilizados em aplicações financeiras disponibilizadas pelo Tesouro**⁸¹. O ganho poderia ainda ser maior se a ADSE-DG pudesse, alternativamente, escolher e negociar aplicações financeiras, oferecidas pelo mercado, que garantissem maior retorno.
- 161.** Ainda que disponha de receita própria suficiente, proveniente dos descontos dos quotizados, para cobrir as despesas com cuidados de saúde do ano, se a despesa ultrapassar a dotação orçamental para o efeito⁸², a ADSE-DG, subordinada às regras de execução do orçamento do Estado⁸³, não pode utilizar aquela receita sem autorização do membro do Governo responsável pela área das finanças⁸⁴ ou, tratando-se de uma alteração orçamental da competência da Assembleia da República, sem prévia aprovação de uma lei de alteração orçamental.
- 162.** Em novembro de 2014, a ADSE-DG, dispendo de receita para o efeito, **entrou em situação de incumprimento relativamente a prestadores do regime convencionado**, por falta de cabimento na dotação orçamental respetiva, com impacto negativo nos órgãos de comunicação social e, através destes, nos quotizados. **Esta situação deveu-se a uma incorreta previsão da despesa com o regime convencionado na Lei do Orçamento do Estado de 2014, à qual a ADSE-DG foi alheia**, e à não correção posterior da dotação através da alteração orçamental necessária, apesar de a ADSE-DG ter elaborado uma proposta de alteração orçamental em setembro de 2014.
- 163.** A não previsão na Lei do Orçamento do Estado da totalidade da despesa com o regime convencionado e a sua não correção atempada, da iniciativa do Governo, não tem qualquer justificação, a não ser **a utilização dos descontos dos quotizados na resolução de problemas de equilíbrio orçamental macroeconómico**.
- 164. Estas situações causam dano na imagem pública da ADSE-DG e do Estado e podem ter consequências negativas na gestão do sistema** de proteção, caso as entidades prestadoras recorram a meios coercivos de cobrança ou exijam o pagamento de juros de mora, bem como no acesso dos quotizados aos cuidados de saúde (tempos de espera), podendo ser discriminados relativamente a outros utentes.

⁸¹ Considerando que, até ao momento, a ADSE-DG, se encontra também sujeita ao regime da unidade de tesouraria do Estado. Os montantes são os referidos no parágrafo 158, assim como os referidos no parágrafo 48.

⁸² O que ocorreu em 2014, devido a condicionalismos externos à gestão da ADSE-DG, designadamente decorrentes dos compromissos assumidos pelo Estado Português no MoU e do seu reflexo no âmbito da elaboração da Lei do Orçamento do Estado para 2014.

⁸³ Designadamente, em 2014, às regras constantes do art.º 7º do Decreto-Lei n.º 52/2014, de 7 de abril.

⁸⁴ Em 2015, em resultado de pela primeira vez a Lei do Orçamento do Estado (art.º 152º) ter estabelecido a transição automática de saldos, essa autorização é dada pelo membro do Governo com a respetiva tutela, cfr. art.º 8º do Decreto-Lei n.º 36/2015, de 9 de março. Refira-se que, em 4 de junho de 2015, o Conselho de Ministros aprovou um diploma que transfere a dependência da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas do Ministério das Finanças para o Ministério da Saúde.

165. A não disponibilização⁸⁵, em tempo, da receita consignada correspondente aos descontos dos quotizados, **permite ao Estado dispor destes excedentes de tesouraria e, conseqüentemente, receber (ou não pagar) juros, por conta de montantes exclusivamente pertencentes aos quotizados.**
166. **A nova realidade de financiamento do esquema de benefícios da ADSE, baseado em fundos privados e não em dinheiros públicos, suscita a necessidade da reconfiguração da sua natureza, forma e estatuto, bem como da definição de um modelo de governação interna que salvaguarde os ativos e promova a sustentabilidade do sistema de proteção social, pelo que se considera pertinente, no caso da sua manutenção na esfera pública, que se pondere:**
- ✚ a atribuição do regime jurídico-financeiro de autonomia administrativa e financeira;
 - ✚ o seu posicionamento orgânico na estrutura da Administração Pública (administração indireta ou autónoma);
 - ✚ a revisão da missão e dos objetivos da ADSE, de modo a que os mesmos não se confundam com o exercício de funções que competem ao Estado (v.g. a isenção de pensionistas do pagamento do desconto para o sistema ADSE, prevista no atual esquema de benefícios⁸⁶);
 - ✚ a elaboração de critérios que definam a constituição de reservas e promovam a estabilidade dos custos de administração da ADSE-DG, não ultrapassando o valor de € 6,5 por quotizado, salvo se esse aumento tiver contrapartida, quantificada, da qual resulte uma relação Custo-Benefício favorável;
 - ✚ o poder de administrar e dispor do património, constituído pelos descontos dos quotizados;
 - ✚ a possibilidade de rentabilização dos excedentes, permitindo à ADSE-DG rentabilizar os seus excedentes em aplicações disponibilizadas pela Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública – IGCP, E.P.E, ou por outras instituições financeiras, públicas ou privadas, excecionando-a do regime da unidade de tesouraria do Estado, uma vez que esses excedentes resultam apenas de fundos privados, consignados a fins privados;
 - ✚ a participação dos quotizados da ADSE⁸⁷ na sua governação, ao nível das decisões estratégicas e do controlo financeiro (v.g. aprovação de planos e relatórios de atividades e de documentos de prestação de contas), assegurando, também, o direito de veto sobre todas as decisões que possam afetar a sustentabilidade no curto, médio e longo prazo, e sobre a aplicação de excedentes;
 - ✚ a determinação do poder decisional das entidades que vierem a participar na governação da ADSE de forma proporcional ao seu contributo real e efetivo para os ativos tangíveis e intangíveis da ADSE;
 - ✚ a aproximação paulatina dos critérios de gestão da ADSE aos utilizados pelas entidades seguradoras ou por organizações de mutualização dos riscos de saúde;
 - ✚ um modelo de tutela conjunta, no âmbito das atribuições dos ministérios das finanças, da saúde e da segurança social;
 - ✚ a sujeição aos poderes de regulação de uma entidade reguladora independente.

167. Em sede de alegações, o Diretor-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas informa que a *“... proposta da equipa técnica aos membros do Governo deve apontar (os trabalhos ainda decorrem) para um Instituto Público de regime especial ...”* e que o regime preconizado permitirá *“... rentabilizar os excedentes de tesouraria através de investimentos em ativos financeiros”*.

⁸⁵ Conseqüência da não aprovação da alteração orçamental.

⁸⁶ Artigo 47º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com a redação dada pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro.

⁸⁷ A participação de todos os quotizados da ADSE deve ser garantida, através de organizações que os representem, e não através de organizações sindicais, que não representam necessariamente os quotizados.



Deduções fiscais dos descontos para a ADSE e de despesas de saúde (cfr. Vol. II, ponto 14)

168. Os descontos dos quotizados da ADSE são objeto de dedução específica aos rendimentos do trabalho dependente⁸⁸, na eventualidade destas contribuições excederem o limite da dedução específica, atualmente de € 4.104⁸⁹. A diferença de tratamento que se verificava em matéria de deduções fiscais entre:

- ✚ o desconto suportado por trabalhadores em funções públicas inscritos até 2005 (ano até ao qual estes trabalhadores eram inscritos na Caixa Geral de Aposentações e a inscrição na ADSE era obrigatória), objeto de dedução específica; e
- ✚ o desconto suportado por trabalhadores em funções públicas inscritos de 2006 em diante (quando estes trabalhadores passaram a ser inscritos do regime geral de segurança social e a inscrição na ADSE passou a ser facultativa), objeto de dedução à coleta,

foi corrigida em 2014, de acordo com informação prestada em contraditório pela Diretora-Geral da Autoridade Tributária.

169. A dedução em sede de imposto sobre o rendimento das pessoas singulares (IRS) dos descontos para sistemas complementares ou alternativos de saúde (dedução específica dos descontos dos quotizados da ADSE e dedução à coleta dos prémios de seguros voluntários de saúde e outras contribuições equiparadas⁹⁰) privilegia os contribuintes com mais recursos, não contribuindo para a equidade fiscal.

170. No âmbito da prestação de cuidados ao abrigo de sistemas de saúde extrínsecos ao Serviço Nacional de Saúde (v.g. ADSE, seguros de saúde, associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos), apenas a despesa gerada pela efetiva prestação de cuidados de saúde por entidades privadas deve ser deduzida em sede de IRS, na medida em que é esta despesa que contribui efetivamente para a redução dos custos do Serviço Nacional de Saúde, visto que diminui a procura de cuidados de saúde neste Serviço, com reflexos na diminuição da pressão existente no acesso aos estabelecimentos públicos e, consequentemente, nas listas e nos tempos de espera para consultas e cirurgias e na menor necessidade de investimento em capacidade instalada (recursos humanos e equipamentos).

171. Considerando, no entanto, que a despesa realizada pelos subscritores destes sistemas não se esgota nos copagamentos e na despesa não reembolsada, a dedução deve incluir o valor total da despesa ainda que paga por intermédio da entidade gestora dos sistemas.

172. Desconhecem-se os estudos que fundamentam a taxa e o limite máximo fixados para a dedução de despesas de saúde (atualmente, taxa de 15% da despesa realizada, com um limite máximo por agregado familiar de € 1.000). A taxa deve refletir o efeito substitutivo que o financiamento de cuidados de saúde pelos contribuintes representa no Serviço Nacional de Saúde. Enquanto não se

⁸⁸ Já quanto às despesas diretas com cuidados de saúde (copagamentos e despesa não reembolsada) as mesmas são deduzidas à coleta, como despesas de saúde.

⁸⁹ Cfr. art.º 25º, n.º 2, do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS), na última redação dada pela Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro, que nesta matéria apenas alterou o valor da dedução específica. Até 2014, era de 72% de 12 vezes o valor do Indexante dos Apoios Sociais.

⁹⁰ Sem prejuízo das considerações apresentadas pela Diretora-Geral da Autoridade Tributária em sede de contraditório, no sentido do enquadramento dos descontos para a ADSE no âmbito da dedução específica, o Tribunal faz notar que a ADSE tem vindo a perder as características de um subsistema e a assumir-se como um sistema extrínseco ao Serviço Nacional de Saúde, semelhante aos seguros voluntários de saúde – Vd. ponto 9.1 do Volume II. Daí, também, o reconhecimento dos direitos de opção e renúncia à inscrição na ADSE aos trabalhadores em funções públicas. Deste modo, após as mudanças que se perspetivam no funcionamento do sistema ADSE e no modelo de organização administrativa e de governação da entidade gestora, o tratamento dos descontos dos quotizados como dedução específica deverá ser reponderado.



dispuser de estudos independentes que quantifiquem este efeito substitutivo, dever-se-ia aumentar para 30% a dedução, reconduzindo-a à taxa que vigorou anteriormente.

173. Acresce que a fixação de limites máximos às deduções não tem um fundamento racional conhecido, apesar de também previstos no quadro das medidas constantes do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica estabelecidas no âmbito do PAEF (Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal).

4. RECOMENDAÇÕES

Aos membros do Governo responsáveis pela ADSE, atualmente a Ministra de Estado e das Finanças e o Ministro da Saúde

1. Diligenciar pela alteração do regime jurídico que regula o esquema de benefícios da ADSE e a responsabilidade financeira da mesma por cuidados prestados aos seus quotizados de modo a que fique claro:
 - 1.1. O objeto da responsabilidade financeira da ADSE, considerando que a mesma, sendo financiada apenas com os descontos dos quotizados, é um sistema extrínseco ao Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde, não podendo em caso algum ser considerado um subsistema⁹¹;
 - 1.2. Que os mecanismos de solidariedade se restrinjam aos explicitamente aprovados por todos os quotizados, por forma a acautelar a sustentabilidade da ADSE;
 - 1.3. Que a missão e os objetivos da ADSE não se confundam com o exercício de funções que competem ao Estado (v.g. a isenção de pensionistas do pagamento do desconto para o sistema ADSE, prevista no atual esquema de benefícios⁹²);
 - 1.4. A previsão de mecanismos que diferenciem a contribuição de cada quotizado de acordo com a idade em que venham a entrar para o sistema, no sentido de garantir a sua sustentabilidade;
 - 1.5. A previsão de mecanismos de readmissão à ADSE pelos quotizados que tenham exercido a opção de renúncia, que assegurem a sustentabilidade do sistema e a equidade da contribuição global desses quotizados face a quem suportou as quotas sem interrupção, por exemplo através da reconstrução da respetiva “carreira contributiva”.
 - 1.6. A responsabilidade das entidades empregadoras e processadoras de pensões quanto à entrega da receita do desconto e à remessa do respetivo ficheiro de detalhe, definindo, também, um enquadramento sancionatório para o efeito;
 - 1.7. O princípio de que a relação entre o quotizado e a ADSE se realiza de forma direta e não através das entidades empregadoras ou de outras entidades;
 - 1.8. O princípio de que todos os beneficiários devem contribuir com uma quotização para o sistema de benefícios, dependendo qualquer exceção de aprovação por todos os quotizados.
 - 1.9. O princípio de que só o quotizado com os descontos entregues atempadamente tem direito à prestação de cuidados de saúde financiados pela ADSE (a não entrega atempada suspende os benefícios), bem como o direito a voto nas decisões sobre a governação do sistema;
 - 1.10. A responsabilidade direta dos quotizados pela entrega do desconto, ainda que essa entrega possa ser efetuada por intermédio das entidades empregadoras, designadamente prevendo: (i) a possibilidade do quotizado entregar diretamente o desconto ou autorizar expressamente a entidade empregadora

⁹¹ O desconto constitui uma garantia da possibilidade de optar por um prestador privado não integrado no SNS ou nos SRS/RA e de usufruir de cuidados não cobertos pelos mesmos.

⁹² Artigo 47º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com a redação dada pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, sob a epígrafe “Descontos nas pensões”: “1 - As pensões de aposentação e de reforma dos beneficiários titulares, quando o seu montante for superior ao valor correspondente à retribuição mínima mensal garantida, ficam imediatamente sujeitas ao desconto de 1,5%. 2 - Quando da aplicação da percentagem prevista no número anterior resultar pensão de valor inferior à retribuição mínima mensal garantida, esta fica isenta de desconto.”.



- ou processadora de pensões a fazer a sua retenção e entrega e (ii) a possibilidade de suspensão dos benefícios;
- 1.11. A obrigatoriedade de as entidades empregadoras e/ou os quotizados informarem regularmente a ADSE-DG sobre o valor das remunerações/pensões;
 - 1.12. O prazo de prescrição das dívidas à ADSE-DG, considerando que o atual não promove a eficiência na sua cobrança, não sendo também unânime a sua aplicação.
2. Revogar a norma que estabelece a isenção do pagamento do desconto por pensionistas de baixos rendimentos⁹², por ser incompatível com a sustentabilidade da ADSE. Enquanto se mantiver a situação de isenção, o Estado deverá financiar atempadamente a ADSE-DG dos montantes suportados. O acolhimento desta recomendação deve ser articulado com o acolhimento das recomendações 23 e 24 dirigidas ao Diretor-Geral da ADSE.
 3. Uniformizar as responsabilidades das entidades empregadoras no financiamento do sistema, considerando: (i) que as entidades da Administração Central, pelo menos desde 2015, já não têm essa responsabilidade, (ii) o objetivo do sistema ser financiado apenas com o desconto dos beneficiários e (iii) o facto de este constituir receita da ADSE.
 4. Revogar as competências da ADSE-DG em matéria de controlo de faltas, considerando que são alheias ao sistema ADSE e ao seu financiamento por fundos privados com origem nos descontos dos seus quotizados.
 5. Enquanto a atividade de controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas se mantiver na ADSE-DG, responsabilizar financeiramente as entidades empregadoras pelos custos suportados pela ADSE-DG com a prestação deste serviço, incluindo uma margem, tornando-a um serviço remunerado.
 6. Promover a alteração do estatuto jurídico-administrativo e financeiro da ADSE-DG considerando que a sua principal fonte de financiamento é, desde 2014, o desconto dos quotizados e os constrangimentos que o mesmo tem provocado na gestão do sistema de benefícios. Esta alteração deve, no mínimo, garantir:
 - 6.1. A atribuição do regime jurídico-financeiro de autonomia administrativa e financeira;
 - 6.2. A propriedade plena dos descontos dos quotizados, dada a sua origem em fundos privados e a sua consignação aos fins para os quais foram efetuados;
 - 6.3. A possibilidade de a ADSE-DG rentabilizar os seus excedentes, em aplicações disponibilizadas pela Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública - IGCP, E.P.E, ou por outras instituições financeiras, públicas ou privadas, excecionando-a do regime da unidade de tesouraria do Estado;
 - 6.4. A participação dos quotizados da ADSE⁹³ na sua governação, ao nível das decisões estratégicas e controlo financeiro, sendo, para o efeito, essencial a previsão do respetivo direito de veto sobre as decisões estratégicas do sistema, i.e., todas as decisões que possam afetar a sustentabilidade no curto, médio e longo prazo e sobre a aplicação dos excedentes, por si postos à disposição da ADSE;
 - 6.5. Que o poder decisional das entidades que vierem a participar na governação da ADSE seja proporcional ao seu contributo para os ativos tangíveis e intangíveis da ADSE;
 - 6.6. Uma gestão do sistema exclusivamente profissional e técnica;
 - 6.7. A responsabilização do Estado sobre o desempenho da gestão se a responsabilidade pela gestão executiva ficar, ainda que transitoriamente, confiada a membros dos órgãos de gestão designados pelo Governo;

⁹³ A participação de todos os quotizados da ADSE deve ser garantida, através de organizações que os representem, e não através de organizações sindicais que não representam necessariamente os quotizados.



- 6.8. A exclusão do sistema ADSE relativamente a objetivos de contexto (v.g., orçamentais, de coesão social, de concertação social, entre outros) que são responsabilidade da Administração Pública;
 - 6.9. A manutenção dos custos de administração nos níveis atuais, não ultrapassando o valor de € 6,5 por quotizado, salvo se esse aumento tiver contrapartida, quantificada, da qual resulte uma relação Custo-Benefício favorável para o quotizado.
7. Não utilizar a taxa de desconto como instrumento de política económica.
 8. Promover as alterações legislativas necessárias para que as receitas e as despesas da ADSE, baseadas em fundos privados dos respetivos quotizados, deixem de ser consideradas para efeitos de apuramento da estabilidade orçamental e da dívida pública nos termos do Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais.
 9. Ponderar um modelo de tutela conjunta, no âmbito das atribuições dos ministérios das finanças, da saúde e da segurança social, que previna eventuais conflitos de interesses entre a gestão do Serviço Nacional de Saúde e do sistema ADSE e garanta a efetiva autonomia deste face àquele.
 10. Garantir que, na harmonização das tabelas do regime convencionado da ADSE com as tabelas de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, seja utilizado, sempre que possível, a informação que a ADSE-DG dispõe sobre o mercado, designadamente no âmbito do regime livre.
 11. Determinar a correção dos procedimentos de encontro de contas realizados quer pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde quer pela ADSE-DG, considerando, quanto aos primeiros, que a ADSE-DG não é entidade devedora, desde 1 de janeiro de 2010, e, quanto à ADSE-DG, que os valores objeto de compensação reflitam com exatidão as dívidas daquelas entidades.
 12. Determinar que as entidades não procedam a encontros de contas unilaterais que afetam a fiabilidade das demonstrações financeiras.
 13. Diligenciar junto das entidades dos Governos Regionais, responsáveis pelo sistema de benefícios ADSE e pelos Serviços Regionais de Saúde pela regularização das relações financeiras com as Administrações Regionais, até ao final de 2015:
 - 13.1. Regularização das dívidas das entidades empregadoras das Administrações Regionais à ADSE-DG;
 - 13.2. Entrega imediata do desconto dos quotizados à ADSE-DG, num prazo não superior a 3 meses, e determinar a notificação, desde já, dos quotizados, alertando-os para a suspensão da sua condição de beneficiário no final deste prazo, caso a não entrega dos descontos se mantenha;
 - 13.3. Regularização da dívida que os serviços e entidades dos Serviços Regionais de Saúde têm registado como sendo da ADSE-DG;
 - 13.4. Transferência de encargos com a comparticipação de medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas.
 14. Determinar a identificação dos cuidados da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde que, em 2015, ainda estão a ser financiados pela ADSE-DG, determinando a sua transferência imediata para estes Serviços.



15. Determinar que a entidade gestora da ADSE suspenda o financiamento dos cuidados de saúde da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde⁹⁴, bem como de outros encargos que não podem ser suportados pelo desconto dos quotizados.

À Ministra de Estado e das Finanças

16. Determinar a realização de um estudo que demonstre o efeito substitutivo dos sistemas de saúde extrínsecos ao SNS e suporte, em sede de Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares, a definição de uma taxa, real e objetiva, de dedução das despesas de saúde, que considere a eliminação do montante da dedução máxima dessa despesa.
17. Ponderar a alteração do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares com vista a:
 - 17.1. Permitir a dedução da despesa com a prestação de cuidados de saúde, ainda que paga pela entidade gestora dos sistemas complementares ou alternativos de saúde;
 - 17.2. Eliminar, considerando a equidade fiscal, a dedução fiscal dos descontos para sistemas complementares ou alternativos de saúde, como os descontos dos quotizados da ADSE, os prémios de seguros voluntários de saúde e as contribuições pagas a associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos;

Ao Ministro da Saúde

18. Garantir a não discriminação dos quotizados da ADSE pelas instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde, incluindo entidades terceiras que com este contratem, determinando, designadamente a supressão dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde da identificação do utente como beneficiário da ADSE, tendo em conta que a mesma não serve, atualmente, qualquer fim.
19. Determinar que sejam emitidas orientações às unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde no sentido de:
 - 19.1. Clarificar que a entidade responsável pelas dívidas relativas a faturação de cuidados prestados, até 31 de dezembro de 2009, a quotizados dos subsistemas públicos de saúde, é atualmente a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, determinando as necessárias correções contabilísticas;
 - 19.2. Clarificar que o financiamento da prestação de cuidados, a partir de 1 de janeiro de 2010, a quotizados da ADSE, passou a estar integrado nos instrumentos de financiamento das entidades do Serviço Nacional de Saúde (v.g., contratos-programa e orçamentos das Administrações Regionais de Saúde), determinando a anulação da faturação emitida à ADSE-DG por atos prestados após essa data;
 - 19.3. Corrigir os procedimentos de encontro de contas unilaterais efetuados pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS relativamente às dívidas e aos créditos que tinham perante a ADSE-DG, considerando que esta Direção-Geral não é entidade devedora, desde 1 de janeiro de 2010.
 - 19.4. Clarificar que os quotizados da ADSE e de outros subsistemas públicos de saúde são utentes do Serviço Nacional de Saúde não devendo ser objeto de qualquer discriminação relativamente aos

⁹⁴ Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cuidados respiratórios domiciliários, transporte de doentes prescritos por entidades do SNS/SRS-RA, comparticipação no preço dos medicamentos, prestação de cuidados de saúde no estrangeiro que não resultem da livre escolha do quotizado, ou outros que venham a ser identificados no âmbito da recomendação anterior.



restantes utentes, quer quanto ao acesso quer quanto ao financiamento dos cuidados de saúde prestados, direta ou indiretamente, pelo SNS.

Ao Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

20. Propor aos membros do Governo responsáveis pela ADSE, atualmente a Ministra de Estado e das Finanças e o Ministro da Saúde:
 - 20.1. A alteração do regime jurídico que regula o esquema de benefícios da ADSE e a responsabilidade financeira da mesma por cuidados prestados aos seus quotizados, tendo em conta o recomendado em 1;
 - 20.2. A uniformização das responsabilidades das entidades empregadoras no financiamento do sistema, tendo em conta o recomendado em 3;
 - 20.3. A alteração do estatuto jurídico-administrativo e financeiro da ADSE-DG, tendo em conta o recomendado em 6.

21. Proceder à realização de um estudo sobre a sustentabilidade da ADSE a médio e longo prazo que inclua, designadamente:
 - 21.1. A possibilidade de alargamento do sistema de benefícios aos trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho da Administração Pública (Administrações Públicas em Contas Nacionais e Sociedades do Setor Público não classificadas nas Administrações Públicas), e a outros interessados que não façam parte do Setor Público, desde que o mesmo reduza ou, no mínimo, não degrade a idade média do quotizado e que a quotização média não seja inferior à atual.

As decisões de alargamento têm de basear-se em análises quantificadas sobre o seu efeito na sustentabilidade da ADSE e não em fatores qualitativos como os referidos no âmbito do contraditório a propósito do eventual alargamento aos corpos de bombeiros: “... *princípio de proteção dos elementos dos corpos especiais que cumprem missões de interesse público.*”;
 - 21.2. A previsão de mecanismos de readmissão à ADSE pelos quotizados que tenham exercido a opção de renúncia, que assegurem a sustentabilidade do sistema e a equidade da contribuição global desses quotizados face a quem suportou as quotas sem interrupção, por exemplo através da reconstrução da respetiva “carreira contributiva”;
 - 21.3. A previsão de mecanismos que diferenciem a contribuição de cada quotizado de acordo com a idade em que venham a entrar para o sistema;
 - 21.4. A revisão das condições de elegibilidade de familiares, designadamente dos cônjuges;
 - 21.5. A revisão do pacote de coberturas⁹⁵;
 - 21.6. A revisão do modelo de pagamento das entidades prestadoras convencionadas;
 - 21.7. A inclusão nas convenções requisitos de qualidade⁹⁶ e procedimentos de controlo dos mesmos, ponderando a sua indexação ao pagamento das entidades convencionadas;
 - 21.8. A remuneração adequada dos excedentes, através do investimento em ativos financeiros, ponderando também o investimento em ativos fixos (v.g., prestação de cuidados de saúde por meios próprios);
 - 21.9. A indexação da taxa de desconto ao nível de despesas previstas (com uma margem, por exemplo, de 10% sobre o montante das despesas) e a introdução de limiares máximos e mínimos de contribuição;
 - 21.10. A introdução de medidas que promovam a eficiência da utilização do sistema, designadamente a aproximação dos valores dos copagamentos aos das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde.

22. Este estudo deve sempre considerar o impacto que eventuais alterações poderão ter nas decisões de adesão, manutenção ou renúncia ao sistema de benefícios ADSE, nomeadamente

⁹⁵ Designadamente, o regime convencionado deve assegurar uma oferta mínima em todas as especialidades.

⁹⁶ V.g. tempos de espera para consulta e cirurgia.



- qualquer ganho para o sistema deverá contribuir para um aumento da oferta de benefícios e/ou para a redução da taxa de desconto.
23. Diligenciar pela suspensão do financiamento dos cuidados de saúde prestados aos pensionistas isentos do pagamento do desconto, por ser incompatível com a sustentabilidade da ADSE, se o Estado não assumir os encargos com esses aposentados até 31 de agosto de 2015.
 24. Apurar os encargos que a ADSE-DG suportou com os cuidados de saúde prestados aos pensionistas isentos do pagamento do desconto, e respetivos familiares, desde 1 de janeiro de 2015⁹⁷, com recurso a fundos privados dos quotizados, e solicitar o respetivo reembolso ao Estado.
 25. Propor aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, os cuidados a transferir, já em 2015, para o Serviço Nacional de Saúde ou para os Serviços Regionais de Saúde, por serem responsabilidade originária destes.
 26. Propor os preços a cobrar às entidades empregadoras no âmbito do controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas, com uma margem sobre o preço de custo, a aplicar enquanto a atividade se mantiver na ADSE-DG.
 27. Suspender o financiamento dos cuidados da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde/Serviços Regionais de Saúde⁹⁸, ou outros encargos que não podem ser suportados pelo desconto, caso não disponha de receita com origem em fundos públicos. Na eventualidade destes custos já terem sido suportados com desconto dos quotizados, os mesmos têm de ser identificados e quantificados e objeto de reembolso por parte das entidades públicas responsáveis.
 28. Promover a atualização técnica das tabelas de prestação de cuidados de saúde, utilizando também a informação que a ADSE-DG dispõe sobre o mercado, designadamente no âmbito dos pedidos de reembolso do regime livre.
 29. Diligenciar para que, nas áreas sobrepostas, as tabelas do regime convencionado contemplem todos os atos que são cobertos pelo regime livre.
 30. Ponderar a indexação dos limites de reembolso do regime livre aos encargos da ADSE-DG no âmbito do regime convencionado.
 31. Considerando a relevância da despesa da ADSE com a medicina dentária no regime livre, promover a alteração do esquema de financiamento destes cuidados, ponderando designadamente a substituição dos limites atuais, de quantidade, por um *plafond* financeiro (em euros).
 32. Nas áreas de prestação de cuidados de saúde sobrepostas, harmonizar os códigos e nomenclaturas das tabelas dos regimes livre e convencionado e, sempre que possível, utilizar os

⁹⁷ Ano em que a contribuição da entidade empregadora foi revogada.

⁹⁸ Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cuidados respiratórios domiciliários, transporte de doentes prescritos por entidades do SNS/SRS-RA, comparticipação no preço dos medicamentos, prestação de cuidados de saúde no estrangeiro que não resultem da livre escolha do quotizado, ou outros que venham a ser identificados.



códigos e nomenclaturas das tabelas do Serviço Nacional de Saúde, Ordem dos Médicos ou Ordem dos Médicos Dentistas.

33. Disponibilizar ao quotizado informação sobre a efetiva cobertura das convenções, designadamente em matéria de atos não cobertos, no portal de internet da ADSE-DG.
34. Informar os quotizados da fundamentação da decisão de não reembolso no âmbito do regime livre e disponibilizar informação, no portal de internet da ADSE-DG, sobre a fundamentação das decisões de não reembolso mais frequentes.
35. Introduzir no sistema medidas que promovam o controlo da despesa do regime convencionado, designadamente:
 - 35.1. Implementar medidas que intensifiquem o controlo sobre a faturação no âmbito dos códigos abertos;
 - 35.2. Determinar preços nos códigos abertos;
 - 35.3. Introduzir limites de quantidade que, para não limitarem o acesso, podem, por exemplo, consistir na determinação de um preço marginal a partir de determinada quantidade.
36. Implementar procedimentos de avaliação da satisfação dos utentes⁹⁹ que incluam não só questões sobre a qualidade do atendimento e tempos de espera, mas também sobre os resultados dos cuidados de saúde.
37. Na harmonização das tabelas do regime convencionado da ADSE com as tabelas de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, caso a mesma prossiga, utilizar, sempre que possível, a informação que a ADSE-DG dispõe sobre o mercado, designadamente no âmbito do regime livre.
38. Rever os procedimentos de renovação dos cartões dos cônjuges beneficiários familiares, tendo em conta a necessidade de verificação regular da manutenção das condições legais que são requisito para a inscrição.
39. Proceder ao pleno cumprimento dos princípios contabilísticos fundamentais, nomeadamente, da especialização dos exercícios, da consistência e da prudência.
40. Corrigir o procedimento de regularização de dívida das entidades do Serviço Nacional de Saúde (encontro de contas unilateral) de modo a que os valores objeto de compensação reflitam, com exatidão, as dívidas daquelas entidades.
41. Proceder com regularidade à conciliação dos saldos em dívida, essencial para a aplicação dos mecanismos de cobrança coerciva e procedimentos de encontro de contas (bilaterais).
42. Elaborar e implementar um Plano de Regularização de Dívidas, com objetivos quantificados e prazos, que preveja a aplicação regular dos mecanismos de cobrança coerciva de dívidas.
43. Instituir procedimentos de contabilização dos montantes de desconto não entregues, com base nos ficheiros de detalhe recebidos ou através de estimativas da ADSE-DG no caso da não entrega dos ficheiros.

⁹⁹ Realizados por entidades independentes e cujos custos devem ser suportados pelas entidades convencionadas visadas.



44. Implementar o controlo da entrega do desconto por quotizado.
45. Implementar procedimentos que permitam ao quotizado controlar a entrega do desconto que lhe foi retido pela entidade empregadora ou processadora de pensões à ADSE-DG, designadamente:
 - 45.1. Determinando que as entidades empregadoras e processadoras de pensões apenas procedam à retenção e entrega do desconto dos quotizados que lhe tenham dado expressamente autorização para o efeito, permitindo com isso aos quotizados a liberdade de entregar diretamente o desconto à entidade gestora do sistema ADSE;
 - 45.2. Disponibilizando na *ADSE Direta* uma conta corrente de cada quotizado, com o crédito e o débito no âmbito do sistema ADSE;
 - 45.3. Incluindo, na declaração para efeitos de IRS, informação sobre o desconto;
 - 45.4. Circularizando os quotizados quanto à correção da remuneração de incidência da taxa de desconto e ao valor entregue na ADSE-DG;
 - 45.5. Emitindo alertas aos quotizados sempre que se verificam atrasos na entrega do desconto;
 - 45.6. Suspendendo, após notificação ao quotizado, a condição de beneficiário até à regularização da situação.
46. Propor medidas de regularização das dívidas das Administrações Regionais à ADSE-DG.
47. Regularizar de imediato a entrega do desconto dos quotizados das Administrações Regionais e de outras entidades empregadoras em falta, designadamente dando um prazo de três meses para o efeito e notificando, desde já, os quotizados/beneficiários que, na ausência de regularização, logo que decorrido aquele prazo, a sua condição de beneficiário será suspensa.
48. Propor as medidas e implementar os procedimentos necessários para que a ADSE deixe de financiar as Administrações Regionais, designadamente, caso continue a financiar cuidados prestados a quotizados trabalhadores destas Administrações, sem que para o efeito lhe seja entregue o desconto, identificando e quantificando as situações e exigindo o seu reembolso às Administrações Regionais.
49. Sensibilizar as entidades empregadoras sobre a remuneração que constitui a base de incidência da taxa de desconto e sobre a, eventual, necessidade de correção dos valores de desconto incorretamente apurados desde 1 de janeiro de 2013.
50. Desenvolver internamente metodologias de controlo e de apoio a verificações nos serviços prestados e faturados pelos prestadores convencionados.
51. Evitar qualquer conexão entre os sistemas de informação da ADSE e os da Administração Tributária, designadamente a utilização dos mesmos mecanismos de autenticação (n.º de contribuinte e senha de acesso ao portal da Administração Tributária), salvo se os quotizados decidirem em contrário.

Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

52. Emitir orientações às unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde no sentido do recomendado em 19 ao Ministro da Saúde.



53. Confirmar, junto das entidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde o valor da dívida por cuidados prestados a quotizados da ADSE-DG até 31 de dezembro de 2009, e confrontar com os valores já pagos, corrigindo eventuais situações irregulares.
54. Suprimir dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde, designadamente da base de dados do cartão de utente, a identificação do utente como beneficiário da ADSE, tendo em conta que a mesma não serve, atualmente, qualquer fim.
55. Na harmonização das tabelas do regime convencionado da ADSE com as tabelas de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, caso a mesma prossiga, utilizar, sempre que possível, a informação que a ADSE-DG dispõe sobre o mercado, designadamente no âmbito do regime livre.

5. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO

174. Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto¹⁰⁰, o relato de auditoria foi enviado às seguintes entidades:

- Ministra de Estado e das Finanças;
- Ministro da Saúde;
- Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas;
- Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, no período de 2009-2014.

175. No sentido de conferir maior amplitude ao princípio do contraditório, o relato, ou extrato do mesmo, foi ainda remetido, para efeitos de audição, na qualidade de partes interessadas, às seguintes entidades:

- Governo Regional da Região Autónoma da Madeira: Secretário Regional do Plano e Finanças e Secretário Regional dos Assuntos Sociais;
- Governo Regional da Região Autónoma dos Açores: Vice-Presidente do Governo Emprego e Competitividade Empresarial;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Diretor-Geral do Orçamento;
- Diretor-Geral das Autarquias Locais.
- Presidente do Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE;
- Presidente do Conselho de Administração da Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos da Saúde, SA;
- Presidente do Conselho Diretivo do Instituto de Ação Social das Forças Armadas;
- General Comandante-Geral da Guarda Nacional Republicana;
- Diretor Nacional da Polícia de Segurança Pública;
- Diretora-Geral da Autoridade Tributária e Aduaneira;
- Presidente do Conselho Diretivo da Associação Nacional de Municípios;
- Diretor-Geral de Planeamento e Gestão Financeira do Ministério da Educação e Ciência.

176. Com exceção do Diretor-Geral das Autarquias Locais e do General Comandante-Geral da Guarda Nacional Republicana, todas as restantes se pronunciaram sobre o teor do relato de auditoria. O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE, não tendo respondido diretamente, contribuiu para a resposta da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais.

¹⁰⁰ Alterada e republicada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto e alterada pelas Leis n.ºs 35/2007, de 13 de agosto, 3-B/2010, de 28 de abril, 61/2011, de 7 de dezembro, 2/2012, de 6 de janeiro, e 20/2015, de 9 de março, que a republicou.



177. Apesar de ter enviado resposta, a Direção-Geral do Orçamento referiu não ter comentários a apresentar.
178. No decurso da análise das alegações foram realizadas diligências e obtidos esclarecimentos subsequentes junto das seguintes entidades:
- Ministra de Estado e das Finanças;
 - Ministro da Saúde;
 - Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.
179. Sem prejuízo de se terem pronunciado sobre algumas matérias do Relatório, quer a Ministra de Estado e das Finanças quer o Ministro da Saúde, através dos Chefes do Gabinete, consideram dever aguardar pelas propostas da equipa técnica nomeada ao abrigo da Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 5/2015, de 15 de janeiro¹⁰¹, com a missão de estudar e propor um modelo de governação transversal aos sistemas de saúde da ADSE, dos militares das Forças Armadas (ADM), da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR), e da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP), por entenderem *“... que muitas, senão a totalidade, [das] recomendações se entrecruzam com o mandato da equipa técnica ...”*.
180. Na primeira resposta, remetida através do Gabinete de Sua Excelência a Ministra de Estado e das Finanças, o Diretor-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas refere que a reforma dos sistemas públicos de saúde, iniciada com o MoU, *“ainda está por concluir, tendo o Governo dado este último passo no sentido de a vir a concretizar [referindo-se à RCM n.º 5/2015], sendo que este relato do Tribunal de Contas poderá também dar um importante contributo para a execução desta reforma.”* e que a equipa técnica constituída ao abrigo daquela RCM *“...deve também apresentar soluções que vão ao encontro das diversas recomendações constantes do relato do Tribunal de Contas ...”*.
181. O Diretor-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas em exercício de funções até 2014 concorda com o *“... sentido das conclusões expostas no ponto 2 [do Volume I], titulado por “Principais Conclusões”.*”, tendo apresentado observações e/ou questões que conduziram, sempre que adequado, à introdução de esclarecimentos sobre o sentido do texto e/ou de informações complementares.
182. A Vice-Presidência do Governo Emprego e Competitividade Empresarial dos Açores e o Secretário-Geral da Associação Nacional de Municípios, sem prejuízo das alegações apresentadas e que são objeto de análise nos pontos do Relatório a que respeitam, evidenciaram a importância do presente Relatório para uma reflexão fundamental sobre a reforma do sistema de saúde e sobre um novo modelo de governação.
183. As alegações apresentadas pelas várias entidades ouvidas incidiram essencialmente sobre:
- a) O novo modelo de organização e governação da entidade gestora da ADSE;
 - b) A sustentabilidade do sistema;
 - c) A definição do objeto da responsabilidade financeira da ADSE face ao Serviço Nacional de saúde e aos Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas;
 - d) As relações financeiras entre a entidade gestora da ADSE e as Administrações Regionais;
 - e) Medidas de controlo da despesa e da receita da ADSE;
 - f) As dívidas da Administração Local à ADSE-DG;
 - g) Competências da entidade gestora da ADSE em matéria de controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas;
 - h) Deduções fiscais dos descontos para a ADSE e de despesas de saúde.

¹⁰¹ Publicada no DR, 1ªS, n.º 15, de 22 de janeiro.



184. Destacam-se, de seguida e em síntese, os comentários, pelo seu teor mais global, relativos às alíneas a) e b). Os comentários sobre os restantes temas constam, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório, Volumes I e II, a que respeitam.

Modelo de organização e governação da nova entidade gestora da ADSE e salvaguarda dos ativos

185. O Diretor-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas, em contraditório, informa que a *“... proposta da equipa técnica aos membros do Governo deve apontar (os trabalhos ainda decorrem) para um Instituto Público de regime especial ...”*.
186. Considerando os diversos níveis de autonomia financeira que podem ser atribuídos a estes organismos, o Tribunal recomenda que o regime jurídico da futura entidade gestora deve garantir pelo menos a propriedade do património, o poder de administrar e dispor do mesmo, a autonomia do Orçamento do Estado e da respetiva execução e o poder de gerir os respetivos recursos financeiros. Refira-se que sobre este último, o Diretor-Geral da ADSE informa que o regime preconizado permitirá *“... rentabilizar os excedentes de tesouraria através de investimentos em ativos financeiros”*.
187. Sobre este último assunto, o Tribunal embora recomendando que os excedentes devem poder ser rentabilizados em aplicações disponibilizadas pela Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública - IGCP, E.P.E, entende que a entidade gestora deve ser excecionada do regime da unidade de tesouraria do Estado podendo aplicar esses excedentes em outras instituições financeiras públicas ou privadas, uma vez que os excedentes resultam de fundos privados.
188. Ainda de acordo com o referido pelo Diretor-Geral da ADSE, o modelo de governação em estudo prevê a existência de um Fiscal Único, de um Conselho Consultivo e de um Conselho Diretivo, tendo estes últimos a participação de membros eleitos diretamente pelos quotizados. No Conselho Diretivo serão membros não executivos, sendo os membros executivos escolhidos pelos membros do Governo com a tutela (da área das Finanças e da Saúde).
189. No âmbito da equipa técnica, o Diretor-Geral afirma ter defendido *“...a opção por uma associação pública sem fins lucrativos, equiparada a instituição particular de solidariedade social, constituída por um associado fundador, eventualmente a PARPÚBLICA, SGPS, S.A. e por associados individuais, os beneficiários titulares da ADSE, (...) [com] os seguintes órgãos sociais:”* assembleia geral, conselho fiscal, conselho geral e conselho de administração, sendo que os quotizados teriam participação em todos os órgãos.
190. O Tribunal alerta para o risco de uma organização, sob a tutela do Governo, em que os membros executivos do órgão de gestão, ou a sua maioria, são nomeados pelo Governo, poder vir a ser instrumentalizada na prossecução de objetivos de contexto (v.g., orçamentais, de coesão social, de concertação social, entre outros) que têm de ser prosseguidos pela Administração Pública e não por uma entidade financiada exclusivamente por fundos privados (descontos dos quotizados).
191. Assim, o Tribunal reforça que o regime jurídico do modelo de organização que venha a ser adotado deve estabelecer poderes de controlo dos quotizados sobre as decisões estratégicas e de controlo financeiro, designadamente prevendo o respetivo direito de veto sobre as decisões estratégicas do sistema ADSE.
192. Acresce que, confiando-se ao Governo a responsabilidade da designação dos membros executivos do órgão de gestão, ou a sua maioria, devem ser previstos mecanismos que garantam a responsabilização do Estado sobre o desempenho da gestão na eventualidade dos resultados dessa gestão comprometerem a sustentabilidade do sistema.



193. Quanto aos membros do Governo que, em concreto, se preconiza virem a exercer poderes de tutela, o Tribunal acompanha a preocupação refletida nas alegações do Diretor-Geral da ADSE no sentido de que *“... a primeira regra a ser acautelada deve ser a independência da gestão da ADSE e do seu orçamento se manter claramente independente da gestão do orçamento do SNS.”*, designadamente salvaguardando e preservando *“... os atributos reconhecidos e valorizados pelos beneficiários da ADSE...”*, *“redefinindo o enquadramento de complementaridade face ao SNS (que aliás já é automático para os seguros de saúde)”*, *“... isolando a ADSE das regras de funcionamento do SNS.”*
194. Efetivamente, atendendo a que a ADSE e o SNS representam diferentes modelos de prestação de cuidados de saúde, entendido por alguns como concorrencial, devem ser estabelecidos mecanismos que anulem o risco de a ADSE vir a perder autonomia face à gestão do SNS.

Sustentabilidade do sistema ADSE

195. O atual Diretor-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas refuta as análises do Relatório que suportam as conclusões de que a subida da taxa de desconto do quotizado para 3,5% foi excessiva face às necessidades de financiamento do sistema, considerando que estas conclusões se antecipam à reforma ainda em curso do sistema ADSE que *“... deve ir no sentido da atribuição total à entidade gestora da ADSE de competências que hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional, aliás como é bem referido no relato do Tribunal de Contas^[102], situação esta que vai trazer mais encargos para o subsistema, que no futuro vão ser financiados unicamente pela taxa de desconto de 3,5%, a cargo dos quotizados.”*
196. Apesar do Diretor-Geral da ADSE manifestar a sua preocupação com o facto de existirem quotizados que contribuem para o sistema em *“... valor muito superior ao benefício por ele[s] percebido, situação que o[s] fará equacionar objetivamente a sua manutenção no sistema e a hipótese de renunciar.”*, encontrando-se a ADSE *“... a equacionar a hipótese de vir a propor a eventual introdução de um limite máximo de contribuição dos quotizados ...”*, a questão que também coloca *“... é se será justificável a introdução [deste limite face à] perda de receita da ADSE (...) para tentar impedir a eventual saída de um (...) pequeno número de beneficiários ...”*.
197. Salaria, ainda, o agravamento do índice de envelhecimento da população beneficiária da ADSE, acima do indicador nacional (2013, este indicador, segundo dados do PORDATA, era de 133,5% e o da ADSE 150,91%, em 2014 o indicador da ADSE já estava em 168,64%) e o facto dos custos médios com a saúde aumentarem com a idade, indicando medidas que visam o alargamento do universo dos quotizados.
198. Nas suas alegações e esclarecimentos adicionais prevê, ainda, a manutenção dos mecanismos de solidariedade existentes no sistema.
199. Na avaliação da adequação da taxa de desconto fixada a partir de maio de 2014, o Tribunal considerou apenas as necessidades de tesouraria decorrentes do funcionamento da ADSE entre 2013 e 2015, uma vez que o aumento dessa taxa para 3,5%, ocorrido em 2014, apenas visou suprir a diminuição do financiamento com origem na contribuição da entidade empregadora. Tal aumento não pretendeu fazer face a qualquer alteração às responsabilidades das entidades da Administração Local e Regional quanto ao financiamento do sistema.

No entanto, a eventual alteração dessas responsabilidades, evocada pelo Diretor-Geral da ADSE no parágrafo 195, foi objeto de análise no presente Relatório (Anexo 4), tendo-se verificado que, no

¹⁰² Numa alusão à recomendação n.º 2 do presente Relatório.



cenário mais desfavorável, uma taxa de 2,85% cobriria o total da despesa em que a ADSE-DG incorreria.

200. As conclusões de que a subida da taxa de desconto, em 2014, para 3,5% foi excessiva são confirmadas pelo excedente verificado em 2014 e pelo previsto para 2015: € 138,9 milhões (2014); € 89,4 milhões (2015), considerando em ambos os anos apenas a receita proveniente do desconto, e a despesa com o esquema de benefícios.
201. Na simulação, o Tribunal considerou também a inutilidade de criar excedentes com a dimensão observada numa entidade sem autonomia financeira, que não pode dispor livremente dos mesmos, utilizando-os em benefício do sistema. Até ao momento, estes excedentes, obtidos à custa do rendimento dos quotizados, dado não terem sido fundamentados em necessidades do sistema, serviram apenas objetivos de consolidação orçamental do Estado.
202. Sem prejuízo de o Diretor-Geral informar que uma das propostas que está a ser estudada pela equipa técnica constituída ao abrigo da RCM n.º 5/2015 vai no sentido de a futura entidade gestora do sistema ADSE poder rentabilizar os excedentes de tesouraria através de investimentos em ativos financeiros, excedentes como o observado em 2014, que ultrapassou em 36% o montante da despesa com os regimes convencionado e livre e administração nesse ano, e o previsto para 2015, que ultrapassa em 20% o valor dessa despesa, sem qualquer fundamentação nas necessidades de funcionamento do sistema, podem causar descontentamento nos quotizados colocando em risco a sustentabilidade do sistema considerando o impacto da taxa de desconto nas decisões de adesão, manutenção e renúncia ao sistema.
203. Tal situação é aliás realçada pelo anterior Diretor-Geral da ADSE, em funções até ao final de 2014, que, nas alegações apresentadas em sede de contraditório, referindo-se a um eventual descontentamento dos beneficiários: *“Será muito interessante avaliar a reação do coletivo dos beneficiários titulares quando perceberem que o seu contributo destinado ao financiamento das despesas com saúde também propiciou a geração de excedente financeiro que poderá ser equiparado a um fundo para o qual não há qualquer regulamentação sobre a forma de utilizar, a não ser a norma prevista no Orçamento de Estado para 2015 que prevê a transição automática do saldo de gerência de 2014.”*
204. Especialmente os quotizados ou os potenciais quotizados dos últimos escalões de desconto começam a ver os seguros de saúde como uma alternativa à ADSE, facto que o Tribunal considera não estar a ser devidamente valorizado pelo atual Diretor-Geral da ADSE.
205. Apesar das características salientadas pelo Diretor-Geral da ADSE que, ainda, diferenciam o sistema ADSE dos seguros de saúde (desconto independente da idade e do sexo; benefícios para dependentes; inexistência de limites de idade e de capitais seguros; inexistência de autorizações prévias e justificações das intervenções; períodos de carência e exclusões), não existe a garantia de que todas se mantenham, considerando a sustentabilidade do sistema. O próprio Diretor-Geral, indo ao encontro de uma das conclusões do presente Relatório, já admite a introdução de autorizações prévias e justificações das intervenções.
206. O Tribunal observa, nas alegações do Diretor-Geral, alguma despreocupação quanto ao universo de quotizados e à manutenção/melhoria da base de incidência dos descontos: (i) o risco de renúncias dos quotizados dos últimos escalões é minimizado, considerando o seu (ainda) número reduzido face ao universo; (ii) não perspectiva a introdução de medidas que aliciem potenciais quotizados dos últimos escalões a aderir ao sistema.
207. De facto, apesar do número de renúncias no período 2011-2014 ser ainda reduzido, foi em 2014, ano em que a taxa passou para 3,5%, que se verificaram mais renúncias, sendo que a maioria ocorreu nos dois escalões de desconto mais elevados. Os quotizados destes dois escalões, em 2013:



- representaram 8% (67.588) do universo;
- contribuíram para o financiamento do sistema com cerca de 20% (€ 55,9 milhões) do valor total do desconto;
- custaram ao sistema cerca de 10% (€ 39,6 milhões) do total dos custos suportados pela ADSE-DG,

representando um ganho financeiro para o sistema de € 16,3 milhões. Este ganho é absorvido, designadamente, pelos mecanismos de solidariedade existentes no sistema, que não se limitam ao modo de contribuição (o valor do desconto é diretamente proporcional ao vencimento), mas também à cobertura de despesas com beneficiários que nada contribuem para o sistema (pensionistas cujo valor da pensão de reforma ou de aposentação, após a aplicação da taxa de desconto, seja inferior ao valor da retribuição mínima mensal garantida, que de acordo com o Diretor-Geral da ADSE, representaram uma perda de receita estimada de € 8,77 milhões; cônjuges, descendentes e ascendentes, nas situações previstas no esquema de benefícios), verificando-se, ainda, ineficiências do sistema, como as apuradas na auditoria: relativamente à cobrança dos descontos (existem quotizados cujos descontos não são entregues à ADSE-DG) e à regularização das dívidas.

208. Deste modo, sem prejuízo de se entender que a taxa de desconto nunca deverá ser excessiva face às necessidades de financiamento do sistema, o Tribunal considera que é também importante, numa perspetiva de sustentabilidade de médio-longo prazo, garantir a atratividade do sistema para os quotizados dos escalões superiores, contribuintes líquidos do sistema, mantendo algum equilíbrio entre as contribuições individuais destes quotizados e os respetivos benefícios.
209. Ainda que a introdução de um limite máximo implique, no curto prazo, a diminuição da receita, esta contribuirá para a permanência dos atuais quotizados dos últimos escalões no sistema e para atrair novas adesões que compensarão parte da receita perdida. Estas diminuições dos mecanismos de solidariedade, que poderão também incluir a introdução de limites mínimos de desconto, devem ser analisadas na perspetiva da sua contribuição para a sustentabilidade do sistema no médio-longo prazo. Note-se que a existência de limites mínimos e máximos e de contribuição é característica recorrente nos sistemas de saúde baseados numa contribuição proporcional ao vencimento dos aderentes.
210. A este propósito refira-se que o próprio Diretor-Geral da ADSE pretende apresentar ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento *“... uma proposta que vai no sentido de a ADSE ser ressarcida, já a partir de 2016, do facto de existirem 41.713 beneficiários titulares que não descontam (...) na medida em que recebem uma pensão de valor inferior ao rendimento mínimo garantido. Esta proposta a vir a ser aceite, pode representar um acréscimo de receita para a ADSE (...) no valor de 8,77 milhões de euros ...”*. De acordo com o Diretor-Geral da ADSE este valor será ressarcido à ADSE através de transferências dos orçamentos do Estado, acrescentando *“... apesar de esta ser uma medida de solidariedade dentro do universo dos beneficiários, considera esta Direção-Geral que a mesma não deve ser financiada pelos descontos dos restantes beneficiários titulares, mas sim diretamente pelo Estado que a implementou.”*.
211. Outros mecanismos de solidariedade existentes no sistema devem, também, ser revistos para garantir a sustentabilidade do sistema e aumentar o equilíbrio entre as contribuições e os benefícios. Sem prejuízo, o mais relevante, do lado da receita, é a implementação de medidas que reforcem a base de incidência das contribuições o que, de forma alguma, parece ser uma prioridade do Diretor-Geral da ADSE.
212. Os gestores do sistema devem garantir prioritariamente a sua sustentabilidade com base nos descontos dos quotizados. Porém, segundo as previsões de receita e despesa a 10 anos apresentadas pelo Diretor-Geral da ADSE-DG em sede de contraditório, o sistema não é sustentável no médio-longo prazo apenas com estes descontos. De facto, nas projeções apresentadas, o Diretor-Geral prevê a reintrodução, a médio prazo, da contribuição da entidade empregadora, como forma de



assegurar esta sustentabilidade. Esta hipótese, falha de racionalidade, não está sustentada em projeções macroeconómicas das finanças públicas.

213. Considerando que a sustentabilidade da ADSE não deve estar dependente das condicionantes do enquadramento macroeconómico das finanças públicas, sendo a eventual reintrodução das contribuições das entidades empregadoras absolutamente alheia à Direção-Geral da ADSE, os seus gestores são responsáveis pela introdução de outras medidas que garantam essa sustentabilidade, considerando a situação atual de financiamento exclusivo pelo desconto dos quotizados.
214. O Tribunal considera que, num momento em que se discute um novo paradigma do sistema, é preocupante continuar a não existir um verdadeiro plano estratégico a médio e longo prazo que sustente as medidas a implementar. Questionado sobre a existência desse plano, o Diretor-Geral da ADSE, limitou-se a elencar um conjunto de medidas avulsas a equacionar e propor junto dos membros do Governo da tutela e apresentou um mapa de receitas e despesas a 10 anos que, além de não incluir os efeitos dessas medidas, não foi sequer acompanhado de balanços e demonstrações de resultados previsionais. Refira-se, também, a este propósito que o mandato da equipa técnica constituída ao abrigo da RCM n.º 5/2015 já terminou¹⁰³, pelo que não se entende como é que tal plano ainda não existe.
215. Mudanças baseadas numa visão linear e fragmentada, não sistémica, do sistema ADSE podem por em causa a sua sustentabilidade.
216. Relativamente à proposta que o Diretor-Geral pretende apresentar, com vista à ADSE ser ressarcida, pelo Estado, do valor equivalente às contribuições dos pensionistas isentos, o Tribunal salienta que a entidade gestora da ADSE não deve, na sua situação atual de financiamento privado do esquema de benefícios, prosseguir fins de coesão social impostos pelo Estado, pelo que o correto será que todos os quotizados contribuam para o sistema. Porém, caso o proposto se venha a concretizar é necessário salvaguardar que as transferências dos orçamentos do Estado não se confundam com um subsídio do Estado ao sistema, o que não contribuiria para a imagem de autossustentabilidade da ADSE.
217. Com vista a contrariar o envelhecimento da população da ADSE, que o Tribunal reconhece que, a par das renúncias e das decisões de não adesão, é, também, uma ameaça para a sustentabilidade da ADSE, o Diretor-Geral informa que o alargamento da base de quotizados está a ser equacionado nas propostas a formular pela equipa técnica, incluindo os *“... trabalhadores com contrato individual de trabalho do Setor Empresarial do Estado (...) e também desde que adiram a um sistema contributivo aos cônjuges dos quotizados que exerçam atividade profissional e ainda aos filhos maiores de 26 anos e até aos 30 que continuem a depender financeiramente do beneficiário titular.”* Acrescenta ainda a hipótese do *“alargamento aos corpos de bombeiros profissionais e voluntários e eventualmente aos membros dos seus agregados familiares.”*
218. Considerando o risco associado à atividade dos corpos de bombeiros, o Diretor-Geral da ADSE esclareceu que o mesmo tem subjacente o *“... princípio de proteção dos elementos dos corpos especiais que cumprem missões de interesse público.”* e que *“... o risco profissional (que é elevado) [é] garantido pelo respetivo Fundo de Proteção Social do Bombeiro...”*, gerido pela respetiva Liga. Acrescenta, ainda, que *“... se trata de um universo com uma idade média baixa (...) [que] numa primeira análise (...) não acrescenta riscos adicionais em termos de morbilidade.”*

¹⁰³ De acordo com o Despacho n.º 726-B/2015, de 22 de janeiro de 2015, publicado no DR 2º S, n.º 15 de 22 de janeiro, Ministérios das Finanças, da Defesa Nacional, da Administração Interna e da Saúde, a equipa, da qual o Diretor-Geral da ADSE faz parte, iniciou funções no dia 23 de janeiro com um mandato de 60 dias.



- 219.** Apesar de o alargamento da base de beneficiários ser um dos possíveis fatores de sustentabilidade apontados pelas conclusões do presente Relatório, verifica-se que o mesmo, até ao momento, está a ser ponderado pelo Diretor-Geral da ADSE com base em fatores qualitativos (ser dependente; ser cônjuge; ter um contrato de trabalho com a Administração Pública; e, no caso dos corpos de bombeiros, o facto de cumprirem missões de interesse público), descurando fatores quantitativos como a idade e a remuneração média. Efetivamente, a ADSE-DG, apesar de o Diretor-Geral afirmar que o vai fazer, ainda não quantificou os impactos esperados pelas hipóteses de alargamento consideradas.
- 220.** Refira-se que o alargamento pode ter como destinatários quaisquer interessados desde que salvguarde ou melhore a idade média dos quotizados e se baseie num sistema contributivo, em que as contribuições esperadas, pelo menos, cubram os encargos também esperados, de modo a que não se aumente os mecanismos de solidariedade do sistema.



II. EMOLUMENTOS

Nos termos dos artigos 1º, 2º, 10º, n.º 1, e 11º, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio¹⁰⁴, são devidos emolumentos, num total de € 17.164 suportados pela Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em funções públicas, cfr. Anexo 40 (Vol. II).

III. DETERMINAÇÕES FINAIS

Os juízes do Tribunal de Contas deliberam, em subsecção da 2ª Secção, o seguinte:

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos do artigo 78º, n.º 2, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, às seguintes entidades:
 - ✘ Ministra de Estado e das Finanças;
 - ✘ Ministro da Saúde;
 - ✘ Diretor Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas;
 - ✘ Diretor Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, no período de 2009-2014;
 - ✘ Governo Regional da Região Autónoma da Madeira: Secretaria Regional do Plano e Finanças e Secretaria Regional dos Assuntos Sociais;
 - ✘ Governo Regional da Região Autónoma dos Açores: Vice-Presidência do Governo Emprego e Competitividade Empresarial;
 - ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - ✘ Diretor-Geral do Orçamento;
 - ✘ Direção-Geral de Planeamento e Gestão Financeira do Ministério da Educação e Ciência.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades *supra* referidas, o mesmo, constituído pelos Volumes I,II e III, seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio de *internet* do Tribunal.
4. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários das entidades envolvidas e/ou auscultadas o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta ação.
5. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem, no prazo de três meses, após a receção deste Relatório, ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.

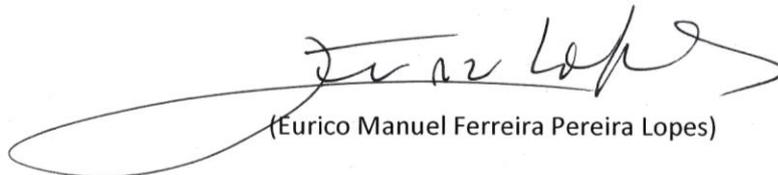
¹⁰⁴ Com as alterações introduzidas pela Lei n.º 139/99, de 28 de agosto, e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de abril.



Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, nº 4, 54º, n.º 4, e 55º nº 2, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto.

Tribunal de Contas, 17 de junho de 2015

O Juiz Conselheiro Relator

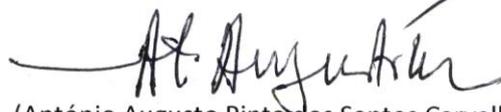


(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos



(Ernesto Luís Rosa Laurentino da Cunha)



(António Augusto Pinto dos Santos Carvalho)

Fui presente,

A Procuradora-Geral Adjunta

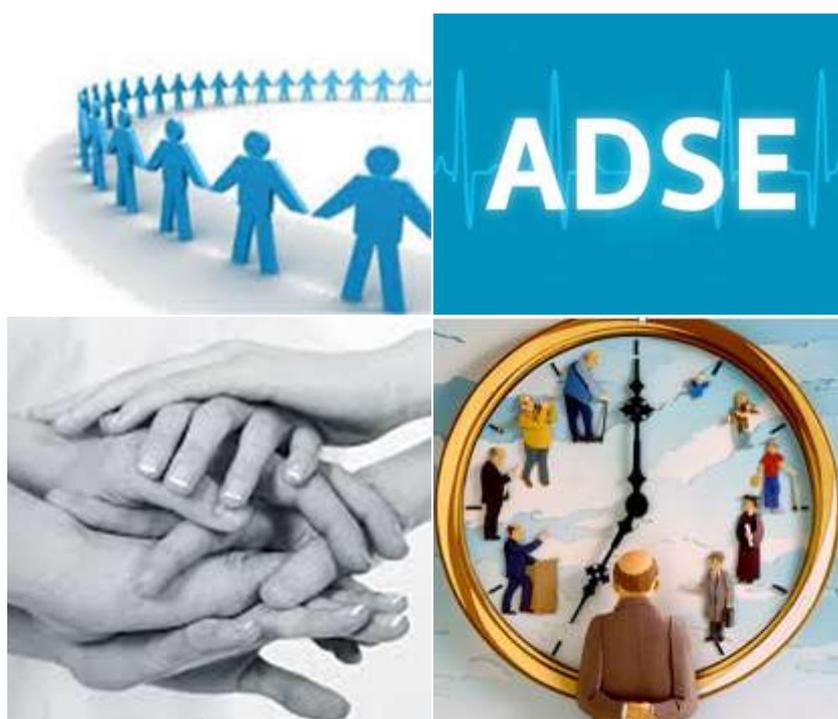




Tribunal de Contas

Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas

– ADSE –



**Promover
a verdade, a qualidade
e a responsabilidade
nas finanças públicas**

**Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção
Processo n.º 11/2014 - AUDIT**

**Volume II
Desenvolvimento e Anexos**



Índice

VOLUME II

DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

I. INTRODUÇÃO	9
1. Origem, Âmbito e Objetivos da Auditoria.....	9
2. Metodologia e Procedimentos	10
3. Condicionantes e Limitações.....	11
II. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA.....	13
4. Ações de Fiscalização Realizadas por Órgãos de Controlo.....	13
4.1. Tribunal de Contas	13
4.2. Inspeção-Geral de Finanças	13
5. Avaliação do Sistema de Controlo Interno	14
6. Prestação de Contas	14
7. Caracterização Geral e Organização da ADSE.....	15
7.1. Enquadramento do Sistema de Proteção Social ADSE	15
7.1.1. Modo de prestação dos benefícios	16
7.1.2. Modo de financiamento dos benefícios	18
7.1.3. Quotizados.....	26
7.1.4. Entidades convencionadas prestadoras de cuidados de saúde	38
7.2. Caracterização da Entidade Gestora do Sistema de Proteção Social.....	40
8. Situação Económico-Financeira da ADSE.....	44
8.1. Análise económica.....	44
8.2. Análise financeira.....	50
8.3. Tesouraria.....	55
9. Evolução dos encargos com saúde	56
9.1. Encargos com serviços prestados pelo SNS e pelos SRS/RA e com a comparticipação no preço dos medicamentos – a conceção da ADSE como um subsistema de saúde	56
9.1.1. Registo nas contas das instituições e serviços do SNS de dívidas da ADSE por serviços prestados até 31.12.2009.....	60
9.1.2. Faturação pelas instituições e serviços do SNS de serviços prestados após 01.01.2010.....	65
9.2. Encargos suportados pela ADSE-DG que o SNS/SRS-RA suportam para a generalidade dos cidadãos	67
9.3. Encargos com o regime convencionado.....	72



9.3.1.	As regras de acesso à prestação de cuidados	73
9.3.2.	O sistema de pagamento	74
9.4.	Encargos com o regime livre	79
10.	Encargos com o controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas.....	81
11.	Responsabilidade das entidades empregadoras pelos encargos decorrentes da fruição dos benefícios	82
11.1.	Dívidas de reembolso e capitação	82
11.1.1.	Serviço Nacional de Saúde e outros Organismos Autónomos.....	86
11.1.2.	Autarquias Locais	88
11.1.3.	Entidades com acordos de capitação	91
11.2.	Cobrança do desconto dos quotizados e, até 2014, da contribuição da entidade empregadora.....	92
11.3.	Base de incidência do desconto.....	96
12.	Relações financeiras entre a ADSE e as Administrações Regionais	99
12.1.	Dívida contabilizada pelas entidades dos Serviços Regionais de Saúde	99
12.2.	Encargos com medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas.....	101
12.3.	Dívida de Reembolso das Administrações Regionais	101
12.4.	Cobrança do desconto de quotizados das Administrações Regionais.....	103
12.5.	Saldo ADSE	104
13.	Comparação de outros sistemas de saúde públicos com a ADSE	107
14.	Deduções fiscais dos descontos para a ADSE e de despesas de saúde	110
15.	Implementação das recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção	113

Índice de quadros

Quadro 1 – Objetivos específicos da auditoria	10
Quadro 2 – Outras entidades contactadas durante a auditoria.....	11
Quadro 3 – Classificação do sistema de controlo interno	14
Quadro 4 – Estrutura de custos com a saúde	17
Quadro 5 – Proveitos com origem em fundos públicos	19
Quadro 6 – Afetação da contribuição da entidade empregadora (2014)	20
Quadro 7 – Renúncias (2011-2014).....	27
Quadro 8 – Renúncias (2014), por escalão de desconto	27
Quadro 9 – Peso do financiamento pelo quotizado no total da despesa com saúde por escalão de desconto	27
Quadro 10 – Custos 2013 (cenário saída de quotizados últimos escalões)	28
Quadro 11 – Desconto 2013 (cenário saída de quotizados últimos escalões)	28
Quadro 12 – Evolução do número de quotizados	32
Quadro 13 – Evolução do número de quotizados	33
Quadro 14 – Distribuição dos familiares	35
Quadro 15 – Processos de reembolso rejeitados em 2013	36
Quadro 16 – Despesa corrente em hospitais privados por agente financiador (2012)	39



Quadro 17 - Simulação aplicações de curto prazo	42
Quadro 18 – Estrutura dos Proveitos.....	45
Quadro 19 – Estrutura dos Custos.....	46
Quadro 20 – Demonstração de Resultados.....	48
Quadro 21 – Receitas não reconhecidas no próprio ano.....	49
Quadro 22 – Balanço 2009 a 2013	51
Quadro 23 – Correções relativas a exercícios anteriores imputadas a resultados transitados.....	52
Quadro 24 – Património	52
Quadro 25 – Indicadores Financeiros.....	54
Quadro 26 – Prazo médio de pagamentos	54
Quadro 27 – Balanço funcional.....	54
Quadro 28 - Dívida reportada pelos Subsistemas.....	61
Quadro 29 - Dívida reportada pelas Unidades de Saúde	61
Quadro 30 - Dívidas reportadas pelo SNS, março de 2010	61
Quadro 31 - Dívidas reportadas pelo SNS, abril de 2010.....	61
Quadro 32 – Amortização da dívida da DGO e transferências da ACSS para as entidades do SNS	63
Quadro 33 – Faturação do SNS por serviços prestados após 01.01.2010.....	66
Quadro 34 – Encargos da responsabilidade do SNS e dos SRS/RA suportados pela ADSE-DG.....	68
Quadro 35 – OE 2015 Receita.....	71
Quadro 36 – Copagamento vs taxas moderadoras.....	73
Quadro 37 – Códigos de faturação de uma cirurgia à catarata	75
Quadro 38 – Códigos abertos	75
Quadro 39 – Custos com controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas.....	81
Quadro 40 – Dívida à ADSE-DG.....	83
Quadro 41 – Mecanismos de regularização das dívidas	83
Quadro 42 – Dívida identificada em 2005	84
Quadro 43 – Evolução da Dívida à ADSE em 2014	85
Quadro 44 – DGAL – Retenções efetuadas	89
Quadro 45 – Evolução dos processos de retenção.....	90
Quadro 46 – Dívidas incluídas no PAEL	90
Quadro 47 – Desconto e contribuição da entidade empregadora não entregue no mês (2014)	94
Quadro 48 – Base de incidência do desconto (Administração Local)	98
Quadro 49 – Base de incidência do desconto (Regiões Autónomas)	98
Quadro 50 – Dívidas da ADSE-DG registadas pelos SRS/RA.....	100
Quadro 51 – Encargos com o regime livre suportados pelas entidades das Administrações Regionais	102
Quadro 52 – Encargos com o regime livre suportados pela Administração Regional da Madeira (aposentados).....	103
Quadro 53 – Encargos suportados pelas Administrações Regionais e pela ADSE-DG e desconto retido pelas Administrações Regionais a 31.12.2013.....	105
Quadro 54 – Custos por beneficiário (sistemas de saúde públicos).....	109

Índice de figuras

Figura 1 – Evolução dos proveitos com origem em fundos públicos (€ 10 ⁶).....	19
Figura 2 – Taxa de desconto vs taxa de contribuição da entidade empregadora	21
Figura 3 – Desconto vs custos (Unid.: € 10 ⁶).....	22
Figura 4 – Evolução da idade média dos quotizados.....	33
Figura 5 – Evolução do custo médio por quotizado	33
Figura 6 – Peso do financiamento dos subsistemas no total de despesa dos hospitais privados (2012)	39
Figura 7 - Evolução da dívida de terceiros	50
Figura 8 – Representação dos balanços 2010-2013.....	53
Figura 9 - Encargos que são originariamente da responsabilidade do Estado, através do SNS,e das Regiões Autónomas, através dos SRS/RA (2013, com alterações de LOE 2015).....	69

Índice de Anexos

Anexo 1 – Alterações que influenciaram anualmente a situação económico-financeira da ADSE-DG	117
Anexo 2 – Ações de fiscalização realizadas por órgãos de controlo	118
Anexo 3 – Controlo interno.....	120
Anexo 4 – Encargos com o regime livre não suportados pela Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas (cenários).....	124



Anexo 5 – Financiamento público da ADSE.....	129
Anexo 6 – Alargamento da ADSE à totalidade dos trabalhadores da Administração Pública (cenário).....	131
Anexo 7 – Simulação da taxa de desconto.....	133
Anexo 8 – Comparação com o setor segurador	136
Anexo 9 – Quotizados, desconto e despesa por escalão de desconto.....	138
Anexo 10 – Meios de comunicação com os quotizados	139
Anexo 11 – Condicionantes do regime jurídico.....	140
Anexo 12 – Orgânica e recursos humanos.....	143
Anexo 13 – Rendas e contratos dos edifícios sede	146
Anexo 14 – Custos extraordinários.....	149
Anexo 15 – Proveitos extraordinários	150
Anexo 16 – Operações bancárias realizadas através de contas na banca comercial.....	151
Anexo 17 – Transferência de encargos com medicamentos	152
Anexo 18 – Transferências da ACSS para as entidades do SNS e valores reportados por estas.....	154
Anexo 19 – Encargos suportados pela ADSE-DG que o SNS suporta para a generalidade dos cidadãos	157
Anexo 20 – Evolução dos custos com o regime convencionado	160
Anexo 21 – Rácios de produção SNS/Prestadores convencionados ADSE.....	164
Anexo 22 – Códigos abertos.....	165
Anexo 23 – Comparação de preços regime convencionado com preços das tabelas SNS	167
Anexo 24 – Evolução dos custos com o regime livre	170
Anexo 25 – Comparação regime livre (reembolso) e regime convencionado (copagamento).....	174
Anexo 26 – Dívida de outros organismos com autonomia administrativa e financeira	175
Anexo 27 – Dívida das entidades do SNS à ADSE-DG	177
Anexo 28 – Retenções efetuadas pela DGAL à Administração Local.....	180
Anexo 29 – Autarquias que incluíram dívidas à ADSE no PAEL.....	183
Anexo 30 – Circularização efetuada a entidades da Administração Local	185
Anexo 31 – Relações entre o SNS e os Serviços Regionais de Saúde	187
Anexo 32 – Dívida contabilizada pelos Serviços Regionais de Saúde.....	191
Anexo 33 – Dívida da Administração Regional dos Açores.....	192
Anexo 34 – Dívida da Administração Regional da Madeira	193
Anexo 35 – Acordo 1982 Administração Regional da Madeira	196
Anexo 36 – Descontos Administração Regional da Madeira.....	198
Anexo 37 – Outros sistemas de saúde	206
Anexo 38 – Plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas	209
Anexo 39 – Legislação aplicável	210
Anexo 40 – Ficha de emolumentos.....	214



Lista de Siglas e Acrónimos

Sigla	Designação
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ADM	Assistência na Doença aos Militares
ADSE	Sistema de Proteção Social
ADSE-DG	Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
AL	Autarquia Local
AM	Aposentados da Madeira
ARS	Administrações Regionais de Saúde
BCE	Banco Central Europeu
CA	Corpos Administrativos
CC	Código Civil
CEE	Contribuição da Entidade Empregadora
CGA	Caixa Geral de Aposentações
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CITFP	Contrato Individual de Trabalho em Funções Públicas
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CRP	Constituição da República Portuguesa
CTT	Correios e Telecomunicações
DGAEP	Direção-Geral da Administração e do Emprego Público
DGAL	Direção-Geral das Autarquias Locais
DGO	Direção-Geral do Orçamento
DGTC	Direção-Geral do Tribunal de Contas
DGTF	Direção-Geral do Tesouro e Finanças
DR	Diário da República
DSAF	Direção de Serviços Administrativos e Financeiros
DSAB	Direção de Serviços de Administração de Benefícios
DSB	Direção de Serviços de Beneficiários
DUC	Documento Único de Cobrança
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESNS	Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
ESPAP	Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública
ESRS	Estatuto do Serviço Regional de Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
GERFIP	Serviços de Gestão de Recursos Financeiros e Orçamentais em Modo Partilhado
GESDUC	Sistema de Informação que gere a emissão e cobrança dos Documentos Únicos de Cobrança
GNR	Guarda Nacional Republicana
IASFA	Instituto de Ação Social das Forças Armadas
IGCP	Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública
IGF	Inspeção-Geral de Finanças
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INTOSAI	<i>International Organization of Supreme Audit Institutions</i>
IPO	Instituto Português de Oncologia
IAS SAÚDE	Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM
IRS	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
LBS	Lei de Bases da Saúde
LEO	Lei de Enquadramento Orçamental
LOE	Lei do Orçamento do Estado
LOPTC	Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas



MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MoJ	Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica
NBDR	Notas ao Balanço e à Demonstração de Resultados
OE	Orçamento do Estado
PA	Programa de Auditoria
PAEL	Programa de Apoio à Economia Local
PGA	Plano Global de Auditoria
PGRC	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
POCP	Plano Oficial de Contabilidade Pública
PPP	Parcerias Público Privadas
PSP	Polícia de Segurança Pública
PT	Portugal Telecom
RA	Região Autónoma
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RM	Ressonância Magnética
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAD/GNR	Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SAD/PSP	Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SAMS	Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas
SCI	Sistema de Controlo Interno
SEE	Setor Empresarial do Estado
SEO	Secretário Estado do Orçamento
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE
SICOF	Sistema de informação de Conferência de Faturas
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias
SIR	Sistema de Informação de Reembolsos
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE
SRS/RA	Serviço Regional de Saúde (das Regiões Autónomas)
SS	Segurança Social
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TC	Tribunal de Contas
UE	União Europeia
UTAO	Unidade Técnica de Apoio Orçamental



Glossário

CAPITAÇÃO – Encargo suportado pelas entidades empregadoras com o financiamento do sistema. Com base num acordo que a entidade empregadora celebra com a ADSE-DG, aquela suporta um valor fixo por quotizado inscrito e, em contrapartida, a ADSE-DG assume o pagamento de todos os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde àqueles quotizados. A modalidade de financiamento através da capitação constitui a modalidade alternativa ao pagamento de reembolsos (de despesas do regime convencionado e do regime livre) e às quotizações e contribuições anuais para despesas de administração. A capitação constitui receita própria da ADSE-DG.

CONTRIBUIÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA - Encargo suportado, entre 2011 e 2014, pelos serviços do Estado: serviços integrados, serviços e fundos autónomos e outros organismos com autonomia administrativa e financeira, entre 2011 e 2014, com o financiamento do sistema. A contribuição da entidade empregadora constitui receita própria da ADSE-DG.

DESCONTO – Encargo suportado pelos quotizados com o financiamento do sistema. Incide sobre as remunerações dos quotizados no ativo e sobre as pensões de reforma e de aposentação dos quotizados aposentados. O desconto constitui receita própria da ADSE-DG.

REEMBOLSO (de despesas do regime convencionado) – Encargo suportado pelas entidades empregadoras da Administração Regional e Local (e até 2010, inclusive, dos serviços do Estado com autonomia administrativa e financeira) com o financiamento do sistema, correspondente às despesas, suportadas pela ADSE-DG, com cuidados de saúde prestados em estabelecimentos do SNS (até 2009 inclusive) e em entidades do regime convencionado aos quotizados trabalhadores daquelas entidades e respetivos familiares. O reembolso constitui receita própria da ADSE-DG.

REEMBOLSO (de despesas do regime livre) – Comparticipação paga pela ADSE-DG ou pelas entidades empregadoras da Administração Regional e Local (e até 2010, inclusive, pelos serviços do Estado com autonomia administrativa e financeira), aos quotizados no âmbito da prestação de cuidados em regime livre. O quotizado suporta a totalidade da despesa e apresenta, nos serviços da ADSE-DG ou respetiva entidade empregadora, o recibo para reembolso de parte da despesa por ele incorrida.

REGIME CONVENCIONADO – Prestação de cuidados por entidades, singulares ou coletivas, do sector privado/social com os quais a ADSE-DG celebra convenções (acordos) para prestação de cuidados aos quotizados. Com base nestes acordos, o quotizado acede a um prestador de serviços de saúde, suportando o respetivo copagamento, sendo o remanescente faturado pelo prestador à ADSE-DG.

REGIME LIVRE – Prestação de cuidados por entidades, singulares ou coletivas, do sector privado/social, com as quais a ADSE-DG não celebrou qualquer convenção. O quotizado paga diretamente à entidade a totalidade da despesa, sendo posteriormente reembolsado pela ADSE ou pelas entidades empregadoras da Administração Regional e Local (e até 2010, inclusive, pelos serviços do Estado com autonomia administrativa e financeira) até um determinado montante.

QUOTIZAÇÃO/CONTRIBUIÇÃO PARA DESPESAS DE ADMINISTRAÇÃO - Encargo suportado anualmente pelas entidades empregadoras da Administração Regional e Local (e até 2010, inclusive, pelos serviços do Estado com autonomia administrativa e financeira) com o financiamento do sistema, relativo a despesas de administração suportadas pela ADSE.

QUOTIZADO – Designa no presente Relatório o quotizado da ADSE que contribui com os seus descontos para o sistema de saúde ADSE e respetivos familiares. Sem prejuízo de, no presente Relatório, se manter, em alguns pontos e quadros a terminologia comumente utilizada no âmbito da ADSE, incluindo a designação “beneficiário”, um sistema assente em fundos privados disponibilizados pelos seus membros não oferece benefícios, dele decorrem obrigações que são contrapartida direta do contributo daqueles membros. Apesar da substituição do termo “beneficiário” por “quotizado” parecer tratar-se apenas de uma questão terminológica, a mesma reflete a realidade atual da ADSE, de financiamento assente nos descontos dos quotizados.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - Conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde, que tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva.

SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE DOS AÇORES - Conjunto articulado e coordenado de entidades prestadoras de cuidados de saúde, organizado sob a forma de sistema público de saúde, sob a tutela da Secretaria Regional competente, incumbindo-lhe a efetivação, na Região Autónoma dos Açores, da responsabilidade que a Constituição e a lei atribuem aos seus órgãos de governo próprio na promoção e proteção das condições de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE DA MADEIRA - Conjunto ordenado de instituições e serviços públicos, que desenvolvem atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, na área da saúde, funcionando sob a superintendência e a tutela do Secretário Regional dos Assuntos Sociais e dispõe de regime próprio, incumbindo-lhe a efetivação, na Região Autónoma da Madeira, da responsabilidade que a Constituição e a lei atribuem aos seus órgãos de governo próprio na promoção e proteção das condições de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

SUBSISTEMA DE SAÚDE - entidades públicas ou privadas que asseguram o acesso dos seus beneficiários aos cuidados de saúde, quer enquanto responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados àqueles pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, quer garantindo aos beneficiários um acesso a um conjunto de serviços ou cuidados, regra geral mediante a celebração de acordos ou convenções com prestadores privados de cuidados de saúde (regime convencionado), ou ainda mediante um mecanismo de reembolso de despesas com a aquisição de serviços médicos em entidades privadas não convencionadas (regime livre) (Fonte: ERS, maio de 2011).

TRANSFERÊNCIAS DO ORÇAMENTO DO ESTADO – Transferências de receitas gerais.



*Auditoria ao Sistema de
Proteção Social ADSE*

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO GERAL / SUPERVISÃO

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro
(Licenciado em Direito)

Auditor-Chefe

Pedro Fonseca (Licenciado em Economia)

EQUIPA DE AUDITORIA

Cristina Costa (Licenciada em Direito)
Conceição Silveiro (Licenciada em Auditoria)
Cristina Anastácio (Licenciada em Gestão de
Empresas)



I. INTRODUÇÃO

Em cumprimento dos Programas de Fiscalização do Tribunal de Contas para 2014 e 2015, aprovados em sessão do Plenário da 2ª Secção através das Resoluções n.º 10/2013, de 28 de novembro, e n.º 5/2014, de 27 de novembro, realizou-se uma auditoria de resultados ao sistema de proteção social aos trabalhadores em funções públicas – ADSE.

1. ORIGEM, ÂMBITO E OBJETIVOS DA AUDITORIA

O âmbito temporal da auditoria foi o triénio 2010-2013, sem prejuízo de, nas situações consideradas pertinentes, se ter alargado a anos anteriores e/ou posteriores, numa perspetiva de análise integral dos processos e medidas de gestão objeto de apreciação, no âmbito das competências do Tribunal de Contas, previstas no art.º 1º, n.º 1, art.º 2º, n.º 1, al. a), e art.º 5º, n.º 1, al. f), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto¹.

Esta ação constituiu uma auditoria de resultados ao sistema de proteção social ADSE, justificando-se:

- * Pelo volume financeiro envolvido. Em 2013, a ADSE contabilizou proveitos de € 498,7 milhões, dos quais cerca de 43% (€ 214,4 milhões) tiveram origem em fundos públicos², e custos que totalizaram € 493,4 milhões.
- * Pela oportunidade do controlo, dado o impacto, das alterações recentemente introduzidas no sistema, na sua sustentabilidade:
 - Transferência de encargos com a saúde para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), desde 2010³;
 - Criação da contribuição das entidades empregadoras, com efeitos nos anos económicos de 2011 a 2014⁴. Esta contribuição foi revogada pela Lei do Orçamento do Estado de 2015 (LOE 2015)⁵;
 - Aumento da taxa de desconto dos quotizados com contrapartida na diminuição da taxa de contribuição da entidade empregadora, em 2013 e 2014, com o objetivo do sistema ser financiado apenas com o desconto dos quotizados⁶;
 - Faculdades de não inscrição para os trabalhadores com relação jurídica de emprego público constituída a partir de 2006 e de renúncia à inscrição por qualquer quotizado titular, a partir de 2010⁷.
- * Pelo número de quotizados do sistema. Os quotizados da ADSE, em 2013, eram 1.290.816 (854.816 titulares e 436.000 familiares). A eventual extinção deste sistema, que se pretende financiado apenas por fundos privados⁸ terá como consequência um maior esforço financeiro

¹ Alterada e republicada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto e alterada pelas Leis n.os 35/2007, de 13 de agosto, 3-B/2010, de 28 de abril, 61/2011, de 7 de dezembro, 2/2012, de 6 de janeiro, e 20/2015, de 9 de março, que a republicou.

² Provenientes dos orçamentos das entidades empregadoras: serviços integrados, serviços e fundos autónomos e outros serviços com autonomia administrativa e financeira da Administração Central do Estado, Autarquias Locais, Regiões Autónomas.

³ Orçamento do Estado de 2010, Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril (*vide* Relatório da proposta de Lei e art.º 154º da Lei, relativo às transferências das Autarquias Locais para o SNS, como contrapartida dos encargos até então assumidos pela ADSE).

⁴ Criada pelo Orçamento do Estado de 2011, Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro (*vide* art.º 163º).

⁵ Art.º 260º, al. e), da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro.

⁶ Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho, Lei n.º 13/2014, de 14 de março, e Lei n.º 30/2014, de 19 de maio.

⁷ O carácter facultativo da inscrição e a possibilidade de renúncia à mesma foram introduzidos pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro, abrangendo apenas os trabalhadores que se vinculassem à Administração Pública a partir de 1 de janeiro de 2006. Nessa data entrou, também, em vigor a alteração que confere aos quotizados titulares o direito de optarem pela inscrição em outro sistema de proteção, desde que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com quotizado titular de outro subsistema de saúde. A faculdade de renúncia foi estendida a todos os quotizados, incluindo aqueles cuja relação jurídica de emprego é anterior a 2006, pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril.

⁸ Descontos e copagamentos dos quotizados. Em 2013, o desconto já representou cerca de 57% das receitas da ADSE. De acordo com a execução de tesouraria de 2014, excluindo a reversão de parte da contribuição da entidade empregadora para o Estado, cfr. previsto no



público, pelo aumento da procura de cuidados de saúde prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, financiado maioritariamente por receitas fiscais, sem uma contribuição específica dos utentes equivalente ao desconto suportado pelos quotizados da ADSE.

O objetivo geral da auditoria foi o de avaliar a eficácia, a eficiência e a economia da gestão do sistema de proteção social ADSE, na perspetiva da sua sustentabilidade financeira, cuja concretização assentou nos seguintes objetivos específicos:

Quadro 1 – Objetivos específicos da auditoria

Objetivos específicos	
Eficácia	Avaliar os sistemas de controlo interno e de informação, na perspetiva de controlo da despesa e da receita
Eficiência	Avaliar a situação económico-financeira do sistema ADSE
	Apurar de forma completa e discriminada a receita e a despesa do sistema de proteção social ADSE
	Avaliar a eficiência na utilização dos benefícios
Economia	Comparar os custos do sistema para o quotizado, com os custos de aquisição de seguros de saúde

2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

A auditoria foi realizada de acordo com normas e procedimentos geralmente aceites, acolhidos no “Manual de Auditoria e de Procedimentos” do TC e constantes do Plano Global de Auditoria (PGA) e do Programa de Auditoria (PA) aprovados, tendo igualmente em conta as normas de auditoria geralmente aceites pelas organizações internacionais, como é o caso da INTOSAI, de que o Tribunal de Contas é membro.

Na fase de planeamento, procedeu-se ao estudo prévio da seguinte informação:

- Diplomas legais aplicáveis;
- Documentos de gestão - Planos e Relatórios de atividade, documentos de prestação de Contas dos períodos 2010/2013 e plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas;
- Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas à ADSE no âmbito do sistema de gestão e controlo das receitas e encargos com a saúde – Relatório n.º 12/05 – P.º n.º 01/03 – Audit;
- Atos da Entidade Reguladora da Saúde;
- Relatórios de órgãos de controlo interno – Auditoria às medidas de redução da despesa em subsistemas de saúde públicos, Relatório n.º 990/2013 da Inspeção-Geral de Finanças (IGF).
- Informação e documentos obtidos junto da ADSE-DG (reunião e documentação enviada por esta);
- Imprensa.

Na fase de execução da auditoria procedeu-se a um levantamento dos sistemas de controlo interno instituídos através da realização de entrevistas e de testes de procedimento e de conformidade.

art.º 14º, n.º2, da Lei n.º 83 -C/2013, de 31 de dezembro (LOE 2014), na redação dada pela Lei n.º 13/2014, de 14 de março, o desconto já suportou integralmente a despesa do sistema com a prestação de cuidados nos regimes convencionado e livre, cfr. ponto 7.1.2 (financiamento privado). Em 2015, previsivelmente, o desconto continuará a ser suficiente para cobrir esta despesa.



A ação desenvolveu-se junto da ADSE-DG, entidade responsável pela gestão do sistema de proteção social ADSE, sem prejuízo de, na sequência das diligências realizadas, terem sido auscultadas outras entidades, cfr. quadro seguinte, com vista à obtenção de informação adicional e respetiva documentação de suporte, sempre que tal se mostrou necessário.

A informação solicitada incidiu, essencialmente, sobre as dívidas das entidades à ADSE-DG, as dívidas contabilizadas pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) como dívidas da ADSE-DG, a base de incidência utilizada nos descontos dos quotizados e os custos suportados pelas entidades empregadoras com o regime livre, quando aplicável.

Quadro 2 – Outras entidades contactadas durante a auditoria

Entidades empregadoras	56 Entidades do Serviço Nacional de Saúde	
	269 Autarquias Locais	
	92 Organismos da Região Autónoma da Madeira	
	5 Organismos da Região Autónoma dos Açores	
	64 Entidades privadas com Acordos de Capitação	
	Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento	
Outras Entidades	Direção-Geral do Orçamento	
	Administração Central do Sistema de Saúde, IP	
	Direção-Geral das Autarquias Locais	
	Entidade Reguladora da Saúde	
	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE	
	Direção-Geral de Planeamento e Gestão Financeira do Ministério da Educação e Ciência	
	Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, IP	
	Instituto de Ação Social das Forças Armadas (Assistência na Doença aos Militares)	
	Guarda Nacional Republicana (Serviço de Assistência na Doença)	
	Polícia de Segurança Pública (Serviço de Assistência na Doença)	

3. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

A análise da evolução anual da situação económico-financeira da ADSE-DG, no período em análise, ficou prejudicada pela sistemática ocorrência de alterações que influenciaram o financiamento, a despesa, e os critérios contabilísticos, como se sintetiza no Anexo 1.

Considerando a inexistência de uma rubrica de classificação económica da receita e de uma conta do balancete que autonomize a receita proveniente do desconto (fundo privado) e da contribuição da entidade empregadora (fundo público), é utilizada a informação sobre valores cobrados: até 2010, reportados pela DGO à ADSE-DG; a partir de 2011, obtidos pela ADSE-DG com base na informação constante do GESDUC⁹, e vertida nos Relatórios Financeiros da ADSE-DG, pelo que podem existir diferenças relativamente aos valores de proveitos registados na conta 723 do balancete.

Os dados respeitantes a 2014 assentam na execução de tesouraria, única informação disponível à data da elaboração do relato de auditoria.

A ADSE-DG não procede à especialização do exercício de todas as rubricas de custos e de proveitos, pelo que as demonstrações financeiras não refletem, na sua plenitude, os proveitos e os custos conhecidos em cada exercício.

A informação constante dos sistemas aplicativos que suportam a atividade dos regimes convencionado e livre – SICOF e SIR –, com base na qual se procedeu à análise mais detalhada da evolução dos custos dessas atividades e à distribuição dos mesmos por escalão de desconto, não é coincidente com a informação contabilística, verificando-se algumas discrepâncias¹⁰, resultantes do

⁹ Sistema de informação que gere os documentos únicos de cobrança do Estado.

¹⁰ A título de exemplo em 2013:

- regime convencionado, custos contabilísticos - € 288,6 milhões; custos SICOF por data do registo - € 290 milhões; custos SICOF por data do ato - € 280,1 milhões;
- regime livre, custos contabilísticos - € 132,9 milhões; custos SIR por data do pagamento - € 129,1 milhões.



facto de aqueles sistemas estarem em constante mutação com origem em retificações e devoluções de documentos de despesa apresentados por entidades prestadoras convencionadas e pelos quotizados. No caso do regime convencionado, a discrepância mais acentuada deve-se ao facto de se ter tido por referência, na extração da informação, a data da realização do ato de saúde, enquanto que a informação contabilística tem por base a data do registo da fatura¹¹.

A informação referente à distribuição dos quotizados por escalão de desconto e à análise das renúncias assenta em ficheiros de detalhe que as entidades empregadoras e processadoras de pensões devem enviar mensalmente à ADSE-DG, em conformidade com o Despacho n.º 1452/2011, do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, alterado pelo Despacho n.º 4752/2013, do Secretário de Estado do Orçamento¹². Sucede porém que:

- Nem todas as entidades entregam os ficheiros de detalhe¹³, não existindo portanto informação de detalhe sobre todos os quotizados;
- Não foram instituídos mecanismos que permitam à ADSE-DG validar o valor da remuneração/pensão de incidência do desconto, o que poderia passar por vincular as entidades empregadoras e/ou os quotizados a informarem regularmente sobre o valor das remunerações/pensões;
- O sistema de informação da ADSE-DG apenas valida o valor do desconto face à remuneração registada no mesmo, não emitindo alertas quando esta apresenta valores extraordinários¹⁴.

Assim, a distribuição dos quotizados por escalão de desconto é feita com base na última informação mensal existente sobre os mesmos, que pode estar afetada por eventuais valores extraordinários de remuneração/pensão de incidência, não representativos do escalão a que o quotizado pertenceria se fosse feita com base nos descontos do ano.

Os dados disponibilizados pelas entidades externas beneficiam da presunção de verdade, sem prejuízo dos pedidos de esclarecimentos pontuais que posteriormente lhes foram solicitados.

Não obstante as condicionantes elencadas, realçam-se a colaboração e a disponibilidade demonstradas, no decurso da auditoria, quer pelos dirigentes quer pelos funcionários contactados. Salienta-se, ainda, a cooperação das entidades externas contactadas.

¹¹ Tendo por base esta data, os dados constantes do sistema revelam divergências pouco significativas em relação aos valores contabilizados.

¹² Publicados no DR 2ª S, n.º 12, de 18 de janeiro de 2011 e n.º 67, de 5 de abril de 2013.

¹³ Em outubro de 2014, 43 entidades (170 quotizados), nunca entregaram ficheiro de desconto, 12 entidades (22 quotizados) não entregam desde 2012 e 12 entidades (26 quotizados) não entregam desde 2013. Além destas entidades, 909 (107.888 quotizados), à data da elaboração do relatório de terceiros do mês de outubro, não haviam entregado o ficheiro desse mês.

¹⁴ Como sejam o caso de remunerações inferiores ao salário mínimo nacional ou superiores ao vencimento do Primeiro Ministro.



II. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

4. AÇÕES DE FISCALIZAÇÃO REALIZADAS POR ÓRGÃOS DE CONTROLO

4.1. TRIBUNAL DE CONTAS

Em cumprimento do Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas foi realizada uma auditoria à ADSE-DG direcionada à avaliação dos sistemas de gestão e controlo das receitas e dos encargos com a saúde e à caracterização financeira do subsistema de proteção social gerido por aquela Direção-Geral tendo por base os dados relativos aos anos de 1998 a 2002.

Os resultados da auditoria constam do Relatório n.º 12/2005, aprovado em Subsecção da 2.ª Secção do Tribunal de Contas, em 17 de março de 2005, no qual foram formuladas recomendações, das quais se destacam as constantes do Anexo 2.

Das análises resultantes da presente auditoria conclui-se pela melhoria de alguns procedimentos instituídos pela ADSE-DG, que foram ao encontro de recomendações então formuladas, nomeadamente:

- ✓ Implementação do Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP), no ano de 2010 em cumprimento do previsto no art.º 12º do Decreto-Lei n.º 72-A/2010, de 18 de junho de 2010;
- ✓ Registo das faturas em receção e conferência;
- ✓ Maior controlo da faturação de convencionados e farmácias devido à implementação da transferência eletrónica de dados da faturação;
- ✓ Introdução de mecanismos de identificação da proveniência dos créditos (v.g. Documento Único de Cobrança);
- ✓ Pagamento às entidades no âmbito do regime convencionado dentro dos prazos convencionados procedendo nalguns anos, inclusivamente, à sua antecipação. No âmbito do regime livre os prazos de pagamento não têm ultrapassado um mês.
- ✓ Maior acompanhamento e controlo da dívida.

Persistem no entanto as seguintes situações que, apesar das recomendações constantes do Relatório, não foram objeto de qualquer desenvolvimento:

- ✚ Diligenciar no sentido da uniformização das designações de cuidados de saúde utilizadas nas tabelas dos regimes convencionado e livre;
- ✚ Todas as receitas por identificar deverão ser registadas na contabilidade e refletidas na respetiva conta de gerência;
- ✚ Proceder à cobrança de juros de mora às entidades em dívida em conformidade com a lei.

4.2. INSPEÇÃO-GERAL DE FINANÇAS

No âmbito das ações de fiscalização levadas a cabo por órgãos do Sistema de Controlo Interno (SCI) atendeu-se, pela tempestividade e âmbito da ação, à “Auditoria às medidas de redução despesa em subsistemas de saúde públicos – ADSE”, realizada pela Inspeção-Geral das Finanças (IGF).

Esta auditoria, realizada entre novembro de 2012 e maio de 2013, decorreu das preocupações de consolidação orçamental e do acompanhamento dos compromissos assumidos pelo país no âmbito



do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (MoU)¹⁵, incidiu sobre as medidas de redução do custo orçamental global com sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas, nomeadamente com a ADSE, de acordo com o estabelecido entre o Governo e a Comissão Europeia, o BCE e o FMI, e teve como objetivos:

- ✚ A apreciação da situação económico-financeira da ADSE-DG;
- ✚ A avaliação das medidas tomadas para redução da despesa orçamental com a ADSE-DG;
- ✚ A apreciação da sustentabilidade futura da ADSE.

Da auditoria resultaram as conclusões que sustentaram a ponderação de quatro cenários para o futuro da ADSE, como se sintetiza no Anexo 2.

A auditoria culminou na aprovação do Relatório n.º 990/2013, em junho de 2013, onde foi proposto o seu encaminhamento para o Ministério da Saúde, com a perspetiva de, no *“no âmbito da reflexão sobre o futuro da ADSE, ser obtida uma visão mais alargada de cenários que se poderão colocar e possíveis consequências advenientes”*.

5. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE CONTROLO INTERNO

Do levantamento e avaliação efetuados, concluiu-se que o sistema de controlo interno não está suportado por um regulamento de controlo interno, estando apenas instituídos procedimentos pontuais em algumas áreas.

Foram identificadas nas diversas áreas fragilidades que limitam a fiabilidade do sistema de controlo interno e da informação financeira, pelo que, conjugando as avaliações do ambiente e dos procedimentos de controlo, se classifica o sistema de controlo interno de regular, cfr. desenvolvimento em Anexo 3.

Quadro 3 – Classificação do sistema de controlo interno

		Procedimentos de controlo			Avaliação
		Bom	Regular	Deficiente	Global
Ambiente de controlo	Bom	Bom	Regular	Regular	Área do SCI REGULAR
	Regular	Regular	Regular	Deficiente	
	Deficiente	Deficiente	Deficiente	Deficiente	

6. PRESTAÇÃO DE CONTAS

A ADSE-DG é um serviço central da administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa, integrado, até 2014, no Ministério das Finanças e, em 2015, no Ministério da Saúde¹⁶.

¹⁵ Vigente de 2011 a 2014.

¹⁶ Apesar da sua integração no programa orçamental do Ministério da Saúde, pela aprovação do Orçamento do Estado para 2015 (cfr. Relatório do orçamento do Estado 2015, págs. 133 e 169), em termos administrativos a ADSE-DG mantém-se na dependência do Ministério das Finanças. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro, preconiza a participação, no modelo de governação em estudo, dos Ministérios das Finanças e da Saúde. Em 4 de junho de 2015 o Conselho de Ministros aprovou um diploma que transfere a dependência da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) do Ministério das Finanças para o Ministério da Saúde.



O regime de prestação de contas é o estabelecido no Plano Oficial de Contabilidade Pública, implementado a partir do ano de 2010 em cumprimento do previsto no art.º 12º do Decreto-Lei n.º 72-A/2010, de 18 de junho, que define as normas de execução orçamental para 2010. Para implementação do POCP a ADSE-DG aderiu ao GERFIP¹⁷ disponibilizado pela então Empresa de Gestão Partilhada de Recursos da Administração Pública, EPE (GeRAP, EPE)¹⁸ à qual sucedeu a Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, IP (ESPAP, IP)¹⁹.

Os documentos de prestação de contas foram remetidos ao Tribunal de Contas nos termos das suas Instruções²⁰, a partir do ano de 2011 por via eletrónica, dentro do prazo definido pela Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

7. CARACTERIZAÇÃO GERAL E ORGANIZAÇÃO DA ADSE

7.1. ENQUADRAMENTO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL ADSE

A Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE) foi criada em 1963²¹, com o objetivo de “colmatar a situação desfavorável em que se encontravam os funcionários públicos em relação aos trabalhadores das empresas privadas”, que, juntamente com as suas famílias, se encontravam já abrangidos pelo sistema de previdência social²² usufruindo de um esquema de benefícios, em situação de doença, mais amplo do que o concedido aos trabalhadores em funções públicas.

Até então a assistência aos trabalhadores em funções públicas era apenas assegurada em casos de tuberculose e de acidentes em serviço.

A ADSE ficou assim com a missão de promover gradualmente a prestação de assistência em todas as formas de doença, aos “servidores civis” do Estado, incluindo os seus familiares.

O esquema de benefícios da ADSE, a cargo da ADSE-DG²³, consta do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro²⁴, e abrange o financiamento de despesas com a saúde dos quotizados com:

1. Cuidados médicos (consultas, MCDT e intervenções cirúrgicas), em ambulatório e internamento;

¹⁷ Solução para os domínios da gestão contabilística e financeira que consubstancia a implementação do Plano Oficial de Contabilidade Pública. Insere-se num projeto de desenvolvimento e disseminação da solução em modo partilhado, incluindo a conceção e implementação do sistema, respetivas infra-estruturas e serviços de suporte, sendo desenhada numa lógica modular, por blocos funcionais. Integra a gestão orçamental, financeira, patrimonial e logística, com base no Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP).

¹⁸ Empresa de Gestão Partilhada de Recursos da Administração Pública (GeRAP), entidade pública empresarial, a quem competia assegurar o desenvolvimento de serviços partilhados no âmbito da Administração Pública, assumindo-se também como entidade gestora da mobilidade.

¹⁹ Criada através do Decreto-Lei n.º 117-A/2012, de 14 de junho, tem por missão assegurar o desenvolvimento e a prestação de serviços partilhados no âmbito da Administração Pública, bem como conceber, gerir e avaliar o sistema nacional de compras e assegurar a gestão do parque de veículos do Estado, apoiando a definição de políticas estratégicas nas áreas das tecnologias de informação e comunicação (TIC) do Ministério das Finanças, garantindo o planeamento, conceção, execução e avaliação das iniciativas de informatização tecnológica dos respetivos serviços e organismos.

²⁰ Instruções n.º 1/2004 – 2.ª Secção, publicada no DR, II Série, n.º 38, de 14 de fevereiro, cujo Anexo I elenca todos os documentos de prestação de contas previstos no POCP, bem como outros documentos considerados necessários.

²¹ Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963.

²² Cujos princípios tiveram a sua primeira estruturação na Lei n.º 1884, de 16 de março de 1935.

²³ Apesar da transformação em Direção-Geral, pelo Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 de outubro), a mesma manteve a abreviatura ADSE. A atual designação, Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, foi consagrada no Decreto-Lei n.º 117/2011, de 15 de dezembro.

²⁴ Alterado 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, 64-B/2011, de 30 de dezembro, pelos Decretos-Lei n.ºs 105/2013, de 30 de julho, e 161/2013, de 22 de novembro, e pelas Leis n.ºs 30/2014, de 19 de maio, e 82-B/2014, de 31 de dezembro.



2. Cuidados de enfermagem, quando prescritos por médicos;
3. Tratamentos termiais, quando clinicamente justificados;
4. Aposentadoria e transportes, quando os quotizados se deslocam da sua residência habitual para receberem cuidados de saúde;
5. Internamento em lares e casas de repouso, quando o estado do quotizado exija vigilância da saúde de acordo com declaração médica;
6. Aquisição de medicamentos, nacionais ou estrangeiros, desde que reconhecidos pelo Ministério da Saúde e mediante prescrição médica;
7. Aquisição de meios de correção e compensação (nomeadamente, próteses, ortóteses, aparelhos ortopédicos e veículos de rodas), mediante prescrição médica;
8. A proteção na doença no estrangeiro, desde que não existam meios técnicos em Portugal²⁵, ou por opção do quotizado.

Ficam excluídos do esquema de benefícios da ADSE os cuidados de saúde que sejam resultado de acidente em serviço ou doença profissional e de acidente da responsabilidade de terceiro, bem como as despesas com cuidados de saúde que tenham sido comparticipadas por outros sistemas de saúde integrados na Administração Pública.

7.1.1. MODO DE PRESTAÇÃO DOS BENEFÍCIOS

Não possuindo a ADSE estruturas próprias de prestação de cuidados de saúde, os mesmos são prestados por entidades terceiras.

Para além da prestação de cuidados por entidades privadas com as quais a ADSE-DG celebra acordos/convenções (o designado regime convencionado) ou às quais o quotizado acede livremente, solicitando o reembolso da despesa por ele efetuada a esta Direção-Geral (o designado regime livre), até 2009/2010, a despesa suportada pela ADSE-DG incluía também os cuidados prestados por entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS/RA)²⁶.

A ADSE-DG tem assumido também o pagamento da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos adquiridos pelos quotizados, incluídos no regime de comparticipação do Estado²⁷.

²⁵ De acordo com declaração de responsável clínico dos serviços da especialidade de um “hospital central nacional”.

²⁶ De acordo com o art.º 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP) e a Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (LBS - Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), o SNS é universal quanto à população abrangida, sendo todos os cidadãos beneficiários do mesmo. Nas Regiões Autónomas, as atribuições do SNS são desenvolvidas pelos SRS/RA, cfr., art.º 64º, n.º 4, da CRP, bases II e VIII da LBS, Estatutos Político Administrativos das Regiões Autónomas (art.ºs 37º, n.º 1, al. e) da Lei n.º 130/99, de 21 de agosto, e 59º da Lei n.º 39/80, de 5 de agosto) e Estatutos dos SRS/RA (art.ºs 1º, n.º 2, e 2º do DLR n.º 4/2003/M, de 7 de abril, e 3º do DLR n.º 28/99/A, de 31 de julho). A responsabilidade financeira dos subsistemas de saúde relativa a atos prestados pelo SNS e pelos SRS/RA, decorre da Lei de Bases da Saúde e dos Estatutos do SNS e dos SRS/RA, bem como do regime de benefícios da ADSE constante do Decreto-Lei n.º 118/83. A responsabilidade da ADSE-DG pelo financiamento de atos prestados a quotizados da ADSE encontra-se derogada, desde 2010, por normas constantes das Leis do Orçamento do Estado (LOE), cfr. explicado no ponto 9.1. Já a responsabilidade da ADSE-DG pelo financiamento de atos prestados pelas entidades dos SRS/RA é objeto de diferendo entre as Administrações Regionais e esta Direção-Geral, cfr. ponto 12.1.

²⁷ Também aplicável aos quotizados da ADSE. O regime atualmente em vigor encontra-se previsto no Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio (vide art.º 1º), alterado pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro, pela Lei n.º 62/2011, de 12 de dezembro, pelos Decretos-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho, e n.º 19/2014, de 5 de fevereiro, e pela Lei n.º 51/2014, de 25 de agosto. A responsabilidade da ADSE-DG pelo pagamento da comparticipação encontra-se estabelecida no art.º 28 do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, e em diplomas sobre o pagamento da comparticipação às farmácias (por exemplo, quanto ao pagamento pelo SNS, o Decreto-Lei n.º 242-B/2006, de 29 de dezembro, não abrange medicamentos dispensados a quotizados de subsistemas de saúde). Se a responsabilidade da ADSE-DG pela comparticipação de medicamentos dispensados nas farmácias de Portugal continental tem sido progressivamente extinta, tendo sido transferida em definitivo para o SNS pela LOE 2015, cfr. ponto 9.1, a responsabilidade pelos medicamentos dispensados nas farmácias sedeadas nas Regiões Autónomas ainda se mantém, cfr. ponto 12.2. Duas notas para referir, ainda, que: a) no caso de medicamentos não incluídos no regime de comparticipação do Estado ou adquiridos pelo quotizado no estrangeiro a comparticipação é paga através de



Esse pagamento foi feito, até 2012, diretamente às farmácias. Em 2013 e 2014, para além do pagamento direto às farmácias, que se manteve relativamente às farmácias das Regiões Autónomas, a ADSE-DG realizou, ainda, transferências financeiras para a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS)²⁸, em contrapartida de o SNS assumir, a partir de abril de 2013, a responsabilidade desse pagamento relativamente aos medicamentos dispensados em farmácias localizadas em Portugal continental.

Esta situação (transferências para a ACSS e pagamentos às farmácias das Regiões) manteve-se em 2014. Em 2015, apenas continua prevista a despesa com estas últimas.

Refira-se que os cuidados prestados por entidades do SNS e dos SRS/RA e a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos são suportados pelo SNS e pelos SRS/RA, para a generalidade dos cidadãos, com receitas gerais provenientes dos impostos²⁹, para as quais os quotizados da ADSE contribuem de igual forma. Assim, caso a ADSE-DG nunca tivesse sido responsabilizada pelo seu financiamento, os seus quotizados teriam direito à sua prestação enquanto: i) utentes dos SNS e dos SRS/RA e ii) contribuintes da sua principal fonte de financiamento. A transferência dessa responsabilidade para as entidades do SNS e dos SRS/RA mais não é do que um avocar por estes da responsabilidade que a Constituição da República Portuguesa e a Lei de Bases da Saúde lhe atribuem a título originário.

Se a responsabilidade financeira da ADSE-DG face a cuidados da responsabilidade originária do SNS e dos SRS/RA justificava parte do financiamento desta Direção-Geral com origem em receitas gerais, provenientes dos impostos, a diminuição dessa responsabilidade foi a primeira medida com vista à redução do financiamento público da ADSE-DG, a partir de 2010/2011.

Em resultado desta evolução, desenvolvida no ponto 9, a estrutura de custos com saúde da ADSE-DG sofreu alterações significativas.

Quadro 4 – Estrutura de custos com a saúde

Unid: €

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
Serviço Nacional de Saúde	449 733 596	46,3%												
Regime Convencionado	219 145 962	22,6%	235 126 622	42,3%	252 753 133	52,1%	272 677 525	56,3%	288 608 557	59,6%	248 295 556	56,0%	317 000 000	69,5%
Medicamentos	184 845 271	19,0%	200 357 540	36,0%	91 585 754	18,9%	73 009 180	15,1%	28 118 387	5,8%	8 588 925	1,9%	8 700 000	1,9%
Regime Livre	114 390 913	11,8%	119 065 590	21,4%	140 744 718	29,0%	138 219 725	28,6%	132 878 981	27,4%	126 548 976	28,5%	130 610 100	28,6%
RNCCI	3 161 585	0,3%	1 661 656	0,3%										
Transferências ACSS - Medicamentos									35 000 000	7,2%	60 000 000	13,5%		
Total	971 277 328	100,0%	556 211 408	100,0%	485 083 604	100,0%	483 906 431	100,0%	484 605 925	100,0%	443 433 458	100,0%	456 310 100	100,0%

Fonte: Elaboração própria com base na DR e Relatórios Atividades; 2014 ADSE/DSAF - Relatório Financeiro; 2015 Previsão OE

Os custos com o regime livre refletem apenas os custos suportados diretamente pela ADSE-DG, entidade gestora do sistema, a saber: reembolsos, no âmbito do regime livre, de despesas de saúde de trabalhadores de organismos da administração direta do Estado (serviços integrados), de

reembolso ao quotizado, no âmbito do regime livre; b) medicamentos administrados por entidades com convenção são pagos pela ADSE-DG a estas entidades ao abrigo da tabela de produtos medicamentosos das entidades convencionadas.

²⁸ A ACSS tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do SNS, sendo responsável pelo financiamento do SNS (cfr. art.º 3º do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro).

²⁹ O SNS é financiado pelo Orçamento do Estado e os SRS/RA pelos orçamentos das Regiões Autónomas (Base XXXIII da LBS, art.º 23º do Estatuto do SNS, art.º 28º do Estatuto do SRS dos Açores e art.º 7º dos Estatutos do Serviço de Saúde da RAM, EPE, aprovados pelo DLR n.º 12/2012/M, de 2 de julho).



organismos com autonomia administrativa e financeira (a partir de 2011), de organismos com acordos de capitação³⁰, de aposentados e respetivos familiares.

Os reembolsos dos trabalhadores da Administração Local e Regional e respetivos familiares, um universo de 271.474 quotizados em 2013 (21% do total), são suportados diretamente pelos organismos destas Administrações, cfr. ponto 7.1.2, e não estão incluídos nos custos apresentados pela ADSE-DG³¹. De igual modo o orçamento desta Direção-Geral não contém dotação para cobrir os reembolsos daqueles quotizados.

Daqui resulta que não existe um orçamento e uma conta do sistema de proteção social ADSE, sendo relevante, numa análise de sustentabilidade exclusivamente com base no desconto dos quotizados, considerar a incorporação destes custos na ADSE-DG, cenário que é considerado no Anexo 4.

7.1.2. MODO DE FINANCIAMENTO DOS BENEFÍCIOS

Financiamento público

Desde a sua criação que o financiamento do sistema de proteção ADSE tem sido assegurado, por fundos públicos:

- ⇒ Transferências de receitas gerais dos orçamentos do Estado (até 2011);
- ⇒ Contribuição da entidade empregadora, suportada pelos organismos com autonomia administrativa e autonomia administrativa e financeira da Administração Central (de 2011 a 2014);
- ⇒ Reembolsos/capitação suportados pelas entidades pertencentes às Administrações Local e Regional³², cfr. Anexo 5.

Com exceção das transferências de receitas gerais do orçamento do Estado, todos os outros constituem receita própria da ADSE-DG, consignada ao sistema de benefícios.

O quadro e a figura seguintes refletem a composição e a evolução dos proveitos da ADSE-DG com origem em fundos públicos, verificando-se, também nesta matéria, alterações significativas desde 2009.

³⁰ Sobre os acordos de capitação, *vide* ponto 7.1.2.

³¹ Até 2010, inclusive, os custos do regime livre da ADSE-DG também não refletiam os custos com os reembolsos efetuados aos trabalhadores e respetivos familiares pelos serviços e fundos autónomos do Estado, considerando a responsabilidade destes pelo pagamento desses reembolsos. Com a criação da contribuição da entidade empregadora, em 2011, cfr. ponto 7.1.2., estes encargos passaram a ser responsabilidade da ADSE-DG, o que justifica o aumento dos custos com o regime livre de 2010 para 2011.

³² Incluem, também, receita suportada por instituições de ensino privado que, apesar de ser financiamento privado, está contabilizado nas mesmas rubricas orçamental e patrimonial, não tendo sido possível a sua autonomização. Refira-se ainda o peso pouco significativo destas entidades nas entidades empregadoras e no número de quotizados seus trabalhadores.



Quadro 5 – Proveitos com origem em fundos públicos

Proveitos com origem em fundos públicos	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Valor	%	Valor	%										
Transferência ADSE (OE) (1)	598 438 302	79,9%	259 834 572	72,4%	34 289 500	11,2%								
Receita ADSE (contribuição entidade empregadora) (2)					235 950 725	77,2%	193 644 272	85,3%	182 445 546	85,1%	80 149 153	64,7%	21 256 700	34,7%
Outras receitas próprias (3)	150 840 955	20,1%	99 173 574	27,6%	35 245 216	11,5%	33 394 116	14,7%	31 974 658	14,9%	43 774 729	35,3%	40 000 000	65,3%
Total	749 279 257	100,0%	359 008 146	100,0%	305 485 441	100,0%	227 038 388	100,0%	214 420 204	100,0%	123 923 881	100,0%	61 256 700	100,0%

Fonte: Elaboração própria com base na DR e Relatórios Atividades; 2014 ADSE/DSAF - Relatório Financeiro; 2015 Previsão OE

(1) Em 2009, não inclui € 316.696,12 de transferências ao abrigo do PIDDAC.

(2) Considerando a inexistência de uma rubrica de classificação económica da receita e de uma conta do balancete que autonomize a receita proveniente do desconto e da contribuição da entidade empregadora, são utilizados a informação dos valores cobrados, até 2010, reportados pela DGO à ADSE-DG, e a partir de 2011, obtidos pela ADSE-DG com base na informação constante do GESDUC, e vertida nos Relatórios Financeiros da ADSE-DG. 2014 corrigido da reversão de cerca de € 35,1 milhões para os cofres do Estado, cfr. LOE 2014; 2015 contribuição de 2014 que não foi cobrado nesse ano, cfr. previsão do OE.

(3) Encargos com o sistema suportados por outras entidades empregadoras (reembolsos, capitações, comparticipação em despesas de administração). 2014, corrigido do montante de € 7,2 milhões de regularização de dívida de entidades do SNS que a ADSE-DG cobrou durante este ano, por ser matéria controvertida com o Ministério da Saúde.

A diminuição acentuada das transferências do orçamento do Estado para a ADSE-DG de 2009 para 2010 e das “outras receitas próprias” foram consequência direta das transferências para o SNS, a partir de 2010, de encargos que este já suportava para a generalidade dos cidadãos.

Em 2011 a receita proveniente de receitas gerais do orçamento do Estado foi quase inexistente. Nesse ano foi criada a contribuição da entidade empregadora³³, consignada ao sistema de benefícios e aplicável aos organismos do Estado: integrados e com autonomia administrativa e financeira. Em 2012 e 2013 já não se verificam as transferências de receitas do orçamento do Estado.

Em contrapartida do pagamento da contribuição da entidade empregadora, os organismos do Estado com autonomia administrativa e financeira que eram, até então, responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus trabalhadores e familiares, transferiram para a ADSE essa responsabilidade. Esta situação justifica a diminuição da rubrica “outras receitas próprias” em 2011.

Fora do âmbito de aplicação da contribuição da entidade empregadora ficaram as entidades das Administrações Local e Regional. As primeiras continuam a financiar o sistema através do reembolso aos quotizados de despesas por eles realizadas no âmbito do regime livre e do reembolso à ADSE-DG do valor dos pagamentos por ela efetuados pelos cuidados prestados aos quotizados no âmbito do regime convencionado. As segundas apenas reconhecem a sua responsabilidade no financiamento do regime livre, cfr. ponto 12.3.

A contribuição da entidade empregadora foi inicialmente fixada em 2,5% e, a partir de agosto de 2013³⁴, em 1,25% das remunerações dos quotizados no ativo³⁵.

Figura 1 – Evolução dos proveitos com origem em fundos públicos (€ 10⁶)



³³ Criada pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, que alterou o DL n.º 118/83, introduzindo-lhe o art.º 47º A.

³⁴ Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho.

³⁵ A base de incidência da mesma são as remunerações dos quotizados no ativo sujeitas a desconto para a Caixa Geral de Aposentações (CGA) ou para a segurança social, consoante sejam subscritores daquele ou deste sistema de segurança social (art.º 47º A do Decreto-Lei n.º 118/83, aditado pela Lei n.º 55-A/2010, e alterado pela Lei n.º 105/2013, de 30 de julho). A partir de 1 de janeiro de 2013, as remunerações sujeitas a desconto para a CGA passaram a ser as mesmas da segurança social (art.º 79º, n.º 3, da LOE 2013, que introduziu



A extinção da contribuição da entidade empregadora

A extinção progressiva da contribuição da entidade empregadora sustenta-se nas previsões do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, que visavam o autofinanciamento dos sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas, i.e., com base no desconto dos respetivos beneficiários, até 2016. Esta meta foi antecipada, para 2015, aquando da 10ª revisão do MoU.

Com este objetivo, as Leis dos Orçamentos do Estado (LOE) autorizaram, em 2013 e 2014, a transferência para a ACSS de montantes cobrados pela ADSE-DG referentes a contribuição da entidade empregadora. Estas autorizações foram justificadas pela transferência de encargos com a comparticipação de medicamentos para o SNS, até então assumidos pela ADSE-DG e que deviam ser suportados em receitas provenientes dos impostos.

Ainda em 2014, a 1ª alteração à LOE (Lei n.º 13/2014, de 14.03) estabeleceu a reversão de 50% da contribuição da entidade empregadora para os cofres do Estado, a partir da data da sua entrada em vigor (15 de março).

Em resultado, o sistema ADSE, que inclui os encargos com os regimes livre e convencionado e os encargos de administração, em 2014, já não dispôs de qualquer financiamento público das entidades da Administração Central.

A contribuição da entidade empregadora, desse ano, na parte em que não reverteu para os cofres do Estado, apenas suportou despesa da ADSE-DG que deve ser financiada por receitas com origem nos impostos, por ser responsabilidade do SNS/SRS-RA ou do Estado enquanto entidade empregadora (verificação da doença), considerando que se trata de “despesas que reunirão, decerto, o consenso generalizado de manter o financiamento público”³⁶.

Quadro 6 – Afetação da contribuição da entidade empregadora (2014)

Unid.: €	
Receita cobrada e por cobrar	2014
Contribuição da EE cobrada - total	115 254 814
Contribuição da EE (2013)	7 700 095
Contribuição da EE (2014)	107 554 719
Despesa - total	69 209 718
Farmácias (Regiões Autónomas)	8 588 925
Verificação da doença	539 263
Despesas em países comunitários	81 529
Transferências para a ACSS	60 000 000
Entregas ao Estado	35 105 666
Total despesa + entregas	104 315 384

Fonte: ADSE-DSAF (dezembro 2014)

Nesse ano, a receita proveniente do desconto dos quotizados superou largamente a totalidade dos encargos da ADSE-DG com os regimes convencionado e livre e com os encargos de administração, cfr. se observará *infra*, a propósito do financiamento privado.

Em 2015, a LOE revogou o artigo 47º-A do Decreto-Lei n.º 118/83, relativo à contribuição da entidade empregadora, sendo que a meta resultante do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica será cumprida no prazo previsto, sem prejuízo do sistema ADSE continuar a beneficiar dos pagamentos que são ainda suportados pelas entidades das

o art.º 6º B ao Estatuto de Aposentação, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 498/72, de 9 de dezembro), o que, em consequência, ampliou a base de incidência da contribuição da entidade empregadora para a ADSE-DG quanto aos trabalhadores subscritores daquele sistema.

³⁶ Cfr. Plano de Atividades de 2014, pág. 60, que obteve despacho de concordância do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento. Quanto às restantes despesas, elencadas no ponto 9.2, a ADSE-DG não assume esta posição porquanto considera que as mesmas devem ser articuladas com o Ministério da Saúde.

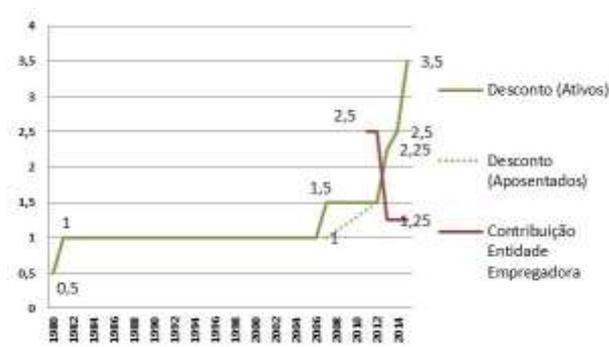


Administrações Local e Regionais que, não estando sujeitas à contribuição da entidade empregadora, têm suportado diretamente os custos com o financiamento dos regimes livre (ambas as Administrações) e convencionado (apenas a Administração Local).

A redução/extinção da contribuição da entidade empregadora foi diretamente compensada com o aumento da taxa de desconto do quotizado.

Porém, tendo em conta que a taxa de desconto tem uma abrangência maior do que a da contribuição da entidade empregadora, o aumento da taxa de desconto para 3,5% originou uma receita superior à que resultava da contribuição das entidades empregadora.

Figura 2 – Taxa de desconto vs taxa de contribuição da entidade empregadora



Fonte: Diplomas legais

De facto, enquanto o desconto incide sobre as remunerações e pensões de todos os quotizados titulares, excetuando os aposentados isentos, a contribuição da entidade empregadora era apenas devida pelos serviços da Administração Central, não se aplicando às Administrações Local e Regional e às entidades processadoras de pensões. Assim, *ceteris paribus*, considerando as necessidades de tesouraria da ADSE-DG, seria expectável não ser necessário um aumento tão acentuado da taxa de desconto, cfr. se demonstra *infra*.

Não podendo a ADSE-DG, por se tratar de um serviço integrado do Estado, cfr. ponto 7.2, praticar atos de gestão estratégica do sistema de proteção ADSE, que lhe permitam alterar, com base em estudos de análise económica, o esquema de benefícios oferecidos, e escolher as aplicações financeiras que apresentam maiores benefícios à gestão, a criação de excedentes na ADSE-DG não trará, à partida, qualquer vantagem, podendo apenas estar a servir propósitos de consolidação orçamental³⁷, que não são compatíveis com um sistema financiado apenas por fundos privados, no qual o desconto só deve encontrar justificação nos benefícios que se podem retirar do sistema.

Se o desconto for excessivo face à contrapartida obtida existe o risco de fuga de quotizados da ADSE, com impacto na sustentabilidade do sistema, cfr. ponto 7.1.3.

A este respeito, no exercício do contraditório, o Diretor-Geral da ADSE, informa que uma das propostas que está a ser estudada pela equipa técnica constituída ao abrigo da RCM n.º 5/2015 é que a futura entidade gestora do sistema ADSE “... seja constituída com autonomia administrativa e financeira, possibilitando vir a rentabilizar os excedentes de tesouraria através de investimentos em ativos financeiros”. Mais considerações sobre o modelo de organização e de governação da nova entidade gestora que, também, se encontra a ser estudado pela equipa técnica constam do ponto 5 do Volume I e do ponto 7.2.

A diminuição/eliminação da contribuição da entidade empregadora e a sustentação da ADSE apenas com o desconto dos quotizados, que constitui receita própria da ADSE-DG, suscita, ainda, questões

³⁷ Designadamente, a ser utilizados como forma de resolver problemas de equilíbrio do orçamento do Estado através do aumento artificial da receita pública Embora consignada ao financiamento do sistema de benefícios ADSE, a receita proveniente dos descontos dos quotizados é, contabilisticamente, receita de um serviço integrado do Estado (a Direção-Geral da ADSE), pelo que tem reflexo direto na receita prevista no orçamento do Estado.



sobre a manutenção da contribuição das Administrações Local e Regionais para o sistema. Não faz sentido a receita do sistema de benefícios ser entregue à ADSE-DG e a despesa ser responsabilidade destas entidades. Perspetivam-se cenários que são analisados no Anexo 4, um dos quais em que estas Administrações deixariam de assumir os encargos com os regimes livre e convencionado, transferindo essa responsabilidade para a ADSE-DG.

Salienta-se, no entanto, que uma alteração da responsabilidade das Administrações Local e Regionais pelos cuidados de saúde prestados aos seus trabalhadores e respetivos familiares no quadro do sistema ADSE poderá implicar uma revisão das leis de financiamento destas Administrações, com o objetivo das transferências dos orçamentos do Estado para as mesmas refletirem a supressão dos encargos com a ADSE³⁸.

Relativamente a uma eventual alteração do financiamento do sistema ADSE pelas Autarquias Locais, o Secretário-Geral da Associação Nacional de Municípios, em sede de contraditório, considera que qualquer mudança “... deve ser estudada criteriosamente, de forma global e coerente ...”.

A este propósito refere-se que o Diretor-Geral da ADSE informa que a reforma em curso do sistema ADSE que “... deve ir no sentido da atribuição total à entidade gestora da ADSE de competências que hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional ...”, cfr. ponto 5 do Volume I.

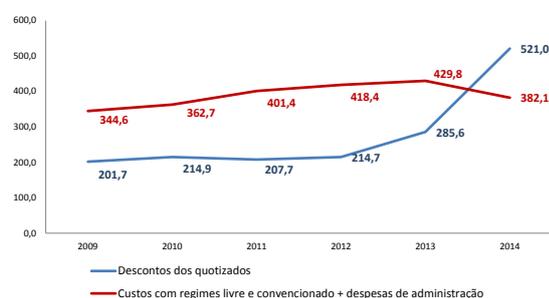
Financiamento privado

Em 2014, a despesa da ADSE-DG que pode ser financiada pelo desconto dos quotizados³⁹, foi totalmente financiada por este, tendo inclusivamente sido gerado um excedente de € 138,9 milhões. As receitas provenientes do desconto garantiram uma cobertura dos custos diretamente da responsabilidade da ADSE-DG na ordem dos 136%.

Para 2015, prevê-se⁴⁰ que esse desconto (€ 546 milhões) exceda em € 89,4 milhões a despesa com os regimes livre e convencionado e administração (€ 456,6 milhões).

O desconto foi estabelecido em 1980, com uma taxa inicial de 0,5%, tendo ficado isentos os aposentados. Esta taxa aumentou para 1%, em 1981, 1,5%, em 2007, 2,25%, em agosto de 2013,

Figura 3 – Desconto vs custos (Unid.: € 10⁶)



Fonte: DR, Balançetes, Relatórios Atividades, 2014 ADSE/DSAF - Relatório Financeiro

³⁸ Neste sentido e relativamente à Administração Local, vide decisão do Provedor de Justiça sobre a retenção nas transferências do Orçamento do Estado para as Autarquias Locais, para posterior entrega à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e integração no orçamento do SNS, em resultado de a ADSE-DG, a partir de 2010, inclusive, ter deixado de ser financeiramente responsável pelo pagamento dos cuidados prestados aos seus quotizados por serviços e instituições do SNS, disponível em <http://www.provedor-jus.pt/?idc=68&idi=1360>.

³⁹ Despesas com cuidados de saúde prestados em regime livre e regime convencionado e despesas de administração. I.e., sem considerar a despesa que deve ser financiada por receitas gerais provenientes dos impostos, da responsabilidade do SNS ou dos SRS/RA ou do Estado enquanto entidade empregadora. Salienta-se, no entanto, que a despesa com os regimes livre e convencionado incluem cuidados que devem ser assumidos pelos SNS e SRS/RA, considerando que têm de ser suportadas por receitas gerais, cfr. ponto 9.2.

⁴⁰ Orçamento de 2015.



2,5%, em janeiro de 2014, e 3,5% em maio de 2014⁴¹. A partir de 2007, a taxa do desconto passou também a incidir sobre o valor das pensões de aposentação e reforma⁴².

Até 2006, inclusive, a receita decorrente deste desconto era receita do Estado e, a partir de 2007, passou a ser receita própria da ADSE-DG, afeta ao financiamento dos benefícios do sistema por ela gerido⁴³.

O aumento do desconto do quotizado

Os aumentos da taxa de desconto, em 2013 e 2014, resultaram essencialmente da necessidade de compensar a diminuição da contribuição da entidade empregadora, não tendo sido precedidos de qualquer estudo sobre a sustentabilidade do sistema que considerasse, designadamente:

1. O facto de a taxa de desconto ter uma abrangência maior do que a contribuição da entidade empregadora;
2. Os encargos que a ADSE-DG ainda suporta e que são responsabilidade do SNS/SRS-RA ou do Estado empregador (controlo de faltas dos trabalhadores), cfr pontos 9.2 e 10;
3. A lógica de financiamento com base no desconto do quotizado poder originar, da parte das entidades das Administrações Regionais e Local, um dos cenários objeto do Anexo 4;
4. A possibilidade de eventuais ajustamentos no sistema de benefícios, designadamente ao nível da elegibilidade de quotizados (quer pela extensão do esquema de benefícios da ADSE a trabalhadores da Administração Pública ainda não abrangidos pelo mesmo, como seja o caso dos trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho, cenário objeto do
5. Anexo 6, quer pela revisão das regras de elegibilidade de familiares, hipótese colocada, a título de exemplo, quanto aos cônjuges no ponto 7.1.3), da revisão do pacote de coberturas, das regras de acesso e utilização do sistema e do modelo de pagamento às entidades prestadoras convencionadas (cfr. pontos 9.3 e 9.4);
6. O impacto no rendimento dos quotizados e o eventual incentivo que a taxa de desconto pode criar na adesão, manutenção ou renúncia ao sistema de benefícios ADSE, particularmente nos quotizados que são contribuintes líquidos do sistema; em 2013, os cerca de 8% dos quotizados titulares com maiores rendimentos contribuíram com cerca de 20% do montante do desconto e representaram cerca de 10% da despesa incorrida pela ADSE com os regimes convencionado e livre, cfr. ponto 7.1.3.

Se os dois primeiros concorrerem para uma diminuição da taxa de desconto, os restantes poderiam ter efeitos diversos, considerando que podem implicar mais ou menos receita e mais ou menos custos. Na presente auditoria estimam-se, nos pontos referenciados, alguns desses impactos.

Os aumentos da taxa de desconto também não foram precedidos de um estudo sobre necessidades de tesouraria de curto prazo.

⁴¹ Lei n.º 21-A/79, de 25 de junho, Decreto-Lei n.º 201-A/79, de 9 de junho, e Decreto-Lei n.º 183-L/80, de 9 de junho; Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio; Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro; Decreto-Lei n.º 195/2013, de 30 de julho; Lei n.º 930/2014, de 19 de maio.

⁴² Inicialmente pensões de valor igual ou superior ao valor correspondente a uma vez e meia a retribuição mínima mensal garantida, ficando, assim, isentos desse desconto os aposentados cujo valor da pensão, após a aplicação da taxa de desconto, fosse inferior a uma vez e meia aquela retribuição (Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro). Esta incidência foi gradual, sendo a taxa aplicada sobre as pensões, em 2007, de 1%, e posteriormente objeto de um incremento anual de 0,1% até atingir a taxa suportada pelos quotizados titulares no ativo, o que ocorreu em 2012 (Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro). O limiar de aplicação da taxa de desconto às pensões e reformas foi revisto em 2012, alargando a base da sua incidência. Esse limiar passou a ser o valor da retribuição mínima mensal garantida (Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro). Quanto à remuneração de incidência do desconto dos trabalhadores no ativo, a mesma era até julho de 2013 composta pela remuneração base e pelos suplementos remuneratórios com carácter de permanência, nos mesmos termos da incidência da quota para a Caixa Geral de Aposentações (cfr. art.º 8º-A, aditado à Lei n.º 53-D/2006, pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 29-A/2011, de 1 de março, e art.º 77º do Decreto-Lei n.º 36/2013, de 12 de março). A partir desta data passou a ser a remuneração base (cfr. art.º 1º e 6º do Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho).

⁴³ Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio; Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro.

Tendo por referência apenas os encargos do sistema que devem ser financiados pelo desconto dos quotizados⁴⁴ (no ano de 2013, custos de € 429,8 milhões e, em 2014, despesa paga de € 382,1), a sua cobertura estaria assegurada com uma taxa de desconto de 2,7% (2013) e de 2,3% (2014). Taxas de 2,95% e de 2,5%, respetivamente, já garantiriam excedentes de 10% sobre o montante da despesa, cfr. mapas em Anexo 7.

O aumento, em 2014⁴⁵, da taxa de desconto para 3,5%, excessivo face à ponderação daqueles custos/despesa, criou um excedente orçamental na ADSE-DG de € 138,9 milhões, considerando apenas a receita proveniente do desconto⁴⁶.

De acordo com os mapas do orçamento de 2015, o desconto (€ 546 milhões) neste ano superará em € 89,4 milhões a despesa prevista com os regimes livre e convencionado e com os encargos de administração (€ 456,6 milhões). Refira-se, no entanto, que a previsão de despesa com o regime convencionado em 2015 inclui faturação entrada após setembro/outubro de 2014, considerando os prazos de pagamento dos prestadores (90 e 120 dias), que pode ser paga com o excedente orçamental do ano anterior.

Tendo em conta esta possibilidade, a ADSE-DG, no âmbito da sua proposta de orçamento para 2015, propôs que se considerasse, entre outros aspetos⁴⁷, a materialidade do excedente de receitas cobradas em 2014⁴⁸, para determinar o valor do desconto a cobrar aos quotizados em 2015, que, nesse pressuposto, seria, no máximo, de 1,74%. Esta proposta não foi, até ao momento, aceite pelo Governo.

Numa perspetiva de sustentação do sistema apenas com o desconto, i.e., não considerando nem o excedente de 2014 nem na receita a cobrar em 2015 outras receitas, a taxa a aplicar em 2015, calculada no âmbito dos testes de auditoria, seria inferior às taxas necessárias para cobrir os encargos de 2013 e 2014: 2,1%, cfr. quadro do Anexo 7. A taxa de 2,25% garantiria um excedente de cerca de 10%.

O risco de insustentabilidade do sistema será tanto maior quanto mais desproporcionado for o desconto do quotizado em relação ao custo dos serviços obtidos, pelo incentivo que o mesmo representa nas decisões de adesão, manutenção ou renúncia ao sistema de benefícios. Para a população de quotizados saudáveis e sem familiares a cargo, o desconto é o que mais influi a sua decisão. A diminuição do número de quotizados aumenta o custo médio do sistema.

O Diretor-Geral da ADSE apresentou alegações no sentido de a taxa de desconto de 3,5% poder não ser excessiva, considerando que as conclusões do Relatório se antecipam à reforma ainda em curso do sistema ADSE que *“... deve ir no sentido da atribuição total à entidade gestora da ADSE de competências que hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional...”*.

⁴⁴ Custos com cuidados de saúde prestados em regime livre e regime convencionado e de administração.

⁴⁵ Que partiu de proposta do Governo e não da ADSE-DG, enquanto entidade gestora do sistema.

⁴⁶ Sobre a questão da eventual violação do princípio da proporcionalidade constante do art.º 18º, n.º 2, da CRP, das normas contidas na Lei n.º 30/2014 que procedeu ao aumento da taxa de desconto para 3,5%, suscitada no âmbito de um pedido formulado ao Tribunal Constitucional por um Grupo de Deputados à Assembleia da República, este Tribunal pronunciou-se no sentido da não violação daquele princípio, declarando a constitucionalidade daquelas normas.

⁴⁷ Designadamente, o facto de ainda se prever receita pública: contribuição de entidade empregadora não entregue em 2014, mas relativa a esse ano; notas de reembolso, quotização e capitação emitidos a entidades empregadoras cuja responsabilidade pelo financiamento ainda se mantém em 2015; e a “reposição” de transferências de receitas gerais do orçamento do Estado para cobertura de despesas que têm de ser suportadas por fundos públicos.

⁴⁸ Incluindo, no cálculo do excedente, o desconto e outras receitas próprias (v.g. reembolsos, quotizações e capitações).



O Tribunal esclarece que a avaliação da adequação da taxa de desconto fixada a partir de maio de 2014, efetuada no Relatório, considera as necessidades de tesouraria efetivas em 2013 e 2014 e previstas para 2015, não se pronunciando o Tribunal sobre a sua adequação no médio-longo prazo. Dada a inexistência de qualquer estudo, seja ao nível da ADSE-DG seja ao nível do Ministério das Finanças, sobre a adequação da taxa fixada aos objetivos de sustentabilidade de médio-longo prazo e a eventuais alterações do sistema, como a agora evocada, não existe evidência que a alteração ocorrida tenha tido outro propósito que não o da compensação da extinção do financiamento público. Atendendo a que o aumento da taxa de desconto para 3,5% se revelou excessivo face a este propósito, a sua manutenção em níveis superiores aos correspondentes à cobertura da despesa com o esquema de benefícios visa apenas alcançar objetivos de consolidação orçamental do Estado, em prejuízo do rendimento dos quotizados.

Sobre a inadequação da taxa de desconto fixada após maio de 2014, com origem em proposta de lei do Governo, pronuncia-se também, em sede de contraditório, o anterior Diretor-Geral da ADSE, em funções até ao final de 2014, salientando que, na tentativa de compensar a extinção da contribuição da entidade empregadora, terão sido somadas as duas taxas (desta contribuição e da referente ao desconto dos quotizados). Refere que *“Não se terão apercebido que cada taxa tinha uma base de cálculo distinta... pelo que a receita gerada pela contribuição da entidade empregadora era possível de conseguir com um aumento muito inferior da taxa da contribuição do beneficiário. (...) Depois da experiência de 2014, poderá questionar-se o reajustamento da taxa da contribuição do beneficiário ainda em vigor de 3,5%.”*

Acresce, ainda, a inutilidade de criar excedentes com a dimensão observada (em 2014, 36% do montante da despesa com os regimes convencionado e livre e administração; em 2015, 20% do valor estimado dessa despesa) provenientes de contribuições dos quotizados, numa entidade sem autonomia financeira, que não pode dispor livremente dos mesmos, utilizando-os em benefício do sistema.

Ainda que se concretize a atribuição da autonomia financeira, excedentes com aquela dimensão, sem fundamento em necessidades de funcionamento do sistema, poderão causar descontentamento nos quotizados colocando em risco a sustentabilidade, considerando o impacto da taxa de desconto nas decisões de adesão, manutenção e renúncia ao sistema.

O único cenário, considerado na auditoria (Anexo 4), em que a taxa de desconto se aproxima efetivamente da taxa de 3,5% é aquele em que a entidade gestora da ADSE assume os encargos com os trabalhadores da Administrações Regionais e Local. Ainda assim, e no cenário mais desfavorável, uma taxa de 2,85% seria suficiente para cobrir o total da despesa em que a ADSE-DG incorreria e uma taxa de 3,2% garantiria um excedente de 10%.

Para além do desconto, os quotizados contribuem ainda para o sistema com os respetivos copagamentos no âmbito do regime convencionado e com a despesa não comparticipada no âmbito do regime livre. No total da despesa com cada um dos regimes, em 2013, o copagamento do regime convencionado representou cerca de 17,6% e a despesa não reembolsada do regime livre, cerca de 67,8%, cfr. pontos 9.3 e 9.4. No Anexo 8 observa-se que o esforço financeiro médio do quotizado da ADSE, com uma taxa de desconto de 3,5%, já se encontra próximo do esforço financeiro dos titulares de seguros privados, sendo certo que o esforço financeiro dos quotizados da ADSE cobre, em algumas situações, despesa com familiares.

Note-se que o recurso a sistemas alternativos de saúde diminui a pressão sobre o SNS, não só no que respeita ao seu financiamento mas também ao acesso aos cuidados de saúde.

Os cuidados de saúde prestados aos quotizados da ADSE, já em 2014 financiados por fundos privados⁴⁹, são cuidados que eventualmente teriam que ser realizados aos mesmos enquanto utentes do SNS, seja através da rede de prestadores públicos existentes, seja através das convenções e acordos celebrados pelo Estado com entidades privadas ou do setor social, para prestação de cuidados aos utentes do SNS, em regime de complementaridade.

Existe assim uma substituição de cuidados de saúde que, deixando de ser realizados no SNS, são suportados financeiramente pela ADSE e respetivos quotizados, existindo concomitantemente uma redução dos custos que teriam que ser suportados pelo SNS.

Admitindo, por hipótese de trabalho, que os custos que o SNS suportaria com a prestação dos referidos cuidados de saúde representariam no máximo 50% dos encargos suportados pela ADSE-DG, constata-se que, em 2013, a utilização do regime de benefícios da ADSE por parte dos seus quotizados, considerando os regimes livre e convencionado, a redução de custos implícita para o SNS foi de, pelo menos, cerca de € 210,1 milhões.

A utilização da ADSE pelos seus quotizados na satisfação das suas necessidades de cuidados de saúde tem como contrapartida a não assunção, pelo SNS⁵⁰, dos custos que teria que suportar com a prestação desses serviços, e diminui a procura de cuidados de saúde no SNS, com reflexos:

- ✚ na diminuição da pressão existente no acesso aos estabelecimentos públicos e, conseqüentemente, nas listas e nos tempos de espera para consultas e cirurgias;
- ✚ na menor necessidade de investimento em capacidade instalada no SNS para a prestação desses cuidados.

7.1.3. QUOTIZADOS

O universo dos quotizados da ADSE agrega dois grupos: titulares e familiares. Dentro dos primeiros estão os trabalhadores no ativo (das Administrações Central, Local e Regional), os aposentados e, a partir de novembro de 2013⁵¹, os trabalhadores que tenham acordado a cessação da respetiva relação jurídica de emprego público, no âmbito do Programa de Rescisões por Mútuo Acordo, se optarem pela manutenção da qualidade de quotizado⁵².

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. A partir de 1 de janeiro de 2006, esses trabalhadores passaram a ser inscritos na Segurança Social e a inscrição na ADSE passou a ser opcional. Foi igualmente reconhecido aos trabalhadores, que tenham optado por essa inscrição, a possibilidade de renunciarem à mesma⁵³.

Nesta data foi também concedido aos quotizados titulares já inscritos na ADSE o direito de opção pela inscrição em outro sistema de proteção público, designadamente a ADM, a SAD/PSP ou a

⁴⁹ Considerando o excedente do desconto face aos encargos da ADSE-DG com os regimes livre, convencionado e despesas de administração e o facto de a contribuição da entidade empregadora suportada pelos serviços integrados e serviços e fundos autónomos, cobrada pela ADSE-DG, ter sido afeta a despesa pública ainda suportada pela ADSE-DG (medicamentos, transferências para a ACSS e controlo da doença) ou revertido para os cofres do Estado.

⁵⁰ E nas Regiões Autónomas, pelos Serviços Regionais de Saúde.

⁵¹ Decreto-Lei n.º 161/2013, de 22 de novembro.

⁵² De acordo com o Relatório de Atividades da ADSE-DG de 2013, do “universo de 1.821 beneficiários que denunciaram a sua relação jurídica de emprego público, 82% optaram por manter essa qualidade”.

⁵³ Decreto-Lei n.º 234/2005, de 24 de fevereiro.



SAD/GNR, desde que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com quotizado titular desse sistema de proteção.

Renúncias

Em 2010, a possibilidade de renúncia, foi alargada aos trabalhadores com relação jurídica de emprego público anterior a 2006⁵⁴. A renúncia é irrevogável. Entre 2011 e 2014 registaram-se 4.009 renúncias, das quais cerca de 74% ocorreram em 2014.

Não obstante o peso das renúncias ser, ainda, pouco significativo face ao universo dos quotizados, uma análise detalhada das renúncias de 2014 permite concluir que são os quotizados situados nos dois últimos escalões quem mais renuncia face ao total dos quotizados do respetivo escalão.

Esta situação é, eventualmente, explicada pelo facto do esforço financeiro destes quotizados ser superior às vantagens que retiram do sistema de benefícios.

A distribuição do desconto e dos custos do sistema por escalão de desconto (Anexo 9) mostra que, em 2013, os quotizados titulares situados nos dois últimos escalões, 67.588, representam cerca de 8% do universo de titulares, contribuem para o financiamento do sistema com cerca de 20% (€ 55,9 milhões) do valor total do desconto e custam ao sistema cerca de 10% (€ 39,6 milhões) do total dos custos suportados pela ADSE-DG. Estes custos incluem despesa com os familiares.

Considerando o valor do desconto e o valor que os quotizados dos dois últimos escalões suportam com a utilização do sistema (copagamento e despesa não reembolsada), o esforço financeiro dos mesmos excede o valor da despesa com saúde do respetivo escalão. No caso do último escalão, o esforço financeiro ultrapassa, inclusive, o dos titulares de seguros de saúde que, em 2012, foi de 120% e, em 2013, de 121%, face às despesas com saúde, cfr. Anexo 8, sendo certo que, no exercício em análise, o esforço financeiro dos quotizados da ADSE cobre despesa com familiares.

Quadro 7 – Renúncias (2011-2014)

	Titulares	Familiares	Total
2011			276
2012	200	140	340
2013	319	109	428
2014	1614	1351	2965
Total			4009

Fonte: ADSE/DSB

Quadro 8 – Renúncias (2014), por escalão de desconto

Escalão de desconto	Quotizados titulares (15.07.2014) (2)	Renúncias 2014 (3)	Renúncias/ Quotiz. titulares
S/ident. de escalão(1)	74 737	292	
0.01 a 25	293 097	316	0,11%
25.01 a 50	236 251	411	0,17%
50.01 a 75	177 823	288	0,16%
75.01 a 100	44 821	139	0,31%
> 100	22 767	168	0,74%
Total	849 496	1614	0,19%

(1) Vide ponto sobre condicionantes.

(2) Fonte: ADSE/DSB, DSI. Quotizados titulares em 15.07.2014.

(3) Fonte: Elaboração própria com base na média do desconto dos três últimos meses dos quotizados, tendo a ADSE/DSB, DSI disponibilizado os dados referentes aos descontos

Quadro 9 – Peso do financiamento pelo quotizado no total da despesa com saúde por escalão de desconto

	0.01 a 25	25.01 a 50	50.01 a 75	75.01 a 100	> 100
Financiamento pelo quotizado	67,1%	84,0%	97,3%	113,0%	136,3%
<i>Desconto</i>	26,1%	40,0%	50,1%	64,6%	86,4%
<i>Copagamento+despesa não reembolsada</i>	41,1%	44,0%	47,2%	48,4%	49,9%

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ADSE/DSB, DSI

⁵⁴ Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril.



Apesar de a ADSE ser um sistema assente na solidariedade entre os quotizados, a desproporção que se verifica, nos últimos escalões, entre o desconto e o financiamento da ADSE fomenta a saída dos mesmos do sistema, não tendo a ADSE-DG, no âmbito de uma gestão estratégica e orientada para os quotizados, elaborado um plano de contingência para a possível saída daqueles em resultado do aumento da taxa de desconto, tendo em conta os efeitos que tal poderá ter na sustentabilidade do sistema ADSE no médio-longo prazo.

O Diretor-Geral em exercício de funções até 2014 alega que a *“... Direção-Geral teve uma preocupação que antecedeu a elaboração [de um plano de contingência]: a de demonstrar a necessidade de reajustar a taxa de contribuição do beneficiário, em função das reais necessidades da ADSE ...”*, e que *“... a fixação de uma taxa equilibrada para a contribuição do beneficiário, decerto retirará o risco de denúncia pela generalidade dos beneficiários e (...) à necessidade de um plano de contingência.”*

O Tribunal reforça que um plano de contingência relativo às tendências previsíveis na evolução do número de quotizados do sistema é sempre relevante para uma entidade cujo financiamento assenta exclusivamente nos descontos dos quotizados e cuja competitividade reside na dimensão do universo de quotizados e no nível de receitas arrecadadas. O aumento acentuado da taxa de desconto tornou ainda mais premente a elaboração desse plano.

Assumindo que 50% dos quotizados dos dois últimos escalões saíam do sistema e que os mesmos representavam, nos respetivos escalões, 5% dos custos da ADSE-DG com os regimes livre e convencionado e 10% do valor do desconto cobrado em 2013, o esforço financeiro público, nesse ano, aumentaria de 34% para 37% (cfr. Quadro 10) e a taxa de desconto necessária para suportar na totalidade os custos seria de pelo menos 2,9%, ao invés da taxa de 2,7% estimada no ponto 7.1.2.

Quadro 10 – Custos 2013 (cenário saída de quotizados últimos escalões)

Custos	Unid.: €	
	2013	2013 (simulação)*
1. Custos com a saúde	421 487 538	400 413 161
Regime Convencionado	288 608 557	274 178 129
Regime Livre	132 878 981	126 235 032
2. Custos de administração	8 314 787	8 314 787
3. Total	429 802 325	408 727 948
Financiamento		
4 - Desconto dos quotizados	285 627 278	257 064 550
Desconto benef/Custos	66,5%	62,9%
5 - Financiamento Público/Fringe benefit (3-4)	144 175 048	151 663 398
Financiamento Público/Custos	33,5%	37,1%

Fonte: DR, Balançetes, Relatórios Atividades, Relatórios Financeiros

*Custos com saúde diminuídos de 5%; desconto dos beneficiários diminuído de 10%.

Quadro 11 – Desconto 2013 (cenário saída de quotizados últimos escalões)

2013	Unid.: €	Rem un base - estimada (1)	Simulação desconto	
			Taxa	Valor
Desconto cobrado	285 627 278	16 104 461 510	2,7%	434 820 461
Desconto cobrado deduzido de 10%	257 064 550	14 182 871 712	2,9%	411 303 280
			3,2%	453 851 895 (2)

Fonte: Elaboração própria com base em dados de valor cobrados ADSE-DSAF (dezembro 2013).

(1) Com base na taxa de desconto de 1,5% até julho e de 2,25% a partir de agosto, vigentes em 2013, cfr. ponto 9.1.2.2.

(2) Desconto necessário para garantir um excedente de pelo menos 10% do montante da despesa simulada.

O Quadro 8 mostra, também, que existem quotizados dos três primeiros escalões que estão a renunciar à ADSE. Esta situação pode ser explicada pelo peso dos descontos nas remunerações e pensões mais baixas e por eventuais dificuldades no acesso ao sistema, quer pela necessidade de suportar o copagamento do regime convencionado ou o pagamento inicial completo no âmbito do regime livre, quer pela existência de situações de práticas discriminatórias dos quotizados da ADSE aquando do recurso ao SNS.

De facto, foi recolhida evidência de quotizados que sustentam o seu pedido de renúncia no facto de terem de suportar encargos com cuidados de saúde ou prestações acessórias que o SNS suporta para a generalidade dos cidadãos, incluindo os titulares de seguros de saúde privados, mas não suporta quando se trata de quotizados da ADSE. Estas situações estão, designadamente relacionadas com:



- A prestação de serviços de transporte não urgente de e para os serviços e instituições do SNS, em situações que enquadradas na Portaria 142-B/2012, de 15 de maio⁵⁵, são total ou parcialmente suportadas pelo SNS;
- A prestação de serviços de transporte urgente, integralmente suportada pelo SNS;
- A prestação de cuidados respiratórios domiciliários prescritos em instituições e serviços do SNS e prestados por entidades privadas com contrato com o SNS, totalmente suportada pelo SNS.

Nas situações elencadas os quotizados da ADSE suportam na íntegra a despesa com a prestação dos serviços, apesar de os mesmos terem origem em prescrição do SNS, solicitando depois o reembolso à ADSE, no âmbito do regime livre.

Outra situação de discriminação refere-se às situações de isenção de taxas moderadoras. Sempre que é utilizado o número de quotizado da ADSE na requisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica por serviços e instituições do SNS, os quotizados da ADSE que, sendo, antes de mais, utentes do SNS e reúnem os requisitos da isenção das taxas moderadoras, são tratados como quotizados da ADSE e suportam o copagamento do regime convencionado da ADSE, quando recorrem a entidades que simultaneamente têm convenção com o SNS e a ADSE.

As situações relatadas, que têm por base o facto de não estar claramente definido o âmbito da responsabilidade financeira da ADSE, não sendo consentâneas com os princípios da universalidade e igualdade que caracterizam o acesso aos serviços prestados pelo SNS, influem na decisão de renúncia ao esquema de benefícios da ADSE⁵⁶.

Para obviar à última situação referida, a ADSE-DG, na revisão das regras do regime convencionado, de outubro de 2014, estabeleceu a obrigação de o prestador convencionado da ADSE e do SNS, informar o quotizado, portador de uma prescrição médica emitida no SNS, dos seus direitos enquanto utente do SNS, designadamente sobre as taxas moderadoras a aplicar, ressalvando que os encargos com essa prestação só poderão ser assumidos pela ADSE-DG desde que o quotizado não opte pela taxa moderadora ou pelo seu regime de isenção. A ADSE-DG porém não instituiu qualquer procedimento de controlo sobre a aplicação desta regra, designadamente criando um modelo de declaração que devesse ser assinado pelo quotizado e remetido com os documentos de suporte à faturação.

Sobre os motivos de renúncia, o Diretor-Geral em exercício de funções até 2014 salienta, nas suas alegações, que a Direção-Geral nunca os inventariou. As únicas causas identificadas, de forma casuística, são a dupla cobertura (quotizados que, tendo outro sistema de proteção social, estavam vinculados à inscrição na ADSE e quando puderam renunciar, utilizaram essa faculdade) e a discriminação dos quotizados face aos restantes utentes do SNS, também identificada no Relatório.

A este propósito o Tribunal esclarece que as restantes causas apontadas no Relatório – desproporção entre contribuição e benefício auferido; peso dos descontos nas remunerações e pensões e dificuldades no acesso ao

⁵⁵ Alterada pela Portaria n.º 28-A/2015, de 11 de fevereiro.

⁵⁶ A propósito de situações de discriminação de quotizados da ADSE, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), num parecer relativo ao tratamento de utentes do SNS que sejam, simultaneamente, quotizados do subsistema de saúde da ADSE, de 13 de janeiro de 2015, concluiu que o acesso dos quotizados da ADSE à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde – aos serviços integrados no SNS e aos convencionados com o mesmo – deve ser efetuado em condições de igualdade com os demais utentes beneficiários do SNS, usufruindo aqueles dos mesmos direitos e estando obrigados ao cumprimento dos mesmos deveres que qualquer outro utente do SNS, no estrito cumprimento do direito fundamental previsto na Constituição da República Portuguesa, de acesso universal e equitativo ao SNS. O parecer encontra-se disponível em: <http://www.ers.pt>.



sistema – são hipóteses consideradas porquanto a ADSE-DG não dispunha de informação sistematizada ou sequer avulsa⁵⁷ sobre os motivos concretos das renúncias.

Porém, os dados recolhidos e os testes realizados na auditoria permitem sustentar as hipóteses elencadas e sobretudo sustentar a preocupação do Tribunal com as renúncias nos escalões que menos pesam na despesa da ADSE-DG, não menosprezando os motivos que podem estar na origem das renúncias nos restantes escalões.

O Tribunal considera relevante, para a introdução de melhorias com vista à sustentabilidade do sistema, o tratamento sistematizado dos motivos das renúncias, nomeadamente através da elaboração de pequenos questionários, de resposta facultativa, aos quotizados que manifestam a intenção de renunciar ou que já renunciaram.

Quanto às situações de discriminação dos quotizados da ADSE pelas entidades do SNS, o Ministro da Saúde observa, através do Chefe do Gabinete, que *“... os utentes beneficiários da ADSE que acedem às prestações de cuidados de saúde através (...) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), acedem a todos os cuidados que a rede proporciona não apenas no tocante às prestações diretamente realizadas pelos próprios estabelecimentos e serviços mas também no que se refere às prestações de cuidados no setor social e convencionado com o SNS, à disponibilização hospitalar de medicamentos e à assistência médica no estrangeiro, entre outros.”*.

De modo semelhante, o Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, sustenta que *“... estão previstas, em igualdade de circunstâncias e sem qualquer tipo de discriminação, as condições de acesso e financiamento para todos os utentes, sejam eles beneficiários de subsistema ou não.”*.

A este propósito o Tribunal salienta que apesar de, desde 2010, a ADSE (e os restantes sistemas de saúde) ter perdido a principal característica de um subsistema – responsabilidade pela prestação da totalidade dos cuidados de saúde aos seus quotizados, através de meios próprios e/ou suportando o financiamento⁵⁸ - por ter deixado de ser financiada para o efeito, esta realidade não foi refletida na legislação que regula as relações financeiras entre a ADSE e o SNS/Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS/RA), cfr. ponto 9.1, deixando ainda muitas questões em aberto que sustentam as práticas evidenciadas na auditoria:

- a) A discriminação de quotizados da ADSE;
- b) O financiamento pela ADSE-DG de despesa com prestações que o SNS e os SRS/RA assumem para a generalidade dos cidadãos, cfr. ponto 9.2 e 12.2;
- c) A contabilização como dívidas da ADSE-DG pelas entidades do SNS de montantes cuja entidade responsável pelo pagamento já não é a ADSE-DG, cfr. ponto 9.1.1;
- d) A faturação pelas entidades do SNS e dos SRS/RA à ADSE-DG de serviços por elas prestados, diretamente ou por entidades por elas contratadas, cfr. pontos 9.1.2 e 12.1.

Tendo-se solicitado ao Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, que indicasse as medidas que pretende implementar para evitar a ocorrência destas práticas, o mesmo, apesar de reiterar a anterior alegação, considera *“... pertinente a elaboração de um estudo que clarifique, de forma exaustiva, as condições em que o financiamento da prestação é da responsabilidade do SNS ou da ADSE ...”* e que *“... avaliará o impacto financeiro da eventual assunção de novos compromissos pelo SNS, de forma a assegurar-se a sua sustentabilidade futura.”*.

A este respeito ressalva-se que existem serviços de saúde e outros conexos, identificados no ponto 9.2 e 12.2, que são financiados pelo SNS/SRS-RA para a generalidade dos cidadãos, incluindo os titulares de seguros de saúde, considerando o seu caráter universal. Para garantir essa universalidade, o SNS/SRS-RA é financiado através de receitas gerais, provenientes dos impostos, que todos os cidadãos, incluindo os quotizados da ADSE, também suportam.

⁵⁷ Excetuando situações pontuais relativas a situações de discriminação dos quotizados da ADSE nos cuidados prestados pelo SNS.

⁵⁸ Apesar de a ADSE não dispor de meios próprios outros sistemas dispõem (v.g. Assistência na Doença aos Militares).



A supressão da identificação do utente como beneficiário da ADSE do Registo Nacional do Utente recomendada no Relatório e que o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, considera dever ser avaliada pela equipa técnica nomeada ao abrigo da RCM n.º 5/2015, diminuiria o risco de discriminação. Note-se que esta informação não é relevante para o financiamento do SNS/SRS-RA e que a titularidade de seguros de saúde também não consta do Registo Nacional do Utente.

As situações de renúncia suscitam ainda a necessidade de ponderar o modo de determinação da contribuição dos quotizados. Tal poderá passar pela indexação da contribuição dos quotizados às necessidades de financiamento da ADSE, pela fixação de tetos máximos de contribuição no caso dos quotizados situados nos escalões de desconto mais elevados⁵⁹, pelo estabelecimento de patamares mínimos de contribuição e pela fixação de contribuições dependentes do número de familiares inscritos.

Também um eventual aumento do copagamento dos quotizados no âmbito do regime convencionado pode ser considerado. Este aumento, agravando a coresponsabilização dos quotizados pela efetiva utilização do sistema de benefícios, segundo o princípio do utilizador-pagador, poderia contribuir para uma diminuição da necessidade de financiamento através do desconto e para uma maior eficiência na utilização dos recursos.

A título de mero exemplo, numa comparação com as taxas moderadoras do SNS das consultas e das urgências, que não visam a coresponsabilização financeira do utilizador, mas moderar o acesso às prestações de saúde, o copagamento do regime convencionado da ADSE apresenta valores inferiores, cfr. ponto 9.3.

Estes ajustamentos poderão permitir a redução da taxa de desconto para todos os escalões de desconto e/ou o aumento/alargamento da oferta de cuidados de saúde.

Em sede de alegações, o atual Diretor-Geral da ADSE informou que a ADSE está *“... a equacionar a hipótese de vir a propor a eventual introdução de um limite máximo de contribuição dos quotizados ...”*, porém coloca a questão sobre *“... se será justificável a introdução [deste limite face à] perda de receita da ADSE (...) para tentar impedir a eventual saída de um (...) pequeno número de beneficiários ...”*.

O Tribunal considera que, numa perspetiva de sustentabilidade a médio-longo prazo, o sistema ADSE deve garantir o equilíbrio entre as contribuições e os respetivos benefícios, aumentando a atratividade do sistema e, assim, promovendo a sua sustentabilidade. É de notar que, especialmente para os quotizados ou os potenciais quotizados dos últimos escalões de desconto, o nível de descontos suportado coloca o mercado dos seguros de saúde como concorrente direto à ADSE, facto que não está a ser valorizado pelo Diretor-Geral da ADSE.

Os mecanismos de solidariedade existentes no sistema não se limitam ao modo de contribuição (o valor do desconto é diretamente proporcional ao vencimento), mas também à cobertura de despesas com beneficiários que nada contribuem para o sistema (pensionistas cujo valor da pensão de reforma ou de aposentação, após a aplicação da taxa de desconto, seja inferior ao valor da retribuição mínima mensal garantida, que de acordo com o Diretor-Geral da ADSE, representaram uma perda de receita estimada de € 8,77 milhões; cônjuges, descendentes e ascendentes, nas situações previstas no esquema de benefícios), verificando-se, ainda, ineficiências do sistema, como as apuradas na auditoria relativamente à cobrança dos descontos (existem quotizados cujos descontos não são entregues à ADSE-DG) e à regularização das dívidas.

Ainda que a introdução de um limite máximo implique, no curto prazo, uma diminuição da receita proveniente dos quotizados dos últimos escalões, esta contribuirá para que os atuais quotizados permaneçam no sistema e para atrair novas adesões que compensarão parte da receita perdida. Estas diminuições dos mecanismos de

⁵⁹ Estas sugestões são aliás objeto de referências no Relatório de Atividades da ADSE-DG de 2013 (a segunda) e da proposta de orçamento da Direção-Geral para 2015.



solidariedade, que poderão também incluir a introdução de limites mínimos de desconto, devem ser analisadas na perspetiva da sua contribuição para a sustentabilidade do sistema no médio-longo prazo. Note-se que a existência de limites mínimos e máximos de contribuição é característica recorrente nos sistemas de saúde baseados numa contribuição proporcional ao vencimento dos aderentes.

Alargamento

A análise da sustentabilidade do sistema não pode descurar o número de quotizados titulares (ativos e aposentados), pois são estes que contribuem, através do seu desconto, para o mesmo, que fortalecem a posição negocial da ADSE-DG no relacionamento com os prestadores privados, e que permitem a adequada diluição do risco de saúde do conjunto de quotizados.

O quadro seguinte reflete a evolução do número de quotizados desde 2004, observando-se que o número de quotizados no ativo apenas aumentou em 2009, refletindo o alargamento da inscrição a novos grupos de trabalhadores e respetivos familiares⁶⁰ e o número de quotizados titulares aposentados tem aumentado todos os anos, com exceção do ano de 2013. Esta evolução é consequência da redução do número de trabalhadores na Administração Pública e de aposentação antecipada e também das decisões de não inscrição na ADSE, possível desde 2006, e, ainda, de renúncia.

Quadro 12 – Evolução do número de quotizados

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Quotizados titulares	861 982	863 382	854 341	846 835	831 721	884 168	888 634	897 933	880 896	854 816	850 744	
Ativos	615 924	605 178	585 291	572 260	556 779	591 043	581 097	568 833	544 006	523 234	508 100	
Aposentados	246 058	258 204	269 050	274 575	274 942	293 125	307 537	329 100	336 890	331 582	342 644	
Quotizados familiares	483 035	473 333	462 851	449 101	437 901	469 104	468 194	447 457	452 581	436 000	424 612	
TOTAL	1 345 017	1 336 715	1 317 192	1 295 936	1 269 622	1 353 272	1 356 828	1 345 390	1 333 477	1 290 816	1 275 356	2014/2004
Quotizados titulares	0,44%	0,16%	-1,05%	-0,88%	-1,78%	6,31%	0,51%	1,05%	-1,90%	-2,96%	-0,48%	-1,30%
Ativos	-2,58%	-1,74%	-3,29%	-2,23%	-2,71%	6,15%	-1,68%	-2,11%	-4,36%	-3,82%	-2,89%	-17,51%
Aposentados	8,87%	4,94%	4,20%	2,05%	0,13%	6,61%	4,92%	7,01%	2,37%	-1,58%	3,34%	39,25%
Quotizados familiares	-4,64%	-2,01%	-2,21%	-2,97%	-2,49%	7,13%	-0,19%	-4,43%	1,15%	-3,66%	-2,61%	-12,09%
TOTAL	-1,45%	-0,62%	-1,46%	-1,61%	-2,03%	6,59%	0,26%	-0,84%	-0,89%	-3,20%	-1,20%	-5,18%

Fonte: Relatório de atividades 2013. Ano de 2014 - sítio de internet da ADSE (atualizado a 05.01.2015 e consultado em 02.02.2015)

Da informação recolhida sobre a utilização dos regimes convencionado e livre por escalão etário, conclui-se que os custos com saúde aumentam substancialmente com a idade dos quotizados.

⁶⁰ Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro. Este diploma alargou o direito de inscrição a todos os trabalhadores com relação jurídica de emprego público, permitindo a inscrição de trabalhadores que, à data da entrada em vigor do mesmo, tinham constituído uma relação jurídica de emprego que não lhes conferia tal direito. O direito de inscrição devia ser exercido no prazo de seis meses a contar de 1 de janeiro de 2009.



Quadro 13 – Evolução do número de quotizados

Escalaão etário	Custo médio por utilizador (€) - Regime Livre						Custo médio € por utilizador (€) - Regime Convencionado					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<20	150,60	148,82	146,99	158,06	156,13	156,50	101,14	89,94	106,34	112,43	115,45	118,77
Entre 20-30	187,11	183,79	176,13	178,79	171,63	165,43	158,22	148,74	175,35	184,99	186,11	189,02
Entre 30-40	222,33	210,95	193,82	193,55	183,38	178,65	227,20	204,21	277,91	287,46	291,02	291,01
Entre 40-50	220,89	215,92	199,53	202,74	191,40	182,68	240,75	205,63	266,04	273,60	275,92	289,69
Entre 50-60	276,22	273,57	259,56	257,82	243,84	234,14	305,94	246,54	332,98	346,02	341,73	357,28
Entre 60-70	349,25	348,41	333,97	334,12	319,28	304,31	365,25	246,94	404,44	428,45	446,17	453,37
Entre 70-80	424,25	416,19	422,33	424,72	410,32	391,13	450,56	269,50	468,18	523,31	580,71	599,52
>80	668,65	639,96	646,11	652,05	633,91	616,81	478,89	308,10	489,06	545,91	644,72	624,45
Total	290,18	288,00	266,75	272,77	267,82	268,19	271,18	205,92	297,61	317,72	334,65	345,15

Fonte: ADSE, Relatórios de atividade

O aumento do peso dos quotizados aposentados face aos trabalhadores no ativo traduz-se no aumento da idade média da população da ADSE, que entre 2004 e 2014 se deteriorou cerca de 19%, passando de 38 para 46 anos, e dos quotizados titulares, que no mesmo período aumentou 15%, passando de 50 para 58 anos, com reflexos no aumento do custo médio por quotizado.

Os gráficos seguintes representam a evolução da idade média dos quotizados e dos custos médios por quotizado, entre 2009 e 2014. Refira-se que a diminuição do custo médio em 2014 deveu-se ao facto de parte da despesa incorrida pela ADSE-DG em 2014 ter sido paga em 2015, cfr. ponto 7.2. Considerando essa despesa nos custos de 2014⁶¹, o custo médio por quotizado titular (que inclui custos com familiares) é de cerca de **€ 523,16** e o custo médio por quotizado total é de **€ 348,98** mantendo a tendência dos anos anteriores.

Figura 4 – Evolução da idade média dos quotizados

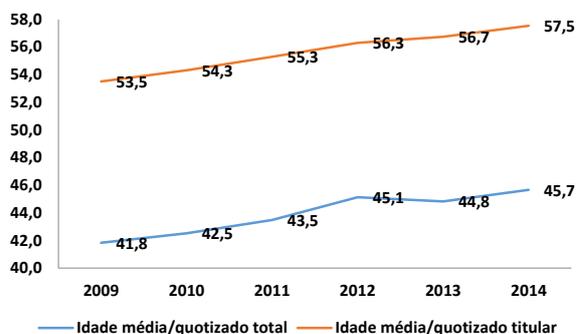
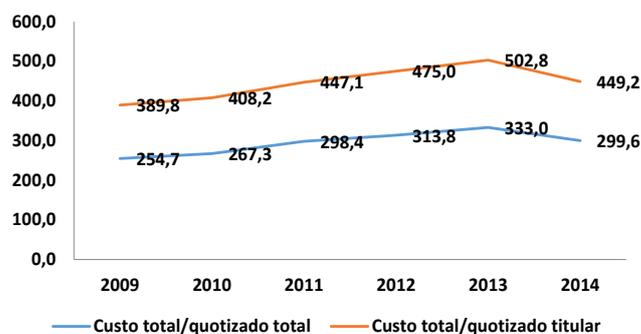


Figura 5 – Evolução do custo médio por quotizado



Considerando que os custos com titulares aposentados e respetivos familiares representaram, em 2013, cerca de 54% dos custos da ADSE-DG com o regime livre e 43% dos custos com o regime convencionado⁶², um alargamento do número de quotizados no ativo, designadamente aos trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho da Administração Pública, em sentido lato, no âmbito do Código do Trabalho, e a outros interessados embora implique uma maior utilização do sistema de benefícios e, conseqüentemente, um aumento dos custos, diminuirá o custo

⁶¹ Tomando por referência os custos operacionais da Demonstração de Resultados de 2014, expurgados da transferência para a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (€ 60 milhões). Expurgados deste valor os custos operacionais ascenderam a € 445,1 milhões.

⁶² Considerando, neste último, o ano de registo da fatura, mais próximo dos custos contabilísticos.

médio por quotizado⁶³, contribuindo para a eventual diminuição da taxa de desconto face à atualmente fixada. No cenário constante do Anexo 6, relativo ao alargamento a trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho da Administração Pública, o custo médio por quotizado diminui cerca de 2%, sendo suficiente uma taxa de desconto de 2,7% para compensar o acréscimo dos custos.

Nas alegações, o atual Diretor-Geral da ADSE informa que o alargamento da base de quotizados está a ser equacionado nas propostas a formular pela equipa técnica criada ao abrigo da RCM n.º 5/2015, incluindo os *“... trabalhadores com contrato individual de trabalho do Setor Empresarial do Estado (...) e também desde que adiram a um sistema contributivo aos cônjuges dos quotizados que exerçam atividade profissional e ainda aos filhos maiores de 26 anos e até aos 30 que continuem a depender financeiramente do beneficiário titular.”* Acrescenta ainda a hipótese do *“alargamento aos corpos de bombeiros profissionais e voluntários e eventualmente aos membros dos seus agregados familiares.”*

Considerando o risco associado à atividade dos corpos de bombeiros, foi solicitado ao Diretor-Geral da ADSE esclarecimentos sobre o fundamento daquele possível alargamento, tendo o mesmo informado que o mesmo tem subjacente o *“... princípio de proteção dos elementos dos corpos especiais que cumprem missões de interesse público.”* e que *“... o risco profissional (que é elevado) [é] garantido pelo respetivo Fundo de Proteção Social do Bombeiro...”*, gerido pela respetiva Liga. Acrescenta, ainda, que *“... se trata de um universo com uma idade média baixa (...) [que] numa primeira análise (...) não acrescenta riscos adicionais em termos de morbilidade.”*

O Tribunal sublinha que qualquer alargamento deve salvaguardar ou melhorar a idade média dos quotizados e basear-se num sistema contributivo, em que as contribuições esperadas, pelo menos, cubram os encargos também esperados, de modo a que, numa perspetiva de sustentabilidade, não aumente os mecanismos de solidariedade do sistema. Efetivamente, a ADSE-DG ainda não quantificou os impactos esperados por estas eventuais medidas, estando as mesmas, até ao momento, a ser ponderadas pelo Diretor-Geral da ADSE com base em fatores qualitativos (ser dependente; ser cônjuge; ter um contrato de trabalho com a Administração Pública; e, no caso dos corpos de bombeiros, o facto de cumprirem missões de interesse público), descurando fatores quantitativos como a idade e a remuneração média, os quais são imprescindíveis para fundamentar soluções de sustentabilidade.

Também, tendo em conta o objetivo de alargamento da base de quotizados, bem como as renúncias *supra* descritas, a atual impossibilidade de readmissão à ADSE na sequência de renúncia carece de revisão, por falta de fundamento. Na verdade, bastará introduzir critérios que assegurem a equidade entre quotizados e a sustentabilidade do sistema, estabelecendo as condições de readmissão. Neste sentido, e por hipótese, bastará que, no processo de readmissão, seja exigida a reconstrução da respetiva *“carreira contributiva”*, através de um pagamento correspondente aos custos médios por quotizado (mais eventuais reservas constituídas) verificados no período de não contribuição.

Quotizados titulares isentos

Os titulares aposentados cujo valor da pensão, após a aplicação da taxa de desconto, seja inferior ao valor da retribuição mínima mensal garantida encontram-se isentos da contribuição para o sistema⁶⁴. Encontram-se nesta situação cerca de 41.713 quotizados titulares.

⁶³ Considerando também o aumento dos proveitos.

⁶⁴ Conforme antes referido, apenas em 2007 os descontos passaram a incidir sobre as pensões de reforma ou de aposentação. Até então apenas os quotizados no ativo contribuíam para o sistema. Foram desde logo isentos do pagamento da contribuição os aposentados cujo valor de pensão após a aplicação da taxa de desconto, fosse inferior a uma vez e meia a retribuição mínima garantida. Este limiar foi alterado para a retribuição mínima garantida em 2012.



A este propósito o Diretor-Geral da ADSE informa no âmbito do contraditório que pretende apresentar ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento “... uma proposta que vai no sentido de a ADSE ser ressarcida, já a partir de 2016, do facto de existirem 41.713 beneficiários titulares que não descontam (...) na medida em que recebem uma pensão de valor inferior ao rendimento mínimo garantido. Esta proposta a vir a ser aceite, pode representar um acréscimo de receita para a ADSE (...) no valor de 8,77 milhões de euros ...”. De acordo com o Diretor-Geral da ADSE este valor será ressarcido à ADSE através de transferências dos orçamentos do Estado, acrescentando “... apesar de esta ser uma medida de solidariedade dentro do universo dos beneficiários, considera esta Direção-Geral que a mesma não deve ser financiada pelos descontos dos restantes beneficiários titulares, mas sim diretamente pelo Estado que a implementou.”.

O Tribunal salienta que a entidade gestora da ADSE não deve, na sua situação atual de financiamento privado do esquema de benefícios, prosseguir fins de coesão social impostos pelo Estado, pelo que o correto será que todos os quotizados contribuam para o sistema. Porém, caso o proposto se venha a concretizar é necessário salvaguardar que as transferências dos orçamentos do Estado não se confundam com um subsídio do Estado ao sistema, o que não contribuiria para a imagem de autossustentabilidade da ADSE.

Familiares

Os quotizados titulares têm, atualmente, direito, sem qualquer acréscimo da sua contribuição para o sistema, a inscrever como familiares, o(s) seu(s):

- Cônjuge ou pessoa com quem vivam em união de facto, desde que não estejam inscritos em regime de segurança social de inscrição obrigatória;
- Descendentes ou equiparados, menores, maiores até aos 26 anos desde que frequentem curso de ensino de nível secundário ou superior, sem limite de idade se sofrerem de incapacidade ou doença que obstem à angariação de meios de subsistência;
- Ascendentes ou equiparados que estejam a cargo do quotizado titular, tendo em atenção os rendimentos mensais daqueles.

Em todas as situações os familiares não podem estar abrangidos, em resultado do exercício de atividade remunerada ou tributável, por regime de segurança social de inscrição obrigatória, enquanto se mantiver essa situação.

O número de familiares por quotizado titular, em 2013, é de 0,51, sendo que de acordo com os dados apresentados no Relatório de Atividades da ADSE-DG de 2012, cerca de 39% tinham familiares inscritos e, a maior parte destes, tem um familiar inscrito.

Numa análise de sustentabilidade do sistema de benefícios ADSE também será de equacionar o pagamento de uma contribuição por cada familiar inscrito, ainda que estes não auferam de rendimentos.

Quadro 14 – Distribuição dos familiares

Quotizados	Titulares no ativo e familiares	Titulares aposentados e familiares	Total
Titular	523 234	331 582	854 816
Cônjuge e união de facto	18 280	43 652	61 932
Filho e equiparados	359 356	12 854	372 210
Ascendente	990	868	1 858
TOTAL	901 860	388 956	1 290 816
Familiares/Titulares	0,72	0,17	0,51

Fonte: Relatório de Atividades da ADSE 2013

Por mera hipótese de trabalho, considerando que os custos com cônjuges representaram, em 2013, cerca de 5,5% dos custos da ADSE-DG com o regime livre e 4,4% dos custos com o regime



convencionado⁶⁵, num total de € 20 milhões, uma quota de, por exemplo, € 10/cônjuge⁶⁶ cobriria 43% dos destes custos (€ 8,7 milhões).

Em sede de contraditório o Diretor-Geral da ADSE informa não existirem planos para introduzir qualquer contribuição para este universo de quotizados com o argumento que nas atuais condições os mesmos não põem em causa a sustentabilidade do sistema. No entanto refere a possibilidade de vir a integrar no estudo em curso sobre o sistema a introdução de uma contribuição.

Note-se que a introdução deste tipo de contribuições contribui para a sustentabilidade futura da ADSE.

Tendo em conta que a inscrição dos cônjuges e dos filhos maiores estudantes está dependente da verificação⁶⁷ das condições *supra* referidas, que podem modificar-se de um ano para o outro, está prevista a existência de inscrições com prazos limitados, normalmente de um ano.

Contudo, enquanto na situação dos filhos maiores estudantes, a ADSE-DG obriga efetivamente à renovação anual da inscrição, atribuindo um cartão com prazo de validade de um ano, na situação dos cônjuges não existe um procedimento uniforme para a atribuição de cartões, que tanto podem ser emitidos como temporários como ser, na prática, definitivos (renováveis automaticamente⁶⁸).

Uma análise aos dados dos cônjuges com direitos, constantes do sistema de informação da ADSE, em 27 de maio de 2014, concluiu que dos 61.917 cônjuges inscritos, 97% (60.055) possuíam cartões definitivos, destes 24.093 (39% do total) tinham idade igual ou inferior a 64 anos⁶⁹. A atribuição de cartões definitivos constitui uma falha de controlo que pode originar inscrições indevidas.

As relações entre a ADSE-DG e os quotizados

Sem prejuízo da existência de meios adequados para o relacionamento com os quotizados (Anexo 10), observa-se que a ADSE-DG não os utiliza na plenitude, tendo-se verificado a existência de constrangimentos ao nível da divulgação de alguma informação sobre o âmbito das convenções e sobre as decisões da ADSE-DG no âmbito do regime livre.

Quadro 15 – Processos de reembolso rejeitados em 2013

Despesa relativa a processos rejeitados no ano 2013			
Código CS	Designação Cod CS	Benef. (n.º)	Valor Pago (€)
1350	Despesa nao Comparticipada (c/ IRS)	44 492	8 417 532
1351	Despesa nao Comparticipada (s/ IRS)	5 101	749 317
Total		49 593	9 166 849
Despesa relativa a processos pagos parcialmente no ano 2013			
1350	Despesa nao Comparticipada (c/ IRS)	42 561	9 545 189
1351	Despesa nao Comparticipada (s/ IRS)	16 586	1 040 725
Total		59 147	10 585 913

Fonte: ADSE/DSAB

De facto, neste último caso, e apesar da complexidade e desatualização técnicas da tabela do regime livre⁷⁰, bem como do volume de despesa relativa a pedidos de reembolso total e parcialmente

⁶⁵ Considerando, neste último, o ano de registo da fatura, mais próximo dos custos contabilísticos.

⁶⁶ N.º de cônjuges e união de facto em 2013*10 euros*14 meses

⁶⁷ Esta verificação é acompanhada, entre outros documentos, por uma declaração emitida por organismo da Segurança Social que atesta a situação do familiar perante aquele sistema, com uma validade de 4 meses.

⁶⁸ Embora o modelo de cartão e a sua validade devam ser aprovados por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças, de acordo com o art.º 59º do Decreto-Lei n.º 118/83, apenas o modelo de cartão se encontra aprovado por Portaria n.º162/96, de 17 de maio, o prazo de validade é atribuído pela ADSE-DG. No caso dos quotizados titulares no ativo vinculados por tempo indeterminado e dos aposentados os cartões são renovados automaticamente antes do termo da sua validade, exceto se for comunicado à ADSE-DG um facto determinante da suspensão ou da perda da qualidade de quotizado. Também se verifica renovação automática dos cartões dos filhos menores.

⁶⁹ Considerou-se a idade de reforma vigente até 2013, 65 anos.

⁷⁰ Que data de 2004.



rejeitados, por não respeitarem a cuidados de saúde passíveis de enquadramento na tabela⁷¹, a ADSE-DG não informa os quotizados da fundamentação da decisão de não reembolso, exceto se estes o inquirirem diretamente.

Trata-se de uma informação que contribuiria para a transparência das relações entre os quotizados e a ADSE-DG e disciplinaria a utilização do sistema. Essa informação poderia ser disponibilizada através da *ADSE Direta*, sem prejuízo de a ADSE-DG dever ter em atenção os quotizados sem acesso direto às tecnologias de informação e considerar a possibilidade de o sistema emitir automaticamente comunicações para o contacto do quotizado.

Por outro lado, no que concerne à informação sobre o regime convencionado, para além da desatualização técnica da tabela⁷², constata-se que as convenções não são abrangentes, considerando que os prestadores não convencionam todos os atos disponibilizados aos utentes⁷³ e prestam serviços de saúde que não são cobertos pelo regime convencionado, como no caso de alguns hospitais, a diária dos cuidados intensivos. Nestas situações, os quotizados vêem-se confrontados com o pagamento integral destes atos e, em algumas situações, com o pagamento de caução.

Apesar de a ADSE suportar estas despesas através do regime livre, o pagamento da totalidade da despesa e a posterior solicitação do reembolso à ADSE, muitas vezes muito aquém do efetivamente pago, considerando que a despesa não comparticipada neste âmbito ascende a cerca de 68%, cfr. ponto 9.4, gera insatisfação dos quotizados e limita o acesso aos cuidados de saúde pelos mesmos. Estas situações devem ser ponderadas na revisão das tabelas do regime convencionado, considerando a melhoria do serviço prestado aos quotizados e a sustentabilidade de médio-longo prazo da ADSE.

Acresce que, nas áreas sobrepostas, se as tabelas do regime convencionado contemplassem os atos que já são cobertos pelo regime livre, haveria uma diminuição da despesa da ADSE-DG, considerando que os preços do regime convencionado devem ser inferiores aos preços praticados no mercado, no âmbito do regime livre, já que a convenção garante uma maior procura.

Uma maior disponibilização ao quotizado de informação sobre a efetiva cobertura das convenções⁷⁴, particularmente relevante quando estas abrangem já unidades de prestação de cuidados de saúde altamente diferenciadas, designadamente em matéria de atos não cobertos, no portal de internet da ADSE-DG⁷⁵, contribuiria igualmente para a transparência do sistema.

⁷¹ Por exemplo: utilização de telefone e outros consumos debitados ao quotizado em situações de internamento; cuidados de saúde não reconhecidos por instituições de saúde oficiais; cuidados ou bens de saúde que ultrapassam os limites de quantidade estabelecidos na tabela; taxas moderadoras do SNS e copagamento do regime convencionado.

⁷² Que, apesar de algumas alterações pontuais, data de 1994, existindo atos que já estão cobertos pela tabela do regime livre, mas não estão na do regime convencionado.

⁷³ As tabelas dos regimes livre e convencionado dividem-se em subtabelas, v.g, medicina; cirurgia; análises clínicas; imagiologia; entre outras. Na origem da situação relatada pode estar a falta de capacidade técnica do prestador para a realização de todos os atos da subtabela, mas também uma escolha dos atos em função dos preços da tabela do regime convencionado. Esta escolha deve ser contrariada pela ADSE-DG, designadamente, quando um ato, constante da tabela do regime convencionado, entre no sistema de informação através de pedidos de reembolso do regime livre, a ADSE-DG deve junto do prestador, negociar a entrada desse ato na convenção. Com base no NIF das entidades prestadoras de cuidados de saúde, o sistema de informação do regime livre emite alertas sempre que entra no sistema um pedido de reembolso sustentado em recibo emitido por entidade com convenção. Nesta situação a ADSE-DG tem o cuidado de verificar se o ato está convencionado e se o mesmo foi também objeto de faturação no âmbito da convenção.

⁷⁴ Vide, a este propósito estudo da Entidade Reguladora da Saúde sobre *Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde pelos Subsistemas e Seguros de Saúde*, dezembro de 2009.

⁷⁵ Que já contém informação genérica sobre as subtabelas objeto de cada convenção na pesquisa de prestadores: <https://www.adse.pt/page.aspx?IdCat=314&IdMasterCat=313>

Nas suas alegações, o Diretor-Geral em exercício de funções até 2014, apesar de reconhecer que “... as tabelas devem ser sujeitas a regulares atualizações.”, destacando trabalhos de atualização das tabelas desenvolvidos no decurso da sua gestão, salienta que “... a ADSE financia todos os cuidados de saúde. Não é possível reconhecer beneficiários a aguardar a prestação de cuidados devido à cobertura das tabelas ...”, numa alusão à complementaridade entre os regimes convencionado e livre, e que as “... tabelas utilizadas pela ADSE não condicionaram o desenvolvimento das novas condições com os prestadores que surgiram no mercado ...”.

Reconhecem-se os trabalhos de atualização das tabelas (pontos 9.3 e 9.4), que aliás já se encontravam identificados no relato de auditoria, porém ressalva-se que a maioria dos cuidados da tabela do regime convencionado data de 1994, o que, considerando o rápido desenvolvimento tecnológico na área da saúde, justifica a sua atualização. Também, apesar de se reconhecer a complementaridade do regime livre face ao regime convencionado e a sua importância para garantir a livre escolha dos prestadores pelos quotizados e obter informação de mercado, sublinha-se que a transferência de atos que são financiados no regime livre para o regime convencionado facilita o acesso dos quotizados e diminui os encargos da ADSE, considerando que os preços convencionados devem ser inferiores aos praticados no mercado.

Indo ao encontro das conclusões do Relatório, o atual Diretor-Geral da ADSE, nas suas alegações, identifica de entre as medidas de controlo da despesa, a revisão de áreas de cuidados do regime convencionado que integram neste regime alguns procedimentos que estavam apenas disponíveis no regime livre, quantificando as poupanças para o sistema.

Em termos do acesso à plataforma *online* reservada à comunicação com cada quotizado, a ADSE Direta, verifica-se que os quotizados (e também as entidades empregadoras e os prestadores convencionados) acedem à mesma através do sistema de autenticação disponibilizado pela Autoridade Tributária e Aduaneira que, após realização do processo de autenticação, redireciona o utilizador para o sistema de informação da ADSE.

Sem prejuízo das poupanças obtidas pela ADSE com a utilização do sistema disponibilizado pela Autoridade Tributária e Aduaneira, este procedimento pode não ser consentâneo com a imagem pretendida por uma ADSE financiada exclusivamente pelas contribuições dos seus quotizados e, por isso, fundamentalmente separada do setor Estado. A utilização da autenticação da Autoridade Tributária pode suscitar nos quotizados a convicção de que a ADSE está ligada àquela Autoridade e que esta, por essa via, pode obter dados pessoais dos quotizados.

7.1.4. ENTIDADES CONVENCIONADAS PRESTADORAS DE CUIDADOS DE SAÚDE

Em 2013, o universo de prestadores com faturação registada envolveu 1.626 entidades convencionadas, tendo 13 prestadores apresentado individualmente faturação igual ou superior a € 4 milhões, representando no seu conjunto 51% do total faturado à ADSE-DG⁷⁶.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) sobre despesa corrente em hospitais privados por agente financiador (preços correntes), em 2012, o financiamento da ADSE-DG e outros subsistemas públicos foi de € 317 milhões, representando cerca de 21% do financiamento total da despesa em hospitais privados. Note-se que parte da despesa privada tem também subjacente o esquema de benefícios da ADSE, nomeadamente no que respeita aos copagamentos suportados pelos quotizados.

⁷⁶ Informação DSAB/SICOF. Filtro de extração: data do cuidado de saúde.

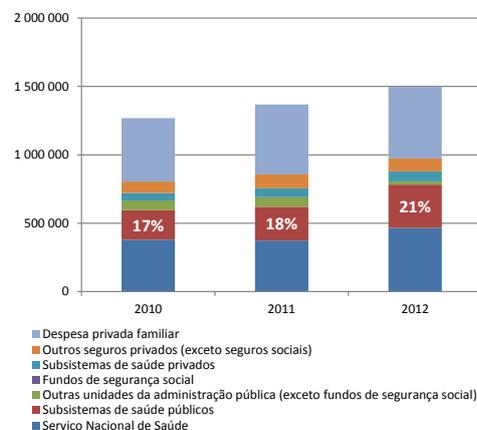


Quadro 16 – Despesa corrente em hospitais privados por agente financiador (2012)

	2010	2011	2012
Serviço Nacional de Saúde	378 882	373 046	465 984
Subsistemas de saúde públicos	217 595	247 740	316 869
Outras unidades da administração pública (exceto fundos de segurança social)	70 008	71 257	23 439
Fundos de segurança social	132	77	78
Subsistemas de saúde privados	55 421	62 937	72 591
Outros seguros privados (exceto seguros sociais)	82 187	101 661	95 704
Despesa privada familiar	464 753	511 666	522 688

Fonte: INE - Conta Satélite da Saúde, Despesa Corrente por Função e Agente Financiador

Figura 6 – Peso do financiamento dos subsistemas no total de despesa dos hospitais privados (2012)



Estes dados, juntamente com o número de quotizados⁷⁷ e a informação de mercado de que a ADSE-DG dispõe por via do regime livre, revelam o potencial da capacidade negocial da ADSE.

Esta capacidade, porém, não tem sido utilizada pela ADSE-DG que, tendo por base um modelo de convenção (clausulado-tipo) e uma tabela de preços fixados administrativamente aos quais os prestadores convenccionados aderem quando celebram as convenções, nem sequer tem celebrado acordos com entidades convenccionadas sobre contrapartidas financeiras no quadro da antecipação dos prazos de pagamento ou da realização de determinados níveis de atividade, apesar de essa possibilidade estar prevista nas convenções mais recentes⁷⁸. A este propósito, refira-se também que a ADSE-DG desconhece o peso da faturação que lhe é apresentada nos proveitos das entidades convenccionadas, o que seria útil num quadro de negociação⁷⁹.

O modelo de contratação tem por base a manifestação de interesse por parte da entidade prestadora⁸⁰ em aderir ao clausulado-tipo e às regras e tabelas de preços, indicando os atos das tabelas que pretende em concreto realizar, privilegiando a ADSE-DG os prestadores que (i) evidenciam a maior preferência dos quotizados, medida pelo número de pedidos de reembolso (regime livre); (ii) aporem mais-valia à rede; (iii) melhorem a cobertura geográfica, alargando a distribuição regional. Em algumas situações é a ADSE-DG que, considerando estes critérios, contacta a entidade prestadora a fim de celebrar convenção.

Observa-se que a ADSE-DG se assume como uma entidade “exclusivamente orientada para o financiamento”⁸¹, não interferindo na prestação dos cuidados de saúde. Porém, a prestação de cuidados com qualidade é relevante para a satisfação dos quotizados e, conseqüentemente, para a sua permanência no sistema.

⁷⁷ A título comparativo, refira-se que, em 2014, o n.º de beneficiários da ADM era de 123.822 (Fonte: IASFA), da SAD/PSP de 70.308 (Fonte: PSP) e da SAD/GNR de 85.293 (Fonte: GNR).

⁷⁸ Pelo menos desde 2011.

⁷⁹ No relatório da Espírito Santo Saúde, relativo aos 9 primeiros meses de 2014, diz-se “No segmento de cuidados de saúde privados, a ADSE representa cerca de 32% dos rendimentos operacionais do segmento, incluindo este valor a parte correspondente aos copagamentos efetuados diretamente pelos clientes”. O relatório encontra-se disponível em <http://www.luzsaude.pt/media/6961392/informacao-financieira-intercalar-consolidada-3o-trimestre-2014-pt.pdf>.

⁸⁰ Que, para além dos meios convenccionais, pode fazê-lo através do portal de internet da ADSE-DG: <https://www.adse.pt/page.aspx?idCat=489&ldMasterCat=3&MenuLevel=1>.

⁸¹ Pág. 50 do Relatório de Atividades 2013.



Contendo as convenções cláusulas que visam garantir a qualidade, incluindo uma cláusula relativa às condições de atendimento e à não discriminação no acesso, a ADSE-DG não implementou procedimentos que lhe permitam controlar e penalizar os prestadores que não cumpram esses requisitos⁸², designadamente não estabeleceu, nas convenções, requisitos mínimos de qualidade⁸³, que podem ser indexados ao financiamento.

Sendo os quotizados os principais interessados na qualidade dos serviços prestados, a ADSE-DG deve incentivá-los a apresentarem a sua opinião, implementando procedimentos de avaliação da satisfação dos utentes⁸⁴, pelo menos no que respeita às entidades prestadoras financeiramente mais relevantes. Estes questionários deviam incluir não só questões sobre a qualidade do atendimento e tempos de espera, mas também sobre o resultado dos cuidados de saúde, e seriam relevantes num quadro de negociação e/ou de renovação da convenção.

7.2. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL

A ADSE-DG é um serviço central da administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa, integrado, até 2014, no Ministério das Finanças⁸⁵, com a missão de assegurar a proteção aos quotizados nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação⁸⁶.

Apesar de, desde 2012, a ADSE-DG ser exclusivamente financiada por receitas próprias, um dos requisitos para a atribuição do regime da autonomia administrativa e financeira⁸⁷⁻⁸⁸, a sua gestão está condicionada ao regime jurídico-financeiro dos serviços integrados.

O Diretor-Geral dispõe apenas de poderes de gestão corrente, não podendo praticar atos que envolvam opções fundamentais de enquadramento da atividade. Estes encontram-se reservados aos membros do Governo, que exercem sobre a ADSE poderes de direção, supervisão e inspeção. Daqui resulta que o Diretor-Geral da ADSE não tem qualquer poder de decisão sobre o planeamento estratégico da atividade da ADSE. Podendo propor e ser ouvido sobre as principais decisões estratégicas, o órgão decisor é sempre o Governo.

Considerando a evolução do financiamento da ADSE, assente nos descontos dos quotizados, é necessário ponderar um novo modelo de organização e funcionamento da ADSE que lhe garanta uma

⁸² Sem prejuízo de uma cláusula penal (o pagamento de uma multa contratual à ADSE-DG, no valor de € 1.000), introduzida nas convenções mais recentes, para as situações de incumprimento das obrigações de atendimento e de não discriminação, de difícil execução considerando a dificuldade em provar a sua ocorrência.

⁸³ V.g. sobre tempos de espera para consulta e cirurgia.

⁸⁴ Realizados por entidades independentes e cujos custos devem ser suportados pelas entidades convencionadas.

⁸⁵ Em 2015, foi integrado, pela Lei do Orçamento do Estado, no programa orçamental do Ministério da Saúde (cfr. Relatório do orçamento do Estado 2015, págs. 133 e.169), mantendo-se ainda, em termos administrativos, na dependência do Ministério das Finanças. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro, preconiza a participação, no modelo de governação em estudo, dos Ministérios das Finanças e da Saúde. Em 4 de junho de 2015 o Conselho de Ministros aprovou um diploma que transfere a dependência da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) do Ministério das Finanças para o Ministério da Saúde.

⁸⁶ Em Anexo 12 constam a orgânica e os recursos humanos da ADSE-DG.

⁸⁷ Cfr. art.º 6º da Lei n.º 8/90, de 20 de fevereiro.

⁸⁸ A autonomia financeira define-se “como a medida de liberdade dos poderes financeiros das entidades públicas; ou a capacidade financeira de uma pessoa ou órgão público.” Quanto à matéria a autonomia financeira pode ser: (i) patrimonial (“poder de ter património próprio suposto e/ou tomar decisões relativas ao património”); (ii) orçamental (“poder de ter orçamento próprio, gerindo as correspondentes despesas e receitas”); (iii) de tesouraria (“poder de gerir autonomamente os recursos monetários próprios, em execução ou não do orçamento”); (iv) creditícia (“poder de contrair dívidas, assumindo as correspondentes responsabilidades, pelo recurso a operações de crédito”). (Sousa Franco, 1995)



maior autonomia da execução do orçamento do Estado e, conseqüentemente, do poder executivo, e a participação dos quotizados⁸⁹ na gestão estratégica do sistema de benefícios.

O novo modelo de organização e funcionamento da ADSE-DG deve acautelar também os riscos de instrumentalização da ADSE pela política de gestão do SNS, considerando a transição da ADSE-DG para o programa orçamental do Ministério da Saúde e o impacto da utilização do sistema ADSE nos custos e no acesso ao SNS, cfr. ponto 7.1.2.

Quanto aos membros do Governo que se preconiza virem a exercer poderes de tutela, o Tribunal acompanha as preocupações refletidas nas alegações do Diretor-Geral da ADSE no sentido de que *“... a primeira regra a ser acautelada deve ser a independência da gestão da ADSE e do seu orçamento se manter claramente independente da gestão do orçamento do SNS.”*, designadamente salvaguardando e preservando *“... os atributos reconhecidos e valorizados pelos beneficiários da ADSE...”*, *“redefinindo o enquadramento de complementaridade face ao SNS (que aliás já é automático para os seguros de saúde)”*, *“... isolando a ADSE das regras de funcionamento do SNS.”*

Efetivamente, atendendo a que a ADSE e o SNS representam diferentes modelos de prestação de cuidados de saúde, entendido por alguns como concorrencial, existe o risco de a ADSE vir a perder autonomia face à gestão do SNS.

O regime jurídico-financeiro da ADSE-DG, que não lhe permite dispor de um orçamento próprio, gerir autonomamente os recursos monetários que tem à sua disposição e aplicar os respetivos excedentes, ter património e tomar decisões sobre a sua gestão, tem criado alguns constrangimentos no que concerne à execução do orçamento da despesa e da receita, cfr. Anexo 11. Para obviar aos condicionalismos do seu regime jurídico, a ADSE-DG:

- Quando dispõe excedentes orçamentais, antecipa o pagamento de faturação cujo prazo de vencimento só se verificaria em janeiro e fevereiro do ano seguinte. De acordo com a informação prestada pela ADSE/DSAF, o montante antecipado, em 2013, foi de € 37,8 milhões e envolveu 1.351 prestadores convencionados⁹⁰.
- A receita que dá entrada nas contas do Tesouro tituladas pela ADSE, a partir de meados de dezembro de cada ano, apenas é reconhecida contabilisticamente, como cobrada e como receita própria, no início de janeiro do ano seguinte, garantindo assim a ADSE-DG a capacidade de tesouraria para o início do ano. Em 2013 essa receita ascendeu a € 34,2 milhões⁹¹.

Estas situações têm sido levadas ao conhecimento da tutela, já que a antecipação de pagamentos, excedendo a dotação orçamental da despesa, tem sido precedida de pedidos de crédito especial com compensação em receita própria dirigidos à Direção-Geral do Orçamento e aprovados pelo membro do Governo responsável pelo orçamento, referindo a ADSE-DG essa antecipação nos pedidos. A contabilização, em janeiro do ano seguinte, da receita cobrada em dezembro, também tem sido incluída em informações dirigidas à tutela e referida nas Notas ao Balanço e à Demonstração de Resultados.

⁸⁹ A participação de todos os quotizados da ADSE deve ser garantida, através de organizações que os representem, e não através de organizações sindicais que não representam necessariamente os quotizados.

⁹⁰ Em 2011, foi de € 35,7 milhões, incluindo 1.449 prestadores convencionados. Em 2012, ano em que a ADSE apresentou resultados operacionais negativos, cfr. ponto 8.1, foi de € 5 milhões. Apesar do excedente orçamental de 2014, a ADSE-DG não procedeu nesse ano a antecipação de pagamentos, tendo inclusivamente dificuldades, de carácter formal, para pagar a faturação cujo prazo de pagamento se venceu nos últimos dois meses do ano, por razões que a seguir se explicam no texto.

⁹¹ Em 2011, a € 30,8 milhões e, em 2012, a € 36,6 milhões, cfr. ponto 8.1. Em 2014, esta situação não aconteceu: a receita cobrada nesse ano foi toda contabilizada no ano.

Sem prejuízo de se reconhecer que as situações relatadas decorrem da desadequação do regime jurídico-financeiro dos serviços com autonomia administrativa, às necessidades de gestão e ao financiamento, apenas com receitas próprias, da ADSE-DG, a antecipação de pagamentos constitui um benefício para as entidades privadas convencionadas, feito à custa do desconto dos quotizados e, envolvendo, também, nos anos em análise, receita proveniente da contribuição da entidade empregadora, dos contribuintes em geral, sem qualquer contrapartida para o sistema de benefícios gerido pela ADSE-DG.

Com um regime jurídico-financeiro adequado, pelo menos de autonomia financeira, os montantes antecipados em 2013 e a receita que deu entrada nas contas do Tesouro tituladas pela ADSE-DG, em 2013, e apenas foi reconhecida contabilisticamente como receita própria em 2014, constituiriam excedentes de tesouraria que podiam ser rentabilizados em aplicações financeiras disponibilizadas pelo Tesouro, uma vez que, até ao momento, a ADSE-DG encontra-se também sujeita ao regime da unidade de tesouraria do Estado.

Considerando, como hipótese de trabalho, que a ADSE-DG podia aplicar aqueles montantes em depósitos de curto prazo, o ganho para a gestão do sistema de benefícios ADSE seria de, pelo menos, € 26 mil.

Quadro 17 - Simulação aplicações de curto prazo

2013	Valor a aplicar	Prazo	Taxa de juro*	Juro
Antecipação de pagamentos	€ 37 817 729	90 dias	0,25%	€ 23 312
Receita não contabilizada	€ 34 151 094	30 dias	0,10%	€ 2 807

*Taxa de juro de depósitos de curto prazo , Caixa Geral de Depósitos CONTAS DE DEPÓSITO (OUTROS CLIENTES) 2015

Considerando os volumes financeiros movimentados pela ADSE-DG durante todo o ano, o ganho seria maior se a ADSE-DG pudesse escolher e negociar as aplicações financeiras disponíveis no mercado que apresentassem maiores benefícios à gestão, o que não é possível enquanto a ADSE-DG se mantiver no domínio da unidade de tesouraria do Estado.

Refira-se, também, que apesar de as convenções mais recentes⁹² preverem a possibilidade de celebração de acordos com entidades convencionadas sobre contrapartidas financeiras no quadro da antecipação dos prazos de pagamento, a ADSE-DG não diligenciou no sentido da obtenção de qualquer contrapartida financeira pela antecipação de pagamentos às entidades do setor convencionado.

A este respeito, o Diretor-Geral em exercício de funções até 2014, em sede de alegações, salienta que a antecipação de pagamentos foi *“... assumi[da] num contexto orçamental muito próprio e como forma de compensar os prestadores pelo atraso nos pagamentos da ADSE nos finais do ano de 2012.”* que *“... não foram responsabilidade da Direção-Geral e, nesse momento, os prestadores não reivindicaram qualquer compensação ...”*.

Apesar de se reconhecer esta situação, o Tribunal relembra que também em 2011 foram antecipados pagamentos, no valor de € 35,7 milhões, sem que a Direção-Geral tenha daí retirado qualquer benefício para o sistema.

⁹² Pelo menos desde 2011.



Além das situações relatadas, o ano de 2014 apresentou outra situação reveladora do desajustamento do regime administrativo e financeiro aplicável, decorrente da não inscrição no orçamento do Estado da totalidade da despesa prevista da ADSE-DG com o regime convencionado por motivos alheios à Direção-Geral, conforme se descreve no Anexo 11, na qual a ADSE-DG apesar de dispor de receita própria, provenientes dos descontos dos quotizados, não a pode utilizar nos pagamentos aos convencionados, tendo entrado em incumprimento.

Dispondo a ADSE-DG, quer em termos de previsão orçamental quer em termos de execução orçamental, de receitas de desconto suficientes para suportar a despesa que devia ter sido inscrita no orçamento do Estado, e que foi executada, a não previsão na Lei do Orçamento do Estado da totalidade da despesa com o regime convencionado e a sua não correção atempada, da iniciativa do Governo, não tem qualquer justificação, a não ser a utilização dos descontos dos quotizados na resolução de problemas de equilíbrio orçamental macroeconómico.

Situações como a descrita causam dano na imagem pública da ADSE-DG e do Estado e podem ter consequências negativas na gestão do sistema de proteção, caso as entidades prestadoras recorram a meios coercivos de cobrança ou exijam o pagamento de juros de mora⁹³, bem como no acesso dos quotizados aos cuidados de saúde (tempos de espera), no contexto de uma eventual discriminação, relativamente a outros utentes, que possa resultar do não pagamento atempado dos compromissos assumidos.

Não será demais recordar, cfr. ponto 7.1.2, que, os quotizados da ADSE, já financiam o SNS por duas vias: *i)* pelo pagamento dos impostos gerais, que suportam o SNS e *ii)* pelo pagamento do desconto e do copagamento, que lhes permite recorrer a entidades prestadoras privadas, reduzindo os custos do SNS, pelo que por essa via financiam indiretamente o SNS. A não disponibilização, em tempo, da receita consignada proveniente do desconto dos quotizados permite ao Estado receber (ou não pagar) juros por conta de montantes exclusivamente pertencentes aos quotizados.

Apesar dos constrangimentos das regras da execução orçamental na gestão da ADSE, nunca foi elaborada, no âmbito do exercício de uma gestão orientada para os resultados, qualquer proposta de diploma legislativo ao Governo que tivesse como objetivo a alteração do regime jurídico-financeiro da ADSE-DG, apesar das referências àqueles constrangimentos, nos Relatórios de Atividades, nos pedidos de crédito especial e na proposta de orçamento de 2015.

Embora o Diretor-Geral da ADSE-DG, devido à natureza jurídica desta entidade, não disponha de poder de planeamento estratégico da atividade da ADSE, a elaboração de estudos estratégicos e a apresentação de propostas sustentadas ao membro do Governo que detém o poder de direção poderiam, eventualmente, ter conduzido a alterações que contribuiriam para uma melhor gestão do sistema de benefícios.

Sobre o modelo de organização e de governação da nova entidade gestora, o Diretor-Geral da ADSE, em contraditório, informa que a *"... proposta da equipa técnica aos membros do Governo deve apontar (os trabalhos ainda decorrem) para um Instituto Público de regime especial ..."*, assunto desenvolvido no ponto 5 do Volume I.

Relativamente aos estudos estratégicos, o Tribunal lamenta que, num momento em que se discute um novo paradigma do sistema, continue a não existir um verdadeiro plano estratégico a médio e longo prazo que

⁹³ Que, a verificarem-se, devam ser suportados pelo Estado e não pela ADSE-DG, financiada pelo desconto.



sustente as medidas a implementar. Questionado sobre a existência desse plano, o Diretor-Geral da ADSE, limitou-se a elencar um conjunto de medidas avulsas a equacionar e propor junto dos membros do Governo da tutela⁹⁴ e apresentou um mapa de receitas e despesas a 10 anos que, além de não incluir os efeitos dessas medidas, não foi sequer acompanhado de balanços e demonstrações de resultados previsionais. Refira-se, também, a este propósito que o mandato da equipa técnica constituída ao abrigo da RCM n.º 5/2015 já terminou⁹⁵, pelo que não se entende como é que tal plano ainda não existe.

Mudanças baseadas numa visão linear e fragmentada, não sistémica, do sistema ADSE podem por em causa a sua sustentabilidade.

8. SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA DA ADSE

A evolução anual da situação económico-financeira da ADSE-DG, no período em análise (2009 a 2013⁹⁶), ficou prejudicada pela sistemática ocorrência de alterações legislativas que influenciaram, o financiamento, a despesa, bem como das políticas contabilísticas adotadas, como se sintetiza no Anexo 1.

8.1. ANÁLISE ECONÓMICA

A ADSE-DG financiou todas as suas atividades, até 2011, com recurso a duas fontes de financiamento inscritas nos orçamentos do Estado, as dotações gerais e as dotações com compensação em receita própria. A preocupação da autossustentabilidade financeira da ADSE reconfigurou a sua estrutura de financiamento contando, desde 2012, exclusivamente com as receitas próprias provenientes:

- ✚ Dos descontos obrigatórios sobre as remunerações e sobre as pensões de aposentação e de reforma dos quotizados titulares;
- ✚ Da contribuição dos serviços e organismos da Administração Pública Central, enquanto entidades empregadoras, criada em 2011 e extinta em 2015;
- ✚ Dos reembolsos relativos a cuidados de saúde prestados aos quotizados dos organismos com autonomia administrativa e financeira (até 31/12/2010)⁹⁷, e das Administrações Regionais e Local e aos quotizados a trabalhar noutras entidades legalmente previstas;
- ✚ Das capitações provenientes dos acordos celebrados nos termos do art.º 64.º do Decreto-Lei n.º 118/83;
- ✚ Da contribuição anual para as despesas de administração prevista na alínea c) do n.º 1 do art.º 4.º e no n.º 5 do art.º 5.º daquele Decreto-Lei, no valor de € 1,25 por quotizado inscrito, fixado pelo Despacho n.º 8-D/95, do Secretário de Estado do Orçamento;
- ✚ Das receitas relativas à venda de impressos e publicações da ADSE.

Paralelamente à reconfiguração do financiamento da ADSE foi eliminada a tramitação que conduzia à faturação à ADSE-DG, dos cuidados de saúde prestados pelos prestadores do SNS aos quotizados e seus familiares. A transferência da responsabilidade financeira destes encargos para o SNS ocorreu

⁹⁴ Designadamente, o alargamento da base de beneficiários (referenciado no ponto 5 do Volume I e no ponto 7.1.3); medidas de controlo da despesa (referenciadas nos pontos específicos a que respeitam); a criação experimental de Unidades de Cuidados de Saúde Primários da ADSE; a expansão geográfica de novos balcões de atendimento presencial; continuar a revisão das tabelas de preços (referenciada no ponto 7.1.3); prestação de serviços a entidades da Administração Pública (objeto do ponto 10).

⁹⁵ De acordo com o Despacho n.º 726-B/2015, de 22 de janeiro de 2015, publicado no DR 2ª S, n.º 15 de 22 de janeiro, Ministérios das Finanças, da Defesa Nacional, da Administração Interna e da Saúde, a equipa, da qual o Diretor-Geral da ADSE faz parte, iniciou funções no dia 23 de janeiro com um mandato de 60 dias.

⁹⁶ À data da realização da auditoria a informação económica relativa a 2014 ainda não está disponível, dado que a obrigação de apresentação de contas ao Tribunal de Contas se vence em 30 de abril do ano seguinte àquele a que respeitam.

⁹⁷ Data em que por via da instituição da contribuição das entidades empregadoras públicas passou a ser responsabilidade da ADSE, cfr. ponto 7.1.2.



gradualmente entre 2010 e 2011, como explicado no ponto 9.1, verificando-se, nesses anos, por essa razão, uma diminuição das transferências de receitas gerais dos orçamentos do Estado que, em 2009, constituíam a fonte de financiamento de maior dimensão, cerca de 63% do total das receitas.

Quadro 18 – Estrutura dos Proveitos

Unidade: euros

RUBRICA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
71 - Vendas e prestações de serviços	435	0,00%	5 396 362	0,93%	3 866	0,00%				0,00%
Vendas de Mercadorias	435	0,00%	23 411		3 866					
Prestações de Serviços			5 372 951							
72 - Impostos e Taxas	352 536 211	37,06%	314 060 369	54,19%	478 944 111	93,27%	441 719 264	99,97%	499 295 589	99,97%
Desc. dos quotizados e Contr. da EE	201 695 256	21,20%	214 886 794	37,08%	443 698 895	86,40%	408 325 148	92,41%	467 320 931	92,41%
Outra receita própria*	150 840 955	15,86%	99 173 574	17,11%	35 245 216	6,86%	33 394 116	7,56%	31 974 658	7,56%
73 - Proveitos Suplementares	24 152	0,00%		0,00%						
74 - Transf. e subs. Correntes obtidos	598 754 998	62,94%	259 834 572	44,84%	34 289 500	6,68%				
Transferências - Tesouro	598 438 302	62,91%	259 834 572	44,84%	34 289 500	6,68%				
Outras - PIDDAC	316 696	0,03%								
78 - Proveitos e Ganhos Financeiros	11 966	0,00%								
79 - Proveitos e Ganhos Extraordinários			239 773	0,04%	286 989	0,06%	141 422	0,03%	-589 947	0,03%
Total dos proveitos	951 327 761	100,0	579 531 076	100,0	513 524 466	100,0	441 860 686	100,0	498 705 642	100,0

*Reembolsos, quotizações e captações.

Fonte: DR entregues no TC no âmbito da prestação de contas.

O desconto dos quotizados, incluído nos Impostos e Taxas⁹⁸, cresceu significativamente no período em análise em resultado das alterações da taxa de desconto bem como da base de incidência, nomeadamente o alargamento da abrangência da base de incidência das pensões⁹⁹. Efetivamente, a partir de 2013, os proveitos provenientes do desconto dos quotizados ultrapassaram os provenientes das entidades empregadoras, passando já nesse ano a constituir a maior fonte de financiamento da ADSE-DG, cerca de 57,1% do total dos proveitos.

Na estrutura de custos da ADSE-DG identificam-se três grupos de encargos:

- ✚ Os custos de administração, constituídos pelas despesas decorrentes da gestão do sistema de benefícios;
- ✚ Os custos com o sistema de benefícios da ADSE, que incluem, também, custos da responsabilidade originária do SNS e dos SRS/RA;
- ✚ Os custos com o controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas (verificação domiciliária da doença e juntas médicas). Refira-se que alguns encargos com esta atividade estão incluídos nos custos de administração, não sendo possível autonomiza-los (vg. nota ao Quadro 19).

O peso dos custos de administração, no total dos custos operacionais, não ultrapassou os 1,7%, em cada um dos cinco exercícios em análise, apresentando uma tendência decrescente até 2012, em consequência da redução do número de trabalhadores e das reduções remuneratórias transversais à Administração Pública. Esta tendência inverteu-se em 2013 face ao crescimento dos custos com o pessoal por via da reposição dos subsídios de férias e de Natal, suspensos em 2012. Em 2013, o custo médio por quotizado inscrito foi de € 6,44.

A evolução dos custos de administração depende grandemente dos custos com o pessoal que constituem a sua maior componente.

⁹⁸ Juntamente com a contribuição da entidade empregadora, considerando que estas duas fontes de receita têm a mesma rubrica de classificação económica, sendo, também, contabilizadas na mesma conta do balanço.

⁹⁹ Em 2012 passou a ser o valor da retribuição mínima mensal garantida, até aqui era uma vez e meia essa retribuição.



Neste grupo de encargos é ainda visível a importância dos Fornecimentos e Serviços Externos (FSE) que diminuíram ao longo do período, e onde se destacam com maior representação os custos com as rendas dos edifícios, custos com correios e trabalhos especializados¹⁰⁰.

Os custos com as rendas dos edifícios, no montante de cerca de € 900 mil respeitam aos edifícios onde funcionam os serviços da Direção-Geral:

- ✚ Dois edifícios na Praça de Alvalade (n.º 8 e n.º 18), onde está sediada a estrutura organizacional da ADSE, cuja análise das rendas e dos contratos de suporte consta do Anexo 13;
- ✚ Um armazém em Benfica, onde funciona o arquivo;
- ✚ Dois pavilhões no Parque da Saúde onde operam os serviços de verificação da doença, que para o mesmo efeito dispõem ainda de instalações no Porto, Coimbra e Évora.

A Direção-Geral tem apostado no desenvolvimento constante de novas versões dos sistemas aplicativos, desenvolvendo novas funcionalidades procurando a melhoria da performance dos equipamentos e consequentemente uma maior eficiência, facto que justifica a tendência decrescente dos custos de administração¹⁰¹.

Quadro 19 – Estrutura dos Custos

Unidade: euros

RUBRICA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
Custos de Administração	11.109.454	1,1%	8.549.060	1,5%	7.947.202	1,6%	7.515.784	1,5%	8.314.787	1,7%
CMVC	114.503	0,0%	62.923		64.352		55.542		49.246	
FSE	3.016.071	0,3%	2.418.472	0,4%	2.621.272	0,5%	2.344.749	0,5%	2.227.285	0,5%
Trans. e subs. correntes concedidos e prest. sociais	0	0,0%	13.806	0,0%	19.150	0,0%	0	0,0%	22.688	0,0%
Custos com o Pessoal	5.399.890	0,5%	5.375.803	1,0%	4.534.855	0,9%	4.265.830	0,9%	5.183.403	1,1%
Outros Custos e Perdas Operacionais	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6.448	0,0%	2.811	0,0%
Amortizações do Imobilizado Corpóreo e Incorpóreo	2.578.989	0,3%	678.056	0,1%	707.572	0,1%	843.216	0,2%	829.353	0,2%
Custos com o sistema de benefícios da ADSE	971.277.328	98,9%	556.211.408	98,4%	485.083.604	98,3%	483.906.431	98,4%	484.605.925	98,2%
Custos SNS	449.733.596	45,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Custos regime convencionado	222.307.547	22,6%	236.788.278	41,9%	252.753.133	51,2%	272.677.525	55,4%	288.608.557	58,5%
Custos c regime livre	114.390.913	11,6%	119.065.590	21,1%	140.744.718	28,5%	138.219.725	28,1%	132.878.981	26,9%
Medicamentos (Farmácias)*	184.845.271	18,8%	200.357.540	35,4%	91.585.754	18,6%	73.009.180	14,8%	63.118.387	12,8%
Verificação da Doença	10.788	0,0%	435.316	0,1%	461.440	0,1%	500.724	0,1%	474.414	0,1%
Custos das juntas médicas**	10.788	0,0%	435.316	0,1%	461.440	0,1%	500.724	0,1%	474.414	0,1%
Total dos custos operacionais	982.397.570		565.195.784		493.492.246		491.922.939		493.395.126	

Fonte: Elaboração própria.

*No ano de 2013 inclui a transferência dos 35.000.000,00 para a ACSS referente às participações do Estado na compra de medicamentos dispensados a quotizados da ADSE e que passaram a ser encargo do SNS.

**o valor aqui considerado como custos com as juntas médicas engloba os custos com os médicos avançados das juntas médicas, o custo de apoio administrativo dos Governos Cívicos do Porto, Coimbra e Évora, o custo das visitas domiciliárias e o custo dos exames periciais. São ainda custos da verificação da doença as aquisições de serviços às "Hospedeiras de Portugal" (€ 15.635) que agora fazem apoio administrativo das Juntas Médicas do Porto, Coimbra, Évora e Faro, os custos com o aluguer das instalações e os encargos com água e eletricidade onde funcionam as Juntas Médicas de Lisboa (€ 50.614) e o reembolso das despesas com as instalações das juntas médicas do Porto (Protocolo com a Assembleia Distrital do Porto) (€ 5.138), custos estes englobados na conta 622 e relativamente aos quais a ADSE-DG apenas conseguiu autonomizar para o ano 2013 (um total de 71.387,00 euros), os custos com o correio que esta atividade suporta também não estão autonomizados englobando por isso também os FSE (conta 622).

Os custos com o sistema de benefícios da ADSE-DG, que incluem custos da responsabilidade originária do SNS e dos SRS/RA, representaram mais de 98% dos custos operacionais, em cada um dos exercícios do período em análise, tendo registado, em 2013 face a 2009, um decréscimo de 50%.

¹⁰⁰ Em 2013, com cerca de € 947 mil, € 222 e € 524 mil, respetivamente.

¹⁰¹ Em 2012 a ADSE passou a recorrer a uma nova plataforma informática com economias significativas no licenciamento, na exploração e desenvolvimento das aplicações após a fase de transição em que coexistiram duas plataformas, Vd. relatório de atividades da ADSE de 2012.



Esta redução foi mais acentuada em 2010 (-43%) resultante da eliminação, nesse ano, dos encargos com os cuidados de saúde prestados pelo SNS aos quotizados da ADSE e dos custos com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. De referir ainda a redução dos encargos com medicamentos a partir de 2011, cfr. ponto 9.1.

Os custos com o regime convencionado merecem destaque por representarem, em média, a partir de 2011, cerca de 52% dos custos operacionais, com uma tendência crescente anual de cerca de 7%. Seguem-se os custos com o regime livre com um peso em média de cerca de 26% dos custos operacionais. Estes custos registaram uma evolução positiva em 2011 (18%) e uma tendência decrescente em 2012 e em 2013.

O crescimento dos encargos com o regime convencionado e com o regime livre resultou, em parte, do alargamento do perímetro de trabalhadores abrangidos pela ADSE, com a integração dos trabalhadores do Ministério da Justiça, em 2011 e, também, no caso do regime livre, da transferência, para a ADSE-DG, dos encargos com os trabalhadores dos organismos com autonomia administrativa e financeira que, financiando o sistema através da contribuição da entidade empregadora, desde 2011, deixaram de ser responsáveis pelo pagamento dos reembolsos do regime livre aos seus trabalhadores, cfr. ponto 7.1.2.

A caracterização, composição e justificação da evolução dos custos com os regimes livre e convencionado da ADSE-DG foi desenvolvida nos pontos 9.3 e 9.4, deixando-se no entanto aqui a nota de que a evolução destes dois grupos de encargos foi influenciada pela política de celebração de novas convenções, privilegiando, sempre que se mostrou vantajoso, os prestadores que revelaram a preferência dos quotizados em regime livre, levando assim a um aumento dos custos com o regime convencionado e conseqüentemente a uma redução dos custos com o regime livre.

A redução dos custos operacionais no período em análise teve como pressuposto a preocupação em alcançar bons níveis de eficiência, de forma a cumprir com a exigência de garantir o financiamento com o recurso exclusivo a receitas próprias.

Sem prejuízo das condicionantes referidas para uma análise da evolução anual, verificou-se uma flutuação dos resultados operacionais no período em análise, destacando-se o ano de 2012 com uma forte degradação passando de cerca de € 20 milhões positivos, em 2011, para € 50 milhões negativos em 2012, devido sobretudo:

- ✚ À quebra na receita proveniente dos descontos aos quotizados e da contribuição da entidade empregadora, provocada pela suspensão do pagamento dos subsídios de férias e de natal;
- ✚ À inexistência de transferências do orçamento do Estado, considerando o financiamento apenas com receitas próprias;
- ✚ À manutenção das despesas da ADSE-DG em níveis semelhantes às dos anos anteriores.

Quadro 20 – Demonstração de Resultados

RUBRICA	Unidade: euros				
	2009	2010	2011	2012	2013
Custos Operacionais	982.397.570	565.195.784	493.492.246	491.922.939	493.395.126
Proveitos Operacionais	951.315.795	579.291.303	513.237.477	441.719.264	499.295.589
Resultados Operacionais	-31.081.775	14.095.519	19.745.231	-50.203.675	5.900.463
Custos e Perdas Financeiras	36	30	1.214	98	56.266
Proveitos e Ganhos Financeiros	11.966	0	0	0	
Resultados Financeiros	11.930	-30	-1.214	-98	-56.266
Custos e Perdas Extraordinários	109.975.025	-106.698.529	2.095.789	1.746.208	54.237
Proveitos e Ganhos Extraordinários	0	239.773	286.989	141.422	-589.947
Resultados Extraordinários	-109.975.025	106.938.302	-1.808.799	-1.604.786	-644.184
Resultado Líquido do Exercício	-141.044.869	121.033.790	17.935.217	-51.808.559	5.200.014

Fonte: Elaboração própria.

Em 2013 o aumento dos custos operacionais foi superado pelo, também, crescimento dos proveitos operacionais, por via da reposição dos subsídios e da alteração das taxas de desconto e da contribuição da entidade empregadora, retomando-se os resultados positivos, melhorando assim a situação económica da ADSE-DG.

No entanto os resultados líquidos de cada um dos exercícios não apresentam de forma verdadeira e apropriada os resultados das operações da ADSE-DG, porquanto:

- ◆ Recorrentemente são efetuadas correções de erros e omissões relativas a exercícios anteriores, que sobrevalorizaram os proveitos e os custos extraordinários relativos a esses exercícios, sobretudo para garantir o sincronismo do sistema de informação da contabilidade (GeRFip) com o sistema de informação independente SICOF – Sistema de Informação de Conferência de Faturas. A falta de interligação entre estas duas aplicações informáticas propicia a frequente ocorrência de divergências entre os saldos de terceiros de cada uma das aplicações.

Embora o efeito, em termos relativos, possa não ser materialmente relevante¹⁰², são situações que a ADSE-DG deverá ter em conta instituindo procedimentos que reduzam ao mínimo a necessidade de proceder a estas correções, em anos posteriores¹⁰³, prejudicando a fiabilidade das demonstrações financeiras, cfr. Anexo 14 e Anexo 15.

- ◆ A ADSE-DG não deu pleno cumprimento ao princípio de especialização do exercício uma vez que na previsão dos encargos com pessoal do ano de 2010 não incluiu o montante correspondente ao mês de férias. No ano de 2011, não foi considerada qualquer especialização dos encargos com férias por o valor ter sido considerado irrelevante, atento o estipulado no art.º 21º, da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, que suspendeu o pagamento do subsídio de férias nos vencimentos superiores a € 1.100. Nos anos de 2012 e 2013, apesar da reposição daquele subsídio não foi considerada qualquer previsão desses encargos.
- ◆ Os proveitos não foram integralmente registados uma vez que a receita cobrada, através de documento único de cobrança (DUC), na segunda quinzena de dezembro de cada um dos exercícios de 2010, 2011, 2012 e 2013, relativa a descontos, contribuições, quotizações e reembolsos (conta 72 – Impostos e taxas) só foi reconhecida no ano seguinte.

¹⁰² Acresce que estas regularizações, quando materialmente relevantes, influenciaram diretamente os resultados transitados com reflexo no fundo patrimonial, como especificado na análise da situação financeira.

¹⁰³ De notar que no decurso da auditoria, ano de 2014, os serviços financeiros iniciaram o procedimento de sincronização periódica da informação das duas aplicações informáticas com o objetivo de reduzir ao mínimo as situações a corrigir no ano seguinte.



Na base da recorrência deste procedimento, ano após ano, está a necessidade de a Direcção-Geral garantir a necessária capacidade de tesouraria para o primeiro mês do ano seguinte, obviando os condicionalismos do regime financeiro, de mera autonomia administrativa, como especificado no ponto 7.2.

Quadro 21 – Receitas não reconhecidas no próprio ano

	2010	2011	2012	2013
Receita cobrada através de DUC em dezembro mas só reconhecidos como receita própria em janeiro do ano seguinte	1.058.868	30.782.774	36.611.697	34.151.094

Fonte: NBDR.

- ◆ Também não foi efetuada a especialização da receita relativa a desconto e contribuição da entidade empregadora do mês de dezembro de cada ano, cujos montantes não foram entregues dentro do prazo (data do pagamento aos funcionários), bem como a relativa aos restantes meses em falta. Esta especialização deveria ser feita ainda que por estimativa, atento o teor da mesma, de autoliquidação pelas entidades processadoras de vencimentos e de pensões.
- ◆ Dos testes de auditoria verificou-se que a faturação emitida pelas entidades convencionadas é contabilizada pela data de registo da fatura, no entanto, os atos faturados respeitam a cuidados de saúde prestados em momentos anteriores. Numa análise às faturas registadas em 2013, com a situação de paga, no sistema de *business intelligence* de análise da despesa¹⁰⁴ do regime convencionado, verificou-se que de € 290 milhões ali registados, cerca de 15% (€ 42,4 milhões) respeitava a atos realizados em anos anteriores (14%, €40,4 milhões, em 2012, dos quais € 32,2 milhões foram faturados no primeiro trimestre de 2013). Assim, sem prejuízo de as entidades convencionadas faturarem cuidados de saúde prestados no ano anterior ao longo de todo o ano, os valores identificados na faturação recebida antes do fecho de contas deviam ser especializados.

Apesar de a ADSE-DG estabelecer nas convenções celebradas a regra de que faturação dos serviços de saúde tem periodicidade mensal e deverá dar entrada na Direcção-Geral até ao dia 30 do mês seguinte àquele em que se verificou a prestação, apenas com a revisão das regras em vigor, com efeitos a outubro de 2014, se cominou no sentido de a ADSE-DG não assumir os encargos relacionados com a faturação de serviços de saúde prestados há mais de 180 dias de calendário.

Sem prejuízo da evolução registada observa-se que poderá haver ainda um desfasamento de meio ano entre a prestação do ato e a sua faturação, o que não só dificulta a tarefa de especialização do exercício, mas também o controlo dos atos faturados. Um prazo de dois meses seria suficiente para emitir a primeira faturação (no mês seguinte ao da sua prestação) e para acertos referentes a atos que eventualmente não tenham sido faturados no mês da faturação.

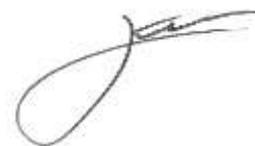
- ◆ No âmbito do protocolo celebrado entre a ADSE-DG e a Associação Nacional de Farmácias¹⁰⁵, as farmácias devem entregar na ADSE-DG a faturação dos medicamentos dispensados em cada mês até ao dia 20 do mês seguinte. O mesmo protocolo prevê o prazo de 10 dias para a ADSE-DG efetuar o respetivo pagamento. Assim a ADSE-DG, apenas reconhecia¹⁰⁶ o custo desta faturação na data do pagamento. Com este procedimento o custo relativo à faturação dos medicamentos dispensados em novembro e dezembro, de cada um dos anos apenas era reconhecido em janeiro e fevereiro do ano seguinte.

Cientes da incorreção deste procedimento decidiram proceder à sua alteração no âmbito dos procedimentos do fecho de contas do ano de 2013, afetando o valor de € 5,9 milhões, pago em janeiro de 2013, a custos de exercícios anteriores e registar como custo do ano o valor da faturação entregue em dezembro de 2013, com data limite de pagamento em janeiro. Ficou no entanto por regularizar a

¹⁰⁴ Ferramenta de *business intelligence* que permite a organização e análise de dados existente nos diferentes módulos do sistema aplicativo, com o objetivo, na ADSE-DG, de proceder ao controlo das despesas com o regime de benefícios.

¹⁰⁵ Que estabelece procedimentos para faturação das farmácias associadas à ADSE-DG.

¹⁰⁶ Até 2013.



faturação entregue em janeiro, respeitante aos medicamentos dispensados em dezembro, que também deve ser registada como custo do ano anterior utilizando a conta de acréscimos de custos.

Já em 2012 tinham sido efetuadas regularizações de custos com as farmácias, num total de menos € 6,5 milhões que afetaram diretamente os resultados transitados, dada a materialidade do montante (mais de 1% das contas de proveitos).

8.2. ANÁLISE FINANCEIRA

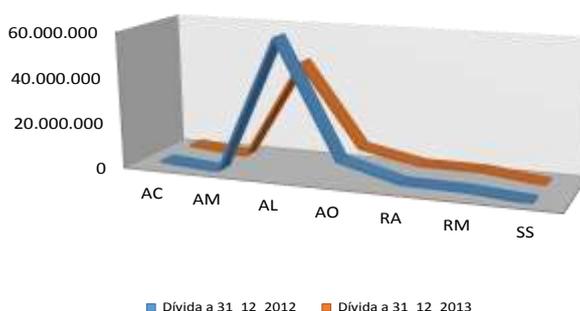
O ativo fixo, composto pelo imobilizado corpóreo líquido, refletido no balanço, registou uma variação negativa de 80%, no ano de 2010 face a 2009, influenciada, maioritariamente, pela alienação do edifício e do terreno subjacente sito na Praça de Alvalade, nº 18, em Lisboa, à ESTAMO – Participações Imobiliárias, SA, empresa pública do grupo Parpública, pelos montantes de € 3,9 milhões e € 1,2 milhões, respetivamente, cfr. Anexo 13, deixando assim de existir qualquer valor nas contas de Terrenos e Recursos Naturais e Edifícios e Outras Construções.

Os investimentos efetuados nos últimos anos têm privilegiado o domínio da informática com o objetivo de aumentar o nível de segurança, a performance e a capacidade de gestão. Em 2013 foi dedicada especial atenção à exploração e consolidação dos sistemas aplicativos existentes. Tendo sido desenvolvidas novas funcionalidades para satisfazer necessidades internas ou impostas por alterações legislativas, cfr. Relatório de Atividades de 2013.

A componente mais significativa do ativo circulante são as dívidas de terceiros à ADSE-DG com um peso de mais de 90% e que respeitam aos reembolsos faturados aos organismos do Estado com autonomia administrativa e financeira (até 2010) e às entidades das Administrações Regionais e Local, estas com um peso determinante uma vez que são responsáveis por mais de 70% das dívidas à ADSE. Os reembolsos emitidos respeitam a cuidados de saúde prestados aos trabalhadores daquelas entidades que sejam quotizados da ADSE, pelos prestadores convencionados. Até 2009 incluíam também o valor das notas de reembolso dos cuidados de saúde prestados pelas entidades do SNS¹⁰⁷.

A dívida de terceiros registou uma diminuição, entre 2012 e 2013, associada sobretudo à recuperação de montantes significativos por via da execução do Programa de Apoio à Economia Local (PAEL I e PAEL II), bem como às retenções efetuadas, pela Direção-Geral das Autarquias Locais, nas transferências de verbas dos orçamentos do Estado para as autarquias devedoras, precedidas de despacho autorizador do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento.

Figura 7 - Evolução da dívida de terceiros



Fonte: Balanços da ADSE.

Uma vez que a ADSE-DG, desde longa data, se debate com sérias dificuldades na cobrança das dívidas, devido a diferendos de vária natureza, procedeu-se à sua caracterização em termos de

¹⁰⁷ Nos termos dos memorandos de entendimento de 2010, sobre as relações financeiras entre o SNS e os subsistemas públicos de saúde, a dotação inscrita no orçamento da ADSE-DG passou a integrar o orçamento do Ministério da Saúde, passando estes encargos a ser financiados diretamente pelo SNS, cfr. ponto 9.1.



antiguidade, devedores, divergências existentes, entre outros, em ponto autónomo deste Relatório (11.1).

Cumpra, no entanto, aqui referir que, apesar de existirem dívidas de montante materialmente relevante com antiguidade superior a 180 dias¹⁰⁸, a ADSE-DG não tem refletido nas Demonstrações Financeiras o risco de incobrabilidade dos saldos em dívida, não cumprindo o princípio da prudência.

Quadro 22 – Balanço 2009 a 2013

Unid: euros

	31-12-2009		31-12-2010		31-12-2011		31-12-2012		31-12-2013	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Ativo Líquido										
<i>Imobilizado</i>										
Imobilizações corpóreas	6.189.173,16	5%	1.267.900,91	1%	1.509.196,09	1%	1.177.992,33	1%	780.947,81	1%
<i>Circulante</i>										
Existências	118.367.683,43	95%	148.713.899,20	99%	100.512.045,27	99%	83.223.554,29	99%	60.384.011,80	99%
Dívidas de terceiros - Curto Prazo	65.568,86	0%	88.516,77	0%	158.378,74	0%	71.764,58	0%	72.535,98	0%
Titulos Negociáveis	113.817.779,45	91%	134.532.143,07	90%	100.144.622,06	98%	83.134.587,39	98%	60.036.617,30	98%
Disponibilidades										
Disponibilidades	4.484.335,12	4%	14.080.211,61	9%	209.044,47	0%	3.380,81	0%	261.644,62	0%
Acréscimos e diferimentos										
Acréscimos e diferimentos		0%	13.027,75	0%		0%	13.821,51	0%	13.213,90	0%
Total do Ativo Líquido	124.556.856,59	100%	149.981.800,11	100%	102.021.241,36	100%	84.401.546,62	100%	61.164.959,61	100%
Fundo Patrimonial										
Património	-97.962.614,85	-79%	44.345.260,44	30%	61.998.303,25	61%	3.406.833,74	4%	6.621.174,87	11%
Reservas	23.581.792,53	19%	44.855.877,58	30%	44.855.877,58	44%	44.855.877,58	53%	44.855.877,58	73%
Resultados Transitados	4.758.318,00	4%	4.758.318,00	3%	4.758.318,00	5%	4.758.318,00	6%	4.758.318,00	8%
Resultado Líquido do Exercício	-141.044.869,22	-113%	121.033.790,24	81%	17.935.217,42	18%	-51.808.559,20	-61%	5.200.013,63	9%
Passivo										
Provisões para Riscos/Encargos	222.519.471,44	179%	105.636.539,67	70%	40.022.938,11	39%	80.994.712,88	96%	54.543.784,74	89%
Dívidas a Terceiros										
Dívidas a Terceiros		0%		0%		0%		0%		0%
Acréscimos e Diferimentos	222.213.291,16	178%	105.208.075,92	70%	39.830.945,36	39%	80.795.805,84	96%	53.908.279,86	88%
Acréscimos e Diferimentos	306.180,28	0,2%	428.463,75	0%	191.992,75	0%	198.907,04	0%	635.504,88	1%
Total Fundos Próprios e Passivo	124.556.856,59	100%	149.981.800,11	100%	102.021.241,36	100%	84.401.546,62	100%	61.164.959,61	100%

Fonte: Elaboração própria com correção dos balanços inseridos na plataforma de prestação de contas eletrónica do TC, relativamente aos anos de 2011, 2012 e 2013, no ano de 2013 foi considerado o valor de € 258.944,62 relativo a receita cobrada não utilizada e entregue nos cofres do Estado, em disponibilidades de forma a coincidir com o balancete e tornar os dados comparáveis com os anos anteriores nos quais o valor equivalente foi considerado em disponibilidades. Os anos de 2009 e 2010 foram elaborados com base nos documentos de prestação de contas em suporte papel.

O **fundo patrimonial**, constituído pelo património inicial, reservas de reavaliação, resultados transitados e resultados líquidos, cfr. NBDR, manteve-se positivo a partir de 2010 apresentando, no entanto, flutuações associadas às expressivas variações dos resultados líquidos e dos resultados transitados.

¹⁰⁸ Cfr. ponto 11.1. Acresce que a antiguidade de algumas dívidas ultrapassa em muito os 180 dias. A título de exemplo, as dívidas das duas entidades da Administração Local que, à data de 31 de dezembro de 2013, apresentavam os maiores montantes (entidades com os códigos ADSE 4886 e 4771, respetivamente com € 11,9 milhões e € 2,3 milhões de dívida, 23% da dívida total registada), remontam a novembro de 1994 e a fevereiro de 1986.

Como referido na análise económica, as flutuações dos resultados líquidos resultaram sobretudo de correções relativas a exercícios anteriores. Também os resultados transitados dos exercícios de 2012 e 2013 foram influenciados em cerca de € 6,8 e € 2 milhões, respetivamente, relativos a regularizações extraordinárias de custos, efetuadas para corrigir erros de anos anteriores. Estas regularizações foram registadas diretamente em Resultados transitados por se tratar de valores materialmente relevantes¹⁰⁹.

Quadro 23 – Correções relativas a exercícios anteriores imputadas a resultados transitados

	2012	2013
Regularização de custos com farmácias referentes a dezembro de 2011 cujo pagamento foi realizado em janeiro de 2012	6.576.785,84 €	
Saldo de gerência anterior (não foi pedido como crédito especial)	206.124,47 €	
Sincronização da informação da contabilidade (Gerfip) com a do SICOF		1.985.672,50 €

Fonte: NBDR.

Quadro 24 – Património

Designação	Valor
Saldo de Gerência 2008	282.990,35
Saldo de Gerência 2009 - Parte	500.096,73
Saldo de Gerência 2009 - Crédito especial	20.490.997,05
Total	21.274.084,13

Fonte: NBDR.

O Património, que deve registar os fundos relativos à constituição da entidade resultantes dos ativos e passivos que lhe sejam consignados¹¹⁰, foi afetado positivamente no exercício de 2010 com a transferência do montante inicialmente refletido na conta 59 – Resultados Transitados (€ 21,3 milhões), proveniente de regularizações relacionadas com exercícios anteriores.

Estas regularizações dizem respeito, maioritariamente, a receitas do exercício de 2009, das quais a ADSE-DG só teve conhecimento em 2010¹¹¹, tendo para o efeito solicitado a transição do saldo.

Estes montantes deviam ter permanecido em Resultados Transitados por ser nesta conta que devem ser registadas as regularizações não frequentes de grande significado que não devem afetar os resultados líquidos do exercício¹¹², contudo o procedimento adotado não alterou o valor do Fundo Patrimonial, alterando o valor do Património.

O **passivo** apresenta oscilações acentuadas, -53% e -62% nos dois primeiros biénios e um aumento significativo (+102%) de 2011 para 2012, que resultaram da variação do montante de dívidas a terceiros que respeitam maioritariamente a prestadores de cuidados convencionados.

No exercício de 2010, a dívida aos prestadores de cuidados de saúde do SNS, refletida no balanço a 31 de dezembro de 2009, no total de € 162,3 milhões, foi objeto de um pagamento extraordinário de € 50 milhões e anulado o valor remanescente de € 112,3 milhões¹¹³, por orientação do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, em cumprimento dos Memorandos de Entendimento de 2010 entre representantes do Ministério da Saúde e dos subsistemas públicos de saúde, cfr. desenvolvimento no ponto 9.1.

¹⁰⁹ Superam 1% dos valores das contas de proveitos com os reembolsos, cfr. NBDR.

¹¹⁰ Bem como as alterações subsequentes que venham a ser formalmente autorizadas pelas respetivas tutelas, cfr. POCP – Notas explicativas às contas.

¹¹¹ À data a ADSE-DG reconhecia/contabilizava a receita proveniente do desconto do quotizado no momento em que recebia os mapas referentes a essa receita remetidos pela Direção de Serviços da conta da DGO.

¹¹² Cfr. POCP – Notas explicativas às contas.

¹¹³ Através do registo na conta 698 – outros custos e perdas extraordinários cumprindo o estabelecido no ponto nº 6 da Diretriz Contabilística n.º 8, de novembro de 1992.



A tendência decrescente das dívidas a terceiros inverteu-se no exercício de 2012 com um crescimento de cerca de 103% devido ao facto de nesse ano a ADSE-DG ter antecipado o pagamento de dívida a vencer no ano seguinte no montante de € 5 milhões enquanto, em 2011 e em 2013, antecipou pagamentos no montante de cerca de € 36 e € 38 milhões respetivamente, como especificado no ponto 7.2.

Em 2010 a ADSE-DG alterou o critério de contabilização da dívida aos prestadores convenacionados passando a ser contabilizada na conta 228 – Fornecedores – Faturas em receção e conferência, que aí permanece relevada até ao pagamento. Este procedimento não cumpre o previsto no POCP segundo o qual esta conta apenas deve refletir o registo de faturas, recebidas ou não, por não terem chegado à entidade até essa data ou não terem sido ainda conferidas, sendo debitada por crédito da conta 221 aquando da contabilização definitiva da fatura¹¹⁴.

Sem prejuízo de as Demonstrações Financeiras não refletirem com exatidão, a verdadeira situação da ADSE-DG, ainda assim, procedeu-se à representação gráfica dos balanços dos exercícios de 2010 a 2013 que apresentam uma estrutura financeira equilibrada com os capitais permanentes¹¹⁵ a cobrir o ativo fixo financiando ainda parte do ativo circulante. No entanto a capacidade da ADSE-DG financiar o ativo através do fundo patrimonial medida pela autonomia financeira¹¹⁶ apenas se mostrou satisfatória no exercício de 2011 (0,61), revelando assim, nos restantes exercícios, dependência em relação a terceiros, uma vez que o seu ativo é financiado maioritariamente por capitais alheios.

Figura 8 – Representação dos balanços 2010-2013



A melhoria do indicador de autonomia financeira em 2011 resultou do acréscimo, 40%, que o Fundo Patrimonial apresentou devido à integração do resultado líquido positivo do ano de 2010 no montante de cerca de € 121 milhões. Por sua vez, este resultado foi influenciado pelos resultados extraordinários cuja maior componente foi a anulação de dívidas ao SNS, cerca de € 112 milhões, não resultando da atividade operacional da ADSE-DG.

¹¹⁴ Nas NBDR a ADSE-DG, justifica este procedimento com o facto de ser a conta utilizada no processamento executado pela GERAP.

¹¹⁵ Valor dos capitais com que a empresa se financia que têm caráter de médio/longo prazo, não terão de ser reembolsados ou então poderão ser reembolsados num período de tempo alargado.

¹¹⁶ Traduz a capacidade da entidade financiar o ativo através do fundo patrimonial sem ter de recorrer a empréstimos. Quanto maior o fundo patrimonial maior o nível de autonomia da entidade face a terceiros.



Quadro 25 – Indicadores Financeiros

INDICADORES		2010	2011	2012	2013	
Equilíbrio Financeiro	Autonomia financeira	Fundo Patrimonial/Activo Total	0,30	0,61	0,04	0,11
	Solvabilidade	Fundo Patrimonial/Passivo Total	0,42	1,55	0,04	0,12
	Endividamento de CP	Passivo Circulante/Activo Circulante	0,71	0,40	0,97	0,89
Liquidez	Liquidez Geral	Activo Circulante/Passivo CP	1,41	2,52	1,03	1,12
	Liquidez Reduzida/Tesouraria	(Dividas de Terceiros CP + Disponibilidades)/Passivo de CP	1,41	2,52	1,03	1,12

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos de prestação de contas.

Os indicadores de liquidez apresentam níveis satisfatórios, suficientes para tranquilizar os credores quanto à possibilidade de cobrança dos seus créditos uma vez que, superando o valor unitário, permitem-lhe fazer face aos seus compromissos de curto prazo, embora com uma margem mínima na maioria dos exercícios.

Quadro 26 – Prazo médio de pagamentos

INDICADORES		2009	2010	2011	2012	2013
Prazo médio de pagamentos	(Fornecedores/FSE)*365	83	69	30	61	44

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos de prestação de contas.

Os níveis de endividamento mostram que as dívidas a receber são suficientes para pagamento das obrigações financeiras, situação também patente nos prazos médios de pagamento a fornecedores. Apesar da variação ocorrida ano após ano, a ADSE-DG não só cumpriu os prazos limite convencionados, 90 a 120 dias, como ainda teve capacidade para antecipar pagamentos (em 2011, 2012 e 2013).

Constatou-se também um equilíbrio funcional das origens e aplicações, em qualquer um dos exercícios, com o fundo de maneo suficiente para fazer face às necessidades em fundo de maneo, sem contudo apresentar uma margem de segurança suficiente que permita colmatar quebras entre recebimentos e pagamentos.

Quadro 27 – Balanço funcional

N.º	Rubricas	2009	2010	2011	2012	2013
1	Fundo patrimonial	-97.962.614,85	44.345.260,44	61.998.303,25	3.406.833,74	6.621.174,87
2	Fundos alheios estáveis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	Fundos permanentes (1+2)	-97.962.614,85	44.345.260,44	61.998.303,25	3.406.833,74	6.621.174,87
4	Activo fixo	6.189.173,16	1.267.900,91	1.509.196,09	1.177.992,33	780.947,81
5	Fundo de Maneio (3-4)	-104.151.788,01	43.077.359,53	60.489.107,16	2.228.841,41	5.840.227,06
6	Cientes	113.817.779,45	134.532.143,07	100.144.622,06	83.134.587,39	60.036.617,30
7	Outras contas a receber					
8	Existências	65.568,86	88.516,77	158.378,74	71.764,58	72.535,98
9	Diferimentos	0,00	13.027,75	0,00	13.821,51	13.213,90
10	Necessidades cíclicas (6+7+8+9)	113.883.348,31	134.633.687,59	100.303.000,80	83.220.173,48	60.122.367,18
11	Fornecedores	222.213.291,16	105.208.075,92	39.830.945,36	80.795.805,84	53.908.279,86
12	Outras contas a pagar					
13	Acréscimos e diferimentos	306.180,28	428.463,75	191.992,75	198.907,04	635.504,88
14	Recursos cíclicos (11+12+13)	222.519.471,44	105.636.539,67	40.022.938,11	80.994.712,88	54.543.784,74
15	Necessidades em fundo de maneo (10-14)	-108.636.123,13	28.997.147,92	60.280.062,69	2.225.460,60	5.578.582,44
16	Caixa e depósitos bancários	4.484.335,12	14.080.211,61	209.044,47	3.380,81	261.644,62
17	Tesouraria ativa (16)	4.484.335,12	14.080.211,61	209.044,47	3.380,81	261.644,62
18	Tesouraria passiva					
19	Tesouraria Líquida (5-15) ou (17-18)	4.484.335,12	14.080.211,61	209.044,47	3.380,81	261.644,62

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos de prestação de contas.

Notas:

Necessidades em fundo de maneo representam as necessidades de financiamento requeridas pelo ciclo de exploração.

Necessidades cíclicas – compreendem as contas resultantes das decisões enquadradas no ciclo de exploração, que implicam necessidades de financiamento das atividades de exploração.

Recursos cíclicos - compreendem as contas resultantes das decisões enquadradas no ciclo de exploração, que geram de forma automática recursos financeiros.

Tesouraria ativa – Ativos líquidos e quase líquidos (caixa e depósitos bancários e outros que possam ser transformados em liquidez num prazo inferior a 12 meses).



Tesouraria passiva – passivo imediato ou quase imediato que resulte de decisões de financiamento (inclui todas as contas a pagar num prazo de 12 meses, que não seja afeto à exploração).
(vd. João Carvalho das Neves, Análise e relato financeiro).

Em conclusão a ADSE-DG apresenta uma situação financeira equilibrada mas com evidentes sinais de risco, uma vez que, até 2014, não tem gerado excedentes que suportem as quebras nos recursos provocadas pela dificuldade na cobrança das dívidas. Estes excedentes porém não devem ser conseguidos apenas com base no aumento da receita (*maxime* da taxa de desconto), mas também pela introdução de medidas que promovam a eficiência na gestão do sistema de benefícios, nomeadamente, com a alteração da natureza e regime jurídicos da ADSE-DG, a mesma poder proceder regularmente a aplicações de tesouraria.

8.3. TESOURARIA

A Direção-Geral promoveu, nos períodos em análise, a maioria das operações de cobrança e pagamento em contas da Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública - IGCP, E.P.E., dando cumprimento parcial ao estabelecido no princípio de unidade de tesouraria do Estado.

Efetivamente, verificou-se a existência de duas contas na banca comercial - Caixa Geral de Depósitos justificada pelo facto de a IGCP, E.P.E., não assegurar todas as operações bancárias de que são exemplo os pagamentos de despesas referentes a formulários europeus relativos a cuidados de saúde no estrangeiro e pagamentos de via verde das viaturas da Direção-Geral, cfr. Anexo 16. Em novembro de 2013 foi encerrada uma destas contas.

Tendo em conta as verificações efetuadas, a apreciação final às demonstrações financeiras da ADSE-DG, apenas na exata medida das mesmas, no que concerne à consistência, à integralidade e fiabilidade das demonstrações financeiras dos anos em análise merece as seguintes observações:

- ✚ Desrespeito pelos princípios contabilísticos previstos no POCP, nomeadamente, do acréscimo, da consistência¹¹⁷, da prudência¹¹⁸ e da materialidade¹¹⁹.
- ✚ Realização, recorrente de regularizações de erros e omissões materialmente relevantes em anos posteriores, com influência nos resultados líquidos de cada um dos anos;
- ✚ Inexistência de garantia de que todo o património da ADSE-DG se encontra refletido nos balanços, uma vez que não é usual a realização da inventariação física dos bens.

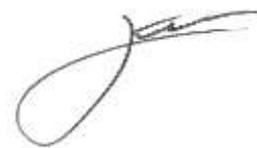
Sobre as observações à consistência, integralidade e fiabilidade das demonstrações financeiras ambos os Diretores-Gerais da ADSE (o Diretor-Geral em exercício de funções até 2014 e o atual Diretor-Geral) reconhecem que os procedimentos adotados não correspondem às melhores práticas de disciplina contabilística realçando, no entanto, o esforço da Direção-Geral na aplicação dos princípios contabilísticos atentas as dificuldades em áreas de maior relevância como a contabilização da receita no ano seguinte, resultantes do regime jurídico-financeiro que ainda rege a ADSE-DG (serviço integrado).

Acrescentam que, de ano para ano, estas dificuldades possam vir a diminuir, considerando as melhorias que têm vindo a ser implementadas e a alteração do regime jurídico que se perspetiva.

¹¹⁷ Procedem recorrentemente a alterações de políticas contabilísticas, referidas nas NBDR, por exemplo nota 8.2.1, conta utilizada para contabilizar as dívidas. Forma de contabilização dos custos com farmácias.

¹¹⁸ Não procederam a estimativas da receita para refletir nas contas de cada um dos anos a receita que as entidades faltosas apenas entregam nos anos subsequentes, não procederam ao cálculo de provisões para dívidas incobráveis.

¹¹⁹ As demonstrações financeiras não evidenciam todos os elementos relevantes que afetam as avaliações, por exemplo o caso da especialização dos exercícios reflete-se aqui, o caso das dívidas não coincidirem com as das entidades devedoras.



Apesar de ambos os responsáveis minimizarem a pertinência da inclusão nas demonstrações financeiras do risco de incobabilidade das dívidas por se tratar de entidades da Administração Pública, o Tribunal não pode deixar de recordar a antiguidade de algumas dívidas que a própria Associação Nacional de Municípios, também ouvida em contraditório, salienta não poder “... ser objeto de solução a curto prazo.” assim como o litígio subjacente às relações financeiras entre a ADSE-DG e as Administrações Regionais, observado no ponto 12.3 e nas alegações apresentadas por entidades destas Administrações.

A desvalorização do princípio da prudência, através da constituição de provisões para dívidas de cobrança duvidosa é, aliás, inconsistente com a informação prestada pelo Diretor-Geral atualmente em funções, a propósito da existência ou não de um plano de cobrança efetiva das dívidas (informação objeto do ponto 11.1 deste Relatório), ao admitir e identificar “... situações para as quais (...) não tem sido possível encontrar qualquer tipo de solução ou acordo para resolução da elevada dívida ...”. A “... responsabilidade e a colaboração institucional que necessariamente subjaz nas relações entre estas entidades ...” não se está a verificar, pelo menos relativamente a algumas situações.

Assim, o Tribunal reforça que esse risco deve ser refletido nas demonstrações financeiras.

Relativamente à inventariação física dos bens, o atual Diretor-Geral informa sobre a implementação de um novo procedimento, realizado através de um leitor de código de barras, que permitirá inventariações mais regulares.

9. EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS COM SAÚDE

9.1. ENCARGOS COM SERVIÇOS PRESTADOS PELO SNS E PELOS SRS/RA E COM A COMPARTICIPAÇÃO NO PREÇO DOS MEDICAMENTOS – A CONCEÇÃO DA ADSE COMO UM SUBSISTEMA DE SAÚDE

Com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, o financiamento público da ADSE, criada em 1963, gerou uma duplicação da cobertura de despesas em cuidados de saúde por parte dos quotizados da mesma.

No entanto, esta situação foi parcialmente ultrapassada com a conceção da ADSE como um “subsistema de saúde” e a sua responsabilização pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus quotizados, qualquer que fosse o modo de prestação, incluindo a prestação de cuidados em instituições e serviços do SNS, e da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos adquiridos por aqueles¹²⁰.

Não obstante o SNS ser universal quanto à população abrangida¹²¹, sendo todos os cidadãos, antes de mais, utentes do mesmo, nas Regiões Autónomas, as atribuições do SNS são desenvolvidas pelos Serviços Regionais de Saúde¹²² (SRS/RA).

¹²⁰ Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março, que veio regulamentar as condições de exercício do direito de acesso ao SNS, definindo a possibilidade de os estabelecimentos integrados no SNS facturarem aos subsistemas de saúde, a um preço tão próximo quanto possível do custo real, o pagamento dos cuidados que prestem aos respetivos beneficiários, conjugado com o art.º 19.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 118/83. Decreto-Lei n.º 242-B/2006, de 29 de dezembro, estabelece o regime jurídico do recebimento pelas farmácias da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos dispensados a beneficiários do SNS que não estejam abrangidos por nenhum subsistema de saúde, conjugado com o Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, e o art.º 28 do Decreto-Lei n.º 118/83.

¹²¹ Art.º 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP) e Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (LBS - Lei n.º 48/90, de 24 de agosto).

¹²² Art.º 64.º, n.º 4, da CRP, bases II e VIII da LBS, Estatutos Políticos Administrativos das Regiões Autónomas (art.ºs 37.º, n.º 1, al. e), da Lei n.º 130/99, de 21 de agosto, e 59.º da Lei n.º 39/80, de 5 de agosto) e Estatutos dos SRS/RA (art.ºs 1.º, n.º 2, e 2.º do DLR n.º 4/2003/M, de 7 de abril, e 3.º do DLR n.º 28/99/A, de 31 de julho). Sobre as relações entre o SNS e os SRS/RA vide Anexo 31.



Para além desta descentralização, para a efetivação do direito à saúde, o Estado pode corresponsabilizar entidades públicas ou privadas, os designados subsistemas de saúde, pela prestação e/ou financiamento de cuidados de saúde a um conjunto de cidadãos, transferindo para eles a responsabilidade, originariamente a cargo do Estado, de garantir o acesso aos cuidados de saúde por parte desses de cidadãos¹²³. Os subsistemas de saúde, em Portugal, têm tido uma base profissional e são extensíveis aos agregados familiares.

A corresponsabilização dos subsistemas pode ser feita por via legal – no caso dos subsistemas de saúde públicos, como a ADSE - ou contratual - no caso dos subsistemas de saúde privados que existiram até 2011¹²⁴, inclusive.

Em resultado dessa responsabilização, o Estado transferiu fundos públicos, receitas gerais com origem nos impostos, para as entidades gestoras dos subsistemas que, em contrapartida, asseguravam a totalidade da prestação e/ou financiamento de cuidados de saúde aos beneficiários dos mesmos, incluindo os prestados em instituições do SNS e dos SRS/RA e a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Quando esses beneficiários usufruíam de cuidados prestados em instituições e serviços do SNS ou dos SRS/RA, estes faturavam aos subsistemas um preço pelos cuidados prestados¹²⁵. Por seu turno, as farmácias faturavam diretamente aos subsistemas os encargos do Estado no preço dos medicamentos adquiridos pelos seus beneficiários.

Memorandos 2010 - Alteração das relações financeiras entre a ADSE e o SNS

Em janeiro e novembro de 2010, foram celebrados Memorandos de Entendimento entre representantes do Ministério da Saúde e dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública, da Defesa Nacional e da Administração Interna, com os objetivos de:

- eliminar as relações financeiras entre o SNS e a ADSE-DG e os outros subsistemas de saúde públicos (o primeiro); e
- saldar as dívidas dos subsistemas às instituições e serviços do SNS por serviços prestados até 31 de dezembro de 2009 e transferir os encargos com a comparticipação de medicamentos prescritos no SNS (o segundo).

Embora tenham alterado o modo de financiamento do SNS quando estivessem em causa cuidados prestados a quotizados dos subsistemas, não alteraram a conceção dos mesmos como subsistemas.

Memorandos 2010 - Transferência de encargos com serviços prestados pelos serviços e entidades do SNS

Em consequência dos Memorandos, as prestações de saúde realizadas em instituições e serviços do SNS e a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos pelos serviços e entidades

¹²³ Bases IV e XXXIII da Lei de Bases da Saúde, art.º 23º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, art.º 28º, n.º 1, al. b), do Estatuto do SRS dos Açores e art.º 10º do Estatuto do SRS da Madeira.

¹²⁴ Com base no Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro, foram celebrados protocolos entre o Estado e a Portugal Telecom (PT), os Serviços de Apoio Médico-Social dos Bancários (SAMS) e os Correios e Telecomunicações (CTT). Estes protocolos foram sendo gradualmente extintos: PT -1 de outubro de 2006; CTT – 1 de janeiro de 2007; SAMS Sul e Ilhas – 1 de janeiro de 2009; SAMS Centro – 1 de janeiro de 2011; SAMS Norte – 1 de janeiro de 2012. Durante a vigência dos protocolos, em contrapartida de cada um dos subsistemas ter ficado responsável pela prestação e/ou financiamento de cuidados de saúde à população abrangida, incluindo a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, os subsistemas de saúde privados foram financiados, pelo orçamento do Estado (via orçamento do Serviço Nacional de Saúde), com base num valor correspondente a uma capitação por beneficiário. Após a extinção dos protocolos, a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários por eles abrangidos passou a ser assegurada diretamente pelo Estado, enquanto utentes do Serviço Nacional de Saúde, e por aquelas entidades, em complementaridade à prestação de cuidados de saúde pelo SNS.

¹²⁵ Com base nas tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, aprovadas por portaria do Governo, e pelos Serviços Regionais de Saúde, aprovadas por portaria dos Governos Regionais, que têm adaptado às Regiões Autónomas as portarias do SNS.



do SNS, passaram a ser financiadas diretamente pelo orçamento do Estado que, para o efeito, procede a transferências para o orçamento do SNS, cuja gestão é responsabilidade da ACSS¹²⁶.

Estas transferências incluem valores retidos nas transferências do orçamento do Estado para as Autarquias Locais que, nos termos do Decreto-Lei n.º 118/83, são responsáveis financeiramente pelos cuidados prestados aos seus trabalhadores e respetivos familiares no âmbito do sistema ADSE. Até 31 de dezembro de 2009 estes cuidados eram pagos pelas Autarquias à ADSE-DG com base em notas de reembolso emitidas por esta. Deixando de ter de pagar estes cuidados à ADSE-DG, os mesmos cuidados passaram a ser ressarcidos diretamente ao SNS através das referidas retenções.

Para o efeito, anualmente as leis do orçamento do Estado derrogam a legislação relativa às relações financeiras entre o SNS e os subsistemas de saúde¹²⁷, contendo as autorizações necessárias à assunção de encargos pelo SNS e ao financiamento deste¹²⁸.

Quanto à retenção nas transferências do orçamento do Estado para as Autarquias Locais, o Secretário-Geral da Associação Nacional de Municípios, ouvido no âmbito do contraditório, evidencia *“... que a ANMP, desde o ano de 2010, se posicionou de forma muito crítica relativamente à imposição do regime de retenções (...) às Autarquias ...”* considerando ser de *“... aproveit[ar] o presente momento (...) para uma reflexão cuidada sobre a criação e a evolução deste mecanismo.”*

Sendo uma situação com origem em alterações ao financiamento do sistema ADSE, a mesma, embora referenciada no presente Relatório, não é objeto da presente auditoria e, conseqüentemente, de qualquer juízo do Tribunal. No entanto, o Tribunal entendeu incluir no Relatório a alegação em causa, considerando que a mesma apela a uma reflexão sobre a participação da Administração Local no financiamento dos cuidados de saúde prestados pelo SNS aos seus trabalhadores, que pode desvanecer as dúvidas que sobre esta matéria as Autarquias Locais têm colocado.

Na sequência dos Memorandos a ADSE-DG deixou de ter, a partir de 2010, dotação orçamental para prover aos encargos com os serviços prestados pelas instituições e serviços do SNS, sendo que a mesma suportava também os encargos com os serviços prestados pelos SRS/RA.

¹²⁶ A transferência dos encargos financeiros ocorreu em momentos temporais diferentes: desde janeiro de 2010, os encargos com a prestação de cuidados em serviços e instituições do SNS; desde setembro de 2010, os encargos com os cuidados prestados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados; desde dezembro de 2010, a comparticipação no preço de medicamentos prescritos em serviços e estabelecimentos do SNS aos quotizados da ADSE, cfr. Relatório de Atividades da ADSE de 2010.

¹²⁷ Designadamente as normas já mencionadas da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

¹²⁸ Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril (LOE 2010 - vide Relatório da proposta de Lei e art.º 154º da Lei, relativo às transferências das Autarquias Locais para o SNS, como contrapartida dos encargos até então assumidos pela ADSE). A partir de 2011, embora as transferências orçamentais para o SNS tenham diminuído relativamente a 2010 traduzindo o impacto e medidas de contenção orçamental, as mesmas abrangem também os encargos com os quotizados da ADSE, cfr. art.ºs 160º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro (LOE 2011) e 189º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (LOE 2012). As leis do orçamento seguintes deixaram de ter previsão específica para esta situação, parecendo assumir a transferência de encargos, ocorrida em 2010, como definitiva, porém a LOE 2015 (Lei n.º 82-B/2014), inclui novamente essa estatuição (art.º 151º). Do mesmo modo os contratos-programa celebrados com as unidades de saúde do SNS, ao longo dos anos em análise, contêm uma cláusula em que se estabelece que as prestações de saúde contratadas respeitam aos quotizados da ADSE. As transferências das Autarquias Locais têm-se mantido, cfr. art.ºs 161º do OE 2011, 190º do OE 2012, 152º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (LOE 2013), 150º da Lei n.º 83-C/2013, de 13 de dezembro (LOE 2014), e 154º Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro (LOE 2015). De acordo com os diplomas de execução orçamental os valores retidos nas transferências para as Autarquias Locais e entregues ao SNS são cerca de: € 38,4 milhões em 2010 e de € 37,3 milhões em cada um dos anos de 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.



Memorandos 2010 - Transferência de encargos para o SNS com a participação no preço dos medicamentos

Na sequência dos Memorandos de 2010 a ADSE-DG deixou também de ter responsabilidade pelo pagamento da participação do Estado no preço dos medicamentos prescritos por entidades do SNS e dispensados em farmácias de Portugal continental.

Manteve, no entanto, a responsabilidade pelo pagamento da participação no preço de medicamentos dispensados a quotizados da ADSE e prescritos por entidades privadas não integradas no SNS.

Esta responsabilidade apenas foi transferida para o SNS em 2015¹²⁹. Apesar de, desde abril de 2013, a ADSE-DG ter deixado de pagar diretamente às farmácias de Portugal continental, a mesma ainda procedeu a transferências financeiras para a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS)¹³⁰ como contrapartida de o SNS assumir aqueles encargos, cfr. Anexo 17.

As transferências para a ACSS, em 2013 e 2014, resultaram do compromisso assumido pelo Estado português no âmbito do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica com vista à redução do custo orçamental global com sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas (ADSE, ADM, SAD/PSP e SAD/GNR) e ao seu autofinanciamento.

Refira-se que os medicamentos prescritos por entidades privadas são comparticipados, para a generalidade dos cidadãos, pelo SNS. Tal apenas não acontecia, até 2014, relativamente aos quotizados dos subsistemas de saúde.

Memorandos 2010 - Questões em aberto

A solução dos Memorandos, não alterando o enquadramento jurídico da ADSE como subsistema de saúde, deixou em aberto questões relacionadas com a responsabilidade financeira da ADSE-DG.

Desde já ressalta que os responsáveis pela celebração dos Memorandos “esqueceram” a descentralização do SNS, nas Regiões Autónomas (cfr. Anexo 31), não envolvendo qualquer representante dos SRS/RA. Este facto está na origem das seguintes situações, que são analisadas nos pontos 12.1 e 12.2:

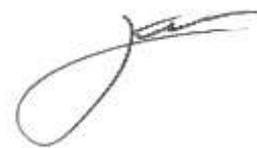
- ✚ Os SRS/RA continuam a faturar à ADSE-DG os cuidados por eles prestados a quotizados da ADSE, cuja responsabilidade financeira não é dos Governos Regionais, sem que a ADSE-DG disponha de dotação orçamental para o efeito e não reconhecendo, por isso, a dívida;
- ✚ Os encargos com os medicamentos dispensados nas Regiões, qualquer que seja a origem da prescrição, continuam a ser suportados pela ADSE-DG.

Para além destas situações:

- ✚ Apesar do segundo Memorando de 2010 ter como objetivo saldar as dívidas dos subsistemas às instituições e serviços do SNS por serviços prestados até 31 de dezembro de 2009, estes ainda têm registado nas suas contas dívidas da ADSE-DG por cuidados por elas prestados até àquela data, cfr. ponto 9.1.1.

¹²⁹ Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro (LOE 2015, art.º 153º).

¹³⁰ Entidade gestora do financiamento do SNS, cfr. Decreto-Lei n.º 35/2012, de 25 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro.



- ✚ Após 1 de janeiro de 2010, as instituições e serviços do SNS continuaram a faturar à ADSE-DG cuidados por elas prestados a quotizados da ADSE cuja dívida não é reconhecida por aquela Direção-Geral, considerando o disposto nos Memorandos de 2010 e o facto de não dispor de dotação orçamental para o efeito, cfr. ponto 9.1.2.

Para além destas questões, a ADSE-DG continua a suportar encargos que são responsabilidade do SNS/SRS-RA para a generalidade dos cidadãos, cfr. ponto 9.2 e 12.2.

Na sequência do compromisso assumido, pelo Estado português, no âmbito Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, de redução do custo orçamental global com sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas (ADSE, ADM, SAD/PSP e SAD/GNR) e do seu autofinanciamento, ocorreram alterações na responsabilidade dos subsistemas de saúde pelo financiamento do SNS.

A sustentabilidade da ADSE com base no desconto dos quotizados exige designadamente uma redefinição da responsabilidade financeira da ADSE-DG face ao SNS e aos SRS/RA. O desconto não pode suportar despesa que já é sustentada pelos impostos que os quotizados da ADSE também suportam.

9.1.1. REGISTO NAS CONTAS DAS INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS DO SNS DE DÍVIDAS DA ADSE POR SERVIÇOS PRESTADOS ATÉ 31.12.2009

Em execução do primeiro Memorando de 2010, foi constituído um grupo de trabalho, mediante Despacho conjunto dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública, da Defesa Nacional, da Administração Interna e da Saúde, de 19 de janeiro de 2010, com o propósito de apurar os montantes em dívida, ao SNS, pelos subsistemas públicos de saúde, por cuidados prestados até 31 de dezembro de 2009, e apresentar propostas para a sua regularização.

Para o apuramento dos valores em dívida ressaltaram desde logo dois pontos de vista diferentes, ACSS *versus* subsistemas:

- ✚ A ACSS entendia que toda a dívida de anos anteriores, bem como a faturação efetuada em 2010 relativa a serviços prestados pelo SNS até 31 de dezembro de 2009, deviam ser pagas ao SNS (a ACSS reforçava esta posição com o atraso da faturação no SNS prevendo que apenas em abril de 2010 fecharia a faturação de 2009);
- ✚ Os subsistemas entendiam que não existiriam outros pagamentos uma vez que aos seus orçamentos já tinham sido retiradas as respetivas dotações relativas ao valor a pagar ao SNS no ano de 2010.

Perante o diferendo, o Grupo de Trabalho solicitou aos subsistemas e às entidades do SNS o levantamento das respetivas dívidas, resultando daí uma primeira estimativa, apresentada em 19 de fevereiro de 2010, cfr. quadros seguintes:



Quadro 28 - Dívida reportada pelos Subsistemas

Subsistemas	Faturas registadas e não pagas a 31/12/09	Faturas registadas e não pagas*	Total
ADSE	112,0	26,2	138,2
Forças armadas (MD)	27,3	7,3	34,6
Forças Militarizadas (MAI)	40,4	5,5	45,9
Total	179,7	39,0	218,7

*Faturas relativas a serviços prestados em 2009 e registadas em 2010: ADSE até 31/01/2010 e GNR e PSP e Forças Armadas até 16/02/2010

Quadro 29 - Dívida reportada pelas Unidades de Saúde

Subsistemas	Saldo inicial	Faturas registadas e não pagas a 31/12/09			Por cobrar (faturação emitida em 2010)**	Total
		Emitida*	Cobrada	Por cobrar		
ADSE	212,1	490,0	380,8	315,4	48,9	364,3
Forças armadas (MD)	32,2	36,5	28,8	38,9	3,8	42,7
Forças Militarizadas (MAI)	43,9	53,2	45,2	49,5	4,3	53,8
Total	288,2	579,7	454,8	403,8	57,0	460,8

*Faturação líquida de incobráveis, correções e anulações

**Faturação emitida em 2010 referente a serviços prestados até 31/12/2009

O montante das dívidas apresentado pelas partes interessadas difere em cerca de € 242 milhões, dos quais, € 226 milhões (93%) dizem respeito à divergência das dívidas da ADSE-DG ao SNS.

Em 22 de março de 2010 a ACSS atualizou o valor apresentado em fevereiro para € 469,5 milhões e em abril do mesmo ano este valor foi novamente revisto tendo passado para € 490,8, tendo neste último apuramento a ACSS deduzido o montante de notas de reembolso devidas por entidades do SNS à ADSE-DG.

Quadro 30 - Dívidas reportadas pelo SNS, março de 2010

Subsistemas	Por cobrar a 31/12/09	Por cobrar faturação emitida em 2010 *	Total Faturação por Cobrar
ADSE	297,4	74,5	371,9
Forças armadas (MD)	37,5	6,7	44,2
Forças Militarizadas (MAI)	46,6	6,8	53,4
Total	381,5	88,0	469,5

*Faturação emitida em 2010 referente a serviços prestados até 31/12/2009

Quadro 31 - Dívidas reportadas pelo SNS, abril de 2010

Subsistemas	Por cobrar a 31/12/09	Por cobrar faturação emitida em 2010 *	Total Faturação por Cobrar	Reembolsos ADSE, SFA	Total Faturação por Cobrar (deduz RO da ADSE)
ADSE	293,8	97,6	391,4	4,4	387,0
Forças armadas (MD)	36,5	9,1	45,6		45,6
Forças Militarizadas (MAI)	48,6	9,6	58,2		58,2
Total	378,9	116,3	495,2	4,4	490,8

Concluído o levantamento das dívidas, foi celebrado o segundo Memorando de Entendimento, em novembro de 2010, que carece de alguma clareza, desde logo por ser celebrado entre os Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, com a ausência dos Ministérios da Defesa Nacional e da Administração Interna.

A falta de clareza continua visível no valor reconhecido como dívida no Memorando. Perante a divergência entre os montantes indicados pelas entidades do SNS e pelos subsistemas, o valor acabou por resultar de um acordo entre os representantes dos Ministérios participantes, sem qualquer fundamento, designadamente nos registos contabilísticos da ADSE-DG e dos serviços e instituições do SNS, valor que, como adiante se conclui, pecaria por defeito na perspetiva das entidades do SNS¹³¹. Neste sentido foi acordado:

- Reconhecer a dívida ao SNS por serviços prestados a quotizados dos subsistemas de saúde públicos até dezembro de 2009 no montante de € 400 milhões;

¹³¹ Refira-se que, os atrasos na emissão de faturação pelas instituições e serviços do SNS também contribuíram para a falta de fundamentação contabilística da determinação do valor da dívida. Este atraso seria cerca de 4 meses segundo documento elaborado pela DGO, em 22 de fevereiro de 2010, sobre a primeira reunião de trabalho para a determinação do montante em dívida. Porém, auditorias do Tribunal de Contas dão conta de atrasos superiores, vide, a título de exemplo: Relatório de Auditoria n.º 14/2012 – 2ª Secção; Relatório de Auditoria n.º 30/2013 – 2ª Secção.



- ✚ Determinar como valor líquido da dívida o montante de € 365 milhões, resultante da dedução aos € 400 milhões das despesas suportadas em 2010 pela ADSE¹³² e do acréscimo do reforço de € 50 milhões nos termos do n.º 3 do Memorando de Entendimento de janeiro, relativo a medicamentos de receituários emitidos por médicos do SNS.
- ✚ Assunção pelo SNS das responsabilidades de pagamento às farmácias decorrentes de receituários emitidos por médicos ao SNS a partir de dezembro de 2010;
- ✚ Pagamento imediato de € 150 milhões ao SNS e o restante em duas transferências, uma, em 2011, de € 150 milhões e outra, em 2012, de € 65 milhões. O pagamento seria feito diretamente por transferências dos orçamentos do Estado, através da DGO, para a ACSS.

As duas primeiras transferências foram efetuadas pela DGO para a ACSS, cumprindo o calendário previsto, tendo a ACSS procedido à sua distribuição pelas entidades do SNS, tendo como critério principal o peso percentual da dívida de cada entidade em relação à dívida total, cfr. Anexo 18.

A terceira e última transferência prevista no Memorando, no montante de € 65 milhões, ocorreu, também, dentro do prazo estabelecido (2012). No entanto, o Secretário de Estado da Saúde solicitou ao Secretário de Estado do Orçamento, por ofício de dezembro de 2012, que aquele montante fosse considerado como “(...) *um aumento da dotação corrente que não estivesse consignada especificamente ao pagamento das dívidas da ADSE.*”, sob pena de a “(...) *mesma poder não ser considerada na determinação do saldo do SNS na conta das AP a ser elaborada pelo INE.*”.

Com este pedido o Secretário de Estado da Saúde assumiu ainda a responsabilidade pelo pagamento das dívidas da ADSE-DG, no âmbito dos contratos programa, sendo estas pagas conjuntamente com a restante produção. O Secretário de Estado do Orçamento, pelo despacho n.º 1981/SEO/2012, de 28 de dezembro, “(...) *autorizou o reforço do orçamento da ACSS por recurso à dotação provisional pelo montante de € 65 milhões*”, tendo em consideração o facto de a ACSS ter disponibilidade em assumir a dívida dos subsistemas ao SNS.

Assim, o montante de € 65 milhões transferido pela DGO, em 28 de dezembro de 2012, para a ACSS foi utilizado para reforço do adiantamento dos contratos programa de todos os hospitais EPE, atenta a “(...) *a necessidade de gerir os fundos disponíveis numa situação, de escassez de recursos e de obrigatoriedade de cumprimento da LCPA (...)*”¹³³ em vez de ter sido distribuído apenas pelas unidades de saúde credoras da ADSE-DG em cumprimento do determinado no Memorando de Entendimento.

Em 2013, no âmbito do Programa de Regularização de Dívidas ao SNS, o Secretário de Estado da Saúde, face à necessidade de aumentar as dotações de despesas com pessoal, na sequência do Acórdão n.º 187/2013 do Tribunal Constitucional que reintroduziu o pagamento de um subsídio, e consequentemente ocorrer às situações mais prementes de falta de tesouraria, determinou que a ACSS procedesse à regularização de dívidas para com as entidades EPE relativas a diversas situações.

Em 2014, a ACSS transferiu para as Administrações Regionais do Centro Algarve e Lisboa e Vale do Tejo um total de cerca de € 32 milhões, “(...) *correspondente à dívida da ADSE*” referente aos anos de 2009 e 2010. Estas transferências foram autorizadas pelo SES, por despachos de 10 e 11 de dezembro de 2014, e destinaram-se ao reforço dos orçamentos das ARS para equilíbrio da sua situação financeira.

¹³² Apesar de indagados os serviços da ADSE-DG sobre as despesas que suportou em 2010 e que foram deduzidas ao montante da dívida, os mesmos não encontraram evidência da determinação do valor e da sua origem.

¹³³ Vd. Despacho do SES de 6 de junho de 2013.



No âmbito deste Programa foi incluído o montante de cerca de € 85 milhões por conta de dívidas à ADSE-DG por serviços prestado até 31 de dezembro de 2009¹³⁴, ultrapassando assim, em cerca de € 51,3 milhões o valor acordado no Memorando de Entendimento. A ACSS justificou a diferença com o facto de o “(...) último apuramento [das dívidas] realizado em abril de 2010 no âmbito do memorando totalizou € 490,8 milhões.”

Quadro 32 – Amortização da dívida da DGO e transferências da ACSS para as entidades do SNS

ANOS	DGO	ACSS
2010	150.000.000	150.000.000
2011	150.000.000	150.000.000
2012	65.000.000	
2013		15.553.994
2013		69.134.237
2014		31.652.583
Total	365.000.000	416.340.814

De notar que à data da celebração do segundo Memorando de Entendimento, novembro de 2010, este valor já se encontrava apurado e o valor líquido a pagar acordado foi € 365 milhões, não tendo sido efetuada qualquer referência à possibilidade de atualização desse montante.

Considerando, no entanto, o modo como foi determinado o valor do Memorando de Entendimento e o acordo decorrente da troca de correspondência entre os Secretários de Estado da Saúde e do Orçamento, em 2012, relativamente à *tranche* de € 65 milhões, nada impede que o Secretário de Estado da Saúde diligencie pela regularização da dívida, constante das contas dos serviços e instituições do SNS como sendo da ADSE-DG, por serviços realizados até 31 de dezembro de 2009.

Porém, no âmbito do questionário realizado às entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS a que se alude *infra*, verificou-se que, por falta de informação das entidades tutelares, designadamente da ACSS, não é claro para aquelas entidades que a entidade devedora não é, desde 2010, a ADSE-DG, mas o Estado, através do Ministério das Finanças/DGO/ACSS, até 2012, e através do Ministério da Saúde/ACSS, a partir daquela data, por terem assumido aquelas dívidas.

Assim, não é legítimo às entidades do SNS que também têm dívidas à ADSE-DG, conforme ponto 11.1.1, justificar o não pagamento das mesmas com as dívidas que a ADSE-DG ainda tem para com elas, referindo a possibilidade de encontro de contas e procedendo, em algumas situações, unilateralmente, a esse encontro. Nas situações em que se registou encontro de contas, a situação deve ser corrigida.

No âmbito dos procedimentos de auditoria procedeu-se à circularização de todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, num total de 56 entidades, incluindo as unidades de saúde em PPP e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e excluindo o IPO do Porto¹³⁵, através de questionários onde se solicitava, entre outra, a seguinte informação¹³⁶:

- Valor da dívida registada como sendo da ADSE-DG às instituições, em 31 de dezembro de 2013, separando o montante relativo a cuidados de saúde prestados até 31 de dezembro de 2009 do relativo a cuidados de saúde prestados após 1 de janeiro de 2010;

¹³⁴ € 15.553.994,00 e € 69.134.236,95, ao abrigo dos Despachos n.º 754/2013, e n.º 775/2013, de 9 e 26 de novembro de 2013, transferências confirmadas pela ACSS por mail de 22 de setembro de 2014.

¹³⁵ Que no âmbito do acompanhamento das recomendações do Relatório n.º 24/2013 – 2.ª Secção, já tinha prestado informação relacionada com estas dívidas. A 31 de dezembro de 2013, a dívida contabilizada pelo IPO do Porto era de cerca € 11 milhões. Tendo esta unidade hospitalar reportado à ACSS, para efeitos do Memorando de novembro de 2010, o valor de € 13,4 milhões, o mesmo veio a ser corrigido para € 22,9 milhões, em resultado de à data da informação reportada (abril de 2010) o mesmo ainda não ter procedido à faturação de toda a produção realizada até 31 de dezembro de 2009.

¹³⁶ Apenas uma entidade não respondeu ao questionário.



- Valor da dívida relativa a cuidados de saúde prestados até 31 de dezembro de 2009 reportada à ACSS no âmbito do Memorando de Entendimento, assim como os respetivos montantes recebidos para regularização dessa dívida.

Da análise da informação recebida concluiu-se pela, já referida, falta de clareza do Memorando dada a divergência de procedimentos adotados pelas entidades neste processo, como a seguir se sintetiza:

- ✓ No reporte das dívidas à ACSS, no âmbito do Memorando, algumas entidades apenas indicaram as dívidas à ADSE-DG por terem entendido que o segundo Memorando apenas se referia a estas;
- ✓ A dívida reportada inclui, nalguns casos, faturação emitida após 1 de janeiro de 2010, relativa não só a cuidados de saúde prestados até 31 de dezembro de 2009, mas também a cuidados de saúde prestados após essa data;
- ✓ As entidades não repartiram o montante recebido da ACSS de forma uniforme por todos os subsistemas, dada a ausência de instruções da ACSS nesse sentido¹³⁷;
- ✓ São indicados valores recebidos relativos a faturação emitida em 2011 que não foram reportados à ACSS.

A falta de clareza do Memorando, bem como a ausência de definição de métodos e de procedimentos para a sua aplicação, prejudicou a fiabilidade e a qualidade da informação impossibilitando análises conclusivas. Efetivamente, da conciliação entre os valores indicados pela ACSS e os valores indicados pelas unidades de saúde em resposta ao questionário, relativamente às dívidas à ADSE-DG, constante do Anexo 18, verificou-se o seguinte:

- Apenas três unidades de saúde indicaram montantes coincidentes com os reportados à ACSS em 2010, para efeitos da celebração do Memorando de Entendimento;
- Somente outras três unidades de saúde indicaram valores recebidos para regularização das dívidas, coincidentes com os montantes indicados pelas ACSS;
- A dívida que resulta dos montantes reportados por cada uma das unidades de saúde não é coincidente com os montantes indicados pela ACSS. Acresce que algumas entidades receberam transferências da ACSS em montante superior à dívida que tinham reportado.

O Memorando de Entendimento, celebrado em novembro de 2010 previa a liquidação completa da dívida ao SNS em 2012. No entanto, nesse ano, os Secretários de Estado da Saúde e do Orçamento alteraram os termos daquele acordo. À data da auditoria o processo ainda está longe de concluído, carecendo urgentemente da concertação entre a ACSS e as unidades de saúde no sentido de se identificar claramente o montante em dívida que estas ainda têm registado nas suas contas¹³⁸, ou os montantes que, eventualmente, tenham recebido indevidamente.

Apurados os montantes devem ser tomadas as medidas necessárias, pagamento ou reposição, para que as contas das unidades de saúde não espelhem qualquer dívida da ADSE-DG, relativamente a esses cuidados de saúde, cumprindo-se assim o propósito do segundo Memorando de Entendimento - saldar as dívidas dos subsistemas às instituições e serviços do SNS, por serviços prestados até 31 de dezembro de 2009.

Recorde-se que a ADSE-DG não é devedora dessa dívida, nos termos dos Memorandos de 2010, que transferiram para o SNS a dotação prevista no orçamento da ADSE-DG destinada ao pagamento dos cuidados prestados pelo SNS e retiraram da responsabilidade da ADSE-DG o pagamento das dívidas

¹³⁷ Designadamente, algumas entidades apenas atribuíram a totalidade do valor à dívida da ADSE-DG, ficando o dos outros subsistemas por liquidar.

¹³⁸ Relativos a serviços prestados até 31/12/2009, faturados até essa data ou posteriormente.



por cuidados prestados até 31 de dezembro de 2009, passando essa responsabilidade para o Estado, através da DGO e/ou da ACSS.

Este diferendo deve ser resolvido entre as unidades de saúde e as respetivas entidades gestoras e tutelares do SNS, de modo a que seja inequívoca a desresponsabilização da ADSE-DG por essas dívidas.

O perpetuar desta situação concorre ainda para as dificuldades de tesouraria das entidades do SNS que, desde 2011¹³⁹, viram os seus encargos acrescidos e os proveitos diminuídos, com a agravante de uma grande maioria ainda não ter beneficiado da regularização completa da dívida anterior a 31 de dezembro de 2009¹⁴⁰.

O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, em sede de contraditório, considera necessário colher orientações da tutela sobre os procedimentos a adotar no que respeita à clarificação da entidade responsável pelas dívidas relativas a faturação de cuidados prestados pelas entidades do SNS a quotizados da ADSE, não obstante prevê a realização de *“... um processo de circularização junto das entidades do SNS no sentido de se apurar o montante das dívidas registadas até 31.12.2009 ...”*.

Sobre a necessidade de correção dos procedimentos de encontros de contas unilaterais, a Ministra de Estado e das Finanças e o Ministro da Saúde referem nada ter a opor aos mesmos.

9.1.2. FATURAÇÃO PELAS INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS DO SNS DE SERVIÇOS PRESTADOS APÓS 01.01.2010

Após 1 de janeiro de 2010, as instituições e serviços do SNS continuaram a faturar à ADSE-DG, sem que esta reconheça essa dívida:

- ✚ Os cuidados por elas prestados a quotizados da ADSE através de prestadores de serviços do SNS, com o argumento de que não se tratando de prestação própria das instituições e serviços do SNS, a ADSE-DG é responsável pelo pagamento dessa prestação. Estão nomeadamente em causa o transporte dos doentes, as prestações de saúde realizadas por entidades convencionadas com o SNS, incluindo no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Listas de Espera para Cirurgia (SIGIC), os cuidados de saúde continuados integrados, com exceção dos cuidados prestados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados, e a assistência médica no estrangeiro. Esta faturação tem a anuência da ACSS, enquanto entidade gestora do SNS, conforme determinado nas Circulares Informativas n.º 15/2010, de 12 de outubro, n.º 11/2011, de 10 de março, e n.º 23/2011, de 20 de junho, por ela emitidas.
- ✚ Prestações, cuja regulamentação continua a atribuir a responsabilidade pelos encargos aos subsistemas. Estão nesta situação alguns medicamentos de dispensa em farmácia hospitalar, como os que são objeto do Despacho n.º 18419/2010, de 2 de dezembro, do Secretário de Estado da Saúde¹⁴¹.

¹³⁹ Ano em que o SNS viu o seu financiamento inicial reduzido para valor idêntico ao de 2009, incluindo já o financiamento dos encargos com os utentes dos três subsistemas, e uma vez cessada também a respetiva faturação aos subsistemas.

¹⁴⁰ Já, em 2011, esta situação foi demonstrada no trabalho sobre a Evolução Recente da Situação económico-financeira do SNS – Enquadramento do actual contexto, de Ana Sofia Ferreira e Manuel Teixeira, de 30 de novembro.

¹⁴¹ Publicado no DR, 2ª S, n.º 239, de 13 de dezembro de 2010 (medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas).

Os testes de auditoria permitiram concluir que 49% das instituições e serviços do SNS contactadas continuam a faturar cuidados de saúde prestados, a partir de 1 de janeiro de 2010, à ADSE-DG, tendo reportado o montante de € 33,5 milhões de dívida contabilizada como sendo desta Direção-Geral, em 31 de dezembro de 2013.

Quadro 33 – Faturação do SNS por serviços prestados após 01.01.2010

Faturação em dívida relativamente aos cuidados de saúde prestados a partir de 01-01-2010	
Objeto da faturação	Montante em dívida
Transporte de doentes	64.081,59
SIGIC	5.815.539,25
Cuidados continuados	58.068,40
Tratamentos de hemodiálise	3.632.508,97
Medicamentos Biológicos	1.817.982,23
Outros*	22.115.400,83
Total	33.503.581,27

*Fármacos convencionais, internamento, consultas, urgências, hospital de dia, cirurgia de ambulatório, MCDT realizados no exterior.

Considerando que a ADSE-DG, desde 2010, não dispõe de dotação orçamental para o efeito, em resultado do primeiro Memorando de Entendimento de 2010, o princípio orçamental da especificação das despesas não lhe permite reconhecer dívidas relativas a despesas que não estão inscritas no seu orçamento.

Por outro lado aquela despesa está prevista no orçamento do SNS, nos termos das Leis do Orçamento do Estado. Apesar da letra das normas referir “Os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do SNS...” (itálico nosso) a interpretação não deve cingir-se ao elemento literal, mas ter em conta designadamente as circunstâncias em que a norma foi elaborada, no caso, o referido Memorando.

Pretendendo simplificar procedimentos, eliminando as relações financeiras entre a ADSE-DG e as instituições e serviços do SNS, o mesmo transferiu para o orçamento do SNS todos os encargos com cuidados de saúde prestados a quotizados da ADSE pelas instituições e serviços que o compõem, independentemente desses cuidados serem prestados por meios próprios ou por entidades terceiras contratadas pelo SNS para suprir a falta de capacidade interna do SNS. Para o efeito, o orçamento do SNS é financiado por transferências do orçamento do Estado.

Considerando que as unidades de saúde do SNS são financiadas para prestar cuidados aos utentes do SNS, que incluem os quotizados da ADSE, que em primeira instância são utentes do SNS, os cuidados faturados à ADSE-DG já foram suportados pelo orçamento do SNS, através de contratos programa¹⁴², no caso dos hospitais, dos centros hospitalares e das unidades locais de saúde, ou de transferências do orçamento, no caso das restantes instituições. Caso a ADSE-DG viesse a pagar estes cuidados, aquelas unidades estariam a ser duplamente financiadas.

O mesmo entendimento é extensível às situações em que a regulamentação de alguns cuidados continua a atribuir a responsabilidade pelos encargos aos subsistemas, como seja o caso do financiamento de medicamentos de dispensa em farmácia hospitalar. Ainda que essa regulamentação seja posterior aos Memorandos de 2010, como o Despacho n.º 18419/2010, do Secretário de Estado da Saúde, a mesma não pode contrariar as Leis do Orçamento do Estado que

¹⁴² Que estabelecem expressamente que as prestações de saúde contratadas incluem os quotizados da ADSE.



anualmente estabelecem a assunção pelo SNS dos encargos com a prestação de cuidados em instituições e serviços do SNS¹⁴³.

No âmbito do contraditório, o Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, considera necessário colher orientações da tutela sobre a conclusão do Tribunal no sentido de que o financiamento da prestação de cuidados a quotizados da ADSE, a partir de 1 de janeiro de 2010, passou a estar integrado nos instrumentos de financiamento das entidades do Serviço Nacional de Saúde, devendo, por isso, ser anulada a faturação emitida à ADSE-DG por atos prestados após essa data.

Informa que, para o efeito, procederá a um levantamento dessa faturação, no âmbito do processo de circularização das dívidas registadas até 31.12.2009.

A este propósito o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, informa que a circularização permitirá *“... verificar se existe faturação que foi indevidamente emitida e será um elemento valioso para determinar quais as situações em que não está clara a partilha de responsabilidade, entre a ADSE e o SNS, pelo financiamento.”*.

9.2. ENCARGOS SUPTADOS PELA ADSE-DG QUE O SNS/SRS-RA SUPTAM PARA A GENERALIDADE DOS CIDADÃOS

A ADSE-DG continua a suportar encargos que são responsabilidade do SNS¹⁴⁴ para a generalidade dos cidadãos, como:

- ✚ A comparticipação do Estado no preço de medicamentos prescritos por entidades não integradas no SNS, em 2013 e 2014, incluindo as transferências financeiras realizadas pela ADSE-DG a favor da ACSS, em execução dos Despachos n.º 4631/2013 e 7486-A/2014 dos Secretários de Estado da Saúde e do Orçamento que regulamentaram as previsões das Leis do Orçamento do Estado, cfr. Anexo 17. Esta situação foi resolvida com a aprovação da LOE 2015, que estabeleceu a assunção desta responsabilidade pelo SNS sem que para o efeito preveja transferências da ADSE-DG para a ACSS. Porém, trata-se de uma solução objeto de autorizações legislativas anuais, constantes da LOE, e não de uma solução definitiva, considerando que nesta matéria também não é alterado o enquadramento jurídico da ADSE como subsistema de saúde¹⁴⁵.
- ✚ A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos dispensados nas farmácias localizadas nas Regiões Autónomas, ainda que prescritos por médicos do SNS, considerando que os Despachos n.º 4631/2013 e 7486-A/2014 excluíram expressamente esses encargos do âmbito das transferências realizadas para a ACSS. Para 2015, o orçamento da ADSE-DG continua a prever a assunção desses encargos.
- ✚ Transporte de e para hospitais do SNS, considerando que a Portaria 142-B/2012, de 15 de maio, sobre transporte não urgente de doentes (art.º 11º) exclui expressamente os quotizados dos subsistemas.
- ✚ Cuidados respiratórios domiciliários prescritos em instituições e serviços do SNS e realizados por entidades privadas com contrato com o SNS, considerando que, o concurso público (n.º 100/2008), com base no qual foram celebrados os contratos em vigor até 2013, apenas incluiu os utentes do SNS. O Despacho n.º 9405/2014, de 14 de julho, do Secretário de Estado da Saúde que determina o regime de prescrição e faturação dos cuidados respiratórios domiciliários, que entrou em vigor em 1 de setembro de

¹⁴³ No sentido da transferência dos encargos com cuidados de saúde prestados a quotizados da ADSE para o SNS, mesmo que sejam realizados por entidades terceiras, vide o parecer da Entidade Reguladora da Saúde, já antes referenciado, relativo ao tratamento de utentes do SNS que sejam, simultaneamente, quotizados do subsistema de saúde da ADSE, de 13 de janeiro de 2015, pontos 44-50.

¹⁴⁴ Ou, nas Regiões Autónomas, dos SRS/RA, como observado no ponto 9.1.

¹⁴⁵ O Decreto-Lei n.º 118/83, e o Decreto-Lei n.º 242-B/2006, de 29 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro, que estabelece o sistema de pagamento, às farmácias, da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, que continua a prever que “O presente decreto-lei estabelece o recebimento, pelas farmácias, da comparticipação do Estado no preço de venda ao público (PVP) dos medicamentos dispensados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que não estejam abrangidos por nenhum subsistema.” (itálico nosso).

2014, parece assumir a responsabilidade financeira do SNS relativamente aos cuidados prestados a quotizados de subsistemas públicos, porém, tal não é claro¹⁴⁶.

- ✚ Os encargos com a assistência médica no estrangeiro:
 - Encargos que os Estados membros da União Europeia suportam com: (i) a assistência médica prestada no espaço económico europeu a trabalhadores em funções públicas (ativos e aposentados) e respetivos familiares que, por falta de meios em Portugal, aí se deslocam ou que, deslocando-se, em situação de férias ou outra, necessitam, de uma forma imprevista, de cuidados de saúde; (ii) a capitação que os Estados membros suportam com os trabalhadores em funções públicas já aposentados e com familiares de trabalhadores em funções públicas a quem se prestam cuidados de saúde no país europeu onde residem.
 - Encargos com os cuidados de saúde realizados em países fora do espaço europeu por falta de meios em Portugal. A Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, relativa ao acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, que transpõe a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, também não responsabiliza o SNS pelos encargos dela decorrentes, estabelecendo que o disposto na mesma não prejudica a aplicação da “legislação aplicável aos subsistemas de saúde” (art.º 2º, n.º 2, al. c)).
- ✚ Meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos em instituições e serviços do SNS e realizados em entidades convencionadas.

Quadro 34 – Encargos da responsabilidade do SNS e dos SRS/RA suportados pela ADSE-DG

Estes encargos, em 2013, ano que serviu de referência aos testes de auditoria, ascenderam a cerca de € 96,4 milhões, cerca de 20% do total dos custos contabilísticos registados pela ADSE-DG nesse ano com a saúde, € 484,6 milhões.

Encargos suportados pela ADSE em 2013	
Medicamentos*	63 118 387
Transporte de doentes (cod. ADSE regime livre: 6701, 6702 e 6217)	7 477 384
Cuidados respiratórios domiciliários (cod. ADSE regime livre: 8002, 8003, 8004, 6229)	4 289 467
Assistência Médica no Estrangeiro (regime livre)	4 523 467
MCDDT - Análises Clínicas; Imagiologia; Medicina Nuclear; Anatomia Patológica (regime convencionado)	17 000 000
Total	96 408 705

*Inclui transferências para a ACSS (€ 35 milhões) e comparticipação de medicamentos dispensados em farmácias do continente (até abril de 2013) e das Regiões Autónomas (total de € 28,1 milhões). Em 2013, os encargos da ADSE-DG relativamente à comparticipação de medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas ascenderam a cerca de € 8,7 milhões.

Fonte: ADSE/Demonstração Resultados, Relatório de Atividades, SIR, SICOF

Aplicando a 2013, as alterações de 2015¹⁴⁷, esses encargos ascenderiam a € 42 milhões¹⁴⁸, 9% dos custos com a saúde. De acordo com a proposta de orçamento da ADSE-DG para 2015, os mesmos ascenderão, este ano, a € 39,5 milhões.

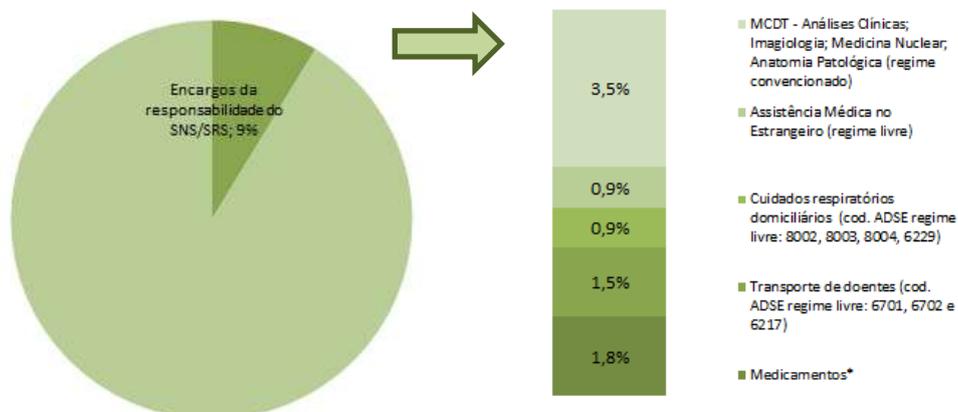
¹⁴⁶ Cfr. art.º 1º, n.º 1, e art.º 2º do Regulamento anexo ao Despacho publicado no DR, 2ª S, n.º 138, de 21 de julho. No dia seguinte foi publicado o Despacho n.º 9483/2014, de 14 de julho, do Secretário de Estado da Saúde, que estabelece disposições no âmbito dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS, EPE), referentes aos novos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) sobre os cuidados respiratórios domiciliários, resultado do concurso público n.º 2013/100.

¹⁴⁷ LOE 2015, que estabelece a assunção pelo SNS dos encargos com a comparticipação dos medicamentos prescritos a beneficiários da ADSE.

¹⁴⁸ Tudo o resto constante e abatendo, nos encargos com medicamentos, o montante suportado pela ADSE-DG, em 2013, com despesas com a comparticipação de medicamentos do Estado no preço dos medicamentos dispensados nas farmácias localizadas no continente (cerca de € 54,4 milhões, incluindo transferências para a ACSS). A LOE 2015 nada estabelece sobre a assunção de encargos com os medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas, pelo que no exercício efetuado se manteve o valor que a ADSE-DG suportou, em 2013, com estes medicamentos, € 8,7 milhões.



Figura 9 - Encargos que são originariamente da responsabilidade do Estado, através do SNS, e das Regiões Autónomas, através dos SRS/RA (2013, com alterações de LOE 2015)



Inclui comparticipação de medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas ascenderam a cerca de € 8,7milhões.

Sendo a ADSE financiada com o desconto dos quotizados, é urgente redefinir o objeto da sua responsabilidade financeira de modo a que o desconto não sustente despesa que é responsabilidade do setor público¹⁴⁹, porquanto os quotizados da ADSE, à semelhança dos restantes cidadãos/contribuintes, contribuem para o SNS através dos impostos gerais a que estão sujeitos. A alocação de receita com origem no desconto dos beneficiários a cuidados que são responsabilidade do SNS constitui uma dupla tributação do rendimento pessoal desses quotizados, o que não é possível nos termos do art.º 104º da CRP.

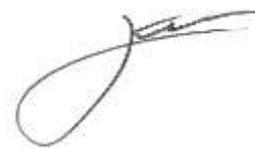
Neste sentido o n.º 2 do art.º 46º, do Decreto-Lei n.º 118/83, na redação dada pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, estabelece a consignação da receita proveniente dos descontos ao pagamento dos benefícios concedidos pela ADSE aos seus quotizados nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Esta norma foi aliás introduzida após a não promulgação, pelo Presidente da República, do primeiro diploma legislativo apresentado pelo Governo, com vista ao aumento da taxa de desconto para 3,5%, que veio depois a ser estabelecido pela atrás mencionada Lei.

De facto, não podendo ser negados, aos quotizados da ADSE, os mesmos direitos que assistem à generalidade dos cidadãos em termos da prestação de cuidados de saúde, os encargos que suportam como quotizados da ADSE (os descontos) constituem uma mera garantia da possibilidade de optar por um prestador privado não integrado nestes Serviços e de usufruir de cuidados não cobertos pelos mesmos para a generalidade dos cidadãos.

A manutenção da ADSE como subsistema de saúde e a não assunção dos encargos referidos pelo SNS estão, ainda, na origem de situações de discriminação dos quotizados da ADSE face aos utentes do SNS, identificadas no ponto 7.1.3, e objeto do parecer da Entidade Reguladora da Saúde, ali referenciado, relativo ao tratamento de utentes do SNS que sejam, simultaneamente, quotizados do subsistema de saúde da ADSE.

É necessário, pois, fazer refletir na legislação em vigor o que já se verifica na prática. Efetivamente, desde 2010, que a ADSE tem vindo a perder as características de um subsistema de saúde, devendo

¹⁴⁹ Para além das prestações *supra* elencadas, a ADSE-DG refere, ainda, nos seus Relatórios de Atividades e na proposta de orçamento para 2015, o internamento psiquiátrico (€ 4,1 milhões) e o tratamento de doenças prolongadas (v.g. doentes oncológicos - despesa com quimioterapia e radioterapia, € 20,1 milhões) como exemplos de outros encargos.



por isso ser assumida como um sistema extrínseco (ao SNS) de saúde que financia apenas o que não se enquadra na responsabilidade financeira do SNS, i.e., a prestação de cuidados decorrente da livre escolha do quotizado que, tendo direito à prestação de cuidados no âmbito do SNS, opta por recorrer a prestadores privados, e a prestação de cuidados não cobertos pelo SNS.

Com exceção dos encargos relativos à comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, que se encontram refletidos nos custos da ADSE-DG com medicamentos e nas transferências para a ACSS, os encargos com as restantes prestações de serviços referidas estão refletidos nos custos com os regimes livre e convencionado.

Considerando que o SNS suporta, relativamente, à generalidade dos cidadãos os encargos com a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos¹⁵⁰ e a assistência médica no estrangeiro, nas situações *supra* especificadas¹⁵¹, num quadro de financiamento da ADSE com base no desconto do quotizado, esta despesa deve passar na totalidade para o SNS.

Quanto aos restantes encargos os mesmos apenas devem ser financiados pela entidade gestora da ADSE se os mesmos não resultarem de decisão/prescrição do SNS. Neste sentido, também o parecer da Entidade Reguladora da Saúde, referenciado no ponto 7.1.3, relativo ao tratamento de utentes do SNS que sejam, simultaneamente, quotizados do subsistema de saúde da ADSE, conclui "(...) se o beneficiário da ADSE optar por seguir o *circuito SNS* (dirigir-se a centro de saúde e daí poder ser referenciado com credencial emitida pelo SNS para estabelecimento privado convencionado), tal deverá ocorrer em condições de igualdade com os demais utentes beneficiários do SNS (...)".

Note-se que, não sendo tratados como utentes do SNS, estes cidadãos vêem-se confrontados com a exigência do pagamento da totalidade da despesa, quando o cuidado só é financiado pelo regime livre da ADSE, ou do copagamento, quando o cuidado é financiado pelo regime convencionado, o que cria desigualdades no acesso quando comparados com os cidadãos tratados como utentes do SNS, cujas prestações são total ou parcialmente financiados por este.

Em 2014, ano em que a ADSE-DG ainda cobrou contribuição da entidade empregadora, parte dos encargos enumerados – comparticipação no preço dos medicamentos, incluindo pagamentos diretos às farmácias e transferências para a ACSS e assistência médica no estrangeiro – foram ainda suportados por aquela contribuição, cfr. ponto 7.1.2, tendo os restantes sido suportados, designadamente com receita proveniente dos descontos dos quotizados.

Face à extinção da contribuição da entidade empregadora e com o objetivo de obter financiamento público para a assunção destes encargos em 2015, incluindo o internamento psiquiátrico e o tratamento de doenças prolongadas, a ADSE-DG, na proposta de orçamento para esse ano, propôs a

¹⁵⁰ Nas Regiões Autónomas, estes encargos são suportados pelos SRS/RA.

¹⁵¹ Que não incluem as situações em que o quotizado, dispondo de meios técnicos em Portugal, opta por recorrer a cuidados de saúde no estrangeiro, situação em que o quotizado apresenta o recibo para reembolso na ADSE-DG, suportando a ADSE-DG 25% da despesa apresentada. Nesta situação o quotizado exerce o seu direito de escolha, pelo que essa despesa não poderá ser suportada pelo SNS, através de receitas gerais, mas pela ADSE-DG, com as receitas consignadas ao esquema de benefícios. As situações elencadas no texto e que são assumidas pelo SNS para a generalidade dos cidadãos são situações em que os quotizados não exercem o direito de escolha, são situações (as primeiras) em que, encontrando-se no estrangeiro, necessitam de cuidados de saúde nesse local, e (as segundas) em que são os hospitais do SNS que confirmam a inexistência de meios técnicos em Portugal, tendo o quotizado de recorrer a prestadores sedeados noutros países. Nestas situações, à semelhança dos restantes utentes do SNS, os meios utilizados nesses países fazem parte do respetivo sistema público de saúde, sendo os cuidados debitados, desde 2012, à ACSS que suporta a despesa com utentes do SNS e remete a restante despesa aos subsistemas e aos SRS/RA que pagam diretamente aos Estados credores. Antes dessa data, os cuidados eram debitados à Direção-Geral de Relações Internacionais da Segurança Social que os remetia à ACSS, aos subsistemas e SRS/RA para pagamento.



“reposição” do financiamento com receitas gerais do orçamento do Estado, o que não veio a ser aceite.

Considerando o mapa de receita orçamental referente à ADSE-DG (Quadro 35), este prevê apenas um valor relativo a contribuição de entidade empregadora não cobrada em 2014, € 21,3 milhões, que é suficiente, no máximo, para cobrir os encargos da ADSE-DG com medicamentos dispensados nas Regiões Autónomas (€ 8,7 milhões) e com a verificação da doença (€ 610 mil), assim como para constituir a reserva¹⁵² de 2,5% do total orçamentado (€ 11,9 milhões), tudo num total de € 21,2 milhões.

Quadro 35 – OE 2015 Receita

Receita		
Fundos privados - desconto	546 000 000	89,9%
Fundos públicos	61 256 700	10,1%
Contribuição da Entidade Empregadora*	21 256 700	3,5%
Outras receitas próprias**	40 000 000	6,6%
Vendas e prestações de serviços***	12 000	0,0%
Total	607 268 700	

Fonte: Orçamento do Estado (orçamento de receita)

*Reportada a 2014, mas não entregue nesse ano. Porém ADSE-DG, na sua proposta, apenas previa € 8 milhões. Este valor resultou da sua proposta para receber uma transferência do OE para suportar no mínimo a despesa com "outras atividades".

** Reembolsos, capitações e quotizações

*** Venda de impressos e publicações.

Embora a ADSE-DG disponha, ainda, de reembolsos, capitações e quotizações suportadas por entidades empregadoras públicas, existe o risco de o desconto do quotizado vir a ser utilizado, ainda em 2015, no financiamento de despesa que é da responsabilidade do setor público.

Em contraditório, a Ministra de Estado e das Finanças, através da Chefe do Gabinete, salienta que o preâmbulo da RCM n.º 5/2015, de 15 de janeiro, prevê a complementaridade dos subsistemas face ao SNS, pelo que “... esta importante alteração não deixará de constar da proposta da equipa técnica.” e que o Gabinete já “... solicitou aos serviços da ADSE a identificação desses cuidados e a sua quantificação ...”. No mesmo sentido, o Diretor-Geral da ADSE informou que a equipa técnica deverá apresentar propostas com vista a “Identificar claramente os encargos com as prestações que devem ser assumidas pelo SNS e pelos SRS e não pelo subsistema complementar de saúde ADSE”. Refira-se que os cuidados identificados e quantificados, em sede de contraditório, não incluem os meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o serviço de transporte de doentes com origem em decisão do SNS, que também deverão ser considerados.

O Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, considera “... pertinente a elaboração de um estudo que clarifique, de forma exaustiva, as condições em que o financiamento da prestação é da responsabilidade do SNS ou da ADSE ...” e que “... avaliará o impacto financeiro da eventual assunção de novos compromissos pelo SNS, de forma a assegurar-se a sua sustentabilidade futura.”.

A este respeito, considerando que em 2015 existe já o risco de o desconto dos quotizados vir a financiar despesas que têm de ser suportadas por receitas gerais provenientes dos impostos, o Tribunal alerta que o financiamento dessas despesas com o desconto do quotizado, a ocorrer, contraria o disposto no art.º 46º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 118/83, na redação dada pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, que consignou o desconto ao pagamento dos benefícios concedidos pela ADSE, não se podendo entender como tal os benefícios a que os quotizados já têm direito como contribuintes e utentes do SNS. O financiamento pela entidade gestora da ADSE de cuidados que o SNS/SRS-RA assume para a generalidade dos cidadãos, constitui uma discriminação dos quotizados da ADSE.

Dado que nas Regiões Autónomas, as atribuições do SNS, são exercidas pelos SRS-RA, que dependem dos respetivos Governos Regionais, os membros do Governo da República, responsáveis pela entidade gestora da ADSE e pelo SNS, têm não só clarificar a responsabilidade financeira da ADSE face ao SNS, mas também tomar a iniciativa de clarificar essa responsabilidade perante os SRS-RA.

¹⁵² De acordo com a LOE 2015 e as instruções da DGO para a elaboração do orçamento (n.º 1376/2014). A reserva orçamental referente a receitas próprias ou consignadas constitui uma dotação que, no decurso da execução orçamental, o Ministro da tutela pode reafectar, caso se justifique em face das necessidades. Refira-se que, caso a reserva inclua descontos dos quotizados, a mesma apenas poderá ser afetada a despesa do sistema de benefícios.



Caso o desconto venha a financiar essa despesa, a ADSE-DG deverá identificar e quantificar as situações, exigindo o seu reembolso ao Estado (Ministério da Saúde) e/ou às Administrações Regionais (Secretarias Regionais responsáveis).

9.3. ENCARGOS COM O REGIME CONVENCIONADO

A prestação de cuidados de saúde em regime convencionado assenta numa rede de prestadores dos setores privado ou social, com os quais a ADSE-DG celebra acordos (designados por convenções), que estabelecem os cuidados de saúde objeto dos mesmos e a tramitação da entrega da faturação. São parte integrante destes acordos, as regras e tabelas de preços relativas aos cuidados de saúde convencionados.

Com base nestes acordos, o quotizado acede a um prestador de serviços de saúde, suportando o respetivo copagamento, sendo o remanescente do preço faturado pelo prestador à ADSE-DG. Da tabela do regime convencionado decorre um copagamento médio de 19%.

A maioria das tabelas remontam a 1994¹⁵³ tendo sido objeto de alterações, das quais se destacam, em 2006, a criação da tabela de Ressonância Magnética, até então apenas comparticipada em regime livre, e a alteração da tabela de Tomografia Axial Computadorizada, tendo em consideração os preços mais baixos que se praticavam no mercado; em 2012, a alteração das tabelas de análises clínicas e imagiologia e, em 2013, da medicina nuclear, em resultado da orientação do Governo de harmonizar as tabelas dos regimes convencionados da ADSE e do SNS.

Pontualmente foram, também, criados/alterados códigos com vista à adaptação da tabela a novos atos/técnicas¹⁵⁴, à uniformização de critérios no âmbito dos regimes livre e convencionado¹⁵⁵ e a um maior controlo da ADSE-DG sobre os atos faturados no âmbito do regime convencionado¹⁵⁶.

Com exceção das tabelas de análises clínicas, imagiologia e medicina nuclear cujos códigos e nomenclatura estão harmonizados com as tabelas do SNS, todas as outras têm códigos e nomenclaturas diferentes, não estando sequer harmonizadas com a tabela do regime livre. Esta situação condiciona a análise comparativa dos atos realizados e respetivos preços, nas situações em que estes são diferentes¹⁵⁷.

¹⁵³ Tendo sido divulgadas por Aviso publicado no DR, 2ª S, n.º 225, de 28 de setembro.

¹⁵⁴ Como os códigos da gastroplastia com colocação de banda gástrica, por via laparoscópica (códigos 3792 e 7502), criado em 2005, da consulta para atendimento médico permanente (código 2407), inserido em convenções com hospitais do setor privado no âmbito do internamento, com horário de atendimento das 0 às 24 horas e com licenciamento para bloco operatório, e o código 9999, um código aberto quer no que concerne ao tipo de atos abrangidos quer no que concerne aos preços, inserido nas convenções celebradas com três hospitais privados, com o objetivo de a ADSE-DG obter informação sobre novos cuidados e preços, com vista a futuras atualizações das tabelas. Este código foi extinto em 31 de dezembro de 2014.

¹⁵⁵ Como o código dos medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (código 6636), criado em 2009, considerando que no regime convencionado estes medicamentos eram faturados sob o código 6631, sendo comparticipados em 80%, e no regime livre a despesa do quotizado nestes produtos era já reembolsada a 100%.

¹⁵⁶ Designadamente a criação de novos códigos para o piso de sala em internamento e ambulatório (códigos 6074 e 6032), em 2009, que, estando desatualizados, potenciavam a prática irregular de faturação dos consumos em piso de sala como se de medicamentos se tratassem, e a criação de códigos individuais por consulta da especialidade, em 2013, para controlar a faturação de mais do que uma consulta por quotizado.

¹⁵⁷ O que não acontece nas tabelas harmonizadas com o SNS, em que os preços são iguais, como se refere adiante no texto.



Os custos da ADSE com o regime convencionado apresentam uma tendência crescente entre 2011 e 2013, tendo aumentado cerca de 5% em cada um dos anos de 2012 e 2013¹⁵⁸. Uma análise detalhada da evolução dos custos com este regime consta do Anexo 20. Estes custos incluem, ainda, custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) cuja responsabilidade é do SNS, cfr. ponto 9.2.

Resultando o crescimento dos custos de uma utilização mais intensa do sistema e de um aumento do custo por ato, colocam-se questões sobre se as regras de acesso à prestação de cuidados e o sistema de pagamento aos prestadores garantem uma utilização eficiente do sistema de benefícios ADSE.

9.3.1. AS REGRAS DE ACESSO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Observa-se que os valores do copagamento das consultas e do atendimento urgente, principais meios de acesso ao sistema ADSE, são, em alguns casos, mais baixos do que os das taxas moderadoras do SNS, apesar da natureza e objetivo destas não se confundir com os dos primeiros: o copagamento do quotizado da ADSE visa coresponsabilizar o mesmo pela utilização e pelo financiamento dos benefícios sendo aplicável a todos os quotizados¹⁵⁹; a taxa moderadora visa moderar o acesso aos cuidados de saúde e não é aplicável aos utentes isentos.

Quadro 36 – Copagamento vs taxas moderadoras

Atos	Copagamento ADSE	Taxa Moderadora SNS	
		2013	2014
Consulta de medicina geral	€ 3,49	€ 5,00	€ 5,00
Consulta de especialidade	€ 3,99	€ 7,75	€ 7,75
Atendimento em urgência*	€ 19,55	De € 10,30 a € 20,60	De € 10,35 a € 20,65

Fonte: Tabela do regime convencionado ADSE e Circulares normativas da ACSS n.º 5/2013/CD e n.º 7/2014/CD

*Nomenclatura ADSE: Consulta de Atendimento Médico Permanente. No SNS inclui: Serviço de Atendimento Permanente, Serviço de Urgência Básica, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica; Serviço de Urgência Polivalente

Esta situação, aliada aos menores tempos de espera no acesso ao sistema de benefícios ADSE e à liberdade de escolha do prestador, pode originar uma maior procura deste sistema.

Refira-se, ainda, que a última alteração efetuada à tabela dos atos constantes do quadro *supra* data de 1998, com exceção da consulta de atendimento médico permanente, cujo código foi introduzido no sistema em 2007.

Uma das medidas de gestão preconizadas pelo Diretor-Geral da ADSE com vista ao controlo da despesa, nas suas alegações, é o reforço do valor dos copagamentos a cargo dos quotizados.

De igual modo, a maior facilidade de acesso e a assimetria de informação entre o consumidor de cuidados de saúde e o prestador¹⁶⁰, permite ao prestador criar a sua própria procura¹⁶¹.

A este propósito refira-se que, em regra, para além da determinação de limites de quantidades e prazos¹⁶², o acesso à prestação de cuidados no regime convencionado não exige fundamentação da sua necessidade e/ou adequação. Além da prescrição médica, quando necessária e, em alguns casos,

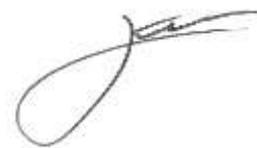
¹⁵⁸ A análise dos custos com o regime convencionado assentou nos dados do SICOF, sistema aplicacional que suporta a atividade desta área de despesa, tendo-se utilizado, no filtro da extração, a data do ato por melhor refletir os dados da procura. Considerando que a ADSE-DG contabiliza os custos pela data do registo da fatura, os dados apresentados nos mapas seguintes não são coincidentes com os custos contabilísticos. Estes aumentaram cerca de 7%/ano, cfr. ponto 8.1.

¹⁵⁹ À exceção dos doentes portadores de paramiloidose, hemodialisados ou com insuficiência renal crónica, mediante prova da sua situação clínica.

¹⁶⁰ Na prestação de cuidados de saúde, o prestador tem mais informação/conhecimento do que o doente, pelo que este delega naquele a tomada de decisão quanto ao tratamento a realizar.

¹⁶¹ Sobre a especificidade do setor da saúde face a outros mercados, *vide*, entre outros, Costa, C., Santana, R., Lopes, S. (2013), *Custos e Preços na Saúde, Passado, presente e futuro*, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

¹⁶² Designadamente em próteses estomatológicas.



de relatório médico a justificar a necessidade de realização dos atos¹⁶³, nada mais é exigido, designadamente não se encontram definidos requisitos mínimos ou pressupostos para a realização de determinados atos, cuja diferenciação e/ou onerosidade poderão justificar essa definição.

Nas suas alegações, o atual Diretor-Geral da ADSE refere, como medida a implementar, a “... *introdução de mecanismos de controlo da utilização, como autorizações prévias ou termos de responsabilidade, pela criação de limites quantitativos para alguns atos ...*”.

Esta posição não é partilhada pelo anterior Diretor-Geral da ADSE que considera que a intervenção da ADSE deve continuar a ser orientada exclusivamente para o financiamento dos cuidados de saúde, considerando suficientes as regras de faturação já implementadas e o controlo exercido pelos serviços da Direção-Geral.

Com o objetivo de obter dados sobre a procura, procedeu-se à comparação entre rácios de produção do SNS e rácios de produção faturada à ADSE-DG pelos prestadores convencionados com faturação acima de € 4 milhões (51 % do total faturado¹⁶⁴), num total de 13 prestadores. Observa-se, cfr. quadros em Anexo 21, da parte destes prestadores:

- ✚ A realização de mais MCDT por consulta e episódio de urgência do que nas unidades do SNS, à exceção, do ecocardiograma com *Doppler*, nos hospitais do SNS do Grupo B, e da TAC e ressonância magnética, nos hospitais dos Grupos B e C em Unidades Locais de Saúde (ULS), F e em regime de parceria público privada (PPP);
- ✚ A utilização de modo mais indiferenciado das técnicas de Tomografia Axial Computorizada e de ressonância magnética (cerca de 2 vezes mais TAC do que RM, enquanto no SNS, se realizam cerca de 5 vezes mais TAC do que RM), sendo esta última a técnica mais onerosa. Relação semelhante à dos prestadores convencionados apenas se verifica nos hospitais do SNS do Grupo A, no qual se incluem os três Institutos de Oncologia.

Nas suas alegações o Diretor-Geral em exercício de funções até 2014 questiona a forma de apuramento dos indicadores do SNS e se a auditoria considerou o facto de muitos MCDT serem prescritos no SNS, mas financiados pela ADSE por os quotizados recorrerem a prestadores da rede de convencionados da ADSE.

A este respeito esclarece-se que a informação considerada incluiu unidades de saúde hospitalares e unidades locais de saúde (que integram hospitais), tendo sido excluída a informação das Administrações Regionais de Saúde (cuidados de saúde primários) para diminuir o risco referido pelo Diretor-Geral. Acresce que a informação solicitada foi a produção realizada internamente ou em entidades privadas subcontratadas cuja responsabilidade pelo financiamento é do hospital.

No entanto trata-se de dados não auditados que beneficiam da presunção de verdade.

9.3.2. O SISTEMA DE PAGAMENTO

Em regra a unidade de pagamento aos prestadores convencionados é o pagamento por ato/produto, existindo apenas preços globais, i.e., que incluem um conjunto de atos médicos e/ou cuidados de saúde conexos¹⁶⁵ para partos e para uma cirurgia oftalmológica, a queratomileusis¹⁶⁶.

¹⁶³ Por exemplo, realização de tomografia axial computadorizada ou de ressonância magnética a mais do que uma região.

¹⁶⁴ Filtro de extração: data do cuidado de saúde.

¹⁶⁵ Designadamente honorários médicos, pessoal de enfermagem e apoio, medicamentos, produtos medicamentosos e outros materiais consumíveis, piso de sala e recobro, entre outros.

¹⁶⁶ A faturação dos preços dos partos por parte dos prestadores convencionados depende de autorização expressa por parte da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas.



Quadro 37 – Códigos de faturação de uma cirurgia à catarata

A título de exemplo os atos necessários a uma cirurgia à catarata, em ambulatório, são faturados através de cinco códigos diferentes.

Cuidado Saude - Codigo	Cuidado Saude - Descrição	Comparticipação ADSE	Copagamento do Beneficiário
4031	Facoemulsificação do cristalino com aplicação de lente intra-ocular	560 €	112,00 €
6054	Honorários de anestesia geral (4) (=ou maior que 471,36)	99,76 €	24,94 €
6074	UTILIZACAO PISO SALA RESPECTIVOS CONSUMOS (COMPL AMB)	80%	20%
6631	MEDICAMENTOS-ACORDO AMB/INT	80%	20%
7501	PROTESES INTRA-OPERATORIAS	100%	

Fonte: ADSE/Tabelas regime convencionado

Sem prejuízo das vantagens e desvantagens associadas às diversas modalidades de pagamento de cuidados de saúde – pagamento por ato, por diária, por caso clínico, por orçamento global, por capitação¹⁶⁷ - a adoção da modalidade de pagamento mais desagregada (pagamento por ato), sem qualquer limitação, não transfere qualquer risco financeiro para o prestador. Trata-se de “... um sistema «aberto no fim» que oferece aos prestadores um cheque em branco para encorajar a procura se estes o quiserem. Quem decide quanto se gasta sabe que haverá sempre cobertura financeira para as suas decisões.”¹⁶⁸. No caso da ADSE, o prestador sabe que os atos que realizar, desde que enquadráveis na tabela, serão sempre financiados, não havendo qualquer incentivo a uma prestação de cuidados com melhor relação custo-eficácia.

O pagamento com base em unidades mais agregadas, quando o mesmo é sustentado nos custos de produção, não diminui a qualidade do serviço prestado e permite um maior controlo dos custos pelo financiador.

A este propósito, o atual Diretor-Geral da ADSE, nas suas alegações, elenca, entre as medidas de controlo da despesa da ADSE a implementar, a instituição de preços compreensivos em algumas linhas de faturação, referindo a possibilidade de os mesmos serem preços máximos (i.e., permitindo a negociação de preços abaixo da tabela com determinados prestadores e em algumas especialidades).

Sem prejuízo de, tal como referido no texto do Relatório, o modelo de pagamento com base em unidades mais agregadas permitir um maior controlo dos custos pelo financiador, o Tribunal ressalva que estes preços devem sustentar-se nos custos de produção, para não prejudicar a qualidade da prestação, e na informação que a ADSE-DG dispõe sobre o mercado, designadamente no âmbito do regime livre, acompanhando a preocupação manifestada pelo Diretor-Geral em funções até 2014 no sentido de que os preços devem ser fundamentados do ponto de vista económico.

Acresce ainda que, alguns códigos da tabela da ADSE, identificados no quadro *supra* – o 6074, 6631 e 7501 -, são códigos abertos, i.e., não têm definido, a não ser de uma forma muito abrangente, os atos/produtos que podem ser faturados nesses códigos, não apresentam um preço fixo, nem têm tetos máximos definidos.

Quadro 38 – Códigos abertos

¹⁶⁷ Barros, P.P., & Gomes, J.P (2002), *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*, GANEC, Faculdade de Economia – UNL (estudo do consultor externo do Relatório de Auditoria n.º 47/2003 – 2ª Secção).

¹⁶⁸ Barros, P.P., & Gomes, J.P (2002), cit.



Aos códigos já identificados, acrescentam-se, ainda, nesta tipologia, os códigos 6032, 6636, 6720 e 9999.

Cuidado Saúde - Código	Cuidado Saúde - Descrição	Participação ADSE	Copagamento do Beneficiário
6032	UTILIZACAO PISO SALA RESPECTIVOS CONSUMOS (COMPL INT)	80%	20%
6074	UTILIZACAO PISO SALA RESPECTIVOS CONSUMOS (COMPL AMB)	80%	20%
6631	MEDICAMENTOS-ACORDO AMB/INT	80%	20%
6636	MEDICAMENTOS ANTINEOPLASICOS E IMUNOMODULADORES	100%	
6720	TRANSPORTE AMBULANCIA-DECURSO INTERN	80%	20%
7501	PROTESES INTRA-OPERATORIAS	100%	
9999	ACTOS S/CODIGO E NOMENCLATURA	80%	20%

Fonte: ADSE/Tabelas regime convencionado

Estes códigos permitem ao prestador incluir neles todos os produtos/atos que se integrem nas respetivas designações, ao preço que entenderem, sem qualquer limite de quantidade ou de montante de faturação¹⁶⁹. Apenas o código 9999, um código residual, utilizado em três convenções desde 2007¹⁷⁰ e descontinuado a partir de 1 de janeiro de 2015¹⁷¹, tinha associado um limite máximo de faturação – 5% da faturação mensal do prestador, constatando-se nos anos em análise que a faturação anual destes códigos ultrapassou os 5% nos três prestadores, pelo que o controlo efetuado pela ADSE-DG a este respeito não era eficaz.

Os códigos abertos apresentam, ainda, o risco acrescido de o prestador faturar indevidamente um ato/produto que não tem enquadramento nos mesmos¹⁷² ou, no caso do código 9999 (vigente até 2014), um ato com preço fixado na tabela, mas faturado com outra designação ou com alguma “inovação” que não traz qualquer mais valia-terapêutica face a outros ou, ainda, serviços que não consubstanciam a prestação de cuidados de saúde. Apesar da implementação sobre estes códigos de um processo de conferência da faturação mais aturado¹⁷³, a diversidade de atos/produtos que os mesmos podem conter continua a manter o risco elevado.

Acresce que o peso dos códigos abertos nos custos totais do regime convencionado, cfr. Anexo 22, aumentou de 23%, em 2011, para 30%, em 2013, tendo os mesmos crescido 43% no triénio, com maior relevância nos códigos do piso de sala (6032 e 6074, material de consumo clínico utilizado no bloco operatório), medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (6636) e próteses intra-operatórias (7501), que, em 2013, representaram, no conjunto, 22% dos custos totais do regime convencionado.

A evolução dos custos (códigos 6631 e 6720) deveu-se a um acréscimo na quantidade de atos/produtos e no número de vezes que os quotizados acorreram ao sistema. Porém, nos códigos 6032 e 6074 (piso de sala), 7501 (próteses intraoperatórias) e 9999, o crescimento dos custos foi

¹⁶⁹ Recorde-se que, também, não existem acordos com entidades convencionadas sobre contrapartidas financeiras no quadro da realização de determinados níveis de atividade, apesar de essa possibilidade estar prevista nas convenções celebradas pela ADSE-DG.

¹⁷⁰ Com o objetivo de a ADSE-DG obter informação sobre novos atos e os respetivos preços e proceder à atualização das tabelas, o que nunca ocorreu até 2014, verificando-se que este código era utilizado essencialmente para a faturação da diária de cuidados intensivos, não contemplada nas tabelas, que, de outro modo, seria suportado pela ADSE-DG através do regime livre. Cuidados de valor igual ou superior a € 300 careciam de autorização prévia da ADSE-DG (só excepcionalmente se admite que a autorização seja dada no decurso ou após a realização do ato).

¹⁷¹ Ainda por iniciativa do Diretor-Geral em exercício 2014.

¹⁷² Aliás, a própria criação dos códigos abertos relativos à utilização do piso de sala (códigos 6031 e 6074), em 2009, visou, ela própria contrariar a faturação irregular dos consumos em piso de sala como se de medicamentos, cujo código já era aberto, se tratassem.

¹⁷³ Para além da validação e alertas emitidos pelo sistema de informação, alguns dos quais dão origem à rejeição do ato faturado (por exemplo, ato já pago noutra fatura), a ADSE-DG procede ainda a uma conferência manual dos documentos de suporte. Esta conferência é feita por amostragem, tendo em consideração os alertas do sistema que não deram origem a rejeições e as áreas de risco, como os códigos abertos. O valor das regularizações resultantes da conferência da faturação (que inclui a conferência de todos os códigos e não apenas dos códigos abertos), considerando a data de registo da fatura foi, em 2011, de € 7,9 milhões, em 2012, de € 9,9 milhões e, em 2013, de € 10,6 milhões, cerca de 3% do total faturado em 2011 e de 3,5% do total faturado nos anos seguintes.



também o resultado do aumento do custo/ato, que aumentou 22% no conjunto dos códigos do piso de sala, 9% no código 7501 e 11% no código 9999. Nos medicamentos antineoplásicos o custo/quotizado aumentou 85% em resultado de um aumento muito acentuado da quantidade de atos/produtos faturados por quotizado (mais 119% no triénio, passando de 107 medicamentos/quotizado em 2011 para 233 em 2013).

Apesar de, desde 2011, a ADSE-DG proceder à correção dos valores faturados pelos prestadores através dos códigos do piso de sala sempre que estes excedem em 10% os valores médios praticados pelos prestadores congéneres¹⁷⁴, com o objetivo de controlar os custos e de definir preços de piso de sala para cada tipo de cirurgia¹⁷⁵, observa-se que os prestadores têm respondido com um aumento do preço/ato, tornando-se urgente o controlo dos produtos faturados e a definição de preços pretendida pela ADSE-DG. Não existindo uma codificação do material faturável no âmbito do piso de sala, a ADSE-DG, com a colaboração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, poderá utilizar como referência o Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde.

Com os objetivos de exercer um maior controlo¹⁷⁶ sobre os produtos faturados pelos códigos 6636 (medicamentos antineoplásicos e imunomodulares) e 7501 (próteses intraoperatórias) e de fechar os preços, a ADSE-DG passou a obrigar, a partir de 1 de outubro de 2014, as entidades prestadoras a identificar estes produtos, no ficheiro eletrónico da faturação e nos documentos de suporte da faturação, com os códigos expressos no Código Hospitalar Nacional do Medicamento e na Codificação dos Dispositivos Médicos, publicados no sítio de internet da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde - INFARMED, IP.

Esse controlo e esse objetivo, porém, não foram estendidos aos produtos faturados sob o código 6631 (medicamentos), apesar dos riscos que o mesmo apresenta como código aberto e de os produtos constarem igualmente do Código Hospitalar Nacional do Medicamento.

Sem prejuízo da prioridade dada pela ADSE-DG na determinação de preços para os códigos abertos, enquanto os mesmos se mantiverem, considerando o risco que apresentam e a evolução acentuada dos custos, justifica-se a intensificação do seu controlo.

Considerando a necessidade de um maior controlo sobre os códigos abertos, o atual Diretor-Geral da ADSE, nas suas alegações, referiu que:

- ✓ A alteração às regras de faturação, ocorrida em outubro de 2014, estendeu ao código 6631 (medicamentos) e a um novo código aberto, 6640 (material de penso), a possibilidade de correção dos

¹⁷⁴ Em 2011, o valor da correção foi de € 559,4 mil (3% dos custos com ambos os códigos), em 2012, de € 880,8 mil (4% dos custos), e em 2013, de € 1 851,0 mil (7% dos custos), sendo que este último valor à data de elaboração do relato ainda não era definitivo, podendo ser corrigido pela ADSE-DG em resultado da auscultação aos prestadores, prevista no procedimento. O aumento anual dos valores de regularização são o resultado de a ADSE-DG introduzir melhoramentos ao nível do sistema de informação que lhe permitem identificar em cada ano mais padrões de cirurgias/cuidados médicos faturados (em 2011, 96, em 2012, 105, em 2013, 273). Nas suas alegações, o Diretor-Geral apresenta valores diferentes quanto aos anos de 2011 (€ 595 mil) e 2012 (€ 932 mil), tendo-se confirmado nos ficheiros recolhidos no âmbito da auditoria que estes valores são os valores apresentados pela ADSE às entidades convencionadas, tendo os mesmos sido corrigidos para os valores *supra* indicados, em resultado da auscultação aos prestadores. Quanto ao ano de 2013, o Diretor-Geral informou um valor inferior ao *supra* indicado, € 1 567 mil.

¹⁷⁵ Os códigos do piso de sala, assim como o de medicamentos (6631), não estão associados a casos clínicos, por exemplo os custos do material de consumo clínico (piso de sala) e dos medicamentos utilizados numa cirurgia oftalmológica serão distintos dos custos desses consumos numa cirurgia cardíaca. Porém, a faturação do piso de sala e dos medicamentos numa e noutra cirurgia é efetuada pelos mesmos códigos, não permitindo um apuramento direto dos custos por cirurgia e uma comparação entre os preços faturados pelos diversos prestadores.

¹⁷⁶ Designadamente confirmar se os produtos em causa são produtos faturáveis naqueles códigos e comparar os produtos e preços que estão a ser utilizados pelos diversos prestadores.



valores faturados sempre que excedam os valores médios praticados pelos prestadores congéneres, depois de majorados em 10%, já anteriormente aplicável aos códigos de piso de sala;

- ✓ A identificação dos produtos faturados sob os códigos 6636 (medicamentos antineoplásicos e imunomodulares) e 7501 (próteses intraoperatórias) com os códigos expressos no Código Hospitalar Nacional do Medicamento e na Codificação dos Dispositivos Médicos, permitirá à ADSE proceder a uma análise comparativa de preços *item a item*, estabelecendo, ainda, as regras de faturação, o direito de a ADSE corrigir os valores faturados nestes códigos com base no menor valor praticado pelos prestadores envolvidos.

Estes controlos também foram evidenciados nas alegações do Diretor-Geral em exercício de funções até 2014.

Sem prejuízo do Tribunal reconhecer os esforços da ADSE no sentido de controlar a faturação emitida no âmbito dos códigos abertos, a determinação de preços fechados deve constituir um objetivo da entidade gestora do sistema. Esclarece-se que, ao contrário do que parece ter sido o entendimento do anterior Diretor-Geral nas suas alegações, o Tribunal não propugna a codificação individual para cada um dos produtos que podem ser objeto dos códigos abertos, mas o esvaziamento progressivo destes códigos através da inclusão dos mesmos em unidades de pagamento mais agregadas (por exemplo, um preço fechado para a cirurgia à catarata que inclua todas as atos/produtos faturados atualmente sob os códigos identificados no Quadro 37; ao invés de um preço único, também, é possível a determinação de diversos preços fechados em função do material, por exemplo de prótese, utilizado).

A este respeito e relacionado também com a instituição de preços compreensivos, também referida nas alegações, o Diretor-Geral da ADSE prevê que *“... no período de 3 anos, 50% da faturação de atos médicos cirúrgicos realizados pelos prestadores convencionados à ADSE, sejam feitos através de preço fechado.”*, quantificando a poupança esperada.

Refira-se que, no âmbito da harmonização de tabelas com o SNS, a ADSE e a ACSS preveem, ainda, a uniformização de preços da tabela de medicina, cirurgia e medicina física e reabilitação, sendo que, à data da realização da auditoria, a tabela cujos trabalhos estavam mais avançados era a de medicina.

Refira-se que os preços das tabelas do SNS são fixados por via administrativa, não resultando nem do mercado nem de um apuramento fidedigno dos custos da atividade do SNS (cfr. Relatório de Auditoria n.º 30/2011, da 2ª Secção do Tribunal de Contas), pelo que os mesmos, além de incorporarem as ineficiências do SNS, poderão não refletir o justo valor das prestações contratadas e, conseqüentemente, não ser os mais adequados para, a médio/longo prazo, remunerar a atividade dos prestadores privados com os quais a ADSE-DG celebra convenções¹⁷⁷.

Com vista à determinação de preços de eficiência económica, a informação que a ADSE-DG dispõe sobre o mercado, designadamente no âmbito do regime livre, não deve ser desconsiderada.

A informação sobre a recente evolução da metodologia dos preços do SNS (Grupos de Diagnóstico Homogéneo e meios complementares de diagnóstico e terapêutica) e sobre os novos procedimentos de contratação destas convenções que visam estimular a concorrência entre os prestadores, remetida pelo Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, em sede de contraditório, não altera a conclusão do Tribunal.

¹⁷⁷ Em Anexo 23 procede-se a uma comparação de preços do regime convencionado com preços das tabelas SNS.



9.4. ENCARGOS COM O REGIME LIVRE

O regime livre assenta no reembolso ao quotizado da despesa por ele incorrida em prestadores de cuidados de saúde do setor privado/social não convencionados da ADSE. Visa alargar o direito de opção do quotizado, não o circunscrevendo à rede de prestadores convencionados, e financiar despesas que, não sendo cobertas pelo regime convencionado, estão correlacionadas com cuidados de saúde, como a despesa com meios de correção e compensação.

Neste regime, o quotizado acede a qualquer prestador privado não convencionado, suporta na íntegra a despesa e apresenta o recibo, para reembolso, na ADSE-DG, que suporta a despesa, tendo em conta o montante máximo a reembolsar (em percentagem e/ou valor) e os limites de quantidade e prazos¹⁷⁸ expressos na tabela.

A tabela do regime livre foi aprovada pelo Despacho n.º 8738/2004, do Secretário de Estado do Orçamento, publicado no DR n.º 103, II S, de 3 de maio, tendo sido objeto de duas alterações com vista à adaptação da tabela a novos atos/técnicas¹⁷⁹ e à atualização de preços face aos praticados no mercado¹⁸⁰.

Tal como no regime convencionado, em regra, a comparticipação é realizada por ato/produto/serviço, existindo apenas preços globais, i.e., que incluem um conjunto de atos médicos e/ou cuidados de saúde conexos no internamento¹⁸¹ e no tratamento termal.

Apesar da existência de áreas sobrepostas – análises clínicas, imagiologia, cirurgia, medicina e medicina dentária-, não existe correspondência de códigos e, por vezes, de nomenclatura entre as tabelas do regime convencionado e do regime livre, dificultando a sua comparabilidade.

Também não existe qualquer relação/indexação entre os limites de reembolso e os encargos da ADSE-DG no âmbito do regime convencionado, verificando-se nos quadros *infra*, a divergência de valores entre as tabelas de ambos os regimes, sendo o valor máximo de comparticipação, em casos analisados, superior ao encargo da ADSE-DG no regime convencionado, cfr. Anexo 25.

Nas situações em que o limite máximo de reembolso é superior ao encargo suportado pela ADSE-DG no regime convencionado bem como aos preços praticados no mercado, a atualização dessa tabela poderá originar poupanças que poderiam ser orientadas para outras áreas do sistema de benefícios, designadamente atualizando limites máximos de reembolso que se revelam desajustados face aos preços praticados no mercado, que entretanto sofreram uma evolução positiva¹⁸². Esta atualização poderia constituir, desta forma, um incentivo a novas inscrições e à permanência dos quotizados na ADSE.

¹⁷⁸ Quantidade e prazos: Próteses estomatológicas; Meios de correção e compensação. Quantidades: Complemento de internamento (diárias); Testes clorimétricos; Tratamentos termais; Lares e apoio domiciliário.

¹⁷⁹ Em 2008, com a introdução do código o código 9995 - Atos não especificados, para cuidados de saúde que não constam da tabela publicada. O seu enquadramento é feito mediante parecer médico e desde que incluídos na Tabela do SNS, sendo o reembolso a atribuir de 80% do valor pago pelo SNS.

¹⁸⁰ Em 2009, com a introdução de dois novos códigos de ventiloterapia: 8003 (comparticipado em 80% com um limite máximo diário de € 2,31) e 8004 (comparticipado em 80% com um limite máximo diário de € 4,75). Juntamente com o código 8002, já existente (comparticipado em 80% com um limite máximo diário de € 50,83), aqueles códigos refletem as diferentes técnicas de ventiloterapia e os preços.

¹⁸¹ No regime livre trata-se de um código global, que não especifica qualquer tipo de tratamento. A comparticipação do mesmo depende de parecer técnico e autorização superior (ver estas situações).

¹⁸² Nomeadamente em áreas não sobrepostas com o regime convencionado, como os meios de correção e compensação.

Nos atos analisados, a aproximação do valor médio de reembolso aos preços do regime convencionado, indicia, também, a possível desatualização destes últimos. Nas situações em que se aproximam daquilo que é pago no regime livre, existe margem para se negociar preços mais económicos com as entidades convencionadas.

Os custos da ADSE-DG com o sistema de reembolsos do regime livre diminuíram no triénio 2011-2013, 5,7%¹⁸³. Uma análise detalhada da evolução dos custos com este regime consta do Anexo 24. A redução dos custos resulta de uma menor utilização do sistema, à qual não é alheio o facto de a ADSE-DG, como se referiu, privilegiar na celebração de convenções os prestadores com maior procura ao nível do regime livre.

As áreas que apresentam um maior peso nos custos são a medicina dentária (incluindo próteses), em 2013, cerca de 21%, e os meios de correção e compensação, cerca de 30%. Existindo a primeira no regime convencionado, verifica-se uma maior utilização do regime livre (em 2013, os quotizados utilizaram este regime 686.969 vezes e o regime convencionado 310.754 vezes), o que indicia uma oferta deficitária da ADSE no regime convencionado.

Sobre a medicina dentária, o Diretor-Geral da ADSE, em contraditório, reconhece que a mesma se rege “... por uma tabela do regime convencionado muito mais desatualizada que nas outras áreas, [tornando-se] necessário desenvolver (...) estudos que permitam uma melhor adequação e cobertura do financiamento da ADSE ...”. Para o efeito identificou medidas, já adotadas, que visam a atualização da respetiva tabela.

Em resultado da diminuição global dos custos com o regime livre, o custo médio por quotizado inscrito diminuiu no triénio 1,9%, cfr. quadro do Anexo 24.

Os custos do regime livre serão inferiores se, em resultado de uma definição das responsabilidades financeiras da ADSE-DG e do SNS, forem transferidos para o SNS encargos que este assume para a generalidade dos cidadãos¹⁸⁴ e que têm de ser suportados por receitas gerais provenientes dos impostos, para os quais os quotizados da ADSE também contribuem.

Os dados apresentados não refletem, no entanto, o universo do regime livre subjacente ao esquema de benefícios da ADSE, mas, conforme já referido, apenas os custos e o número de quotizados cujos reembolsos são suportados diretamente pela ADSE-DG: reembolsos de trabalhadores de organismos da administração direta do Estado (serviços integrados), de organismos com autonomia administrativa e financeira, de organismos com acordos de capitação, de aposentados e de familiares. No Anexo 4 um dos cenários analisados pondera o impacto nos custos e proveitos da ADSE-DG caso as Administrações Local e Regionais deixassem de ter responsabilidade no financiamento do sistema.

Considerando a desatualização técnica da tabela do regime livre, em 2008, foi criado o código 9995-Atos não especificados, para cuidados de saúde que não constam da tabela publicada. O enquadramento dos cuidados é feito mediante parecer médico e desde que incluídos na tabela de preços do SNS, sendo o reembolso a atribuir de 80% do valor pago pelo SNS.

¹⁸³ A análise dos custos com o regime livre assentou nos dados do SIR, sistema aplicacional que suporta a atividade desta área de despesa, tendo-se utilizado, no filtro da extração, a data do pagamento.

¹⁸⁴ Conforme referido no ponto 9.2, em 2013, esses encargos, designadamente com transporte de doentes e cuidados respiratórios domiciliários ascenderam, respetivamente, a € 7,5 milhões e a € 4,3 milhões. Nos custos contabilísticos estão, ainda, refletidos os encargos com a assistência médica no estrangeiro, 4,5 milhões em 2013.



O valor de reembolso suportado pela ADSE-DG com este código foi de € 52,8 mil, em 2012, e de € 77,9 mil, em 2013. Apesar da sua pouca relevância no total de reembolso suportado pela ADSE-DG nesses anos (0,04%, em 2012, e 0,06%, em 2013) a existência de códigos que não constam da tabela não contribui para a transparência do sistema de benefícios e para a equidade no acesso aos cuidados de saúde entre os quotizados¹⁸⁵.

10. ENCARGOS COM O CONTROLO DE FALTAS DOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS

Dentro do grupo das despesas, suportadas pela ADSE, encontram-se os encargos da ADSE-DG com a realização de juntas médicas e a verificação domiciliária da doença na região de Lisboa¹⁸⁶. Esta atividade insere-se no controlo das faltas dos trabalhadores em funções públicas por motivos de doença natural e acidente em serviço e doença profissional, tendo por finalidade a verificação e confirmação da incapacidade temporária, a atribuição da alta ou a sua revisão.

Em 2013, os custos incorridos com a mesma ascenderam a cerca de € 544 mil, aos quais acrescem os custos com correio que, estando agregados aos custos com a correspondência relacionada com o esquema de benefícios gerido pela ADSE-DG, não se conseguiram autonomizar. Em 2014 os custos com esta atividade foram de € 539 mil, e em 2015, de acordo com o orçamento da ADSE-DG, serão de € 610 mil.

Quadro 39 – Custos com controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas

Custos com Juntas Médicas e Visitas Domiciliárias - 2013	€
Exames periciais	14.911,00
Médicos em regime de avença e prestação de serviços	459.502,63
Aquisição de serviços de apoio administrativo das JM do Porto, Coimbra, Évora e Faro	15.635,21
Arrendamento das instalações das Juntas Médicas de Lisboa	48.727,44
Encargos com luz e água das instalações das Juntas Médicas de Lisboa	1.886,61
Reembolso das despesas com as instalações das Juntas Médicas do Porto	5.137,92
Total	543.914,20

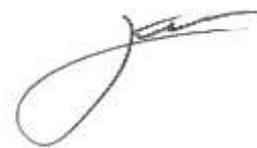
Trata-se de uma despesa alheia ao esquema de benefícios da ADSE e que, por isso, não pode ser sustentada com base no desconto dos quotizados. Enquanto se mantiver esta atividade na ADSE-DG a mesma deve ser paga pelas entidades empregadoras e, sendo um serviço prestado, a um preço superior ao custo.

De acordo com as alegações apresentadas pelo Diretor-Geral da ADSE, a equipa técnica constituída no âmbito da RCM n.º 5/2015 deve apresentar propostas no sentido de a ADSE vir a desenvolver atividades remuneradas, entre as quais se inclui a atividade prestada no âmbito do controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas (juntas médicas e verificação domiciliária da doença). Para o efeito a ADSE-DG apresentou, em janeiro de 2015, uma proposta ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, sobre os valores a cobrar por essa atividade às respetivas entidades empregadoras, a qual foi encaminhada para a equipa técnica.

Os valores a cobrar preveem uma margem sobre o custo da prestação dos serviços para a ADSE.

¹⁸⁵ Apenas os quotizados que conhecem esta possibilidade apresentam recibo para reembolso.

¹⁸⁶ As competências da ADSE-DG nesta matéria decorrem, atualmente, da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho (Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, vide art.ºs 21º, 27º, 33º), Decreto-Regulamentar n.º 41/90, de 29 de novembro (composição e normas de funcionamento das juntas médicas), alterado pelo Decreto-Regulamentar n.º 36/91, de 1 de julho, e dos Decretos-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, e 377/2007, de 9 de novembro, e Portaria n.º 122/2013, de 27 de março (estrutura nuclear da ADSE-DG, art.º 4º).



As alegações apresentadas permitem concluir que não se perspetiva a revogação das competências da ADSE-DG em matéria de controlo de faltas, sem prejuízo de o Diretor-Geral concordar que *“... não se afigura legítimo que a atividade de verificação da doença (...) seja financiada pelo recurso (...) aos descontos dos ...”* quotizados.

Porém, o Tribunal mantém a recomendação no sentido de as atividades da ADSE em matéria de verificação da doença de quotizados que se encontram em situação de falta, justificada por baixa médica, serem revogadas, porquanto as mesmas não se enquadram no âmbito do sistema de benefícios.

11. RESPONSABILIDADE DAS ENTIDADES EMPREGADORAS PELOS ENCARGOS DECORRENTES DA FRUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS

O quadro legal do sistema ADSE conferiu diversas responsabilidades às entidades empregadoras atribuindo assim relevância à sua intervenção na interação entre a ADSE-DG e os quotizados, onde se inclui as responsabilidades:

- De contribuir para o financiamento do sistema;
- De proceder à liquidação, retenção e entrega à ADSE-DG dos descontos efetuados aos quotizados.

O modo de contribuição para o financiamento do sistema assume as mais diversas modalidades, cfr. ponto 7.1.2 e Anexo 5.

Sem prejuízo de, em 2010/2011, aquando da criação da contribuição da entidade empregadora, a ADSE-DG ter preparado uma proposta de decreto-lei com vista a atualizar o regime de benefícios da ADSE no qual se incluía a clarificação das responsabilidades das entidades empregadoras e a uniformização do modo de contribuição para o financiamento do sistema, através da contribuição da entidade empregadora, esta veio a ser aplicada apenas aos serviços do Estado (serviços integrados e serviços e fundos autónomos), mantendo-se quanto aos restantes o regime jurídico que já decorria do Decreto-Lei n.º 118/83.

A aplicação deste regime às Administrações Regionais não tem sido pacífica, cfr. ponto 12, verificando-se, também, a existência de dívidas de reembolso e de capitação por outras entidades à ADSE-DG, cfr. ponto 11.1.

11.1. DÍVIDAS DE REEMBOLSO E CAPITAÇÃO

Os serviços e fundos autónomos do Estado, os organismos das Administrações Regional e Local e as entidades com acordos de capitação eram titulares de uma dívida registada nas contas da ADSE-DG, em 31 de dezembro de 2013, relativamente a notas de reembolso e capitação, no montante de cerca de € 62 milhões e, em 31 de dezembro de 2014, de cerca de € 50 milhões, verificando-se uma recuperação de 19% no ano de 2014, sendo que mais de 70% do valor em dívida respeita a organismos da Administração Local, registando uma antiguidade significativa¹⁸⁷.

¹⁸⁷ O sistema só reporta, como antiguidade, mais de 180 dias. Porém, a título de exemplo confirmou-se nas contas correntes das duas entidades que, à data de 31 de dezembro de 2013, apresentavam os maiores montantes em dívida (€ 11,9 milhões e € 2,3 milhões de dívida), que as respetivas dívidas remontam a novembro de 1994 e a fevereiro de 1986.



Quadro 40 – Dívida à ADSE-DG

Tipo de Serviço	Total da Dívida a 31_12_2012		Total da dívida a 31_12_2012 > 180 dias		Total da Dívida a 31_12_2013		Total da Dívida a 31_12_2014		Evolução da Dívida 2012/2014
		%		%		%		%	
AC - Acordos de Capitação	2.091.218,26	2,8%	1.881.066,40	2,8%	2.680.485,41	4,3%	2.505.870,94	5,0%	20%
CA - Autarquias Locais	59.723.163,62	78,7%	53.289.512,87	78,4%	44.525.475,29	71,8%	38.586.687,78	76,7%	-35%
AO - Organismos Autónomos	9.614.913,60	12,7%	9.503.734,68	14,0%	8.464.911,01	13,6%	815.786,24	1,6%	-92%
RA - Adm Regional Açores	2.426.282,70	3,2%	1.791.156,67	2,6%	3.262.395,22	5,3%	4.336.144,23	8,6%	79%
RM - Adm Regional Madeira	2.018.548,60	2,7%	1.528.224,18	2,2%	3.091.178,66	5,0%	4.060.446,00	8,1%	101%
SS - Serviços Integrados	1.165,47	0,0%	1.165,47	0,0%	2.063,34	0,0%	1.977,43	0,0%	70%
Total Geral	75.875.292,25		67.994.860,27		62.026.508,93		50.306.912,62		-34%

Fonte: SICOF

Nota: RM – Adm Regional Madeira inclui entidades da Administração Local sedeadas na Madeira, daí a diferença para a dívida objeto do ponto 12.3, que respeita apenas à Administração Regional

Apesar dos mecanismos previstos na lei para a regularização das dívidas, que a seguir se enumeram, a ADSE-DG mostrou alguma dificuldade na operacionalização dos que são da sua iniciativa. O instrumento mais eficaz tem sido a inclusão das dívidas à ADSE no âmbito do Programa de Apoio à Economia Local (PAEL) que, no entanto, resulta de iniciativa das autarquias locais.

Quadro 41 – Mecanismos de regularização das dívidas

Procedimentos de cobrança coerciva de dívidas efetuada através de processo de execução fiscal, conforme previsto no artigo 64.º - A, aditado ao Decreto -Lei n.º 118/83, pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro de 2011, segundo o qual as certidões emitidas pela ADSE-DG, de onde constem prestações a esta em dívida, qualquer que seja a respetiva natureza, têm força de título executivo nos termos dos artigos 162.º e 163.º do Código de Procedimento e de Processo Tributário.

Retenção de montantes nas transferências orçamentais, previsto anualmente nas Leis do OE.

Inclusão das dívidas à ADSE no âmbito do Programa de Apoio à Economia Local criado pela Lei n.º 43/2012, de 28 de agosto, com o objetivo de regularização do pagamento de dívidas dos municípios, vencidas há mais de 90 dias, registadas na Direção-Geral das Autarquias Locais, à data de 31 de março de 2012.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 73/99, de 16 de março¹⁸⁸, prevê-se que, nas situações em que as entidades devedoras são entidades privadas ou empresas públicas¹⁸⁹, as dívidas para com a ADSE-DG estão sujeitas ao pagamento de juros de mora.

Em 31 de dezembro de 2013, constavam 241 (16% do total) entidades privadas e empresas públicas da lista de entidades devedoras. A dívida ascendia a € 7.303.189 (11,8% do total), sendo a dívida superior a 180 dias de € 6.948.200 (13% do total), no entanto a ADSE-DG nunca procedeu à cobrança de juros pelas dívidas em mora.

Se ao valor de € 6.948.200, fossem aplicados juros de mora à taxa estabelecida no regime geral dos juros de mora para as dívidas ao Estado e outras entidades públicas¹⁹⁰, no período de pelo menos 180 dias, a ADSE-DG deveria receber cerca de € 209,4 mil.

Não obstante, a ADSE-DG desde longa data que vem realizando diligências para cobrança da dívida, nomeadamente através de circularização das entidades devedoras, como se constatou da consulta

¹⁸⁸ Alterado pelas Leis n.ºs 3-B/2010, de 28 de abril, e 55-A/2010, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 32/2012, de 31 de dezembro, e pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro.

¹⁸⁹ As pessoas coletivas públicas que não sejam, empresas públicas, estão isentas do pagamento de juros.

¹⁹⁰ Em 2013, 6,112%/ano, cfr. Aviso n.º 17289/2012, da AGÊNCIA DE GESTÃO DA TESOURARIA E DA DÍVIDA PÚBLICA — IGCP, EPE, publicado no DR, 2ª S, n.º 251, de 28 de dezembro, publicado em cumprimento do disposto no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 73/99, de 16 de março.

aos processos de dívida constituídos pela ADSE-DG, com o ofício circular mais antigo datado do ano de 1990. Nesse ofício já se advertia as entidades devedoras para a insustentabilidade de a ADSE-DG continuar a suportar esses encargos dadas as graves implicações na tesouraria que tal situação provocava terminando com a indicação da solução que seria adotada, com base na orientação do então Secretário de Estado do Orçamento, a saber:

- *“Satisfação dos encargos em débito por parte das entidades que deveriam comunicar à ADSE, no prazo de 30 dias, o respetivo plano de pagamentos para acordo;”*
- *“Recurso eventual, para satisfação do débito, à dedução faseada nas transferências do Orçamento do Estado.”*

Em 2005, na sequência das recomendações formuladas¹⁹¹ no Relatório de Auditoria n.º 12/05 – 2ª Secção, do Tribunal de Contas, a ADSE-DG desenvolveu um estudo detalhado da dívida com o objetivo de encontrar soluções visando a sua redução, cfr. informação n.º 35/2005/GO/DSGFP, de 2 de agosto. Deste estudo resultou a identificação de uma dívida no montante de € 111 milhões, tendo-se observado o seguinte:

Quadro 42 – Dívida identificada em 2005

€ 78,5 Milhões correspondiam a reembolsos emitidos até dezembro de 2004
€ 89,5 Milhões correspondiam a um conjunto de entidades que revelam atrasos sistemáticos nos pagamentos
Entidades que apesar de regularizarem dívidas recentes mantinham dívidas antigas por liquidar
€ 4,6 Milhões de depósitos em contas de Direção-Geral relativamente aos quais se desconheciam as entidades responsáveis pelo crédito em conta, dos quais foram entretanto identificados 2,2 milhões.

O estudo foi apresentado ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, para conhecimento da evolução da dívida bem como da minuta de ofício circular a remeter às entidades em dívida.

Apesar de a ADSE-DG invocar, desde 1990, nos ofícios que apelavam à regularização de dívidas, a possibilidade da *“(...) dedução faseada nas transferências do Orçamento do Estado”*, apenas em 2010, através da informação n.º 45/2010/DIF/DSGFP, de 2 de setembro, formalizou uma proposta de retenção nas transferências do orçamento do Estado para os serviços e fundos autónomos e para as autarquias que apresentassem saldo devedor superior a € 1.500 e € 1.000, respetivamente, e que cumulativamente fossem entidades sem pagamentos nos últimos 3 meses. No caso das autarquias foram também incluídas aquelas que, apesar de terem acordado um plano de pagamentos com a ADSE-DG, não o estivessem a cumprir.

A ADSE-DG fundamentou este pedido demonstrando a insuficiência de disponibilidades para suportar os encargos com os cuidados de saúde do mês seguinte. O Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, por despacho de 13 de setembro de 2010, demandou que a DGO procedesse às retenções, dando prioridade aos serviços e fundos autónomos. Quanto às autarquias, as mesmas deviam ser notificadas.

No início de 2014, a ADSE-DG iniciou novas diligências para recuperação das dívidas notificando todas as entidades com dívidas superiores a € 2.000, e passando a monitorizar regularmente os valores em dívida por entidade, elaborando relatórios mensais sobre as relações com terceiros. A notificação das entidades incluía a advertência de que persistindo o incumprimento, a ADSE-DG iria

¹⁹¹ Prosseguir as diligências no sentido da recuperação da dívida (...); Estabelecer os procedimentos disciplinadores com vista à liquidação e cobrança atempada das suas receitas; O incumprimento das obrigações de pagamento de reembolsos, contribuições e valores de capitação por parte dos serviços processadores, deverá ser objeto das consequências legalmente estabelecidas.



suspender os benefícios. Algumas entidades procederam à regularização voluntária ou assumiram planos de regularização.

Quadro 43 – Evolução da Dívida à ADSE em 2014

	Janeiro 2014		Novembro 2014		Evolução Janeiro/Novembro 2014	
	+ 180 dias	31 Janeiro	+ 180 dias	30 Novembro	+ 180 dias	30 Novembro
Valor em dívida	46.093.482,57	52.622.625,53	36.119.479,56	43.283.832,46	-21,64%	-17,75%
Nº de entidades devedoras	83	90	57	70	-30,12%	-25,56%

Com esta monitorização a ADSE-DG conseguiu, à data de novembro, uma recuperação de 18% da totalidade da dívida refletida nos relatórios de terceiros (que passou de € 52,6 milhões, em janeiro para € 43,3 milhões, em novembro) e de 22% da dívida com mais de 180 dias (de € 46,1 milhões, em janeiro, para € 36,1 milhões, em novembro). Em janeiro a dívida com mais de 180 dias representava 74% e, em novembro, 70%.

A recuperação referida inclui a regularização da dívida de 19 entidades que integram o SNS, no total de € 6.828.926,89. Tendo a regularização sido feita unilateralmente pela ADSE-DG, a mesma suscita as observações constantes do ponto 11.1.1.

Acresce no entanto que os relatórios de terceiros não contemplam todas as entidades com dívidas à ADSE-DG, mas apenas as de maior relevância, prejudicando assim uma análise exaustiva, por parte da gestão, da situação de todas as entidades devedoras.

No âmbito dos testes de auditoria foi efetuada a circularização de 91 entidades públicas com dívidas de reembolso/capitação de montante igual ou superior a € 90.000 e 62 entidades privadas com dívida igual ou acima dos € 1.000, excluindo as extintas, a quem foi solicitada a seguinte informação:

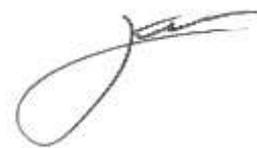
- ✓ Dívida da instituição à ADSE a 31 de dezembro de 2013 e a 31 de maio de 2014;
- ✓ Extratos de conta corrente dos anos (2009 a 2013 e a 31 de maio de 2014) que evidenciem as faturas pagas e não pagas no final de cada ano;
- ✓ Indicação do objeto das faturas não pagas (ex.: reembolso do pagamento efetuado pela ADSE relativo a cuidados prestados a trabalhadores dessas entidades ou familiares; outros – indicar quais);
- ✓ Justificação para o não pagamento das faturas.

Para além das entidades que preenchiam os critérios do montante da dívida, foram circularizadas todas as entidades do SNS contactadas no âmbito do ponto 9.1 e todas as restantes entidades das Administrações Regionais constantes da base de dados da dívida (SICOF) a 31 de dezembro de 2013.

A circularização teve como objetivo conciliar os saldos em dívida registados pela ADSE-DG com os saldos registados nas contas de cada uma das entidades, sintetizando-se nos pontos seguintes a análise das dívidas dos grupos de entidades mais representativos onde se inclui o resultado desta conciliação. Considerando o diferendo existente entre a entidade gestora da ADSE e as Administrações Regionais, a dívida destas àquela encontra-se inserida no ponto 12.

Em sede de contraditório, o atual Diretor-Geral da ADSE, embora referindo não existir um Plano de Cobrança das Dívidas, enumera um conjunto de medidas tomadas com vista à recuperação da dívida, designadamente as iniciadas em 2014 e já destacadas no presente Relatório.

Acrescenta, no entanto, que no primeiro trimestre de 2015 iniciaram procedimentos com vista à instauração de processos de execução fiscal, que até ao momento, como referido no Relatório, nunca foram utilizados e que relativamente a situações em que não tem sido possível encontrar qualquer tipo de solução ou acordo



para resolução das dívidas, a ADSE-DG está a ponderar a suspensão dos direitos dos quotizados das entidades empregadoras, mediante comunicação prévia aos mesmos.

Sem prejuízo das medidas implementadas e a implementar reforça-se a importância de um Plano de Cobrança das Dívidas que estabelecendo objetivos a alcançar dentro de prazos definidos, contribuirá para um maior controlo do desempenho da ADSE nesta matéria.

O Diretor-Geral em exercício de funções até 2014 destaca o trabalho efetuado pela ADSE-DG na recuperação de dívidas, com resultados mais visíveis no ano de 2014. Relativamente à não cobrança de juros de mora refere que a “... *Direção-Geral nunca se sentiu legitimada para exigir juros de mora* ...” considerando a dificuldade de identificar as entidades efetivamente devedoras, face a valores depositados cuja entidade ordenante se desconhecia.

O Tribunal refere, a este propósito, como aliás também reconhece aquele responsável, que este problema foi minimizado com a implementação do Documento Único de Cobrança, em 2011, e que a cobrança de juros deve passar a fazer parte dos procedimentos da ADSE.

O Diretor-Geral em exercício de funções até 2014 refere ainda que a Direção-Geral procedeu à validação dos valores em dívida e à circularização de saldos.

Mantêm-se as conclusões do Relatório que espelham o trabalho realizado pela ADSE-DG neste âmbito e ressalva-se que dos testes de auditoria constatou-se que persistem muitas divergências entre os saldos contabilizados pela Direção-Geral e os contabilizados pelas entidades devedoras, o que evidencia a necessidade da entidade gestora do sistema proceder com regularidade à conciliação dos saldos em dívida, essencial para a aplicação dos mecanismos de cobrança coerciva e eventuais procedimentos de encontro de contas.

11.1.1. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E OUTROS ORGANISMOS AUTÓNOMOS

A dívida de organismos do Estado (serviços e fundos autónomos e outros organismos com autonomia administrativa e financeira) contabilizada pela ADSE-DG, a 31 de dezembro de 2013, ascendia a € 8,5 milhões, registando, em 31 de dezembro de 2014, € 815,8 mil.

Esta dívida remonta pelo menos a 31 de dezembro de 2010, data a partir da qual estas entidades passaram a suportar contribuição da entidade empregadora e deixaram de reembolsar a ADSE-DG pelos cuidados prestados aos seus trabalhadores no âmbito do regime convencionado e de contribuir para as despesas de administração.

A recuperação, observada em 2014, inclui a regularização da dívida de entidades que integram o SNS e que, em 31 de dezembro de 2013, cifrava-se em cerca de € 7,2 milhões (85% da dívida dos organismos do Estado). Esta regularização, porém, foi realizada unilateralmente pela ADSE-DG.

Os restantes organismos autónomos, 37 entidades públicas que não integram o SNS nem o Ministério da Saúde, tinham uma dívida à ADSE-DG, em 31 de dezembro de 2013, no montante de cerca de € 1,3 milhões, a qual registou uma recuperação de 36% durante o ano de 2014, persistindo em 31 de dezembro de 2014 uma dívida à ADSE-DG de cerca de € 0,8 milhões relativo a 42 entidades. De notar que esta recuperação diz respeito apenas a 5 entidades que liquidaram a sua dívida, tendo no entanto integrado a lista de devedores 10 novas entidades, embora com valores residuais, cfr. Anexo 26.



Entidades do Serviço Nacional de Saúde

No âmbito dos questionários realizados na presente auditoria, algumas entidades que integram o SNS justificaram o não pagamento das suas dívidas à ADSE-DG com o facto de terem registado nas suas contas dívidas relativas a cuidados de saúde prestados aos quotizados da ADSE até 31 de dezembro de 2009, bem como a serviços prestados a partir de janeiro de 2010, que a ADSE-DG não reconhece, dadas as divergências decorrentes da falta de clareza dos Memorandos de Entendimento celebrados em 2010, como referido no ponto 9.1.

O montante da dívida que a ADSE-DG registava no seu sistema, em 31 de dezembro de 2013 relativa a 32 entidades que integram o SNS, cifrava-se em cerca de € 7,2 milhões, cfr. Anexo 27, relativo a notas de reembolso. Apesar da monitorização mensal dos valores em dívida por entidade encetada durante o ano de 2014, em junho, 27 dessas entidades mantinham uma dívida próxima do valor antes referido¹⁹².

Dada a dificuldade sentida pela ADSE-DG na recuperação desta dívida, atendendo aos motivos invocados pelas entidades devedoras e uma vez que a tutela não tomou medidas para resolução dos diferendos causados pelos Memorandos, a ADSE-DG entendeu que seria legítimo compensar/reter o montante dessa dívida nas transferências financeiras para a ACSS efetuadas como contrapartida de esta assumir os encargos com a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos dispensados a quotizados da ADSE-DG¹⁹³. Assim, aos montantes das prestações de julho e de agosto que decorrem do cumprimento daquele Despacho, a ADSE-DG deduziu os montantes de € 3,8 milhões e € 3,4 milhões, ficando assim liquidada, no sistema da ADSE-DG, a totalidade dessa dívida.

Este procedimento não mereceu a concordância do Secretário de Estado da Saúde, cfr. despacho de 6 de agosto de 2014 proferido na informação n.º 3551/2014/DFI/UOC/ACSS, na qual se argumenta que: *“(...)os acordos a efetuar com a ADSE do âmbito do despacho n.º 7486-A/2014 devem-se restringir ao teor do próprio despacho, enquanto a compensação de outros créditos e débitos de faturação entre a ADSE e as entidades do SNS enquadram-se no relacionamento existente entre entidades prestadoras de serviços de saúde e subsistema de saúde.”*

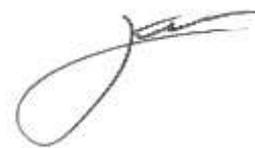
O Secretário de Estado da Saúde submeteu o processo à consideração do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, propondo a suspensão do mesmo e a entrega pela ADSE-DG dos montantes retidos. À data da auditoria este membro do Governo ainda não se tinha pronunciado.

No âmbito dos testes de auditoria foram contactadas todas as entidades que integram o SNS (56 entidades) para análise do processo da dívida da ADSE-DG relativa aos cuidados de saúde prestados aos seus quotizados, objeto dos Memorandos de Entendimento, cfr ponto 9.1. Assim, uma vez que 32 dessas entidades eram, também, devedoras à ADSE-DG de montantes relativos a reembolsos, solicitou-se também informação sobre essa dívida com o objetivo de conciliar os saldos registados pela ADSE-DG com os saldos registados nas contas de cada uma das entidades, tendo-se obtido resposta de 31 entidades (97%).

Relativamente aos valores em dívida indicados, das 31 entidades que responderam apenas 4 indicaram valores de dívida coincidentes com os valores registados pela ADSE-DG. Da análise das

¹⁹² Verificou-se uma redução de € 88 mil euros.

¹⁹³ Transferências feitas no âmbito do Despacho n.º 7486-A/2014, de 16 de maio, que deu cumprimento à determinação prevista no n.º 19 do mapa anexo ao artigo 14.º da LOE 2013.



divergências verificou-se que 20 entidades indicaram um montante inferior ao registado pela ADSE-DG, num total de cerca de € 2,4 milhões e 8 entidades indicaram um montante superior, cerca de € 1,3 milhões, dos quais € 1,2 milhões respeitam a uma entidade, cfr. quadro em Anexo 27.

Apenas 9 entidades indicaram justificações para o não pagamento das dívidas, 8 das quais invocam o facto de serem credores da ADSE, nalguns casos em montantes superiores à sua dívida, propondo assim que fosse efetuado o respetivo encontro de contas, cfr. quadro em Anexo 27.

O encontro de contas proposto, e nalguns casos já efetuado, não é legítimo porquanto, como referido no ponto 9.1, a ADSE-DG não é entidade devedora desses créditos, desde 2010, mas o Estado, através do Ministério das Finanças/DGO/ACSS, até 2012, e, a partir desta data, através do Ministério da Saúde/ACSS.

As divergências apuradas, para além de revelarem falta de fiabilidade dos registos, quer das entidades quer da ADSE-DG, as quais já deviam ter conciliado as respetivas contas corrente identificando e corrigindo as divergências existentes¹⁹⁴, levantam um outro problema que se prende com o facto dos encontros de contas efetuados por algumas entidades, bem como a compensação efetuada em 2014 pela ADSE-DG nas transferências financeiras para a ACSS, do montante da dívida dessas entidades, originarem novos valores a repor ou a receber entre a ADSE-DG e as entidades.

Sobre a necessidade de correção dos procedimentos de encontros de contas unilaterais, a Ministra de Estado e das Finanças, através da Chefe do Gabinete, em sede de alegações, informou que *“... vai em conjunto com o Ministério da Saúde procurar que a ADSE e a ACSS venham a desenvolver as iniciativas ...”* com vista a essa correção, tendo o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, informado que nada tem a opor a tal procedimento.

11.1.2. AUTARQUIAS LOCAIS

Várias entidades da Administração Local têm perpetuado a dívida à ADSE-DG invocando, para além das dificuldades financeiras sentidas, o facto de a ADSE-DG não enviar os comprovativos¹⁹⁵ dos cuidados prestados aos quotizados que constam das notas de reembolso, o que a ADSE-DG considera desnecessário, salvo algum caso que justificadamente suscite dúvidas, uma vez que a faturação enviada contem um elevado grau de detalhe. Confirmou-se, na presente auditoria, que as notas de reembolso contêm o detalhe suficiente para as entidades poderem confirmar o cuidado prestado¹⁹⁶. Não obstante a entidade com o código 4886, responsável por cerca de 27% da dívida registada no final do exercício de 2013, ter reconhecido em 2014 o seu valor, tendo celebrado com a ADSE-DG um acordo de pagamento, persistem à data de 31 de dezembro de 2014 elevados montantes em dívida¹⁹⁷.

¹⁹⁴ Procedimento indispensável ao cumprimento do objetivo principal dos Memorandos de 2010, “(...)liquidação completa da dívida(...)”.

¹⁹⁵ As dívidas das duas entidades que, à data de 31 de dezembro de 2013, apresentavam os maiores montantes e apresentavam este argumento (entidades com os códigos ADSE 4886 e 4771, respetivamente com € 11,9 milhões e € 2,3 milhões de dívida, 32% da dívida total registada, nessa data, em CA – Autarquias Locais, € 44,5 milhões) remontam a novembro de 1994 e a fevereiro de 1986.

¹⁹⁶ Número e nome do quotizado, identificação da entidade prestadora, data da prestação, código do cuidado de saúde prestado e valor do cuidado pago pela ADSE-DG e a reembolsar pela entidade empregadora. Embora a faturação de suporte da entidade prestadora esteja arquivada na ADSE-DG, aquela informação permite às entidades confirmarem junto dos trabalhadores se efetivamente receberam os cuidados. Em caso de dúvida fundamentada (v.g. trabalhador não confirma), observou-se que as entidades contactavam a ADSE-DG que, então, esclarecia o assunto, remetendo cópia dos documentos de suporte ou corrigindo uma situação de faturação incorreta (v.g. trabalhador não pertencente à entidade).

¹⁹⁷ Em 2014, embora se verifique uma pequena redução do valor em dívida, a entidade com o código 4771 mantinha uma dívida € 2,2 milhões, e a entidade com o código 4886, uma dívida de € 11,5 milhões.



O Secretário-Geral da Associação Nacional de Municípios, ouvido no âmbito do contraditório, salienta que o problema das dívidas “...arrasta[-se] há já vários anos e que se, num contexto mais recente, até se poderá admitir...” a conclusão do Relatório quanto ao grau de detalhe da faturação, mas que, no passado, ocorreram “... dificuldades na disponibilização, por parte da ADSE, de um suporte documental adequado, rigoroso e perceptível, que permitisse aos Municípios obter a informação necessária à boa e integral compreensão das notas de reembolso emitidas, é uma insuficiência do sistemas reconhecida por ambas as partes, ADSE e Municípios.”.

Sobre este assunto, o Tribunal observa que, sem prejuízo de se existirem outras entidades com dívidas, o argumento da insuficiência da faturação, não era comum às entidades da Administração Local, sendo essencialmente evocado pelos dois Municípios com as dívidas mais elevadas e mais antigas.

Verificam-se ainda casos de divergências entre as entidades e a ADSE-DG sobre o prazo de prescrição aplicável: 2 anos (cfr. art.º 317º, al. a), do Código Civil)¹⁹⁸, 3 anos (cfr. artigo 498º, n.º2, do Código Civil)¹⁹⁹ ou, conforme defendido pela ADSE-DG, 20 anos (cfr. artigo 309º do Código Civil)²⁰⁰, sendo certo que a ADSE-DG tem reclamado regularmente os valores em cada momento devidos²⁰¹.

Sem prejuízo de se acompanhar a razoabilidade dos argumentos da ADSE-DG no sentido de aos créditos em causa ser aplicado o prazo geral da prescrição, um prazo de prescrição de 20 anos gera inércia na gestão que, não tendo outro estímulo, deixa a dívida perpetuar-se, o que aconteceu, aliás na ADSE-DG, pelo menos até 2010, ano em que iniciou o primeiro processo de retenção (cfr. Anexo 28) nas transferências do orçamento do Estado, tornando cada vez mais difícil, pelo decurso do tempo, recuperar os créditos antigos.

Durante os anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 (setembro²⁰²), foi concretizada a retenção nas transferências dos orçamentos do Estado para 63 entidades (47 Municípios e 16 Freguesias), num montante total de cerca de € 16,4 milhões, 52% do valor em dívida comunicado pela ADSE-DG em maio de 2011, cerca de € 31,6 milhões.

Quadro 44 – DGAL – Retenções efetuadas

Entidades	Dívida ADSE (comunicada maio)	Retenções aos fundos municipais efetuadas para pagamento de dívidas à ADSE				Total retido
		2011 (jun-dez)	2012	2013	2014 (jan-nov)	
Municípios	30.632.718,03	9.837.310,93	4.624.576,87	1.117.541,20	284.117,00	15.833.546,00
Freguesias	997.469,73	109.181,20	170.302,00	132.646,01	138.460,79	534.028,93
Total geral	31.630.187,76	9.946.492,13	4.794.878,87	1.250.187,21	422.577,79	16.367.574,93
Total RAA (Municípios)	1.987.594,34	553.218,36	775.206,00	446.197,68	84.000,00	1.858.622,04

Fonte: Informação disponibilizada pela DGAL.

¹⁹⁸ Entidade 4773, na circularização efetuada no âmbito da auditoria. Dívida a 31 de dezembro de 2013 de € 364,5 mil, remontando a abril de 1994. Em 2014 a dívida é de € 260,3 mil.

¹⁹⁹ Entidade com o código 4889, no âmbito da análise ao processo da dívida. Dívida a 31 de dezembro de 2013 de € 1,3 milhões, remontando a dezembro de 1991. Em 2014 a dívida, apesar de ter aumentado € 51,5 mil, mantem-se em termos arredondados em € 1,3 milhões.

²⁰⁰ Cfr. pareceres emitidos pelo Gabinete de Assessoria da ADSE em 2005 e em 2008.

²⁰¹ A ADSE reforça ainda nas suas informações e comunicações à entidade 4889 que a mesma, em 2003, reconheceu a dívida, solicitando o estabelecimento de prazos e condições para o seu cumprimento e que esse reconhecimento determinava a interrupção dos prazos de prescrição então a decorrer (artigos 323º e 325º do C.C.). Também este diferendo persiste à data da auditoria.

²⁰² Data da informação da DGAL.

Em resultado do processo de retenção, a ADSE-DG conseguiu a recuperação da dívida de 39 entidades encontrando-se ainda em curso a recuperação da dívida de 7 entidades. Foram também suspensos os processos de retenção a 13 entidades que entretanto liquidaram a dívida diretamente à ADSE-DG ou apresentaram planos de pagamento aceites por aquela Direção-Geral.

Quadro 45 – Evolução dos processos de retenção

	Municípios	Freguesias	Total
a) Processo suspenso/terminado por indicação da ADSE.	12	1	13
b) Processo suspenso a aguardar esclarecimentos.		1	1
c) Processo pago na totalidade.	33	6	39
d) Processo em curso	1	6	7
e) Processo Suspenso - penhora de crédito em curso retenção de 20% do FEF e participação variável do IRS (art.º 39.º Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro)	1	2	3

Fonte: Informação disponibilizada pela DGAL.

Quadro 46 – Dívidas incluídas no PAEL

PAEL	Dívidas à ADSE incluídas no quadro VI do PAF			
	Dívidas elegíveis	Pagamentos efetuados	Dívidas anuladas ou não devidas	A aguardar pagamento e/ou validação
	(1)	(2)	(3)	(4) = (1)-(2)-(3)
PAEL I 26 entidades	5.666.800,36	4.418.214,57	13.092,30	1.235.493,49
PAEL II 39 entidades	10.077.929,54	9.666.448,27	266,00	411.215,27
Total	15.744.729,90	14.084.662,84	13.358,30	1.646.708,76

Fonte: Informação disponibilizada pela DGAL.

A dívida das autarquias locais beneficiou também, entre 2013 e 2014, de uma regularização extraordinária de cerca de € 14 milhões, em resultado do recurso ao Programa de Apoio à Economia Local (PAEL), por parte de 65 Autarquias Locais, encontrando-se, em setembro de 2014, o montante de € 1,6 milhões a aguardar pagamento ou validação, cfr. Anexo 29.

Não obstante as diligências da ADSE-DG, enviando regularmente ofícios dirigidos às entidades com maior relutância ao pagamento das dívidas, aprovando planos de pagamento apresentados por algumas entidades que depois não cumpriam, bem como formalizando, em 2010, processos de retenção, continuam a persistir, em 2014, diferendos com algumas autarquias que se refletem no incumprimento sistemático do pagamento das respetivas dívidas, de montante considerável, perpetuando o diferimento do cumprimento das suas obrigações.

Assim, em julho de 2014, foi apresentada ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, nova proposta para reencaminhamento à DGAL, no sentido de dar início ao processo de regularização das dívidas através das retenções previstas na LOE 2014, relativamente a quatro municípios²⁰³, cuja dívida ascendia, nessa data a um total de cerca de € 15 milhões. Este pedido mereceu a devida concordância, cfr. despacho de 24 de julho de 2014, exarado na informação n.º 13/DSB/2014.

Entretanto o município com a dívida mais elevada (código 4886) apresentou, em agosto de 2014, um plano de pagamentos para regularização da mesma, procedendo imediatamente a dois pagamentos no montante total de € 498 mil no início de setembro, relativo a notas de reembolso do ano de 2012, e comprometeu-se a efetuar os pagamentos relativos a notas de reembolso dos três primeiros trimestres de 2014, em outubro²⁰⁴, novembro e dezembro.

A ADSE-DG aceitou o proposto, considerando que os montantes a entregar seriam sempre superiores aos montantes que seria possível reter no ano pela DGAL²⁰⁵, procedendo de imediato à suspensão do processo de retenções a efetuar nas transferências do orçamento do Estado, no pressuposto da reavaliação periódica para salvaguarda do cumprimento dos termos acordados. Tendo em conta a antiguidade (1994) e o volume em dívida (cerca de € 12 milhões), a ADSE-DG não devia ter procedido

²⁰³ Entidades com os códigos ADSE: 4886 (€ 12 milhões), 4889 (€ 1,3 milhões), 3703 (€ 859 mil) e 4878 (€ 729 mil).

²⁰⁴ Em outubro entregou € 136.971,97, Cfr. relatório de terceiros.

²⁰⁵ Cfr. ofício da ADSE de 17 de dezembro.



à suspensão das retenções correndo assim o risco de ter que iniciar novo pedido de retenção, devendo antes ter negociado a compatibilização dos dois procedimentos.

Em 2014, foram, ainda, submetidas, ao membro do Governo responsável pelo orçamento, novas propostas de regularização com recurso à retenção, em setembro e em novembro de 2014, através das informações n.ºs 26 e 28/DSB/2014, no montante total de cerca de € 1,4 milhões, relativamente a cinco Autarquias²⁰⁶. Estas propostas mereceram a concordância daquele responsável, cfr. despachos de 28 de outubro e de 27 de novembro de 2014.

Da circularização efetuada a 61 autarquias com dívidas de reembolso/capitação de montante igual ou superior a € 90.000, no âmbito dos testes de auditoria, com o objetivo de conciliar os saldos em dívida registados pela ADSE-DG com os saldos registados nas contas de cada uma das entidades, obteve-se resposta de 57 entidades (93%). Das 57 entidades que responderam apenas 6 indicaram valores de dívida coincidentes com os valores registados pela ADSE-DG. Da análise das divergências verificou-se que 27 entidades indicaram um montante inferior ao registado pela ADSE, num total de cerca de € 3 milhões e 23 entidades indicaram um montante superior, cerca de € 0,4 milhões, cfr. Anexo 30.

Das divergências apuradas destaca-se o caso de duas autarquias que invocam a prescrição da dívida nos montantes de € 1,2 e 0,2 milhões, um dos casos já conhecido pela consulta dos processos de dívida. No Anexo 30 consta, ainda, uma tabela com uma síntese das justificações para o não pagamento das dívidas.

11.1.3. ENTIDADES COM ACORDOS DE CAPITAÇÃO

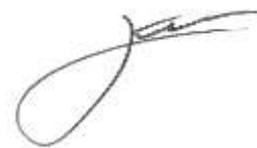
Em 31 de dezembro de 2013 a dívida contabilizada pela ADSE-DG relativa a capitações, ascendia a cerca de € 2,7 milhões, sendo 41% (€ 1,1 milhões) de estabelecimentos de ensino particulares. A remanescente respeitava a entidades da Administração Local, essencialmente freguesias, e do setor empresarial público.

Em 31 de dezembro de 2014, esta dívida registava uma recuperação de 7%, ascendendo a € 2,5 milhões, tendo a dívida dos estabelecimentos de ensino particulares aumentado 2%, representando nesta data 46%. A dívida das entidades do setor público diminuiu 14%.

Considerando a natureza jurídica dos estabelecimentos de ensino particulares, trata-se de um grupo de risco atenta a dificuldade na cobrança das dívidas e os meios ao dispor da ADSE-DG para a sua cobrança coerciva, apenas o processo de execução fiscal, que aquela Direção-Geral nunca utilizou.

Das entidades contactadas (62), no âmbito dos testes de auditoria, com dívida igual ou superior a € 1.000, responderam 28, e apenas 11 indicaram valores em dívida, dos quais apenas numa situação o valor indicado coincide com o valor registado no sistema da ADSE-DG e outra situação indica um valor ligeiramente (-€ 78,02) superior. Todas as restantes indicam valores inferiores. Esta situação exige da parte da ADSE-DG a implementação de um processo de conciliação de dívida que acautele também a eventual oposição da entidade devedora no âmbito do processo de execução fiscal.

²⁰⁶ Entidades com os códigos ADSE: 4293 (€ 228,8 mil), 4173 (€ 647 mil), 4630 (€ 431 mil), 4896 (€ 85 mil) e 4416 (€ 916,8).



Relativamente às justificações apresentadas para o não pagamento da dívida pelas 11 entidades que indicaram valores, 5 não apresentaram qualquer justificação e as restantes indicaram motivos económicos e divergências de valores em discussão com a ADSE-DG.

11.2. COBRANÇA DO DESCONTO DOS QUOTIZADOS E, ATÉ 2014, DA CONTRIBUIÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

Só a partir de 2011, ano da criação da contribuição da entidade empregadora, a ADSE-DG ficou responsável pelo controlo da arrecadação do desconto. Até então a receita proveniente do desconto²⁰⁷ era objeto de liquidação pelas entidades empregadoras que depositavam o respetivo valor numa conta da DGO, recebendo a ADSE-DG apenas a informação dos montantes cobrados com base em mapas enviados por aquela entidade²⁰⁸. Quanto aos valores de remunerações/pensões que constituíam a base de incidência do desconto e às entidades que entregavam ou não o desconto, a ADSE-DG não possuía qualquer informação.

A partir de 2011, embora a receita continue a ser liquidada pelas entidades empregadoras, estas, em cumprimento do Despacho n.º 1452/2011, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento²⁰⁹, ficaram vinculadas a remeter para a ADSE-DG um ficheiro de detalhe com informação, por quotizado, sobre os montantes dos descontos e (até 2014) da contribuição da entidade empregadora e sobre os montantes que constituem a respetiva base de incidência.

O envio do ficheiro de detalhe e a transferência de verbas (através de documento único de cobrança) devem realizar-se até ao dia em que é efetuado o pagamento das remunerações ou pensões²¹⁰.

Sucedem, porém, que existem entidades que:

✚ Não entregam o desconto à ADSE-DG

A maioria destas entidades pertencem às Administrações Regionais, cfr. ponto 12.4. Porém, mensalmente a ADSE-DG tem identificado outras entidades em falta.

Em novembro de 2014²¹¹, quatro entidades da Administração Local, dois colégios privados com acordo de capitação, uma entidade do setor social e uma empresa do setor privado²¹², num total de dez quotizados, não entregavam desconto, verificando-se uma evolução positiva, neste grupo, relativamente à informação do mês de março, no qual constavam 12 entidades e que foi tomada como referência na realização dos questionários às entidades empregadoras.

A evolução positiva foi o resultado do controlo mensal implementado pela ADSE-DG durante o ano de 2014, constatando-se que 9 das entidades identificadas em março, regularizaram a situação²¹³.

²⁰⁷ A contribuição da entidade empregadora foi criada em 2011.

²⁰⁸ Cfr. Informação n.º 57/2010/DIF/DSGFP (ADSE), sobre a transição de saldo relativo a verbas do desconto, remetida por email de 29.05.2014 da DSF.

²⁰⁹ Publicado no DR, 2.ª S, n.º 12, de 18 de janeiro de 2011. Este Despacho foi alterado pelo Despacho n.º 4726/2013, publicado no DR, 2.ª S, n.º 67, de 5 de abril.

²¹⁰ Nas situações em que compete ao quotizado titular a realização e entrega do desconto, a entrega do mesmo deve ser efetuada por DUC ou por transferência bancária para uma conta indicada no portal da ADSE, até ao final do mês a que corresponde o processamento das remunerações. Em 2013, o valor entregue diretamente pelos quotizados foi de € 17.931,53.

²¹¹ Relatórios de Terceiros de novembro de 2014.

²¹² Entidades que podem ter trabalhadores em funções públicas ao abrigo de contratos de cedência.

²¹³ Das 11 entidades contactadas na auditoria (uma das entidades identificadas no Relatório de Terceiros de março já havia regularizado a situação quando do envio dos questionários), responderam 5, tendo uma alegado falta de liquidez e duas informado que o desconto não



Dependendo o financiamento do sistema de benefícios do desconto, o controlo da efetiva entrega deve ser feito por quotizado, o que até 2014, não acontecia, pelo menos de forma sistemática²¹⁴, sem prejuízo das responsabilidades das entidades empregadoras pela sua liquidação, retenção e entrega. Este controlo aumentaria a eficiência da ADSE-DG na arrecadação do desconto, questionando a entidade empregadora e/ou o quotizado sobre a situação, com vista à sua regularização e à eventual responsabilização dos mesmos, pela não entrega.

O Diretor-Geral da ADSE, em sede de alegações, informa que o controlo da entrega do desconto já é efetuado prevendo “... a curto prazo (...) o aperfeiçoamento dos mecanismos de transmissão da informação da situação dos beneficiários ...” e que os mesmos “... serão também objeto [da] proposta (...) legislativa de alteração do regime atualmente vigente.”.

✚ Não entregam os valores do desconto e da contribuição da entidade empregadora dentro do prazo estabelecido, i.e., até ao dia em que é efetuado o pagamento das remunerações ou pensões

O Despacho n.º 1452/2011, do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, determina que, caso a entrega das verbas referidas não ocorra dentro do prazo estabelecido, a ADSE-DG deve estimar os respetivos montantes e solicitar a sua retenção nas transferências do Orçamento do Estado. Quando as estimativas referidas não coincidam com os montantes efetivamente devidos, o respetivo acerto é assegurado por compensação nas entregas futuras ou mediante entregas suplementares no mês seguinte.

Decorridos cinco anos sobre a data do despacho, estes mecanismos não foram implementados pela ADSE-DG. Refira-se que, para além da informação constante do ficheiro de detalhe remetido pelas entidades, que pode conter incorreções que o sistema de informação ainda não deteta²¹⁵ e que nem todas as entidades enviam, a ADSE-DG não dispõe de informação sobre a base de incidência do desconto e (até 2014) da contribuição da entidade empregadora, i.e. sobre o valor das remunerações e das pensões dos quotizados.

A falta desta informação impede que a ADSE-DG estime o valor em dívida pelas entidades que não entregam nem o desconto nem o ficheiro de detalhe e proceda à validação do valor da remuneração/pensão de incidência do desconto que as entidades colocam no ficheiro de detalhe, identificando e indagando sobre eventuais desvios mais significativos. Este controlo seria possível se as entidades empregadoras e/ou os quotizados fossem vinculados a informar regularmente a ADSE-DG sobre o valor das remunerações/pensões.

Ainda assim, em janeiro de 2014, a ADSE-DG começou a estimar, com base na informação do ficheiro do mês anterior, o valor do desconto e da contribuição da entidade empregadora não entregue no mês.

chegou a ser retido aos mesmos, prontificando-se para regularizar a situação. Das entidades que responderam apenas uma ainda não regularizou a falta de entrega dos descontos.

²¹⁴ O sistema de informação da ADSE-DG já dispõe desta informação, porém o desenvolvimento aplicacional com vista a discriminar os descontos por quotizado foi iniciado em 2014.

²¹⁵ Valores extraordinários (v.g. remunerações inferiores à retribuição mínima mensal garantida ou superiores ao vencimento do Primeiro Ministro).

Quadro 47 – Desconto e contribuição da entidade empregadora não entregue no mês (2014)

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov
Entidades (n.º)	253	291	145	263	127	279	144	359	264	128	303
Valor (€)	4 457 293	1 932 667	1 314 738	1 608 264	1 325 888	3 151 984	5 318 230	5 180 218	1 768 298	785 845	3 395 258

Fonte: ADSE/DSB - Relatórios de terceiros

Considerando as entidades de fevereiro e março, com valor estimado de desconto e de contribuição de entidade empregadora em falta igual ou superior a € 10 mil, 46 entidades em fevereiro (77% do valor total estimado) e 24 entidades em março (90% do valor estimado), verificou-se que o atraso médio na entrega do desconto e da contribuição da entidade empregadora foi de 10 dias em fevereiro e de 13 dias em março²¹⁶.

Não entregam os ficheiros de detalhe²¹⁷

A remessa do ficheiro de detalhe é relevante para a ADSE-DG proceder à liquidação da receita e, em caso de não pagamento, contabilizá-la como dívida e desenvolver os procedimentos necessários à sua cobrança.

Apesar de a ADSE-DG ter ficado, desde 2011, responsável pela cobrança da receita a ela afeta e de o Despacho prever mecanismos de cobrança que a ADSE-DG já podia ter promovido para aumentar a eficácia da mesma, os procedimentos nele previstos – remessa do ficheiro de detalhe e entrega da receita até ao dia em que é efetuado o pagamento das remunerações ou pensões - não foram acompanhados de um quadro sancionatório que acautelasse o cumprimento dos mesmos pelas entidades responsáveis, sem prejuízo da não entrega, com culpa, do desconto do quotizado poder constituir infração financeira sancionatória²¹⁸, no caso das entidades sujeitas à jurisdição do Tribunal de Contas, e infração criminal²¹⁹.

De facto, ao contrário do que se verifica com o pagamento das contribuições e prestações relativas ao sistema de solidariedade e segurança social, não foram previstas quaisquer penalidades pela não entrega ou atraso na entrega do ficheiro de detalhe e da receita, designadamente multas e, no caso de atraso na entrega da receita, o pagamento de juros de mora.

A título de exemplo, se aos atrasos verificados em fevereiro e março fossem aplicados juros de mora à taxa estabelecida no regime geral dos juros de mora para as dívidas ao Estado e outras entidades públicas²²⁰, a ADSE-DG deveria receber cerca de € 2,9 mil, em fevereiro, e € 2,6 mil em março.

Apenas em março de 2014, a ADSE-DG colocou à consideração do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento o desenvolvimento de um quadro sancionatório das entidades responsáveis pela retenção e entrega da receita, o que foi despachado favoravelmente em 12 de dezembro de 2014.

²¹⁶ Considerou-se como data de pagamento das remunerações o último dia de pagamento do Estado, Administração Central (dia 23 de cada mês), cfr. Aviso n.º 218/2014 do IGCP.

²¹⁷ A título de exemplo, em outubro de 2014, 43 entidades (170 quotizados), nunca entregaram ficheiro de desconto, 12 entidades (22 quotizados) não entregam desde 2012 e 12 entidades (26 quotizados) não entregam desde 2013. Além destas entidades, 909 (107.888 quotizados), à data da elaboração do relatório de terceiros do mês de outubro, não haviam entregado o ficheiro desse mês.

²¹⁸ Art.º 65º, n.º 1, al. c), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

²¹⁹ Crime de abuso de confiança, p.p. no art.º 205º do Código Penal.

²²⁰ Em 2014, 5,535%/ano, cfr. Aviso n.º 219/2014, da Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública — IGCP, EPE, publicado no DR, 2ª S, n.º 4, de 7 de janeiro, em cumprimento do disposto no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 73/99, de 16 de março. Refira-se que os juros previstos neste diploma não se aplicam às dívidas de entidades públicas que não sejam empresas públicas, excluindo assim do seu âmbito de aplicação muitas entidades que são entidades empregadoras de quotizados da ADSE-DG, pelo que a possibilidade de aplicação de juros de mora às dívidas destas entidades à ADSE-DG tem de ser objeto de norma especial.



Considerando o interesse dos quotizados no correto funcionamento do sistema, os mesmos devem ser parceiros da ADSE-DG na implementação de mecanismos que garantam a efetiva, correta e atempada cobrança do desconto. Para o efeito, a ADSE-DG pode disponibilizar na *ADSE Direta* uma conta corrente de cada quotizado, com o crédito e o débito; incluir, na declaração para efeitos de IRS, informação sobre o desconto; circularizar os quotizados quanto à correção da remuneração de incidência da taxa de desconto e ao valor entregue na ADSE-DG; emitir alertas²²¹ sempre que se verificam atrasos na entrega do desconto; suspender, após notificação ao quotizado, a condição de beneficiário até à regularização da situação.

Sobre a suspensão da condição de beneficiário, o Diretor-Geral da ADSE informa, no contraditório, que a mesma já é efetuada nas situações em que o desconto é entregue diretamente pelos quotizados, “... *quando se verificam atrasos não justificados (...) até regularização da situação*”, acrescentando que “*Caso o mesmo não regularize a falta de entrega (...) e tenha nesse período usufruído de cuidados de saúde é emitida uma guia de reposição para devolução dos valores auferidos indevidamente.*”. Refere, ainda, que se encontra “... *em curso, desde o início de 2015, a aplicação deste procedimento a todas as situações de falta de entrega de desconto ...*”.

O Tribunal constata, porém, que o procedimento ainda não foi implementado relativamente aos quotizados das entidades que integram as Administrações Regionais, pelo que caso a entidade gestora da ADSE venha a suportar encargos com os mesmos, tal deve ser identificado e quantificado, exigindo o seu reembolso às Administrações Regionais.

A não entrega ou o atraso na entrega do desconto e da contribuição da entidade empregadora não são registadas nos documentos de prestação de contas da ADSE-DG como receita e como dívida, considerando que essa entrega resulta de um mecanismo de liquidação pelas entidades processadoras de vencimentos e/ou de pensões e não da emissão de um documento de dívida por parte da ADSE-DG.

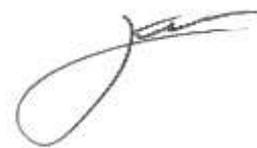
A contabilização deve ter por base os ficheiros de detalhe remetidos que funcionam como notas de liquidação e, no caso, da não entrega dos ficheiros, ser feita com base em estimativas da ADSE-DG sobre os montantes não entregues.

Sobre a contabilização dos valores de desconto não entregues em atraso, o Diretor-Geral da ADSE evoca as dificuldades dessa contabilização, considerando as divergências que se verificam entre os ficheiros de desconto e os documentos únicos de cobrança (DUC) emitidos pelas entidades empregadoras, a possibilidade dos ficheiros de detalhe poderem ser alterados posteriormente por aquelas e o facto de relativamente a algumas entidades se desconhecer o valor do desconto que deve ser entregue.

Apesar do Tribunal reconhecer estas dificuldades, considera que podem e devem ser implementados procedimentos com vista à contabilização desses valores, ainda que com base em previsões sujeitas a correção. Esta contabilização contribuirá para a prossecução de um princípio e boa prática de gestão, que se consubstancia numa maior transparência da prestação de contas, que, no futuro, terão como principais destinatários os quotizados, para além de permitir à gestão da ADSE um maior controlo dos valores em dívida.

Com vista a melhorar a informação que a ADSE dispõe sobre o montante dos descontos a entregar, o Tribunal recomenda, entre outras, que na alteração do regime jurídico que regula o esquema de benefícios da ADSE fique clara:

²²¹ Por exemplo, decorrido um mês após o prazo de entrega do desconto.



- ✓ A responsabilidade das entidades empregadoras e processadoras de pensões quanto à entrega da receita do desconto e à remessa do respetivo ficheiro de detalhe, definindo, também, um enquadramento sancionatório para o efeito;
- ✓ A responsabilidade dos quotizados pela entrega do desconto, ainda que por intermédio das entidades empregadoras, designadamente prevendo: (i) a possibilidade do quotizado entregar diretamente o desconto ou autorizar expressamente a entidade empregadora ou processadora de pensões a fazer a sua retenção e entrega e (ii) a possibilidade de suspensão dos benefícios;
- ✓ A obrigatoriedade de as entidades empregadoras e/ou os quotizados informarem regularmente a ADSE sobre o valor das remunerações/pensões.

Sobre a possibilidade da suspensão dos benefícios, *vide* ponto 7.1.3, *in fine*.

11.3. BASE DE INCIDÊNCIA DO DESCONTO

Decorrendo a liquidação do desconto e, até 2014, da contribuição da entidade empregadora de um processo de liquidação por parte da entidade empregadora, a ADSE-DG não tem qualquer controlo sobre a correção das bases de incidência dessa liquidação.

Entre 2012 e 2013 verificou-se uma evolução nas bases de incidência do desconto e da contribuição da entidade empregadora que pode suscitar diversas interpretações da lei.

No que concerne à base de incidência da contribuição da entidade empregadora, estabelecia o art.º 47º-A, do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, na redação dada pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro (e revogado pela LOE 2015), que a mesma incidia sobre as remunerações sujeitas a desconto para a Caixa Geral de Aposentações, IP (CGA), ou para a segurança social (SS) dos respetivos trabalhadores que sejam quotizados titulares da ADSE.

Excetuando as alterações à taxa de contribuição (de 2,5%, passou para 1,25%, a partir de 31 de julho de 2013), este preceito não sofreu qualquer modificação, porém a base de incidência da CGA, que servia de referência à base de incidência da contribuição da entidade empregadora para a ADSE, foi alargada pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, que aditou o art.º 6º-B ao Estatuto da Aposentação. Nos termos desta alteração, as quotizações e contribuições para a Caixa incidem sobre a remuneração ilíquida do subscritor tal como definida no âmbito do regime geral de segurança social dos trabalhadores por conta de outrem. Com esta alteração, a contribuição para a CGA passou a incidir sobre todas as prestações devidas como contrapartida de trabalho, incluindo por exemplo o abono relativo ao trabalho extraordinário, até então não incluído.

Quanto ao desconto do quotizado o art.º 8º-A da Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, aditado pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 29-A/2011, de 1 de março, estabelecia o seguinte:

“1 — Os descontos para a ADSE ou para sistemas de assistência na doença no âmbito da Administração Pública efectuados pelos beneficiários incidem sobre a remuneração base paga, nos termos do nº 3 do artigo 70º da Lei nº 12 -A/2008, de 27 de Fevereiro, alterada pelas Leis nºs 64-A/2008, de 31 de Dezembro, 3-B/20010, de 24 de Abril, 34/2010, de 2 de Setembro, e 55-A/2010, de 31 de Dezembro²²².

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, os descontos para a ADSE ou para sistemas de assistência na doença no âmbito da Administração Pública continuam a incidir sobre os

²²² E, também, pela Lei n.º 66/2012, de 31 de dezembro.



suplementos remuneratórios com carácter de permanência, nos mesmos termos da incidência da quota para a Caixa Geral de Aposentações.”

O n.º 1 refere-se à remuneração base do trabalhador, entendida esta como o montante pecuniário correspondente ao nível remuneratório, conforme os casos, da posição remuneratória onde o trabalhador se encontra na categoria de que é titular ou do cargo exercido em comissão de serviço. A remuneração base está referenciada à titularidade, respetivamente, de uma categoria e ao respetivo posicionamento remuneratório do trabalhador ou à de um cargo exercido em comissão de serviço e é paga em 14 mensalidades, correspondendo uma delas ao subsídio de Natal e outra ao subsídio de férias, nos termos da lei²²³.

O n.º 2 alargava a base de incidência aos suplementos remuneratórios com carácter de permanência, nos mesmos termos da incidência da quota para a Caixa Geral de Aposentações. Esta formulação manteve-se em 2013, apesar do alargamento da base de incidência das contribuições para a CGA estabelecido pela LOE 2013, como já referido. A este respeito o art.º 77º do Decreto-Lei n.º 36/2013, de 11 de março, veio estabelecer que o n.º 2 do artigo 8º-A da Lei n.º 53-D/2006 reportava-se à incidência da quota para a CGA vigente a 31 de dezembro de 2012, confirmando que a base de incidência do desconto dos quotizados da ADSE, incluía apenas os suplementos remuneratórios com carácter de permanência, para além da remuneração base, e não os suplementos não permanentes como a remuneração do trabalho extraordinário.

Em julho de 2013, o Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho, que aumentou a taxa de desconto para a ADSE, revogou o n.º 2 do art.º 8º-A da Lei n.º 53-D/2006, e o art.º 77º do Decreto-Lei n.º 36/2013.

Assim, a partir de 31 de julho de 2013, data da entrada em vigor daquele diploma, o desconto passou a incidir apenas sobre a remuneração base dos quotizados. O art.º 1 do Decreto-Lei n.º 105/2013 estabelece mesmo que é objeto do diploma: a introdução de um aumento progressivo dos descontos, a redução da contribuição da entidade empregadora e “limitar o âmbito de incidência do desconto dos beneficiários titulares à remuneração base”.

Com o objetivo de confirmar a correção da base de incidência do desconto efetuado à remuneração dos quotizados, solicitou-se a diversas entidades responsáveis pela parametrização dos sistemas de informação de processamento de remunerações da Administração Central ou pela emissão de orientações sobre esse processamento:

- ✚ Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, IP (19 entidades do Ministério das Finanças);
- ✚ Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (59 entidades do Ministério da Saúde);
- ✚ Direção-Geral de Planeamento e Gestão Financeira do Ministério da Educação e Ciência (estabelecimentos de ensino);
- ✚ Direção-Geral do Orçamento (172 entidades de diversos Ministérios)

informação sobre a base de incidência nos períodos:

- de 01.01.2012 a 31.12.2012, período em que a base de incidência era a remuneração base e os suplementos remuneratórios com carácter de permanência, cfr. art.º 8º-A da Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, aditado pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 29-A/2011, de 1 de março;

²²³ Cfr. art. 70º da Lei nº 12 -A/2008, vigente até 31 de julho de 2014, e art.º 150º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, que revogou a Lei nº 12-A/2008.



- de 01.01.2013 a 30.07.2013, período em que a base de incidência não sofreu alterações, apesar das alterações na base de incidência dos descontos para a CGA que servia de referência ao desconto dos quotizados, cfr. art.º 77º do Decreto-Lei n.º 36/2013, de 11 de março;
- a partir de 31.07.2013, período em que a base de incidência passou a ser a remuneração base, cfr. art.ºs 1º, 2º e 6º do Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho.

Das respostas dadas, conclui-se que a evolução da base de incidência do desconto não foi corretamente percecionada pela:

- ✚ Direção-Geral de Planeamento e Gestão Financeira do Ministério da Educação e Ciência: desde 31 de julho de 2013 que os estabelecimentos de ensino podem estar a fazer incidir a taxa de desconto não só sobre a remuneração base do trabalhador, como estabelecido na lei, mas também sobre suplementos remuneratórios²²⁴;
- ✚ Direção-Geral do Orçamento: entre 1 de janeiro de 2013 e 30 de julho de 2013, parametrizou o sistema utilizado por 172 entidades, fazendo incidir a taxa de desconto sobre a remuneração ilíquida do subscritor tal como definida no âmbito do regime geral de segurança social. Neste período aquelas entidades podem ter feito incidir a taxa de desconto, não só sobre a remuneração base e os suplementos remuneratórios com caráter de permanência, como resulta do art.º 77º do Decreto-Lei n.º 36/2013, mas também sobre os de caráter não permanente.

Em sede de alegações, o Subdiretor-Geral de Planeamento e Gestão Financeira do Ministério da Educação e Ciência, informa que *"... irá ser divulgada informação junto dos estabelecimentos de ensino, quanto à mencionada alteração, e da necessidade de realizarem as correções devidas ..."*.

A Direção-Geral do Orçamento não se pronunciou sobre este assunto.

Também foi colocada a questão a entidades empregadoras das Administrações Regionais e Local, verificando-se que nem todas têm uma correta perceção da base de incidência do desconto. Nos quadros *infra* destacam-se a cor verde o número de entidades que percecionaram corretamente a evolução da base de incidência.

Quadro 48 – Base de incidência do desconto (Administração Local)

	Até 31-12-2012	Até 30-07-2013	Após 31-07-2013
Remuneração base	141	120	132
Remuneração base e suplementos remuneratórios com carácter de permanência	51	66	47
Remuneração base, suplementos remuneratórios com carácter de permanência e e suplementos remuneratórios de carácter não permanente (v.g. trabalho extraordinário e outros)	6	11	18
Responderam à questão	198	197	197
Não responderam à questão	2	3	3
Total de entidades respondentes	200	200	200

Quadro 49 – Base de incidência do desconto (Regiões Autónomas)

	Até 31-12-2012	Até 30-07-2013	Após 31-07-2013
Remuneração base	13	12	12
Remuneração base e suplementos remuneratórios com carácter de permanência	58	54	53
Remuneração base, suplementos remuneratórios com carácter de permanência e e suplementos remuneratórios de carácter não permanente (v.g. trabalho extraordinário e outros)	4	9	11
Responderam à questão	75	75	76
Não responderam à questão	4	4	3
Total de entidades respondentes	79	79	79

Esta situação suscita a necessidade de sensibilização das entidades empregadoras sobre a remuneração que constitui a base de incidência da taxa de desconto e a necessidade de correção dos valores de desconto incorretamente apurados nos períodos em causa.

Quanto ao facto de, em algumas entidades da Administração Local, a base de incidência do desconto não estar a ser corretamente aplicada, o Secretário-Geral da Associação Nacional de Municípios, ouvido no âmbito do

²²⁴ Em janeiro de 2013, foram emitidas orientações aos estabelecimentos de ensino sobre a base de incidência do desconto, não tendo as mesmas sido alteradas face à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 105/2013.



contraditório, refere que a situação decorre de um contexto normativo instável que propicia uma incorreta aplicação da lei, salientando a necessidade de se proceder à correção das situações.

12. RELAÇÕES FINANCEIRAS ENTRE A ADSE E AS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS

Dado o diferendo, constatado na auditoria, entre a entidade gestora da ADSE e as Administrações Regionais, decorrente da falta de clareza da regime jurídico aplicável (Decreto-Lei n.º 118/83) que não estabelece expressamente as responsabilidades das Administrações Regionais no financiamento do sistema²²⁵ assim como da conceção da ADSE como um subsistema de saúde, apesar de já não ser financiada para o efeito desde 2010, cfr. ponto 9.1, o Relatório incluiu num só ponto as relações financeiras entre as partes envolvidas.

12.1. DÍVIDA CONTABILIZADA PELAS ENTIDADES DOS SERVIÇOS REGIONAIS DE SAÚDE

Considerando a conceção da ADSE como um subsistema de saúde e a sua responsabilização pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus quotizados e da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, as relações entre a ADSE-DG e as instituições e serviços dos SRS/RA eram semelhantes às relações entre a ADSE-DG e o SNS, já descritas no ponto 9.1., ou seja: até 31 de dezembro de 2009, as instituições e serviços dos SRS/RA faturavam à ADSE-DG os cuidados prestados aos quotizados da ADSE que, por sua vez, os pagava²²⁶.

As únicas exceções eram os cuidados prestados:

- A trabalhadores das Administrações Regionais e respetivos familiares, cujos encargos devem ser suportados por estas Administrações, cfr. estabelecido no regime de funcionamento e esquema de benefícios da ADSE;
- A trabalhadores da Administração Local sedeada no arquipélago da Madeira, cujos encargos devem ser suportados pela Administração Regional, ao abrigo de um acordo celebrado com a ADSE-DG em 1982.

Deste modo, as instituições e serviços dos SRS/RA faturavam à ADSE-DG os cuidados prestados aos trabalhadores (e respetivos familiares) de:

- Organismos da Administração Central (ambas as Administrações Autónomas)
- Organismos da Administração Local, exceto os da Administração Local sedeados no arquipélago da Madeira que são assumidos pela respetiva Administração Regional;

e aos aposentados²²⁷.

Como referido no ponto 9.1., na sequência dos Memorandos de 2010, a ADSE-DG deixou de ter dotação orçamental para prover aos encargos com os serviços prestados pelas instituições e serviços do SNS. Esta dotação também suportava os encargos com os serviços prestados pelos SRS/RA.

Sucedo, porém, que os Memorandos envolveram apenas representantes do Ministério da Saúde, responsável pelo SNS, e dos Ministérios responsáveis pelos subsistemas de saúde, não estando

²²⁵ Refira-se que a interpretação efetuada na auditoria não se limita ao elemento literal, mas baseou-se, como não podia deixar de ser, no elemento sistemático da lei.

²²⁶ Integrando o sistema de saúde, os Serviços Regionais de Saúde (SRS/RA) da Madeira e dos Açores, compostos por entidades públicas que exercem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, não integram o SNS, sendo dele política, administrativa e financeiramente autónomos, conforme desenvolvido no Anexo 31 (no sentido de não integrarem o Serviço Nacional de Saúde, vide Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 75/2010, de 23 de fevereiro). Assim, as relações que se estabeleceram e, ainda, estabelecem entre a ADSE-DG e os SRS/RA são independentes das relações entre a ADSE-DG e o SNS.

²²⁷ Esta informação foi confirmada, no âmbito da presente auditoria, pela Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos da Saúde, SA (Saudaço) e pelo Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM).

presentes representantes dos SRS/RA, cujas instituições e serviços continuaram a faturar à ADSE-DG os cuidados prestados, como o faziam até 31 de dezembro de 2009.

Esta faturação tem sido devolvida pela ADSE-DG que invoca, para o efeito, os Memorandos e a inexistência de dotação orçamental.

Se o argumento da inexistência de dotação orçamental por parte da ADSE-DG é válido, uma vez que o princípio orçamental da especificação das despesas não permite à ADSE-DG reconhecer dívidas relativas a despesas que não estão inscritas no seu orçamento, a evocação dos Memorandos de 2010 já não o é.

Os SRS/RA não foram representados na negociação e celebração dos Memorandos, pelo que considerando a sua autonomia política, administrativa e financeira relativamente ao Ministério da Saúde e ao Serviço Nacional de Saúde, os Memorandos não os vinculam.

Questionadas as instituições e serviços dos SRS/RA sobre os valores registados nas suas contas como estando em dívida por parte da ADSE-DG, as mesmas reportaram € 74,2milhões, a 31 de dezembro de 2013, e € 78,6 milhões, em 31.05.2014, cfr, quadro *infra*²²⁸, sendo que cerca de 90% dos valores em dívida respeitam a atos prestados após 1.1.2010.

Quadro 50 – Dívidas da ADSE-DG registadas pelos SRS/RA

	Dívida a 31-12-2013			Dívida a 31-05-2014		
	até 31.12.2009	após 01.01.2010	Total 31-12-2013	até 31.12.2009	31.05.2014	Total 31-05-2013
SRS Açores	6 170 252	47 207 916	53 378 167	6 170 252	50 129 280	56 299 532
SRS Madeira	1 291 230	19 484 777	20 776 007	2 008 192	20 317 073	22 325 265
Total	7 461 482	66 692 692	74 154 174	8 178 443	70 446 353	78 624 797

Fonte: Elaboração própria com base em dados reportados pelas entidades dos SRS.

Tendo, no entanto, a ADSE-DG, desde 2010, deixado de receber financiamento público para o pagamento dos cuidados prestados pelo SNS e pelos SRS/RA e devendo os mesmos ser suportados com receitas gerais provenientes dos impostos, a regularização destas dívidas é responsabilidade do Governo da República e/ou dos Governos Regionais, através dos respetivos orçamentos, sendo que o desconto dos quotizados não pode sustentar despesa que já é suportada pelos impostos que estes também suportam.

Os membros dos Governos Regionais, ouvidos no âmbito do contraditório, argumentam que não têm qualquer responsabilidade nestas dívidas, sendo a ADSE-DG ou o Governo da República os responsáveis pelo pagamento das mesmas, questão que é objeto do ponto 12.5.

O Vice-Presidente do Governo Regional Emprego e Competitividade Empresarial dos Açores e a Vice-Presidente do Conselho de Administração da SAUDAÇOR, EPE, aproveitaram o contraditório para atualizar o montante em dívida às entidades do respetivo SRS/RA o qual, à data de 31 de dezembro de 2014, ascendia a cerca de € 60,6 milhões.

²²⁸ Em Anexo 32 juntam-se quadros com a dívida por instituição.



12.2. ENCARGOS COM MEDICAMENTOS DISPENSADOS NAS FARMÁCIAS DAS REGIÕES AUTÓNOMAS

As transferências de encargos, para o SNS, com a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos dispensados a quotizados da ADSE-DG, iniciada em 2010 e concluída em 2015, não incluíram a comparticipação de medicamentos dispensados nas farmácias localizadas nas Regiões Autónomas, que continuou a ser assumida diretamente pela ADSE-DG. O valor dessa comparticipação, em 2013 e 2014, ascendeu a cerca de € 8,7 milhões/ano.

De acordo com o mapa orçamental da despesa da ADSE-DG para 2015, esta continua a assumir estes encargos em 2015, prevendo, para o efeito, suportar a despesa com a contribuição de entidade empregadora não cobrada em 2014. Porém, é necessário acautelar o risco de vir a suportar esses encargos com o desconto dos quotizados, cfr. ponto 9.2, transferindo-os para os SRS/RA.

Como já referido a comparticipação no preço dos medicamentos, sejam eles prescritos por instituições ou serviços do SNS, dos SRS/RA ou por entidades privadas, é um encargo que é assumido para a generalidade dos cidadãos pelo SNS (com base em financiamento OE) e pelos SRS/RA (com base em financiamento dos orçamentos das Administrações Regionais) que são financiados por receitas gerais, essencialmente decorrentes de impostos aplicáveis igualmente aos quotizados da ADSE.

Em sede de contraditório, o Secretário Regional do Plano e Finanças da Madeira, através do Chefe do Gabinete, informou que o IASSAÚDE, IP-RAM, não dispõe de dotação orçamental que comporte a despesa com medicamentos. A propósito da alegação deste responsável de que na Administração Central, esta despesa passou a ser assumida pelo SNS, com contrapartidas financeiras da ADSE-DG para a ACSS, essas contrapartidas provinham da contribuição da entidade empregadora suportada pelas entidades empregadoras da Administração Central. No caso das Administrações Autónomas estas nunca contribuíram para o financiamento dos medicamentos dispensados nas farmácias aos quotizados da ADSE-DG. A despesa associada foi sempre coberta com as receitas da ADSE-DG.

12.3. DÍVIDA DE REEMBOLSO DAS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS

Decorre da legislação em vigor, até 2014²²⁹, uma partilha, pelas entidades empregadoras, da responsabilidade pelo pagamento dos encargos decorrentes do sistema ADSE, cfr. ponto 7.1.2.

Apesar do diploma, referindo-se às Regiões e à sua responsabilidade financeira²³⁰, não conter um preceito específico que defina os encargos que devem ser suportados pelas Regiões, como tem para os organismos dotados de autonomia administrativa e financeira²³¹ e para as Autarquias Locais²³², por identidade de razão, considerando que as Regiões têm verbas próprias para o pagamento de despesas com pessoal, este regime é-lhes aplicável.

²²⁹ Art.º 3º, conjugado com os art.ºs 4º, 5º, 6º, n.º 4, art.º 47º-A e art.º 64º, todos do Decreto-Lei n.º 118/83. O art.º 47º-A referente à contribuição da entidade empregadora, através da qual o Estado, através dos serviços integrados e dos serviços e fundos autónomos, assumia essa responsabilidade, foi revogado pela LOE 2015. Com a extinção da contribuição da entidade empregadora suportada pelos organismos do Estado, suscita-se a questão da manutenção da responsabilidade do financiamento das Administrações Local e Regional, sendo que a eventual extinção dessa responsabilidade deve ser enquadrada ao nível da respetiva legislação financeira, como aliás já referido no ponto 7.1.2.

²³⁰ Art.º 3º, al. b), 6º, n.º 4, al. b), e 64º do Decreto-Lei n.º 118/83.

²³¹ Derrogado em 2011, para os serviços e fundos autónomos do Estado, com a criação da contribuição da entidade empregadora.

²³² Art.ºs 4º e 5º do Decreto-Lei n.º 118/83.

Quadro 51 – Encargos com o regime livre suportados pelas entidades das Administrações Regionais

Em conformidade com este regime jurídico as Administrações Regionais da Madeira e dos Açores têm assumido a sua responsabilidade pelos encargos resultantes do regime livre.

	2011	2012	2013
Vice-Presidência do Governo Emprego e Competitividade Empresarial dos Açores			
Quotizados ADSE aos quais foram pagos reembolsos (n.º)	17 386	14 221	13 573
Valor de reembolso pago aos quotizados (€)	3 012 709 €	2 765 015 €	2 408 212 €
Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM			
Quotizados ADSE aos quais foram pagos reembolsos (n.º)	30 611	27 405	27 917
Valor de reembolso pago aos quotizados (€)	7 112 370 €	4 783 950 €	4 623 676 €

Fonte: Entidades indicadas no quadro

Porém, ao contrário dos organismos das Administrações Central e Local²³³, as Administrações Regionais não têm contribuído para o financiamento do regime convencionado e dos encargos de administração, não reconhecendo de um modo geral a dívida à ADSE-DG resultante da emissão, por esta, de notas de reembolso referentes aos encargos que a mesma tem com quotizados daquelas Administrações.

Em 31 de dezembro de 2013, a ADSE-DG tinha registado nas suas contas € 2,8 milhões de dívida de entidades da Região Autónoma da Madeira (RAM)²³⁴ e € 3,3 milhões de dívida de entidades da Região Autónoma dos Açores (RAA). Em 31 de dezembro de 2014, estas dívidas eram de € 4 milhões (RAM) e de € 4,3 milhões (RAA), cfr. Anexo 33 e Anexo 34. Refira-se, no entanto que, apesar do atual quadro legal, atribuir responsabilidades financeiras a estas entidades remontar a 1983, a ADSE-DG apenas em 2011²³⁵ começou a emitir com regularidade notas de reembolso às entidades das Administrações Regionais²³⁶.

Questionadas sobre as razões desta dívida:

- A Vice-Presidência do Governo Emprego e Competitividade Empresarial dos Açores²³⁷ informou que a ADSE-DG nunca comunicou tal dívida e que “esses valores não poderiam ser reconhecidos pela RAA dado não se conhecer suporte legal que sustente essas despesas.”.

Foi recolhida evidência do envio pela ADSE-DG das notas de reembolso, através de *email*²³⁸, assim como da disponibilização de uma conta corrente na ADSE Direta relativa à entidade empregadora n.º 9 - GOVERNO REGIAO AUTONOMA Acores - VICE PRESIDENCIA. A ADSE-DG, porém, nunca comunicou formalmente à entidade a existência da dívida de reembolso e nunca utilizou relativamente às entidades das Administrações Regionais os mecanismos constantes da lei para regularizar essa dívida,

²³³ Apesar da existência de valores em dívida à ADSE-DG, cfr. pontos 11.1.1 e 11.1.2, estas entidades não colocam em causa a sua responsabilidade financeira que, aliás, resulta especificamente do art.º 5º do Decreto-Lei n.º 118/83.

²³⁴ Excluíram-se as autarquias locais e as entidades do Instituto de Registos e Notariado, por não pertencerem à Administração Regional.

²³⁵ Conforme informação constante das respetivas contas correntes, a dívida da entidade com o código 9 da Administração Regional dos Açores remonta a fevereiro de 2011. Já nas entidades empregadoras da Administração Regional da Madeira analisadas (29 entidades), as dívidas remontam em regra a março de 2011, apenas a entidade com o código 7 regista a emissão de notas de reembolso no período de março de 1976 a fevereiro de 1984 e depois a partir de fevereiro de 2011.

²³⁶ A esta maior preocupação com a cobrança de receitas próprias não terá sido alheio o facto de 2011 ser o primeiro ano em que, com a criação da contribuição da entidade empregadora, se devia sustentar apenas com receitas próprias, vendo significativamente diminuída a transferência do orçamento do Estado.

²³⁷ Of.º ref.º Sai-VPG/2014/613/F, de 02/10/2014. Nos Açores, apesar dos esforços da ADSE-DG (ofício 1/DIR/2013, de 11 de janeiro, dirigido ao Chefe do Gabinete do Vice-Presidente do Governo da Região Autónoma dos Açores) no sentido de os quotizados da ADSE serem distribuídos pelas entidades empregadoras da Administração Regional, os mesmos estão concentrados, para efeitos de comunicação com a ADSE-DG, na Vice-Presidência do Governo Emprego e Competitividade Empresarial dos Açores. Até 2010, na Região Autónoma da Madeira, a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais/Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM, também centralizava a informação dos organismos da Madeira.

²³⁸ As notas de reembolso são remetidas para todas as entidades através de *email*.



nomeadamente nunca propôs um processo de retenção nas transferências do orçamento do Estado para as Regiões, previsto anualmente nas leis do orçamento do Estado.

- As entidades da Administração Regional da Madeira, apesar de algumas terem informado sobre valores em dívida à ADSE-DG, muitos dos quais²³⁹ com base na conta corrente extraída da *ADSE Direta*, cfr. Anexo 34, evocam a necessidade de rever um acordo celebrado em 1982 que estabeleceu um regime particular para a Região²⁴⁰. Ao abrigo deste acordo e apesar de a ADSE-DG ter afirmado, na presente auditoria, que o mesmo não se encontrava em vigor²⁴¹, a Administração Regional da Madeira assumiu, até 2014, encargos com cuidados prestados a quotizados aposentados no âmbito do regime livre que, nos termos do regime legal eram responsabilidade da ADSE-DG. Em tudo o resto, inclusive a obrigação de a Administração Regional suportar os encargos com o regime convencionado e de administração da ADSE-DG, o acordo não se encontrava a ser aplicado, cfr. Anexo 35.

Quadro 52 – Encargos com o regime livre suportados pela Administração Regional da Madeira (aposentados)

	2011	2012	2013
Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM (aposentados)			
Quotizados ADSE aos quais foram pagos reembolsos (n.º)	5 056	4 458	4 799
Valor de reembolso pago aos quotizados (€)	1 880 959 €	1 225 501 €	1 450 976 €
% valor de reembolso total	26,4%	25,6%	31,4%

Fonte: Entidade indicada no quadro

Refira-se que, nestes anos, a ADSE-DG suportou com estes aposentados alguns encargos, resultantes dos recibos apresentados diretamente pelos quotizados na ADSE-DG: € 5 mil em 2011, € 7mil em 2012 e € 14 mil em 2013.

Os membros dos Governos Regionais, ouvidos no âmbito do contraditório, argumentam que não podem ser aplicados procedimentos unilaterais de cobrança de dívidas, considerando a existência de dívidas da ADSE-DG a ambas as Administrações Regionais (a dívida contabilizada pelos Serviços Regionais de Saúde, objeto do ponto 12.1) de valor superior à dívida destas à ADSE-DG. Este assunto será objeto do ponto 12.5.

12.4. COBRANÇA DO DESCONTO DE QUOTIZADOS DAS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS

As entidades empregadoras das Administrações Regionais da Madeira (na sua maioria) e dos Açores (a totalidade) não entregam o desconto dos quotizados seus trabalhadores à ADSE-DG²⁴². O desconto, das primeiras, é entregue à Secretaria Regional do Plano e Finanças da Madeira e, das segundas, à Administração Regional do Orçamento e Tesouro dos Açores.

Na Administração Regional da Madeira excetuam-se 32 entidades, assinaladas no Anexo 36, que começaram a entregar o desconto à ADSE-DG a partir de 2012/2013²⁴³.

No âmbito da resposta aos questionários da auditoria, as entidades das Administrações Regionais argumentaram que os descontos retidos são receita das Regiões, considerando que são estas que suportam os encargos com a prestação de cuidados de saúde aos quotizados da ADSE²⁴⁴.

²³⁹ Cerca de 42 entidades em 52 entidades que informaram sobre valores em dívida. Responderam ao questionário mais 18 entidades que não deram valores em dívida.

²⁴⁰ Por todas: Secretaria Regional do Plano e Finanças/Direção Regional do Tesouro, of.º 677, de 31.07.2014; Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM, mail de 30.07.2014.

²⁴¹ Mail ADSE/DSB, de 31 de julho de 2014.

²⁴² A não entrega respeita apenas aos descontos dos seus trabalhadores. Os descontos dos aposentados são entregues à ADSE-DG pelo Centro Nacional de Pensões e pela Caixa Geral de Aposentações.

²⁴³ Até então entregavam à Secretaria Regional do Tesouro e Finanças.

²⁴⁴ A Vice-Presidência do Governo Emprego e Competitividade Empresarial dos Açores (Ref.ª Sai-VPG/2014/580/F, de 22.08.2014) informou que os descontos retidos pelas entidades que integram a Administração Regional são entregues na Administração Regional do Orçamento e Tesouro – DROT (Açores), constituindo uma receita da Região, considerando que é esta entidade que suporta os custos com os



De acordo com informação prestada pelas entidades empregadoras da Administração Regional da Madeira, o valor dos descontos retidos e entregues à Secretaria Regional do Plano e Finanças da Madeira entre 2011 e 2013 ascende pelo menos a € 8,5 milhões²⁴⁵. A este valor acresce ainda o valor de € 2,2 milhões relativo às entidades que ainda não têm perante a ADSE-DG os descontos completamente regularizados²⁴⁶.

Já o valor dos descontos retidos e entregues à Administração Regional do Orçamento e Tesouro dos Açores, entre 2011 e 2013, ascende a € 14,1 milhões, conforme informação da Vice-Presidência do Governo Regional.

Refira-se que, desde 2011, a ADSE-DG tem endereçado a estas entidades ofícios que dão conta da não entrega dos descontos, no entanto, apenas em março de 2014, a Direção-Geral colocou à consideração do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento a “formalização da relação com os Governos Regionais da Madeira e dos Açores com o objetivo de exigir a entrega das retenções de forma regular e atempada”, o que foi despachado favoravelmente por aquele membro do Governo em 12 de dezembro de 2014.

A propósito do argumento evocado pelas entidades para a não entrega dos descontos, observou-se já, no ponto 7.1.2 que, pelo menos até 2014, o financiamento da ADSE era assegurado pelas entidades empregadoras e pelo desconto dos quotizados, sendo esta receita da ADSE-DG desde 2007²⁴⁷, pelo que o argumento não tem fundamento legal. Acresce que a ADSE-DG também tem suportado encargos com estes quotizados sem qualquer financiamento das Administrações Regionais, cfr. pontos 12.2 e 12.3.

Conforme exposto no ponto 12.5, os membros dos Governos Regionais, no âmbito do contraditório, argumentam que sendo responsáveis pelo financiamento de cuidados prestados a quotizados da ADSE trabalhadores das Administrações Regionais (no âmbito do regime livre e dos Serviços Regionais de Saúde) os descontos constituem receita das Regiões.

12.5. SALDO ADSE

Considerando a responsabilidade das entidades empregadoras das Administrações Regionais no financiamento do sistema, decorrente do Decreto-Lei n.º 118/83 (art.º 3º, conjugado com os art.ºs 4º, 6º, n.º 4), nos termos do qual estas reembolsam diretamente aos seus trabalhadores os cuidados prestados em regime livre e devem pagar à ADSE as notas de reembolso por ela emitidas referentes a cuidados prestados no âmbito do regime convencionado, assim como o facto de o desconto constituir receita da ADSE-DG (art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83), e de a Administração Regional da Madeira ter suportado encargos com quotizados aposentados, o saldo a favor da ADSE a 31 de dezembro de 2013, ascende a € 26,4 milhões.

beneficiários (...). Por força da alínea b) do n.º 4 do artigo 6º do DL n.º 234/2005, de 30 de dezembro, que alterou e republicou o DL n.º 118/83, de 25 de fevereiro, “Os encargos resultantes são suportados: b) Pelos organismos autónomos ou Regiões, ... relativamente aos seus funcionários e agentes.” (sublinhado nosso). As entidades da Administração Regional da Madeira reproduziram a informação também veiculada pela Secretaria Regional do Plano e Finanças/Direção Regional do Tesouro (of.º 677, de 31.07.2014) e pelo Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM (mail de 30.07.2014). Sobre este assunto as entidades informaram que entregam a receita do desconto na Secretaria Regional do Plano e Finanças.

²⁴⁵ Valor informado por 48 entidades empregadoras.

²⁴⁶ Valores de 2011 e 2012 informados por 23 entidades.

²⁴⁷ Antes era receita do Estado.



Quadro 53 – Encargos suportados pelas Administrações Regionais e pela ADSE-DG e desconto retido pelas Administrações Regionais a 31.12.2013

	Desconto quotizados (1)	Regime Livre (ativos) (2)	Regime Livre (aposentados) (3)	Regime convencionado (4)	Saldo ADSE (1)-(3)
Administração Regional dos Açores	14 137 656	8 185 935			14 137 656
Administração Regional da Madeira	10 718 752	11 962 560	4 557 436		6 161 316
ADSE-DG - quotizados Açores				3 262 344	3 262 344
ADSE-DG - quotizados Madeira				2 827 830	2 827 830
Total	24 856 407	20 148 495	4 557 436	6 090 174	26 389 146

Ao não entregarem o desconto, nem assumindo na plenitude as suas responsabilidades no financiamento do sistema, os cuidados de saúde prestados a quotizados da ADSE daquelas entidades empregadoras, excluindo os encargos prestados no âmbito do regime livre, acabaram por ser financiados com as contribuições das outras entidades empregadoras e com os descontos dos quotizados de Portugal continental. Se todas as entidades cumprissem as suas obrigações, possivelmente a taxa da contribuição da entidade empregadora aplicável às entidades do Estado, no período de 2011 a julho de 2013, de 2,5% sobre as remunerações dos trabalhadores, e, até, 2014, de 1,25%, e a taxa do desconto, atualmente fixada em 3,5%, já excessiva face às necessidades de tesouraria da ADSE-DG, seriam menores.

Refira-se, também, que tendo a Administração Regional dos Açores retido descontos em montante superior à despesa por ela realizada, no âmbito do regime livre, os descontos dos quotizados financiaram a própria Administração Regional, sendo que o aumento da taxa de desconto para 3,5% incrementou necessariamente esse financiamento.

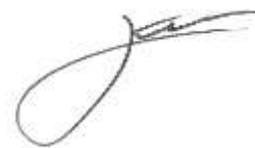
Sobre as relações financeiras entre a ADSE-DG e as Administrações Regionais, os membros dos Governos Regionais, através dos Chefes do Gabinete, consideram que a *“... repartição de encargos [entre o] Orçamento Regional [e a] ADSE, (...) deverá ser prioritári[a] no reequacionar do relacionamento financeiro com esta entidade, na perspetiva de uma solução de equilíbrio entre a afetação de recursos e a partilha (...) e clarificação das responsabilidades de ambas as partes.”* (Secretário Regional do Plano e Finanças da Madeira, através do Chefe do Gabinete) e *“... que o relato tem a virtualidade de alertar para a necessidade de se repensarem as responsabilidades financeiras da ADSE, podendo conduzir a transformações legislativas que contribuam para uma maior clarificação das relações financeiras entre o SNS/SRS RA e ADSE-DG ...”* (Vice-Presidente do Governo Regional Emprego e Competitividade Empresarial dos Açores, através do Chefe do Gabinete).

Porém, discordam das conclusões do Relatório que:

- Responsabilizam, juntamente com o Governo da República, os Governos Regionais pela regularização das dívidas contabilizadas pelas entidades dos Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS/RA) não reconhecidas pela ADSE-DG (cfr. ponto 12.1);
- Sustentam a aplicação, por parte da ADSE-DG e dos membros do Governo da República, de procedimentos unilaterais de cobrança coerciva da dívida (retenção nas transferências dos orçamentos dos orçamentos do Estado previstas nas LOE), também, contabilizada pela ADSE-DG não reconhecida pelas Administrações Regionais (cfr. ponto 12.3);
- Sustentam a aplicação, pela ADSE-DG e pelos membros do Governo da República, de procedimentos com vista à cobrança dos descontos dos quotizados trabalhadores das Administrações Regionais, até ao momento, retidos por entidades dos Governos Regionais (cfr. ponto 12.4).

Argumentando que:

1. A ADSE-DG ou o Governo da República mantêm a responsabilidade pelo pagamento das dívidas da ADSE-DG contabilizadas pelas entidades dos SRS/RA, considerando que os representantes destes serviços não tiveram qualquer participação nos Memorandos de 2010 (referenciados nos pontos 10.1 e 13.1), pelo que



- os mesmos não os vinculam, e que não houve qualquer alteração legislativa que extinguisse a responsabilidade financeira da ADSE-DG por serviços prestados pelos SRS/RA aos quotizados daquela;
2. Não podem ser aplicados procedimentos unilaterais de cobrança de dívidas, considerando a existência de dívidas da ADSE-DG a ambas as Administrações Regionais (a dívida contabilizada pelos Serviços Regionais de Saúde) de valor superior à dívida destas à ADSE-DG;
 3. Sendo responsáveis pelo financiamento de cuidados prestados a quotizados da ADSE trabalhadores das Administrações Regionais (no âmbito do regime livre e dos Serviço Regionais de Saúde) entendem que os descontos constituem receita das Regiões.

O Tribunal, como aliás já resulta dos pontos 10.1 e 13.1, não pode deixar de reconhecer a existência da dívida contabilizada pelas entidades dos SRS/RA por serviços prestados a quotizados da ADSE não pertencentes às Administrações Regionais e, no caso da Região Autónoma da Madeira, à Administração Local.

De facto o enquadramento jurídico da ADSE como um subsistema de saúde responsável pela totalidade do financiamento dos cuidados de saúde prestados aos seus quotizados, qualquer que seja a entidade prestadora - a título principal, Decreto-Lei n.º 118/83, Estatutos do Serviço Nacional da Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde – não foi alterado. Mesmo a eliminação das relações financeiras entre a ADSE-DG e as entidades do SNS, com origem em Memorandos celebrados em 2010 entre representantes do Ministério da Saúde e dos ministérios responsáveis pelos subsistemas públicos de saúde, não foi refletida na legislação evocada, sendo antes operacionalizada através de disposições específicas estabelecidas anualmente nas LOE e em regras introduzidas nos instrumentos de financiamento das entidades do SNS (v.g. contratos-programa) que não vinculam os SRS/RA.

Também, como afirmado pelas entidades ouvidas em contraditório, os Memorandos de 2010 não incluíram representantes dos SRS/RA.

Assim, é legítima e fundamentada a expectativa das entidades dos SRS/RA virem a ser ressarcidas das dívidas que têm contabilizado.

O que o Tribunal pretende que fique claro com o presente Relatório é que, a ADSE-DG não dispendo, desde 2010, na sequência dos Memorandos referidos, de dotação orçamental para cobrir a despesa com cuidados prestados não só pelas entidades do SNS, mas também pelos SRS/RA, tendo deixado de ser financiada para o efeito, a solução para o problema terá de ser concertada entre o Governo da República, responsável pelo orçamento do Estado, e os Governos Regionais, responsáveis pelos orçamentos das Regiões. Acresce que, sendo atualmente, financiada pelo desconto dos quotizados, a entidade gestora da ADSE nunca poderá reconhecer essa dívida.

De facto não é aceitável a argumentação do Vice-Presidente do Governo Regional Emprego e Competitividade Empresarial dos Açores no sentido de que os descontos dos quotizados devem suportar despesa com serviços prestados pelo SRS/RA.

Efetivamente, cfr. ponto 10.1, a ADSE-DG enquanto foi responsável pela totalidade do financiamento dos cuidados prestados aos seus quotizados, incluindo os prestados pelas entidades do SNS e dos SRS/RA, foi financiada por receitas gerais dos orçamentos do Estado. Refira-se, tal como afirmado naquele ponto, que também os outros subsistemas existentes, inclusive privados, foram financiados por receitas provenientes daqueles orçamentos. Quando deixaram de receber estas receitas, estes subsistemas deixaram de ser responsabilizados pelo financiamento dos serviços prestados pelas entidades de saúde públicas. Nestas situações o que ocorreu foi um avocar das responsabilidades que, nos termos da Constituição da República Portuguesa e da legislação que a concretiza, como a Lei de Bases da Saúde, pertencem originalmente ao Estado, através do SNS, e às Administrações Regionais, através dos SRS/RA. Até então os subsistemas eram meros intermediários no financiamento.

Assim, a assunção da responsabilidade financeira pelos cuidados prestados pelos SRS/RA aos quotizados da ADSE residentes nas Regiões mais não é do que um assumir de uma responsabilidade que os SRS/RA já têm relativamente a todos os demais cidadãos ali residentes.



O avolumar das dívidas contabilizadas pelas entidades dos SRS/RA torna, também, urgente a intervenção legislativa que proceda à definição da entidade responsável pelos cuidados prestados pelos SRS/RA aos quotizados da ADSE residentes nas Regiões, que não pode ser a ADSE considerando o seu financiamento com base nos descontos.

Quanto ao segundo argumento, considerando que, conforme antes referido, a ADSE-DG deixou de ser financiada para suportar encargos com os SRS/RA, a dívida contabilizada por estes não deve servir de pretexto para o não pagamento das dívidas das Administrações Regionais. A regularização das dívidas contabilizadas pelas entidades dos SRS/RA passa por uma concertação entre os Governos da República e das Regiões, à semelhança do que aconteceu com o SNS, em 2010, não devendo envolver as dívidas das Administrações Regionais à entidade gestora ADSE, ou seja, neste processo os Governos têm de assegurar o pagamento destas dívidas.

No que respeita ao argumento de que sendo responsáveis pelo financiamento de cuidados prestados a quotizados da ADSE trabalhadores das Administrações Regionais os descontos constituem receita das Regiões, recorda-se que desde a sua criação, e até 2014, o sistema ADSE foi financiado pelas entidades empregadoras, para além dos descontos dos quotizados. Nos últimos anos as entidades que não suportavam contribuição da entidade empregadora, pagavam aos seus trabalhadores os reembolsos do regime livre e pagavam à ADSE-DG a utilização pelos mesmos do regime convencionado. Para além disso, estas entidades entregavam os descontos dos seus trabalhadores à ADSE-DG, cumprindo o disposto no art.º 48º do Decreto-Lei n.º 118/83. Estes procedimentos apenas não foram observados, exceto no que respeita ao regime livre, pelas entidades das Administrações Regionais.

Atendendo à realidade atual, em que a ADSE é financiada pelos descontos, a efetiva entrega e cobrança dos mesmos é fundamental, não sendo concebível que seja o desconto dos restantes quotizados a suportar a despesa da entidade gestora da ADSE com os cuidados prestados a quotizados trabalhadores das Administrações Regionais.

De notar que a integração na ADSE-DG das competências das Administrações Local e Regional, em matéria de financiamento do sistema, a ser objeto de estudo pela equipa técnica constituída ao abrigo da RCM n.º 5/2015, trará maior equilíbrio ao sistema: a receita e a despesa serão da mesma entidade.

Finalmente, refira-se que apesar das diferentes posições entre as partes envolvidas nas relações financeiras entre a ADSE-DG e as Administrações Regionais, o Tribunal vê com bom grado a disponibilidade manifestada pelas diversas entidades auscultadas – membros dos Governos Regionais e do Governo da República e o atual Diretor-Geral da ADSE – no sentido de se resolver as situações elencadas no Relatório.

Tendo a Ministra de Estado e das Finanças informado que já foi constituído um grupo de trabalho para o efeito, o Tribunal espera que daí decorram soluções eficazes e tempestivas, devendo delas ser dada conta no âmbito do acatamento das recomendações com indicação das medidas implementadas e a implementar, apresentando a respetiva calendarização. Estas medidas têm de estar implementadas durante o ano de 2015.

13. COMPARAÇÃO DE OUTROS SISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICOS COM A ADSE

Para além da ADSE-DG subsistem, ainda, como sistemas públicos de saúde a Assistência na Doença dos Militares (ADM), cuja gestão compete ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas²⁴⁸, o

²⁴⁸ Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, alterado pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho, e pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio.

Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP) e o Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR)²⁴⁹.

Ao contrário do sistema de saúde gerido pelos Serviços Sociais do Ministério da Justiça que, em 2011, foi extinto e os seus beneficiários integrados na ADSE-DG²⁵⁰, em resultado da Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 102/2005, de 24 de junho, que, fundamentando-se em razões de economia e de eficiência na utilização de recursos, apontava para a convergência dos, então, subsistemas de saúde, designadamente através da fusão faseada das respetivas entidades gestoras, a ADM e os SAD/PSP e SAD/GNR, mantiveram a sua autonomia, considerando as especificidades da “condição militar”, dos militares da GNR e do pessoal com funções policiais da PSP²⁵¹, apesar da convergência com as regras da ADSE, nomeadamente em matéria de tabelas de cuidados de saúde no âmbito do regime livre e preços do regime convencionado²⁵².

Sem prejuízo das medidas adotadas com vista à diminuição do financiamento público e ao aumento da receita proveniente do desconto dos beneficiários, resultantes do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica e paralelas às da ADSE, verifica-se, ainda, em 2014, alguma dependência destes sistemas relativamente ao financiamento público, com exceção da SAD/GNR, conforme Anexo 37.

Considerando a despesa corrigida de encargos que devem ser da responsabilidade do SNS ou dos SRS/RA²⁵³, constata-se que, em 2014, o desconto dos beneficiários cobriu cerca de 83% da despesa da ADM, 88% da despesa da SAD/PSP e 105% da despesa da SAD/GNR²⁵⁴.

Em 22 de janeiro de 2015, foi publicada a RCM n.º 5/2015, de 15 de janeiro²⁵⁵, que constituiu uma equipa técnica com a missão de estudar e propor um modelo de governação transversal dos sistemas de saúde ADSE, ADM, SAD/PSP e SAD/GNR que optimize a gestão dos mesmos, “através da articulação das entidades gestoras, sem que daí advenha a perda de identidade e das características específicas de cada um”. O objetivo é instituir “regras uniformes de organização, de gestão e de funcionamento (...), de forma a obter ganhos de eficiência económica e funcional”, “nomeadamente no âmbito da contratação de fornecimentos e serviços”²⁵⁶.

²⁴⁹ Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, alterado pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho, e pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio.

²⁵⁰ Cfr. Decreto-Lei n.º 11/2011, de 21 de janeiro. Esta extinção foi um dos resultados da Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de junho, que fundamentando-se em razões de economia e de eficiência na utilização de recursos, apontava para a convergência dos, então, subsistemas de saúde, designadamente através da fusão faseada das respetivas entidades gestoras.

²⁵¹ Vide preâmbulos dos Decreto-Lei n.º 167/2005 e n.º 158/2005.

²⁵² Manteve-se, no entanto, a autonomia destes sistemas para a celebração de convenções, mesmo em áreas não cobertas pelo sistema ADSE e os preços da ADSE são preços máximos, cfr. Portarias n.ºs 283/2012, de 18 de setembro, e 1396/2007, de 25 de outubro.

²⁵³ Para ficar mais aproximado dos testes feitos na auditoria no âmbito do sistema ADSE que para analisarem a cobertura do desconto excluíram o que deve ser encargo do SNS/SRS. Trata-se de encargos com medicamentos, transferências para a AACS como contrapartida de o SNS assumir os encargos com a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos e despesa, indicada pela SAD/GNR, com cuidados prestados pelas Administrações Regionais de Saúde, hospitais SNS e SRS/RA. Ressalva-se, no que concerne à despesa com medicamentos, estes subsistemas apresentam especificidades (não autonomizadas em termos financeiros) que devem permanecer na sua responsabilidade, porque não são aplicáveis à generalidade dos cidadãos e por isso não devem ser assumidas pelo SNS e SRS/RA (v.g. valores de comparticipação superiores aos praticadas nestes sistemas).

²⁵⁴ A despesa não inclui os encargos de administração. Os encargos de administração informados pela ADM foram de € 614 mil, em 2013, e de € 585 mil, em 2014, com a ressalva de ainda não disporem de um modelo de contabilidade analítica que permita um apuramento exato dos custos. Os encargos de administração informados pela SAD/GNR foram de € 953 mil, em 2013, e de € 1 milhão, em 2014. Na SAD/PSP estes encargos foram de € 604,2, em 2013, e de € 620,3, em 2014.

²⁵⁵ Publicada no Diário da República, 1.ª S, n.º 15.

²⁵⁶ Em Conselho de Ministros de 4 de junho de 2015 foi aprovada a criação do órgão de coordenação dos subsistemas públicos de saúde, designado Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde.



Alerta-se, no entanto, para vários fatores que podem justificar um modelo de financiamento distinto do da ADSE e que devem ser tidas em consideração numa gestão articulada dos sistemas de saúde:

- (i) os maiores custos com saúde por beneficiário face aos custos da ADSE-DG, apesar da aproximação verificada, cfr. quadro *infra*;
- (ii) as especificidades destes sistemas, que resultam do maior risco da atividade profissional dos beneficiários²⁵⁷ e do modo de prestação dos benefícios²⁵⁸;
- (iii) o saldo orçamental dos exercícios de 2014 e, previsivelmente, de 2015, da ADSE-DG, resultantes da manutenção da contribuição dos beneficiários num nível superior ao que seria suficiente para a cobertura da despesa em saúde, que não deverá financiar os restantes subsistemas.

Caso se venha a considerar a possibilidade de fusão destes sistemas²⁵⁹, as especificidades da ADM, e dos SAD/PSP e SAD/GNR, devem, por igualdade de razão, ser tidas em consideração. Refira-se, ainda, que, na relação com os restantes subsistemas, as transferências de valor líquido são todas em benefício destes e não da ADSE que, tem pouco a ganhar num modelo de governação transversal.

Quadro 54 – Custos por beneficiário (sistemas de saúde públicos)

Ano	Prestação de cuidados	ADSE				ADM				SAD/PSP				SAD/GNR			
		Quotiz. (n.º)**	Custos (€)	Custo/Quotiz. (€)		Benef. (n.º)	Custos (€)	Custo/Benef. (€)		Benef. (n.º)	Custos (€)	Custo/Benef. (€)		Benef. (n.º)	Custos (€)	Custo/Benef. (€)	
				Subtotal	Total			Subtotal	Total			Subtotal	Total			Subtotal	Total
2013	Regime convencionado	1 290 816	288 608 557	223,6		130 406	48 158 891	369,3		71 059	22 377 578	314,9		84 760	30 023 129	354,2	
	Regime livre		132 878 981	102,9	326,5		13 783 176	105,7	516,8		4 609 389	64,9	431,6		4 326 013	51,0	446,6
	Instituições militares e outros*						5 455 332	41,8			3 684 690	51,9			3 503 748	41,3	
2014	Regime convencionado	1 275 356	248 295 556	194,7		123 822	33 889 020	273,7		70 308	15 600 904	221,9		85 293	21 347 296	250,3	
	Regime livre		126 467 447	99,2	293,8		12 038 689	97,2	429,1		4 591 770	65,3	332,4		4 314 697	50,6	317,6
	Instituições militares e outros*						7 201 168	58,2			3 179 646	45,2			1 427 097	16,7	

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados por: ADSE (Quotizados/DSB; Custos 2013/Demonstração de Resultados; Custos 2014 ADSE/DSAFExecução de tesouraria); IASFA, PSP, GNR

* CAS - Centros de Apoio (ADM); Postos Clínicos (PSP); Entidades com recibo verde (GNR)

** O universo do regime livre exclui os quotizados cujos reembolsos são responsabilidade das Autarquias Locais e das Regiões Autónomas

Determina, ainda, a RCM que o modelo de governação deve contemplar “a participação dos Ministérios das Finanças, da Defesa Nacional, da Administração Interna e da Saúde, bem como de representantes dos vários tipos de beneficiários titulares.”. Nos pontos 7.1.2 e 7.2 demonstrou-se ainda a necessidade de garantir a autonomia da ADSE face à execução orçamental do Estado e à gestão do Serviço Nacional de Saúde.

O Presidente do Conselho Diretivo do Instituto de Ação Social das Forças Armadas e o Diretor Nacional-Adjunto da Unidade Orgânica de Recursos Humanos da Polícia de Segurança Pública, ouvidos no âmbito do contraditório, concordam na generalidade com as conclusões do Relatório, salientando que partilham de alguns dos problemas da ADSE, designadamente no que respeita à definição das responsabilidades financeiras entre esses sistemas de saúde e as entidades do SNS/SRS-RA.

Apesar de a auditoria ter incidido sobre a ADSE, as soluções preconizadas no presente Relatório, nesta matéria, devem ser extensíveis a estes serviços de saúde, considerando a universalidade do SNS e, nas Regiões Autónomas, dos SRS/RA.

²⁵⁷ A título de exemplo referem-se os deficientes das Forças Armadas que constituindo, em 2012, 8% dos beneficiários, representaram 17% da despesa, sendo o custo por beneficiário de € 1.129,8 (mais 114% do que o dos restantes beneficiários, € 527,4). A informação para 2013 e 2014 não está ainda disponível.

²⁵⁸ Por exemplo a ADM, a SAD/PSP e a SAD/GNR prestam diretamente cuidados de saúde aos beneficiários, através de instituições próprias (ADM – instituições militares e centros de apoio) ou através de profissionais contratados para o efeito (SAD/PSP – postos clínicos; SAD/GNR – entidades com recibo verde).

²⁵⁹ O que não decorre da RCM n.º 5/2015, considerando determinação no sentido de o modelo de governação acautelar “a manutenção ou o reforço da identidade, autonomia, representatividade, expressão orçamental distinta e especificidades próprias de cada um dos subsistemas.”.



14. DEDUÇÕES FISCAIS DOS DESCONTOS PARA A ADSE E DE DESPESAS DE SAÚDE

Tratamento fiscal do desconto dos inscritos na ADSE

Verificava-se, até 2014, em matéria de deduções fiscais em sede de IRS, diferença de tratamento entre o desconto suportado por trabalhadores em funções públicas inscritos, até 2005 (ano até ao qual eram inscritos na Caixa Geral de Aposentações e a inscrição na ADSE era obrigatória) e após essa data (quando passaram a ser inscritos no regime geral de segurança social e a inscrição na ADSE passou a ser facultativa)²⁶⁰.

Os descontos dos primeiros foram sempre tratados como dedução específica dos rendimentos do trabalho dependente, em conjunto com os descontos para a Caixa Geral de Aposentações, sendo tratados como “contribuições obrigatórias para regimes de proteção social e para subsistemas legais de saúde”. No entanto, tendo em conta a existência de uma dedução específica para os rendimentos do trabalho dependente, atualmente de € 4.104²⁶¹, a dedução destas contribuições apenas ocorre nos casos e no montante em que exceda aquele valor mínimo da dedução específica²⁶².

Os descontos dos segundos eram, até 2014, objeto de dedução à coleta, sendo tratados de forma semelhante aos prémios de seguros e às contribuições pagas a associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde que, em qualquer dos casos, cubram exclusivamente os riscos de saúde relativamente ao sujeito passivo ou aos seus dependentes.

Esta diferença de tratamento fundava-se numa Informação Vinculativa da Autoridade Tributária²⁶³, objeto de análise no relato de auditoria, que suportou um projeto de recomendação no sentido da revisão da referida Informação e da adoção dos procedimentos necessários à igualdade de tratamento entre os descontos dos trabalhadores inscritos na ADSE até 2005 e após essa data.

Em sede de contraditório a Diretora-Geral da Autoridade Tributária veio esclarecer que essa diferença de tratamento foi corrigida em 2014, passando todos os descontos para a ADSE a serem tratados como dedução específica dos rendimentos do trabalho dependente, pelo que a recomendação projetada no relato de auditoria não tem razão de ser.

Tratamento fiscal das despesas com os descontos dos quotizados da ADSE, prémios de seguros de saúde e outras contribuições equiparadas

A dedução em sede de imposto sobre o rendimento das pessoas singulares (IRS) dos descontos dos quotizados da ADSE (dedução específica), tal como dos prémios de seguros voluntários de saúde e das contribuições pagas a associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde que cubram exclusivamente os riscos de saúde

²⁶⁰ Já quanto às despesas diretas com cuidados de saúde (copagamentos e despesa não reembolsada) o tratamento sempre foi igual: estas despesas são deduzidas à coleta, como despesas de saúde, em qualquer situação.

²⁶¹ Cfr. art.º 25º, n.º 2, do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS), na última redação dada pela Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro, que nesta matéria apenas alterou o valor da dedução específica. Até 2014, era de 72% de 12 vezes o valor do Indexante dos Apoios Sociais.

²⁶² Tendo em conta um desconto de 14,5% (11% CGA/SS e 3,5% ADSE), apenas vencimentos mensais superiores a €2.021 começam a beneficiar, marginalmente, do desconto de parte dos montantes suportados.

²⁶³ Informação Vinculativa emitida no proc.º n.º 1448/2010 “Descontos para ADSE efectuados por trabalhador enquadrado no regime geral da Segurança Social. Enquadramento em IRS”.



(dedução à coleta²⁶⁴), privilegia os contribuintes com mais recursos, não contribuindo para a equidade fiscal.

Sem prejuízo das considerações apresentadas pela Diretora-Geral da Autoridade Tributária em sede de contraditório, no sentido do enquadramento dos descontos para a ADSE no âmbito da dedução específica, o Tribunal faz notar que a ADSE tem vindo a perder as características de um subsistema de saúde (responsabilização pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus quotizados, qualquer que fosse o modo de prestação, incluindo a prestação de cuidados em instituições e serviços do SNS, e da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos adquiridos por aqueles), e a assumir-se como um sistema extrínseco (ao SNS) de saúde semelhante aos evocados, cfr. ponto 9.1. Daí, também, o reconhecimento dos direitos de opção e renúncia à inscrição na ADSE aos trabalhadores em funções públicas.

Deste modo, após as mudanças que se perspetivam no funcionamento do sistema ADSE e no modelo de organização administrativa e de governação da entidade gestora, o tratamento dos descontos dos quotizados como dedução específica deverá ser reponderado.

Por outro lado, os benefícios fiscais pretendem estimular a adoção, por parte dos cidadãos/contribuintes, de comportamentos que produzem externalidades positivas, designadamente, no caso do setor da saúde, a contenção da despesa pública com a saúde, através do desvio de uma parte dos doentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para o setor privado.

No entanto, o pagamento dos cidadãos a entidades gestoras de sistemas de saúde fora do âmbito do SNS não origina, por si, qualquer poupança no Estado. Apenas a efetiva utilização, pelos cidadãos, de prestadores de cuidados de saúde privados origina essa poupança.

Acresce que, no caso das empresas de seguros, o somatório dos prémios pagos pelos segurados constituem receitas destas entidades e, evidentemente, incluem a margem de lucro. Assim, ao permitir a dedução dos mesmos, o Estado está, na prática, a aceitar que as receitas das empresas de seguros, incluindo as respetivas margens de lucro, sejam dedutíveis em sede fiscal o que constitui, de facto, um subsídio do Estado ao setor segurador.

Deste modo, não resultando da relação que se estabelece entre o cidadão e as entidades gestoras dos sistemas de saúde fora do âmbito do SNS qualquer vantagem (poupança) para o Estado, este deve manter-se alheio a tais relações, não estimulando a realização de despesas que apenas beneficiam aquelas entidades, através da sua previsão como dedução fiscal.

Tratamento fiscal das despesas em saúde

A dedução à coleta de despesas de saúde em sede de IRS deve refletir a efetiva poupança para o SNS decorrente da utilização, pelos cidadãos, de prestadores de cuidados de saúde privados, por sua iniciativa.

De facto, o recurso, pelos cidadãos, a prestações de cuidados ao abrigo de sistemas de saúde fora do âmbito do SNS (v.g. ADSE, seguros de saúde, associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos), prestações essas que, caso contrário, teriam que ser realizadas no SNS, resulta na

²⁶⁴ Atualmente os prémios de seguros e as contribuições pagas a associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde que cubram exclusivamente os riscos de saúde são dedutíveis como despesa de saúde estando esta limitada a 15% do valor suportado por qualquer membro do agregado familiar, com um montante máximo de € 1.000. Até 2014, eram um benefício fiscal (art.º 74º do Estatuto dos Benefícios Fiscais, revogado pela Lei n.º 82-E/2014).

substituição do financiamento público da saúde, no âmbito do SNS, por financiamento direto pelos cidadãos, traduzindo-se:

- ✚ num duplo financiamento da despesa em saúde, pelos contribuintes, que, para além de financiarem o SNS através das receitas gerais dos impostos, financiam diretamente as referidas prestações de saúde;
- ✚ na diminuição da produção de cuidados de saúde no SNS e, conseqüentemente, dos custos que teriam que ser suportados, quer os custos marginais da produção quer o investimento em infraestruturas e recursos.

Ora, a forma de dedução de despesas de saúde atualmente existente não reflete adequadamente esta substituição do financiamento público por financiamento direto pelos cidadãos.

Por um lado, abrange os pagamentos realizados às entidades gestoras de sistemas de saúde (prémios de seguros voluntários de saúde e contribuições pagas a associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde que cubram exclusivamente os riscos de saúde): como se referiu esses pagamentos não têm necessariamente subjacente a prestação efetiva de cuidados de saúde e a sua dedução consubstancia uma subsídio à sua atividade, motivos, pelos quais, não devem ser dedutíveis.

Os valores a considerar para efeitos de dedução deverão ser os relativos ao valor total das prestações de cuidados de saúde realizadas ao cidadão fora do âmbito do SNS, ou seja, o montante a deduzir pelos contribuintes deve representar o efeito substitutivo destes sistemas no SNS. Isto independentemente do pagamento ser feito diretamente pelo cidadão ou por intermédio das entidades para as quais os cidadãos transferiram os riscos de doença. Assim, não devendo, pelas razões expostas, os contribuintes deduzir os pagamentos às entidades gestoras dos sistemas de saúde (prémios de seguro e outros), deve ser possível aos mesmos deduzir a totalidade da despesa com a prestação de saúde, incluindo não só os montantes dos seus pagamentos diretos aos prestadores, mas também os montantes que suportam por intermédio daquelas entidades gestoras, ou seja, o total da fatura da saúde.

A percentagem das despesas com saúde a deduzir à coleta em sede de IRS em vigor (15%) bem como o montante máximo de dedução, € 1.000 por agregado familiar²⁶⁵, carecem pois de revisão.

Tendo em conta que a percentagem das despesas com saúde a deduzir em sede de IRS deverá refletir o efeito substitutivo que o financiamento de cuidados de saúde pelos contribuintes representa no Serviço Nacional de Saúde, não é adequado prever uma taxa de substituição de apenas 15%, que pressuporia que, por cada euro aplicado no financiamento de cuidados de saúde realizados em prestadores privados, a poupança efetiva para o SNS, pela não realização desses mesmos cuidados, seria de apenas € 0,15, o que não é crível.

Enquanto não se dispuser de estudos independentes que quantifiquem o efeito substitutivo no SNS, dever-se-ia aumentar para 30% a dedução, reconduzindo-a à taxa de 30% que vigorou anteriormente. Acresce que a fixação de limites máximos às deduções não tem um fundamento racional conhecido, apesar de também previstos no quadro das medidas constantes do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica estabelecidas no âmbito do PAEF (Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal).

²⁶⁵ Cfr. art.º 78º-C do Código do IRS, na redação da Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro.



15. IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO DE PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO

No âmbito da sua atividade o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) emitiu duas recomendações, n.º 1/2009 e n.º 1/2010 dirigidas aos órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, seja qual for a sua natureza²⁶⁶, valores ou património públicos, para que elaborassem planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os publicitassem no sítio da respetiva entidade na internet.

Compete aos órgãos de gestão das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos assegurar a implementação de um sistema de controlo interno que desencoraje e minimize atividades potenciadoras de fraude, considerando-se assim indispensável a avaliação dos mecanismos de controlo instituídos, de forma sistemática, com vista ao seu aperfeiçoamento e atualização, e conseqüentemente a elaboração do relatório de acompanhamento de execução do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.

Em cumprimento destas recomendações, a ADSE-DG, aprovou, em 2010, o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, disponível no sítio na internet desta Direção-Geral, onde foram identificados pontos críticos de diversas áreas de atividade, cfr. Anexo 38

Porém, apesar de a elaboração e implementação dos planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas ser um processo dinâmico, no que concerne aos riscos (sendo uns eliminados ou minimizados e outros identificados de novo) e às medidas a adotar, a ADSE-DG, até à data da realização da auditoria, não tinha elaborado nenhum relatório de acompanhamento da execução do plano, em cumprimento do previsto na alínea d) do ponto 1.1. da recomendação n.º 1/2009.

²⁶⁶ Administrativa ou empresarial, de direito público ou de direito privado.





ANEXOS



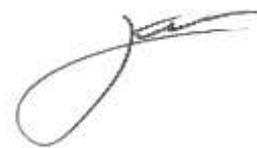


Anexo 1 – Alterações que influenciaram anualmente a situação económico-financeira da ADSE–DG

Ano	Alterações ocorridas
2009	Exercício influenciado por financiamentos provenientes do OE e pelo sistema de faturação do SNS à ADSE
	Utilização apenas da contabilidade orçamental. Foi elaborada uma simulação da contabilidade patrimonial com o auxílio de uma folha de cálculo em Excel, que serviu de base à reconstituição dos saldos iniciais para início da contabilidade patrimonial no ano de 2010.
2010	Início da utilização da contabilidade patrimonial com a adesão ao GERFIP, da responsabilidade da ESPAP – Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, IP
	Exercício influenciado por financiamentos provenientes do OE, neste ano a ADSE ainda suportou a totalidade dos pagamentos às farmácias
2011	No início (janeiro) deste ano a ADSE suportou ainda uma parte significativa dos pagamentos de medicamentos às farmácias prescritos por entidades do SNS e até ao final de 2011 a comparticipação de medicamentos prescritos por entidades não incluídas no SNS
	Início da aplicação da contribuição de 2,5% das entidades empregadoras (serviços integrados e organismos autónomos) com contrapartida numa redução significativa das transferências do OE
	Em resultado da contribuição da EE a ADSE assumiu as despesas com cuidados de saúde prestados aos quotizados dos organismos com autonomia administrativa e financeira do Estado.
	Quebra de receita por efeito da redução da base salarial dos quotizados titulares a partir de janeiro de 2011 ²⁶⁷
2012	Integração dos beneficiários do subsistema de saúde do Ministério da Justiça
	Primeiro exercício em que não se regista qualquer transferência do OE
	Quebra de receita por efeito da suspensão do pagamento dos subsídios de férias e de Natal ²⁶⁸
2013	Em agosto diminuição da contribuição da entidade empregadora em 1,25%
	Em agosto aumento da taxa de desconto do quotizado para 2,25%
	Alteração da base de incidência do desconto e da contribuição da entidade empregadora
	Transferência para ACSS de €35 milhões a título de contrapartida financeira da ADSE pela assunção pelo SNS da despesa com medicamentos prescritos por médicos não integrados no SNS
	Inúmeras regularizações em custos e proveitos extraordinários e em resultados transitados, no início e no final do ano, resultantes de alterações de políticas contabilísticas, bem como da conciliação dos saldos das contas de terceiros do SICOF com os saldos das mesmas contas do GerFIP

²⁶⁷ Cfr. art.º 19.º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2011.

²⁶⁸ Cfr. art.º n.º 21 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2012.



Anexo 2 – Ações de fiscalização realizadas por órgãos de controlo

Recomendações do Relatório de Auditoria n.º 12/2005 – 2ª S – Tribunal de Contas

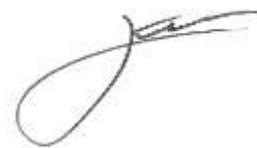
<i>Ao Governo</i>	(...) elaboração de proposta de medidas legislativas que assegurem a possibilidade das entidades que gerem e controlam esses subsistemas poderem confirmar junto das entidades prestadoras de cuidados de saúde a realização dos atos por eles faturados.
<i>Ao Ministro de Estado e das Finanças</i>	Implementação, na ADSE, de adequados mecanismos de controlo da receita gerada pelo subsistema e da despesa assumida e realizada de forma a acautelar a boa gestão dos dinheiros públicos e a eficiência da gestão do subsistema de saúde, nas situações de débitos vencidos e exigíveis por parte de autarquias ou organismos autónomos deverão ser utilizados os meios previstos nas sucessivas Leis do Orçamento de Estado, ou seja, a retenção de verbas a transferir do OE para aquelas entidades.
<i>Ao Diretor-Geral e ao Conselho Administrativo da ADSE</i>	<p>Continuar o processo de revisão do texto dos acordos com as entidades convencionadas e pondere a necessidade de atualização das respetivas tabelas e regras anexas às mesmas, por forma a colmatar algumas lacunas e imprecisões detetadas na presente auditoria;</p> <p>Diligenciar no sentido da uniformização das designações de cuidados de saúde utilizadas nas tabelas dos regimes convencionado e livre;</p> <p>Proceder ao estudo e avaliação dos acordos de capitação e do interesse em alargar ou restringir a sua celebração;</p> <p>Diligenciar no sentido de serem criadas as condições necessárias à aplicação do Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP), nos termos do ponto 2.6 da Orientação n.º 1/98, anexa à Portaria n.º 116/99 (2ª série), de 10 de Fevereiro;</p> <p>Diligenciar no sentido de a contabilidade digráfica respeitar o princípio contabilístico da especialização, de se proceder ao registo das faturas em receção e conferência e de serem evidenciadas as despesas da rubrica “encargos com a saúde” assumidas, pagas e por pagar;</p> <p>Continuar a incrementar a transferência eletrónica de dados, relativamente à faturação de entidades convencionadas, e providenciar pelo seu alargamento a outros regimes do subsistema (farmácias e SNS);</p> <p>A ADSE encontra-se sujeita ao novo Regime da Tesouraria do Estado (RTE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 191/99, de 5 de Junho. Assim, relativamente à arrecadação de receita própria, e até que a mesma possa ser integralmente efetuada pela rede de cobranças do Estado com base no sistema do Documento Único de Cobrança (DUC), a ADSE deve utilizar e manter apenas contas no Tesouro;</p> <p>Prosseguir a implementação de procedimentos sistemáticos necessários à identificação de todos os créditos não identificados;</p> <p>Providenciar a transferência das importâncias, ainda, por identificar, depositadas em contas bancárias na CGD ou no Banco Totta, para a conta da ADSE no Tesouro com vista à concretização do princípio da unidade de tesouraria e da otimização da gestão global dos fundos públicos;</p> <p>Todas as receitas por identificar deverão ser registadas na contabilidade e refletidas na respetiva conta de gerência;</p> <p>Prosseguir as diligências no sentido da recuperação da dívida e da identificação da proveniência dos valores creditados em contas bancárias, criando mecanismos que permitam, de futuro, a imediata identificação dos créditos;</p> <p>O incumprimento das obrigações de pagamento de reembolsos, contribuições e valores de capitação por parte dos serviços processadores, deverá ser objeto das consequências legalmente estabelecidas;</p> <p>Estabelecer os procedimentos disciplinadores com vista à liquidação e cobrança atempada das suas receitas;</p> <p>Proceder à cobrança de juros de mora às entidades em dívida em conformidade com a lei;</p> <p>Diligenciar pela introdução de mecanismos que permitam maior celeridade nos pagamentos às entidades no âmbito do regime convencionado, do regime livre e do SNS</p> <p>Relativamente aos montantes indevidamente faturados pelas entidades prestadoras de cuidados de saúde, diligenciar no sentido de proceder às necessárias correções e de verificar a extensão e ou continuidade dos casos apurados.</p>



Conclusões e cenários do Relatório de Auditoria n.º 990/2013 – Inspeção-Geral de Finanças

CONCLUSÕES	
Características do subsistema de saúde da ADSE - Comparação com o setor de seguros de saúde privados	A comparação da ADSE com o setor de seguros de saúde privados revela na ADSE algumas características similares às dos seguros de saúde privados, como sejam a liberdade de escolha do prestador e a contribuição dos beneficiários, tanto por via dos descontos em remunerações, como da comparticipação nas despesas efetuadas, equiparáveis a prémios de seguros e copagamentos, respetivamente.
Redução no movimento financeiro da ADSE desde 2009	Atendendo às alterações no sistema de financiamento de alguns encargos de saúde incorridos por beneficiários da ADSE desde 2009 (com os serviços prestados pelas instituições do SNS e com medicamentos/farmácias, que passaram a ser suportados pelo orçamento do SNS), o movimento financeiro da ADSE reduziu-se para metade até 2012
Risco de desequilíbrio financeiro da ADSE em 2013 Aumento da comparticipação dos beneficiários nas despesas de saúde	A manutenção em 2013 do equilíbrio financeiro da ADSE apresenta alguns riscos, face ao compromisso estabelecido na Lei do OE do ano de 2013 para transferir para o SNS até metade da receita arrecadada com a contribuição das entidades empregadoras (cerca de M€ 100) a menos que se consigam reduzir os encargos com o regime convencionado e o regime livre em cerca de 6% -6,5% ou, alternativamente assegurar um aumento dos descontos em remunerações.

CENÁRIOS	
Cenário de autossuficiência da ADSE	<p>A perspetiva de caminhar para a autossuficiência da ADSE (financiamento assente exclusivamente nos descontos dos beneficiários) corre o risco de culminar no seu desaparecimento, pelo menos enquanto serviço do Estado, na medida em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A redução da comparticipação pública a zero deixará a organização a funcionar em condições iguais a um seguro privado, podendo eventualmente reconfigurar-se como uma associação de direito privado; • Os inevitáveis aumentos de descontos e/ou redução de benefícios terão como consequências prováveis a renúncia à condição de beneficiário e a quebra de adesão via novas inscrições, tornando mais difícil a subsistência do sistema. <p>(...) no atual contexto sócio - económico, não será expectável que a deslocação das despesas de saúde da ADSE para o setor de saúde privado possa ser materialmente relevante, sendo mais natural que a procura recaia sobretudo nos serviços do SNS.</p>
Cenário de extinção	<p>É previsível a ocorrência dos efeitos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (...) acréscimo líquido de despesa para o Estado, considerando a perda da receita associada à anterior comparticipação dos beneficiários (descontos em remunerações e pagamentos diretos nas prestações de saúde), (...) “desvio” de atividade dos serviços do SNS para o exterior (v.g. prescrição de exames para os convencionados), em vez da utilização da capacidade instalada, quando disponível; • Maior procura sobre as estruturas do SNS e redução da qualidade das prestações, sobretudo ao nível de atos médicos já hoje sujeitos a grandes restrições.
Cenário de sustentabilidade	Cenário que eventualmente permitirá evitar alguns dos efeitos negativos projetados nos outros cenários, pode passar pela manutenção da ADSE no essencial das características atuais, com ajustamentos seletivos ao nível da elegibilidade de beneficiários, de cuidados de saúde ou de taxas de comparticipação, na base de um montante mínimo de financiamento público, induzindo eventualmente uma uniformização de condições ou mesmo aproximação organizativa (máxime unificação) com outros subsistemas de saúde públicos.



Anexo 3 – Controlo interno

PONTOS FORTES	
Instrumentos de gestão	✓ Existe de uma definição clara de funções e responsabilidades por unidade orgânica (Decreto Regulamentar, n.º 44/2012, de 20 de junho, Portaria n.º 122/2013, de 27 de março, e Despacho n.º 5110/2013, de 8 de abril, do Diretor-Geral da ADSE).
	✓ Existe delegações e subdelegações de competências, Cfr. Diploma legal, regulamento, devidamente aceites e autorizadas e atualizadas
	✓ Está prevista uma adequada segregação de funções e responsabilidades por unidade orgânica
	✓ Existe e foi divulgado um Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, aprovado em 22 de abril de 2010.
	✓ Anualmente são elaborados e aprovados, o plano, o relatório de atividades, o orçamento e o Balanço Social.
	✓ A avaliação de desempenho da Direção-Geral assenta no QUAR e é sujeito a avaliação permanente e atualizado a partir de sistemas de informação ²⁶⁹ , o qual é aprovado por despacho do Secretário de Estado do Orçamento.
	✓ Está criado um Gabinete de Auditoria e Planeamento
Sistemas de informação	✓ É elaborado o Anexo ao Balanço e à Demonstração de resultados
	✓ Dispõe de contabilidade orçamental e patrimonial utilizando para esta última o POCP
Receita	✓ Toda a organização da Direção Geral é suportada por sistemas de informação informatizados. Os sistemas aplicativos foram desenhados por forma a incluir validações e mensagens de erro.
	✓ A ADSE dispõe de um portal, “a ADSE DIRETA, com acesso autenticado, gerido pela Autoridade Tributária e Aduaneira, que proporciona um conjunto de serviços que interagem em tempo real com as bases de dados da Direção-Geral. Este portal contempla serviços dirigidos aos quotizados, prestadores e entidades empregadoras
Despesa	✓ Os recebimentos estão centralizados no sistema bancário.
	✓ Controlo regular e sistematizada das dívidas à Direção Geral iniciado no exercício de 2014.
Despesa	✓ Prosseguem os requisitos legais no que respeita à autorização e realização da despesa, nomeadamente as regras relativas à contratação pública, exceto no que concerne à celebração de convenções para prestação de cuidados de saúde que, consubstanciando contratos de aquisição de serviços que têm por objeto serviços de saúde, se encontram excecionadas da aplicação dos procedimentos de contratação pública ²⁷⁰ .
	✓ A celebração de convenções tende a privilegiar os prestadores com maior relevância no Regime Livre, i.e., que já denotam a preferência dos quotizados. Esta situação permite transferir despesa do Regime Livre para o Regime Convencionado.

²⁶⁹ Cfr. o disposto no Título II, artigo 10.º e seguintes da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro.

²⁷⁰ Cfr. art.º 5º, n.º 4, al., f), do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro.



	<ul style="list-style-type: none">✓ É efetuado regularmente o controlo das dívidas a fornecedores
	<ul style="list-style-type: none">✓ Os sistemas aplicacionais para conferência da faturação do Regime Convencionado e do Regime Livre foram desenhados de forma a incluir validações automáticas e mensagens de erro. No Regime Livre este processo está mais completo, atentas as características do mesmo que oferece uma maior facilidade de introdução de procedimentos de controlo automáticos
	<ul style="list-style-type: none">✓ Os bens móveis encontram-se inventariados, classificados e identificados em conformidade com o CIBE
Património e inventário	<ul style="list-style-type: none">✓ Os bens imóveis estão valorizados, são objeto de amortizações e constam das Demonstrações Financeiras✓ A inventariação, classificação, identificação dos bens do imobilizado é efetuada numa aplicação informática✓ São efetuadas contagens físicas de final de exercício aos inventários

PONTOS FRACOS

	<ul style="list-style-type: none">✓ O quadro legal prevê a existência de dois subdiretores-gerais para coadjuvação do diretor-geral que não estão nomeados
	<ul style="list-style-type: none">✓ O Conselho Consultivo²⁷¹, apesar de se encontrar nomeado, não reúne regularmente, não emitindo parecer sobre o Plano e Relatório de Atividades anuais, o orçamento, as contas de gerência e os respetivos relatórios, bem como sobre outros assuntos que o respetivo presidente entenda submeter à sua apreciação.
Instrumentos de gestão	<ul style="list-style-type: none">✓ Não são elaboradas, com regularidade atas das reuniões✓ Não são elaborados os relatórios anuais sobre a execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.✓ O Gabinete de Auditoria e Planeamento previsto na orgânica da Direção-Geral não está a desenvolver as competências previstas nas al) a), g), traduzidas nas ações de auditoria interna da Direção-Geral✓ Não estão aprovados e implementados manuais de procedimentos ou regulamentos de controlo interno nas áreas chave✓ Não está a ser cumprido o princípio da unidade de tesouraria, existindo duas contas da Direção-Geral na Caixa Geral de Depósitos.
Sistemas de informação	<ul style="list-style-type: none">✓ O Sistema de informação da contabilidade (GeRFip) não comporta a informação desagregada por terceiros, o controlo das contas correntes de terceiros é assegurado por um sistema de informação independente, o SICOF – Sistema de Informação de Conferência de Faturas, procedimento que propicia a frequente ocorrência de divergências materialmente relevantes entre os saldos de terceiros de cada uma das aplicações.✓ Falta de interligação entre as aplicações informáticas, o que implica a transferência manual de dados, não assegurando o tratamento integrado de

²⁷¹ Composto pelo Diretor-Geral da ADSE, que preside, um representante do Ministério da Saúde, um representante da Direção-Geral da Administração e Emprego público, um representante dos Serviços Sociais da Administração Pública, um representante da Direção-Geral das Autarquias Locais, do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e três representantes das estruturas sindicais representativas dos trabalhadores em funções públicas.

toda a informação contabilística e potenciando uma maior ocorrência de erros e omissões. Sistema contabilístico informatizado mas não cobre todas as operações.

- ✓ Não é cumprido o princípio da especialização dos exercícios
- ✓ A não entrega ou o atraso na entrega do desconto e da contribuição da entidade empregadora não são registadas nos documentos de prestação de contas como dívida²⁷².
- ✓ Apesar de a ADSE estimar, desde janeiro de 2014, os montantes não entregues mensalmente de desconto e de contribuição da entidade empregadora, a mesma não solicita a sua retenção nas transferências do Orçamento do Estado, conforme previsto no Despacho n.º 1452/2011, do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento²⁷³.
- ✓ A estimativa atrás referida apenas é feita relativamente a entidades que, desde 2011, têm, em cumprimento do referido Despacho, enviado ficheiros com valores de desconto e de contribuição da entidade empregadora, ainda que com atrasos na entrega efetiva dessa receita. No cadastro dos quotizados, a ADSE não possui informação sobre o valor das remunerações/pensões dos quotizados titulares, com base no qual possa estimar os valores não entregues pelas entidades que não enviam os ficheiros nem entregam os valores da receita, e solicitar a sua retenção nas transferências do Orçamento do Estado. Esta informação serviria, também, para a ADSE controlar, ainda que por amostragem e com alguma margem de erro²⁷⁴, a correção dos valores entregues pelas entidades empregadoras e proceder à especialização do exercício no final de cada ano.
- ✓ Tendo a mesma classificação económica “03.03.02.01.03” a distinção entre desconto dos quotizados e contribuição da entidade empregadora, nos anos de 2011-2014, tem apenas por base a informação prestada nos ficheiros atrás referidos. Nem todas as entidades empregadoras remetem esses ficheiros.
- ✓ Para além da possibilidade de retenção dos valores de desconto e de contribuição da entidade empregadora nas transferências do Orçamento do Estado, não estão definidas outras sanções para as entidades empregadoras que não entregam as importâncias correspondentes dentro do prazo estabelecido, i.e., até ao dia em que é efetuado o pagamento das remunerações ou pensões (v.g. o pagamento de juros²⁷⁵).
- ✓ Não está definido nenhum procedimento para identificação dos quotizados familiares com o número de identificação fiscal e com o número da Segurança Social (quando aplicável), para controlo dos requisitos de inscrição e manutenção da qualidade de familiar, designadamente os cônjuges ou equiparados cuja inscrição e manutenção de direitos depende de não exercerem uma atividade remunerada e tributável, abrangida por regime de segurança social de inscrição obrigatória.
- ✓ O procedimento de contratação das convenções não é vinculado. Para além da celebração de convenções tender a privilegiar os prestadores com maior relevância no Regime Livre, não existem critérios definidos que confirmam à decisão de contratar menor discricionariedade e, conseqüentemente, maior

Receita

Despesa

²⁷² Argumentando que essa entrega resulta de um mecanismo de autoliquidação, i.e. são o resultado de uma ação das entidades processadoras de vencimentos e/ou de pensões e não da emissão de um documento de dívida por parte da ADSE.

²⁷³ Publicado no DR, 2.ª S, n.º 12, de 18 de janeiro de 2011. Este Despacho foi alterado pelo Despacho n.º 4726/2013, publicado no DR, 2.ª S, n.º 67, 5 de abril de 2013. Toda a tramitação inerente à entrega do desconto e da contribuição da entidade empregadora encontra-se regulada neste Despacho.

²⁷⁴ Considerando designadamente as flutuações mensais da remuneração dos trabalhadores que, designadamente, refletem a sua assiduidade.

²⁷⁵ À semelhança da Segurança Social. Desde 1 de janeiro de 2013, o Estado e todas as pessoas coletivas de direito público estão sujeitas ao pagamento de juros de mora por atraso no pagamento de contribuições e quotizações.



Património e inventário

transparência, designadamente a construção de indicadores como o acesso geográfico ou os tempos de espera.

- ✓ Apesar dos controlos automáticos instituídos nos sistemas aplicacionais, a conferência e aprovação da faturação emitida pelos convenionados ainda carece de muitos procedimentos manuais, sendo por isso efetuada por amostragem com base em critérios subjetivos.
- ✓ A tabela de preços do regime convenionado contempla vários códigos abertos que favorecem a ocorrência de faturação abusiva e impossibilitam uma conferência mais célere e eficaz da respetiva faturação.
- ✓ As taxas de comparticipação e os limites máximos estabelecidos para reembolso do Regime Livre não são revistos desde 2004, havendo situações em que os preços no Regime Convenionado são inferiores aos praticados no Regime Livre²⁷⁶.
- ✓ Não são realizadas auditorias e inspeções a prestadores convenionados e farmácias
- ✓ Não estão definidos procedimentos relativos ao controlo dos bens patrimoniais.
- ✓ As fichas de identificação individual dos bens não contemplam toda a informação requerida pelo CIBE, nomeadamente se os bens foram objeto de avaliação ou se foram sujeitos a reavaliações.
- ✓ Não existem garantias de que os bens totalmente amortizados ou inventariados com valor nulo ainda produzam benefícios para a entidade.
- ✓ Não existem autos de abate para os bens móveis/imóveis.

²⁷⁶ A este respeito, na memória justificativa do OE 2013 pode ler-se “Numa segunda fase poderá vir a ser equacionada a revisão das tabelas do Regime Livre por forma a proceder-se à harmonização da nomenclatura com a tabela de regime convenionado, bem como fixar-se, como limite do valor a reembolsar, o montante do respetivo encargo da ADSE do preço convenionado.”.



Anexo 4 – Encargos com o regime livre não suportados pela Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas (cenários)

Os documentos de prestação de contas da ADSE-DG não refletem o universo do regime livre, mas, apenas os custos com os quotizados cujos reembolsos são suportados diretamente por aquela Direção-Geral: trabalhadores de organismos da administração direta do Estado (serviços integrados), organismos com autonomia administrativa e financeira, de organismos com acordos de capitação, aposentados e respetivos familiares.

Os reembolsos dos trabalhadores da Administração Local e da Administração Regional e respetivos familiares, um universo de 276.575 quotizados em 2013 (21% do total) são suportados diretamente pelos organismos destas Administrações e não estão incluídos, no que respeita ao regime livre, nos custos apresentados pela ADSE-DG.

Assim, o orçamento desta Direção-Geral não contém dotação para cobrir os reembolsos daqueles quotizados. Daqui resulta que:

- Não existe um orçamento e uma conta do sistema de proteção social ADSE;
- Sendo o sistema integralmente financiado pelos descontos dos quotizados, receita da ADSE-DG, é expectável que os encargos até agora assumidos por aquelas entidades passem a ser da responsabilidade desta Direção-Geral ou, em alternativa, que os quotizados em causa saiam da ADSE (*opting out*).

Com o objetivo de obter dados junto das Autarquias Locais sobre o valor dos reembolsos efetuados aos quotizados no âmbito do regime livre e o número de quotizados (titulares e familiares) foram contactados, os organismos da Administração Local (sigla CA), ativos na base de dados da ADSE à data de maio de 2014, que preenchessem um dos seguintes critérios:

- entidades com 200 ou mais quotizados com direitos – 258 entidades;
- entidades com dívida \geq € 90.000 – 7 entidades.
- entidades com falta de valores de desconto ou sem desconto com mais de 100 quotizados com direitos – 1 entidade.

Num total de 266 entidades empregadoras, representando 91% dos quotizados com direitos do conjunto das entidades da Administração Local, em maio de 2014. Das entidades contactadas responderam 190, representando 70% do universo de quotizados, em maio de 2014, cfr. quadro *infra*.

Teste regime livre – constituição da amostra

Teste Regime Livre - constituição da amostra	Entidades contactadas		Entidades que responderam	
	N.º EE*	N.º de quotizados*	N.º EE*	N.º de quotizados*
EE \geq 200 entidades	258	180 471	187	138 150
EE com dívida \geq 90.000€	7	542	2	183
EE com falta valores de desconto	1	130	1	130
Teste Regime Livre - total (n.º) (1)	266	181 143	190	138 463
Teste Regime Livre - total (%) = (1)/(2)	27,14%	90,99%	19,39%	69,55%
EE total c/ benef. c/ dtos (2)	980	199 086	980	199 086

*Fonte: ADSE/DSB (maio 2014)

Para análise dos dados, foram excluídas, das entidades que responderam ao questionário, 4 entidades que não apresentaram valores de despesa com o regime livre; e 1 entidade que, por lapso, apresentou valores de remuneração e não de desconto.



Nestes termos, considerando o número de quotizados indicado pelas entidades respondentes, em 2013, e o universo dos quotizados da Administração Local constante do Relatório de Atividades da ADSE-DG de 2013, os dados obtidos respeitam a 74% dos quotizados em 2013.

Teste regime livre – n.º de utentes

Teste Regime Livre	N.º de quotizados
Teste Regime Livre *	156 340
Total c/ benefícios ADSE em 2013**	210 238
%Teste/Total	74,36%

* Número de quotizados reportado por entidades

** Número de quotizados ADSE 2013 - Relatório de Atividades

Em todos os cenários analisados tomou-se por base os dados da Demonstração de Resultados do ano de 2013, à exceção do montante do valor de desconto em que, por não ter uma rubrica de classificação económica e conta da contabilidade patrimonial específicas, se utiliza a informação sobre o valor cobrado em 2013.

Dos proveitos:

Conta 72

Outra receita própria (que inclui as notas de reembolso que a ADSE-DG emite às AL pelos pagamentos por ela efetuados a entidades do regime convencionado relativos a quotizados da responsabilidade financeira das AL) – valor do balancete 7251 - € 31 974 658

Descontos dos quotizados (onde está incluído o valor do desconto dos quotizados das AL (CA) - valor cobrado em 2013 - € 285 627 278

Dos custos:

Conta 621 e 622

Custos com regime convencionado- € 288 608 557

Custos com regime livre - € 132 878 981

Custos de Administração- € 8 314 787

Tendo por base esta informação, analisaram-se dois cenários, um em que os quotizados permanecem na ADSE-DG e os custos são inteiramente suportados por esta (cenário 1) e outro em que os quotizados saem do sistema (cenário 2).

Teste regime livre – cenários

Rubricas	Real 2013	Cenário 1 - Entram		Unid.: €
		1.1. Favorável	1.2. desfavorável	Cenário 2 - Saem 2. (rec.pp)
Desconto Quotizado	285 627 278	285 627 278	285 627 278	258 293 010
Outra Receita Própria	31 974 658	2 118 880	2 118 880	2 118 880
Total - Proveitos	317 601 936	287 746 158	287 746 158	260 411 890
Regime Convencionado	288 608 557	288 608 557	288 608 557	258 752 779
Regime Livre	132 878 981	150 673 896	160 285 607	132 878 981
Custos Administração	8 314 787	8 314 787	8 314 787	8 314 787
Total - Custos	429 802 325	447 597 240	457 208 951	399 946 547

Fonte: Elaboração própria



Cenário 1 – A ADSE-DG passa a suportar a totalidade dos custos com os quotizados das Autarquias Locais (estes permanecem na ADSE)

- a) Os descontos dos quotizados, os custos com regime convencionado e os de administração mantêm-se inalterados;
- b) O montante de outra receita própria que se mantém (€ 2,1 milhões) corresponde ao valor aproximado de notas de reembolso emitidas em 2013 a entidades das Administrações Regionais e com acordos de capitação²⁷⁷, pois a ADSE-DG deixa de emitir notas de reembolso às entidades da Administração Local pelos pagamentos por ela efetuados a entidades do regime convencionado relativos a quotizados da responsabilidade financeira destas entidades;
- c) Os custos com regime livre são o produto (i) do número de quotizados total da Administração Local indicado no Relatório de Atividades da ADSE-DG de 2013 (210.238) e (ii):
 - Ou do custo médio por quotizado da amostra (€ 84,64) – cenário favorável;
 - Ou do custo médio por quotizado da ADSE-DG (€ 130,36) – cenário desfavorável.

No melhor destes cenários, os custos da ADSE-DG passam de € 429,8 milhões para € 447,6 milhões. No pior, os custos ascendem a € 457,2 milhões. Em ambos, os proveitos diminuem de € 317,6 milhões para € 287,7 milhões.

Cenário 2 – Os quotizados saem da ADSE (opting out)

- a) Os custos com regime livre e os de administração mantêm-se inalterados;
- b) O montante de outra receita própria que se mantém (€ 2,1 milhões) corresponde ao do cenário anterior;
- c) Aos custos com regime convencionado subtraiu-se o montante de outra receita própria proveniente das Autarquias Locais, em 2013, considerando que os pagamentos do regime convencionado são compensados por notas de reembolso emitidas àquelas;
- d) O montante do desconto (quadro *infra*) que a ADSE-DG deixaria de receber neste cenário foi apurado com base:
 - na remuneração base média mensal, do 1º trimestre de 2014, das Administrações Públicas em Contas Nacionais (Administração Local);
 - no nº de quotizados titulares da ADSE das Autarquias Locais em 2013; e
 - nas taxas de desconto aplicadas em 2013 (1,5% até julho e de 2,25% a partir de agosto²⁷⁸).

Teste regime livre – desconto dos quotizados das Autarquias Locais

Unid.: €			
MÊS	Remun base - estimada	Taxa (1)	Desconto quotizados AL estimado
TOTAL	1 500 704 866	1,8%	27 334 267

Fonte: Elaboração própria com base na remuneração base média mensal, 1º trimestre de 2014, das Administrações Públicas em contas Nacionais (Administração Local) e no nº de quotizados titulares da ADSE das Autarquias Locais em 2013

(1) Taxa média aplicada em 2013.

Neste cenário os custos da ADSE-DG diminuem de € 429,8 milhões para € 399,9 milhões e os proveitos de € 317,6 milhões para € 260,4 milhões.

²⁷⁷ Fonte: DSB/SICOF (julho de 2014).

²⁷⁸ A Lei n.º 105/2013 entrou em vigor em 31 de julho. Nos cálculos efetuados considerou-se a taxa de desconto de 1,5% até julho e de 2,25% a partir de agosto.



Teste regime livre – taxa de desconto aplicável

Após a análise destes dois cenários conclui-se que:

- No cenário 1, para suportar o aumento dos custos com os quotizados e a diminuição dos proveitos, seria suficiente aplicar uma taxa de desconto no mínimo de 2,85%;
- No cenário 2, para suportar a diminuição dos proveitos e compensar os custos que permanecem na ADSE-DG, seria suficiente uma taxa de desconto de 2,75%.

	Desconto (1)	Remun base - estimada (2)	Simulação desconto 2013	
			Taxa	Valor
Total - Real	285 627 278	16 104 461 510	2,7%	434 820 461
Cenário 1.1.	285 627 278	16 104 461 510	2,8%	450 924 922
Cenário 1.2.	285 627 278	16 104 461 510	2,85%	458 977 153
Cenário 2	258 293 010	14 603 756 644	2,75%	401 603 308

Fonte: Elaboração própria com base em dados de valor cobrados ADSE-DSAF (dezembro 2013).
 (1) A Lei n.º 105/2013 entrou em vigor em 31 de julho. Nos cálculos efetuados considerou-se a taxa de desconto de 1,5% até julho e de 2,25% a partir de agosto.
 (2) Com base na taxa de desconto de 1,5% até julho e de 2,25% a partir de agosto.

Considerando que, nas suas alegações, o Diretor-Geral da ADSE refere que a reforma do sistema em curso vai *“... no sentido da atribuição total à entidade gestora da ADSE de competências que hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional, (...) situação esta que vai trazer mais encargos para o subsistema, que no futuro vão ser financiados unicamente pela taxa de desconto de 3,5%, a cargo dos quotizados.”* procedeu-se a uma reformulação do cenário 1.2, mais desfavorável, de modo a incluir os quotizados das Administrações Regionais dos Açores e da Madeira, concluindo-se que a assunção de encargos pela ADSE-DG que até agora eram assumidos pelas Administrações Regionais e Local continua a ser suportada por uma taxa de desconto inferior a 3,5%.

No cenário efetuado, à semelhança do que já se verificava para a Administração Local, uma taxa de 3,2% já suportaria a totalidade da despesa em que incorrerá a ADSE-DG, criando ainda um excedente de 10%. A manutenção desta taxa resulta do facto de aos descontos cobrados pela ADSE-DG se somarem os descontos retidos, em 2013, pelas Administrações Regionais, uma vez que a ADSE-DG apenas pode assumir os encargos com os quotizados destas Administrações se as mesmas entregarem os descontos dos mesmos.

Refira-se que este é o cenário mais desfavorável em que se utiliza o custo médio do regime livre suportado pela ADSE-DG (€ 130,36), superior ao custo médio resultante da informação prestada quer pela Administração Local (€ 84,64) quer pelas Administrações Regionais (€ 114,36, Madeira, € 92,96, Açores), pelo que se o custo real se aproximar dos valores dados por estas Administrações, a despesa calculada será ligeiramente inferior.

Teste regime livre – cenário ADSE-DG assume encargos com saúde dos quotizados das Administrações Regionais e Local

Rubricas	Real 2013	Cenário 1 - Entram			
		Autarquias Locais*	RA Madeira**	RA Açores**	Total
Desconto Quotizado	285 627 278	0	3 273 090	5 560 957	294 461 324
Outra Receita Própria	31 974 658	0	0	0	0
Total - Proveitos	317 601 936	0	3 273 090	5 560 957	294 461 324
Regime Convencionado	288 608 557	0	0	0	288 608 557
Regime Livre	132 878 981	27 406 626	5 270 585	3 377 106	168 933 298
Custos Administração	8 314 787	8 314 787	8 314 787	8 314 787	8 314 787
Total - Custos	429 802 325	35 721 413	13 585 373	11 691 894	465 856 642

Fonte: Elaboração própria

* Utilizou-se o cenário mais desfavorável (cenário 1.2, cfr ponto 14.2)

** Ao valor do desconto real de 2013 somou-se o desconto retido pelas Administrações Regionais, € 3,3 milhões da RAM, cfr. anexo 25, e € 5,6 milhões, cfr. informação prestada através do of. Sai-VGP/2014/580/F, de 22 de agosto.

Teste regime livre – taxa de desconto aplicável, incluindo encargos com os quotizados das Regiões Autónomas

Unid.: €

	Desconto (1)	Remun base - estimada (2)	Simulação desconto 2013		Simulação desconto (+10%)	
			Taxa	Valor	Taxa	Valor
Total - Real	285 627 278	16 104 461 510	2,7%	434 820 461	3,0%	475 081 615
Cenário 1.2.	294 461 324	16 358 962 456	2,85%	466 230 430	3,2%	523 486 799

Fonte: Elaboração própria com base em dados de valor cobrados ADSE-DSAF (dezembro 2013) e valores retidos pelas Administrações Regionais

(1) A Lei n.º 105/2013 entrou em vigor em 31 de julho. Nos cálculos efetuados considerou-se a taxa de desconto de 1,5% até julho e de 2,25% a partir de agosto.

(2) Com base na taxa de desconto de 1,5% até julho e de 2,25% a partir de agosto.



Anexo 5 – Financiamento público da ADSE

Desde a sua criação que o financiamento do sistema de proteção ADSE tem sido assegurado, por fundos públicos: orçamento do Estado, diretamente, ou através das dotações orçamentais dos serviços integrados; orçamentos de entidades públicas da Administração Central com autonomia administrativa e financeira; e orçamentos das entidades pertencentes às Administrações Local e Regional, que, por disporem de verbas próprias (orçamento próprio) para o pagamento de despesas com pessoal, são responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados no âmbito da ADSE, aos seus trabalhadores e familiares²⁷⁹.

Com exceção das transferências diretas do orçamento do Estado (de receitas gerais), todas as outras receitas suportadas pelas entidades empregadoras são receita própria da ADSE-DG, consignada ao sistema de benefícios.

Financiamento público do sistema de proteção social ADSE

Financiamento público	
<i>Pelo Orçamento do Estado</i>	Até 2011 ▪ Transferências diretas de receitas gerais para a ADSE-DG.
	De 2011 a 2014 ▪ Pagamento à ADSE-DG da contribuição da entidade empregadora, através das dotações orçamentais dos serviços integrados.
<i>Pelos Orçamentos dos organismos com autonomia administrativa e financeira (v.g. serviços e fundos autónomos)</i>	Até 2011 ▪ Pagamento direto aos quotizados do reembolso de despesas realizadas pelos quotizados no âmbito do regime livre, de acordo com as tabelas de comparticipação da ADSE-DG; ▪ Reembolso à ADSE-DG do valor dos pagamentos por ela efetuados pelos cuidados prestados aos quotizados no âmbito do Regime Convencionado e, até 2010, no SNS; ▪ Comparticipação nas despesas de administração da ADSE ²⁸⁰ .
	De 2011 a 2014 ▪ Pagamento à ADSE-DG da contribuição da entidade empregadora.
<i>Pelos orçamentos das entidades da Administração Local</i>	▪ Pagamento direto aos quotizados do reembolso de despesas realizadas pelos quotizados no âmbito do regime livre, de acordo com as tabelas de comparticipação da ADSE-DG; ▪ Reembolso à ADSE-DG do valor dos pagamentos por ela efetuados pelos cuidados prestados aos quotizados no âmbito do Regime Convencionado e, até 2010, no SNS; ▪ Comparticipação nas despesas de administração da ADSE-DG.
<i>Pelos orçamentos das entidades da Administração Regional</i>	▪ Pagamento direto aos quotizados do reembolso de despesas realizadas pelos quotizados no âmbito do regime livre, de acordo com as tabelas de comparticipação da ADSE-DG; ▪ Apesar do Decreto-Lei n.º 118/83 estabelecer uma responsabilidade semelhante à das entidades da Administração Local, na medida em que as Administrações Regionais dispõem de verbas próprias para o pagamento de despesas com pessoal, estas não reconhecem, de um modo geral, a sua responsabilidade no financiamento do regime convencionado (reembolso à ADSE-DG e comparticipação nas despesas de administração), cfr. ponto 12.3. do Desenvolvimento.

Fonte: Elaboração própria, com base no Decreto-Lei n.º 118/83 e no Decreto Regulamentar n.º 44/2012

²⁷⁹ Art.º 3º, conjugado com os art.ºs 4º, 5º, 6º, n.º 4, art.º 47º-A e art.º 64º, todos do Decreto-Lei n.º 118/83. O art.º 47º-A referente à contribuição da entidade empregadora, através da qual o Estado, através dos serviços integrados e dos serviços e fundos autónomos, assumia essa responsabilidade, é revogado pela LOE 2015.

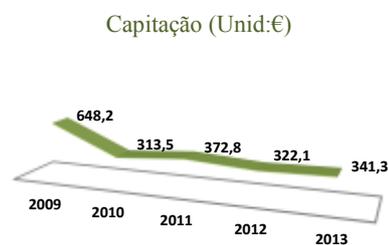
²⁸⁰ Através do pagamento de um quantitativo anual por quotizado inscrito, titular ou familiar, fixado por despacho do membro do Governo responsável pelas áreas das finanças e da Administração Pública. O despacho em vigor é o Despacho n.º 8-D/95, do Secretário de Estado do Orçamento, publicado no DR IIS, n.º 108, de 10 de maio, que fixou a contribuição anual para despesas de administração em € 1,25/quotizado.

Em alternativa aos pagamentos *supra* referidos, existem organismos, com verbas próprias para o pagamento de despesas com pessoal, que pagam uma capitação anual (em 2013, € 341,3) por quotizado inscrito, titular e familiar, para que, em contrapartida, a ADSE-DG assumira o pagamento de todos os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde àqueles quotizados, incluindo os prestados no âmbito do regime livre²⁸¹.

Em 2013, o número de entidades empregadoras com acordos de capitação ascendia a 819 (cerca de 22% do total), correspondendo a 602 entidades da Administração Local²⁸², 195 estabelecimentos de ensino privado²⁸³ e 22 entidades com trabalhadores em regime de cedência de interesse público²⁸⁴.

Caracterizam-se por serem entidades com estruturas organizativas simples e com um reduzido número de funcionários. Em 2013, o número de quotizados destas entidades ascendia, no total, a 7.596 (cerca de 0,6% do total).

O valor da capitação é apurado anualmente com base nos seguintes pressupostos: despesa com os regimes convencionado e livre (e, até 2010, com o SNS); custos de administração apurados na demonstração de resultados; número de quotizados abrangidos cujos encargos financeiros são responsabilidade direta da ADSE-DG. Em 2013 encontrava-se fixado em € 341,3. A diminuição registada em 2010 deve-se à transferência de encargos com a saúde da ADSE para o SNS.



Relativamente ao período analisado no Relatório de Auditoria n.º 12/05, da 2ª Secção do Tribunal de Conta, em que o valor da capitação era fixado anualmente pelo Diretor-Geral da ADSE_DG, com base em fórmula constante dos acordos de capitação, sendo determinada com base na divisão das despesas totais (SNS, Regime Livre; regime Convencionado) suportadas pela Direção-Geral, no ano anterior, com cuidados prestados aos quotizados dos organismos com autonomia financeira, pelo número de quotizados inscritos desses organismos, observou-se uma evolução positiva: a capitação não é calculada com base no número de quotizados inscritos, mas com base no número de quotizados inscritos cujos encargos são responsabilidade direta da ADSE-DG. No ponto anterior observou-se que o número de quotizados cujos encargos são responsabilidade direta da ADSE-DG no regime livre é inferior ao número de quotizados inscritos. Esta evolução diminui, mas não exclui, o risco apontado naquele Relatório os encargos suportados pela ADSE se afastarem do valor da capitação recebida.

²⁸¹ Art.º 64º do Decreto-Lei n.º 118/83. A metodologia de cálculo encontra-se atualmente definida por despacho do Secretário de Estado do Orçamento, de 16 de fevereiro de 2005.

²⁸² Maioritariamente freguesias.

²⁸³ O sistema de proteção social ADSE abrange também docentes do ensino privado e cooperativo desde que inscritos na Caixa Geral de Aposentações, cfr. Decreto-Lei n.º 327/85, de 8 de agosto (docentes do ensino superior), e Decreto-Lei n.º 321/88, de 22 de setembro (docentes do ensino não superior). Esta situação teve por base o Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 553/80, de 21 de dezembro, que preconizava a progressiva aproximação das situações dos professores do ensino particular e cooperativo e do ensino oficial, a Lei de Bases do Sistema Educativo que atribui a natureza de interesse público às funções desempenhadas pelos estabelecimentos de ensino particular e cooperativo no âmbito do sistema educativo e o art.º 3º do DL 118/83, relativo ao funcionamento e esquema de benefícios da ADSE, que estabelece a possibilidade de serem quotizados da ADSE os trabalhadores de outras entidades que a lei já contemple ou venha a contemplar.

²⁸⁴ No âmbito deste regime os trabalhadores têm o direito de optar pela manutenção do regime de proteção social de origem (art.º 242º, n.º 3, al. b), da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho).



Anexo 6 – Alargamento da ADSE à totalidade dos trabalhadores da Administração Pública (cenário)

Com base em informação obtida junto da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP) sobre o número de trabalhadores das Administrações Públicas Central e Local com contrato de trabalho (por termo indeterminado, certo e incerto) no âmbito do Código do Trabalho, no primeiro trimestre de 2014, discriminado por:

- Administrações Públicas em Contas Nacionais;
- Sociedades do Setor Público (exceto sociedade classificadas nas Administrações Públicas) e, acrescido de 0,72 familiares por trabalhador (rácio de familiares por trabalhador no ativo da ADSE-DG, em 2013, cfr. Quadro 14), procede-se à simulação do impacto do alargamento da ADSE à totalidade dos trabalhadores dessas Administrações nos proveitos e nos custos da ADSE-DG.

Para os proveitos foi tomado como referência a remuneração base média mensal de ambas as Administrações publicada na Estatística do Emprego Público, primeiro trimestre de 2014 (quadros Q.1.10 e Q.2.4).

Simulação dos proveitos

Emprego	Remuneração base média mensal (1) 2014 (p)*	Remuneração base anual (2) (=1*3*14 meses)	N.º de trabalhadores (3)	N.º de familiares (4)	N.º de novos quotizados (=3+4)
Administrações Públicas em Contas Nacionais					
<i>Administração central</i>	1 451 €	320 247 928 €	15 760	11 347	27 107
<i>Administração local</i>	884 €	32 605 595 €	2 635	1 897	4 532
Sociedades do Setor Público, exceto sociedades classificadas nas Administrações Públicas					
<i>Administração central</i>	1 309 €	1 510 035 268 €	82 413	59 337	141 750
<i>Administração local</i>	850 €	94 879 054 €	7 975	5 742	13 717
Total		1 957 767 845 €	108 783	78 324	187 107
Desconto sobre a remuneração base anual - 1 957 767 845 €					
Taxa % (5)	1,8%	3,5%	3,1%	2,7%	2,6%
Valor (€)	35 239 821 €	68 521 875 €	60 690 803 €	52 859 732 €	50 901 964 €

(1) Dados provisórios sobre a remuneração média mensal janeiro de 2014 - DGAEP/Estatística do Emprego público 1º trimestre de 2014 - Quadros Q1.10 e Q2.4
 (2) Produto da remuneração base média mensal, do número de trabalhadores e do número de meses de remuneração (14 meses)
 (3) N.º de trabalhadores com contrato de trabalho por tempo indeterminado e a termo (certo ou incerto), 1º trimestre de 2014 - DGAEP/mail de 04.06.2014
 (4) Considerando o n.º médio de familiares por quotizado titular no ativo da ADSE, em 2013: 0,72 fam/quotiz.ativo (Fonte: ADSE/RA 2013, Anexo 6)
 (5) Taxa de: 1,8% - taxa média anual de 2013 (taxa de desconto de 1,5% até julho e de 2,25% de agosto a dezembro); 3,5% - taxa atual (Lei n.º 30/2014); 3,1% - taxa média de 2014 (taxa de desconto de 2,5% até maio e de 3,5% de junho a dezembro); 2,7% a 2,5% simulação de taxas de desconto).

Nos custos dos regimes convencionado e livre tomou-se como referência o custo médio/quotizado inscrito da ADSE, bem como o facto de os custos com titulares aposentados e respetivos familiares representarem, em 2013, cerca de 54% dos custos da ADSE com o regime livre e 43% dos custos com o regime convencionado²⁸⁵.

Considerou-se que o custo médio de administração por quotizado, de 2013, se manteria, apesar de ser expectável, que o custo não aumentasse de modo proporcional ao número total de quotizados, pois os custos de administração são compostos maioritariamente por custos fixos.

Manteve-se a distinção do universo de quotizados inscritos do regime convencionado e do regime livre, considerando que se mantém a situação atualmente vigente de que os custos do regime livre

²⁸⁵ Considerando, neste último, o ano de registo da fatura, mais próximo dos custos contabilísticos.

dos trabalhadores da Administração Local e respetivos familiares são suportados pelas entidades que as compõem.

Simulação dos custos - totais

2013	Regime Convencionado			Regime Livre			Custos de administração	
	Quotiz_Universo (n.º) (1)	Custos (2)	Custo médio/quotiz. (3) (=2/1)	Quotiz_Universo (n.º) (4)	Custos (5)	Custo médio/quotiz. (6) (=5/4)	Custos* (7)	Custo médio/quotiz. (8) (=7/1)
Total (titulares e familiares)	1 290 816	288 608 557 €	223,59 €	1 019 342	132 878 981 €	130,36 €	8 314 787 €	6,44
Ativos	901 860	164 506 877 €	182,41 €	630 386	61 124 331 €	96,96 €		
Aposentados	388 956	124 101 679 €	319,06 €	388 956	71 754 650 €	184,48 €		
2013_Simulação	(10)**	(11) (=10*3)		(12)**	(13) (=12*6)		*(14) (=10*8)	
Total (titulares e familiares)	1 477 923	322 738 409 €		1 188 200	149 251 974 €		9 520 035 €	
Ativos	1 088 967	198 636 730 €		799 244	77 497 324 €			
Aposentados	388 956	124 101 679 €		388 956	71 754 650 €			
Custos diferença		34 129 853 €			16 372 993 €		1 205 248 €	
Custos diferença- total (2+5+8)					51 708 093 €			

Fonte: Quotizados - ADSE/Relatórios de Atividades; Custos - ADSE/Demonstração de Resultados; Custos ativos e aposentados - ADSE/DSI SICOF (ano do registo) e SIR (ano do pagamento)

* Excluem-se custos com verificação da doença - Avenças; prestação serviços médicos; exames periciais.

** (10) e (13) Incluiu-se no n.º de quotizados ativos o número de trabalhadores com contrato individual de trabalho da Administração Pública Central e Local e respetivos familiares.

Simulação dos custos médios

Quotiz_Universo (1)	Regime Convencionado (2)	Custo			Custo médio (6) = (5)/(1)
		Regime Livre (3)	Administração (4)	Total (5) = (2+3+4)	
2013					
1 290 816	288 608 557 €	132 878 981 €	8 314 787 €	429 802 325 €	332,97
2013_Simulação					
1 477 923	322 738 409 €	149 251 974 €	9 520 035 €	481 510 418 €	325,80
-2,15%					

Dos quadros *supra* conclui-se que com o aumento dos quotizados no ativo, pelo alargamento da ADSE aos trabalhadores da Administração Pública com contrato de trabalho no âmbito do Código do Trabalho:

- ✚ O custo médio por quotizado diminui cerca de 2%;
- ✚ O aumento total dos custos com os novos quotizados, € 51,7 milhões, é compensado por uma taxa de desconto de 2,7%, calculado sobre a remuneração base.



Anexo 7 – Simulação da taxa de desconto

2013

Neste ano, para que o desconto cobrisse integralmente os custos com os regimes convencionado e livre e custos de administração, € 429,8 milhões, seria necessário uma taxa média de desconto de 2,7%, ao invés de 1,8% como ocorreu. A diferença foi compensada com o financiamento público que ainda se verificou nesse ano. Uma taxa de 2,95% já garantiria um excedente de 10%.

Simulação de taxa de desconto 2013

MÊS	Unid.: € 2013	Taxa (1)	Remun base - estimada (2)	Simulação desconto		Simulação desconto (+10%)	
				Taxa	Valor	Taxa	Valor
1	32 787 950	1,5%	2 185 863 307	2,7%	59 018 309	2,95%	64 482 968
2	18 852 841	1,5%	1 256 856 039	2,7%	33 935 113	2,95%	37 077 253
3	20 081 173	1,5%	1 338 744 875	2,7%	36 146 112	2,95%	39 492 974
4	19 185 533	1,5%	1 279 035 520	2,7%	34 533 959	2,95%	37 731 548
5	21 912 877	1,5%	1 460 858 451	2,7%	39 443 178	2,95%	43 095 324
6	18 633 809	1,5%	1 242 253 921	2,7%	33 540 856	2,95%	36 646 491
7	21 992 031	1,5%	1 466 135 413	2,7%	39 585 656	2,95%	43 250 995
8	21 752 557	2,25%	966 780 327	2,7%	26 103 069	2,95%	28 520 020
9	32 246 699	2,25%	1 433 186 606	2,7%	38 696 038	2,95%	42 279 005
10	29 752 745	2,25%	1 322 344 230	2,7%	35 703 294	2,95%	39 009 155
11	40 856 852	2,25%	1 815 860 082	2,7%	49 028 222	2,95%	53 567 872
12	7 572 212	2,25%	336 542 740	2,7%	9 086 654	2,95%	9 928 011
TOTAL	285 627 278	1,8%	16 104 461 510	2,7%	434 820 461	2,95%	475 081 615
Custos 2013	429 802 325			Dif. Custos	5 018 136		45 279 289
					1,2%		10,5%

Fonte: Elaboração própria com base em dados de valor cobrados ADSE-DSAF (dezembro 2013).

(1) A Lei n.º 105/2013 entrou em vigor em 31 de julho. Nos cálculos efetuados considerou-se a taxa de desconto de 1,5% até julho e de 2,25% a partir de agosto.

(2) Com base na taxa de desconto de 1,5% até julho e de 2,25% a partir de agosto.

2014

Sem qualquer outra receita existente em 2014, seria suficiente, tudo o resto constante, uma taxa de 2,3%, sendo garantido um excedente de 10% sobre a despesa (paga) com os regimes convencionado e livre e custos de administração com uma taxa média de 2,5%.

Caso se considere a despesa registada, que inclui faturação que só se vence no ano seguinte, a taxa necessária seria de 2,7%.

Simulação de taxa de desconto 2014

MÊS	Unid.: € 2014	Taxa (1)	Remun base - estimada (2)	Simulação desconto despesa paga (3)		Simulação desconto despesa paga (+10%) (4)		Simulação desconto (despesa registada) (5)	
				Taxa	Valor	Taxa	Valor	Taxa	Valor
1	53 084 432	2,5%	2 123 377 272	2,5%	53 084 432	2,5%	53 084 432	2,5%	53 084 432
2	30 563 302	2,5%	1 222 532 085	2,5%	30 563 302	2,5%	30 563 302	2,5%	30 563 302
3	29 876 226	2,5%	1 195 049 045	2,5%	29 876 226	2,5%	29 876 226	2,5%	29 876 226
4	30 299 882	2,5%	1 211 995 298	2,5%	30 299 882	2,5%	30 299 882	2,5%	30 299 882
5	29 979 781	2,5%	1 199 191 257	2,5%	29 979 781	2,5%	29 979 781	2,5%	29 979 781
6	59 585 501	3,5%	1 702 442 889	2,1%	35 751 301	2,5%	42 561 072	2,9%	49 370 844
7	68 537 869	3,5%	1 958 224 823	2,1%	41 122 721	2,5%	48 955 621	2,9%	56 788 520
8	42 733 287	3,5%	1 220 951 045	2,1%	25 639 972	2,5%	30 523 776	2,9%	35 407 580
9	45 169 558	3,5%	1 290 558 803	2,1%	27 101 735	2,5%	32 263 970	2,9%	37 426 205
10	44 410 047	3,5%	1 268 858 476	2,1%	26 646 028	2,5%	31 721 462	2,9%	36 796 896
11	41 494 908	3,5%	1 185 568 799	2,1%	24 896 945	2,5%	29 639 220	2,9%	34 381 495
12	45 204 488	3,5%	1 291 556 796	2,1%	27 122 693	2,5%	32 288 920	2,9%	37 455 147
TOTAL	520 939 281	3,1%	16 870 306 588	2,3%	382 085 018	2,5%	421 757 665	2,7%	461 430 311
Despesa paga 2014	382 069 306				15 712		39 688 359		79 361 005
				Dif. despesa paga	0,0%		10,4%		20,8%
Despesa registada 2014	458 744 269			Dif. despesa registada	-76 659 251		-36 986 604		2 686 042

Fonte: Elaboração própria com base em dados de valor cobrados e pagos/faturação registada em ADSE-DSAF, execução de tesouraria (dezembro de 2014).

(1) A Lei n.º 30/2014 entrou em vigor em 20 de maio. Nos cálculos efetuados considerou-se a taxa de desconto de 2,5% até maio e de 3,5% a partir de junho.

(2) Com base na taxa de desconto de 2,5% até maio e de 3,5% a partir de junho.

(3) Até maio valores cobrados pela ADSE; a partir de junho taxa de desconto de 2,1%.

(4) Até maio valores cobrados pela ADSE; a partir de junho taxa de desconto de 2,5%.

(5) Até maio valores cobrados pela ADSE; a partir de junho taxa de desconto de 2,9%.



2015

Neste ano, para que o desconto cobrisse integralmente a despesa com os regimes convencionado e livre e custos de administração, € 456,6 milhões, sem considerar qualquer outra receita, seria necessário uma taxa de desconto de 3%. Porém, parte da despesa do regime convencionado respeita a faturação entrada após setembro/outubro de 2014, considerando os prazos de pagamento dos prestadores (90 e 120 dias), tendo a ADSE-DG um excedente proveniente dos descontos de 2014, de € 138,9 milhões, que pode ser utilizado no pagamento dessa faturação

Considerando este excedente (i.e., abatendo ao montante da despesa, o montante do excedente de 2014, as necessidades de financiamento seriam de € 317,7 milhões), a taxa de desconto necessária seria de 2,1%. A taxa de 2,25% já garantiria um excedente de cerca de 10%.

Simulação de taxa de desconto 2015

Unid.: € 2015	Taxa	Remun base - estimada (1)	Simulação desconto		Despesa prevista 2015	Dif. despesa prevista	
			Taxa	Valor		(€)	(%)
	3,5%	15 600 000 000	3,0%	468 000 000	456 610 000	11 390 000	2,5%
			2,1% (2)	327 600 000	317 740 025 (4)	9 859 975	3,1%
			2,25% (3)	351 000 000		33 259 975	10,5%

Fonte: Orçamento do Estado (orçamento de receita - desconto)

(1) Com base na taxa de desconto de 3,5%.

(2) Considerando o excedente do desconto de 2014, €138,9 milhões.

(3) Considerando o excedente do desconto de 2014, €138,9 milhões e uma margem de, pelo menos, 10% de excedente relativamente ao valor da despesa prevista.

(4) Despesa prevista menos excedente de desconto de 2014 € 138 869 975



Anexo 8 – Comparação com o setor segurador

A par do desconto (ponto 7.1.2 do Desenvolvimento), os copagamentos e a despesa não reembolsada dos quotizados no âmbito da sua utilização dos regimes convencionado e livre (pontos 9.3 e 9.4 do Desenvolvimento) são os valores de referência a ter em consideração na comparação com o valor do prémio dos seguros privados de saúde e dos respetivos copagamentos/despesa não comparticipada.

Os quadros *infra* permitem concluir que o esforço financeiro (médio) dos quotizados da ADSE sendo inferior ao dos segurados até 2013, considerando o financiamento público ainda existente nesses anos, aproxima-se do daqueles com a alteração da taxa de desconto para 3,5%, cfr. simulações constantes do quadro *infra*.

Esforço financeiro quotizados da ADSE

Unid.: €

	2011	2012	2013	2013 simulação (1)	2014 Simulação (2)
Custos de saúde incorridos pela ADSE	391 628 280	406 255 059	409 218 757	409 218 757	374 844 532
<i>Regime convencionado</i>	254 694 109	266 643 212	280 081 314	280 081 314	248 295 556
<i>Regime livre</i>	136 934 170	139 611 848	129 137 443	129 137 443	126 548 976
Despesa suportada diretamente pelo quotizado	338 673 823	345 212 301	331 763 180	331 763 180	316 210 966
<i>Copagamento regime convencionado</i>	47 114 511	50 824 084	59 869 772	59 869 772	47 294 392
<i>Despesa não reembolsada regime livre</i>	291 559 312	294 388 217	271 893 408	271 893 408	268 916 574
Despesa de saúde total	730 302 102	751 467 360	740 981 937	740 981 937	691 055 498
Custos de administração da ADSE	7 947 202	7 515 784	8 314 787	8 314 787	7 306 303
Total despesa (saúde + custos de administração)	738 249 304	758 983 145	749 296 725	749 296 725	698 361 801
Financiamento pelo quotizado	546 421 930	559 893 177	617 390 458	863 821 458	837 160 247
<i>Desconto</i>	207 748 107	214 680 876	285 627 278	532 058 277	520 949 281
<i>Copagamento e despesa não reembolsada</i>	338 673 823	345 212 301	331 763 180	331 763 180	316 210 966
Peso na despesa total do financiamento pelo quotizado	74,0%	73,8%	82,4%	115,3%	119,9%
<i>Desconto</i>	28,1%	28,3%	38,1%	71,0%	74,6%
<i>Copagamento e despesa não reembolsada</i>	45,9%	45,5%	44,3%	44,3%	45,3%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados obtidos junto da ADSE/DSAB (custos de saúde e despesa suportada diretamente pelo quotizado 2011-2013) e da ADSE/DSAF (custos de administração e informação do ano de 2014)

(1) Considerando uma taxa de desconto de 3,5%, tudo o resto constante.

(2) Considerando os valores cobrados e pagos em dezembro de 2014 (Fonte: ADSE/DSAF, execução de tesouraria) e, quanto à despesa suportada diretamente pelo quotizado, o peso médio do copagamento do regime convencionado e da despesa não reembolsada do regime livre nos anos de 2011 a 2013.

Esforço financeiro titular de seguros

Unid.: €10³

	2012	2013
Total de despesas incorridas (milhares de euros)	530 926	532 081
<i>Despesa paga pelas seguradoras</i>	359 255	366 040
<i>Despesa paga pelos segurados</i>	171 671	166 041
Financiamento pelo segurado (milhares de euros)	636 558	645 261
<i>Prémios de seguros de saúde adquiridos</i>	477 318	483 637
<i>Despesa paga pelos segurados</i>	159 240	161 624
Peso na despesa de saúde total do financiamento pelo segurado	119,9%	121,3%
<i>Dos prémios de seguros</i>	89,9%	90,9%
<i>Da despesa paga pelos segurados</i>	30,0%	30,4%

Fonte - APS, Estatística do Seguro de Saúde 2012/2013

Porém, na comparação com os seguros privados, o quotizado deve considerar também as coberturas, ainda, oferecidas (hospitalização, ambulatório, próteses, lentes e outros meios de correção, tratamentos termas, cobertura internacional, capital máximo seguro); as exclusões



(doenças pré existentes, acidentes anteriores, perturbações do foro mental, transplantes de órgãos, HIV, hemodiálise, etc); os períodos de carência, itens em que a ADSE ainda se apresenta mais vantajosa²⁸⁶.

Importa ainda referir que o valor do desconto para a ADSE é independente do número de familiares inscritos, nem tem correlação com a situação clínica ou etária do quotizado.

²⁸⁶ A ADSE oferece as coberturas referidas, não tem capital máximo seguro, exclusões e períodos de carência. Importa ainda referir que o valor do desconto é independente do número de familiares, nem têm correlação com a situação clínica ou etária do quotizado.

Anexo 9 – Quotizados, desconto e despesa por escalão de desconto

Unid.: €

Escalão de desconto	N.º de Benef. *			Valor do Desconto 2013** (4)	Valor pago pelo beneficiário - 2013 (benef. Titulares e Familiares)**			Valor pago pela ADSE - 2013 (benef. Titulares e Familiares)**			Total da despesa com saúde (11)=(7)+(10)
	Titulares (1)	Familiares (2)	Total (3)=(1)+(2)		Regime Convencionado (copagamento) (5)	Regime Livre (despesa não reembolsada pela ADSE) (6)	Total (7)=(5)+(6)	Regime Convencionado (8)	Regime Livre (9)	Total (10)=(8)+(9)	
S/ Identificação Desconto	74 737	46 091	120 828	n.d***	3 102 740	20 559 842	23 662 581	17 847 655	10 329 010	28 176 666	51 839 247
0.01 a 25	293 097	125 125	418 222	49 109 083	17 410 741	59 929 315	77 340 055	79 975 143	31 015 843	110 990 987	188 331 042
25.01 a 50	236 251	134 626	370 877	79 011 010	17 240 991	69 771 645	87 012 637	77 131 808	33 565 922	110 697 730	197 710 367
50.01 a 75	177 823	77 163	254 986	99 641 014	14 875 294	79 042 608	93 917 901	69 626 359	35 294 052	104 920 411	198 838 312
75.01 a 100	44 821	21 770	66 591	32 757 776	3 606 117	20 976 722	24 582 839	17 134 627	9 021 463	26 156 090	50 738 929
> 100	22 767	10 996	33 763	23 166 543	1 739 779	11 647 652	13 387 431	8 676 639	4 761 272	13 437 911	26 825 343
Total	849 496	415 771	1 265 267	283 685 425	57 975 661	261 927 784	319 903 446	270 392 232	123 987 563	394 379 795	714 283 240
	% Beneficiários no total			% Desconto no total	% valor pago pelo beneficiário			% valor pago pela ADSE			% total da despesa
S/ Identificação Desconto	8,8%	11,1%	9,5%		5,4%	7,8%	7,4%	6,6%	8,3%	7,1%	7,3%
0.01 a 25	34,5%	30,1%	33,1%	17,3%	30,0%	22,9%	24,2%	29,6%	25,0%	28,1%	26,4%
25.01 a 50	27,8%	32,4%	29,3%	27,9%	29,7%	26,6%	27,2%	28,5%	27,1%	28,1%	27,7%
50.01 a 75	20,9%	18,6%	20,2%	35,1%	25,7%	30,2%	29,4%	25,8%	28,5%	26,6%	27,8%
75.01 a 100	5,3%	5,2%	5,3%	11,5%	6,2%	8,0%	7,7%	6,3%	7,3%	6,6%	7,1%
> 100	2,7%	2,6%	2,7%	8,2%	3,0%	4,4%	4,2%	3,2%	3,8%	3,4%	3,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: ADSE/DSB, DSI

* Beneficiários em 15.07.2014.

** Não sendo possível distribuir os beneficiários à data de 31.12.2013 por escalão de desconto, uma vez que a distribuição por escalão é feita com base na última informação mensal existente sobre os mesmos, a distribuição dos beneficiários por escalão de desconto foi feita à data da extração dos dados, 15.07.2014. Os valores das colunas assinaladas com ** dizem respeito aos beneficiários que existiam em 2013 e mantinham os direitos na data da distribuição por escalão. Descontos e custos de beneficiários que tenham saído do sistema não foram considerados. Deste modo, o total de desconto é inferior ao valor do desconto contabilizado como proveito em 2013 e os custos, extraídos do SICOF (sistema aplicacional do regime convencionado) e do SIR (sistema aplicacional do regime livre) são inferiores aos custos totais constantes desses sistemas de aplicação.

*** Vide ponto sobre condicionantes.



Anexo 10 – Meios de comunicação com os quotizados

A ADSE-DG dispõe de um local de atendimento presencial, na sede, e, com base em parceria com a Agência para a Modernização, de Postos de Atendimento Permanente e de Balcões Multisserviços, espalhados pelo território nacional, que disponibilizam informação sobre matérias relacionadas com a ADSE, rececionam pedidos de reembolso de despesas realizadas no regime livre, de emissão do cartão e de atualização de dados. Estes serviços estão ligados aos sistemas de informação da ADSE-DG, assegurando um atendimento semelhante ao da sede.

A ADSE-DG dispõe, ainda, de serviços de atendimento telefónico e *online*, bem como da *ADSE Direta*²⁸⁷, um portal ao qual os quotizados titulares, os prestadores convencionados e entidades empregadoras e processadoras de pensões podem aceder, em tempo real, aos dados dos sistemas de informação da ADSE-DG. O acesso utiliza um processo de autenticação suportado pelo sistema das Declarações Eletrónicas, da responsabilidade da Autoridade Tributária e Aduaneira.

No que concerne aos quotizados, a *ADSE Direta* disponibiliza declarações para efeito de IRS, a possibilidade de atualização de dados pessoais, a emissão do documento único de cobrança nas situações em que é o quotizado a entregar diretamente desconto²⁸⁸, informação sobre a evolução processual dos pedidos de reembolso do regime livre e respetiva conta-corrente, assim como sobre despesas faturadas à ADSE-DG no âmbito do regime convencionado.

Os quotizados titulares relacionam-se também com a ADSE-DG através das entidades empregadoras e processadoras de pensões, responsáveis pela confirmação dos dados dos quotizados relativos à inscrição e respetiva atualização²⁸⁹, pela liquidação e entrega do desconto retido aos mesmos e, no caso das entidades empregadoras, pela receção e entrega na ADSE-DG dos pedidos de reembolso de despesas realizadas no regime livre.

²⁸⁷ <http://www.adse.pt/page.aspx?IdCat=379>

²⁸⁸ V.g., situações de licença sem vencimento que conferem a possibilidade de o quotizado manter essa qualidade; trabalhadores que tenham acordado a cessação da respetiva relação jurídica de emprego público, no âmbito do Programa de Rescisões por Mútuo Acordo; notários e aos oficiais do notariado que transitaram para o regime de notariado privado.

²⁸⁹ Cfr. art.º 14º e 18º do Decreto-Lei n.º 118/83.



Anexo 11 – Condicionantes do regime jurídico

Regras de transição e aplicação de saldos

Até 2014, inclusive, a transição de saldos de receitas próprias da gerência anterior da ADSE-DG era apenas autorizada nos diplomas de execução orçamental²⁹⁰ e a aplicação em despesa desses saldos estava sujeita a autorização do membro do Governo responsável pela área das finanças. Na LOE 2015 estabeleceu-se a transição automática dos saldos apurados na execução orçamental de 2014 da ADSE-DG, porém a sua utilização em despesa continua dependente de autorização de um membro do Governo, o da tutela²⁹¹. Refira-se a este propósito que no âmbito de um sistema financiado apenas com o desconto dos quotizados, i.e., com fundos privados, não faz sentido a autorização dos poderes legislativo/executivo para a transição e utilização dos saldos.

Juntamente com as regras relativas aos prazos para autorização de pagamentos²⁹², as regras relativas à transição e aplicação dos saldos não utilizados no ano anterior não são compatíveis com as necessidades de tesouraria da ADSE-DG decorrentes da satisfação de encargos com o regime livre e o regime convencionado, nas situações em que os quotizados apresentam recibos de despesa para reembolso e os prazos de pagamento da faturação das entidades convencionadas se vencem após as datas limite para autorização de pagamentos e antes da entrada em vigor dos diplomas de execução orçamental.

Neste período, a ADSE-DG, ao contrário da maioria dos serviços integrados, não recebe qualquer transferência do orçamento do Estado, correndo o risco de, até à aprovação do diploma de execução orçamental, não dispor de receita própria cobrada suficiente para satisfazer os pagamentos que devem ser efetuados.

Não inscrição no orçamento da totalidade da despesa prevista da ADSE com o regime convencionado

Em 2013, a ADSE-DG, tendo por base o facto de a LOE de 2013 ter transferido os encargos com medicamentos prescritos em entidades privadas não integradas no SNS a quotizados da ADSE para o SNS, não previu, no âmbito da preparação da LOE 2014 despesa com tais encargos. Em outubro de 2013, o mapa de desenvolvimento das despesas da ADSE-DG, em matéria de saúde, previa despesa com os regimes convencionado (€ 270,8 milhões) e livre (€ 132 milhões) e com medicamentos dispensados em farmácias das Regiões Autónomas (€ 8 milhões), excluídos da transferência para o SNS.

Em resultado do art.º 14º da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro (LOE 2014) que, como referido no Anexo 17, representou um recuo na transferência dos encargos com medicamentos para o SNS realizada em 2013, autorizando a transferência de € 60 milhões de receitas próprias da ADSE-DG para a ACSS, as dotações de despesa orçamental, propostas pela ADSE-DG, foram alteradas para acomodar esta responsabilidade, sem que, para o efeito, a ADSE-DG tivesse sido consultada.

²⁹⁰ Até 2011, inclusive, estava ainda sujeita a autorização do membro do Governo responsável pela área das finanças.

²⁹¹ Refira-se que, em 4 de junho de 2015, o Conselho de Ministros aprovou um diploma que transfere a dependência da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) do Ministério das Finanças para o Ministério da Saúde.

²⁹² Os diplomas de execução orçamental estabelecem, ainda, prazos limite para os pedidos de libertação de crédito a realizar junto da DGO e de solicitações de transferência de fundos que, para além de não fazerem sentido relativamente a um organismo financiado apenas por fundos privados, só podem ser ultrapassados em situações excecionais, devidamente justificadas pelo membro do Governo da tutela, e autorizadas pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.



A previsão da transferência para a ACSS foi feita, no orçamento do Estado, por conta da previsão de despesa com o regime convencionado, que diminuiu, passando a ser de € 210,8 milhões.

Refira-se que, resultando já das previsões de receita e de despesa dos mapas de preparação do orçamento, de outubro de 2013, um saldo positivo de € 125,3 milhões²⁹³, a previsão da transferência para a ACSS podia ter sido acomodada acrescentando ao montante da despesa já prevista, i.e., sem diminuir a despesa com o regime convencionado que, considerando o nível de execução orçamental dos anos anteriores²⁹⁴, dificilmente se situaria nos € 210,8 milhões, previstos no orçamento do Estado.

Porém, a manutenção do montante total da despesa, tal como ocorreu, e ainda que de difícil (ou impossível) execução, permitiu não afetar o défice previsto para o orçamento do Estado para 2014.

Com o aumento da taxa de desconto, em maio de 2014, a receita previsional da ADSE-DG aumentou para € 630,8 milhões, aumentando o saldo positivo para € 198 milhões²⁹⁵.

Tendo a diminuição da previsão da despesa com o regime convencionado sido feita de forma artificial e não tendo a despesa diminuído de facto, em setembro de 2014, a ADSE-DG²⁹⁶, fundamentando-se numa eventual rutura de tesouraria nesta rubrica, prevista para o mês de outubro, e na previsão de um excedente de tesouraria no montante de € 145 milhões até ao final do ano, propôs ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento²⁹⁷, um aumento da dotação da despesa com o regime convencionado, com compensação em receita própria, no montante de € 59 milhões²⁹⁸ que, todavia, tinha que ser aprovada pela Assembleia da República, no âmbito de uma alteração à LOE 2014²⁹⁹, da iniciativa do Governo.

Em novembro de 2014, sem que o problema, com origem numa deficiente previsão orçamental à qual foi alheia, tivesse sido resolvido, a ADSE-DG, apesar de dispor de receita proveniente do desconto dos quotizados para cumprir os seus compromissos³⁰⁰, entrou em rutura de tesouraria, com reflexo nos pagamentos aos convencionados cujo prazo se venceu a partir desse mês, com impacto negativo nos órgãos de comunicação social³⁰¹ e, através destes, nos quotizados.

²⁹³ Diferença entre a previsão da receita, € 558,1 milhões, e a previsão da despesa, € 432,8 milhões (despesa de saúde e encargos de administração), em outubro de 2013.

²⁹⁴ Em 2011, € 238,2 milhões, em 2013, € 310,3 milhões, se deduzido da antecipação de pagamentos (€ 34,2 milhões), € 276,1 milhões.

²⁹⁵ Diferença entre a previsão da receita, € 630,8 milhões, resultante da alteração orçamental com origem no aumento da taxa de desconto, e a previsão da despesa, cujo montante se manteve inalterado (€ 432,8 milhões, despesa de saúde, transferência para a ACSS e encargos de administração).

²⁹⁶ Que, desde que teve conhecimento da diminuição do montante da previsão da despesa com o regime convencionado, alertou mensalmente, no âmbito do reporte à Direção-Geral do Orçamento da previsão mensal de execução, para a suborçamentação da referida rubrica, a qual iria previsivelmente provocar rutura na sua normal execução.

²⁹⁷ Em conformidade com o estabelecido no art.º 7º, n.º 4, al. d), do decreto-lei n.º 52/2014, de 7 de abril.

²⁹⁸ Valor próximo do que havia sido subtraído à previsão da despesa com o regime convencionado aquando da preparação do orçamento, € 60 milhões.

²⁹⁹ A alteração orçamental proposta pela ADSE-DG, implicando um aumento da despesa do Programa Orçamental do Ministério das Finanças, apenas seria da competência do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento se, na data da proposta, a ADSE-DG tivesse receita efetiva cobrada superior à orçamentada, o que não se verificava. Até agosto, a ADSE-DG tinha cobrado € 435,9 milhões, sendo que a receita prevista no orçamento inicial era de € 558,1 milhões e no orçamento alterado, de € 630,8 milhões.

³⁰⁰ Considerando que, conforme ponto 7.1.2, a contribuição da entidade empregadora estava a sustentar as transferências para a ACSS, a comparticipação de medicamentos dispensados nas regiões autónomas, as despesas com assistência médica no estrangeiro, os encargos com o controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas e a reverter para os cofres do Estado, não sendo utilizada para suportar despesa com os regimes livre e convencionado.

³⁰¹ Veja-se, a título de exemplo, dia 20 de novembro de 2014, <http://www.tvi24.iol.pt/economia/associacao-portuguesa-da-hospitalizacao-privada/adse-dividas-a-privados-podem-afetar-beneficiarios>.

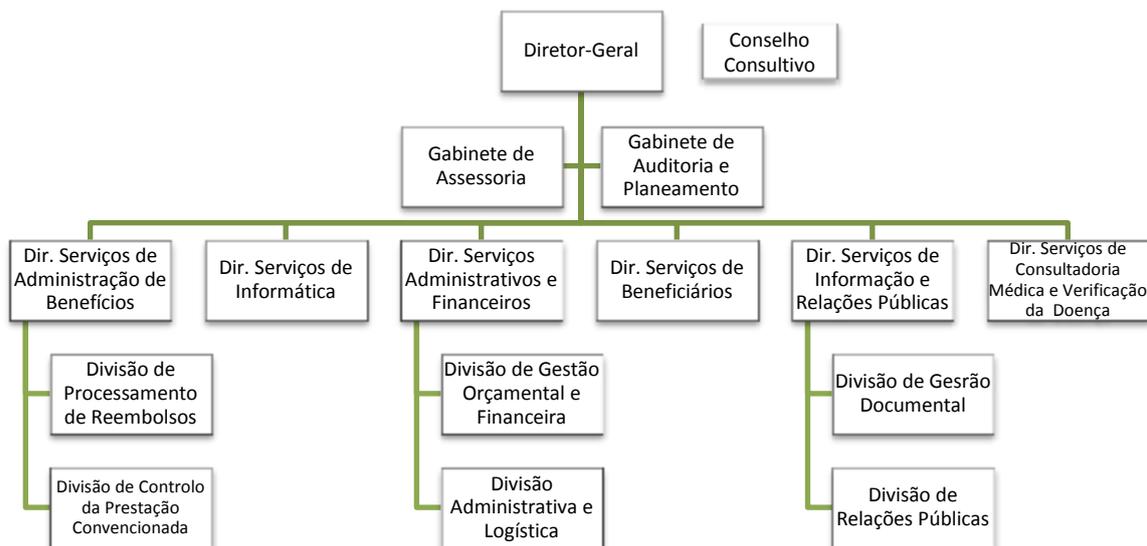


Para obviar ao processo legislativo e político de alteração da LOE 2014, a ADSE-DG foi instada a encontrar soluções alternativas, como a transição de saldos entre rubricas, no âmbito da gestão flexível, e a descativação de verbas, o que a mesma fez, em propostas ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, de 27 e 28 de novembro de 2014, no montante € 16,8 milhões, carecendo, no entanto, ainda nessa data, de € 33,2 milhões para pagar aos prestadores convencionados cujo prazo de vencimento terminava em 2014³⁰².

³⁰² Decorridos dois meses após a proposta de setembro, a ADSE-DG reavaliou o montante a reforçar no regime convencionado, com base na faturação conferida, corrigindo-o de € 59 milhões, para € 50 milhões.



Anexo 12 – Orgânica e recursos humanos



Para a prossecução da sua missão – assegurar a proteção aos quotizados nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação – a ADSE-DG³⁰³ dispõe, em termos orgânicos, de um diretor-geral, coadjuvado por 2 subdiretores-gerais, os quais desde 2013 não se encontram nomeados, encontrando-se à data da auditoria a decorrer o respetivo processo de recrutamento e seleção. Foi entretanto nomeado o novo Diretor-Geral, em substituição do anterior, cujo mandato já havia terminado em março de 2014.

Apesar da previsão de um Conselho Consultivo, constituído por representantes do Ministério da Saúde, da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, dos Serviços Sociais da Administração Pública, da Direção-Geral das Autarquias Locais, do Ministério com as áreas da solidariedade social e da segurança social, três representantes de estruturas sindicais representativas dos trabalhadores em funções públicas, ao qual compete dar parecer sobre o plano e relatório de atividades anuais, o orçamento e os documentos de prestação de contas, o mesmo não tem funcionado³⁰⁴, observando-se que a ADSE-DG apenas comunica aos membros do Conselho Consultivo os documentos em causa após a sua aprovação.

Sendo um serviço com mera autonomia administrativa, a ADSE-DG não dispõe de um fiscal único, apenas obrigatório nos serviços do Estado com autonomia administrativa e financeira. Nestes serviços, este órgão é responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial dos mesmos. Considerando o exposto no ponto 7.2 sobre a inadequação do estatuto jurídico da ADSE-DG à sua estrutura de financiamento e às suas necessidades de gestão, a

³⁰³ Cujas orgânicas se encontram plasmadas no Decreto-Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho, Portaria n.º 122/2013, de 27 de março, e no Despacho n.º 5110/2013 do Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, publicado no DR, 2ªS, n.º 74, de 16 de abril.

³⁰⁴ A ata da última reunião realizada data de 2009.



alteração desse estatuto e a consequente exigência na organização de um fiscal único contribuiria para uma gestão mais eficiente do funcionamento do sistema de benefícios administrado pela ADSE-DG.

Em 2013, a ADSE-DG contava com 181 trabalhadores e, em agosto de 2014³⁰⁵, com 166, um número aquém do estabelecido nos mapas de pessoal desses anos, de 230³⁰⁶.

Para além destes efetivos, a Direção-Geral conta também com médicos, em regime de contrato de prestação de serviços na modalidade de avença, que participam no controlo das faltas dos trabalhadores em funções públicas por motivos de doença ou acidente. Em 2013 encontravam-se nesta situação os seguintes prestadores de serviços: 11 em Lisboa, 5 no Porto, 6 em Coimbra e 3 em Évora.

A distribuição dos trabalhadores por unidade orgânica evidencia um maior peso dos serviços de informação e relações públicas, seguidos dos serviços que têm a seu cargo o processamento de reembolsos aos quotizados e a conferência da faturação dos prestadores convencionados. O índice de tecnicidade na ADSE-DG, considerando o número de técnicos superiores e de assistentes administrativos, em 2013, era de 66,3%.

Distribuição dos trabalhadores por unidades orgânicas

	2011	2012	2013	2014 (ago)	Var. % 14/11
Direção	5	5	3	3	-40,0%
Direção de Serviços de Beneficiários	18	19	19	18	0,0%
Direção de Serviço de Administração de Benefícios	71	69	39	61	-14,1%
Direção de Serviços de Consultadoria Médica e Verificação da Doença	7	8	7	7	0,0%
Direção de Serviços Administrativos e Financeiros	26	24	26	20	-23,1%
Direção de Serviços de Informática	14	13	13	12	-14,3%
Gabinete de Auditoria e Planeamento	2	2	2	2	0,0%
Gabinete de Assessoria	2	2	2	2	0,0%
Direção de Serviços de Informação e Relações Públicas	60	54	50	41	-31,7%
Total	205	196	161	166	-19,0%

Fonte: ADSE - Relatório de Atividades 2013 e proposta de orçamento de 2015

A redução do número de trabalhadores que se tem verificado, pelo menos desde 2003³⁰⁷, tem sido compensada com a reorganização dos serviços, o recurso às novas tecnologias de informação e a exploração da plataforma informática que substituiu a solução anterior³⁰⁸.

Sem prejuízo de não se terem observado constrangimentos na atividade de gestão interna da Direção-Geral, observou-se que o Gabinete de Auditoria e Planeamento, com dois técnicos superiores, tem privilegiado as ações de controlo da atribuição de benefícios no âmbito do regime livre e a resposta a solicitações de entidades terceiras³⁰⁹, em detrimento das ações de auditoria interna. Pelo menos, desde 2009, que esta unidade orgânica não desenvolve estas ações que,

³⁰⁵ Fonte: Proposta de orçamento para 2015 da ADSE-DG.

³⁰⁶ Em 2015, o mapa de pessoal aprovado por Despacho do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, de 5 de setembro de 2014, prevê 215 trabalhadores.

³⁰⁷ Altura em que eram 297 trabalhadores.

³⁰⁸ A exportação de dados do sistema anterior foi concluída em dezembro de 2011.

³⁰⁹ Em 2013, este Gabinete realizou 14 intervenções na área do regime convencionado relacionadas com respostas a entidades fiscais, judiciais e outras e, ainda, com denúncias e analisou 246 processos de reembolso no âmbito do regime livre, por evidenciarem situações indiciadoras de irregularidades, que conduziram a 53 participações. Realizou ainda ações específicas no âmbito do reembolso de cuidados respiratórios domiciliários e transportes que originou a reposição de montantes indevidamente pagos a quotizados.



focadas na melhoria dos processos internos, contribuem para melhorar o ambiente de controlo da ADSE-DG com efeitos positivos na eficácia e eficiência da atividade da ADSE-DG.

O Gabinete de Auditoria e Planeamento também não tem realizado auditorias e inspeções a prestadores convencionados e farmácias, que contribuiriam para uma maior eficácia do controlo da utilização do sistema de benefícios.

A este propósito, o Diretor-Geral da ADSE, nas suas alegações, informa que, como medida de controlo da despesa, serão implementados procedimentos de auditoria e inspeção, especificando que contratou uma consultora na área da medicina dentária, uma área de maior risco de fraude, para proceder a uma verificação mais técnica da faturação.

Anexo 13 – Rendas e contratos dos edifícios sede

O montante das rendas dos dois edifícios da praça de alvalade, € 710 mil, representa cerca de 76% do total de rendas. A utilização do Edifício sito no n.º 8 tem como suporte legal um contrato de arrendamento celebrado entre a Locacest – Sociedade de Gestão e Investimento Imobiliário, S.A.³¹⁰, e o Estado Português, pelo prazo de 30 anos com efeitos a partir de 1 de maio de 2001.

Rendas dos edifícios

Edifícios	Renda mensal em 2013		Total pago em 2013
	Janeiro a Abril	Maió a Dezembro	
Edifício n.º 8	31.384,00	32.438,51	385.044,08
Edifício n.º 18	26.920,15	27.041,29	324.010,92
Total mensal	58.304,15	59.479,80	709.055,00

Fonte: Informação disponibilizada pela ADSE

Este contrato mereceu despacho de concordância do Secretário de Estado do Orçamento, de 29 de agosto de 2001, e autorização do Secretário de Estado do Tesouro e Finanças, de 17 de outubro de 2001. A renda inicial mensal definida no contrato foi de € 21.805,95, passando em outubro de 2001 (depois das obras concluídas) para € 23.801,14. À data da realização da auditoria o valor mensal da renda deste imóvel ascendia a € 32.438,51, verificando-se assim uma atualização total de cerca de 36% desde outubro de 2001.

O edifício sito no n.º 18, propriedade do Estado Português, fez parte do ativo imobilizado da ADSE-DG, onde se encontrava registado por um montante de cerca de € 5 milhões³¹¹, até 29 de setembro de 2010, data em que o Estado Português, dono e legítimo proprietário do prédio, prometeu vender, por ajuste direto, à ESTAMO – Participações Imobiliárias, S.A., empresa pública do grupo Parpública, que igualmente prometeu comprar, o prédio livre de quaisquer ónus ou encargos³¹², pelo preço de € 4.053.800,00, cfr. avaliação da Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF) em agosto de 2010, cujo valor foi integralmente entregue pela ESTAMO, S.A., ao Estado. A ADSE-DG foi parte integrante deste contrato como segundo outorgante na qualidade de ocupante do prédio.

Sobre este tipo de contratos já se pronunciou o Tribunal de Contas nos Relatórios n.º 38/2010 e 41/2012 – 2.ª S, criticando a alienação de imóveis do Estado com pagamento integral do preço do imóvel à data de celebração do contrato de promessa de compra e venda (CPCV) e concluindo pela necessidade de uma aplicação rigorosa da lei e da reforma dos procedimentos insuficientes e inapropriados que se generalizaram nessas vendas, nomeadamente, a deficiente e inapropriada – ou, mesmo, inexistente – fundamentação das decisões de alienação de imóveis, face ao exigido pelo regime jurídico do património imobiliário público.

Efetivamente, o recebimento integral do preço com a promessa de compra e venda, mais não é que um financiamento ao Estado obtido em condições especialmente onerosas, atento o teor dos CPCV que constituem o Estado na obrigação de compensar financeiramente a ESTAMO, SA, após a data fixada para a emissão do título definitivo e enquanto durar a ocupação dos imóveis. A DGTF no âmbito do contraditório ao Relatório n.º 41/2012 – 2.ª S, refere que "(...) Ainda a propósito da alienação destes imóveis precedida da celebração dos contratos-promessa, importa referir que a

³¹⁰ Que em finais de 2007, foi absorvida por fusão pela Estamo, empresa do grupo Sagestamo vocacionada para a compra ao Estado ou a Outros Entes Públicos e a privados de imóveis para revenda, para arrendamento ou para alienar após ações de promoção e valorização imobiliária dos mesmos.

³¹¹ 1.239.249,04 relativo ao terreno adjacente e 3.914.992,77, relativos ao edifício.

³¹² Com exceção da ocupação pelos serviços da ADSE.



adoção deste modelo de negócio resultou de uma opção politico-governamental, orientada por princípios de consolidação orçamental, a qual foi abandonada a partir do 2.º Semestre de 2011”.

A fundamentação para a alienação baseou-se na mera referência ao disposto no art.º 77.º, n.º 2³¹³ e art.º 81.º, n.º 2, alínea e)³¹⁴, ambos do Decreto-Lei n.º 280/2007, de 7 de agosto, não constando referência à existência de estudos fundamentados à luz de critérios adequados para sustentar a decisão de alienar, designadamente, a ponderação dos custos e benefícios das operações, cumprindo o que também decorre do regime jurídico aplicável³¹⁵.

No contrato promessa do edifício afeto à ADSE-DG, o Estado comprometia-se a realizar a venda, através de despacho de adjudicação do mesmo e subsequente emissão do título de alienação por ajuste direto até 31 de março de 2011, ficando a compra condicionada à regularização da situação documental do edifício, e a ADSE-DG podia aí permanecer, até essa data, sem pagamento de qualquer contrapartida.

Ultrapassado o prazo referido, e caso a ADSE-DG permanecesse no prédio sem que tivesse sido transmitida a propriedade do edifício, ou, tendo sido transmitida a propriedade, não tivesse sido celebrado o contrato de arrendamento a ADSE-DG obrigava-se a pagar, à ESTAMO, S.A., uma indemnização mensal correspondente a 7,5%, calculada sobre o preço de venda dividido por 12 meses, atualizado anualmente, de acordo com o índice de preços no consumidor estabelecido pelo INE.

A partir de 1 de abril de 2011 a ADSE-DG passou a suportar uma compensação pela utilização do imóvel no montante mensal de € 25.969,66 mais de € 300 mil anuais onerando em muito os seus custos de administração, quando comparado com o montante de cerca de € 9 mil da amortização anual do edifício contabilizada no ano de 2009.

Edifício n.º 18

	2011	2012	2013	2014	Total
Edifício n.º 18	233.726,94	320.190,33	324.132,06	324.495,48	1.202.544,81

Fonte: Informação disponibilizada pela ADSE

À data da auditoria, passados quatro anos, a ADSE-DG já havia despendido cerca de € 1,2 milhões.

A transferência de propriedade do prédio foi concretizada em 4 de maio de 2011 através da emissão do Título de Alienação de Ajuste Direto n.º 19/2011, prevendo a possibilidade de celebração de contrato de arrendamento, em conformidade com o clausulado do CPCV celebrado em 29 de setembro de 2010.

Tendo a ADSE-DG mostrado intenção de celebrar contrato de arrendamento, a primeira minuta enviada pela ESTAMO, S.A, previa um valor de renda mensal de € 30.235, superior aos valores determinados através do modelo previsto no Título de Alienação de Ajuste Direto, cfr. quadro *infra*. Assim, em dezembro de 2012 a ADSE-DG solicitou à DGTF a avaliação do imóvel tendo em vista a

³¹³ “Podem igualmente ser vendidos imóveis afetos a fins de interesse público desde que fique assegurada a continuidade da prossecução de fins dessa natureza.”

³¹⁴ “O ajuste direto só pode ser adotado nas seguintes situações: e) quando o adquirente pertença ao setor público administrativo ou ao setor empresarial do Estado, das Regiões Autónomas e das Autarquias Locais.”

³¹⁵ Art.º 3.º, n.º 1 do DL n.º 280/2007, de 7 de agosto.

homologação do valor da renda e a dispensa da consulta ao mercado imobiliário para o arrendamento do mesmo.

O valor das rendas, equivalente a 7,5% da soma do preço de venda com o valor dos impostos suportados com a aquisição do prédio e com os custos decorrentes da respetiva inscrição no registo predial, foi homologado por despacho de 7 de fevereiro de 2012 do Subdiretor-Geral do Tesouro e Finanças, em obediência ao disposto no art.º 35, n.º 4 *ex vi* artigo 43.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 280/2007, de 7 de agosto, por competência delegada.

Processo do Edifício n.º 18

Preço de alienação (CPCV de 29 de setembro de 2010)	4.053.800
Imposto de selo (0,8%)	32.430
Valor do imóvel para efeitos de determinação da renda	4.086.230
Renda anual em 2010 (7,5%)	306.467
Renda mensal em 2010	25.539
Renda mensal em 2011 (Fator de atualização=1,003)	25.616
Renda mensal em 2012 (Fator de atualização=1,0319)	26.433
Renda mensal em 2013 (Fator de atualização=1,0336)	27.321

Fonte: Informação disponibilizada pela ADSE

A ESTAMO, S.A., apresentou nova minuta com os valores homologados com efeitos reportados a 1 de abril de 2011, tendo o processo sido enviado para o Gabinete da Secretária de Estado do Tesouro e Finanças, em 11 de novembro de 2013, com vista a obter autorização para a dispensa de consulta ao mercado e para a realização da despesa com a celebração do contrato de arrendamento, após parecer da DGO, bem como para aprovação da minuta do contrato e designar o dirigente máximo da ADSE-DG para outorgar em representação do Estado Português.

A ADSE-DG não concordou com os montantes apurados no encontro de contas entre os valores de indemnização que pagou desde 1 de abril de 2011 até fevereiro de 2014 e os valores, estabelecidos no contrato de arrendamento, para a renda também reportados a essas datas, tendo apurado uma divergência global no montante de € 7.291,12, cfr. apuramento feito pela ADSE-DG e sintetizada no quadro seguinte.

Contrato de arrendamento do edifício n.º 18

	2011 (abril a dez)	2012 (jan a nov)	2013 (dez 12 a nov 13)	2014 (dez 13 a jan 14)	Total
Valores pagos pela ADSE a título de indemnização desde 1 de abril de 2010	233.726,94	293.270,18	324.010,92	54.082,58	851.008,04
Valores da renda do contrato de arrendamento com data de início a reportar a 1 de abril de 2011, proposto pela ESTAMO	256.160,00	315.562,00	326.077,50		897.799,50
Diferença apurada	-22.433,06	-22.291,82	-2.066,58	54.082,58	7.291,12

À data da realização da presente auditoria a ADSE-DG não tinha ainda conhecimento do Despacho exarado no processo *supra* e conseqüentemente o contrato de arrendamento ainda não tinha sido celebrado.



Anexo 14 – Custos extraordinários

Conta	2009	2010	2011	2012	2013
69 - Custos extraordinários					
694 - Quebras					237,95
694 - Perdas em existências			1 000,35	75 052,82	
694 - Perdas em Imobilizado		917 596,98			
697 - Correções relativas a anos anteriores	109 975 024,75	4 733 517,74	2 094 788,33	1 671 155,41	52 945,81
6971 - Exercício Anteriores restituições			67 888,33	49 849,35	
Regularização de fundo de maneiro			2 850,00	2 850,00	
Regularização de fundo de maneiro				70,00	
Regularização de diferenças			1 224,58	12 616,89	
Regularização de diferenças				2 850,00	
Regularização de diferenças				-2 850,00	
Regularização de custos subsídio de férias			63 813,75		
Guia 36 - acidentes				31 909,74	
Redução remuneratória				1 681,00	
Guia 38 pagamento indevido				21,03	
Guia 39 processo Tribunal de Tavira				218,00	
Guia 168 Restituição de vencimento				482,69	
6979 - Exercícios anteriores - outras correções			2 026 900,00	1 621 306,06	
Regularização de fundo de maneiro				70,00	
Regularização de fundo de maneiro				-70,00	
Regularização classificação contabilística				437 547,15	
Regularização penhoras				67 672,21	
RAP				-5 342,87	
Regularização pagamento não abatidos ANF				293,80	
Regularização de pagamentos a farmácias				6 576 785,84	
Regularização de diferenças				877 881,73	
Regularização de saldos 6979				-6 576 785,84	
Regularização saldo clientes e de diversos movimentos				243 254,04	
698 - Outros custos e perdas extraordinários (anulação das dívidas SNS no âmbito do memorando)		-112 349 643,59			1 053,53
Total	109 975 024,75	-106 698 528,87	2 095 788,68	1 746 208,23	54 237,29

Fonte: Elaboração própria com base nas NBDR.

Anexo 15 – Proveitos extraordinários

Designação	2010	2011	2012	2013
79 - Proveitos extraordinários				
793 - Ganhos em existências (Sobras materiais diversos)	20,54	75.267,04		-507,10
797 - Correções relativas a anos anteriores	80.853,01	165.229,45	47.017,11	629.789,09
Devolução de recibos originais e pagamentos indevidos do Regime Livre participados em anos anteriores e que foram sujeitos a guias de reposição	X	X	X	
Depósitos da SGMF relativos a acidentes de serviço de anos anteriores	X			
Indemnizações de seguradores e depósitos em Tribunal, relativos a cuidados de saúde a beneficiários de anos anteriores	X			
Reposição de vencimentos que deixou de exercer funções		X	X	
Correção de acréscimos e diferimentos (subsídios de Férias)		X		
Reposição relativa a acidentes em serviço			X	
Regularização de fornecedores por aplicação de redução remuneratória			X	
Regularização da restituição de valor faturado /processo judicial/Guia de reposição			X	
Reposição de verba não utilizada referente ao PO - Fatores de competitividade			X	
Regularização da restituição de valores faturados por um prestador convencionado, apurados na sequência de uma auditoria e que foi sujeita a uma guia de reposição			X	
Débitos relativos a transferências de cobranças inicialmente consideradas desconto, para reembolsos e efetuados no SICOF nos meses de julho a dezembro de 2013 que não tinham tido reflexo no GERFIP				909.264,66
Créditos relativos a estornos à cobrança de reembolso efetuados no SICOF, em 10 meses de 2013, que não tinham tido reflexo no GeRFIP				-226.031,80
Créditos relativos a estornos de depósitos de pagamentos associados a entidades não identificadas efetuados no SICOF em quatro meses de 2013 mas que não tinham tido reflexo no GeRFIP				-2.747,11
Créditos relativos a transferência para desconto, duma cobrança antes considerada como reembolso efetuada no SICOF no mês de dezembro de 2013 mas que não tinha tido reflexo no GeRFIP				-638,90
Outros				-50.057,76
798 - Outros proveitos e ganhos extraordinários	158.899,20	46.492,78	94.404,95	-39.335,40
Transferência da receita do orçamento do PIDDAC	X	X		
Total	239.772,75	286.989,27	141.422,06	589.946,59

Fonte: Elaboração própria com base nas NBDR



Anexo 16 – Operações bancárias realizadas através de contas na banca comercial

Registo de guias de reposição não abatidas aos pagamentos (RNAP) do Regime Livre
Regularizações de guias de reposição abatidas ao pagamento (RAP) de Regime Livre
Pagamentos relativos a participações de Regime Livre com habilitação de herdeiros
Formulários europeus modelo E111/E112, atual S1 e S2, de cuidados de saúde no estrangeiro
Pagamento de via verde das viaturas da Direção-Geral
Constituição e reconstituição do fundo de maneio
Pagamentos de pedidos para emissão de cartões de quotizados
Cobrança residual de reembolsos



Anexo 17 – Transferência de encargos com medicamentos

Na sequência dos Memorandos de 2010, celebrados entre representantes do Ministério da Saúde e dos Ministérios das Finanças, Administração Interna e Defesa Nacional, a ADSE-DG deixou de ter responsabilidade pelo pagamento da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos por entidades do SNS e dispensados em farmácias de Portugal continental.

Manteve, no entanto, a responsabilidade pelo pagamento da comparticipação no preço de medicamentos dispensados a quotizados da ADSE e prescritos por entidades do setor privado não integradas no SNS.

Esta responsabilidade apenas foi transferida para o SNS em abril de 2013³¹⁶. Porém, em contrapartida, a ADSE-DG transferiu € 35 milhões para a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS)³¹⁷. Do ponto de vista orçamental a transferência para a ACSS fundamentou-se no facto de o orçamento da ADSE-DG, que ainda incluía receitas provenientes dos impostos, prever dotação para os encargos transferidos³¹⁸. Assumindo o SNS estes encargos, havia que transferir para o mesmo a dotação em causa.

A transferência de encargos para o SNS, em 2013, resultou do compromisso assumido pelo Estado português no âmbito do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (MoU)³¹⁹ com vista à redução do custo orçamental global com sistemas de saúde dos trabalhadores em funções públicas (ADSE, ADM, SAD/PSP e SAD/GNR) e ao seu autofinanciamento. De acordo com o MoU, estes objetivos seriam alcançados através, por um lado, da diminuição do financiamento público e, por outro lado, do ajustamento o âmbito dos benefícios de saúde.

Para além dos encargos com a comparticipação do Estado no preço de medicamentos prescritos por entidades não integradas no SNS, o Despacho n.º 4631/2013 dos Secretários de Estado do Orçamento e da Saúde previa, também, a transferência de outros encargos para o SNS, com o limite financeiro correspondente à totalidade da contribuição da entidade empregadora que, nesse ano, ascendeu a cerca de € 182 milhões³²⁰.

Para o efeito deviam a ADSE-DG e a ACSS prosseguir, até julho de 2013, os trabalhos com vista à transferência de outros encargos. Estes encargos, porém, não chegaram a ser identificados nem os

³¹⁶ Cfr. Despacho n.º 4631/2013 dos Secretários de Estado do Orçamento e da Saúde, em execução dos n.ºs 4 e 6 do art.º 11º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (LOE 2013). À semelhança da transferência de encargos para o SNS ocorrida em dezembro de 2010, a transferência, de 2013, só teve efeitos práticos a partir de junho de 2013, pois até maio, as farmácias faturaram à ADSE medicamentos dispensados pelas farmácias até abril de 2013.

³¹⁷ Entidade gestora do financiamento do SNS, cfr. Decreto-Lei n.º 35/2012, de 25 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro.

³¹⁸ O orçamento da ADSE-DG para 2013 previa uma despesa com a comparticipação de medicamentos no montante de € 73,3 milhões. Com a transferência dos encargos, a ADSE-DG suportou diretamente com as farmácias € 28,1 milhões e transferiu € 35 milhões para a ACSS.

³¹⁹ Vigente no período de 2011 a 2014.

³²⁰ Limite previsto no n.º 4 do art.º 11º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (OE 2013), com a redação dada pela Lei n.º 51/2013, de 24 de julho. O limite teve inicialmente por referência metade do montante da contribuição da entidade empregadora, uma das receitas próprias da ADSE afeta ao financiamento dos benefícios, criada em 2011 e suportada por entidades empregadoras públicas, que previsivelmente se arrecadaria nesse ano (a ADSE previa a arrecadação de € 216 milhões, pelo que o limite de acordo com a previsão orçamental seria cerca de € 60 milhões). Com a redução da taxa de contribuição da entidade empregadora de 2,5% para 1,25% com efeitos a partir de agosto de 2013 (Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho), a primeira alteração à Lei n.º 66-B/2012 (OE 2013), realizada pela Lei n.º 51/2013, de 24 de julho, estabeleceu que a transferência teria por limite a totalidade do montante da contribuição da entidade empregadora. Tendo a ADSE arrecadado cerca de € 182 milhões a título de contribuição da entidade empregadora, seria este o montante que no limite poderia ser transferido.



montantes determinados pelas partes envolvidas. Apenas em 2014, no âmbito da redação do Relatório de Atividades de 2013, a ADSE-DG identificou o que poderá constituir uma base de trabalho para a transferência para o SNS de encargos que este já assume relativamente à generalidade dos cidadãos.

Em 2014, o art.º 14º³²¹ da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro (LOE 2014) autorizou a transferência de receitas próprias da ADSE até ao limite de € 60 milhões³²² para a ACSS no âmbito do “acordo para o pagamento pelo SNS dos medicamentos dos quotizados deste subsistema”³²³ do qual, apesar das diligências efetuadas durante a auditoria³²⁴, não foi encontrada evidência.

Pelo Despacho n.º 7486-A/2014 dos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento e da Saúde foram definidos os termos em que, a partir de junho de 2014, se procedeu a essa transferência: € 5 milhões/mês, sendo que a transferência relativa aos meses de janeiro a maio foi efetuada de uma só vez, em junho.

Apesar da LOE de 2013 e do despacho que a executou indiciarem a vontade política da transferência de encargos para o SNS, expurgando dos custos da ADSE-DG encargos que caberiam ao SNS suportar, da LOE 2014 resulta que aquela transferência não se concretizou, continuando a ADSE-DG, em 2014, a ser responsável, entre outros, pela comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos por entidades não integradas no SNS.

Refira-se que os medicamentos prescritos por entidades privadas são comparticipados, para a generalidade dos cidadãos, pelo SNS. Tal apenas não acontecia relativamente aos quotizados dos subsistemas de saúde. Esta situação apenas foi resolvida com a Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro (LOE 2015), que estabeleceu a assunção desta responsabilidade pelo SNS sem que para o efeito preveja transferências da ADSE-DG para a ACSS.

Porém, não decorre da LOE 2015 a desresponsabilização financeira da ADSE-DG com a comparticipação de medicamentos dispensados em farmácias localizadas nas Regiões Autónomas, expressamente excluídos dos despachos que concretizaram as transferências financeiras para a ACSS, em 2013 e 2014, e que, de acordo com a autonomia política, administrativa e financeira dos SRS/RA (cfr. Anexo 31), são da responsabilidade originária destes.

³²¹ Conjugado com o n.º 19 do mapa anexo àquela Lei.

³²² O que correspondia a cerca de metade da contribuição da entidade empregadora prevista.

³²³ Art.º 14º da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro.

³²⁴ O acordo foi solicitado, designadamente, à ADSE, em reunião ocorrida na fase dos trabalhos preparatórios da auditoria, em 26 de fevereiro de 2014 e ao Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças, por fax n.º 102/2014, de 5 de março.



Anexo 18 – Transferências da ACSS para as entidades do SNS e valores reportados por estas

Distribuição pela ACSS das duas primeiras transferências da DGO ao abrigo do Memorando de 2010

1ª transferência

A ACSS elaborou, em 29 de novembro de 2010, uma proposta de distribuição da verba de € 150 milhões relativa à primeira amortização da dívida, tendo em conta os seguintes critérios:

- ◆ Peso percentual da dívida de cada entidade em relação à dívida total;
- ◆ Correção dos montantes calculados com base no critério anterior, atendendo à grave situação de tesouraria de quatro unidades de saúde que integravam a lista de credores, aos quais foi entregue um montante adicional de € 3,5 milhões.

2ª transferência

Em 6 de dezembro de 2011 a ACSS elaborou a proposta de distribuição da segunda amortização a efetuar em 2011, no montante de € 150 milhões, segundo os seguintes critérios:

- ◆ Peso percentual da dívida de cada entidade em relação à dívida total (de acordo com a informação do Balancete a 31 de outubro);
- ◆ Reajustamento da distribuição atendendo à grave situação financeira de unidades de saúde (elevada dívida a fornecedores e PMP superior a 250 dias).

Apesar do despacho favorável do Secretário de Estado da Saúde, em 13 de dezembro de 2011, a ACSS elaborou, em 26 de dezembro de 2011, nova proposta para substituição da anterior, em cumprimento do Despacho do Secretário de Estado do Orçamento, de 22 de dezembro de 2011, que determinava a retenção de cerca de € 9,6 milhões para pagamento de dívidas à Caixa Geral de Aposentações (CGA), de nove unidades de saúde.

Assim, a segunda amortização da dívida foi autorizada pela DGO, em duas *tranches*, uma em 23 de dezembro de 2011, para libertação do montante de € 140,4 milhões e outra em 29 de dezembro de 2011, para libertação do montante de € 9,6 milhões, esta última consignada ao pagamento da dívida à CGA. A ACSS comunicou às unidades de saúde, que deveriam fazer prova do pagamento à CGA, mediante o envio do comprovativo do pagamento para a ACSS o qual seria posteriormente remetido à DGO para cumprimento do despacho do Secretário de Estado do Orçamento.



Conciliação entre os valores indicados pela ACSS e os valores indicados pelas unidades de saúde em resposta ao questionário

Total em dívida reportado pelas entidades à ACSS	Valor em dívida (Reportado a ACSS-Pag indicados pela ACSS)	Valor em Dívida (Valor reportado pela entidade-Reporte de recebimentos)	Em dividas aos estantes Subsistemas reportados pelas entidades	Mantém dividas Restantes Subsistemas	Divergência na Dívida reportada ACSS/Questionário	Divergência nos valores recebidos	Divergência nos valores em dívida	Observações
3 905 214,25	100 846,25	0,00		Não	839 422,15	738 575,90	100 846,25	
4 355 844,78	1 326 236,78	66 405,71		Sim	82 871,69	-1 176 959,38	1 259 831,07	
6 269 620,28	2 982 402,28	68 127,24		Sim	2 703 943,29	-210 331,75	2 914 275,04	
2 941 732,09	252 528,09	0,00		Sim	179 538,72	2 689 204,00	252 528,09	
2 127 650,00	-612 914,63	0,00	76 393,83	Sim	-916 552,63	2 647 020,69	-612 914,63	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada
15 829 274,10	2 622 101,10	0,00		Não	4 749 576,77	2 127 475,67	2 622 101,10	
					0,00	0,00	0,00	A primeira entidade integrou a entidade seguinte
5 888 637,61	-1 134 101,39	747 951,25		Não	733 212,90	2 615 265,54	-1 882 052,64	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada
2 780 307,94	328 925,94	360 324,00		Sim	-15 121,08	16 276,98	-31 398,06	
2 531 759,58	1 131 000,58	992 612,55		Sim	944 398,37	839 545,67	138 388,03	
17 371 134,94	-2 417 470,06	0,00		Não	406 116,02	2 993 051,78	-2 417 470,06	A primeira entidade integrou a entidade seguinte. A entidade tem a dívida da ADSE saldada porque descontou as notas de reembolso neste montante de 169.465,70. os valores em dívida dos outros subsistemas também estão todos saldados. A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	
569 526,66	64 324,66	-60 925,12			0,00	0,00	125 249,78	Dívida reportada e valores recebidos coincidentes. A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
13 413 795,81	1 521 348,81	1 521 348,81			0,00	0,00	0,00	Não solicitamos dados
5 909 801,69	-775 814,31	54 757,50	905 759,27	Sim	-830 571,81	0,00	-830 571,81	Reporte valores recebidos coincidentes. A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada
983 784,91	256 894,72	-90 414,27		Sim	-21 942,61	53 037,15	347 308,99	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
238 780,72	29 071,23	104 064,71		Sim	-187 619,73	74 993,48	-74 993,48	
3 510 756,09	-2 727 160,57	-2 925 869,34	686 215,86	Sim	198 889,43	6 237 916,66	198 708,77	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
2 154 610,28	151 590,28	-169 300,86		Sim	38 871,10	-112 719,18	320 891,14	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
4 361 460,64	748 652,84	0,00			0,00	0,00	0,00	
		0,00			0,00	0,00	0,00	Não respondeu, a primeira entidade integrou as três entidades seguintes
		0,00			0,00	0,00	0,00	
		0,00			0,00	0,00	0,00	
6 702 990,56	744 515,56	452 084,19		Sim	164 396,52	0,00	292 431,37	A primeira entidade integrou a entidade seguinte. Reporte de valores recebidos coincidentes.
					0,00	0,00	0,00	
3 066 252,86	-84 228,14	1 114 625,03		Não	-217 746,76	981 106,41	-1 198 853,17	A primeira entidade integrou a entidade seguinte. A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
					0,00	0,00	0,00	
8 560 265,53	4 684 341,53	283 299,57		Sim	3 637 269,61	43 788,57	4 401 041,96	

(...)



(...)

Total em dívida reportado pelas entidades à ACSS	Valor em dívida (Reportado a ACSS-Pag indicados pela ACSS)	Valor em Dívida (Valor reportado pela entidade-Reporte de recebimentos)	Em dívidas aos estantes Subsistemas reportados pelas entidades	Mantêm dívidas Restantes Subsistemas	Divergência na Dívida reportada ACSS/Questionário	Divergência nos valores recebidos	Divergência nos valores em dívida	Observações
30 626 368,04	-5 336 378,61	19 699,00	3 896 875,52	Sim	-3 830 897,65	2 586 368,32	-5 356 077,61	A primeira entidade integrou as entidades seguintes. A ACSS transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	
0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	
4 803 773,91	600 223,91	-100,30		Não	-712 424,97	148 048,72	600 324,21	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
42 671 391,63	-12 009 375,44	-14 654 974,59		Não	4 883 900,33	9 448 677,05	2 645 599,15	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
24 201 043,18	-8 507 004,86	-20 802 452,05			0,00	18 661 940,29	12 295 447,19	A primeira entidade integrou as entidades seguintes. Dívida reportada coincidente. A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
0,00	0,00				0,00	0,00	0,00	
0,00	0,00				0,00	0,00	0,00	
21 828 143,65	-6 076 583,97	0,00			12 558 399,03	27 904 727,62	-6 076 583,97	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
3 156 607,80	1 068 170,19	-54 024,89		Não	480 947,24	2 029 623,00	1 122 195,08	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
3 474 528,96	-199 447,04	0,00	1 055 420,37	Sim	241 569,39	441 016,43	-199 447,04	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
7 244 575,04	2 162 867,79	889,09		Sim	2 762 699,65	3 276 686,40	2 161 978,70	
8 054 600,95	-4 216 489,08	-266 990,25		Não	-533 620,26	3 682 867,82	-3 949 498,83	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
3 708 075,17	-2 419 473,43	0,00	2 049 234,90	Sim	-597 332,34	2 685 510,76	-2 419 473,43	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
11 774 683,95	5 240 349,95	770 749,52		Sim	-1 940,22	1,00	4 469 600,43	Reporte de valores recebidos coincidentes
3 775 566,09	-13 466,91	2 013 166,06		Não	-6 901 709,28	1 844 307,29	-2 026 632,97	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
5 856 801,61	1 534 902,61	2 799,33		Sim	0,45	-298 057,25	1 532 103,28	
3 555 014,68	56 211,68	1 575 725,92		Não	-2 046 114,03	1 686 433,73	-1 519 514,24	
4 362 776,00	482 064,00	2 869 070,80		Sim	-1 274 308,14	3 880 712,00	-2 387 006,80	
7 794 246,83	-4 652 593,16	20 071,46	13 944,12	Sim	-1 250 042,25	3 422 622,37	-4 672 664,62	A primeira entidade integrou a entidade seguinte. A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
					0,00	0,00	0,00	
3 680 869,00	3 680 869,00	4 850 071,40		Sim	-3 587 972,36	-2 418 769,96	-1 169 202,40	PPP
763 508,27	185 864,27	136 693,97		Sim	379 445,10	330 274,80	49 170,30	
312 318,33	147 148,33	133 936,79		Sim	-10 686,37	29 476,00	13 211,54	
266 720,72	33 990,72	31,46		Não	0,00	97 642,07	33 959,26	Dívida reportada coincidente
4 097 400,00	2 009 752,00	0,00		Sim	115 047,88	-1 894 704,12	2 009 752,00	
165 699,90	38 349,90	-1 271 038,43			3 893,64	-416 212,62	1 309 388,33	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
3 311 518,09	421 058,09	426 414,66		Sim	147 431,38	201 918,01	-5 356,57	
	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	A primeira entidade integrou as entidades seguintes
					0,00	0,00	0,00	
1 362 466,17	528 275,17	1 321 343,27		Sim	-552 621,80	240 446,30	-793 068,10	
844 914,37	409 949,37	-902 892,10		Sim	272 589,37	-835 010,10	1 312 841,47	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
830 931,47	784 112,47	838 814,52		Sim	-7 883,05	46 819,00	-54 702,05	
1 044 063,65	-424 688,98	0,00	14 096,82	Sim	-2 513 703,27	-68 182,60	-424 688,98	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
18 824 060,85	-675 082,49	151 917,49		Não	37 676,31	1 837 392,34	-826 999,98	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
18 240 568,00	11 653 888,00	-32 785 855,49		Sim	6 082 840,02	-31 741 835,24	44 439 743,49	A ACSS Transferiu valor superior à dívida que lhe foi reportada.
28 172 319,44	6 982 446,02	6 646 198,23		Sim	-8 524 965,53	-7 286 021,13	336 247,79	
	0,00				0,00	0,00	0,00	PPP
3 309 211,58	2 104 768,58	8 067 412,78		Sim	-5 660 760,20	301 884,00	-5 962 644,20	
5 418 054,73	1 624 518,73	2 480 470,29		Não	303 063,53	-1 629 126,91	-855 951,56	
323 585,45	229 089,45	0,00		Não	242 392,15	38 677,24	229 089,45	
0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	PPP
391 329 608,83	6 641 377,81	-35 893 761,09	-603 235 745,06		-728 233 170,29	860 169 658,34	-1 418 161 373,35	

Fonte: Elaboração própria, informação disponibilizada pela ACSS e pelas unidades de saúde.



Anexo 19 – Encargos suportados pela ADSE-DG que o SNS suporta para a generalidade dos cidadãos

Transportes e cuidados respiratórios domiciliários

Com o objetivo de se identificar a origem da decisão/prescrição dos serviços pagos pela ADSE-DG, foram constituídas amostras de quotizados a quem foram pagos reembolsos no âmbito dos códigos do regime livre mais representativos dos custos com transportes e cuidados respiratórios domiciliários, cfr. quadro seguinte.

Transportes e cuidados respiratórios domiciliários (amostra)

Código	Serviço	Dimensão da Amostra (% dos custos com os cuidados de saúde)
6701	Transporte de ambulância	13%
6217	Transporte de hemodialisados e outros	85%
6220	Oxigénio	22%
8003	Ventiloterapia Cpap e AutoCpap	67%

A seleção foi efetuada aleatoriamente, pelo número de quotizado, tendo por base a informação constante do sistema de *Business Intelligence* para análise da despesa do Regime Livre, em abril de 2014, e utilizou, para determinação da dimensão da amostra, o pressuposto conservador (por gerar amostras de maior dimensão) de que a prescrição destes atos com origem no SNS teria ocorrido em 50% dos casos, um grau de confiança de 95%, e uma margem de erro de 5%.

Das situações analisadas a percentagem dos quotizados que apresentaram recibos de reembolso com origem em prescrição/decisão do SNS foi a seguinte:

Transportes e cuidados respiratórios domiciliários (prescrição com origem no SNS)

Código	Serviço	% dos quotizados que apresentaram prescrições com origem em serviços do SNS
6701	Transporte de ambulância	68%
6217	Transporte de hemodialisados e outros	90%
6220	Oxigénio	69%
8003	Ventiloterapia Cpap e AutoCpap	61%

Observa-se, assim, que uma parte relevante dos custos com transporte de doentes e cuidados respiratórios domiciliários, constantes do quadro *supra*, seriam responsabilidade do SNS, caso a ADSE não fosse ainda enquadrada como subsistema e estivessem claramente definidos os direitos dos cidadãos, enquanto quotizados da ADSE, para a qual descontam uma parte das suas remunerações e pensões, e enquanto utentes do SNS, para o qual contribuem com os seus impostos.

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Os custos com o regime convencionado incluem, ainda, custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) prescritos em instituições e serviços do SNS e realizados em entidades convencionadas com o SNS e com a ADSE-DG.

Com o objetivo de identificar a faturação com origem em prescrição do SNS, a ADSE-DG implementou em 2013, na estrutura do ficheiro da transferência eletrónica de dados da faturação³²⁵, um campo para indicação do código do local de prescrição disponibilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP/Centro de Conferência de Faturas. Com base nessa identificação, a ADSE-DG estima que foram faturados e pagos pela mesma, em 2013, cerca de € 17 milhões em MCDT prescritos no SNS, 6% dos custos totais da ADSE-DG com o regime convencionado e 25% dos custos com MCDT (imagiologia, análises clínicas, medicina nuclear e anatomia patológica).

MCDT com prescrição do SNS

No âmbito dos testes de auditoria, selecionaram-se os atos faturados em 2013 por um dos prestadores com convenção na área das análises clínicas de maior relevância financeira³²⁶, confirmando-se que 24% do montante faturado teve origem em prescrição de entidades do SNS.

Faturação 2013*	Atos (n.º)	Valor faturado (€)
Total faturado	745 469	2 217 770
C/ local de prescrição	198 259	524 992
% total faturação	26,6%	23,7%

*Faturação registada em 2013 de atos realizados em 2013, com estado "aceite"

Fonte: DSAB/SICOF

A estimativa da ADSE-DG e a análise resultante do quadro *supra* foram feitas com base na informação constante do sistema de informação, estando condicionadas pelo facto de, sendo o local de prescrição um campo de preenchimento obrigatório apenas quando a prescrição tem origem no SNS ou em entidade com acordo com o SNS, ter havido prestadores que o preencheram mesmo quando a prescrição tinha origem em entidade privada.

Sendo esta despesa assumida pelo SNS para a generalidade dos cidadãos, a mesma também deve ser assumida por este quando se trata de quotizados da ADSE que, com uma prescrição do SNS, acorrem a prestadores convencionados, comuns ao SNS e à ADSE. Considerando a relevância do local de prestação nas convenções celebradas pela ADSE-DG e pelo SNS³²⁷, esta assunção de custos pelo SNS respeita ao custo dos atos realizados em locais objeto da convenção com o SNS.

Apenas quando o prestador/local da prestação é o resultado da livre escolha do quotizado da ADSE é que esta deve incorrer nos custos da prestação. A livre escolha manifesta-se quando o quotizado, conhecendo os seus direitos como utente do SNS, opta por realizar o ato num local sem convenção com o SNS.

A solução preconizada coarta a possibilidade dos quotizados da ADSE, com prescrição do SNS, optarem, no local de prestação convencionado com o SNS, pela aplicação do regime da ADSE considerando designadamente o valor do copagamento e o valor da taxa moderadora, contudo é a mais transparente no que concerne à definição do âmbito da responsabilidade financeira da ADSE-DG e do SNS. Sendo a taxa moderadora superior ao copagamento da ADSE-DG, poder-se-á estabelecer o direito de o quotizado da ADSE ser reembolsado, por esta, da diferença.

³²⁵ Além da faturação em suporte de papel (fatura e documentos de suporte) os prestadores convencionados da ADSE-DG submetem, previamente ao envio da fatura, um ficheiro eletrónico de dados a detalhar a faturação, com o detalhe definido pela ADSE-DG. Após o processamento do ficheiro pelo sistema de informação, é disponibilizado um pré-registo da fatura e dos documentos de suporte que deve acompanhar a fatura em papel e os documentos de suporte. Sem estes procedimentos a fatura não é registada na ADSE-DG.

³²⁶ Excluindo prestadores mais relevantes, mas com convenções em diversas áreas (caso de clínicas e hospitais).

³²⁷ Nas convenções celebradas pela ADSE-DG e pelo SNS é relevante não só o prestador mas também o local da prestação, não podendo ser faturados atos realizados noutros locais de prestação. Um prestador pode ter convenções com ambos os sistemas, mas locais de prestação comuns e diferentes para ambos os sistemas.



Observou-se já (ponto 7.1.3 do Desenvolvimento) que a existência de prestadores com convenção e locais de prestação comuns ao SNS e à ADSE, assim como o facto de não estar claramente definido o âmbito da responsabilidade financeira da ADSE-DG, tem estado na origem da ocorrência de situações discriminatórias dos quotizados da ADSE, designadamente quando estes, como utentes do SNS, estão isentos do pagamento de taxas moderadoras e, sendo tratados como quotizados da ADSE, suportam o copagamento. A solução preconizada também obviaria a estas situações.



Anexo 20 – Evolução dos custos com o regime convencionado

A análise dos custos com o regime convencionado assentou nos dados do SICOF, sistema aplicacional que suporta a atividade desta área de despesa, tendo-se utilizado, no filtro da extração, a data do ato por melhor refletir os dados da procura. Considerando que a ADSE-DG contabiliza os custos pela data do registo da fatura, os dados apresentados nos mapas seguintes não são coincidentes com os custos contabilísticos.

De acordo com a informação constante do SICOF, os custos da ADSE com o regime convencionado apresentam uma tendência crescente entre 2011 e 2013, tendo aumentado cerca de 5% em cada um dos anos de 2012 e 2013. A despesa total em saúde, que inclui o copagamento do quotizado, aumentou 12,6% no triénio. O peso do copagamento nessa despesa oscilou entre 15,6%, em 2011, e 17,6%, em 2013.

Evolução dos custos regime convencionado

Regime convencionado	ADSE (€)			Var. 12/11	Var. 13/12	Var. 13/11
	2011	2012	2013			
Consultas	27 168 188	30 806 189	33 494 499	13,4%	8,7%	23,3%
Medicina	11 838 633	14 203 401	16 831 349	20,0%	18,5%	42,2%
Imagiologia	41 511 649	39 515 202	33 174 537	-4,8%	-16,0%	-20,1%
Internamento	25 133 145	28 518 557	32 067 348	13,5%	12,4%	27,6%
Patologia clínica/Análises clínicas	42 964 350	33 564 570	28 959 285	-21,9%	-13,7%	-32,6%
Cirurgia	27 514 461	29 415 935	31 629 304	6,9%	7,5%	15,0%
Produtos medicamentosos	22 952 957	28 213 233	34 495 756	22,9%	22,3%	50,3%
Próteses intra-operatórias	11 565 416	14 489 787	17 251 749	25,3%	19,1%	49,2%
Medicina física e de reabilitação	13 017 281	13 245 648	13 219 375	1,8%	-0,2%	1,6%
Medicina dentária	10 093 695	10 767 653	11 309 616	6,7%	5,0%	12,0%
Ambulatório	7 661 927	9 259 026	11 360 862	20,8%	22,7%	48,3%
Medicina nuclear	903 610	975 208	1 627 655	7,9%	66,9%	80,1%
Anatomia patológica	1 658 579	2 024 821	2 531 693	22,1%	25,0%	52,6%
Próteses estomatológicas	1 689 832	1 555 952	1 462 718	-7,9%	-6,0%	-13,4%
Radioterapia	1 152 533	1 581 723	1 942 103	37,2%	22,8%	68,5%
Outros	7 867 852	8 506 306	8 723 463	8,1%	2,6%	10,9%
Subtotal - ADSE	254 694 109	266 643 212	280 081 314	4,7%	5,0%	10,0%
Subtotal - copagamento do quotizado	47 114 511	50 824 084	59 869 772	7,9%	17,8%	27,07%
Total (ADSE+Copagamento do quotiz)	301 808 620	317 467 295	339 951 086	5,2%	7,1%	12,64%
% ADSE total	84,4%	84,0%	82,4%			
% copagamento do quotizado total	15,6%	16,0%	17,6%			

Fonte: DSAB - DWH, 07.08.2014 (filtro da extração - Data do Cuidado de Saúde)

Em resultado da diminuição do número de quotizados inscritos, o custo médio por quotizado inscrito foi mais acentuado (14,6% no triénio). Para o crescimento contribuiu, também, uma utilização mais intensiva do sistema: a percentagem de quotizados utilizadores passou de 63%, em 2011, para 67%, em 2013, e conforme se verá adiante houve um aumento do número de atos por quotizado (mais 4,1% de atos no total) e, em algumas áreas de prestação, do custo por ato realizado.



Custos quotizados inscritos e quotizados utilizadores

	2011	2012	2013	Var 13/11
Quotizados inscritos (n.º)	1 345 390	1 333 477	1 290 816	-4,1%
Quotizados utilizadores (n.º)	850 770	857 493	862 125	1,3%
% de utilizadores	63,2%	64,3%	66,8%	
Custos ADSE (€)	254 694 109	266 643 212	280 081 314	10,0%
Custos médio/quotizado inscrito (€)	189,31	199,96	216,98	14,6%
Custos médio/quotizado utilizador (€)	299,37	310,96	324,87	8,5%

Fonte: Beneficiários - ADSE/Relatórios de Atividades; Custos - DSAB - DWH, 07.08.2014 (filtro da extração - Data do Cuidado de Saúde)

As únicas áreas de prestação de cuidados em que se verificou uma diminuição dos custos foram as referentes a análises clínicas, imagiologia e próteses estomatológicas.

No caso das duas primeiras áreas em resultado da alteração dos preços, consequente à harmonização das tabelas de preços da ADSE com as tabelas de preços dos prestadores convencionados do SNS, a partir de agosto (análises clínicas) e outubro (imagiologia) de 2012. De acordo com estudos efetuados pela ADSE-DG, considerando o histórico dos atos faturados, a harmonização destas tabelas representou uma poupança para a ADSE-DG de 19% (€ 7,6 milhões), no caso das análises clínicas, e de 27% (€ 12,4 milhões), no caso da tabela de imagiologia que inclui atos de radiodiagnóstico, TAC e ressonância magnética.

Para além destas tabelas, foi, também, harmonizada a tabela da medicina nuclear, com efeitos a partir de 1 de março de 2013. O aumento dos custos nesta área é justificado apenas pelo aumento do custo por ato (mais 121,7% no triénio) que, com a harmonização, passou a incluir os custos com os produtos de contraste. Até então a ADSE comparticipava o ato com base num preço fixado na tabela e o produto de contraste com base num código aberto (código 2136 constante da anterior tabela de radiologia/imagiologia), sem preço definido, dependendo o valor da comparticipação, a 100%, do preço faturado pelo prestador.

A diminuição dos custos com as próteses estomatológicas é explicada pela diminuição da procura (em 2013 o número de vezes que os quotizados utilizaram esta área diminuiu 5,8% face a 2011) e pela diminuição, no mesmo período, do custo por ato (menos 5,3%), cfr. quadros *infra*. Sendo os preços desta área fixos, a variação no custo por ato é explicada pela utilização de técnicas menos onerosas.

Quanto ao aumento dos custos nas restantes áreas, o mesmo é explicado:

- ✚ Pelo aumento da utilização do sistema, confirmada pelo aumento do número de atos realizados e do número de vezes que os quotizados utilizaram o sistema. Encontram-se nesta situação todas as áreas, sendo que apenas nas cirurgias o aumento se deveu exclusivamente a este indicador, uma vez que os custos por ato e por quotizado reduziram.
- ✚ Por um maior número de atos por quotizado, com consequências no aumento do custo por quotizado. O custo por ato, nas áreas envolvidas, consultas e medicina, ou não sofreu alterações significativas, no caso da primeira, ou diminuiu, no caso da segunda.
- ✚ Por um aumento do número de atos por quotizado, com consequências no aumento do custo por quotizado, e por um aumento, embora menos acentuado, do custo por ato, nas áreas de internamento, próteses intraoperatórias, anatomia patológica e radioterapia.



✚ Por um aumento do custo por ato. Nas áreas de produtos medicamentosos e ambulatório o aumento, mais acentuado, verificou-se no custo por ato, já que o custo por quotizado diminuiu, em resultado de uma diminuição do número de atos por quotizado.

Indicadores de utilização do regime convencionado

Regime convencionado	Qtd atos (n.º)				Qtd quotizados (n.º)				N.º atos/ quotizado			
	2011	2012	2013	Var 13/11	2011	2012	2013	Var 13/11	2011	2012	2013	Var 13/11
Consultas	1 883 848	2 126 520	2 304 765	22,3%	482 696	528 017	564 432	16,9%	3,9	4,0	4,1	4,6%
Medicina	1 535 346	2 381 209	3 231 086	110,4%	344 802	393 075	443 458	28,6%	4,5	6,1	7,3	63,6%
Imagiologia	1 682 133	1 925 081	1 687 726	0,3%	968 264	1 075 488	1 196 133	23,5%	1,7	1,8	1,4	-18,8%
Internamento	2 446 187	2 540 849	2 790 435	14,1%	45 944	48 453	50 705	10,4%	53,2	52,4	55,0	3,4%
Patologia clínica/Análises clínicas	11 424 946	10 620 188	10 574 335	-7,4%	1 702 481	1 840 462	1 379 910	-18,9%	6,7	5,8	7,7	14,2%
Cirurgia	111 544	122 114	135 676	21,6%	57 762	64 570	72 410	25,4%	1,9	1,9	1,9	-3,0%
Produtos medicamentosos	4 186 599	5 091 760	5 481 177	30,9%	106 693	123 702	141 829	32,9%	39,2	41,2	38,6	-1,5%
Próteses intra-operatórias	19 096	22 367	26 308	37,8%	10 008	11 275	13 173	31,6%	1,9	2,0	2,0	4,7%
Medicina física e de reabilitação	9 222 122	9 378 101	9 314 537	1,0%	59 109	61 544	61 249	3,6%	156,0	152,4	152,1	-2,5%
Medicina dentária	1 161 177	1 234 373	1 299 414	11,9%	181 677	195 231	208 049	14,5%	6,4	6,3	6,2	-2,3%
Ambulatório	2 396 485	2 453 309	2 695 791	12,5%	99 938	117 553	131 639	31,7%	24,0	20,9	20,5	-14,6%
Medicina nuclear	13 280	10 144	10 788	-18,8%	7 775	6 888	7 844	0,9%	1,7	1,5	1,4	-19,5%
Anatomia patológica	104 210	118 404	135 184	29,7%	81 794	91 481	102 705	25,6%	1,3	1,3	1,3	3,3%
Próteses estomatológicas	45 287	41 622	41 399	-8,6%	23 294	22 187	21 937	-5,8%	1,9	1,9	1,9	-2,9%
Radioterapia	13 129	16 473	19 127	45,7%	1 221	629	682	-44,1%	10,8	26,2	28,0	160,8%
Outros	219 411	233 718	238 197	8,6%	22 137	23 525	23 551	6,4%	9,9	9,9	10,1	2,0%
Total	36 464 800	38 316 232	39 985 945	9,7%	4 195 595	4 604 080	4 419 706	5,3%	8,7	8,3	9,0	4,1%

Fonte: DSAB - DWH, 07.08.2014 (filtro da extração - Data do Cuidado de Saúde)

Custo por ato e quotizado

Regime convencionado	Custo ADSE/ato (€)				Custo ADSE/quotizado (€)			
	2011	2012	2013	Var 13/11	2011	2012	2013	Var 13/11
Consultas	14,42	14,49	14,53	0,8%	56,28	54,58	59,34	5,4%
Medicina	7,71	5,96	5,21	-32,4%	34,33	32,03	37,95	10,5%
Imagiologia	24,68	20,53	19,66	-20,3%	42,87	33,04	27,73	-35,3%
Internamento	10,27	11,22	11,49	11,8%	547,04	562,44	632,43	15,6%
Patologia clínica/Análises clínicas	3,76	3,16	2,74	-27,2%	25,24	24,32	20,99	-16,8%
Cirurgia	246,67	240,89	233,12	-5,5%	476,34	406,24	436,81	-8,3%
Produtos medicamentosos	5,48	5,54	6,29	14,8%	215,13	198,92	243,22	13,1%
Próteses intra-operatórias	605,65	647,82	655,76	8,3%	1 155,62	1 099,96	1 309,63	13,3%
Medicina física e de reabilitação	1,41	1,41	1,42	0,5%	220,23	216,26	215,83	-2,0%
Medicina dentária	8,69	8,72	8,70	0,1%	55,56	51,76	54,36	-2,2%
Ambulatório	3,20	3,77	4,21	31,8%	76,67	70,34	86,30	12,6%
Medicina nuclear	68,04	96,14	150,88	121,7%	116,22	124,33	207,50	78,5%
Anatomia patológica	15,92	17,10	18,73	17,7%	20,28	19,71	24,65	21,6%
Próteses estomatológicas	37,31	37,38	35,33	-5,3%	72,54	70,93	66,68	-8,1%
Radioterapia	87,79	96,02	101,54	15,7%	943,93	2 319,24	2 847,66	201,7%
Outros	35,86	36,40	36,62	2,1%	355,42	361,19	370,41	4,2%
Total	6,98	6,96	7,00	0,3%	60,71	60,33	63,37	4,4%

Fonte: DSAB - DWH, 07.08.2014 (filtro da extração - Data do Cuidado de Saúde)

A maior procura no regime convencionado pode ser explicada pela maior oferta/capacidade dos prestadores da rede, verificando-se uma substituição de prestadores de pequena dimensão, por prestadores de maior dimensão e pela substituição de procura no regime livre pela procura no regime convencionado, pois, na celebração das convenções, a ADSE-DG tem privilegiado os prestadores que registam maior procura no âmbito do regime livre³²⁸. Os custos com este regime, registados no SIR³²⁹ diminuíram, no triénio 2011-2013, 5,7%.

³²⁸ Na celebração de convenções, a ADSE-DG tem ainda em consideração o facto de o prestador acrescentar valor à rede, contribuindo para uma maior oferta nas áreas de cuidados em que a mesma é reduzida ou para uma melhor cobertura geográfica.

³²⁹ Sistema de Informação de Reembolsos, cujos custos são distintos dos contabilísticos pelas razões expostas nos pontos 3 e 9.4. Não obstante a diferença, a diminuição dos custos contabilísticos no triénio foi de 5,6%, valor muito próximo do registado no SIR.



Já o aumento do custo por ato pode ser explicado pela realização de atos mais complexos e, conseqüentemente, de preço mais elevado ou, no caso dos códigos abertos³³⁰, pelo aumento do preço faturado pelos prestadores.

Os aumentos da procura do regime convencionado e do custo por ato colocam questões sobre se as regras de acesso à prestação de cuidados e o sistema de pagamento aos prestadores garantem uma utilização eficiente do sistema de benefícios ADSE.

³³⁰ Códigos de faturação sem preço determinado e sem teto máximo definido. Os mesmos são objeto de tratamento no texto adiante.



Anexo 21 – Rácios de produção SNS/Prestadores convencionados ADSE

Serviço Nacional de Saúde

SNS Hospitais	Consultas + Urgências	Colonoscopias /Produção	Endoscopias altas	Endoscopias /Produção	Ecocardiograma c/ Doppler	Eco.Doppler /Produção	TAC + RM	TAC+RM/ Producao	TAC/RM	
A	134 315	146	0,11%	132	0,10%	150	0,11%	1 840	1%	1,75
B	1 096 363	5 939	0,54%	5 435	0,50%	12 750	1,16%	60 952	6%	7,58
B - ULS	287 496	2 004	0,70%	2 002	0,70%	6 035	2,10%	32 429	11%	22,53
C	2 900 660	11 892	0,41%	12 230	0,42%	28 537	0,98%	204 485	7%	8,52
C - ULS	1 123 618	9 671	0,86%	9 579	0,85%	15 760	1,40%	139 276	12%	5,84
D	2 546 946	13 087	0,51%	13 774	0,54%	30 864	1,21%	221 062	9%	4,57
E	3 211 161	12 613	0,39%	18 271	0,57%	47 931	1,49%	261 792	8%	2,93
F	165 703	2 465	1,49%	1 441	0,87%	1 382	0,83%	22 496	14%	4,75
PPP	618 367	4 534	0,73%	5 276	0,85%	8 755	1,42%	79 513	13%	3,89
Total	12 084 629	62 351	0,52%	68 140	0,56%	152 164	1,26%	1 023 845	8%	4,77

Fonte: Elaboração própria com dados de produção das unidades hospitalares do SNS

Prestadores convencionados ADSE

ADSE CONVENCIONADOS Hospitais	Consultas + Urgências	Colonoscopias /Produção	Endoscopias altas	Endoscopias /Produção	Ecocardiograma c/ Doppler	Eco.Doppler /Produção	TAC + RM	TAC+RM/ Producao	TAC/RM	
Hosp_1	119 593	3 794	3,17%	2 464	2,06%	3 449	2,88%	20 576	17%	2,14
Hosp_10	49 886	429	0,86%	293	0,59%	746	1,50%	3 166	6%	1,04
Hosp_11	39 272	563	1,43%	496	1,26%	809	2,06%	4 265	11%	3,13
Hosp_12	13 408	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2 215	17%	2,32
Hosp_13	29 351	716	2,44%	580	1,98%	403	1,37%	2 808	10%	2,46
Hosp_2	282 727	6 096	2,16%	5 893	2,08%	5 662	2,00%	16 900	6%	1,54
Hosp_3	112 502	1 568	1,39%	1 111	0,99%	1 545	1,37%	8 840	8%	2,17
Hosp_4	107 030	3 130	2,92%	2 989	2,79%	2 473	2,31%	10 449	10%	1,20
Hosp_5	130 428	63	0,05%	466	0,36%	1 146	0,88%	7 940	6%	3,78
Hosp_6	44 312	623	1,41%	720	1,62%	586	1,32%	3 221	7%	1,45
Hosp_7	47 493	1 177	2,48%	1 306	2,75%	772	1,63%	3 805	8%	1,09
Hosp_8	87 589	1 504	1,72%	1 659	1,89%	1 620	1,85%	5 146	6%	1,04
Hosp_9	27 368	914	3,34%	645	2,36%	460	1,68%	5 695	21%	2,41
Total	1 090 959	20 577	1,89%	18 622	1,71%	19 671	1,80%	95 026	9%	1,81

Fonte: Elaboração própria com dados DSAB-DWH, 07.08.2014 (filtro da extração_Data fo Cuidado de Saúde)



Anexo 22 – Códigos abertos

O peso dos códigos abertos nos custos totais do regime convencionado aumentou de 23%, em 2011, para 30%, em 2013, tendo os mesmos crescido 43% no triénio, com maior relevância nos códigos do piso de sala (6032 e 6074, material de consumo clínico utilizado no bloco operatório), medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (6636) e próteses intra-operatórias (7501), que, em 2013, representaram, no conjunto, 22% dos custos totais do regime convencionado.

Evolução dos custos com os códigos abertos

Cuidado Saúde - Código	Cuidado Saúde - Descrição	ADSE (€)			Var. 12/11	Var. 13/12	Var. 13/11
		2011	2012	2013			
6032	UTILIZACAO PISO SALA RESPECTIVOS CONSUMOS (COMPL INT)	14 899 678	17 019 788	19 416 056	14,2%	14,1%	30,3%
6074	UTILIZACAO PISO SALA RESPECTIVOS CONSUMOS (COMPL AMB)	5 188 666	6 369 370	7 987 318	22,8%	25,4%	53,9%
6631	MEDICAMENTOS-ACORDO AMB/INT	14 542 981	15 255 042	16 900 891	4,9%	10,8%	16,2%
6636	MEDICAMENTOS ANTINEOPLASICOS E IMUNOMODULADORES	8 409 976	12 958 191	17 594 865	54,1%	35,8%	109,2%
6720	TRANSPORTE AMBULANCIA-DECURSO INTERN	14 310	15 422	14 472	7,8%	-6,2%	1,1%
7501	PROTESES INTRA-OPERATORIAS	11 465 693	14 440 184	17 228 188	25,9%	19,3%	50,3%
9999	ACTOS S/CODIGO E NOMENCLATURA	3 310 106	3 667 911	3 718 079	10,8%	1,4%	12,3%
Total - códigos abertos		57 831 409	69 725 909	82 859 870	20,6%	18,8%	43,3%
Total - regime convencionado		254 694 109	266 643 212	280 081 314	4,7%	5,0%	10,0%
% Códigos abertos/total regime convencionado		22,7%	26,1%	29,6%			

Fonte: DSAB - DWH, 07.08.2014 (filtro da extração - Data do Cuidado de Saúde)

Verificou-se ao longo dos três anos um acréscimo na quantidade de atos/produtos e no número de vezes que os quotizados acorreram ao sistema, o que fez com que o custo/ato e o custo/quotizado diminuísse em alguns códigos no triénio (códigos 6631 e 6720). Nos códigos 6032 e 6074 (piso de sala), 7501 (próteses intraoperatórias) e 9999, o crescimento dos custos foi também o resultado do aumento do custo/ato. Nos medicamentos antineoplásicos o custo/quotizado aumentou 85% em resultado de um aumento muito acentuado da quantidade de atos/produtos faturados por quotizado.

Indicadores de utilização dos códigos abertos

Cuidado Saúde - Código	Qtd atos (n.º)				Qtd quotizados (n.º)				N.º atos/ quotizado			
	2011	2012	2013	Var 13/11	2011	2012	2013	Var 13/11	2011	2012	2013	Var 13/11
6032	2 292 022	2 372 786	2 606 017	13,7%	25 849	27 740	28 481	10,2%	88,7	85,5	91,5	3,2%
6074	2 240 238	2 252 718	2 455 582	9,6%	50 137	56 779	60 216	20,1%	44,7	39,7	40,8	-8,7%
6631	3 994 687	4 748 680	5 007 503	25,4%	105 809	123 006	141 105	33,4%	37,8	38,6	35,5	-6,0%
6636	191 912	343 080	473 674	146,8%	1 799	1 921	2 031	12,9%	106,7	178,6	233,2	118,6%
6720	745	1 559	753	1,1%	102	130	144	41,2%	7,3	12,0	5,2	-28,4%
7501	19 039	22 338	26 294	38,1%	9 959	11 248	13 159	32,1%	1,9	2,0	2,0	4,5%
9999	89 193	93 366	90 186	1,1%	20 989	22 391	22 453	7,0%	4,2	4,2	4,0	-5,5%

Fonte: DSAB - DWH, 07.08.2014 (filtro da extração - Data do Cuidado de Saúde)

Custos por ato e quotizado (códigos abertos)

Cuidado Saude - Codigo	Custo ADSE/ato (€)				Custo ADSE/quotizado (€)			
	2011	2012	2013	Var 13/11	2011	2012	2013	Var 13/11
6032	6,50	7,17	7,45	14,6%	576,41	613,55	681,72	18,3%
6074	2,32	2,83	3,25	40,4%	103,49	112,18	132,64	28,2%
6631	3,64	3,21	3,38	-7,3%	137,45	124,02	119,78	-12,9%
6636	43,82	37,77	37,15	-15,2%	4 674,81	6 745,54	8 663,15	85,3%
6720	19,21	9,89	19,22	0,1%	140,29	118,63	100,50	-28,4%
7501	602,22	646,44	655,21	8,8%	1 151,29	1 283,80	1 309,23	13,7%
9999	37,11	39,29	41,23	11,1%	157,71	163,81	165,59	5,0%

Fonte: DSAB - DWH, 07.08.2014 (filtro da extração - Data do Cuidado de Saúde)



Anexo 23 – Comparação de preços regime convencionado com preços das tabelas SNS

Comparação de preços

Comparando o preço de alguns dos atos de medicina, com mais procura pelos quotizados, com as tabelas de preços do SNS, verifica-se que os preços da ADSE-DG são mais baixos, exceto no *Estudo do Doppler Cardíaco*, em que o preço estabelecido na Portaria n.º 10/2014, de 29 de janeiro, é inferior, e nas consultas de especialidade, em que a tabela do regime convencionado do SNS apresenta valores inferiores.

Preços ADSE vs preços SNS (medicina)

ADSE				SNS								
Código	Designação	Total	ADSE	Benef. - copagamento	Portaria n.º 10/2014			Tabela Convencionados 2014				
					Código	Designação	Total	SNS	Taxa Moderadora	Total	SNS	Taxa Moderadora
5162	Endoscopia alta esofagogastroduodenoscopia	36,16	30,13	6,03	52125	Endoscopia alta	72,40	60,40	12,00	46,31	34,31	12,00
5165	Colonoscopia total	59,38	49,48	9,90	50940	Colonoscopia total	87,80	73,80	14,00	*		14,00
5166	Colonoscopia esquerda	45,43	37,86	7,57	50910	Colonoscopia esquerda	81,50	68,50	13,00	*		13,00
4998	Estudo do Doppler cardíaco	95,77	79,81	15,96	40550	Ecocardiograma com estudo Döppler	63,20	53,20	10,00	n.d		
2407	AMP - Atendimento Médico Permanente (das 0 às 24 horas)	40,00	20,45	19,55		Serviço de Atendimento Permanente, Serviço de Urgência Básica, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica; Serviço de Urgência Polivalente	De 46,35 a 132,72	De 36,00 a 112,07	De € 10,35 a € 20,65	n.d		
16	Consulta - Especialidade	18,46	14,47	3,99		Consultas externas	38,75	31,00	7,75	15,50	7,75	7,75

*A entrada em vigor deste código, carece de elaboração de Norma de Orientação Clínica da Direção Geral de Saúde

Fonte: Tabela regime convencionado ADSE; Portaria n.º 10/2014, de 29 de janeiro; Tabela MCDT convencionados, 01.04.2014

Já numa análise a documentos de suporte de faturas aprovadas, para pagamento, dos meses de janeiro e fevereiro de 2014, de atos relativos a duas cirurgias, constante dos quadros *infra*, conclui-se que os preços do SNS são inferiores aos pagos pela ADSE-DG na facoemulsificação do cristalino e no tratamento da hérnia inguinal, aproximando-se, nesta última, dos preços pagos pelo SNS às entidades convencionadas no âmbito do Sistema Integrado de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (SIGIC), quando se verificam complicações.

Preços ADSE vs preços SNS (cirurgia)

ADSE		SNS				
Cuidado Saúde - Descrição	Valor médio pago	GDH	Designação	Preço SNS - Port. n.º 20/2014, 29.01	Preço SIGIC - Port. n.º 271/2012, 04.09 *	
					Preço int.	Preço amb.
Tratamento cirúrgico hérnia inguinal	1 108,79 €	161	Procedimentos para hérnia inguinal e/ou femoral, idade > 17 anos com CC	983,17 €	1.188,88 €	1.017,26 €
		162	Procedimentos para hérnia inguinal e/ou femoral, idade > 17 anos, sem CC	633,12 €	777,50 €	759,06 €
Facoemulsificação do cristalino com aplicação de lente intra-ocular	1 625,51 €	39	Procedimentos no cristalino, com ou sem vitrectomia	423,21 €	708,84 €	708,84 €

*No SIGIC, nas situações que envolvam colocação de próteses cujo valor exceda €200 (sem IVA incluído), ao valor da tabela acresce o valor da prótese, mediante documento validado pelo diretor clínico, comprovativo da prótese utilizada.

Porém, uma conclusão global sobre os preços da ADSE face aos do SNS implicaria a análise de um conjunto mais alargado de atos o que apenas seria viável se se verificasse uma harmonização dos códigos e nomenclaturas dos atos das tabelas em confronto.

Faturação de atos relativos a duas cirurgias do regime convencionado

Facoemulsificação do cristalino

Fatura Num. Reg.	Nº doc.	Hosp. Convencionado	Qtd.	4031 - Facoemulsificação do cristalino com aplicação de lente intra-ocular			6054 - Honorários de anestesia geral			6032/6074 - UTILIZACAO PISO SALA RESPECTIVOS CONSUMOS			6631 - MEDICAMENTOS			7501 - PROTESES INTRA-OPERATORIAS			Total			
				Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Total corrigido*
2056	3305	Hosp_1	1	560,00	112,00	672,00	99,76	24,94	124,70	427,44	106,86	534,30	186,48	46,62	233,10	248,00	0,00	248,00	1 521,68	290,42	1 812,10	1 812,10
2434	35	Hosp_2	1	560,00	112,00	672,00	99,76	24,94	124,70	290,06	72,51	362,57	148,85	37,21	186,06	250,00	0,00	250,00	1 348,67	246,66	1 595,33	1 595,33
2434	753	Hosp_2	1	560,00	112,00	672,00	99,76	24,94	124,70	285,69	71,42	357,11	216,50	54,12	270,62	250,00	0,00	250,00	1 411,95	262,48	1 674,43	1 674,43
7599	378	Hosp_3	1	560,00	112,00	672,00	99,76	24,94	124,70	227,20	56,80	284,00	113,32	28,33	141,65	116,60	0,00	116,60	1 116,88	222,07	1 338,95	1 338,95
8637	2062	Hosp_4	1	560,00	112,00	672,00	99,76	24,94	124,70	433,64	108,41	542,05	204,36	51,09	255,45	1 299,22	0,00	1 299,22	2 596,98	296,44	2 893,42	2 893,42
3210	2	Hosp_5	1	560,00	112,00	672,00			n.d	334,60	83,65	418,25	132,52	33,13	165,65	200,27	0,00	200,27	1 227,39	228,78	1 456,17	1 580,87
3210	26	Hosp_5	1	560,00	112,00	672,00			n.d	334,16	83,54	417,70	139,28	34,82	174,10	200,27	0,00	200,27	1 233,71	230,36	1 464,07	1 588,77
3210	57	Hosp_5	1	560,00	112,00	672,00			n.d	339,84	84,96	424,80	105,44	26,36	131,80	200,27	0,00	200,27	1 205,55	223,32	1 428,87	1 553,57
3561	595	Hosp_4	1	560,00	112,00	672,00	99,76	24,94	124,70	201,28	50,32	251,60	182,08	45,52	227,60	856,31	0,00	856,31	1 899,43	232,78	2 132,21	2 132,21
5370	2959	Hosp_6	1	560,00	112,00	672,00	99,76	24,94	124,70	479,20	119,80	599,00	137,56	34,39	171,95	199,50	0,00	199,50	1 476,02	291,13	1 767,15	1 767,15
7402	3241	Hosp_7	1	560,00	112,00	672,00	99,76	24,94	124,70	320,12	80,03	400,15	136,20	34,05	170,25	203,02	0,00	203,02	1 319,10	251,02	1 570,12	1 570,12
8145	4914	Hosp_1	1	560,00	112,00	672,00	99,76	24,94	124,70	428,84	107,21	536,05	154,48	38,62	193,10	248,00	0,00	248,00	1 491,08	282,77	1 773,85	1 773,85
									Média	341,84	85,46	427,30	154,76	38,69	193,44	355,96	0,00	355,96	1 487,37	254,85	1 742,22	1 773,40
									Desvio padrão	82,42	20,60	103,02	33,64	8,41	42,06	337,11	0,00	337,11	387,75	27,49	404,11	384,68
									Média (não inclui atos cujas próteses mais se afastam da média)	346,72	86,68	433,39	147,06	36,77	183,83	211,59	0,00	211,59	1 335,20	252,90	1 588,10	1 625,51
									Desvio padrão (não inclui atos cujas próteses mais se afastam da média)	72,86	18,22	91,08	31,28	7,82	39,10	39,02	0,00	39,02	131,01	26,10	156,46	131,87

*Total do Hosp_5 c/anestesia



Tratamento da hérnia inguinal

Fatura Num. Reg.	Nº doc.	Hosp. Convencionado	Qtd.	3774 - Tratamento cirurgico hérnia inguinal			6011/6052 - Honorários de anestesia geral			6032 /6074 - UTILIZACAO PISO SALA RESPECTIVOS CONSUMO			6631 - MEDICAMENTOS			7501 - PROTESES INTRA-OPERATORIAS			Total			
				Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Encargo da ADSE	Encargo do Quotizado	Total	Total corrigido**
3210	36	Hosp_5	1	224,36	44,87	269,23			n.d	293,64	73,41	367,05	99,44	24,86	124,30	52,64	0,00	52,64	670,08	143,14	813,22	906,75
3650	71	Hosp_4	1	224,36	44,87	269,23	74,82	18,71	93,53	1 058,88	264,72	1 323,60	160,80	40,20	201,00	64,12	0,00	64,12	1 582,98	368,50	1 951,48	1 951,48
7402	724	Hosp_7*	1	224,36	44,87	269,23	59,86	14,97	74,83	454,72	113,68	568,40	172,96	43,24	216,20		0,00	0,00	911,90	216,76	1 128,66	1 128,66
7454	42	Hosp_8	1	224,36	44,87	269,23	74,82	18,71	93,53	311,24	77,81	389,05	166,68	41,67	208,35	34,13	0,00	34,13	811,23	183,06	994,29	994,29
7913	1753	Hosp_9	1	224,36	44,87	269,23	74,82	18,71	93,53	184,28	46,07	230,35	181,00	45,25	226,25	189,22	0,00	189,22	853,68	154,90	1 008,58	1 008,58
8145	4927	Hosp_1	1	224,36	44,87	269,23	74,82	18,71	93,53	336,96	84,24	421,20	289,64	72,41	362,05	123,31	0,00	123,31	1 049,09	220,23	1 269,32	1 269,32
8335	1495	Hosp_10	1	224,36	44,87	269,23	74,82	18,71	93,53	98,52	24,63	123,15	73,36	18,34	91,70	23,32	0,00	23,32	494,38	106,55	600,93	600,93
8922	345	Hosp_11	1	224,36	44,87	269,23	74,82	18,71	93,53	80,92	20,23	101,15	55,44	13,86	69,30		0,00	0,00	435,54	97,67	533,21	533,21
8922	523	Hosp_11	1	224,36	44,87	269,23	74,82	18,71	93,53	310,80	77,70	388,50	39,76	9,94	49,70	171,66	0,00	171,66	821,40	151,22	972,62	972,62
8922	626	Hosp_11	1	224,36	44,87	269,23	74,82	18,71	93,53	360,56	90,14	450,70	134,96	33,74	168,70	299,71	0,00	299,71	1 094,41	187,46	1 281,87	1 281,87
10103	5	Hosp_6	1	224,36	44,87	269,23	74,82	18,71	93,53	478,64	119,66	598,30	178,92	44,73	223,65	85,38	0,00	85,38	1 042,12	227,97	1 270,09	1 270,09
10976	174	Hosp_12	1	224,36	44,87	269,23	74,82	18,71	93,53	169,24	42,31	211,55	78,96	19,74	98,70	159,00	0,00	159,00	706,38	125,63	832,01	832,01
Média (não inclui atos que não têm valor de prótese)										360,28	90,07	450,35	140,35	35,09	175,44	120,25	0,00	120,25	912,58	186,87	1 099,44	1 108,79
Desvio padrão (não inclui atos que não tem valor de prótese)										254,53	63,63	318,17	68,28	17,07	85,35	81,77	0,00	81,77	285,69	70,86	354,20	347,69

* Honorários de anestesia geral de ambulatório

*Total do Hosp_5 c/anestesia



Anexo 24 – Evolução dos custos com o regime livre

A análise dos custos com o regime livre assentou nos dados do SIR, sistema aplicacional que suporta a atividade desta área de despesa, tendo-se utilizado, no filtro da extração, a data do pagamento³³¹.

A divergência entre os dados apresentados nos mapas seguintes e os dados contabilísticos respeita, essencialmente, a encargos que a ADSE-DG suporta, mas que não são objeto de um processo de reembolso no SIR (v.g. encargos com a assistência médica no estrangeiro que não seja por opção do quotizado, referenciados no ponto 9.2 do Desenvolvimento; adiantamentos para a prestação de cuidados no estrangeiro³³²; pagamentos realizados a herdeiros), e a ordens de transferência rejeitadas pelo sistema financeiro³³³, registadas no sistema contabilístico, mas não no SIR. Em 2013, as ordens de transferência rejeitadas ascenderam a cerca de € 1,4 milhões.

Custos contabilizados em regime livre que não são objeto de processo de reembolso no SIR

Custos contabilísticos do regime livre que não são objeto de processo de reembolso (€)	2011	2012	2013
Adiantamentos para a prestação de cuidados no estrangeiro	182 576	79 186	210 588
Habilitações de herdeiros	92 909	187 064	122 811
Assistência médica no estrangeiro	5 007 344	10 357	4 523 467
Outros	3 251	6 939	3 021
Total	5 286 080	283 545	4 859 887

Fonte: DSAF

Os custos da ADSE-DG com o regime livre diminuiram no triénio 5,7%. Apenas aumentaram os custos nas tabelas de medicina física e reabilitação, situações específicas (que inclui os transportes de doentes hemodialisados e outros³³⁴ e tratamentos de doentes oncológicos) e transportes³³⁵.

As áreas que apresentam um maior peso nos custos são a medicina dentária (incluindo próteses), em 2013, cerca de 21%, e os meios de correção e compensação, cerca de 30%. Existindo a primeira no regime convencionado, verifica-se uma maior utilização por parte dos quotizados do regime livre (em 2013, os quotizados utilizaram este regime 686.969 vezes e o regime convencionado 310.754 vezes), o que indicia uma oferta deficitária da ADSE no regime convencionado.

³³¹ Considerando que os custos, no regime livre, são contabilizados pelo pagamento e que a alternativa oferecida pelo sistema de informação – Ano do IRS – não apresentava valores semelhantes.

³³² Na situação de assistência médica no estrangeiro devido à inexistência de meios técnicos em Portugal de acordo com declaração de responsável clínico dos serviços da especialidade de um hospital central nacional, a ADSE-DG pode adiantar uma verba de acordo com a previsão dos encargos a suportar (art.º 34º do Decreto-Lei n.º 118/83).

³³³ Designadamente, por incorreções nos números de identificação bancária.

³³⁴ O código 6217, referenciado no ponto 9.2, como sendo encargo suportado pela ADSE-DG com origem em decisão/prescrição do SNS.

³³⁵ Códigos também referenciados no ponto 9.2, como sendo encargo suportado pela ADSE-DG com origem em decisão/prescrição do SNS.



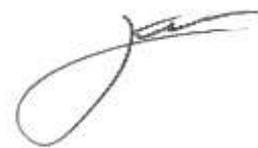
Evolução dos custos regime livre

Regime livre	ADSE (€)			Var. 12/11	Var. 13/12	Var. 13/11
	2011	2012	2013			
Análises	1 293 984	1 251 396	950 122	-3,29%	-24,07%	-26,57%
Aposentadoria	109 437	54 528	37 860	-50,2%	-30,6%	-65,4%
Cirurgia	4 824 485	5 020 174	4 127 744	4,1%	-17,8%	-14,4%
Complemento em Ambulatório	1 238 610	1 126 320	947 600	-9,1%	-15,9%	-23,5%
Complemento em Internamento	9 218 814	8 803 246	8 039 774	-4,5%	-8,7%	-12,8%
Diversos	7 498 407	7 174 844	6 597 325	-4,3%	-8,0%	-12,0%
Enfermagem	370 079	420 657	333 723	13,7%	-20,7%	-9,8%
Medicina Dentária	14 388 506	15 536 332	13 304 966	8,0%	-14,4%	-7,5%
Estrangeiro	1 042 594	778 171	612 286	-25,4%	-21,3%	-41,3%
Imagiologia	1 633 136	1 665 234	1 512 891	2,0%	-9,1%	-7,4%
Lares e Apoio Domiciliário	4 354 074	4 818 295	4 885 534	10,7%	1,4%	12,2%
Medicina	19 942 201	18 682 974	16 285 572	-6,3%	-12,8%	-18,3%
Medicina Física e de Reabilitação	4 623 331	5 297 510	5 351 872	14,6%	1,0%	15,8%
Medicina Nuclear	63 287	43 849	41 225	-30,7%	-6,0%	-34,9%
Meios Correção e Compensação	39 739 389	39 712 838	38 003 916	-0,1%	-4,3%	-4,4%
Próteses Estomatológicas	14 452 612	15 421 602	13 953 477	6,7%	-9,5%	-3,5%
Situações Específicas	9 865 180	11 677 991	11 958 750	18,4%	2,4%	21,2%
Transportes	1 549 549	1 492 134	1 642 945	-3,7%	10,1%	6,0%
Tratamentos Termais	726 495	633 753	549 860	-12,8%	-13,2%	-24,3%
Subtotal - ADSE	136 934 170	139 611 848	129 137 443	2,0%	-7,5%	-5,7%
Subtotal - despesa do quotizado	291 559 312	294 388 217	271 893 408	1,0%	-7,6%	-6,7%
Total (ADSE+Despes do quotiz)	428 493 482	434 000 065	401 030 852	1,3%	-7,6%	-6,4%
<i>% ADSE total</i>	32,0%	32,2%	32,2%			
<i>% copagamento do quotizado total</i>	68,0%	67,8%	67,8%			

Fonte: DSAB/DSI - SIR, 29.07.2014 (filtro de extração - Ano do Pagamento)

A redução dos custos resulta de uma menor utilização do sistema, à qual não é alheio o facto de a ADSE-DG, como se referiu, privilegiar na celebração de convenções os prestadores com maior procura ao nível do regime livre. As únicas áreas em que se verificou um aumento do número de atos e de quotizados foram: a tabela de diversos (que inclui os cuidados respiratórios domiciliários³³⁶ e medicamentos utilizados na doença oncológica) e a tabela de medicina física e reabilitação, o que explica o aumento dos custos nesta área.

³³⁶ Também referenciados no ponto 9.2.



Indicadores de utilização do regime livre

Regime livre	Qtd atos (n.º)				Qtd quotizados (n.º)			
	2011	2012	2013	Var 13/11	2011	2012	2013	Var 13/11
Análises	119 982	131 691	113 357	-5,52%	116 579	120 101	103 202	-11,47%
Aposentadoria	871	538	407	-53,27%	861	535	403	-53,19%
Cirurgia	15 757	17 655	15 232	-3,33%	15 666	17 427	15 042	-3,98%
Complemento em Ambulatório	10 867	10 234	8 857	-18,50%	10 813	10 184	8 798	-18,63%
Complemento em Internamento	25 590	22 717	18 042	-29,50%	25 423	22 481	17 736	-30,24%
Diversos	265 803	293 893	328 459	23,57%	259 545	282 907	325 138	25,27%
Enfermagem	10 389	11 473	10 608	2,11%	10 298	11 210	10 244	-0,52%
Medicina Dentária	625 225	688 430	595 088	-4,82%	617 965	674 730	583 789	-5,53%
Estrangeiro	11 098	10 627	9 289	-16,30%	11 027	10 585	9 249	-16,12%
Imagiologia	50 290	54 491	49 044	-2,48%	50 009	53 588	48 309	-3,40%
Lares e Apoio Domiciliário	26 074	28 230	26 878	3,08%	25 945	28 087	26 667	2,78%
Medicina	876 163	815 086	713 797	-18,53%	874 827	812 738	712 035	-18,61%
Medicina Física e de Reabilitação	195 030	229 626	251 526	28,97%	193 459	225 853	247 940	28,16%
Medicina Nuclear	979	697	396	-59,55%	977	688	385	-60,59%
Meios Correção e Compensação	426 596	450 239	430 273	0,86%	414 269	427 892	412 073	-0,53%
Próteses Estomatológicas	103 167	113 921	105 098	1,87%	102 044	111 809	103 180	1,11%
Situações Específicas	43 637	42 074	40 852	-6,38%	43 603	41 981	40 699	-6,66%
Transportes	44 637	36 258	36 006	-19,34%	44 511	36 017	35 599	-20,02%
Tratamentos Termiais	7 882	6 962	5 998	-23,90%	7 877	6 956	5 986	-24,01%
Total	2 860 037	2 964 842	2 759 207	-3,53%	2 825 698	2 895 769	2 706 474	-4,22%

Fonte: DSAB/DSI - SIR, 29.07.2014 (filtro de extração - Ano do Pagamento)

O aumento dos custos nas tabelas de situações específicas, que inclui o transporte de doentes hemodialisados, é explicado por um aumento do custo por ato e por quotizado nessas áreas.

Custo por ato e por quotizado

Regime livre	Custo ADSE/ato (€)				Custo ADSE/quotizado (€)			
	2011	2012	2013	Var 13/11	2011	2012	2013	Var 13/11
Análises	10,78	9,50	8,38	-22,28%	11,10	10,42	9,21	-17,06%
Aposentadoria	125,64	101,35	93,02	-25,96%	127,10	101,92	93,95	-26,09%
Cirurgia	306,18	284,35	270,99	-11,49%	307,96	288,07	274,41	-10,89%
Complemento em Ambulatório	113,98	110,06	106,99	-6,13%	114,55	110,60	107,71	-5,97%
Complemento em Internamento	360,25	387,52	445,61	23,70%	362,62	391,59	453,30	25,01%
Diversos	28,21	24,41	20,09	-28,80%	28,89	25,36	20,29	-29,77%
Enfermagem	35,62	36,66	31,46	-11,69%	35,94	37,53	32,58	-9,35%
Medicina Dentária	23,01	22,57	22,36	-2,85%	23,28	23,03	22,79	-2,12%
Estrangeiro	93,94	73,23	65,92	-29,84%	94,55	73,52	66,20	-29,98%
Imagiologia	32,47	30,56	30,85	-5,01%	32,66	31,07	31,32	-4,10%
Lares e Apoio Domiciliário	166,99	170,68	181,77	8,85%	167,82	171,55	183,21	9,17%
Medicina	22,76	22,92	22,82	0,24%	22,80	22,99	22,87	0,33%
Medicina Física e de Reabilitação	23,71	23,07	21,28	-10,24%	23,90	23,46	21,59	-9,68%
Medicina Nuclear	64,64	62,91	104,10	61,04%	64,78	63,73	107,08	65,30%
Meios Correção e Compensação	93,15	88,20	88,33	-5,18%	95,93	92,81	92,23	-3,86%
Próteses Estomatológicas	140,09	135,37	132,77	-5,23%	141,63	137,93	135,23	-4,52%
Situações Específicas	226,07	277,56	292,73	29,49%	226,25	278,17	293,83	29,87%
Transportes	34,71	41,15	45,63	31,44%	34,81	41,43	46,15	32,57%
Tratamentos Termiais	92,17	91,03	91,67	-0,54%	92,23	91,11	91,86	-0,40%
Total	47,88	47,09	46,80	-2,25%	48,46	48,21	47,71	-1,54%

Fonte: DSAB/DSI - SIR, 29.07.2014 (filtro de extração - Ano do Pagamento)



Considerando apenas os quotizados da responsabilidade financeira da ADSE-DG no regime livre (i.e., excluindo os quotizados das Administrações Regionais e Local), o custo médio por quotizado inscrito diminuiu 1,9%.

Custo quotizados inscritos e quotizados utilizadores

	2011	2012	2013	Var 13/11
Quotizados inscritos (n.º)*	1 060 050	1 053 133	1 019 342	-3,8%
Quotizados utilizadores (n.º)	511 831	510 871	481 373	-6,0%
<i>% de utilizadores</i>	48,3%	48,5%	47,2%	
Custos ADSE (€)	136 934 170	139 611 848	129 137 443	-5,7%
Custo médio/quotizado inscrito* (€)	129,18	132,57	126,69	-1,9%
Custo médio/quotizado utilizador (€)	267,54	273,28	268,27	0,3%

*Da responsabilidade financeira da ADSE-DG (exclui quotizados das Administrações Regional e Local)

Fonte: Quotizados - ADSE/Relatórios de Atividades; Custos - DSAB/DSI - SIR, 29.07.2014 (filtro de extração - Ano do Pagamento)



Anexo 25 – Comparação regime livre (reembolso) e regime convencionado (copagamento)

Os quadros seguintes refletem uma comparação entre os valores de reembolso do regime livre e de copagamentos do regime convencionado. Os códigos 4673, 4624, 1702 e 1705 foram selecionados com base na informação constante dos Relatórios de Atividades da ADSE-DG como sendo atos mais representativos dos encargos nas tabelas de cirurgia e medicina. Os restantes por terem correspondência com atos do regime convencionado.

Encargos ADSE regime livre vs regime convencionado (alguns atos)

Regime Livre - Tabela				Regime Convencionado - Tabela				
Código	Designação	Reembolso %	Valor máx. Reembolso (€)	Código	Designação	Encargo ADSE (€)	Copagamento quotizado (€)	Ato (€)
4673	Facoemulsificação do cristalino com implantação de lente intraocular	80%	1 359,50	4301	FACOEMLSIFICACAO CRISTALINO APLICACÃO LENT INT OCULAR	560,00	112,00	672,00
1928	Foraminectomia	80%	1 162,50	3158	FORAMINECTOMIA	560,95	112,19	673,14
4249	Histerectomia total, com anexectomia via abdominal	80%	837,00	3990	HISTERECTOMIA TOTAL C/OU S/ANEXECTOMIA VIA ABDOM.	403,88	80,78	484,66
4248	Miomectomia por via abdominal ou vaginal	80%	511,50	3989	MIOMECTOMIA P/VIA ABDOMINAL OU VAGINAL	246,86	49,37	296,23
5355	Tratamento cirúrgico de hérnia inguinal	80%	465,00	3774	TRAT.CIR.HÉRNIA INGUINAL	224,36	44,87	269,23
4624	Queratomileusis	80%	1 277,50	9211	QUERATOMILEUSIS/CIRURGIA OFTALMOLÓGICA/LASIK UNILATERAL (preço global)	716,00	179,00	895,00
1702	ENDOSCOPIA ALTA - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA -	80%	76,50	5162	ENDOSCOPIA ALTA - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA -	30,13	6,03	36,16
1705	Colonoscopia total	80%	126,00	5165	COLONOSCOPIA TOTAL	49,48	9,90	59,38

Fonte: Tabelas de regime livre e convencionado

Com exceção do código 4248 (Miomectomia), cujo valor médio efetivo de reembolso em 2013 no regime livre foi inferior ao valor do encargo da ADSE-DG com o código correspondente do regime convencionado (cód.º 3989), todos os outros apresentam valores médios de reembolso superiores aos encargos que a ADSE-DG teria se esses valores estivessem indexados à tabela do regime convencionado.

O quadro seguinte evidencia, ainda, a discrepância entre os limites máximos de reembolso do regime livre e o valor médio efetivamente pago pela ADSE-DG, que se aproximam antes dos valores do regime convencionado.

Encargos ADSE regime livre 2013 (alguns atos)

Regime Livre - Reembolsos 2013					
Código	Designação	Valor máx. Reembolso (€)	Atos (n.º)	Reembolso total (€)	Reembolso ato (€)
4673	Facoemulsificação do cristalino com implantação de lente intraocular	1 359,50	1 005	696 238	692,77
1928	Foraminectomia	1 162,50	109	71 453	655,53
4249	Histerectomia total, com anexectomia via abdominal	837,00	85	45 980	540,95
4248	Miomectomia por via abdominal ou vaginal	511,50	55	13 410	243,81
5355	Tratamento cirúrgico de hérnia inguinal	465,00	49	14 580	297,55
4624	Queratomileusis	1 277,50	205	148 561	724,69
1702	ENDOSCOPIA ALTA - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA -	76,50	3 947	257 454	65,23
1705	Colonoscopia total	126,00	4 412	466 425	105,72

Fonte: Elaboração própria, com base nas tabelas de regime livre e convencionado e dados de atos e valor de reembolso da DSAB - SIR, 25.07.2014 (filtro de extração - Ano do Pagamento)



Anexo 26 – Dívida de outros organismos com autonomia administrativa e financeira

Dívida

Codigo entidade	Saldo Global_30_06_2014	Saldo Global_31_12_2013	Saldo Global_31_12_2014	Evolução dez 2013/Dez 2014 em valor	Evolução dez 2013/Dez 2014 em %
2475	509 375,64	509 375,64	509 375,64	0,00	0%
785	86 865,48	429 977,16		429 977,16	-100%
831	96 527,71	96 527,71	96 527,71	0,00	0%
1453	51 671,58	51 671,58	51 671,58	0,00	0%
1537	41 103,60	41 103,60	41 103,60	0,00	0%
27	23 728,38	23 728,38		23 728,38	-100%
1478	23 686,19	23 686,19	23 686,19	0,00	0%
1427	19 769,97	19 738,97	19 769,97	-31,00	0%
5453	15 797,30	15 797,30	15 797,30	0,00	0%
5449	13 117,62	13 117,62	13 117,62	0,00	0%
5435	10 356,26	10 356,26	10 356,26	0,00	0%
8078	709,95	6 009,97	5,15	6 004,82	-100%
8099	4 613,45	4 613,45	4 613,45	0,00	0%
979	4 105,35	4 105,35	4 105,35	0,00	0%
5331	3 752,74	3 752,74	3 752,74	0,00	0%
2536	3 496,96	3 496,96		3 496,96	-100%
1001	3 150,60	3 150,60	3 150,60	0,00	0%
5411	2 133,34	2 133,34	2 133,34	0,00	0%
6290	1 723,59	1 723,59	1 723,59	0,00	0%
2403	1 306,90	1 306,90	1 306,90	0,00	0%
5422	880,25	880,25	880,25	0,00	0%
994	667,46	667,46	667,46	0,00	0%
7989	557,80	557,80	557,80	0,00	0%
5460	480,52	480,52	480,52	0,00	0%
23	416,01	416,01	416,01	0,00	0%
997	354,50	354,50	354,50	0,00	0%
2586	229,96	229,96	229,96	0,00	0%
2595	191,77	191,77	191,77	0,00	0%
2594	81,46	81,46	81,46	0,00	0%
1420	49,00	49,00	49,00	0,00	0%
2493	40,12	40,12	40,12	0,00	0%
5799	0,00	39,78		39,78	-100%
8322	29,63	29,63	29,63	0,00	0%
14	11,50	11,50	11,50	0,00	0%
5960	1,25	1,25	1,25	0,00	0%
8494	1,25	1,25	1,25	0,00	0%
6310	0,20	0,20	0,20	0,00	0%
2528			3 496,95	-3 496,95	
998			2 893,54	-2 893,54	
8317			1 285,57	-1 285,57	
8449			983,25	-983,25	
8452			491,70	-491,70	
1645			318,12	-318,12	
8029			53,64	-53,64	
8434			44,34	-44,34	
7972			23,82	-23,82	
8005			5,64	-5,64	
	920 985,29	1 269 405,77	815 786,24	453 619,53	-36%

Fonte: DSB – Ficheiros de dívidas



Circularização

Da circularização efetuada na auditoria aos organismos autónomos que não integram o SNS, com dívidas de reembolso/capitação de montante igual ou superior a € 90.000 (3 entidades), no âmbito dos testes de auditoria, com o objetivo de conciliar os saldos em dívida registados pela ADSE com os saldos registados nas contas de cada uma das entidades, obteve-se resposta de duas entidades que indicaram valores divergentes com os da ADSE.

Entretanto uma entidade regularizou a totalidade da dívida em maio de 2014, as outras duas continuam a constar da lista de entidades devedoras a 31 de dezembro de 2014 com o montante exatamente igual, sendo que uma delas não reconhece o valor registado como dívida no sistema da ADSE-DG, que considera como sendo da responsabilidade da anterior entidade a quem sucedeu



Anexo 27 – Dívida das entidades do SNS à ADSE-DG

Dívida contabilizada na ADSE

Codigo entidade	Saldo Global_30_06_2014	Saldo Global_31_12_2013
2812	1 030 832,86	1 030 832,86
2642	796 252,29	796 252,29
2619	676 932,45	676 932,45
8665	656 884,27	656 884,27
7973	616 988,26	616 988,26
8038	495 317,48	495 317,48
6724	332 539,91	332 539,91
2734	324 265,22	324 265,22
2815	253 700,51	253 700,51
2733	214 425,15	214 425,15
6725	213 730,02	213 730,02
7974	175 598,37	175 598,37
7975	174 959,96	174 959,96
2723	173 900,87	173 900,87
2742	166 505,86	166 505,86
2694	165 318,70	165 318,70
2710	136 903,10	136 903,10
2760	120 636,92	120 636,92
5759	103 234,69	103 234,69
5628	74 136,24	74 136,24
1014	57 944,72	57 944,72
2739	0,00	53 379,58
6708	49 996,71	49 996,71
2811	-34,46	34 560,03
8085	33 535,33	33 535,33
2731	29 315,32	29 315,32
5721	27 051,39	27 051,39
2709	5 250,41	5 250,41
8317	1 285,57	1 285,57
8029	53,64	54,89
8434	44,34	44,34
7972	23,82	23,82
	7 107 529,92	7 195 505,24

Fonte: DSB – Ficheiros de dívidas

Síntese dos resultados da circularização feita a entidades do SNS

Codigo	Sistema da ADSE	Informação prestada pelas entidades				Divergências Entidade/ADSE	Observações
	Saldo Global_31_12_2013	Reembolso	Capitação	Quotização	Total equivalente à ADSE		
2812	1 030 832,86	880 178,84	0,00	0,00	880 178,84	150 654,02	
2642	796 252,29	0,00	0,00	0,00	0,00	796 252,29	
2619	676 932,45	615 581,05	0,00	8 372,50	623 953,55	52 978,90	
8665	656 884,27	85 585,94	574 388,94	0,00	659 974,88	-3 090,61	
7973	616 988,26	616 935,80	0,00	52,50	616 988,30	-0,04	
8038	495 317,48	495 317,50	0,00	0,00	495 317,50	-0,02	
6724	332 539,91	173 953,93	0,00	0,00	173 953,93	158 585,98	
2734	324 265,22	0,00	0,00	0,00	0,00	324 265,22	
2815	253 700,51	1 537 673,77	0,00	0,00	1 537 673,77	-1 283 973,26	
2733	214 425,15	0,00	0,00	0,00	0,00	214 425,15	
6725	213 730,02	45 675,00	0,00	0,00	45 675,00	168 055,02	
7974	175 598,37	180 694,90	0,00	0,00	180 694,90	-5 096,53	
7975	174 959,96	0,00	41 938,96	0,00	41 938,96	133 021,00	
2723	173 900,87	181 346,59	0,00	962,50	182 309,09	-8 408,22	
2742	166 505,86	146 506,93	0,00	2 792,50	149 299,43	17 206,43	
2694	165 318,70				0,00	165 318,70	Não Respondeu
2710	136 903,10	95 135,82	0,00	330,00	95 465,82	41 437,28	
2760	120 636,92	124 461,03	0,00	788,75	125 249,78	-4 612,86	
5759	103 234,69	72 671,76	0,00	0,00	72 671,76	30 562,93	
5628	74 136,24	74 136,24	0,00	0,00	74 136,24	0,00	
1014	57 944,72	80 542,90	0,00	0,00	80 542,90	-22 598,18	
2739	53 379,58	0,00	0,00	0,00	0,00	53 379,58	Respondeu entidade sucessora que não indicou dívida
6708	49 996,71	0,00	0,00	0,00	0,00	49 996,71	
2811	34 560,03	0,00	0,00	0,00	0,00	34 560,03	
8085	33 535,33	33 535,33	0,00	0,00	33 535,33	0,00	
2731	29 315,32	0,00	0,00	0,00	0,00	29 315,32	
5721	27 051,39	0,00	24 675,16	0,00	24 675,16	2 376,23	
2709	5 250,41	9 643,53	0,00	0,00	9 643,53	-4 393,12	
8317	1 285,57	0,00	0,00	0,00	0,00	1 285,57	Respondeu entidade sucessora que não indicou dívida
8029	54,89	0,00	0,00	0,00	0,00	54,89	
8434	44,34	0,00	1 626,20	0,00	1 626,20	-1 581,86	
7972	23,82	0,00	0,00	0,00	0,00	23,82	
	7 195 505,24	5 449 576,86	642 629,26	13 298,75	6 105 504,87	1 090 000,37	



Entidades do SNS - Justificação para o não pagamento da dívida

Sendo a entidade credora da ADSE, em montante largamente superior ao valor devedor, a expectativa seria regularização entre saldos devedor e credor.
A dívida que a ADSE tinha com esta instituição era muito superior, deste modo não foi feito o pagamento das faturas.
Ausência de fundos disponíveis.
O montante recebido da ACSS até à data, para pagamento das dívidas de subsistemas de saúde, num total de 4.087.648€, foi utilizado para abater à dívida da ADSE (3.982.352,12€) e parte da dívida do IASFA (105.295,88€). Aguardamos recebimento do remanescente de verbas relativamente a outros subsistemas de saúde (1.331.010,79€) para proceder ao pagamento do valor em dívida à ADSE. De referir ainda que o nosso saldo difere do da ADSE (168.378,65€) pelo facto deste subsistema abater recebimentos que não consegue alocar a outros documentos em dívida (por ex. NR 7184 de 02/03/2010 que pagámos mas que esta entidade não tem em conta-corrente).
Aguarda-se que seja proposto um encontro de contas entre a dívida de e a dívida a.
Saldo devedor superior ao credor.
Aguarda encontro de contas ou dedução aquando do pagamento das faturas em dívida por parte da ADSE.
Dada a existência de uma dívida superior da ADSE a esta entidade, propusemos a regularização da dívida por compensação, o que não aconteceu, porque nunca houve resposta por parte da ADSE.
Fizeram proposta de encontro de contas entre a dívida da ADSE e as dívidas da entidade.

Fonte: Entidades objeto da circularização.

Anexo 28 – Retenções efetuadas pela DGAL à Administração Local

Processo de retenção

Em 2010, através da informação n.º 45/2010/DIF/DSGFP, de 2 de setembro, a ADSE-DG formalizou a primeira proposta de retenção nas transferências do orçamento do Estado que incluiu os serviços e fundos autónomos e as autarquias que apresentassem saldo devedor superior a € 1.500 e € 1.000, respetivamente, e que cumulativamente fossem entidades sem pagamentos nos últimos 3 meses. No caso das autarquias foram também incluídas aquelas que, apesar de terem acordado um plano de pagamentos com a ADSE-DG, não o estivessem a cumprir.

A ADSE-DG fundamentou este pedido demonstrando a insuficiência de disponibilidade para suportar os encargos com os cuidados de saúde do mês seguinte. O Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, por despacho de 13 de setembro de 2010, demandou que a DGO procedesse às retenções, dando prioridade aos serviços e fundos autónomos. Quanto às autarquias, as mesmas deviam ser notificadas.

Em dezembro de 2010, concluídas as notificações às autarquias antes determinadas, foi formalizado um novo pedido de retenção, cfr. informação n.º 93/2010/DIF/DSAF, para as autarquias que mantinham a situação de incumprimento, autorizado por despacho do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, de 30 de dezembro de 2010.

Uma vez que, em maio de 2011, ainda não tinha sido concretizada qualquer retenção para regularização das dívidas das autarquias, a ADSE-DG propôs, através da Informação n.º 6/2011/DIF de 5 de maio, a remessa de novo *dossier* à Direção-Geral das Autarquias Locais (DGAL), com todas as peças documentais que sustentavam a autorização, demonstrando as notificações efetuadas e incluindo uma listagem atualizada³³⁷ das entidades que mantinham dívida com antiguidade significativa.

Este pedido mereceu despacho concordante do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, de 9 de maio de 2011, tendo então a DGAL iniciado o processo de retenção ao Fundo de Equilíbrio Financeiro corrente dos Municípios e ao Fundo de Financiamento das Freguesias, nos termos do disposto nas Leis do Orçamento do Estado e no regime financeiro das autarquias locais³³⁸, para pagamento das dívidas à ADSE, cfr. quadros *infra*.

³³⁷ Desde dezembro de 2010 até à data da nova informação várias Autarquias procederam à regularização voluntária ou assumiram planos de regularização.

³³⁸ Atual Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro, alterada pela Lei n.º 82-D/2014, de 31 de dezembro, e à data do início das retenções, Lei n.º 2/2007, de 15 de janeiro, retificada pela Decl-Rect n.º 14/2007, de 15 de fevereiro, e alterada pelas Leis 22-A/2007, de 29 de junho, 67-A/2007, de 31 de dezembro, 3-B/2010, de 28 de abril, e 64-B/2011, de 30 de dezembro.



Municípios

Municípios	Dívida ADSE (comunicada maio)	Retenções aos fundos municipais efetuadas para pagamento dívidas à ADSE				Total retido	Valor em falta	Observações
		2011 (jun-dez)	2012	2013	2014 (jan-Jun)			
ALCANENA	642.425,94	214.354,00	0,00	0,00	0,00	214.354,00	428.071,94	a) Documento 1
ALPIARÇA	1.004.569,71	89.942,00	0,00	0,00	0,00	89.942,00	914.627,71	a) Documento 2
ALTER DO CHÃO	39.604,52	39.604,52	0,00	0,00	0,00	39.604,52	0,00	c)
ARRUDA DOS VINHOS	151.346,61	88.284,00	63.062,61	0,00	0,00	151.346,61	0,00	c)
AVIS	190.760,87	111.277,18	79.483,69	0,00	0,00	190.760,87	0,00	c)
BEJA	314.042,33	314.042,33	0,00	0,00	0,00	314.042,33	0,00	c)
BOMBARRAL	282.185,28	282.185,28	0,00	0,00	0,00	282.185,28	0,00	c)
CADAVAL	222.944,72	222.944,72	0,00	0,00	0,00	222.944,72	0,00	c)
CARTAXO	438.027,22	140.000,00	240.000,00	58.027,22	0,00	438.027,22	0,00	c)
CASTANHEIRA DE PÉRA	270.279,03	223.964,50	0,00	0,00	0,00	223.964,50	46.314,53	a) Documento 1
COVILHÃ	233.314,93	233.314,93	0,00	0,00	0,00	233.314,93	0,00	c)
FERREIRA DO ZÊZERE	66.045,17	66.045,17	0,00	0,00	0,00	66.045,17	0,00	c)
FIGUEIRÓ DOS VINHOS	383.318,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	383.318,24	a) Documento 3
FUNDÃO	793.005,59	113.286,00	0,00	0,00	0,00	113.286,00	679.719,59	a) Documento 4
GUARDA	806.195,29	806.195,29	0,00	0,00	0,00	806.195,29	0,00	c)
MADALENA	58.821,36	58.821,36	0,00	0,00	0,00	58.821,36	0,00	c)
MIRANDA DO DOURO	856.467,57	718.590,00	137.877,57	0,00	0,00	856.467,57	0,00	c)
MIRANDELA	785.784,81	289.506,00	496.278,81	0,00	0,00	785.784,81	0,00	c)
MONCHIQUE	481.787,07	241.500,00	240.287,07	0,00	0,00	481.787,07	0,00	c)
MOURÃO	81.263,88	81.263,88	0,00	0,00	0,00	81.263,88	0,00	c)
NAZARÉ	1.086.909,52	184.575,73	402.367,00	433.316,30	0,00	1.020.259,03	66.650,49	e)
OEIRAS	618.354,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	618.354,00	a) Documento 5
OLIVEIRA DO BAIRRO	112.447,62	112.447,62	0,00	0,00	0,00	112.447,62	0,00	c)
OURIQUE	784.866,13	65.000,00	180.000,00	180.000,00	90.000,00	515.000,00	269.866,13	d) Retenção em curso
PAÇOS DE FERREIRA	856.568,64	315.581,00	540.987,64	0,00	0,00	856.568,64	0,00	c)
PENAFIEL	576.822,23	576.822,23	0,00	0,00	0,00	576.822,23	0,00	c)
PENELA	237.129,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	237.129,54	a) Documento 6
POVOAÇÃO	826.271,68	276.868,00	439.206,00	110.197,68	0,00	826.271,68	0,00	c)
RIBEIRA GRANDE	975.528,59	196.000,00	336.000,00	336.000,00	84.000,00	952.000,00	23.528,59	a) Documento 7
SANTA COMBA DÃO	130.279,55	130.279,55	0,00	0,00	0,00	130.279,55	0,00	c)
SANTIAGO DO CACÉM	1.772.053,58	736.732,00	1.035.321,58	0,00	0,00	1.772.053,58	0,00	c)
SÃO PEDRO DO SUL	211.866,85	211.866,85	0,00	0,00	0,00	211.866,85	0,00	c)
SARDOAL	358.979,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	358.979,91	a) Documento 8
SEIXAL	10.496.680,18	0,00	0,00	0,00	80.117,00	80.117,00	10.416.563,18	a) Documento 5
SERTÃO	195.243,65	195.243,65	0,00	0,00	0,00	195.243,65	0,00	c)
TAROUCA	250.604,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	250.604,47	a) Documento 9
VAGOS	66.836,81	66.836,81	0,00	0,00	0,00	66.836,81	0,00	c)
VALENÇA	118.175,32	118.175,32	0,00	0,00	0,00	118.175,32	0,00	c)
VALPAÇOS	578.802,46	289.408,00	289.394,46	0,00	0,00	578.802,46	0,00	c)
VIANA DO CASTELO	604.074,56	604.074,56	0,00	0,00	0,00	604.074,56	0,00	c)
VIEIRA DO MINHO	128.917,28	105.000,00	23.917,28	0,00	0,00	128.917,28	0,00	c)
VILA DE REI	130.892,95	130.892,95	0,00	0,00	0,00	130.892,95	0,00	c)
VILA FLOR	116.990,94	116.990,94	0,00	0,00	0,00	116.990,94	0,00	c)
VILA FRANCA DO CAMPO	126.972,71	21.529,00	0,00	0,00	0,00	21.529,00	105.443,71	a) Documento 10
VILA POUCA DE AGUIAR	97.491,36	52.500,00	44.991,36	0,00	0,00	97.491,36	0,00	c)
VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO	268.297,80	192.896,00	75.401,80	0,00	0,00	268.297,80	0,00	c)
VILA VERDE	802.469,56	802.469,56	0,00	0,00	0,00	802.469,56	0,00	c)
TOTAL GERAL	30.632.718,03	9.837.310,93	4.624.576,87	1.117.541,20	254.117,00	15.833.546,00	14.799.172,03	
TOTAL CONTINENTE	28.645.123,69	9.284.092,57	3.849.370,87	671.343,52	170.117,00	13.974.923,96	14.670.199,73	
TOTAL RAA	1.987.594,34	553.218,36	775.206,00	446.197,68	84.000,00	1.858.622,04	128.972,30	

Fonte: DGAL

a) Processo suspenso/terminado por indicação da ADSE.

b) Processo suspenso a aguardar esclarecimentos.

c) Processo pago na totalidade.

d) Processo em curso

e) Processo Suspenso - penhora de crédito em curso retenção de 20% do FEF e participação variável do IRS (art.º 39.º Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro)

Freguesias

DISTRITO	MUNICÍPIO	FREGUESIA ANTIGA	FREGUESIA (Reorganização administrativa do território das freguesias - Lei n.º 11-A/2013, de 28 de jan)	DÍVIDA TOTAL ADSE	Total retido 2011	Total retido 2012	Total retido 2013	Total retido 2014 (julho)	Total pago	Valor em dívida	Observações
SANTARÉM	ALMEIRIM	Almeirim	Almeirim	71.188,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	71.188,85	e)
SANTARÉM	ALPIARÇA	Alpiarça	Alpiarça	38.638,47	5.000,00	10.000,00	10.000,00	7.500,00	32.500,00	6.138,47	d) Retenção em curso
FARO	SILVES	Armação Pêra	Armação de Pêra	64.714,76	3.993,00	7.935,00	7.934,00	5.965,00	25.827,00	38.887,76	d) Retenção em curso
VILA REAL	MONDIM DE BASTO	Atei	Atei	19.081,46	4.426,00	8.464,00	6.191,46	0,00	19.081,46	0,00	c) Retido na totalidade
BEJA	BARRANCOS	Barrancos	Barrancos	32.477,10	11.479,00	22.140,00	7.515,00	0,00	41.134,00	-8.656,90	b) Documento 1
LISBOA	SINTRA	Belas	União das freguesias de Queluz e Belas	44.988,73	10.533,00	0,00	0,00	0,00	10.533,00	34.455,73	a) Documento 11
LISBOA	OEIRAS	Carnaxide	União das freguesias de Carnaxide e Queijas	53.098,43	7.061,00	16.890,00	16.889,00	25.159,86	65.999,86	-12.901,43	c) Documento 12
PORTO	PORTO	Cedofeita	União das freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória	230.478,98	12.225,00	26.801,00	26.800,00	47.451,00	113.277,00	117.201,98	d) Retenção em curso
PORTO	GONDOMAR	Covelo	União das freguesias de Foz do Sousa e Covelo	23.408,94	5.109,00	9.758,00	8.541,94	0,00	23.408,94	0,00	c) Retido na totalidade
PORTO	VILA NOVA DE GAIA	Gulpilhares	União das freguesias de Gulpilhares e Valadares	31.230,06	8.379,00	16.182,00	6.669,06	0,00	31.230,06	0,00	c) Retido na totalidade
PORTO	VILA NOVA DE GAIA	Madalena	Madalena	75.171,90	6.952,00	14.119,00	14.119,00	10.243,86	45.433,86	29.738,04	d) Retenção em curso
SANTARÉM	SALVATERRA DE MAGOS	Muge	Muge	39.766,74	4.355,00	8.513,00	8.512,00	6.362,00	27.742,00	12.024,74	d) Retenção em curso
LISBOA	CASCAIS	Parede	União das freguesias de Carcavelos e Parede	69.666,52	1.838,00	8.691,00	8.689,00	19.218,00	38.436,00	31.230,52	d) Retenção em curso
PORTO	PORTO	Sé	União das freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória	144.133,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	144.133,04	e); f)
LISBOA	AMADORA	Venteira	Venteira	16.969,20	16.969,20	0,00	0,00	0,00	16.969,20	0,00	c) Retido na totalidade
AVEIRO	OLIVEIRA DE AZEMÉIS	Vila Cucujães	Vila de Cucujães	42.456,55	10.862,00	20.809,00	10.785,55	0,00	42.456,55	0,00	c) Retido na totalidade
TOTAL CONTINENTE				997.469,73	109.181,20	170.302,00	132.646,01	121.899,72	534.028,93	463.440,80	
TOTAL RAA				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
TOTAL RAM				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
TOTAL				997.469,73	109.181,20	170.302,00	132.646,01	121.899,72	534.028,93	463.440,80	

Fonte: DGAL

a) Processo suspenso/terminado por indicação da ADSE.

b) Processo suspenso a aguardar esclarecimentos.

c) Processo pago na totalidade.

d) Processo em curso

e) Processo Suspenso - penhora de crédito em curso retenção de 20% do FEF e participação variável do IRS (art.º 39.º Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro)

f) A Junta de Freguesia Sé e a Junta de Freguesia de Cedofeita do Município do Porto foram agregadas com a reorganização administrativa do território, o montante de €144.133,04 correspondente ao valor da dívida da antiga Junta de Freguesia de Sé será retido após término da retenção da dívida da antiga Junta de freguesia de Cedofeita.



Anexo 29 – Autarquias que incluíram dívidas à ADSE no PAEL

PAEL I

Município	Dívidas à ADSE incluídas no quadro VI do PAF				Dívidas à ADSE incluídas no quadro VII do PAF		Observações
	Dívidas elegíveis	Pagamentos efetuados	Dívidas anuladas ou não devidas	A aguardar pagamento e/ou validação	A pagar no âmbito de eventual processo de reequilíbrio financeiro promovido conjuntamente com o PAEL		
					Sim	Não	
(1)	(2)	(3)	(4) = (1)-(2)-(3)				
Ansião	7.290,49	5.407,19	1.883,30	0,00	0,00	0,00	De acordo com a informação do município o valor de €1.883,30 refere-se a uma factura que após reconciliação efetuada entre entidades, foi identificada como não devida, não tendo sido objecto de pagamento,
Évora	432.826,08	432.826,08	0,00	0,00	0,00	62.796,27	
Santarém	927.390,94	891.395,99	11.068,09	24.926,86	7.198,95	0,00	De acordo com a informação do município o montante de €11.068,09 refere-se a uma factura identificada como não devida por ter sido registada em duplicado e ainda de valores anulados através de notas de crédito.
Porto Santo	10.490,23	0,00	0,00	10.490,23	0,00	0,00	
Vila do Conde	1.344.500,93	1.344.500,93	0,00	0,00	0,00	286.890,83	
Vila Real de Santo António	39.451,88	0,00	0,00	39.451,88	46.572,71	0,00	
Nazaré	0,00	0,00	0,00	0,00	692.218,88	0,00	Contrato PAEL a aguardar assinatura
Nelas	7.030,88	7.030,88	0,00	0,00	0,00	0,00	
Santa Cruz	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.342,29	
Vila Nova de Poiares	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Contrato a aguardar visto do Tribunal de Contas
Santa Comba Dão	6.597,27	0,00	0,00	6.597,27	0,00	6.535,11	Contrato a aguardar visto do Tribunal de Contas
Moimenta da Beira	5.959,82	2.781,12	0,00	3.178,70	0,00	11.412,98	
Portimão				0,00			O TC recusou o visto ao contrato PAEL
Freixo de Espada à Cinta	59.773,48	59.773,48	0,00	0,00	1.996,41	0,00	
Cartaxo	183.306,16	0,00	0,00	183.306,16	36.248,99	0,00	Contrato a aguardar visto do Tribunal de Contas
Celorico da Beira	680.093,79	0,00	0,00	680.093,79	50.214,31	0,00	Contrato a aguardar visto do Tribunal de Contas
Espinho	1.181.522,11	1.181.522,11	0,00	0,00	0,00	0,00	
Machico				0,00			Desistiram (sessão da assembleia municipal de 22-02-2013)
Trofa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.595,86	
Fundão	475.362,46	475.362,46	0,00	0,00	0,00	6.899,08	
Montemor-o-Velho	0,00	0,00	0,00	0,00	1.430,17	0,00	Contrato a aguardar visto do Tribunal de Contas
Faro	246.414,04	0,00	0,00	246.414,04	0,00	66.596,28	
Mourão	45.525,13	17.614,33	140,91	27.769,89	0,00	15.986,49	Estorno no montante de €140,91
Ourique				0,00			Desistiram (sessão da assembleia municipal de 11-06-2014)
Alijó	13.264,67	0,00	0,00	13.264,67	58.098,85	0,00	
Vizela	0,00	0,00	0,00	0,00	4.326,43	0,00	Contrato PAEL a aguardar assinatura
	5.666.800,36	4.418.214,57	13.092,30	1.235.493,49	898.305,70	461.055,19	

Fonte: DGAL

PAEL II

Município Progama II	Dívidas à ADSE incluídas no quadro VI do PAF				Observações
	Dívidas elegíveis	Pagamentos efetuados	Dívidas anuladas ou não devidas	A aguardar pagamento e/ou validação	
	(1)	(2)	(3)	(4) = (1)-(2)-(3)	
Tavira	20.624,87	20.624,87	0,00	0,00	
Vila Verde	55.173,57	0,00	0,00	55.173,57	
Chaves	552.899,71	552.899,71	0,00	0,00	
São Pedro do Sul	41.659,11	41.659,11	0,00	0,00	
Póvoa de Lanhoso	235.433,06	235.433,06	0,00	0,00	
Vale de Cambra	11.737,94	0,00	0,00	11.737,94	
Viana do Castelo	284.197,53	284.197,53	0,00	0,00	
Ponte da Barca	2.348,66	2.348,66	0,00	0,00	
Melgaço	19.669,74	19.669,74	0,00	0,00	
Montijo	141.621,90	141.621,90	0,00	0,00	
Arruda dos Vinhos	28.080,42	28.080,42	0,00	0,00	
Valongo	96.504,59	96.504,59	0,00	0,00	
Barreiro	1.824.543,17	1.796.883,04	0,00	27.660,13	
Loulé	93.133,61	93.133,61	0,00	0,00	
Reguengos de Monsaraz	44.338,53	0,00	0,00	44.338,53	
Ílhavo	23.752,76	23.752,76	0,00	0,00	
Alvaiázere	46.398,16	46.398,16	0,00	0,00	
Lousã	64.196,53	64.196,53	0,00	0,00	
Estremoz	34.191,86	34.191,86	0,00	0,00	
Torres Novas	696.711,73	672.691,12	0,00	24.020,61	
Peniche	313.120,03	313.120,03	0,00	0,00	
Olhão	499.642,12	499.642,12	0,00	0,00	
Sines	210.663,13	210.663,13	0,00	0,00	
Tábua	6.632,37	6.632,37	0,00	0,00	
Chamusca	120.370,12	120.370,12	0,00	0,00	
Sesimbra	2.170.717,25	2.170.717,25	0,00	0,00	
Vila Nova de Gaia	924.036,89	750.640,73	0,00	173.396,16	
Azambuja	60.656,24	60.656,24	0,00	0,00	
Alenquer	413.062,55	413.062,55	0,00	0,00	
Alcobaça	287.891,91	287.891,91	0,00	0,00	
Grândola	61.562,60	61.562,60	0,00	0,00	
Miranda do Douro	1.444,58	1.444,58	0,00	0,00	
Entroncamento	357.402,28	346.365,35	0,00	11.036,93	
Vieira do Minho	12.133,99	11.867,99	266,00	0,00	Fatura anulada por razões não imputáveis ao município.
Peso da Régua	84.885,78	68.606,16	0,00	16.279,62	
Aljustrel	44.230,56	27.425,75	0,00	16.804,81	
Vila Nova de Paiva	36.737,02	36.737,02	0,00	0,00	
Vila Nova da Barquinha	72.612,37	72.612,37	0,00	0,00	
Oliveira de Azeméis	82.910,30	52.143,33	0,00	30.766,97	
	10.077.929,54	9.666.448,27	266,00	411.215,27	

Fonte: DGAL



Anexo 30 – Circularização efetuada a entidades da Administração Local

Síntese dos resultados da circularização feita a entidades da Administração Local

Código	Sistema da ADSE	Informação prestada pelas entidades				Total equivalente à ADSE	Divergências Entidade/ADSE	OBSERVAÇÕES
	Saldo Global_31_12_2013	Reembolso	Capitação	Quotização				
4886	11 963 787,76	11 963 786,57	0,00	0,00	11 963 786,57	1,19		
4771	2 329 804,03	2 321 324,44	0,00	0,00	2 321 324,44	8 479,59		
4888	1 819 618,00	1 825 120,48	842,05	10 127,50	1 836 090,03	-16 472,03		
4638	1 608 795,09	1 589 067,06	0,00	7 846,25	1 596 913,31	11 881,78		
4889	1 283 015,78	51 759,06	0,00	853,75	52 612,81	1 230 402,97	Prescrição invocada pelo Município	
3705	1 219 174,96	1 219 175,45	0,00	0,00	1 219 175,45	-0,49		
4360	1 097 846,74	1 108 633,89	0,00	0,00	1 108 633,89	-10 787,15		
4416	916 834,34	12 168,66	904 665,68	0,00	916 834,34	0,00		
3692	862 211,05	886 793,34			886 793,34	-24 582,29		
4352	829 189,96	816 131,17	36 865,87	3 408,15	856 405,19	-27 215,23		
3703	931 789,34	895 115,57		6 641,25	901 756,82	30 032,52		
4260	746 503,47						Não respondeu	
4878	685 372,37	683 105,79	0,00	2 402,50	685 508,29	-135,92		
4887	667 426,12	607 311,78	0,00	0,00	607 311,78	60 114,34	Entidade com plano de regulariação	
5014	611 211,57	222 063,72	0,00	0,00	222 063,72	389 147,85	Entidade com plano de regulariação	
4984	593 594,84	593 594,84	5 985,37	0,00	599 580,21	-5 985,37		
4084	593 429,25	588 836,09	0,00	0,00	588 836,09	4 593,16		
4173	545 781,68	545 781,68	0,00	1 453,75	547 235,43	-1 453,75		
4008	494 247,85	491 476,28	2 335,18	5 090,89	498 902,35	-4 654,50		
4023	485 320,31	418 831,35	0,00	0,00	418 831,35	66 488,96	Entidade com plano de regulariação	
4076	452 607,02	450 641,44			450 641,44	1 965,58		
4569	444 976,35	441 336,87	0,00	0,00	441 336,87	3 639,48		
4769	429 837,17	393 532,57	430,50	0,00	393 963,07	35 874,10		
3794	427 216,79	419 325,04	3 766,55	0,00	423 091,59	4 125,20		
4078	406 509,09	417 141,34	187,73		417 329,07	-10 819,98		
4898	396 455,16	233 406,77	0,00	0,00	233 406,77	163 048,39		
4773	364 469,97	108 089,61	0,00	730,00	108 819,61	255 650,36	Prescrição invocada pelo Município de alguns montantes	
4881	349 372,30	348 897,16		835,00	349 732,16	-359,86		
4630	333 066,85	333 066,85	6 528,62	0,00	339 595,47	-6 528,62		
4634	324 423,79	324 429,39			324 429,39	-5,60		
4079	311 172,76	309 877,20	0,00	0,00	309 877,20	1 295,56		
4167	300 686,70	268 599,60	0,00	1 705,00	270 304,60	30 382,10		
4977	278 899,56	212 173,00	18 194,21	0,00	230 367,21	48 532,35		
4348	277 789,83	203 992,31	0,00	1 075,00	205 067,31	72 722,52		
4283	273 147,23	134 908,29			134 908,29	138 238,94		
4978	271 664,08	268 191,40	0,00	0,00	268 191,40	3 472,68		
4880	261 428,72	106 810,54	0,00	0,00	106 810,54	154 618,18		
4354	246 007,70	263 423,82	44 428,97	0,00	307 852,79	-61 845,09		
4177	228 755,57	193 458,73	8 103,96	0,00	201 562,69	27 192,88		
4087	215 725,69	221 649,84			221 649,84	-5 924,15		
3943	201 561,33	0,00	0,00	0,00	0,00	201 561,33	Apesar do valor divergente, é uma entidade que em 2014 começou a regularizar a dívida à ADSE, em resultado do pedido de	
4765	183 524,02						Não respondeu	
4553	183 426,14	234 485,50	0,00	15,00	234 500,50	-51 074,36		
4759	173 019,45	157 020,71	0,00	1 695,75	158 716,46	14 302,99		
3948	171 973,95						Não respondeu	
5044	166 670,26	183 322,53	5 088,26	0,00	188 410,79	-21 740,53		
3720							Resposta junto com o município	
4074	147 222,32	144 824,73	0,00	1 921,84	146 746,57	475,75		
4293	139 707,17	139 374,42	120 288,02	1 243,75	260 906,19	-121 199,02		
4458	135 945,21	135 945,23			135 945,23	-0,02		
3950	132 954,38	135 781,36	0,00	0,00	135 781,36	-2 826,98		
3691	132 641,06	159 818,20			159 818,20	-27 177,14		
4381	131 637,04						Não respondeu	
3944	124 881,20	127 902,80	0,00	646,25	128 549,05	-3 667,85		
4884	122 982,80	123 011,26	0,00	0,00	123 011,26	-28,46		
4170	108 035,88	47 527,34			47 527,34	60 508,54		
5059	104 385,84	100 108,11	7 336,07	2 958,75	110 402,93	-6 017,09		
4287	103 620,59	103 620,59	0,00	0,00	103 620,59	0,00		
4448	97 095,42	96 873,12			96 873,12	222,30		
4660	93 952,99	93 885,16	0,00	67,41	93 952,57	0,42		
5060	93 720,97	95 996,14	0,00	0,00	95 996,14	-2 275,17		
	39 628 124,86	34 572 526,19	1 165 047,04	50 717,79	35 788 291,02	2 606 195,36		



Autarquias Locais (justificação para o não pagamento da dívida)

Dívida prescrita
Faturação em conferência por estarem a ser faturados tratamentos não efetuados
Falta de disponibilidade financeira
Faturação dentro do prazo de pagamento
Faturação entretanto paga (a informação reportava-se a dez de 2013 e foi prestada em agosto de 2014)
Dívida com acordo para pagamento
Faturação não rececionada pela entidade que apenas teve conhecimento na consulta à sua C/C disponível na ADSE Direta

Fonte: Entidades objeto da circularização.



Anexo 31 – Relações entre o SNS e os Serviços Regionais de Saúde

Conforme referido no ponto 9.1 do Desenvolvimento, as atribuições do SNS, nas Regiões Autónomas, são desenvolvidas pelos Serviços Regionais de Saúde.

Apesar do art.º 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP) estabelecer que “O direito à proteção da saúde é realizado (...) [a]través de um serviço nacional de saúde universal e geral” e que “incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde”, a mesma deixou ao legislador ordinário os meios para que o Estado prossiga essa incumbência, tendo este optado por:

- ✚ um sistema de saúde que inclui (Base XII da LBS - Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de agosto):
 - o Serviço Nacional de Saúde, com estatuto próprio e composto pelas instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde;
 - todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde;
 - todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de todas ou de algumas das atividades antes referidas;
- ✚ por diferentes modelos de financiamento do SNS (Base XXXIII da LBS), designadamente:
 - pelo Estado, através do Orçamento do Estado;
 - pelos beneficiários na parte que lhe couber (v.g. as taxas moderadoras) e por utentes não beneficiários do SNS quando não há terceiros responsáveis por esses encargos;
 - por entidades terceiras legal ou contratualmente responsáveis por esses encargos, como os subsistemas de saúde e as seguradoras.

Quanto ao direito à proteção da saúde nas Regiões Autónomas, a Base VIII da LBS, em conformidade com o n.º 4 do art.º 64º da CRP que prevê a “gestão descentralizada e participada” do SNS, estabelece que “Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira a política de saúde é definida e executada pelos órgãos do governo próprio, em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição da República e pela presente lei.”³³⁹ e que as Regiões “devem publicar regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde”.

Correspondentemente, os Estatutos Políticos Administrativos das Regiões Autónomas dispõem o seguinte:

Artigo 59.º da Lei n.º 39/80, de 5 de agosto (alterada pelas Leis n.ºs 9/87, de 26 de março; 61/98, de 27 de agosto e 2/2009, de 12 de janeiro -Estatuto Político-Administrativo da RA Açores), sob a epígrafe “Saúde”

“1 - Compete à Assembleia Legislativa legislar em matéria de política de saúde.

2 - A matéria correspondente à política de saúde abrange, designadamente

a) O serviço regional de saúde, incluindo a sua organização, planeamento, funcionamento, financiamento e recursos humanos (...).”

Artigo 37º, n.º 1, al. e), da Lei n.º 130/99, de 21 de agosto (Estatuto Político-Administrativo da RA Madeira), sob a epígrafe “Competência legislativa”

³³⁹ Em Portugal continental esta definição é competência do Governo, cabendo ao Ministério da Saúde propor essa definição, cfr. Base VI. Também, de acordo com essa Base, os serviços centrais do Ministério da Saúde exercem, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção.



“1 - Compete à Assembleia Legislativa Regional, no exercício de funções legislativas:

(...)

e) Desenvolver, em função do interesse específico da Região, as leis de bases em matérias não reservadas à competência da Assembleia da República, bem como as previstas nas alíneas f), g), h), n) t) e u) do n.º 1 do artigo 165.º da Constituição (...) [sendo que al. f) do art.º 165º da CRP refere-se à lei de bases da saúde]

À semelhança do que sucedeu em Portugal continental, onde o Governo aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (ESNS), que regulamenta a LBS, as Assembleias Regionais aprovaram os Estatutos dos respetivos Serviços Regionais de Saúde³⁴⁰.

Conforme neles referido:

- O SNS é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde, que tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva. É financiado pelo Estado, pelos utentes não beneficiários do SNS e pelos beneficiários na parte que lhes couber, pelos subsistemas de saúde e pelas entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato (art.ºs 1º, 2º e 23º do ESNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).
- O SRS Açores é um conjunto articulado e coordenado de entidades prestadoras de cuidados de saúde, organizado sob a forma de sistema público de saúde, sob a tutela da secretaria regional competente, através dos seus serviços adequados, incumbindo-lhe a efetivação, na Região Autónoma dos Açores, da responsabilidade que a Constituição e a lei atribuem aos seus órgãos de governo próprio na promoção e proteção das condições de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. É financiado pela Região, os utentes não beneficiários do SRS/RA e os beneficiários deste e dos subsistemas na parte que lhes couber, os subsistemas de saúde, as entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato (art.ºs 1º, 3º e 28º do ESRSAçores, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho);
- O SRS Madeira é um conjunto ordenado de instituições e serviços públicos, que desenvolvem atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, na área da saúde, funcionando sob a superintendência e a tutela do Secretário Regional dos Assuntos Sociais e dispõe de regime próprio. Integra³⁴¹ o Sistema Regional de Saúde que visa a efetivação do direito à proteção da saúde e desenvolve-se em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição da República, pelo Estatuto Político-Administrativo, pela Lei de Bases da Saúde. O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM) que integra os estabelecimentos que compõem o Serviço Regional de Saúde, é financiado pela Região e por entidades terceiras, designadamente os subsistemas de saúde que suportam o pagamento dos serviços prestados, nos termos da legislação em vigor e dos acordos e tabelas aprovadas (art.ºs 1º, 2º e 10º do ESRSMadeira, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril, e art.ºs 3º, 4º, 7º e 23º dos Estatuto da SESARAM, aprovados pelo Decreto Legislativo Regional n.º 12/2012/M, de 2 de julho).

³⁴⁰ Os estatutos atualmente em vigor, embora com alterações, constam dos seguintes diplomas: Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril, conjugado com o Decreto Legislativo Regional n.º 12/2012/M, de 2 de julho, e Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho.

³⁴¹ Juntamente com entidades privadas e profissionais liberais que acordem com o Serviço Regional de Saúde a prestação de cuidados de saúde.



Em suma, da legislação *supra* decorre que os SRS/RA integram o sistema de saúde, sendo compostos por entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, cfr. preconizado na Base XII da LBS, e executam nas Regiões Autónomas, em conformidade com a CRP e a LBS, as atribuições, que o SNS, composto por entidades dependentes do Ministério da Saúde e financiado pelo orçamento do Estado, exerce no continente, sendo autónomos deste, em termos políticos (sem prejuízo da subordinação à CRP e à LBS, a política de saúde é definida por órgãos próprios da região), administrativos (dependentes de órgãos administrativos próprios) e financeiros (financiados pelos orçamentos das Regiões)³⁴². A autonomia financeira dos SRS/RA é corolário, também, do princípio da independência orçamental, consagrado na CRP, Estatutos Político-Administrativos das Regiões Autónomas, Lei de Enquadramento Orçamental e Lei das Finanças das Regiões Autónomas.

As relações entre os SRS/RA e o SNS quando os respetivos beneficiários auferem cuidados de saúde prestados em serviços e instituições dos outros serviços não é pacífica, verificando-se a existência de litígios judiciais com vista à determinação da entidade financeiramente responsável por aqueles cuidados, entendendo, em síntese:

- os SRS/RA que não têm de suportar os encargos com cuidados prestados pelas instituições e serviços do SNS por os beneficiários dos mesmos serem igualmente beneficiários do SNS; e
- o SNS que a responsabilidade financeira dos SRS/RA decorre dos normativos invocados, designadamente do art.º 23º, n.º 1, al. b), do ESNS³⁴³.

A este respeito, verifica-se que, designadamente os contratos programa celebrados entre o Estado e hospitais do SNS³⁴⁴, com base nos quais estes são financiados, incluem as prestações de saúde aos beneficiários do SNS e, em conformidade com as normas introduzidas nos orçamentos do Estado desde os Memorandos de 2010, aos utentes dos subsistemas públicos, mas não incluem os cuidados de saúde prestados aos utentes dos SRS/RA e aos utentes beneficiários de terceiros pagadores. Também o contrato-programa celebrado entre o Governo Regional da Madeira e a SESARAM³⁴⁵ inclui as prestações de saúde aos utentes do SRS/RA e do subsistema de saúde ADSE (serviços regionalizados e aposentados da Administração Local da Região), excluindo todos os outros quotizados da ADSE e de outras entidades legal ou contratualmente responsáveis.

Com vista a solucionar os diferendos entre instituições, os Orçamentos do Estado, desde 2013, têm estabelecido que o “pagamento das prestações de serviços efetuadas pelas entidades do SNS a pessoas singulares fiscalmente residentes nas regiões autónomas é da responsabilidade do Serviço Regional de Saúde respetivo.”, cuja conformidade constitucional tem sido questionada pelos SRS/RA³⁴⁶.

Para além da norma citada, não existe nenhuma outra que expressamente atribua a responsabilidade pelos cuidados prestados aos beneficiários do SNS e dos SRS/RA quando estes se encontram temporariamente deslocados das respetivas áreas de residência e, acidentalmente³⁴⁷, necessitam de cuidados de saúde.

³⁴² No sentido de não integrarem o Serviço Nacional de Saúde, *vide* Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 75/2010, de 23 de fevereiro.

³⁴³ Cfr. Acórdão do Tribunal Central Administrativo, de 5 de junho de 2014, proferido no processo n.º 10121/13.

³⁴⁴ Disponíveis em <http://www.acss.min-saude.pt>.

³⁴⁵ Publicado no Jornal Oficial da RAM, IIS, n.º 8, de 13 de janeiro de 2014.

³⁴⁶ Cfr. Acórdão do Tribunal Central Administrativo, citado.

³⁴⁷ Quando o cuidado de saúde é programado, os SRS/RA assumem a responsabilidade financeira (cfr, designadamente o art.º 43º do Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A, nas situações em que se reconhece não haver capacidade técnica no SRS/RA, sendo necessário



Porém, da legislação e instrumentos contratuais aplicáveis, *supra* mencionados, decorre a exclusão da responsabilidade financeira dos serviços e entidades integradas em cada serviço de saúde – SNS ou SRS/RA – por cuidados prestados a utentes beneficiários de terceiros pagadores³⁴⁸. Assim, considerando a autonomia dos SRS/RA face ao SNS, aqueles devem ser considerados por este terceiros pagadores e este deve ser considerado por aqueles terceiro pagador.

No que respeita à comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, verifica-se que, também, aqui existe autonomia dos SRS/RA face ao SNS:

- o Decreto-Lei n.º 242-B/2006, de 29 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro, sobre o sistema de pagamento, às farmácias, da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, “... estabelece o recebimento, pelas farmácias, da comparticipação do Estado no preço de venda ao público (PVP) dos medicamentos dispensados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que não estejam abrangidos por nenhum subsistema.”;
- a Portaria n.º 176/2009, de 31 de dezembro, da Região Autónoma da Madeira, alterada pela Portaria n.º 126/2012, regula o procedimento de pagamento às farmácias por esta Região Autónoma; e
- o artigo 59.º da Lei n.º 39/80, de 5 de agosto (alterada pelas Leis n.ºs 9/87, de 26 de março; 61/98, de 27 de agosto e 2/2009, de 12 de janeiro -Estatuto Político-Administrativo da RA Açores), sob a epígrafe “Saúde” estabelece, também, que “Compete à Assembleia Legislativa legislar em matéria de política de saúde”, designadamente sobre “O regime de licenciamento e funcionamento das farmácias e o *acesso ao medicamento*” (itálico nosso).

No que concerne à Região Autónoma da Madeira, a exceção a esta autonomia, decorre de uma adenda ao Protocolo de 1998³⁴⁹, celebrada em 27 de abril de 2012, nos termos da qual “[a] comparticipação das receitas, aviadas pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde, quando se encontrem temporariamente deslocados na RAM, é faturada diretamente pelas farmácias da Região Autónoma da Madeira ao Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM, que suporta os respetivos encargos” e “[a] comparticipação das receitas, aviadas pelos utentes do Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, quando se encontrem temporariamente deslocados no Continente, é faturada diretamente pelas farmácias do Continente às Administrações Regionais de Saúde da região do local do Continente onde é aviada a receita, que suportam os respetivos encargos.”.

enviar o beneficiário para o SNS, conjugado, por exemplo, com o art.º 14º, al. d), do Regime jurídico dos hospitais integrados no SRS/RA dos Açores organizados como entidades públicas empresariais, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro).

³⁴⁸ Refira-se que, existindo, desde 1998, um protocolo entre o Ministério da Saúde e representantes do Governo da Região Autónoma da Madeira, que regula de um modo geral a cooperação técnica e científica entre os serviços de saúde, e que, entre outros aspetos estabelece como princípio geral que “[é] assegurado pelo Ministério da Saúde: 1. O acesso aos serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde, aos cidadãos da Região Autónoma que se encontram deslocados temporariamente no Continente, em regime de reciprocidade.”, questionada a ACSS, IP, sobre se este princípio tinha algum alcance financeiro, uma vez que o protocolo nada refere, a mesma respondeu que “no que concerne à prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS/SRSM, deslocados temporariamente, as entidades financeiramente responsáveis pelos mesmos são as seguintes: O SNS, no caso do utente ter morada fiscal no continente; O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE, no caso do utente ter morada fiscal na RAM”, ou seja o que decorre da norma legal introduzida no OE desde 2013 e decorre, embora não expressamente como referido no texto, da legislação aplicável.

³⁴⁹ A que se fez referência em nota de rodapé anterior (n.º 348).



Anexo 32 – Dívida contabilizada pelos Serviços Regionais de Saúde

Serviço Regional de Saúde dos Açores

SRS AÇORES - DIVIDA DA ADSE						
ENTIDADE	Dívida a 31-12-2013			Dívida a 31-05-2014		
	até 31.12.2009	após 01.01.2010	Total 31-12-2013	até 31.12.2009	após 01.01.2010	Total 31-05-2013
Hospital da Horta	195 692	6 316 866	6 512 557	195 692	6 597 130	6 792 821
HDES- Ponta Delgada - EPE	2 913 891	19 235 155	22 149 045	2 913 891	20 875 312	23 789 203
Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, E.P.E.	1 439 489	10 292 329	11 731 818	1 439 489	10 667 721	12 107 210
USI Convo	0	0	0	0	0	0
UISIFaial	131 020	598 949	729 968	131 020	623 284	754 304
Unidade de Saúde da Ilha das Flores	97 853	458 181	556 035	97 853	491 299	589 152
Unidade Saúde da Ilha Graciosa	51 730	344 676	396 405	51 730	377 955	429 685
USI Pico	0	112 558	112 558	0	151 313	151 313
Unidade de Saúde da Ilha de Santa Maria	398 685	3 207 807	3 606 492	398 685	3 268 711	3 667 395
Unidade de Saude de Ilha de São Jorge	135 933	481 042	616 975	135 933	535 250	671 184
Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel	554 572	3 948 300	4 502 872	554 572	4 181 918	4 736 490
Unidade de Saúde da Ilha Terceira	215 863	2 049 008	2 264 871	215 863	2 196 344	2 412 206
Centro de Oncologia dos Açores	35 524	163 045	198 569	35 524	163 045	198 569
TOTAL	6 170 252	47 207 916	53 378 167	6 170 252	50 129 280	56 299 532

Fonte: Elaboração própria com base em dados reportados pelas entidades do quadro.

Serviço Regional de Saúde da Madeira

SRS MADEIRA - DIVIDA DA ADSE						
ENTIDADE	Dívida a 31-12-2013			Dívida a 31-05-2014		
	até 31.12.2009	após 01.01.2010	Total 31-12-2013	até 31.05.2010	após 01.06.2010	Total 31-05-2013
SESARAM, EPE	1 291 230	19 484 777	20 776 007	2 008 192	20 317 073	22 325 265
TOTAL	1 291 230	19 484 777	20 776 007	2 008 192	20 317 073	22 325 265

Fonte: Elaboração própria com base em dados reportados pelas entidades do quadro.

Anexo 33 – Dívida da Administração Regional dos Açores

Dívida de entidades da Região Autónoma dos Açores

Unid.: €

Código	Dívida 31_12_2013	Dívida 30_12_2014
9	3 262 344	4 336 134
8655	48	-
8602	3	3
8640	1	3
8551	-	3
8853	-	3
Total	3 262 395	4 336 144

Fonte: ADSE/DSB - SICOF (ficheiro de dívidas).



Anexo 34 – Dívida da Administração Regional da Madeira

Código da entidade	ADSE Dívida 31_12_2013	ADSE Dívida 30_12_2014**	Dívida reportada pelas entidades a 31_12_2013	Dif. ADSE/Entidade 31_12-2013
8236	344 412	471 513	-	S/ informação de dívida
8250	302 207	-	302 597	- 390
8271	115 583	-	115 583	-
7	98 678	-	3 321	95 357
8251	94 003	-	94 003	0
8241	79 254	79 776	-	S/ resposta
8252	75 366	-	75 366	-
8237	73 753	-	-	S/ resposta
8231	61 821	-	61 821	-
8310	57 073	73 112	57 073	-
8284	55 866	65 791	55 930	- 64
8305	55 226	83 269	-	S/ informação de dívida
8841	54 497	-	54 497	-
8242	53 268	-	53 268	-
8273	52 022	-	52 022	-
8259	50 273	-	50 273	-
8289	45 430	57 389	-	S/ informação de dívida
8309	42 024	69 248	42 024	-
8302	41 820	47 636	-	S/ resposta
8264	40 564	-	40 564	-
8736	40 320	156 158	-	S/ resposta
8306	39 955	50 377	-	S/ informação de dívida
8295	38 429	65 653	-	S/ resposta
8303	35 298	50 249	-	S/ informação de dívida
8291	32 189	42 801	32 189	-
8219	29 959	33 014	-	S/ resposta
8258	28 200	-	28 200	-
8308	27 454	52 011	42 503	- 15 049
8300	27 425	36 075	-	S/ resposta
8307	27 084	45 515	27 074	10
8298	26 941	35 629	-	S/ resposta
8290	24 946	27 966	24 946	-
8257	22 834	-	22 834	-
8285	22 283	27 612	-	S/ resposta
8266	21 843	23 645	21 843	-
8255	21 741	-	21 741	-
8301	21 260	33 055	21 260	-
8286	21 018	27 714	-	S/ resposta
Subtotal	2 302 316	1 655 211	1 300 931	(...)

Código da entidade	ADSE Dívida 31_12_2013	ADSE Dívida 30_12_2014**	Dívida reportada pelas entidades a 31_12_2013	Dif. ADSE/Entidade 31_12-2013
8267	21 008	35 363	-	21 008
8288	20 258	24 150	20 258	-
8225	19 485	21 235	-	S/ informação de dívida
8253	18 327	-	18 327	-
8572	18 306	31 027	-	S/ informação de dívida
8293	18 075	22 920	18 075	-
8292	17 998	27 900	17 998	-
8229	17 989	24 175	-	S/ informação de dívida
8311	17 483	35 978	17 483	-
8304	17 308	22 400	-	S/ resposta
8228	15 931	41 049	32 599	- 16 668
8279	15 835	18 079	-	S/ informação de dívida
8294	15 776	28 994	-	S/ informação de dívida
8269	14 546	-	14 546	-
8274	14 185	-	14 185	-
8254	13 552	-	-	S/ resposta
8297	12 863	17 083	18 138	- 5 275
8217	12 635	19 980	12 635	-
8240	11 986	17 576	11 986	-
8287	11 604	18 308	7 075	4 529
8239	11 491	1 101 548	-	S/ resposta
8333	11 372	17 955	11 281	91
8609	11 289	-	-	Não foi remetido questionário*
8235	11 070	13 894	-	S/ resposta
8213	9 952	11 279	9 952	-
8263	9 940	-	9 940	-
8222	9 483	-	-	S/ resposta
8260	9 215	-	9 215	-
8247	8 667	-	-	Não foi remetido questionário*
8270	8 503	294 054	8 503	-
8244	8 475	-	-	Não foi remetido questionário*
8261	7 707	127 280	7 707	-
8224	7 061	-	-	Não foi remetido questionário*
8296	7 044	16 295	-	S/ informação de dívida
8280	6 098	7 165	-	S/ informação de dívida
8256	5 648	-	-	S/ resposta
8281	5 551	8 227	-	S/ informação de dívida
8215	4 866	-	4 866	-
8272	4 844	-	4 844	-
Subtotal	483 428	2 003 911	269 614	(...)



Código da entidade	ADSE Dívida 31_12_2013	ADSE Dívida 30_12_2014**	Dívida reportada pelas entidades a 31_12_2013	Dif. ADSE/Entidade 31_12-2013
8234	3 710	5 035	3 710	-
8232	3 445	3 445	-	S/resposta
8212	3 321	187 915	-	S/resposta
8223	3 312	-	-	S/resposta
8214	2 938	-	2 938	-
8220	2 758	-	-	S/resposta
8731	2 752	-	2 752	-
8632	2 395	2 395	-	S/resposta
8299	2 347	2 348	-	S/resposta
8262	2 169	-	2 169	-
8211	1 909	102 151	1 909	-
8245	1 831	5 678	1 831	-
8216	1 443	-	1 443	-
8221	1 341	-	-	S/resposta
8218	1 214	1 738	-	S/informação de dívida
8387	1 180	1 401	-	S/resposta
8227	822	-	-	Não foi remetido questionário*
8455	609	745	-	S/resposta
8238	408	474	-	S/informação de dívida
8528	364	4 568	-	364
8568	356	1 978	-	S/informação de dívida
8268	328	-	328	-
8249	228	-	-	S/resposta
8570	223	457	-	S/informação de dívida
8246	186	-	-	Não foi remetido questionário*
8265	147	-	147	-
8282	102	148	-	102
8248	93	-	-	S/resposta
8371	77	85	-	S/informação de dívida
5487	39	-	-	Não foi remetido questionário*
8243	25	-	-	S/resposta
8275	8	-	-	S/resposta
8454	6	193	-	6
9182	-	-	-	S/resposta
Subtotal	42 086	320 754	17 228	
Total	2 827 830	3 979 875	1 587 772	

Fonte: ADSE/DSB - SICOF (ficheiro de dívidas) e entidades empregadoras.

* Por se encontrar em situação de extinto, na base de dados da ADSE_DG, tendo sido integrados em 2014 noutras entidades

** O menor número de entidades com dívida na ADSE-DG, em 2014, deve-se ao facto de outras entidades terem sido extintas e integradas nas que surgem com saldo.

Anexo 35 – Acordo 1982 Administração Regional da Madeira

Em 1982, antes da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, que estabeleceu o novo regime de benefícios da ADSE, foi celebrado um acordo entre a entidade gestora da ADSE e representantes da Administração Regional da Madeira. Esse acordo estabeleceu um regime específico para a Região, com algumas diferenças relativamente ao regime jurídico que veio a ser aprovado em 1983.

Face ao regime jurídico constante do Decreto-Lei n.º 118/83, que consagrou a igualdade entre os trabalhadores da Administração Pública no acesso ao esquema de benefícios, prescindindo da celebração de acordos, a ADSE-DG considerava o acordo desatualizado.

Porém, para além de uma comunicação desta posição em 2009³⁵⁰, a ADSE-DG nunca denunciou o acordo nem procurou perceber em que medida o acordo de 1982 estava a ser efetivamente aplicado na Região, afirmando, mesmo na presente auditoria, que o mesmo não se encontrava em vigor³⁵¹. Apenas, em dezembro de 2014, a ADSE-DG reuniu com a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, por iniciativa desta, com o objetivo de clarificar as relações com a Administração Regional, tendo desta reunião resultado a Circular Informativa n.º 112/2014 do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM, que se abordará *infra*.

De facto, ao contrário do regime jurídico resultante do Decreto-Lei n.º 118/83, que relativamente:

- (i) aos quotizados no ativo (trabalhadores), partilha as responsabilidades financeiras entre a Administração Central, a Administração Local e a Administração Regional; e
- (ii) aos quotizados aposentados, estabelece que os encargos sejam suportados pela ADSE-DG com a receita obtida,

o acordo de 1982 estabelecia que era a Administração Regional que suportava os encargos, não só com os seus trabalhadores, mas também com os aposentados das Administrações Regional e Local e respetivos familiares. Porém, como afirmado pelas entidades da Região Autónoma o acordo só se encontrava vigente “*nalguns itens*”.

Questionados sobre os “*itens*” que em concreto se encontravam em vigor³⁵², a resposta³⁵³ não foi conclusiva. Porém, da auditoria, com base em informação veiculada pelas diversas entidades auscultadas, resultou o seguinte:

- Dos encargos com o regime livre suportados pelo Instituto de Administração da Saúde e Assuntos sociais, IP-RAM, que centraliza na Região os pagamentos com os encargos resultantes daquele regime, cerca de 28% respeitam a quotizados aposentados e respetivos familiares. Estes encargos, no quadro legal da ADSE, deviam ser suportados pela ADSE-DG. Mas, até 2014, inclusive, foram suportados pela RAM, ao abrigo do acordo de 1982.

³⁵⁰ Of.º 143/DIR/09, de 29 de julho, dirigido pela ADSE-DG ao Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM.

³⁵¹ Mail ADSE/DSB, de 31 de julho de 2014.

³⁵² Mail DGTC de 1 de outubro de 2014.

³⁵³ Mail de 14 de outubro de 2014 da Secretaria Regional do Plano e Finanças/Direção Regional do Tesouro.



Encargos com o regime livre suportados pela Administração Regional da Madeira (aposentados)

	2011	2012	2013
Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM (aposentados)			
Quotizados ADSE aos quais foram pagos reembolsos (n.º)	5 056	4 458	4 799
Valor de reembolso pago aos quotizados (€)	1 880 959 €	1 225 501 €	1 450 976 €
% valor de reembolso total	26,4%	25,6%	31,4%

Fonte: Entidade indicada no quadro

Ainda assim, nestes anos, a ADSE-DG suportou com estes aposentados alguns encargos, respeitantes aos recibos apresentados diretamente pelos quotizados na ADSE-DG: € 5 mil em 2011. € 7mil em 2012 e € 14 mil em 2013.

Pela Circular Informativa n.º 112/2014 o Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM, após reunião da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais com a ADSE-DG, em dezembro de 2014, informou os quotizados aposentados que, a partir de 1 de janeiro de 2015, os encargos com os reembolsos no âmbito do regime livre são da responsabilidade da ADSE-DG.

- Os encargos com o regime livre dos quotizados trabalhadores (e familiares) das Autarquias Locais sedeadas na Região são suportados pelas respetivas entidades empregadoras³⁵⁴, tal como resulta do quadro legal da ADSE e em derrogação do estabelecido no acordo de 1982.
- Os encargos com o regime convencionado dos quotizados trabalhadores (e familiares) das Autarquias Locais sedeadas na Região são suportados pelas respetivas entidades empregadoras³⁵⁵, tal como resulta do quadro legal da ADSE e em derrogação do estabelecido no acordo de 1982.
- Os encargos com comparticipação de medicamentos dispensados nas farmácias da Região foram, pelo menos até 2014, suportados pela ADSE-DG, tal como resulta do quadro legal da ADSE e foi estabelecido no acordo de 1982.

Deste modo, em matéria de encargos com o regime de benefícios, verifica-se que o acordo permaneceu em vigor apenas no que concerne aos reembolsos do regime livre relativos aos aposentados, já que também a Administração Regional não tem suportado os encargos com o regime convencionado e de administração da ADSE-DG, também previstos no acordo.

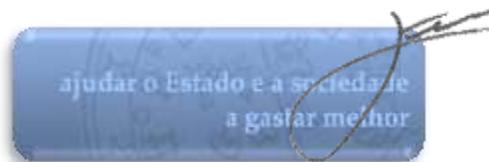
³⁵⁴ Mail de 14 de outubro de 2014 da Secretaria Regional do Plano e Finanças/Direção Regional do Tesouro.

³⁵⁵ Contas corrente disponibilizadas pela ADSE-DG.

Anexo 36 – Descontos Administração Regional da Madeira

Código da entidade	Entrega à ADSE-DG (S/N)	Obs.	Entrega à Administração Regional (S/N)	Obs.	Valor do desconto retido			
					2011 (1,5%)	2012 1,5%	2013 jan-jul 1,5%	2013 ago-dez 2,25%
8236	N	Não entrega desconto desde 2011.	S	Entregam à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8250	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	341 294	302 210	197 164	247 788
8271	N	Extinto_Sucessor 8270. Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8270, esta entrega o desconto à Administração Regional	181 374	156 248	89 604	103 222
7	N	Extinto_sucessor 8211. Não entrega desconto desde 2011.	S	N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8211, esta entrega o desconto à Administração Regional	14 773	12 661	7 190	8 417
8251	N	Extinto_sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	192 456	164 063	105 744	129 752
8241	N/aplicável	Entidade sem beneficiários ativos.	N/aplicável	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional	N/aplicável	N/aplicável	N/aplicável	N/aplicável
8252	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	82 250	70 694	44 357	52 692
8237	N/aplicável	Entidade sem beneficiários ativos.	N/aplicável	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional	N/aplicável	N/aplicável	N/aplicável	N/aplicável
8231	N	Extinto_Sucessor 8212. Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Mas considerando a entidade sucessora na ADSE-DG 8212 esta entrega desconto à Administração Regional	108 185	80 905	48 034	56 924
8310	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	N.Ident. no ficheiro	28 320	23 791	16 026	18 714
8284	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	Identificados no ficheiro como entregando à Administração Regional, mas entrega à ADSE-DG foi confirmada nas CC da entidade	104 503	88 037	55 137	67 031
8305	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	N.Ident. no ficheiro	137 922	117 436	72 671	89 126
8841	N	Extinto_Sucessor 8212. Não entrega desconto deste 2011.	S	N.Ident. no ficheiro. Mas considerando a entidade sucessora na ADSE-DG 8212 esta entrega desconto à Administração Regional	50 075	43 837	27 110	28 425

(...)



Código da entidade	Entrega à ADSE-DG (S/N)		Obs.	Entrega à Administração Regional (S/N)		Obs.	Valor do desconto retido			
							2011 (1,5%)	2012 1,5%	2013 jan-jul 1,5%	2013 ago-dez 2,25%
8242	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011		S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional		364 328	283 587	144 558	162 536
8273	N	Extinto_Sucessor 8270. Não entrega desconto desde 2011		S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8270, esta entrega o desconto à Administração Regional		62 166	56 406	31 814	35 131
8259	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011		S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional		118 889	105 596	67 739	81 686
8289	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).		104 768	91 035	57 419	67 656
8309	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).		108 133	91 503	57 895	71 861
8302	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).		S/I	S/I	S/I	S/I
8264	N	Não entrega desconto desde 2011		S	N.Ident. no ficheiro. Mas entidade, em resposta ao questionário, informou entregar à Administração Regional.		12 848	11 560	7 174	8 921
8736	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011		S	N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional		S/I	S/I	S/I	S/I
8306	N	Não entrega desconto desde 2011		S	Entregam à Administração Regional		136 871	112 958	68 744	84 075
8295	N	Não entrega desconto desde 2011		S	Entregam à Administração Regional		S/I	S/I	S/I	S/I
8303	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).		34 735	30 089	20 064	25 047
8291	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	N.Ident. no ficheiro		68 870	59 414	38 274	47 546
8219	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).		S/I	S/I	S/I	S/I
8258	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011		S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional		106 346	91 140	59 434	72 576
8308	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	N.Ident. no ficheiro		57 213	48 303	30 256	36 463

(...)

Código da entidade	Entrega à ADSE-DG (S/N)		Obs.	Entrega à Administração Regional (S/N)		Obs.	Valor do desconto retido			
							2011 (1,5%)	2012 1,5%	2013 jan-jul 1,5%	2013 ago-dez 2,25%
8300	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).		S/I	S/I	S/I	S/I
8307	N	Não entrega desconto desde 2011		S	Entregam à Administração Regional		87 167	76 056	47 591	58 916
8298	N	Não entrega desconto desde 2011		S	Entregam à Administração Regional		S/I	S/I	S/I	S/I
8290	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	Identificados no ficheiro como entregando à Administração Regional, mas entrega à ADSE-DG foi confirmada nas CC da entidade		25 108	21 894	14 181	15 531
8257	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011		S	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional		43 311	39 585	24 820	28 383
8285	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	N.Ident. no ficheiro		S/I	S/I	S/I	S/I
8266	N	Não entrega desconto desde 2011		S	Identificado no ficheiro da Administração Regional, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Mas entidade, em resposta ao questionário, informou entregar à Administração Regional.		25 066	19 929	11 650	13 918
8255	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011		S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional		47 395	45 740	31 202	35 045
8301	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).		47 269	39 206	24 627	29 699
8286	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	Identificados no ficheiro como entregando à Administração Regional, mas entrega à ADSE-DG foi confirmada nas CC da entidade		S/I	S/I	S/I	S/I
8267	N	Não entrega desconto desde 2011		S	Entregam à Administração Regional		34 015	28 883	19 277	23 359
8288	S	Descontos regularizados desde 2013/01.		N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).		51 169	43 713	28 120	33 343
8225	N	Não entrega desconto desde 2011		S	Entregam à Administração Regional		29 054	24 824	15 238	18 370
8253	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011		S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional		53 377	46 839	28 318	31 903
8572	N	Não entrega desconto desde 2011		S	Entregam à Administração Regional		20 760	11 017	10 931	10 993

(...)



Código da entidade	Entrega à ADSE-DG (S/N)	Obs.	Entrega à Administração Regional (S/N)	Obs.	Valor do desconto retido			
					2011 (1,5%)	2012 1,5%	2013 jan-jul 1,5%	2013 ago-dez 2,25%
8293	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	Identificados no ficheiro como entregando à Administração Regional, mas entrega à ADSE-DG foi confirmada nas CC da entidade	54 029	45 833	29 520	35 869
8292	N	Desc. regularizados entre 2013/01 e 2013/04, sem desconto a partir de 2013/05.	S	Entregam à Administração Regional	61 573	54 059	34 675	41 657
8229	S	Descontos regularizados desde 2013/02.	N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).	60 644	57 668	36 351	44 907
8311	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	Identificados no ficheiro como entregando à Administração Regional, mas entrega à ADSE-DG foi confirmada nas CC da entidade	71 361	59 285	33 515	43 275
8304	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).	S/I	S/I	S/I	S/I
8228	N	Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Mas relacionado pela ADSE-DG com entidade 8227, que entrega ao Governo Regional.	100 957	90 977	57 148	68 135
8279	N	Não entrega desconto desde 2011	S	Entregam à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8294	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	Identificados no ficheiro como entregando à Administração Regional, mas entrega à ADSE-DG foi confirmada nas CC da entidade	46 008	39 192	24 591	29 333
8269	N	Extinto_Sucessor 8261. Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8261, esta entrega o desconto à Administração Regional	70 218	65 797	40 334	49 630
8274	N	Extinto_Sucessor 8270. Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8270, esta entrega o desconto à Administração Regional	39 161	34 162	19 716	22 144
8254	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8297	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	Identificados no ficheiro como entregando à Administração Regional, mas entrega à ADSE-DG foi confirmada nas CC da entidade	47 776	41 491	26 304	31 527
8217	N	Não entrega desconto desde 2011	S	Entregam à Administração Regional	74 474	63 617	38 679	45 082
8240	N	Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Mas entidade, em resposta ao questionário, informou entregar à Administração Regional.	37 248	29 868	17 940	21 757
8287	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).	58 437	51 746	33 873	40 013

(...)

Código da entidade	Entrega à ADSE-DG (S/N)		Obs.	Entrega à Administração Regional (S/N)		Obs.	Valor do desconto retido			
							2011 (1,5%)	2012 1,5%	2013 jan-jul 1,5%	2013 ago-dez 2,25%
8239	N		Não entrega desconto desde 2011	S		Entregam à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8333	S		Descontos regularizados desde 2013/01.	N		Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).	27 127	22 759	14 278	22 543
8609	N		Extinto_Sucessor 9182 e depois 8239 . Não entrega desconto desde 2011	S		Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8235	N		Não entrega desconto desde 2011	S		Entregam à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8213	N		Não entrega desconto desde 2011	S		Entregam à Administração Regional	4 371	4 088	11 437	13 597
8263	N		Extinto_Sucessor 8261. Não entrega desconto desde 2011	S		N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8261, esta entrega o desconto à Administração Regional	9 560	28 800	24 539	31 225
8222	N		Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S		N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8260	N		Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S		Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	26 698	22 971	13 911	16 704
8247	N		Extinto_Sucessor 8228. Não entrega desconto desde 2011.	S		N.Ident. no ficheiro. Mas a entidade sucessora está ligada na ADSE-DG à entidade 8227 que entrega à Administração Regional.	S/I	S/I	S/I	S/I
8270	N		Não entrega desconto desde 2011	S		Entregam à Administração Regional	29 656	23 020	17 906	21 490
8244	N		Extinto_Sucessor 9182, depois 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S		N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8261	N		Não entrega desconto desde 2011	S		Entregam à Administração Regional	33 224	27 619	17 986	22 558
8224	N		Extinto_Sucessor 9182, depois 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S		N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8296	S		Descontos regularizados desde 2013/01.	N		Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).	S/I	S/I	S/I	S/I
8280	N		Não entrega desconto desde 2011	S		Entregam à Administração Regional	8 411	5 875	3 622	4 283

(...)



Código da entidade	Entrega à ADSE-DG (S/N)		Obs.	Entrega à Administração Regional (S/N)		Obs.	Valor do desconto retido			
							2011 (1,5%)	2012 1,5%	2013 jan-jul 1,5%	2013 ago-dez 2,25%
8256	N		Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S		N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8281	S		Descontos regularizados desde 2013/01.	N		Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).	17 485	15 613	9 865	12 259
8215	N		Não entrega desconto desde 2011	S		N.Ident. no ficheiro. Mas entidade, em resposta ao questionário, informou entregar à Administração Regional.	17 261	14 527	8 781	10 499
8272	N		Extinto_Sucessor 8270. Não entrega desconto desde 2011	S		N.Ident. no ficheiro. Tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8270, esta entrega o desconto à Administração Regional	32 695	26 686	15 594	18 871
8234	N		Não entrega desconto desde 2011	S		Entregam à Administração Regional	23 372	22 331	12 319	14 495
8232	N/aplicável		Entidade sem beneficiários ativos.	N/aplicável		N.Ident. no ficheiro	N/aplicável	N/aplicável	N/aplicável	N/aplicável
8212	N		Não entrega desconto desde 2011	S		Entregam à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8223	N		Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S		N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8214	N		Extinto_Sucessor 8212. Não entrega desconto desde 2011	S		N.Ident. no ficheiro. Mas considerando a entidade sucessora na ADSE-DG 8212 esta entrega desconto à Administração Regional	11 366	9 005	5 346	6 834
8220	N		Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S		N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8731	N		Extinto_Sucessor 8212. Não entrega desconto deste 2011.	S		N.Ident. no ficheiro. Mas considerando a entidade sucessora na ADSE-DG 8212 esta entrega desconto à Administração Regional	13 507	11 375	6 866	8 112
8632	N/aplicável		Entidade sem beneficiários ativos.	N/aplicável		N.Ident. no ficheiro	N/aplicável	N/aplicável	N/aplicável	N/aplicável
8299	N		Não entrega desconto desde 2011	S/ informação		Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Não respondeu ao questionário.	S/I	S/I	S/I	S/I
8262	N		Não entrega desconto desde 2011	S		N.Ident. no ficheiro. Mas entidade, em resposta ao questionário, informou entregar à Administração Regional.	15 492	11 803	5 775	7 127
8211	N		Não entrega desconto desde 2011	S		Entregam à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I

(...)

Código da entidade	Entrega à ADSE-DG (S/N)	Obs.	Entrega à Administração Regional (S/N)	Obs.	Valor do desconto retido			
					2011 (1,5%)	2012 1,5%	2013 jan-jul 1,5%	2013 ago-dez 2,25%
8245	N	Não entrega desconto desde 2011	S	Entregam à Administração Regional	15 457	12 134	7 803	8 643
8216	N	Extinto_Sucessor 8212. Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Mas considerando a entidade sucessora na ADSE-DG 8212 esta entrega desconto à Administração Regional	8 817	7 295	4 325	4 913
8221	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S	N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8218	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	Identificados no ficheiro como entregando à Administração Regional, mas entrega à ADSE-DG foi confirmada nas CC da entidade	8 482	7 250	4 777	5 994
8387	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	N.Ident. no ficheiro	S/I	S/I	S/I	S/I
8227	N	Extinto_Sucessor 8228. Não entrega desconto desde 2011.	S	Entregam à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8455	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	N.Ident. no ficheiro	S/I	S/I	S/I	S/I
8238	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	Identificados no ficheiro como entregando à Administração Regional, mas entrega à ADSE-DG foi confirmada nas CC da entidade	6 865	6 145	3 873	4 506
8528	S	Descontos regularizados desde 2012/07.	N	N.Ident. no ficheiro	4 325	11 017	6 158	6 102
8568	N	Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Mas entidade, em resposta ao questionário, informou entregar à Administração Regional.	7 074	7 074	4 523	5 792
8268	N	Extinto_Sucessor 8261. Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8261, esta entrega o desconto à Administração Regional	8 914	7 525	4 990	6 371
8249	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S	N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8570	N	Não entrega desconto desde 2011	S	N.Ident. no ficheiro. Mas entidade, em resposta ao questionário, informou entregar à Administração Regional.	2 730	2 133	652	708
8246	N	Extinto_Sucessor 8454. Não entrega desconto desde 2011.	S	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. A entidade sucessora na ADSE-DG é a 8454 que entrega à Administração Regional.	S/I	S/I	S/I	S/I
8265	N	Extinto_sucessor 8261 Não entrega desconto desde 2011.	S	N.Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8261, esta entrega o desconto à Administração Regional	2 269	1 526	782	1 090

(...)



Código da entidade	Entrega à ADSE-DG (S/N)	Obs.	Entrega à Administração Regional (S/N)	Obs.	Valor do desconto retido			
					2011 (1,5%)	2012 1,5%	2013 jan-jul 1,5%	2013 ago-dez 2,25%
8282	N	Não entrega desconto desde 2011	S	Entregam à Administração Regional	2 749	1 904	846	953
8248	N	Extinto_Sucessor 8228. Não entrega desconto desde 2011.	S	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. A entidade sucessora está ligada na ADSE-DG à entidade 8227 que entrega à Administração Regional.	S/I	S/I	S/I	S/I
8371	S	Descontos regularizados desde 2013/01.	N	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. Confirmou-se entrega à ADSE-DG (CC).	757	655	413	516
8243	N	Extinto_Sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S	N. Ident. no ficheiro. Contudo, tendo como entidade sucessora na ADSE-DG a entidade 8239, esta entrega o desconto à Administração Regional	S/I	S/I	S/I	S/I
8275	N	Extinto_sucessor 8270. Não entrega desconto desde 2011.	S	Identificado no ficheiro, mas não confirmam entrega à Administração Regional. A entidade sucessora na ADSE-DG é a 8270 que entrega à Administração Regional.	S/I	S/I	S/I	S/I
8454	N	Não entrega desconto desde 2011	S	Entregam à Administração Regional	5 544	4 139	2 372	1 666
9182	N	Extinto_sucessor 8239. Não entrega desconto desde 2011.	S	Entregam à Administração Regional	59 906	51 522	28 036	31 125
Valor retido por entidades que ainda não entregam à ADSE-DG (48 entidades respondentes)					2 834 706	2 426 571	1 494 594	1 778 496
Entidades que entregam desconto à ADSE-DG (23 entidades respondentes)					1 171 307	1 013 077	638 188	778 861

Fontes: (1) ADSE/DSB - SICOF, códigos das entidades constantes do ficheiro de dívidas de reembolso a 31.12.2014; ADSE/DSB - Relatórios de Terceiros, entidades que não entregam desconto à ADSE-DG; ADSE/DSB - Contas Correntes, entidades que entregam desconto à ADSE-DG.

(2) Entidades que entregam descontos à Administração Regional: Secretaria Regional do Plano e Finanças/Direção Regional do Tesouro - email de 14.10.2014; informação constante da ADSE-DG (contas correntes e entidades sucessoras); informação prestada pelas entidades empregadoras em resposta ao questionário realizado durante a auditoria.

(3) Valor desconto retido, entidades empregadoras.

Anexo 37 – Outros sistemas de saúde

	ADM					SAD/PSP					SAD/GNR				
	2013	%	2014	%	Var. 14/13 (%)	2013	%	2014	%	Var. 14/13 (%)	2013	%	2014	%	Var. 14/13 (%)
Beneficiários	130 406	100,0%	123 822	100,0%	-5,0%	71 059	100,0%	70 308	100,0%	-1,1%	84 760	100,0%	85 293	100,0%	0,6%
Titulares	64 441	49,4%	61 016	49,3%	-5,3%	35 546	50,0%	35 183	50,0%	-1,0%	45 242	53,4%	45 372	53,2%	0,3%
Ativo e reserva/pré-aposentação	34 941	26,8%	33 689	27,2%	-3,6%	21 712	30,6%	21637	30,8%	-0,3%	27 666	32,6%	27293	32,0%	-1,3%
Aposentados	29 500	22,6%	27 327	22,1%	-7,4%	13 834	19,5%	13546	19,3%	-2,1%	17576	20,7%	18079	21,2%	2,9%
Familiares	65 965	50,6%	62 806	50,7%	-4,8%	35 513	50,0%	35 125	50,0%	-1,1%	39 518	46,6%	39 921	46,8%	1,0%
Despesa	77 930 808	100,0%	58 618 512	100,0%	-24,8%	37 713 829	100,0%	26 863 709	100,0%	-28,8%	45 919 884	100,0%	31 027 811	100,0%	-32,4%
Regime livre	13 783 176	17,7%	12 038 689	20,5%	-12,7%	4 609 389	12,2%	4 591 770	17,1%	-0,4%	4 326 013	9,4%	4 314 697	13,9%	-0,3%
Entidades privadas convencionadas (1)	48 158 891	61,8%	33 889 020	57,8%	-29,6%	22 377 578	59,3%	15 600 904	58,1%	-30,3%	30 023 129	65,4%	21 347 296	68,8%	-28,9%
Medicamentos	10 533 410	13,5%	5 462 789	9,3%	-48,1%	2 651 060	7,0%	491 389	1,8%	-81,5%	2 486 716	5,4%	161 018	0,5%	-93,5%
Instituições militares (2)	4 262 049	5,5%	5 889 857	10,0%	38,2%	3 284 384	8,7%	2 790 987	10,4%	-15,0%	2 985 554	6,5%	1 235 448	4,0%	-58,6%
CAS - Centros de Apoio (ADM) Postos Clínicos (PSP) Entidades com recibo verde (GNR)	1 193 283	1,5%	1 311 311	2,2%	9,9%	400 306	1,1%	388 659	1,4%	-2,9%	518 194	1,1%	191 649	0,6%	-63,0%
Segurança Social (ADM)	0	0,0%	26 845	0,0%	100,0%										
Transferências para o SNS/ACSS (medicamentos) (3)						4 391 112	11,6%	3 000 000	11,2%	-31,7%	4 622 224	10,1%	3 000 000	9,7%	-35,1%
ARS, hospitais SNS e SRS (SAD/GNR)											958 054	2,1%	777 703	2,5%	-18,8%
Receita	82 674 219	100,0%	65 088 647	100,0%	-21,3%	38 404 187	100,0%	26 421 739	100,0%	-31,2%	47 053 761	100,0%	37 379 575	100,0%	-20,6%
Receitas gerais (transferências OE)	55 552 012	67,2%	21 199 175	32,6%	-61,8%	13 548 377	35,3%	4 750 158	18,0%	-64,9%	31 100 000	66,1%	7 912 670	21,2%	-74,6%
Receitas próprias	27 122 207	32,8%	43 889 471	67,4%	61,8%	24 855 811	64,7%	21 671 581	82,0%	-12,8%	15 953 761	33,9%	29 466 905	78,8%	84,7%
Desconto dos beneficiários	27 122 207	32,8%	43 889 471	67,4%	61,8%	13 729 014	35,7%	20 519 271	77,7%	49,5%	12 523 934	26,6%	28 500 064	76,2%	127,6%
Saldo da gerência anterior						1 586 071	4,1%	1 152 310	4,4%	-27,3%	3 429 827	7,3%	966 841	2,6%	-71,8%
Transferências de outras entidades do MAI (SAD/PSP)						9 540 726	24,8%	0	0,0%	-100,0%					
Desconto dos beneficiários/despesa total	34,8%		74,9%			36,4%		76,4%			27,3%		91,9%		
Desconto dos beneficiários/despesa corrigida (4)	40,2%		82,6%			44,8%		87,8%			33,1%		105,2%		
Despesa total por beneficiário inscrito	597,6		473,4		-20,8%	530,7		382,1		-28,0%	541,8		363,8		-32,9%
Despesa corrigida por beneficiário inscrito (4)	516,8		429,1		-17,0%	431,6		332,4		-23,0%	446,6		317,6		-28,9%

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados por IASFA, PSP, GNR

(1) Inclui no caso da SAD/PSP entidades privadas convencionadas, RNCCI e Misericórdias

(2) Inclui no caso da SAD/GNR farmácia dos Serviços Sociais da GNR

(3) SAD/PSP e SAD/GNR, cfr. art.º 151 da LOE 2013 e art.º 149 da LOE 2014 e despachos n.º 4115/2013, de 4 de março, dos Secretários de Estado do Orçamento, Adjunto do Ministro da Administração Interna e da Saúde, publicado no DR 2ª S, n.º 56, de 20 de março, e n.º 12976/2014, de 10 de outubro, dos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Administração Interna e da Saúde, publicado no DR 2ª S, n.º 206, de 24 de outubro. As transferências que de acordo com a LOE 2013 e o Despacho n.º 4516/2013, de 5 de março, dos Secretários de Estado do Orçamento, Adjunto e da Defesa Nacional e da Saúde, publicado no DR 2ª S, n.º 62, de 28 de março, deviam ser feitas pelo IASFA para a ACSS (€7,4 milhões) foram retiradas do orçamento daquele pela Secretaria Geral do Ministério da Defesa Nacional (MDN) para transferência para a ACSS. Em 2014, apesar de previstas na LOE, não foi publicado qualquer despacho dos membros do governo das áreas das finanças, da saúde e da defesa nacional a concretizar as transferências a realizar pelo MDN.

(4) Excluindo as "transferências para o SNS/ACSS", "ARS, hospitais SNS e SRS" e "medicamentos", para ficar o mais aproximado dos testes feitos na auditoria no âmbito do sistema ADSE que para analisarem a cobertura do desconto excluíram o que deve ser encargo do SNS/SRS. No caso da ADM também não de considerou a despesa com "Segurança Social", por pouco representativa e não ter correspondência com os restantes sistemas.



Justificação apresentada pelas entidades gestoras dos sistemas de saúde para a diminuição de encargos com a saúde de 2013 para 2014, em especial com as entidades privadas convencionadas:

IASFA:

“... a redução de despesa de 2013 para 2014, referente ao Regime Convencionado, é resultante da recuperação de prazos de pagamento da ADM a estas entidades ocorrida em 2013.

Assim sendo, podemos afirmar que não foi a despesa de 2014 que reduziu substancialmente, mas sim a despesa de 2013 que aumentou significativamente relativamente a 2012 e 2014, em virtude da redução dos prazos de pagamento e da dívida a estas entidades convencionadas durante o ano de 2013.”

SAD/PSP:

“... através da publicação da Portaria n.º 283/2012, de 18 de setembro, o Subsistema de Saúde e Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP) teve de proceder à renegociação de todas as convenções nos termos do art.º 8.º do referido diploma legal, processo este que terminou no dia 30 de Setembro de 2013.

Por sua vez, os preços dos cuidados de saúde e dos atos médicos a fixar no âmbito da renegociação e celebração de novas convenções, não podem ser superiores aos constantes nas tabelas do regime convencionado da ADSE.

Nestes termos, a redução dos encargos do SAD/PSP no que respeita às entidades privadas convencionadas, de aproximadamente 7,3 ME, decorreu essencialmente das alterações das tabelas de preços no âmbito da entrada em vigor da Portaria n.º 283/2012, de 18 de setembro, que se repercutiram nos últimos meses do ano de 2013 e no ano de 2014.”

SAD/GNR:

“Por imperativo da Portaria n.º 283/2012, de 18 de setembro, o SAD/GNR procedeu à renegociação das convenções, que até então estavam em vigor, tendo nos termos do n.º 1 do artigo 3º adotado os preços que constam nas tabelas do regime convencionado da ADSE. Por conseguinte, a redução de custos deveu-se aos preços previstos pelas novas tabelas, à diminuição de cuidados de saúde comparticipados por referência também às tabelas em causa e ainda pela redução de prestadores da rede convencionada, que optaram por não aderir ao processo de renegociação.”

Relativamente à diminuição de encargos com medicamentos (excluindo as transferências para a ACSS), a redução verificada resulta da transferência para o SNS de grande parte da despesa com a comparticipação de medicamentos aos quotizados dos sistemas, conforme LOE 2013 e LOE 2014.

Quanto aos pagamentos efetuados pela SAD/GNR às ARS, hospitais SNS, a SAD/GNR informou:

“De acordo com as circulares da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) n.º 15/2010 e n.º 12/2011, apenas se encontravam abrangidas pelo novo regime de relacionamento financeiro entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os subsistemas públicos de saúde, nos termos do memorando de 2010, as prestações de saúde que dessem origem a faturação pelos estabelecimentos e serviços do SNS a esses subsistemas. Ou seja, é entendimento da ACSS que os beneficiários dos subsistemas



públicos têm um estatuto equivalente aos beneficiários do SNS, mas apenas quanto às prestações realizadas por meios da titularidade do SNS enquanto conjunto de estabelecimentos prestadores. Dito de outro modo, os subsistemas mantêm essa qualidade – e em consequência a responsabilidade pelo pagamento – das prestações de saúde realizadas por terceiros aos seus beneficiários, tenham ou não acesso a elas enquanto beneficiários de subsistemas ou do SNS. Estão nomeadamente em causa o transporte de doentes, as prestações de saúde realizadas por entidades convencionadas com o SNS (v.g hemodiálise), como igualmente, até 2013, as prestação de cuidados no âmbito do Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) a assistência médica no estrangeiro, regulada pelo Decreto-lei n. 177/92, de 13 de agosto e os medicamentos cedidos em ambulatório por farmácia hospitalar não incluídos em contrato programa.”

Trata-se de uma situação semelhante à que é objeto do ponto 9.2 do Desenvolvimento, para cujas observações e conclusões se remete.

Quanto aos pagamentos efetuados pela SAD/GNR aos SRS/RA, a SAD/GNR informou:

“É entendimento da ACSS que as regiões autónomas não fazem parte do SNS e por conseguinte as despesas com os Hospitais Regiões Autónomas continuam a ser responsabilidade financeira dos subsistemas, conforme foi reiterado ao SAD/GNR por ofício que se anexa.”

Trata-se de uma situação semelhante à que é objeto do ponto 12.1 do Desenvolvimento, para cujas observações se remete.



Anexo 38 – Plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas

No Plano aprovado foram identificadas as áreas de atividade e os respetivos pontos críticos onde se evidenciam situações violadoras dos princípios da prossecução do interesse público, da igualdade de tratamento, da proporcionalidade, da transparência, da justiça, da imparcialidade, da boa fé e da boa administração, concluindo que as áreas mais suscetíveis a tais situações, bem como os respetivos riscos específicos são os que em síntese se apresentam, na tabela seguinte.

Plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas

Áreas de risco	Pontos críticos
Contratação pública de bens e serviços	As especificações ou requisitos previamente definidos revelam-se insuficientes ou incompletas
	Não são elaborados relatórios de acompanhamento e/ou de avaliação do desempenho dos fornecedores dos bens e dos prestadores de serviços
	Não existe informação suficiente que permita detectar situações indiciadoras de conluio entre concorrentes e de eventual corrupção de funcionários;
	Não se dispõe de informação suficiente sobre a evolução económica e financeira dos fornecedores.
Concessão de benefícios públicos	Digitalização de cópias de documentos de quitação
	Não obediência ao processamento sequencial em função da cronologia da entrega dos documentos na Direcção-Geral
	Codificação errada
	Pagamento indevido de montante a entidade convencionada ou a beneficiário
Processamentos da faturação de prestadores	Verificação documental inadequada
	Não obediência ao processamento sequencial em função da cronologia da entrega dos documentos na Direcção-Geral
	Pagamento indevido
	Falta de retenção de verbas em dívida à Segurança Social e à Administração fiscal

Considerando a probabilidade da ocorrência das situações que comportam o risco e impacto estimado das infrações que pode suscitar, o risco associado aos pontos críticos identificados foi classificado de Muito Baixo³⁵⁶, com exceção do último ponto que foi considerado Médio³⁵⁷. Associados a estas áreas de risco foram adotadas medidas de prevenção.

³⁵⁶ Quanto à probabilidade de ocorrência, o risco decorre de um processo que apenas ocorrerá em circunstâncias excecionais; quanto ao impacto estimado das infrações que pode suscitar, a situação de risco em causa não tem potencial para provocar prejuízos financeiros ao Estado, não sendo as infrações suscetíveis de ser praticadas causadoras de danos relevantes na imagem e operacionalidade da instituição.

³⁵⁷ Quanto à probabilidade de ocorrência, o risco está associado a um processo esporádico da organização que se admite que venha a ocorrer ao longo do ano; quanto ao impacto estimado das infrações que pode suscitar, a situação de risco pode comportar prejuízos financeiros para o Estado e perturbar o normal funcionamento do organismo.

Anexo 39 – Legislação aplicável

Diploma Legal	Assunto
Constituição da República Portuguesa	
Lei n.º 1884, de 16 de março de 1935	Primeira estruturação dos princípios do sistema de previdência social dos trabalhadores das empresas privadas
Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963.	Criação da Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE)
Lei n.º 498/72, de 9 de dezembro	Estatuto da Aposentação
Lei n.º 21-A/79, de 25 de junho	Orçamento Geral do Estado para 1979 Estabeleceu o desconto dos beneficiários, com uma taxa inicial de 0,5%, tendo ficado isentos os beneficiários aposentados
Decreto-Lei n.º 201-A/79, de 9 de junho	Diploma de execução o Orçamento Geral do Estado para 1979 Estabeleceu o desconto dos beneficiários, com uma taxa inicial de 0,5%, tendo ficado isentos os beneficiários aposentados
Decreto-Lei n.º 183-L/80, de 9 de junho	Institucionaliza o desconto de 0,5% nos vencimentos dos funcionários e agentes dos serviços do Estado para a ADSE, tendo ficado isentos os beneficiários aposentados
Lei n.º 39/80, de 5 de agosto	Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores Alterada pelas Leis n.ºs 9/87, de 26 de março; 61/98, de 27 de agosto e 2/2009, de 12 de janeiro
Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 de outubro	Transformação da Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE) na Direção-Geral da Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
Decreto-Lei n.º 553/80, de 21 de dezembro	Aprova o Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo
Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio	Determina a taxa de 1% para o desconto dos beneficiários
Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro	Aprova o funcionamento e esquema de benefícios da Direção-Geral de Proteção Social aos trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) Alterado 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, 64-B/2011, de 30 de dezembro, pelos Decretos-Lei n.ºs 105/2013, de 30 de julho, e 161/2013, de 22 de novembro, e pelas Leis n.º 30/2014, de 19 de maio, e 82-B/2014, de 31 de dezembro
Decreto-Lei n.º 327/85, de 8 de agosto	Possibilita a inscrição no sistema de proteção social ADSE dos docentes do ensino privado e cooperativo desde que inscritos na Caixa Geral de Aposentações (docentes do ensino superior)
Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março,	Regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao SNS, definindo a possibilidade de os estabelecimentos integrados no SNS faturarem aos subsistemas de saúde, a um preço tão próximo quanto possível do custo real, o pagamento dos cuidados que prestem aos respetivos beneficiários
Decreto-Lei n.º 321/88, de 22 de setembro	Possibilita a inscrição no sistema de proteção social ADSE dos docentes do ensino privado e cooperativo desde que inscritos na Caixa Geral de Aposentações (docentes do ensino não superior)
Lei n.º 8/90, de 20 de fevereiro	Lei de Bases da Contabilidade Pública
Decreto-Regulamentar n.º 41/90, de 29 de novembro	Composição e normas de funcionamento das juntas médicas Alterado pelo Decreto-Regulamentar n.º 36/91, de julho e pelos Decretos-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, e 377/2007, de 9 de novembro.
Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto	Lei de Bases da Saúde Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro
Lei n.º 13/91, de 5 de junho	Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira. Alterado e republicado pela Lei n.º 130/99, de 21 de agosto, e alterado pela Lei n.º 12/2000, de 21 de junho.



Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro	Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
Despacho n.º 8-D/95, do Secretário de Estado do Orçamento, publicado no DR IIS, n.º 108, de 10 de maio	Fixou a contribuição anual para despesas de administração em € 1,25 por beneficiário
Portaria n.º 162/96, de 17 de maio	Aprova o modelo de cartão da ADSE
Lei n.º 98/97, de 26 de agosto	Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas Alterada e republicada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto e alterada pelas Leis n.ºs 35/2007, de 13 de agosto, 3-B/2010, de 28 de abril, 61/2011, de 7 de dezembro, 2/2012, de 6 de janeiro, e 20/2015, de 9 de março, que a republicou
Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro	Altera o artigo 25.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, no sentido de admitir, para além de tabelas de preços administrativos, a fixação de critérios de pagamento através da via negocial ((...) transferência da responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde para entidades públicas ou privadas (...))
Decreto-Lei n.º 73/99, de 16 de março	Regime dos juros de mora das dívidas ao Estado e outras entidades públicas. Alterado pelas Leis n.os 3-B/2010, de 28 de abril, e 55-A/2010, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 32/2012, de 31 de dezembro, e pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro
Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho	Estabelece a organização e o funcionamento dos serviços de saúde da Região Autónoma dos Açores.
Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril	Aprova o Estatuto do Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira
Instruções n.º 1/2004 – 2.ª Secção, publicada no DR, II Série, n.º 38, de 14 de fevereiro	Instruções para a organização e documentação das contas abrangidas pelo Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP- aprovado pelo D.L. n.º. 232/97, de 3/9) e planos sectoriais – (POC-Educação aprovado pela Portaria 794/2000 de 20/09, POCMS aprovado pela Portaria n.º. 898/2000 de 28/9 e POCISSSS aprovado pelo D.L. n.º. 12/2002 de 25/01).
Despacho n.º 8738/2004, do Secretário de Estado do Orçamento, publicado no DR n.º 103, II S, de 3 de maio	Aprovação da tabela do regime livre tendo sido objeto de duas alterações com vista à adaptação da tabela a novos atos/técnicas e à atualização de preços face aos praticados no mercado
Decreto-Lei n.º 234/2005, de 24 de fevereiro	Reconhece aos trabalhadores, que tenham optado pela inscrição como beneficiário da ADSE, a possibilidade de renunciarem à mesma, abrangendo apenas os trabalhadores que se vinculassem à Administração Pública a partir de 1 de janeiro de 2006.
Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro	Altera a contribuição dos beneficiários dos subsistemas de saúde da. Administração Pública Alterado pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, e pelo Decreto-Lei n.º 29-A/2011, de 1 de março, e pelo Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho.
Decreto-Lei n.º 242-B/2006, de 29 de dezembro	Estabelece o regime jurídico do recebimento pelas farmácias da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos dispensados a beneficiários do SNS que não estejam abrangidos por nenhum subsistema de saúde Alterado pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro
Decreto-Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho, Portaria n.º 122/2013, de 27 de março, e Despacho n.º 5110/2013 do Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, publicado no DR, 2ªS, n.º 74, de 16 de abril	Orgânica da ADSE-DG
Decreto-Lei n.º 280/2007, de 7 de agosto	Estabelece o regime jurídico do património imobiliário público. Alterado pelas Leis n.os 55-A/2010, de 31 de outubro, 64-B/2011, de 30 de dezembro, e 66-B/2012, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 36/20143, de 11 de março, e Lei n.º83-C/2013, de 31 de dezembro
Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro	Orçamento do Estado para 2009. Alargou o direito de inscrição a todos os trabalhadores com relação jurídica de emprego público, permitindo a inscrição de trabalhadores que, à data da entrada em vigor do mesmo, tinham constituído uma relação jurídica de emprego que não

	lhes conferia tal direito. O direito de inscrição devia ser exercido no prazo de seis meses a contar de 1 de janeiro de 2009
Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril	Lei do Orçamento do Estado para 2010
Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio	Aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos Alterado pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro, pela Lei n.º 62/2011, de 12 de dezembro, pelos Decretos-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho, e n.º 19/2014, de 5 de fevereiro, e pela Lei n.º 51/2014, de 25 de agosto
Decreto-Lei n.º 72-A/2010, de 18 de junho	Estabelece as normas de execução do Orçamento do Estado para 2010
Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro	Lei do Orçamento do Estado para 2011
Decreto-Lei n.º 29-A/2011, de 1 de março	Estabelece as disposições necessárias à execução do Orçamento do Estado para 2011
Despacho n.º 1452/2011, do GSEAO, publicado no DR, 2.ª S, n.º 12, de 18 de janeiro	Regula a tramitação inerente à entrega do desconto e (até 2014) da contribuição da entidade empregadora Alterado pelo Despacho n.º 4726/2013, publicado no DR, 2.ª S, n.º 67, 5 de abril de 2013.
Decreto-Lei n.º 117/2011, de 15 de dezembro	Aprova a Lei Orgânica do Ministério das Finanças Consagração da atual designação, Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro	Lei do Orçamento do Estado para 2012
Decreto-Lei n.º 35/2012, de 25 de fevereiro	Aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro.
Portaria 142-B/2012, de 15 de maio	Define as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde. Alterada pela Portaria n.º 28-A/2015, de 11 de fevereiro.
Decreto-Lei n.º 117- A/2012, de 14 de junho	Cria a ESPAP, IP - Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, IP
Decreto Legislativo Regional n.º 12/2012/M, de 2 de julho	Aprova os estatutos do Serviço de Saúde da RAM, EPE
Lei n.º 43/2012, de 31 de agosto	Cria o Programa de Apoio à Economia Local, com o objetivo de proceder à regularização do pagamento de dívidas dos municípios a fornecedores vencidas há mais de 90 dias
Lei n.º 66 -B/2012, de 31 de dezembro.	Lei do Orçamento do Estado para 2013
Despacho n.º 4631/2013 dos Secretários de Estado do Orçamento e da Saúde	Transferência para o SNS dos encargos do Estado com a comparticipação no preço de medicamentos dispensados a beneficiários da ADSE e prescritos por entidades não integradas no SNS, em Execução dos n.os 4 e 6 do art.º 11º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (LOE 2013). À semelhança da transferência de encargos para o SNS ocorrida em dezembro de 2010, a transferência, de 2013, só teve efeitos práticos a partir de junho de 2013, pois até maio, as farmácias faturaram à ADSE medicamentos dispensados pelas farmácias até abril de 2013
Decreto-Lei n.º 36/2013, de 11 de março.	Estabelece as disposições necessárias à execução do Orçamento do Estado para 2013
Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho	Alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, e do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, no sentido de introduzir um aumento progressivo dos descontos a efetuar pelos beneficiários titulares para os subsistemas de proteção social no âmbito dos cuidados de saúde, concretamente ADSE, da ADM e da SAD, e na redução dos descontos a efetuar pela entidade empregadora.
Decreto-Lei n.º 195/2013, de 30 de julho	Altera a contribuição dos beneficiários dos subsistemas de saúde da Administração Pública
Lei n.º 51/2013, de 24 de julho.	Procede à primeira alteração à Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (Orçamento do Estado para 2013)
Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro	Lei das Finanças Locais



Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro	Estabelece o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de cuidados de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde, nos termos previstos na Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro
Decreto-Lei n.º 161/2013, de 22 de novembro	Procede à 10.ª alteração ao Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, que estabelece o funcionamento e o esquema de benefícios da ADSE permitindo aos 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, optar pela manutenção da qualidade de beneficiário
Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro	Lei do Orçamento de Estado para 2014
Lei n.º 13/2014, de 14 de março	Alteração à Lei n.º 83 -C/2013, de 31 de dezembro (Orçamento do Estado para 2014). Estabelece a reversão de 50% da contribuição da entidade empregadora para o Estado
Lei n.º 30/2014, de 19 de maio	Procede à décima primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, e à terceira alteração aos Decretos-Leis n.ºs 158/2005, de 20 de setembro, e 167/2005, de 23 de setembro, modificando o valor dos descontos a efetuar para os subsistemas de proteção social no âmbito dos cuidados de saúde
Decreto-Lei n.º 52/2014, de 7 de abril	Estabelece as normas de execução do Orçamento do Estado para 2014
Lei n.º 35/2014, de 20 de Junho	Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas
Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro	Lei do Orçamento do Estado para 2015
Despacho n.º 7486-A/2014 dos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento e da Saúde	Determina que o pagamento das comparticipações do Estado na compra de medicamentos por parte dos beneficiários da ADSE constitui encargo do SNS
Despacho n.º 9405/2014, de 14 de julho, do Secretário de Estado da Saúde	Regime de prescrição e faturação dos cuidados respiratórios domiciliários, que entrou em vigor em 1 de setembro de 2014
Despacho n.º 9483/2014, de 14 de julho, do Secretário de Estado da Saúde	Estabelece disposições no âmbito dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS, EPE), referentes aos novos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) sobre os cuidados respiratórios domiciliários, resultado do concurso público n.º 2013/100
Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto	Transpõe a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, relativa ao acesso a cuidados de saúde transfronteiriços.

Anexo 40 – Ficha de emolumentos

Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 11/14 – Audit	
		Relatório nº 12/2015 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas		
Entidade devedora:	Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas		
		Regime jurídico:	AA X
			AAF

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial	€ 119,99			
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	1186		€ 104.711,94
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 104.711,94
Emolumentos				
Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 17.164,00

a) Cfr. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

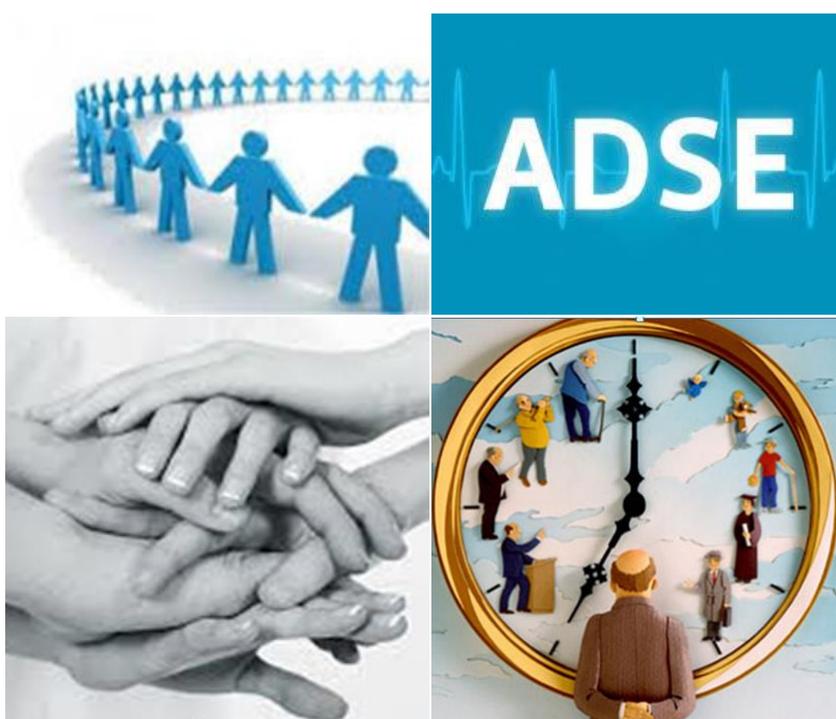
(Pedro Fonseca)



Tribunal de Contas

Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas

– ADSE –



**Promover
a verdade, a qualidade
e a responsabilidade
nas finanças públicas**

**Relatório n.º 12/2015 – 2.ª Secção
Processo n.º 11/2014 - AUDIT**

**Volume III
Alegações**



Índice

VOLUME III

- Alegações -

1. Ministra de Estado e das Finanças	3
2. Ministro da Saúde	7
3. Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas	11
4. Diretor-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas no período de 2009-2014	126
5. Governo Regional da Região Autónoma da Madeira	151
5.1 Secretaria Regional do Plano e Finanças	151
5.2 Secretaria Regional dos Assuntos Sociais.....	156
6. Governo Regional da Região Autónoma dos Açores: Vice-Presidência do Governo Emprego e Competitividade Empresarial	161
7. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP	172
8. Diretor - Geral do Orçamento	179
9. Presidente do Conselho de Administração da Saudaçor - Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos da Saúde dos Açores, SA.....	181
10. Presidente do Conselho Diretivo do Instituto de Ação Social das Forças Armadas	183
11. Diretor Nacional-Adjunto da Unidade Orgânica de Recursos Humanos da Polícia de Segurança Pública.....	184
12. Associação Nacional de Municípios.....	188
13. Direção-Geral de Planeamento e Gestão Financeira do Ministério da Educação e Ciência.....	192
14. Direção-Geral da Administração Tributária e Aduaneira.....	193



1. MINISTRA DE ESTADO E DAS FINANÇAS



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

17.ABR15 00522

Exmo. Senhor

Diretor Geral do Tribunal de Contas

Avenida Barbosa do Bocage, n.º 61

1069-045 LISBOA

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
Fax 5225	10.04.2015	Ent.: 2132/2015 Proc. 12.1	

Assunto: Relato de Auditoria do Tribunal de Contas ao sistema de proteção social aos trabalhadores em funções públicas - ADSE

Exmº. Senhor,

Através da Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro, o Governo criou uma equipa técnica com a missão de estudar e propor:

1. O modelo de governação transversal ao subsistema da ADSE gerido pela Direção Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, ao subsistema de saúde dos militares das Forças Armadas (ADM), ao subsistema de assistência na doença da Guarda Nacional Republicana (SAD da GNR) e ao subsistema de assistência na doença da Polícia de Segurança Pública (SAD da PSP), que promova ou reforce a articulação entre estes subsistemas, aprofundando sinergias e otimizando a gestão dos recursos, nomeadamente no âmbito da contratação de fornecimentos e serviços;
2. Que esse o modelo de governação que venha a ser proposto, contemple a participação dos Ministérios das Finanças, da Defesa Nacional, da Administração Interna e da Saúde, bem como de representantes dos vários tipos de beneficiários titulares;
3. Que esse modelo de governação acautele a manutenção ou o reforço da identidade, autonomia, representatividade, expressão orçamental distinta e especificidades próprias de cada um dos subsistemas.

O mandato da equipa técnica constituída tem a duração de 60 dias a contar da data da sua constituição, sendo que portanto a muito curto prazo deve estar a ser apresentada a sua proposta que vai merecer a avaliação do Governo, com o objetivo de dar continuidade ao processo de reforma dos subsistemas públicos de saúde iniciado nesta legislatura. Deste modo, não estando ainda os membros do Governo na posse da respetiva proposta da equipa técnica, não nos é possível enviar pronúncia sobre o teor do Relato de

Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças
Av. Infante D. Henrique, 1, 1149-009 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 881 68 00 FAX + 351 21 881 68 62 EMAIL gab.mf@mf.gov.pt www.portugal.gov.pt





Auditoria ao sistema de proteção social aos trabalhadores em funções públicas, e em especial sobre o projeto de recomendações, na justa medida em que muitas, senão a totalidade, destas recomendações se entrecruzam com o mandato da equipa técnica e que devem, por parte desta, vir a ser alvo de propostas específicas que serão apresentadas e posteriormente avaliadas pelo Governo.

Portanto sobre as recomendações que a seguir indicamos constantes no Relato de Auditoria do Tribunal de Contas, pelo facto de ainda a não se conhecer a proposta da equipa técnica nomeada no âmbito da RCM n.º 5/2015, não vamos apresentar pronúncia. Estão nestes casos:

Recomendação n.º 1, com exceção do ponto 1.1

Recomendação n.º 3;

Recomendação n.º 5;

Pontos 1, 2 e 3

No que diz respeito, no entanto, à recomendação n.º 1.1. do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas:

Recomendação n.º 1.1.

O objeto da responsabilidade financeira da ADSE, considerando que a mesma, sendo financiada apenas com os descontos dos quotizados, deve ser considerada um sistema complementar ao Serviço Nacional de Saúde, e não um subsistema.

É de referir que consta já no preâmbulo da referida Resolução do Conselho de Ministros a seguinte base que no nosso entender é programática "... estes subsistemas assentam no princípio da complementaridade face ao Sistema Nacional de Saúde...", ou seja a recomendação do Relato de Auditoria do Tribunal foi já identificada, sendo que esta importante alteração não deixará de constar da proposta da equipa técnica.

Ainda neste âmbito, e em relação à recomendação n.º 12 do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas:

Recomendação n.º 12.

Determinar a identificação dos cuidados que em 2014 ainda foram financiados pela ADSE-DG, e que devem ser transferidos, em 2015, para o Serviço Nacional de Saúde ou para os Serviços Regionais de Saúde, por serem responsabilidade originária destes, envolvendo nessa transferência as entidades responsáveis dos Governos Regionais.

Este Gabinete solicitou aos serviços da ADSE a identificação desses cuidados e a sua quantificação, informação que passamos a disponibilizar, e sobre a qual



foi tida em consideração a recomendação do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

RÚBRICA	ADSE	
	2014	2015 (P)
CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS PRESCRITOS PELO SNS	1,40	1,50
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE REALIZADOS NO ESTRANGEIRO POR FALTA DE MEIOS EM PORTUGAL	0,25	0,25
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM ENTIDADES PÚBLICAS NO ESPAÇO ECONÓMICO EUROPEU (cartão europeu seguro doença)	4,00	4,00
INTERNAMENTOS PSIQUIÁTRICOS	4,10	4,35
COMPARTICIPAÇÃO MEDICAMENTOSA - SRS AÇORES	3,94	4,32
COMPARTICIPAÇÃO MEDICAMENTOSA - SRS MADEIRA	4,62	4,53
TOTAL	18,31	18,95

u: Milhões€

Sobre a recomendação com o n.º 9 do Relato do Tribunal de Contas:

Recomendação n.º 9.

Determinar a correção dos procedimentos de encontro de contas realizados quer pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde quer pela ADSE-DG, considerando, quanto aos primeiros, que a ADSE-DG não é entidade devedora, desde 1 de Janeiro de 2010, e, quanto à ADSE-DG, que os valores objeto de compensação reflitam com exatidão as dívidas daquelas entidades.

Este Gabinete vai em conjunto com o Ministério da Saúde procurar que a ADSE e a ACSS venham a desenvolver as necessárias iniciativas para procurar dar total cumprimento a esta recomendação constante do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

Sobre as recomendações que envolvem a relação da ADSE com os Governos Regionais, ou seja as recomendações:

Recomendação n.º 6

Diligenciar junto das entidades dos Governos Regionais, responsáveis pelo sistema de benefícios ADSE, pela regularização:

6.1. Das dívidas à ADSE-DG, se necessário recorrendo as retenções nas transferências dos orçamentos do Estado;



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

6.2. Da entrega do desconto dos quotizados à ADSE-DG, dando um prazo para o efeito (três meses). Findo este prazo determinar, após notificação pela ADSE-DG aos quotizados, a suspensão da sua condição de beneficiário da ADSE.

Recomendação n.º 7

Enveredar todos os esforços para que a ADSE deixe de financiar as Administrações Regionais

Recomendação n.º 11

Diligenciar junto das entidades dos Governos Regionais, responsáveis pelos Serviços Regionais de Saúde pela:

11.1. Regularização da dívida que os serviços e entidades dos Serviços Regionais de Saúde têm registado como sendo da ADSE-DG;

11.2. Transferência de encargos, ainda em 2015, com a comparticipação de medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas.

Gostaríamos de salientar que foi já constituído um grupo de trabalho constituído por representantes do Ministério da Finanças e dos Governos Regionais para procurar encontrar uma solução que permita ultrapassar as questões realçadas nestas três recomendações constantes do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

O Ministério das Finanças, suportado com o documento final do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas ao sistema de proteção social aos trabalhadores em funções públicas, vai procurar dinamizar os trabalhos deste grupo no sentido de procurar encontrar as soluções que permitam vir a resolver os diferendos existentes, não podendo deixar de considerar as propostas de recomendação do Tribunal de Contas.

Com os melhores cumprimentos

P A Chefe de Gabinete,

Cristina Sofia Dias

C/c: SEAO

Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças
Av. Infante D. Henrique, 1, 1149-009 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 881 68 00 FAX + 351 21 881 68 62 EMAIL gab.mf@mf.gov.pt www.portugal.gov.pt

DGTC 20 4 15 6562



2. MINISTRO DA SAÚDE

Primeiro ofício

Ofício N.: 3364
Data: 06-04-2015



Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro José Fernandes Farinha Tavares
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência
DA VI - UAT.1
Ofício n.º 3664
Proc. n.º 11/2014 - Audit

Sua comunicação
06.03.2015

Nossa referência
Entrada - 3155|2015
Processo - 233|2014

ASSUNTO: Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas - ADSE

Com referência ao assunto identificado em epígrafe, e em sede de exercício do contraditório, encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de transmitir o seguinte:

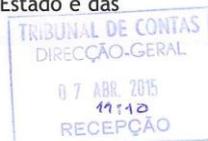
A Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 5/2015, de 22 de janeiro, determinou que fosse estudado o modelo de governação transversal aos subsistemas da ADSE, Forças Armadas e Forças de Segurança, promovendo e reforçando a articulação entre os subsistemas, aprofundando sinergias e otimizando a gestão dos recursos. Para realizar o estudo determinou aquela RCM a constituição de uma equipa técnica que deverá propor o modelo e os diplomas legais necessários para a sua implementação.

Pelo Despacho n.º 726-B/2015, de 22 de janeiro de 2015, publicado no Diário da República 2ª série, nº15, de 22 de janeiro, foram nomeados os membros da equipa técnica, iniciando a mesma funções no dia 23 de janeiro de 2015, com um mandato de 60 dias.

Neste contexto, aguarda-se que a equipa técnica submeta as respetivas propostas, pelo que não parece pertinente fazer, no momento atual, qualquer pronúncia sobre as recomendações do Tribunal de Contas que são dirigidas à Ministra de Estado e das Finanças e ao Ministro da Saúde.

MS*

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt





GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

No que se refere à recomendação dirigida ao Ministro da Saúde “13. *Garantir a não discriminação dos quotizados da ADSE pelas instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde, incluindo entidades terceiras que com este contratem, determinando, designadamente a supressão dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde da identificação do utente como beneficiário da ADSE.*”, esclarece-se o seguinte:

Atualmente, os utentes beneficiários da ADSE que acedem às prestações de cuidados de saúde através da rede oficial de estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS), acedem a todos os cuidados que a rede proporciona, não apenas no tocante às prestações diretamente realizadas pelos próprios estabelecimentos e serviços, mas também no que se refere às prestações de cuidados no Setor Social e Convencionado com o SNS, à disponibilização hospitalar de medicamentos e à assistência médica no estrangeiro, entre outros.

No que concerne à supressão da identificação do utente como beneficiário da ADSE do Registo Nacional do Utente, considera-se que a avaliação desta medida deva ser efectuada no âmbito da equipa técnica criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro, que tem como missão estudar e propor um modelo de governação transversal aos subsistemas públicos (ADSE, ADM, GNR e PSP).

Face ao exposto, e em resultado do estudo do modelo de governação transversal aos subsistemas da ADSE, Forças Armadas e Forças de Segurança, já referido, serão prestados os respetivos esclarecimentos.

Agradecendo antecipadamente a compreensão subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

(Luís Vitório)

DGTC 7 4 15 5841

MS*

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt



Segundo ofício

Ofício N.º 3/27
Data: 17-04-2015



Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro José Fernandes Farinha Tavares
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência
11/2014 - Audit DAVI
Ofício/fax n.º 5224

Sua comunicação
10.04.2015
10.04.2015

Nossa referência
Entrada - 4758 | 2015
Processo - 233 | 2014

ASSUNTO: Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas - Processo n.º 11/2014-AUDIT- Fax de 10-04-2015

Com referência ao assunto identificado em epígrafe, e em resposta ao fax do Tribunal de Contas de 10 de abril, encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de transmitir o seguinte:

A tutela da ADSE é do Ministério das Finanças e da Administração Pública, pelo que o Ministério da Saúde não deve pronunciar-se sobre os princípios organizativos da ADSE.

O Ministério da Saúde apenas pode assegurar toda a sua colaboração no estudo do novo modelo da ADSE, o que vem acontecendo no âmbito do grupo de trabalho nomeado pelo Despacho n.º 726-B/2015, de 22 de janeiro.

Relativamente à persistência de áreas de prestação de cuidados onde não está clarificado se o financiamento é da ADSE ou do SNS, cumpre-nos reiterar que os utentes beneficiários da ADSE acedem às prestações de cuidados de saúde através da rede oficial de estabelecimentos e serviços do SNS, acedendo a todos os cuidados que a rede proporciona, não apenas no tocante às prestações diretamente realizadas pelos próprios estabelecimentos e serviços, mas também no tocante às prestações de cuidados no Sector Social e Convencionado com o SNS, à cedência hospitalar de medicamentos e à Assistência Médica no Estrangeiro, entre outros. Contudo, existindo dúvidas considera-se ser pertinente a elaboração de um estudo que

MS*

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6.º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt





clarifique, de forma exaustiva, as condições em que o financiamento da prestação é da responsabilidade do SNS ou da ADSE. O mesmo estudo avaliará o impacto financeiro da eventual assunção de novos compromissos pelo SNS, de forma a assegurar-se a sua sustentabilidade futura. Após a conclusão deste estudo, serão emitidas instruções claras a todas as entidades do SNS sobre a forma de efetuarem a faturação. O mesmo estudo deve abordar, também, a quantificação do impacto de um redireccionamento da procura de cuidados de saúde, que atualmente são financiados pela ADSE, para o SNS, decorrentes da redução do número de beneficiários daquela entidade.

Em relação à Recomendação 9, a ACSS irá proceder ao levantamento das dívidas reclamadas pelas entidades do SNS à ADSE, antes e após 31/12/2009. Este levantamento irá, só por si, permitir verificar se existe faturação que foi indevidamente emitida e será um elemento valioso para determinar quais as situações em que não está clara a partilha de responsabilidade, entre a ADSE e o SNS, pelo financiamento. No que toca à correção do encontro de contas que é recomendado, o Ministério da Saúde não tem nada a obstar.

Relativamente à Recomendação 11, cabe referir que o Ministério da Saúde já participou em vários grupos de trabalho em que se procurou resolver a situação das dívidas das regiões autónomas ao SNS. De facto, e apesar de estar claro na lei que as regiões autónomas são responsáveis pelo pagamento ao SNS dos cuidados prestados a cidadãos fiscalmente residentes naquelas regiões, tal não vem acontecendo. Devido às dívidas que as regiões autónomas reclamam ter da ADSE, como fator compensador não pagam ao SNS. O Ministério da Saúde está disponível para estudar soluções que permitam ultrapassar esta situação.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

A handwritten signature in dark ink, appearing to be "Luís Vitório", written over a horizontal line.

(Luís Vitório)

DGTC 17 4 15 6468



3. DIRETOR-GERAL DE PROTEÇÃO SOCIAL AOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS

Primeiro ofício



06.ABR15 00459

Exmo. Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
Of 3663	06-03-2015	Ent.1917/2015 Proc. 12.01	

ASSUNTO: Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas - ADSE

Exmo. Senhor,

Em aditamento ao n/ofício n.º 365, de 20 de março de 2015, sobre o assunto em epígrafe, junto se envia a V. Exa fotocópia do ofício n.º GDS-719235, de 30 de março, da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE).

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete

Cristina Sofia Dias

C/c: SEAO

DGTC 7 4 15 5840





GABINETE DA MINISTRA DE ESTADO E DAS FINANÇAS	
Entrada n.º	1917 de 1/4/15
Proc.º	42-1- Dip. _____/____

Exmo. Senhor
Chefe de Gabinete de Sua Excelência o
Secretário de Estado Adjunto e do
Orçamento
Avenida Infante D. Henrique, n.º 1
1149-009 LISBOA

*RETW.
Ceu! 1.02.2015*

Sua Referência Sua Comunicação N.º Registo
GDS-719235

Data
2015-03-30

CRISTINA SOFIA DIAS
Chefe do Gabinete da
Ministra de Estado e das Finanças

Assunto: Auditoria do Tribunal de Contas ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas – ADSE

Em resposta ao ofício do Tribunal de Contas, com a referência DA VI – UAT.1 – Proc. N.º 11/2014, e nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, apresenta esta Direção-Geral as alegações consideradas convenientes referentes ao salientado no relato de auditoria do Tribunal de Contas, em especial no que concerne às conclusões e recomendações do mesmo.

Com os melhores cumprimentos, *funções*

O Diretor-Geral

Carlos Liberato Baptista

*Remete-se ao Gabinete de Sua
Exa a Semhaa Finanças de Estado
e das Finanças.*

Li. 01. abril. 2015

Gab. Sec. Est. Adj. Orçamento	
En.º	848 P.º 06
En.º	200315 Dip. _____
O Chefe do Gabinete Jaime Alves 01.03.15	
DGO	ESPAP
ADSE	CGA
IGF	SG



AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

RELATO DO TRIBUNAL DE CONTAS

I

Na generalidade

No relato de auditoria do Tribunal de Contas aparecem inúmeras conclusões e considerandos que tendem sempre a apresentar o atual valor de 3,5% da taxa de desconto a cargo dos quotizados, situando-a em níveis exageradamente superiores aos custos de financiamento do esquema de benefícios da ADSE.

Esta conclusão quanto a nós antecipa-se à conclusão da reforma iniciada pelo Governo no âmbito do Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, que visava a concessão de assistência financeira a Portugal, subscrito em 17 de Maio de 2011, pelo Estado Português, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Este Memorando veio 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 comparticipação da Entidade Empregadora e ajustando o âmbito dos benefícios de saúde, com poupanças de 100 milhões de euros em 2012. Estabelecia 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) – seria reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em todos os níveis das Administrações Públicas. Deveriam seguir-se reduções adicionais a taxas semelhantes nos anos subsequentes, com vista a que os sistemas se financiassem por si próprios até 2016. Os custos orçamentais destes sistemas seriam reduzidos através do decréscimo das contribuições da Entidade Empregadora e pelo ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde.

Mais recentemente, o Governo legislou no sentido de que o desconto de beneficiários para o financiamento destes subsistemas públicos de saúde viesse a passar para 3,5% a partir de 20 de maio de 2014. Com este aumento que se vem juntar a outros dois, um em agosto de 2013 que passou numa primeira fase o desconto de 1,5% para 2,25% e um segundo que colocava a taxa nos 2,5% a partir de janeiro de 2014, previa-se que os subsistemas públicos passassem a estar próximos da autossustentabilidade, ou seja, antecipou-se para 2014 o objetivo fixado para 2016 pelo Memorando de Entendimento.

Ainda no âmbito desta reforma iniciada por este Governo, se enquadra a muito recente Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro, que estabelece logo que estes subsistemas assentam no princípio da complementaridade face ao Sistema Nacional de Saúde. Estabelece ainda que o Governo decidiu proceder à revisão dos regimes jurídicos aplicáveis aos vários subsistemas de saúde, dentro dos quais o Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, na sua redação atual, que aprovou o funcionamento e o esquema de benefícios da atual Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE).



 **ADSE** MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral de Proteção Social aos
Trabalhadores em Funções Públicas

Essa revisão assenta pois na adoção de um modelo que permita otimizar a gestão dos referidos subsistemas, através da articulação das entidades gestoras, sem que daí advenha a perda de identidade e das características específicas de cada um dos subsistemas, procurando pois a instituição de regras uniformes de organização, de gestão e de funcionamento, de forma a obter ganhos de eficiência económica e funcional. Por outro lado, salienta ainda esta RCM que importa reforçar a intervenção dos beneficiários na gestão dos próprios subsistemas.

Portanto a reforma dos subsistemas públicos de saúde ainda está por concluir, tendo o Governo dado este último passo no sentido de a vir a concretizar, sendo que este relato do Tribunal de Contas poderá também dar um importante contributo para a execução desta reforma.

No entanto e como estamos em fase de concretização e reajustamento do âmbito de atuação da ADSE, já que o novo enquadramento jurídico deve ir no sentido da atribuição total à entidade gestora da ADSE de competências que hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional, aliás como é bem referido no relato do Tribunal de Contas, situação esta que vai trazer mais encargos para o subsistema, que no futuro vão ser financiados unicamente pela taxa de desconto de 3,5%, a cargo dos quotizados.

De facto, e em primeiro lugar, se procedermos à comparação da taxa de desconto que vai ser aplicada durante todo o ano de 2015 para financiar o esquema de benefícios da ADSE no valor de 3,5%, com a taxa de desconto do Plano de Saúde dos SAMS gerido pelo Sindicato do Bancários, podemos observar que estes 3,5% da ADSE comparam muito favoravelmente com os 8,0% destinados a financiar o subsistema dos SAMS, para um esquema de benefícios na generalidade muito semelhante ao da ADSE.

De salientar ainda que estes 8,0% dos SAMS são repartidos pelas entidades patronais, com uma contribuição de 6,5% (ou seja 82,35% do financiamento)

e pelos seus trabalhadores no ativo e na situação de reforma em 1,5% (17,65% do financiamento) e que, na ADSE, a figura do financiamento pela entidade patronal (e com origem no Orçamento do Estado) foi, pelas razões que são do conhecimento público, reduzida a zero, passando o esquema de benefícios da ADSE a ser financiado unicamente pelos descontos dos seus quotizados.

Em segundo lugar, é um facto que a ADSE obteve em 2014 um saldo de 200,7 milhões de euros, mas este elevado saldo deve-se a diversos fatores irrepetíveis no futuro. Deste modo, e em 2014, podemos constatar que:

1. 37,8 milhões de euros da despesa prevista ser paga nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, foi antecipada para dezembro de 2013, libertando a conta do ano de 2014 desse encargo;
2. 34,6 milhões de euros de receita relativa ao mês de dezembro de 2013, foi contabilizada apenas em janeiro de 2014, pelos motivos referidos no relato do Tribunal de Contas, inflacionando a receita de 2014;
3. 11,7 milhões de euros de despesa que deveria ter sido paga em novembro e dezembro de 2014, apenas o foi em janeiro de 2015, facto também referido pelo Tribunal de Contas no seu relato, o que libertou a despesa de 2014 desse encargo.

O saldo da ADSE, corrigido por estes três fatores acima referidos, passa então a ser de 116,6 milhões de euros.

No entanto e como é também referido pelo relato do Tribunal de Contas nas suas conclusões seguintes:

" N.º 69. Para além dos serviços do Estado, são ainda responsáveis pelo financiamento da ADSE-DG outras entidades com verbas próprias para o



ADSE MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral de Proteção Social aos
Trabalhadores em Funções Públicas

pagamento de despesas com pessoal, designadamente entidades da Administração Local e das Administrações Regionais.

N.º 70. Em resultado da responsabilidade destas últimas entidades, os documentos de prestação de contas da ADSE-DG, por um lado, incluem proveitos provenientes de notas de reembolso a elas emitidas e, por outro, não refletem a totalidade da despesa associada ao esquema de benefícios do sistema ADSE, nomeadamente os reembolsos do regime livre suportados diretamente por essas entidades empregadoras.

N.º 71. A extinção, em 2015, da contribuição da entidade empregadora, aplicável aos serviços do Estado, e a sustentação da ADSE com o desconto dos quotizados, suscita questões sobre a manutenção da contribuição financeira das restantes entidades empregadoras públicas, que devem ser ponderadas no quadro da revisão do regime jurídico da ADSE e enquadradas na respetiva legislação financeira.

N.º 72. De facto, não contribuindo os serviços do Estado para o financiamento do sistema, considerando que o mesmo deve ser financiado exclusivamente com o desconto dos quotizados, é expectável que os encargos até agora assumidos por aquelas entidades passem a ser da responsabilidade desta Direção-Geral (cenário 1) ou, em alternativa, que os quotizados em causa saiam da ADSE (cenário 2). Qualquer destas mudanças terá impacto na estrutura de proveitos e custos da ADSE-DG, detalhados no ponto 13.2.”

Nestas conclusões o Tribunal de Contas identifica claramente o que é necessário ainda ser feito em termos da revisão do regime jurídico da ADSE, desiderato que se encontra a ser estudado pela Equipa Técnica nomeada pelo Governo na sequência da Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015 (que o presente relato do Tribunal de Contas identifica nas suas conclusões n.º 105 a 108).

Assim, em 2014 as contas da ADSE:

1. Incluem proveitos de notas de reembolso cobradas a essas entidades - da Administração Local e da Administração Regional – no valor de 43,77 milhões de euros, relativos a encargos que os beneficiários dessas entidades realizaram junto dos prestadores da rede convencionada;
2. Não incluem as participações que são calculadas, contabilizadas e liquidadas por essas entidades diretamente aos seus quotizados, e que no relato do Tribunal de Contas estão estimadas no seu ponto 13.2. e que para efeitos desta nossa estimativa apenas consideramos o cenário mais desfavorável apresentado como cenário 1, ou seja um encargo adicional para a ADSE de mais 27,41 milhões de euros de custos em 2014.

O saldo inicial da ADSE, que em 2014 foi de 200,7 milhões de euros e que já tinha sido corrigido pelos três fatores atrás referidos, tendo passado então a ser de 116,6 milhões de euros, deve novamente ser corrigido por mais estes dois fatores, também identificados pela equipa do Tribunal de Contas, passando a ser de 45,42 milhões de euros.

Se em paralelo a esta correção do saldo da ADSE para 2014, fizermos mesmo exercício com o saldo previsto para o ano de 2015 que se estima em 89,4 milhões de euros (conclusão n.º 42 do relato do Tribunal de Contas) e se a este valor previsto for retirado o valor de 40 milhões de euros, estimativa para 2015 das notas de reembolso a serem cobradas às entidades da Administração Local e da Administração Regional, e ainda o valor estimado como encargo com as participações que são calculadas, contabilizadas e liquidadas por essas entidades diretamente aos seus quotizados (que no relato do Tribunal de Contas estão estimadas no seu ponto 13.2. e que para efeitos desta nossa estimativa apenas consideramos o cenário mais desfavorável apresentado como cenário 1) ou seja um encargo adicional para a ADSE de



mais 27,41 milhões de euros de custos em 2015, obtemos um saldo corrigido para a ADSE em 2015 de 21,99 milhões de euros.

De salientar que, quer o saldo corrigido para 2014 quer a correção estimada de 2015 se encontram no limite apresentado no relato do Tribunal de Contas como razoável, ou seja dentro da margem dos 10%, situação que nos leva a crer que a taxa de desconto de 3,5% não é assim tão elevada ou excessiva para o esquema de benefícios do subsistema.

Se, como também é referido no relato do Tribunal de Contas, considerarmos que a ADSE necessita de rever as nomenclaturas e as suas tabelas (é especialmente referida a tabela de comparticipações do Regime Livre), situação esta que poderá ainda indiciar um não despendendo acréscimo de custos para o subsistema.

Um outro fator que não foi considerado nesta breve apresentação prende-se com a especialização de custos do exercício, o que a ser considerado vai também influenciar negativamente os custos do subsistema, se a opção for a de implementar algumas regras contabilísticas em vigor na atividade seguradora, de modo a constituir provisões de especialização no fim do exercício, como a relativa aos custos IBNR (*incurred but not reported*).

De facto, a ADSE pode ter, num espaço temporal de três a cinco anos assegurada a sua sustentabilidade, considerando quer os saldos que transitam do exercício de 2014 e o previsto para 2015, quer os níveis de despesa prevista, quer ainda as receitas próprias estimadas, sendo que este valor se deve manter constante, se continuar a ter por base, unicamente, os descontos dos seus quotizados, porque não é crível que se venha a assistir a um aumento dos atuais 3,5% (hipótese que consideramos insustentável para os quotizados), e também porque não devem existir condições para que se volte a implementar a contribuição da entidade patronal (com origem no Orçamento

do Estado), face às previsíveis dificuldades com que o Estado se vai continuar a debater no controle das suas contas nos anos mais próximos.

No entanto, devemos ainda referir que o índice de envelhecimento da população beneficiária da ADSE se agrava de ano para ano, sendo que em 31 de dezembro de 2013 era de 150,91%, tendo passado em 31 de dezembro de 2014 para 168,64%, ou seja um crescimento de 11,7 pontos. O valor referido compara com o indicador nacional que em 2013 era de 133,5% (fonte: PORDATA). De salientar, que os custos médios com a saúde aumentam com a idade, pelo que com a previsível evolução demográfica deste universo de beneficiários, não nos parece aconselhável qualquer tipo de redução na taxa de desconto a cargo dos quotizados, a não ser que essa redução, venha a ser substituída por um igual acréscimo da contribuição da entidade empregadora, que agora foi extinta.

Portanto, neste período de tempo, deve a gestão da ADSE procurar implementar as medidas necessárias para que a sustentabilidade do subsistema passe a ter por base um mais efetivo controle das suas despesas, pela instituição de:

- Mecanismos de faturação mais controlados, como a instituição de preços compreensivos ao nível do ambulatório e nas cirurgias, que venham incluir todas as linhas de faturação aplicáveis nessas situações, corrigindo a situação da faturação ato a ato, que possibilita a indução da produção de cuidados sem a avaliação rigorosa da sua necessidade (conclusão n.º96);
- Níveis de controlo da utilização vulgarmente conhecidos como "*managed care*", pela introdução de mecanismos de controlo da utilização, como autorizações prévias ou termos de responsabilidade, pela criação de limites quantitativos para alguns atos, que só poderão ser ultrapassados



pela apresentação de relatório médico circunstanciado (o exemplo clássico é do n.º de ecografias durante uma gravidez limitado a três);

- Reforço do valor dos copagamentos a cargo do beneficiário;
- Programas de promoção da saúde e de prevenção da doença;
- Procedimentos de auditoria e inspeção, promovendo a contratação de consultores médicos de diversas especialidades que deem apoio técnico a esses diversos procedimentos.

A Equipa Técnica constituída no âmbito da RCM n.º 5/2015 deve também apresentar soluções que vão ao encontro das diversas recomendações constantes do relato do Tribunal de Contas, como por exemplo:

- Identificar claramente os encargos com as prestações que devem ser assumidas pelo SNS e pelos SRS e não pelo subsistema complementar de saúde ADSE;
- Constituição de uma entidade gestora, que possibilite a participação de representantes dos seus quotizados nos seus órgãos de gestão;
- Que essa entidade seja constituída com autonomia administrativa e financeira, possibilitando vir a rentabilizar os excedentes de tesouraria através de investimentos em ativos financeiros;
- A entidade gestora possa vir a desenvolver atividades que sejam renumeradas pelos "clientes", e que gerem receitas e saldos que permitam reforçar a sua situação financeira, como o controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas, o acompanhamento clínico dos sinistrados de acidentes em serviço dos trabalhadores em funções públicas, a prestação aos organismos públicos de serviços de saúde no

trabalho e ainda pela prestação direta de cuidados de saúde primários em espaços próprios, procurando instituir a figura do “gatekeeper”, sem limitar no entanto a livre capacidade de escolha do prestador pelos seus beneficiários;

- Que na sequência dos estudos já desenvolvidos ou a desenvolver se venha a permitir que a entidade gestora possa vir a ampliar a base de beneficiários, pelo alargamento da possibilidade de inscrição na ADSE dos trabalhadores com contrato individual de trabalho do Setor Empresarial do Estado (vulgo EPE’s) e também desde que adiram a um sistema contributivo, aos cônjuges dos quotizados que exerçam atividade profissional e ainda aos filhos maiores de 26 anos e até aos 30 que continuem a depender financeiramente do beneficiário titular. Uma outra hipótese que se poderá ainda vir a considerar é o eventual alargamento aos corpos de bombeiros profissionais e voluntários e eventualmente aos membros dos seus agregados familiares.

II

Na especialidade

Na especialidade, e relativamente a algumas propostas constantes do projeto de Recomendações, julga-se ainda de referir o seguinte, para além do que resulta já das considerações anteriormente expostas na análise na generalidade:

Introduzir no sistema medidas que promovam o controlo da despesa do regime convencionado (Recomendação 26)

O código 9999, que corresponde a uma série de atos de índole diversa mas com preço aberto, foi descontinuado a partir de 1 de janeiro de 2015, tendo



em seu lugar sido criados uma série de novos códigos, já com preço definido, e que é inferior ao preço que os prestadores vinham praticando através da utilização do código 9999.

As outras áreas da prestação sem preço definido dizem respeito aos consumos de piso de sala (códigos 6032 e 6074), medicamentos (código 6631), próteses intraoperatórias (código 7501) e medicamentos antineoplásicos (código 6636).

Relativamente aos consumos de piso de sala (códigos 6032 e 6074), a ADSE tem procedido a um controle anual dos valores faturados, através da aplicação de um mecanismo previsto nas convenções.

Através desse mecanismo, a ADSE reserva-se o direito de corrigir os valores faturados sempre que estes excedam os valores médios praticados pelos prestadores congéneres, depois de majorados em 10%.

Mercê deste dispositivo de controlo da despesa, a ADSE regularizou a seu favor relativamente à prestação de 2011, 594 mil euros, de 2012, 932 mil euros e 1,567 milhões, 2013. O aumento dos valores regularizados teve sobretudo a ver com melhorias ao nível da análise de dados concebida para o efeito.

A partir de 1 de outubro de 2014 com a entrada em vigor da tabela REGRAS, PROCEDIMENTOS E TABELAS DE PREÇOS da REDE da ADSE, o mesmo tipo de controlo estendeu-se igualmente aos medicamentos (código 6631) e ainda aos materiais de penso (código 6640 que também passou a ter preço aberto).

Relativamente às restantes duas áreas de preços abertos - próteses intraoperatórias (código 7501) e medicamentos antineoplásicos (código 6636) - foram fixados códigos específicos unívocos com base em códigos e nomenclatura do INFARMED.

Estes novos códigos permitirão finalmente à ADSE que proceda a uma análise comparativa de preços item a item, estando nomeadamente fixado por aquele

dispositivo regulamentar que a ADSE se reserva o direito de corrigir os valores faturados com base no menor valor praticado pelos prestadores envolvidos.

Proceder ao pleno cumprimento dos princípios contabilísticos fundamentais (Recomendação 29) e implementar procedimentos que reduzam ao mínimo a alteração de políticas contabilísticas de um exercício para outro (Recomendação 30)

As melhorias implementadas, quer ao nível da sincronia GERFIP/SICOF, quer ao nível do desenvolvimento da própria aplicação "Sistema de Informação de Conferência de Faturas" (SICOF), teve necessariamente como consequência, e em prol do princípio da especialização dos exercícios, a realização de lançamentos contabilísticos para correção de erros e omissões do passado, com o recurso inevitável, mas julgamos apropriado, das contas 69 e 79.

É expectável que, doravante e por força das referidas melhorias, essa utilização se venha a diluir, de ano para ano.

Por outro lado, nos anos de 2011 a 2013, e com vista a ultrapassar as limitações inerentes ao regime administrativo e financeiro de mera autonomia administrativa, viu-se a ADSE na contingência, com conhecimento da Direção-Geral do Orçamento e da tutela, de proceder a duas operações concomitantes.

Por um lado, antecipou-se o pagamento de faturação dos prestadores de cuidados de saúde convencionados, a vencer no ano seguinte e, por outro, diferiu-se a entrega ao Estado de parte da receita cobrada em dezembro.

Com estas ações complementares, a ADSE conseguiu nos inícios de 2012 a 2014, dispor de receita própria cobrada suficiente para satisfazer todos compromissos que se venciam nesses períodos, sem ter de depender de



ADSE MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral de Proteção Social aos
Trabalhadores em Funções Públicas



transferências do OE ou ter de aguardar pela aprovação do diploma de execução orçamental para solicitar a transição e utilização do saldo de gerência do ano anterior.

Porém, frisa-se que esta atuação, embora não completamente compaginável com as melhores práticas da disciplina de gestão orçamental e o princípio contabilístico da especialização dos exercícios, foi, sem dúvida, o mal menor face à falta de outra solução que não inviabilizasse o funcionamento e o cabal cumprimento da missão da ADSE.

Estas dificuldades de gestão seriam facilmente ultrapassadas caso este organismo dispusesse de autonomia administrativa e financeira, regime para o qual aliás reúne os requisitos legalmente consagradas uma vez que, desde logo, o seu orçamento é atualmente integralmente constituído por receitas próprias e constitui um instrumento da maior utilidade para a prossecução das atribuições da ADSE.

No que se refere à inclusão nas Demonstrações Financeiras do risco de incobrabilidade de diversas dívidas, a verdade é que ADSE já por várias vezes, nestes últimos anos, nomeadamente aquando das circularizações de saldos e dos fechos de contas, equacionou a possibilidade de efetuar uma provisão neste sentido.

Porém, após superior ponderação, a solução adotada foi a de não criar as indicadas provisões por se entender que, tratando-se de dívidas maioritariamente oriundas de entidade públicas, a responsabilidade e a colaboração institucional que necessariamente subjaz nas relações entre estas entidades necessariamente permitirá encontrar formas, até por recurso a mecanismos legalmente previstos, de regularização das situações devedoras.

Finalmente, e a propósito das considerações explanadas sobre inventário de bens, a prática da Direção-Geral é, após inventariação inicial na aplicação

informática Gerfip, a de identificar de imediato esses bens com autocolantes / etiquetas que evidenciam a referência no cadastro.

Relativamente às inventariações periódicas de bens podemos afirmar que foram regulares e anuais até à adoção da aplicação Gerfip, ou seja, quando a ADSE utilizava uma outra aplicação da Quidgest, sensivelmente até 2010. Em face das limitações do Gerfip nesta área, passou-se a efetuar essas inventariações periódicas por amostragem de uma forma mais “manual” com compilações em folhas de Excel e com uma periodicidade menos regular.

Presentemente, consegue-se adicionar a este procedimento um leitor de códigos de barras que consegue exportar esses dados para folhas Excel e daí poder-se conciliar com os dados do Gerfip previamente também exportados para Excel. Desta forma, as inventariações periódicas tornar-se-ão mais profícuas com resultados na correção das alocações dos bens.

Enquadrado nas referidas verificações periódicas, são efetuadas conferências aos bens patrimoniais da ADSE com vista a apurar o seu estado de conservação. Este procedimento permite ainda providir à manutenção dos bens que se encontram em condições de utilização e ainda identificar bens obsoletos ou avariados e sem possibilidade de recuperação, desencadeando posteriormente os procedimentos legalmente definidos com vista a proceder aos respetivos autos de abate de bens móveis em GeRFiP.

Aplicar com regularidade os mecanismos de cobrança coerciva de dívidas (Recomendação 33)

Os meios legais ao dispor da ADSE para a cobrança de dívidas têm vindo a ser utilizados, quer através da emissão de certidões de dívidas para instrução de procedimentos de execução fiscal, quer mediante a emissão de guias de reposição, quer ainda por utilização dos mecanismos anualmente previstos de



retenção de verbas de transferências orçamentais para os organismos devedores, no caso fundamentalmente autarquias locais.

Para além disso, a ADSE reclama nos processos judiciais de natureza cível e penal o reembolso por terceiros responsáveis de valores relativos a despesas de saúde suportadas com os seus beneficiários.

Instituir procedimentos de contabilização dos montantes de desconto não entregues, com base nos ficheiros de detalhe recebidos ou através de estimativas da ADSE-DG no caso da não entrega dos ficheiros (Recomendação 34)

Os ficheiros de desconto e contribuição da entidade empregadora e respetivos DUC's são gerados pelas entidades processadoras de vencimentos e pensões e frequentemente não coincidem, tornando a contabilização (e a especialização da receita em cada ano) uma tarefa complexa e por vezes impossível, com a agravante de, posteriormente, os ficheiros ainda puderem ser corrigidos pelas entidades emitentes.

Acresce referir que o controlo da emissão dos ficheiros e respetivos DUC é da inteira responsabilidades dessas entidades, confrontando-se a ADSE com várias combinações de anomalias no seu processamento, nomeadamente, ficheiro sem DUC, DUC sem ficheiro, remessa de ambos, mas com valores divergentes, ou ainda troca da opção desconto pela contribuição e vice-versa.

É por isso também complexa a contabilização de uma dívida para a qual se desconhece o valor, uma vez que seria sempre estabelecida com base em previsões, necessariamente objeto de ajustes e correções, com uma constante alteração dos valores.

Implementar o sistema de controlo do desconto por quotizado (Recomendação 35)

O controlo da realização e entrega do desconto é já efetuado, quer nos casos em que é feito diretamente pelo beneficiário, quer nos casos em que a entrega é processada pelas entidades empregadoras ou processadoras de vencimentos ou de pensões.

O controlo da realização e entrega do desconto e da eventual dívida por falta de realização destes encargos, bem como uma mais correta especialização contabilística dos valores tenderá, no entanto, a ser a curto prazo mais eficazmente efetuada com o aperfeiçoamento dos mecanismos de transmissão da informação da situação dos beneficiários, a implementar pela ADSE.

Os mecanismos de aperfeiçoamento e agilização da transmissão de informação serão também objeto de proposta para consagração legal em sede de iniciativa legislativa de alteração do regime atualmente vigente.

Suspender, após notificação ao quotizado, a condição de beneficiário até à regularização da situação (Recomendação 38)

No caso em que o desconto é diretamente entregue à ADSE pelos beneficiários titulares, o controlo destes descontos já se encontra a ser efetuado e quando se verificam atrasos não justificados já se procede ao cancelamento do respetivo beneficiário até regularização da situação.

Caso o mesmo não regularize a falta de entrega dos descontos e tenha nesse período usufruído de cuidados de saúde é emitida uma guia de reposição para devolução dos valores auferidos indevidamente.

Encontra-se em curso, desde o início de 2015, a aplicação deste procedimento a todas as situações de falta de entrega de desconto, apenas possível pelo gradual aperfeiçoamento do envio de informação, e sua constante atualização, sobre a situação dos beneficiários pelas entidades empregadoras.



Evitar qualquer conexão entre os sistemas de informação da ADSE e os da Administração Tributária, designadamente utilizando senhas de acesso distintas das que os quotizados utilizam no acesso ao Portal das Finanças (Recomendação 43)

A decisão de aproveitamento de um sistema de autenticação instalado e fiável implementado por uma entidade pública de referência, como é a AT, tomada já há 8 anos, teve em conta a dificuldade logística e os custos acrescidos de gerir acessos e autenticações de mais de 800.000 beneficiários titulares, e a reutilização do serviço acesso.gov.pt fez justifica-se ainda numa política de reaproveitamento tecnológico das melhores práticas implementadas na Administração Pública.

Este sistema de autenticação, a par da autenticação com o Cartão do Cidadão, tem-se revelado uma excelente experiência, com grandes mais-valias para a ADSE, sendo aliás utilizado por diversos outros organismos públicos.

Segundo ofício



Exmo. Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Avenida Barbosa do Bocage, n.º 61
1069-045 LISBOA

Sua Referência	Sua Comunicação	N.º Registo GDS-729594	Data 2015-04-14
----------------	-----------------	---------------------------	--------------------

Assunto: Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas – ADSE

Em resposta às questões constantes do fax do Tribunal de Contas, com data de 10 de abril de 2015, relativo ao processo de auditoria n.º 11/2014, apresenta esta Direção-Geral as respostas que complementam a anteriormente dada pelo nosso ofício com a referência GDS-719235, que foi remetida a esse Tribunal de Contas através do ofício n.º 459, de 6 de abril, do Gabinete de Sua Excelência a Ministra de Estado e das Finanças.

O motivo da resposta desta Direção-Geral ter sido enviada ao Chefe de Gabinete de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, que o remeteu ao Gabinete de Sua Excelência a Ministra de Estado e das Finanças, que por sua vez o enviou ao Tribunal de Contas, prende-se unicamente pelo facto deste processo de auditoria ter sido acompanhado pelo Gabinete do Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, por entretanto se ter processado a substituição, a 2 de janeiro de 2015, do anterior Diretor-Geral da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, e não por menos consideração pelos poderes de fiscalização e jurisdição do Tribunal de Contas sobre esta Direção-Geral enquanto entidade auditada.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor-Geral

Carlos Liberato Baptista





AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

1. *Tendo em conta que a opinião formulada por V. Ex.ª, no sentido de que “...a taxa de desconto de 3,5% não é assim tão elevada ou excessiva para o esquema de benefícios do subsistema”, não reflete qualquer consideração sobre os seus potenciais efeitos em eventuais renúncias de beneficiários, particularmente aqueles que são contribuintes líquidos do sistema, solicita-se:*
 - a. *quantificação do impacto da manutenção da taxa de desconto de 3,5% no número de renúncias e na sustentabilidade da ADSE no curto/médio prazo.*
 - b. *esclarecimento sobre se a ADSE pondera a introdução de limites máximos e mínimos de contribuições dos quotizados e, em caso afirmativo, quantificação do impacto desses limites na sustentabilidade da ADSE no curto/médio prazo;*

Em sede de resposta ao relato do Tribunal de Contas foi referido por esta Direção-Geral que “... não nos parecia aconselhável qualquer tipo de redução na taxa de desconto a cargo dos quotizados, a não ser que essa redução, venha a ser substituída por um igual acréscimo da contribuição da entidade empregadora” (página 8 – 2º parágrafo).

- 1 -



Aliás foi também referido na comparação feita com o caso do sistema de saúde dos SAMS, que o financiamento deste sistema era repartido entre a entidade empregadora e os beneficiários titulares, situação que no caso da ADSE não acontecia devido ao enquadramento macroeconómico de todos conhecido e que no âmbito do programa de assistência financeira levou a que o Governo viesse a instituir a consagração do princípio da autossustentabilidade dos subsistemas públicos de saúde.

Deste modo o que se procurou evidenciar é que a ADSE necessita de um nível de receitas que devem continuar a ter como racional a contribuição de 3,5% das remunerações dos trabalhadores em funções públicas, não sendo competência desta Direção-Geral afetar a repartição desta receita ao grupo dos beneficiários titulares (ou como o relato do Tribunal de Contas os classifica aos quotizados) ou à respetiva entidade empregadora. Como observadores atentos não acreditamos é que no curto prazo venham a existir condições que permitam a este Governo ou ao Governo seguinte alterar este paradigma e voltar a instituir uma contribuição da entidade empregadora para financiar a ADSE.

No entanto no médio prazo (provavelmente dentro de seis ou sete anos), este paradigma agora introduzido, vai necessitar de ser revisto ou complementado, devendo nessa altura reequacionar-se a introdução da contribuição da respetiva entidade empregadora, de forma a conseguir-se continuar a assegurar o equilíbrio e a sustentabilidade da ADSE, desiderato que todos, especialmente os beneficiários, pretendem ver garantida.

Em relação à questão colocada na alínea a) podemos dar as seguintes informações:

1. Nos primeiros três meses do corrente ano (2015) a média mensal de renúncias de beneficiários titulares caiu 32,6%, passando de um número médio mensal de 134,5 renúncias de beneficiários titulares mês verificado em 2014, para 90,7 nos primeiros três meses de 2015.



2. A perda de receita (valores anualizados) da ADSE decorrente do número de renúncias foi de 1,32 milhões de euros relativa à renúncia de 1614 beneficiários titulares em 2014 e de 0,25 milhões de euros relativa à renúncia de 262 beneficiários titulares no primeiro trimestre de 2015.
3. Se considerarmos que os beneficiários (titulares e familiares) que renunciaram à ADSE apresentaram uma despesa média equivalente a 30% da capitação média da despesa por beneficiário em 2014 e de 30% do valor previsto para 2015, obtemos em 2014 uma perda de margem líquida anualizada de cerca de 1,02 milhões de euros, sendo que esse valor será de 0,19 milhões de euros no primeiro trimestre de 2015 face às renúncias que se vieram a verificar nestes períodos.

No entanto e como se pode verificar a situação não está ainda estabilizada, já que o número de renúncias está a apresentar uma significativa redução em 2015 face a 2014, que cremos se vai ainda acentuar no decurso deste ano. Assiste-se ainda e adicionalmente à situação contrária, que é a de diariamente beneficiários que renunciaram a essa condição, estarem agora a solicitar a sua reintegração no subsistema, situação que não nos é possível vir a atender (anexa-se um pedido a título de mero exemplo como Anexo 1).

Em relação à questão colocada na alínea b) podemos dar as seguintes informações:

A ADSE está a equacionar a hipótese de poder vir a propor a eventual introdução de um limite máximo de contribuição dos quotizados, tendo para tal simulado a perda de receita que tal situação acarretaria para o financiamento do subsistema.

- **Hipótese 1**

Se desconto mensal de 3,5% for igual ou superior a 150,00 euros, o desconto mensal passa a ser de 150,00 euros

Impacto na receita da ADSE = redução da receita em 5,66 milhões euros

Número de beneficiários abrangidos = 14.171 beneficiários titulares

- **Hipótese 2**

Se desconto mensal de 3,5% for igual ou superior a 130,00 euros, o desconto mensal passa a ser de 130,00 euros

Impacto na receita da ADSE = redução da receita em 10,7 milhões euros

Número de beneficiários abrangidos = 26.126 beneficiários titulares

- **Hipótese 3**

Se desconto mensal de 3,5% for igual ou superior a 100,00 euros, o desconto mensal passa a ser de 100,00 euros

Impacto na receita da ADSE = redução da receita em 27,7 milhões euros

Número de beneficiários abrangidos = 77.250 beneficiários titulares

- **Hipótese 4**

Se desconto mensal de 3,5% for igual ou superior a 90,00 euros, o desconto mensal passa a ser de 90,00 euros

Impacto na receita da ADSE = redução da receita em 42,0 milhões euros

Número de beneficiários abrangidos = 126.270 beneficiários titulares

No entanto e se observarmos a distribuição das renúncias por escalão de desconto mensal, temos que na amostra de 1325 renúncias de beneficiários titulares, num total de 1614 verificadas em 2014, se pode verificar que nesse ano, 53% das renúncias foram no escalão de desconto mensal inferior a 50 euros e 26% no escalão de desconto situado entre os 50 e os 80 euros e que no escalão de desconto mensal superior a 150 euros, apenas se verificaram 31 situações, ou seja 2,35% dos casos. No primeiro trimestre de 2015 continua-se a assistir à predominância de renúncias no escalão de desconto mais baixo (38%) reforçando-se o peso do segundo escalão (50



a 80 euros) para 31%, sendo que o escalão acima de 150 euros mês reforçou também o seu peso para 6,5%.

RENÚNCIAS		
Escalão Desconto Mensal	N.º Beneficiários	%
TOTAL AMOSTRA – 2014 *	1325	100%
< 50 €	703	53,06%
50/80 €	346	26,11%
80/100 €	103	7,77%
100/150€	142	10,72%
> 150 €	31	2,34%

TOTAL AMOSTRA – 2015 **	201	100%
< 50 €	77	38,31%
50/80 €	62	30,85%
80/100 €	23	11,44%
100/150€	26	12,94%
> 150 €	13	6,47%

* Das 1.614 renúncias registadas em 2014, só foram consideradas 1.325, por não existirem ficheiros de desconto, referentes aos outros beneficiários que renunciaram.

** Relativamente a 2015, e pelos motivos anteriormente evocados, foram consideradas 201 renúncias, face às 262 registadas até 31/03/2015.

A questão que se nos coloca e que necessariamente terá de ser ponderada é se será justificável a introdução de um limite máximo (exemplo dos 150 euros mês) que vai representar uma perda de receita da ADSE no valor de 5,66 milhões de euros para tentar impedir a eventual saída de um tão pequeno número de beneficiários (até agora apenas de 44 beneficiários titulares), sendo ainda que estes beneficiários são aqueles que se enquadram num escalão etário mais elevado e aos quais se colocam menos alternativas em termos de adesão a seguros de saúde.



Adicionalmente a introdução deste tipo de limite máximo, poderá não ser muito bem aceite pelo restante universo de beneficiários, já que esse limite reflete objetivamente uma redução da taxa de desconto apenas para o conjunto dos beneficiários mais bem remunerados. No entanto, não deixa de ser verdade que uma contribuição para a ADSE superior a 2.500,00 euros ano para um beneficiário (mesmo com descendentes a cargo) é um valor muito superior ao benefício por ele percebido, situação que o fará equacionar objetivamente a sua manutenção no sistema e a hipótese de renunciar.

- 2. Informação sobre se a ADSE pensa fixar condições etárias à entrada de novos quotizados. Em caso negativo, se considera que essa situação é compatível com a sustentabilidade da ADSE.**

Esta matéria está a ser alvo de um estudo (que ainda está a decorrer) de forma a possibilitar a apresentação à tutela de uma proposta que possa eventualmente vir a permitir a inscrição na ADSE de trabalhadores com vínculo público mas não em funções públicas, tal como é o caso dos trabalhadores com contrato individual nos hospitais EPE e em empresas públicas.

No caso de vir a ser possível a adesão deste universo de trabalhadores, não cremos que seja justificável a introdução de condições etárias à entrada de novos quotizados, já que a condição de adesão pressupõe apenas a existência desse vínculo.

Não consideramos que a hipótese de adesão deste universo de potenciais beneficiários ponha em causa a sustentabilidade da ADSE.

- 3. Informação sobre se a ADSE pensa fixar condições relativas a condições de saúde preexistentes na entrada de novos quotizados. Em caso negativo, se considera que essa situação é compatível com a sustentabilidade da ADSE.**

ML - 6 -



Apresentamos como resposta a esta questão a mesma que foi dada no ponto anterior, de facto esta matéria está a ser alvo de um estudo (que ainda está a decorrer) de forma a possibilitar a apresentação à tutela de uma proposta que possa eventualmente vir a permitir a inscrição na ADSE de trabalhadores com vínculo público mas não em funções públicas, tal como é o caso dos trabalhadores com contrato individual nos hospitais EPE e em empresas públicas.

No caso de vir a ser possível a adesão deste universo de trabalhadores, não cremos que seja justificável a introdução de condições de saúde preexistentes à entrada de novos quotizados, já que a condição de adesão pressupõe apenas a existência desse vínculo.

Não consideramos que a hipótese de adesão deste universo de potenciais beneficiários ponha em causa sustentabilidade da ADSE.

4. Informação sobre a taxa de contribuição a aplicar aos cônjuges dos quotizados que exerçam atividade profissional e respetiva base de incidência, quantificando o impacto esperado na sustentabilidade da ADSE no curto/médio prazo.

Esta matéria está a ser alvo de um estudo que ainda está a decorrer, de forma a possibilitar a apresentação à tutela de uma proposta que possa eventualmente vir a permitir a inscrição na ADSE de cônjuges ou equiparados de trabalhadores em funções públicas que exerçam atividade profissional e que estão atualmente impedidos de se inscreverem na ADSE.

O Ministério da Defesa contratou a realização de um estudo atuarial sobre as condições de integração (regularização) deste universo de beneficiários, que nunca deixou de estar inscrito na ADM, sendo que as conclusões deste estudo foram também consideradas para efeito no trabalho que está a decorrer no âmbito da ADSE.

mlh -7-



A proposta legislativa que vai procurar regularizar a inscrição destes beneficiários na ADM aponta para que a taxa de desconto a ser aplicada a cada beneficiário seria a de 3,5% sobre 79% do vencimento do beneficiário titular. No entanto este projeto de diploma ainda não foi promulgado por Sua Excelência o Senhor Presidente da República.

A ADSE está a considerar no âmbito do estudo em curso a utilização do mesmo racional para a taxa de desconto a aplicar, ou seja 3,5% sobre 79% do vencimento do beneficiário titular, ou em alternativa aplicar unicamente a taxa de 3,5% sobre o vencimento do beneficiário familiar, no caso do resultado desta hipótese apresentar um valor inferior a 60% do obtido com a primeira forma de cálculo.

Em qualquer dos casos o desconto será sempre suportado diretamente pelo beneficiário titular e por ele entregue à ADSE (ou através do respetivo serviço processador).

No entanto a hipótese de adesão deste universo de potenciais beneficiários que na ADSE atinge uma dimensão muito elevada - cerca de 400.000 potenciais aderentes – assume um verdadeiro risco de poder vir a por em causa a sustentabilidade da ADSE no curto prazo.

Aqui de facto, deve ser equacionada a introdução de mecanismos que protejam o equilíbrio do subsistema, ou no caso de isso não vir a ser compaginável, equacionar se esta proposta deve vir a ser apresentada à tutela.

5. Esclarecimento sobre se os cônjuges não abrangidos por regime de segurança social de inscrição obrigatória continuarão a beneficiar do sistema sem qualquer contribuição, quantificando o impacto desta condição na sustentabilidade da ADSE no curto/médio prazo.

A ADSE não tem planos para introduzir qualquer contribuição para este universo de beneficiários, nem nos parece que a manutenção deste universo nas atuais condições ponha em causa a sustentabilidade da ADSE.

MLB - 8 -



No entanto poderemos vir a integrar no estudo em curso a hipótese de vir a equacionar a introdução de uma contribuição mensal para este universo de beneficiários.

6. Relativamente à proposta de alargamento da condição de beneficiário titular aos filhos maiores de 26 anos e até aos 30 anos:

- a. *Esclarecimento sobre se o alargamento implica o pagamento de uma contribuição e, em caso afirmativo, qual a taxa e respetiva base de incidência.*
- b. *Quantificação do impacto esperado desta proposta na sustentabilidade da ADSE no curto/médio prazo.*
- c. *Fundamento para o limite de idade dos filhos – 30 anos.*
- d. *Considerando que de acordo com a legislação atualmente em vigor os filhos entre os 18 e os 26 anos têm direito à inscrição caso estejam a frequentar curso do ensino de nível secundário ou equivalente ou superior e que relativamente aos maiores de 26 anos o ofício dessa Direção-Geral refere apenas a situação de dependência financeira do quotizado titular, perspectiva-se alguma alteração para o escalão dos 18-26 anos, caso não estudem mas continuem a depender financeiramente do quotizado titular?*

Muitos beneficiários têm colocado à ADSE a hipótese de manter inscritos os seus filhos que terminaram os estudos e que até à data eram beneficiários do subsistema e que por força das atuais regras deixam de poder continuar a manter a qualidade de beneficiário, embora continuem a coabitar com o beneficiário titular e a viver a suas expensas, face à dificuldade de encontrar emprego.

Para procurar responder as estas solicitações a ADSE está estudar a hipótese de vir a permitir manter esses beneficiários inscritos no subsistema, pagando o beneficiário titular um desconto suplementar por cada filho inscrito nestas condições.



As hipóteses de desconto que estão a ser equacionadas no âmbito do estudo em curso são duas: de 1,25% ou de 1,5% do vencimento do respetivo beneficiário titular e que seriam por este entregues ao subsistema. As condições que estão a ser equacionadas para, permitir ao descendente que tenha perdido o direito a manter-se inscrito na ADSE, para manter a condição de beneficiário descendente até aos trinta anos, é a de continuar a coabitar com o beneficiário titular e não usufruir de qualquer tipo de rendimentos próprios.

Ainda não está quantificado o impacto desta hipótese na sustentabilidade da ADSE.

7. Qual o fundamento da hipótese do alargamento do sistema aos corpos de bombeiros profissionais e voluntários? Solicita-se quantificação das receitas e das despesas previstas com este alargamento e demonstração do seu impacto na sustentabilidade da ADSE no curto/médio prazo.

A hipótese de eventual alargamento do sistema aos corpos de bombeiros profissionais e voluntários fundamenta-se no princípio de proteção dos elementos dos corpos especiais que cumprem missões de interesse público.

De facto, os militares das Forças Armadas e os membros das forças de segurança da GNR e da PSP, encontram-se protegidos em caso de doença natural através da integração obrigatória nos respetivos subsistemas públicos, a ADM – Assistência na Doença aos Militares, e os Serviços de Apoio na Doença respetivos - SAD da GNR e SAD da PSP - sendo que para os membros das associações ou corpos profissionais ou voluntários de bombeiros, num total de 472 entidades associadas na Liga (eventualmente um universo constituído por cerca 25 mil bombeiros), existe apenas um esquema de cobertura que atua unicamente em situações decorrentes de acidentes em serviço, o Fundo de Proteção Social do Bombeiro, gerido pela respetiva Liga.



Deste modo estamos a equacionar a hipótese de vir a estudar em conjunto com a respetiva Liga, um cenário de eventual integração deste universo no esquema de benefícios da ADSE, podendo ainda o mesmo ser extensível aos membros elegíveis do agregado familiar. A grande vantagem para o subsistema ADSE da eventual adesão deste universo é que se trata de um universo com uma idade média baixa, com uma muito regular distribuição por todo o território nacional e estando o risco profissional (que é elevado) garantido pelo respetivo Fundo Social, poderemos ainda acrescentar numa primeira análise que este universo não acrescenta riscos adicionais em termos de morbilidade.

○ Não está ainda quantificado as eventuais receitas e despesas pelo que não se pode apresentar a demonstração do impacto desta eventual medida.

8. A ADSE, enquanto sistema de proteção social, tem planos para diminuir os mecanismos de solidariedade existentes? E para aumentar esses mecanismos? Qual a tendência futura de curto-prazo?

○ A ADSE não tem planos para diminuir ou aumentar os mecanismos de solidariedade atualmente existentes, pelo que a tendência futura de curto-prazo é a de manter os mesmos mecanismos existentes.

9. Acha que os mecanismos de solidariedade existentes na ADSE são compatíveis com a sustentabilidade do sistema?

Os mecanismos de solidariedade existentes atualmente na ADSE são compatíveis com a sustentabilidade do sistema, pelo que num prazo expectável de seis/sete anos devem manter o seu desenho atual.

M.L.

10. Informação sobre se a ADSE pondera o alargamento do sistema aos cidadãos em geral desde que suportem uma contribuição. Solicita-se fundamentação da posição da ADSE sobre a matéria.

A sustentabilidade financeira da ADSE resulta da sua capacidade, num determinado espaço temporal, de as suas receitas serem suficientes para financiar as suas despesas, sendo que por opção política, essas receitas têm agora como origem apenas o financiamento assegurado pelo desconto dos seus quotizados.

Nesta fase de consolidação deste novo paradigma da ADSE, a hipótese de alargamento do sistema aos cidadãos em geral, não deve por enquanto fazer parte do cenário de evolução deste subsistema. No entanto, como hipótese de desenvolvimento e evolução futura, este cenário poderá ser equacionado podendo justificar ser alvo dos adequados estudos atuariais que permitam a sua avaliação.

Este cenário, se eventualmente vier a ser considerado num horizonte futuro, deve para obviar ao risco da seleção adversa, ser direcionado apenas para grupos de potenciais beneficiários considerados no âmbito das relações de trabalho, ou seja para trabalhadores de um setor profissional, ou inscritos numa Ordem profissional, ou para os trabalhadores de um determinado grupo empresarial, sendo direcionado em primeiro lugar ao conjunto desses trabalhadores e extensível aos seus agregados familiares, devendo a opção de alargamento ao indivíduo ou às famílias, por adesão voluntária ser equacionado apenas numa fase posterior.

11. Considerando que, conforme referido por V. Ex^{sa}, “o novo enquadramento jurídico deve ir no sentido da atribuição total à entidade gestora da ADSE de competências que hoje estão distribuídas pela Administração Local e Regional” quais as medidas previstas para a regular cobrança dos descontos, designadamente dos quotizados das Regiões Autónomas, e para a regularização dos descontos em dívida? Solicita-se a apresentação do plano de cobrança efetiva (com cronograma) desta dívida.

 - 12 -



ADSE MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral de Proteção Social aos
Trabalhadores em Funções Públicas

O processo que culminou na assinatura do “*Memorando de Entendimento*” que transferiu para a responsabilidade do orçamento do SNS dos encargos dos subsistemas públicos de saúde com as despesas realizadas no âmbito de instituições prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS, celebrado em 2010 entre os Ministros com a tutela da área das Finanças, da Defesa Nacional, da Administração Interna e da Saúde não integrou os respetivos Governos Regionais dos Açores e da Madeira.

Idêntica situação veio a acontecer com a transferência do encargo com a comparticipação medicamentosa dos beneficiários dos subsistemas públicos transferida em 2013 para o SNS e que não acautelou a transferência das idênticas comparticipações para a responsabilidade dos Serviços Regionais de Saúde dos Açores e da Madeira.

Deste modo a ADSE, face a estas limitações, poderá em processo negocial próprio equacionar não vir a exigir a regularização das receitas dos descontos efetuados pelo seus beneficiários das Regiões Autónomas até 31 de dezembro de 2014. No entanto, a partir de janeiro de 2015, o financiamento dos encargos da ADSE passaram unicamente a ser financiados pelas suas receitas próprias, com origem nos descontos dos seus beneficiários, e mantendo-se a situação das entidades empregadoras integradas nas Regiões Autónomas do Açores e da Madeira, de procederem ao desconto mas não o entregarem a esta Direção-Geral, representa esta situação uma forte iniquidade que é insustentável e que no nosso ponto de vista não se pode manter, já que os encargos dos beneficiários da ADSE das Regiões Autónomas estão, a partir da data acima referida, a ser financiados exclusivamente pelos descontos dos restantes beneficiários deste subsistema.

Como forma de procurar resolver esta questão, a ADSE apresentou a Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, proposta para que esta Direção-Geral fosse autorizada a remeter os ofícios cujo draft anexamos (Anexo 2), aos Chefes de Gabinete de Suas Excelências os Presidentes dos Governos Regionais dos Açores e da Madeira, e nos quais se solicitava:



- a) Que fossem identificadas quais as Entidades que tem assumido a responsabilidade de proceder ao registo contabilístico da receita gerada pelas verbas retidas por conta do desconto para a ADSE;
- b) Mandar providenciar a entrega a esta Direção-Geral das verbas retidas aos respetivos beneficiários, no ano de 2011 e até à presente data;
- c) Criar as condições para passar a assumir através do Orçamento dos respetivos Serviços Regionais de Saúde os encargos decorrentes da comparticipação medicamentosa aos beneficiários da ADSE de cada uma das Regiões Autónomas.

Nesses mesmos ofícios, propomo-nos ainda informar que se a respetiva situação não se encontrar devidamente regularizada à data de 30 de junho de 2015, esta Direção-Geral irá proceder ao cancelamento dos direitos de todos os beneficiários que se encontrem afetos aos respetivos Governos Regionais dos Açores e da Madeira bem como a outras entidades integradas nessas Regiões Autónomas e que se encontrem em incumprimento.

Portanto e para responder diretamente à questão colocada pelo Tribunal de Contas a principal medida para regularizar a cobrança dos descontos em dívida será a de suspender os direitos dos beneficiários da ADSE afetos a essa entidade, passado que seja um prazo de atraso superior a seis meses na entrega das respetivas receitas à ADSE, por parte das entidades processadoras.

12. Quais as medidas que a ADSE pretende implementar para contrariar o efeito do envelhecimento da população de quotizados aludida por V. Ex^a nas alegações em contraditório?

Para contrariar o efeito do envelhecimento da população de quotizados da ADSE, propomos vir a estudar o alargamento da base de beneficiários, podendo permitir a inscrição de outros universos que atualmente não podem aderir ao subsistema, que já foram explanados nas respostas dadas em quesitos anteriores, mas que vamos de novo apresentar:



- Permitir a inscrição na ADSE de trabalhadores com vínculo público mas não em funções públicas, tal como é o caso dos trabalhadores com contrato individual nos hospitais EPE e em empresas públicas;
- Permitir a manutenção da inscrição dos filhos que terminaram os estudos e que até à data eram beneficiários do subsistema e que por força das atuais regras deixam de poder continuar a manter a qualidade de beneficiário, embora continuem a coabitar com o beneficiário titular e a viver a suas expensas, face à dificuldade de encontrar emprego;
- Permitir o eventual alargamento aos bombeiros voluntários e profissionais integrados nos corpos de bombeiros contribuindo para um acréscimo de proteção social de um grupo que cumpre missões de relevante interesse público.

13. Considerando as medidas de controlo das despesas elencadas nas páginas 8 e 9 do ofício da ADSE, solicita-se o plano integral de redução da despesa, calendarizado, que quantifique a poupança prevista em cada item.

A ADSE desenhou um primeiro pacote de medidas de controlo da despesa, sendo que o impacto financeiro deste conjunto de medidas que já foram objeto de estudo e algumas da análise e despacho autorizador, representa uma menor despesa para a ADSE de cerca 6,58 milhões de euros.

Algumas destas medidas constantes deste pacote estão já a ser implementadas, sendo que outras já foram apresentadas à Associação Portuguesa da Hospitalização Privada, tendo algumas sido aceites e outras estão a ser alvo de ligeiras correções e ajustes, e que para outras está ser ultimado o processo de obtenção da respetiva autorização para a sua implementação.

De salientar ainda que a este impacto acresce ainda o impacto para os respetivos beneficiários na parte da despesa, o copagamento, que vai ser suportado pelos próprios no acesso aos benefícios



pela rede convencionada, e ao se integrar alguns procedimentos que estavam apenas disponíveis no âmbito do regime livre no regime convencionado, o beneficiário deixa de ser obrigado a suportar previamente o encargo da totalidade da despesa, ficando a aguardar pela posterior participação da ADSE, passando neste novo enquadramento apenas a ser responsável por assumir a sua quota-parte do encargo, ou seja o copagamento à entidade convencionada.

Portanto o impacto financeiro para a ADSE deste primeiro conjunto de medidas é o que se apresenta de seguida:

		IMPACTO FINANCEIRO ADSE
MEDIDA 1	AUMENTO PREÇO CONSULTAS	2.876.973,34 €
MEDIDA 2	CONSULTAS COM EXAMES AGREGADOS	- 1.512.400,38 €
MEDIDA 3	INTRODUÇÃO DO PROCEDIMENTO DE BRAQUITERAPIA NA TABELA DO REGIME CONVENCIONADO DA ADSE	- 874.043,21 €
MEDIDA 4	NOVA TABELA DE PREÇOS RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS	- 1.635.427,00 €
MEDIDA 5	NOVA TABELA DE PREÇOS TAC	- 1.253.813,88 €
MEDIDA 6	PREÇOS FECHADOS CIRURGIAS (CÓDIGOS PROPOSTA APHP COM PREÇO MÁXIMO PROPOSTO PELA ADSE)	- 3.091.413,49 €
MEDIDA 7	INTRODUÇÃO DO PROCEDIMENTO DE RADIOCIRURGIA NA TABELA DO REGIME CONVENCIONADO DA ADSE	289.878,00 €
MEDIDA 8	INTRODUÇÃO NA TABELA DO REGIME CONVENCIONADO DOS ATOS DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS E RENEGOCIAÇÃO DE TABELAS	- 1.380.000,00 €
IMPACTO DAS MEDIDAS APRESENTADAS		- 6.580.246,62 €

Não englobado neste primeiro pacote de medidas, veio a ADSE a contratar em regime de avença uma consultora da área da medicina dentária para proceder a uma verificação mais técnica da faturação que nos é apresentada pelos diversos prestadores convencionados ou do regime livre. De salientar que esta é área onde se constata existir um índice de fraude elevado, pelo que uma forte atuação neste domínio vai ter resultados que consideramos poder vir a ser relevantes.



Uma outra medida que a ADSE vai procurar implementar é que os preços da tabela do regime convencionado sejam preços máximos podendo vir a serem negociados preços abaixo dos constantes dessa tabela com determinados prestadores e em algumas especialidades.

É de salientar que estas medidas que a ADSE vai procurar implementar não se limitam apenas a reduzir preços, mas vão no sentido de proceder também à sua atualização em função da realidade do mercado e da capacidade negocial da ADSE. Caso disso é a “Medida 1 – aumento dos preços das consultas”, medida que vai representar um encargo adicional anual de cerca de 2,88 milhões de euros, mas que se justifica, no nosso ponto de vista, já que os atuais preços das consultas praticados pela ADSE foram fixados em 1997 (18 anos) e nunca mais foram atualizados, representando hoje um indicador de desatualização do subsistema que importa corrigir.

14. Quantificação dos proveitos esperados com as atividades a serem remuneradas pelos “clientes” (pág. 9 e 10 do ofício da ADSE).

Os proveitos esperados com a atividades a serem renumeradas pelos “clientes institucionais” são os seguintes, caso esta proposta venha a merecer acolhimento:

	PROVEITOS 2016	MARGEM ADSE
MEDICINA NO TRABALHO	18.720.000,00 €	1.350.000,00 €
ACOMPANHAMENTO CLINICO SINISTRADOS AP	23.400.000,00 €	3.050.000,00 €
JUNTAS MÉDICAS	3.100.000,00 €	1.500.000,00 €
TOTAIS	45.220.000,00 €	5.900.000,00 €

No entanto, e mais relevante do que as receitas e as margens que a ADSE prevê vir a obter, com a prestação deste tipo de serviços às diversas entidades da Administração Pública, é a mais-valia que a entidade gestora do subsistema passa a obter se vier a prestar este tipo de serviços.



De facto, atualmente um trabalhador em funções públicas que sofra um acidente em serviço na Administração Pública, utiliza “sempre” o seu cartão da ADSE para recorrer aos tratamentos necessários para sua recuperação junto da rede convencionada do subsistema.

Naturalmente as entidades convencionadas apresentam à ADSE a faturação desses atos médicos, que lhe são pagos pelo subsistema, já que não existem condições para esta entidade aferir do nexo de causalidade entre a despesa e a situação de recuperação clínica no âmbito de um sinistro, que muitas vezes nem lhe é comunicado (ou pelo menos atempadamente) pela respetiva entidade qualificadora. A entidade qualificadora paga posteriormente ao sinistrado o valor dos copagamentos por ele suportados e no fim a ADSE suporta um encargo que não deve ser financiado pelos descontos dos seus quotizados, mas sim por verbas com origem direta no Orçamento do Estado.

Portanto só uma intervenção da entidade financiadora, com o conhecimento dos factos que originam a despesa poderá permitir a esta entidade, condições para fazer a correta seleção e contabilização das despesas de um seu beneficiário, e ao seu correto lançamento no centro de custos do subsistema, se relativas a despesas decorrentes de doença natural, e portanto, financiáveis pelos descontos dos seus quotizados, ou se decorrentes de um acidente qualificado como acidente em serviço e que portanto devem ser financiadas pela entidade empregadora ou em alternativa como propomos lançados no respetivo centro de custo e financiadas por verbas com origem no Orçamento do Estado.

Também o processo de recuperação de um sinistrado em serviço, na Administração Pública não é acompanhado nem gerido por nenhuma entidade, mas é realizado em “*auto gestão*” pelo próprio trabalhador sinistrado, com as consequências daí decorrentes de um período de incapacidade muito superior ao normal e a apresentação à junta médica com níveis de invalidez elevados.

No caso da Medicina no Trabalho, trata-se da hipótese da ADSE vir a prestar serviços nessa área às entidades da Administração Pública, tal como é hoje exigido pela Lei a todas as organizações do setor privado que têm um quadro de pessoal. A ADSE ao prestar este tipo de serviços, pode no âmbito na sua atividade de gestão do subsistema de saúde, vir a traçar um perfil de morbilidade



dos seus beneficiários e poder desenvolver campanhas de promoção da saúde adaptados a esse perfil.

15. Pensa a ADSE continuar com atividades fora do core do financiamento de cuidados de saúde?

A resposta foi dada na resposta ao ponto anterior, mas reforçamos que a ADSE deve passar a ter uma maior capacidade de intervenção nas três atividades “fora do core” acima referidas porque as mesmas lhe vão permitir uma mais correta gestão dos encargos do subsistema e dos importantes meios financeiros que lhe são entregues pelos seus quotizados.

16. A ADSE considera a sua atividade no sistema de controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas, para as entidades patronais, compatível com um financiamento assente exclusivamente no desconto desses trabalhadores?

A ADSE propôs já a Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento que o financiamento dessa atividade fosse realizado diretamente pelas entidades que solicitam a esta Direção-Geral o controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas conforme carta que se anexa que mereceu o Despacho Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento nele apostado (Anexo 3).

Deste modo, por se tratar de uma atividade incompatível com um financiamento assente exclusivamente no desconto dos seus quotizados, a ADSE propôs que esta atividade fosse financiada exclusiva e diretamente pelas entidades da Administração Pública que solicitam tal controlo e verificação a esta Direção-Geral.

Mh - 19 -

17. Considerando que a despesa da ADSE com a medicina dentária, incluindo próteses, é maior no regime livre do que no regime convencionado e que se trata de uma área em que a função de complementaridade da ADSE face ao Serviço Nacional de Saúde assume maior relevância, perspetiva-se alguma alteração no esquema de financiamento destes cuidados? Designadamente a substituição dos limites atuais por um plafond financeiro (em euros) que englobe qualquer tratamento que será da livre escolha do quotizado à semelhança do que acontece em alguns planos de seguros?

Perspetiva-se nesta área uma mudança radical de paradigma. De facto nesta área da medicina dentária, a ADSE rege-se por uma tabela do regime convencionado muito mais desatualizada que nas outras áreas, pelo que se torna necessário desenvolver os necessários estudos que permitam uma melhor adequação e cobertura do financiamento da ADSE quando os seus beneficiários recorrem a prestadores de medicina dentária.

Nesse sentido a ADSE acabou de contratar em regime de avença uma consultora da área da medicina dentária para elaborar uma proposta técnica que vise a atualização da tabela da ADSE na área da medicina dentária e proceder ainda a uma verificação mais técnica da faturação que nos é apresentada pelos diversos prestadores convencionados ou do regime livre.

De salientar que esta é área onde se constata existir um índice de fraude elevado, sendo que qualquer alteração menos bem equacionada ou tecnicamente sustentada sobre a alteração daquilo que é a atual prática da ADSE, pode vir a ter como reflexo um acréscimo de encargos para o subsistema de materialidade bastante relevante.

Este trabalho que agora se vai iniciar conta ainda com a colaboração da Ordem dos Médicos Dentistas, e vai procurar estabelecer um conjunto de novas normas assentes nos princípios da deontologia da medicina dentária e eventualmente vir a criar um conjunto de prestadores mais direcionados para cada uma das diversas subespecialidades, os quais se devem reger por tabelas mais favoráveis que as existentes no mercado, que eventualmente consagrem distintos níveis de copagamento a cargo dos beneficiários em função das prioridades terapêuticas que terão sempre de ser validadas previamente pela Direção Clínica da ADSE.

- 20 -





18. Plano de cobrança efetiva das dívidas de reembolso e capitação, com cronograma.

Não existe um plano de cobrança efetiva das dívidas de reembolso e capitação nem um respetivo cronograma.

Existem sim um conjunto de acordos de regularização de dívidas já celebrados, e outros em vias de serem subscritos, com diversas entidades que titulam essas dívidas junto da ADSE, acordos esses que são celebrados caso a caso e em função de um processo negocial, que desde o início do ano de 2015 esta Direção-Geral deu um forte impulso junto dessas entidades devedoras.

Na maior parte dos casos esta Direção-Geral tem conseguido celebrar acordos que têm vindo a ser cumpridos. No entanto a ADSE recorre também ao processo de retenção para efeitos de regularização das dívidas à ADSE junto da DGAL e também nesse campo se têm conseguido a regularização de um conjunto importante de dívidas com uma antiguidade já muito elevada.

Noutras situações temos também conseguido que alguns Municípios tenham começado a regularizar parcialmente as dívidas com uma antiguidade muito elevada, mas este processo é moroso porque não vamos conseguir regularizar dívidas com antiguidades em muitos casos superiores a dez anos num curto espaço temporal.

Também em alguns casos em que os Municípios recorreram ao mecanismo do FAM, a ADSE está a acompanhar essas situações para nesse âmbito ser ressarcida das verbas em causa.

Existem no entanto três situações para as quais até agora não têm sido possível encontrar qualquer tipo de solução ou acordo para resolução da elevada dívida junto da ADSE. Trata-se dos casos dos Governos Regionais dos Açores e da Madeira e ainda do Município de Sines. Nestas situações a Direção-Geral está a ponderar vir a escrever aos beneficiários inscritos por essas entidades e informá-los que vai proceder à suspensão dos seus direitos como beneficiários da ADSE, por subsistirem dívidas de elevado montante a este subsistema por parte das respetivas entidades processadoras.



19. Cópia de todas as certidões de dívida para instrução de procedimentos de execução fiscal bem como informação sobre a fase processual em que cada um se encontra.

Apenas no fim do primeiro trimestre de 2015 começamos a implementar o processo de emissão de certidões de dívida para instrução de procedimentos de execução fiscal, junto da Autoridade Tributária, estando ainda aguardar instruções desta entidade sobre a forma de operacionalizar tal objetivo.

No entanto, a maior parte das situações que estão neste momento a aguardar pela emissão de certidão de dívida são processos relativos a beneficiários da ADSE que no âmbito da sua adesão ao programa de rescisão do contrato de trabalho em funções públicas, optaram pela manutenção da situação de beneficiário da ADSE, mas que entretanto deixaram de fazer a entrega dos respetivos descontos ao subsistema.

20. Quantificação, apresentando os cálculos efetuados, da poupança gerada pelo aproveitamento do sistema de autenticação da Autoridade Tributária.

O custo seria comparável ao que a própria AT tem na manutenção do sistema de autenticação: para além do sistema informático de manutenção de senhas e de perfis, que não conseguimos para já quantificar, existem os custos de expedição por correio de cada vez que o contribuinte se regista, ou se renovam ou expiram as credenciais.

Os acessos registados à presente data, via ADSE-direta (Acesso autenticado) são os seguintes (n.º de utilizadores):

- Beneficiários: 305.853
- Prestadores da Rede: 2424
- Entidades Empregadoras: 5267



Envio de palavra-chave em carta registada (como a AT efetua):

- Custo por envio (custo de envio de carta registada sem AR): 1,65€

Estimativa de custos de envio de credenciais, para utilizadores atuais:

- Para beneficiários: $1.65€ * 305.853 = 504.657,45€$
- Para Prestadores da Rede: $1.65€ * 2424 = 3.999,6€$
- Para entidades Empregadoras: $1,65€ * 5267 = 8.690,55€$

CUSTO TOTAL

1.º ENVIO de credenciais: 517.347,60€

CUSTO POTENCIAL

1.º ENVIO

(Beneficiários titulares com direitos, universo de beneficiários que podem aceder à ADSE Direta):

- $851.197 * 1,65€ = 1.404.475,05€$

Todos estes custos apresentados não incluem ainda o custo do papel, do envelope, da impressão bem como de todo o restante trabalho associado a esse objetivo.

21. Não considera que o facto de a ADSE passar a ser financiada exclusivamente por dinheiros privados seja incompatível com este tipo de relação com a Autoridade Tributária?

Não consideramos a existência de qualquer incompatibilidade, sendo que a incompatibilidade técnica não existe de todo.



Sendo a ADSE financiada exclusivamente por dinheiros privados, esta autenticação poderá ser igualmente usada, podendo vir a ser celebrado um contrato de prestação de serviços em que a Autoridade Tributária será o fornecedor deste serviço à ADSE.

22. Considerando, nomeadamente, a utilização do sistema de autenticação da Autoridade Tributária como é que a ADSE garante a confidencialidade dos dados dos quotizados?

O sistema de autenticação assegurado pela Autoridade Tributária não tem ou permite acesso a qualquer informação dos quotizados da ADSE por parte de qualquer entidade que não os próprios.

Não existe qualquer interligação ou partilha de dados entre a ADSE e a Autoridade Tributária, apenas são trocados meta-dados que permitem a autenticação dos utilizadores.

Para autenticação, os utilizadores introduzem os dados de acesso (NIF e Password) na plataforma da AT. Estes dados são cifrados e a plataforma da AT verifica se o utilizador tem ou não acesso, envia um *token* para a ADSE com esta informação e redireciona o utilizador para o Portal da ADSE.

Já no Portal da ADSE, com esta informação e solicitando o n.º de beneficiário da ADSE, permite-se ou não o acesso do utilizador ao sistema (efetuando uma correlação com o NIF do beneficiário registado na base de dados da ADSE).

Assim não há qualquer acesso direto da AT, aos dados dos utilizadores em causa, validando apenas as credenciais dos mesmos, como contribuinte e não como quotizados da ADSE.

Este tipo de sistema de autenticação está perfeitamente enquadrado com aquilo que são as melhores práticas ao nível da autenticação federada, permitindo a existência de um sistema de autenticação centralizado que serve diversas organizações pertencentes à sua federação, sem haver promiscuidade nem transferência de dados entre as mesmas.

- 24 -



23. Qual o modelo de governação que se perspetiva para a nova entidade gestora, nomeadamente, identificação dos órgãos, respetiva composição e modo de nomeação, bem como dos mecanismos de participação dos quotizados na gestão estratégica e no controlo financeiro da ADSE?

O modelo de governação que se perspetiva para a nova entidade gestora será decidido pelo Conselho de Ministros, eventualmente sob proposta da equipa técnica, nomeada no âmbito da Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro.

A proposta da equipa técnica aos membros do Governo deve apontar (os trabalhos ainda decorrem) para um Instituto Público de regime especial, com um modelo de governação constituído pelos seguintes órgãos:

- Fiscal único, que será um Revisor Oficial de Contas;
- Conselho Consultivo, que deve ser constituído pelos membros do Conselho Diretivo, por representantes de organizações representativas dos trabalhadores em funções públicas, por membros eleitos diretamente pelos beneficiários titulares e ainda por personalidades com reconhecida experiência na área;
- Conselho Diretivo, com dois ou três membros executivos escolhidos pelos Ministros com a tutela, o Ministro da área das Finanças e o da Saúde e ainda outros membros não executivos sendo que alguns serão diretamente eleitos pelos beneficiários titulares da ADSE.

24. Sendo a ADSE financiada por dinheiros privados uma entidade de natureza muito diferente da ADSE anterior, tem essa Direção-Geral uma cultura de gestão compatível com a necessidade de responder perante os seus novos financiadores – os quotizados – pela gestão do dinheiro por estes colocado à sua disposição?

A ADSE será em 2015 maioritariamente financiada por “*dinheiros privados*”, ou seja, pela contribuição dos seus beneficiários / desconto, e minoritariamente pelas verbas com origem no Reembolso e uns pequenos resquícios de Contribuição da Entidade Empregadora (relativos ainda a 2014).

Independentemente da hipótese da ADSE poder vir a evoluir para novos modelos organizacionais com culturas de gestão, supostamente mais compatíveis, com a necessidade de responder perante os seus novos financiadores, não é impeditivo, que mesmo uma futura ADSE que se venha a manter como entidade pública, embora com um grau de autonomia maior que o atual, sinta a necessidade de desenvolver uma nova cultura de gestão de forma a poder responder às novas exigências dos seus quotizados.

De facto é imperioso reforçar já as competências técnicas da estrutura de recursos humanos da Direção-Geral, procurando contratar novos quadros com essas competências core, criar condições para os fixar na estrutura, e desenvolver processos de formação adaptados às necessidades dos atuais colaboradores que lhes permita dotá-los de competências acrescidas para melhor responderem às crescentes necessidades. Também será necessário desenvolver novas competências na área da gestão financeira de forma a permitir à ADSE reforçar a sua capacidade no exercício de capitalização dos seus saldos.

Mas muito mais importante será o de criar mecanismos que permitam reconhecer o desempenho mais efetivo dos trabalhadores, em áreas tão fulcrais como o atendimento ao público (presencial, telefónico e “on-line”), da validação técnica de faturação de prestadores e do acompanhamento psicossocial dos beneficiários em situação de maior debilidade.

25. Qual o modelo de organização administrativa que se perspetiva para a nova entidade gestora (instituto público, entidade pública empresarial, fundação, associação, ...)?

No seio da equipa técnica, nomeada no âmbito da Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 15 de janeiro, a proposta sobre o modelo de organização administrativa que a futura



estrutura que venha eventualmente a substituir a Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Pública, é a de um Instituto Público de regime especial.

No entanto, o signatário nessa sede defendeu a opção por uma associação pública sem fins lucrativos, equiparada a instituição particular de solidariedade social, constituída por um associado fundador, eventualmente a PARPÚBLICA, SGPS, S.A. e por associados individuais, os beneficiários titulares da ADSE, entidade essa que deveria ter os seguintes órgãos sociais:

- Assembleia Geral, constituída por um presidente e um secretário;
- Conselho Fiscal, constituído por um presidente, um vogal revisor oficial de contas e um outro vogal eleito pelos associados individuais;
- Conselho Geral, constituído pelos membros do Conselho de Administração, por representantes nomeados pelos Ministérios que tutelam a associação, por representantes eleitos pelos beneficiários titulares, por representantes de organizações representativas dos beneficiários titulares e ainda por personalidades com reconhecida experiência na área;
- Conselho de Administração, constituído por três membros executivos e por seis membros não executivos, dos quais três seriam eleitos diretamente pelos associados individuais.

26. Qual a posição da ADSE quanto à sua integração no Ministério da Saúde considerando que este tutela o SNS, que se tratam de diferentes modelos de prestação de cuidados de saúde, quase concorrenciais? Quais as medidas que se perspetivam implementar para garantir a autonomia do sistema ADSE?

A hipótese de integração da futura estrutura que venha eventualmente a substituir a Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Pública no Ministério da Saúde será sempre uma opção do Governo.



Como referi na resposta ao quesito anterior (25) a hipótese que defendi no âmbito da respetiva equipa técnica era que essa estrutura a constituir não viesse a integrar a Administração direta ou indireta do Estado, continuando no entanto a existir uma tutela conjunta por parte dos Ministros responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, assentando esta opção na valorização dos atributos do subsistema e na preservação das suas condições de sustentabilidade.

A eventual integração da ADSE no Ministério da Saúde pode criar a perceção aos seus beneficiários que a complementaridade face ao SNS deixe de ser tão evidente. O relevante, no entanto, é que os atributos reconhecidos e valorizados pelos beneficiários da ADSE se mantenham e se reforcem e que o plano de benefícios da ADSE seja institucionalmente reconhecido como complementar dos planos de benefícios do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde.

Se os níveis de prestação de serviço da ADSE se degradarem, aumentando o prazo de reembolso das participações do Regime Livre, ou atrasando ou não cumprindo os prazos de pagamento às entidades convencionadas, convergindo portanto a ADSE para as práticas do SNS, poderemos então vir a observar dificuldades, pelo que importa desde logo minimizar esses riscos, isolando a ADSE das regras de funcionamento do SNS.

Concretizando-se a transferência da futura estrutura de gestão do subsistema ADSE para o Ministério da Saúde a primeira regra a ser acautelada deve ser a independência da gestão da ADSE e do seu orçamento se manter claramente independente da gestão do orçamento do SNS.

Salvaguardando e preservando os atributos mais reconhecidos pelos beneficiários da ADSE, criando condições para que o subsistema consiga responder de forma mais eficaz às necessidades dos seus beneficiários (e atualmente financiadores), redefinindo o enquadramento de complementaridade face ao SNS (que aliás já é automático para os seguros de saúde), a eventual integração da futura estrutura no Ministério da Saúde poderá não trazer consequências de maior, já que as suas receitas decorrentes dos descontos dos quotizados estão legalmente afetas ao pagamento dos benefícios complementares do plano de saúde da ADSE (nos quais se devem



incluir também os seus encargos de gestão que claramente necessitam de ser bastante reforçados).

A integração defendida pelos representantes do Ministério da Saúde, apresenta como vantagem o aumento da capacidade negocial com os prestadores externos, essencialmente nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, podendo nesse caso a ADSE e os seus beneficiários virem a beneficiar dos melhores resultados em termos de preço, dos concursos organizados pelas estruturas do Ministério da Saúde.

27. *Qual o racional subjacente à comparação da taxa de desconto dos quotizados da ADSE com a taxa de 8% utilizada para o Plano de Benefícios SAMS, tendo em conta:*

- a. *Que o Plano de Benefícios SAMS inclui a prestação de serviços próprios, enquanto a ADSE assume o papel de mera mediação entre os seus quotizados e terceiros prestadores;*
- b. *Que a taxa de desconto suportada diretamente pelos beneficiários dos SAMS é de apenas 1,5%, o que mais uma vez suscita a questão do risco de renúncia dos quotizados da ADSE, dada a necessidade de suportar uma taxa de 3,5%.*

1. Quando se define um plano de benefícios considera-se quais os seus previsíveis encargos e equaciona-se o seu modelo de financiamento. Na generalidade dos casos esse financiamento tem origem em duas fontes: as contribuições da entidade empregadora e as contribuições dos seus beneficiários titulares ou aderentes.

O financiamento necessário será função dos encargos previsíveis, sendo estes estruturados por um lado em função da dimensão da população beneficiária, da sua caracterização, da sua previsível morbilidade, e por outro lado em função dos níveis de cobertura, da amplitude dos benefícios definidos ou negociados, nas maiores ou menores limitações de acesso aos cuidados de saúde, na repartição dos encargos pelo estabelecimento de maiores ou menores copagamentos ou de franquias.



Não é a tipologia das entidades que vão prestar o serviço, ou garantir o acesso aos benefícios pelos seus beneficiários, quer sejam elas entidades próprias, entidades convencionadas ou até pelo acesso ao livre mercado da prestação de cuidados de saúde, que será um fator fundamental e diferenciador do financiamento necessário para esse plano de benefícios. E se for o caso, é diferenciador na parte em que existe um maior controlo de custos e portanto deve ter em consideração uma menor necessidade de financiamento e não uma maior necessidade de financiamento como parece transparecer da questão do Tribunal de Contas.

Portanto para uma entidade financiadora, o encargo de um ato médico prestado numa instituição própria deve representar sempre um custo inferior, ou no máximo, igual ao encargo com um mesmo ato médico realizado em qualquer entidade convencionada.

Deste modo os serviços próprios devem sempre representar uma mais-valia (pelo menor custo do ato ou por uma prática clínica mais controlada) e não um ónus para a entidade que gere e financia um plano de benefícios de saúde. Se este não for o caso é um erro o recurso a serviços próprios que geram encargos superiores aos que o mercado pode disponibilizar.

Assim a taxa de desconto dos quotizados da ADSE é comparável com a taxa de desconto dos beneficiários do sistema de benefícios dos SAMS, podendo no entanto existir alguns níveis de benefício ou de cobertura mais ampla numa situação que na outra.

Aliás o plano de benefícios dos SAMS Centro gerido pelo Sindicato dos Bancários do Centro e o plano de benefícios dos SAMS Norte gerido pelo Sindicato dos Bancários do Norte estabelece um nível de desconto idêntico ao do Sul e Ilhas, sendo que nesses casos não existem serviços próprios de relevância.

2. Em relação à questão do risco de renúncia dos beneficiários da ADSE consideramos que essa mesma questão já foi respondida nos pontos anteriores.



28. Como é que a ADSE pensa fazer face à concorrência dos seguros de saúde?

Tem algum plano para tal efeito? Qual?

A partir do momento em que surgiu a possibilidade de renúncia à ADSE por parte do seus beneficiários criou-se, na opinião pública a ideia de que os seguros de saúde passavam a ser um produto substituto da cobertura da ADSE.

No entanto, os beneficiários titulares podem optar por não beneficiar da ADSE mas não quer dizer que passem a beneficiar de seguros privados de saúde, optando por permanecer apenas no SNS, situação que face ao ambiente socioeconómico que se viveu nos últimos anos e que ainda persiste, foi para muitos dos beneficiários da ADSE a única solução e a verdadeira motivação para a renúncia ao subsistema.

Do nosso ponto de vista, os seguros de saúde privados em Portugal não são uma alternativa efetiva à cobertura garantida pela ADSE aos seus beneficiários. Essa análise, motivada por fortes razões comerciais do setor segurador, fez o seu caminho apenas porque a ADSE esteve confortavelmente sentada no seu canto e não combateu essa ideia de alternativa com uma simples mas eficaz política de comunicação adequada para esse efeito.

Também a forma como a ADSE trata os seus beneficiários, numa lógica funcionalista e não compreendendo que a lógica dos dias de hoje é que esses beneficiários são também os financiadores da totalidade do subsistema. Esta situação necessita a curto prazo de ser radical e urgentemente alterada, sob pena de continuarmos assistir a um fluxo contínuo e crescente de renúncias de beneficiários. Para tal torna-se necessário implementar uma estratégia de comunicação direcionada ao beneficiário, que consagre uma mudança efetiva da forma de atuar do subsistema.

Ao mesmo tempo é necessário reforçar o posicionamento negocial junto dos seus prestadores, procurando obter vantagens, quer no preço, quer ao nível do serviço que sejam perceptíveis pelos beneficiários que a eles recorrem.



De facto, se fizermos uma análise aos benefícios disponibilizados pela ADSE e aos dos seguros de saúde constatamos a existência de diferenças fundamentais que não permitem a um cidadão esclarecido poder colocar no mesmo patamar a ADSE e os seguros de saúde.

As principais diferenças entre a ADSE e os seguros de saúde dizem respeito a:

• **Prémio versus desconto de vencimento:**

Num seguro de saúde, o prémio pago pelo beneficiário depende da sua idade e, nalguns casos, do sexo, enquanto na ADSE é uma percentagem do vencimento mensal;

• **Benefícios para dependentes:**

Na ADSE, o desconto do titular permite que os dependentes (incluindo cônjuges, filhos e até, em certos casos, ascendentes e netos) beneficiem de cobertura sem encargos correspondentes, enquanto nos seguros de saúde há o pagamento de um prémio por cada beneficiário;

• **Limites de idade e de capitais seguros:**

Não é possível contratar um seguro de saúde a partir de certa idade. A idade limite de subscrição destes seguros ronda os 60 anos, embora em certos seguros possa ser de 75 anos. Quando os seguros são subscritos antes de determinada idade (por exemplo 55 anos) algumas companhias fazem a sua promoção dizendo que as garantias não cessam em função da idade, embora os prémios possam sofrer ajustamentos para refletir o risco adicional. Porém, em termos práticos, não existem seguros vitalícios, mesmo que isso esteja previsto nas condições gerais. Sendo o seguro de saúde um seguro anual renovável, a companhia pode sempre anulá-lo se o índice de sinistralidade for muito elevado e desde que sejam cumpridas as formalidades e prazos previstos. Nos seguros também há limites de capital seguro, com grandes variações de plano para plano.

Na ADSE não existem limites de capital, embora existam montantes máximos estabelecidos para cada ato e, nalguns casos, limitações em termos do número de atos.



• **Autorizações prévias e justificações das intervenções:**

Os seguros privados exigem autorizações prévias, sobretudo quando estão em causa intervenções muito caras (cirurgias, internamentos, certos tipos de exames de diagnóstico). Na ADSE, isso não acontece, embora tenham de ser apresentadas justificações para algumas intervenções, sobretudo quando estas apenas são comparticipadas em situações particulares.

• **Períodos de carência e exclusões:**

Nos seguros privados geralmente existem períodos de carência, ao contrário do que sucede na ADSE. O prazo mais habitual é de 90 dias, mas para certos cuidados esse prazo pode ascender a um ou mesmo a dois anos. As condições em que os prazos são mais alargados, assim como a duração desse período, variam de seguro para seguro. É habitual que o período de carência ascenda por exemplo a um ano em situações de parto, hérnia discal, litotricia, varizes, úlceras, artroscopias, sinais e quistos ou a 2 anos para operações aos ouvidos, nariz e garganta. Há intervenções que em determinados seguros têm períodos de carência mais alargados e estão excluídas noutros – é o caso de sinais e quistos. As situações não cobertas pelos contratos de seguro são as mais variadas. Uma das exclusões mais relevantes é a que diz respeito às doenças preexistentes (como malformações congénitas).

29. Qual (i) a estratégia e (ii) o respetivo plano estratégico da ADSE?

Para o presente ano de 2015, a ADSE deve procurar desenvolver os estudos necessários que lhe permitam equacionar e propor junto da respetiva tutela, o alargamento da base de beneficiários, podendo passar a permitir que os trabalhadores do setor público empresarial, que preencham os necessários requisitos legais, possam também passar a inscrever-se como beneficiários da ADSE.

Mas também se está a estudar a hipótese de que os beneficiários familiares, em concreto os cônjuges e membros de união de facto, que à luz do atual diploma regulador do esquema de benefícios da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas não se



podem inscrever, porque beneficiam de um outro regime de segurança social de inscrição obrigatória (por desenvolverem atividade profissional no setor privado) logrem usufruir do nosso subsistema, mediante desconto legal complementar.

Em paralelo, vai também ser equacionada a hipótese de os filhos maiores dos beneficiários titulares, definidos no artigo 9.º, n.º 2, alínea b), do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, na sua atual redação, possam continuar a manter a condição de beneficiário da ADSE, mediante uma determinada comparticipação financeira.

Por isso, para além de se perspetivar a implementação de medidas que melhorem o atual desempenho da Direção-Geral, nas suas áreas tradicionais, prevê-se que venham a desenvolver-se um conjunto de estudos que, assentes em linhas de atuação programáticas propostas pela ADSE à sua tutela, possam permitir a eventual criação experimental de Unidades de Cuidados de Saúde Primários da ADSE, nas localidades onde há maior concentração de beneficiários, assim procurando melhorar o serviço prestado e tornando-o mais atrativo para os beneficiários.

Com efeito, sendo a missão da ADSE promover a saúde através da prevenção da doença, do tratamento e da reabilitação, assumem os cuidados primários de saúde um primordial papel no primeiro contacto com os beneficiários e nessa medida, temos que os levar o mais perto possível do nosso universo, quer junto das suas residências, quer junto dos seus locais de trabalho.

Tais estudos incidirão também sobre a expansão geográfica de novos balcões de atendimento presencial, geridos diretamente pela Direção-Geral, aumentando assim a atividade a realizar e proporcionando uma oferta localizada e direcionada para o beneficiário, bem como melhorar a imagem da ADSE através de uma mais robusta política de comunicação e divulgação.

Continuar os trabalhos de revisão das tabelas de preços, com a colaboração das estruturas do Ministério da Saúde (ACSS), com o objetivo de vir a obter melhores preços e atualizar as codificações dos serviços prestados, prevendo-se que no período de 3 anos, 50% da faturação de atos médicos cirúrgicos realizados pelos prestadores convencionados à ADSE, sejam feitos através de preço fechado.



Ao nível da atividade com a verificação da doença prosseguida pelas juntas médicas, atividade pública independente do regime de financiamento dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários, deve ainda a ADSE desenvolver os necessários estudos que nos permitam perspetivar vir a desenvolver o acompanhamento clínico dos sinistrados de acidentes em serviço das entidades integradas na Administração direta e indireta do Estado e eventualmente também das entidades integradas na Administração Local e Regional.

Propomo-nos ainda desenvolver os necessários estudos que permitam apresentar à tutela a possibilidade da ADSE vir a prestar serviços de Medicina no Trabalho aos trabalhadores em Funções Públicas integrados nas diversas entidades da Administração Pública.



AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

ANEXO 1

ADSE



Maria Bárbara Pereira

De: Gab Ministro das Finanças
Enviado: terça-feira, 7 de Abril de 2015 13:41
Para: Gab Sec Est Adj Orçamento
Assunto: FW: Pedido

Exmos Senhores

Encarrega-me a Senhora Chefe do Gabinete de, para os efeitos tidos por convenientes, reencaminhar o e-mail infra.

DANILO CAMAL
Coordenador



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

Gabinete da Ministra das Finanças
 Av. Infante D. Henrique, 1
 1149-009 Lisboa, PORTUGAL
 TEL + 351 21 881 68 63 FAX + 351 21 881 68 62
www.portugal.gov.pt

Geb. Sec. Est. Adj. Orçamento			
Ext.º	899	P.º	074
E.º	080415	Dip.	
O Chefe do Gabinete			
Jaime Alves 10.04.15			
DGO		ESPAP	
ADSE	X	CGA	
IGF		SG	

De: Portal do Governo - Ministra de Estado e das Finanças [mailto:noreply@portugal.gov.pt]
Enviada: terça-feira, 7 de Abril de 2015 13:35
Para: Gab Ministro das Finanças
Assunto: Pedido



- Nome:
- Email: _____@hotmail.com
- Título: Pedido
- Mensagem: Excelentíssima Senhora Ministra das Finanças Dr.ª Maria Luís Albuquerque, Eu, _____, funcionária do IEFP – IP, com o n.º _____, contribuinte _____, venho por este meio solicitar a V. Excelência que reavalie a possibilidade de eu poder voltar a ser beneficiária e reintegrar a ADSE, pois havendo sido mal informada e aconselhada, renunciei à minha contribuição durante o ano de 2014. Desde 1984 que sou funcionária pública e nunca usufruí dos serviços em questão, pelo que peço a V. compreensão e me concedam a oportunidade de voltar a ser beneficiária. Agradeço antecipadamente a V. atenção, aguardando uma V. resposta a este meu pedido.

mlh



AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

ANEXO 2

mtb



ADSE MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral de Proteção Social aos
Trabalhadores em Funções Públicas



Exmo. Senhor
Chefe de Gabinete de Sua Excelência o
Secretário de Estado Adjunto e do
Orçamento
Avenida Infante D. Henrique, n.º
1149-009 LISBOA

Sua Referência	Sua Comunicação	Nº Registo GDS-705331	Data 2015-02-19
----------------	-----------------	--------------------------	--------------------

Assunto: Descontos dos Trabalhadores Beneficiários da ADSE das Regiões Autónomas

Relativamente ao assunto em epígrafe, junto envio o Draft de dois officios dirigidos aos Governos Regionais das Regiões Autónomas, que serão enviados por esta Direção-Geral, se for esse o entendimento de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento.

Com os melhores cumprimentos, 

O Diretor-Geral



Carlos Liberato Baptista



Exmo. Senhor
Chefe de Gabinete de S. Exa. o
Presidente do Governo Regional da Madeira
Avenida do Infante, n.º 1
9004-547 FUNCHAL

Sua Referência	Sua Comunicação	Nº Registo	Data
		GDS-705140	2015-02-19

C/C: Exmo. Senhor Presidente do Tribunal de Contas

Assunto: Descontos dos Trabalhadores Beneficiários da ADSE

Nos termos do artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 27 de fevereiro, com a redação dada pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e do artigo 8.º-A desta mesma lei, aditado pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, e alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 29-A/2011, de 1 de março e 105/2013 de 30 de julho, a remuneração base dos trabalhadores que exercem funções públicas e sejam beneficiários da ADSE está sujeita ao desconto de 3,5%.

A partir de 2011 (inclusive) o desconto passou a ser processado e entregue diretamente pelas entidades empregadoras ou processadoras de vencimentos dos respetivos trabalhadores que sejam beneficiários da ADSE, e em conformidade com os procedimentos definidos no Despacho n.º 1452/2011, de 06 de janeiro e no Despacho n.º 4726/2013 de 26 de março, ambos de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento.

É na sequência da aplicação destes novos procedimentos que esta Direção-Geral identificou a falta de entrega do desconto retido aos trabalhadores beneficiários titulares no ativo afetos a entidades empregadoras integradas na Região Autónoma da Madeira.

O desconto constitui receita própria da ADSE, nos termos do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 27 de fevereiro, aditado pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, destinando-se ao financiamento do sistema de benefícios de saúde gerido por esta Direção-Geral, o qual envolve a despesa com o regime convencionado e o regime livre e ainda no caso dos beneficiários das Regiões Autónomas a comparticipação medicamentosa, substituindo-se, neste caso, a ADSE ao Serviço Regional de Saúde.

Por outro lado, constituindo o desconto receita própria desta Direção-Geral, a entidade empregadora ou processadora de vencimentos apenas assume a qualidade de fiel depositária de verbas que são pertença do beneficiário, com o expresse encargo legal da sua entrega à ADSE.





A partir de janeiro de 2015 as despesas da ADSE são financiadas apenas pelos descontos dos seus beneficiários, tendo deixado de existir a contribuição da respetiva entidade empregadora (com origem no Orçamento de Estado). Deste modo os encargos com os benefícios de saúde dos beneficiários da ADSE das Regiões Autónomas estão a ser financiados pelos descontos dos restantes beneficiários deste subsistema, situação esta que revela uma forte iniquidade que não se pode manter.

Solicita-se assim a colaboração de V. Exa. para prestar os esclarecimentos tidos por convenientes e, muito especialmente para:

- a) Identificar a Entidade que tem assumido a responsabilidade de proceder ao registo contabilístico da receita gerada pelas verbas retidas por conta do desconto para a ADSE;
- b) Mandar providenciar a entrega a esta Direção-Geral das verbas retidas aos respetivos beneficiários, nos anos de 2011 até à presente data;
- c) Criar as condições para passar a assumir através do Orçamento do Serviço Regional de Saúde os encargos decorrentes da comparticipação medicamentosa dos beneficiários da ADSE dessa Região Autónoma.

Mais se informa V. Exa. que se a situação não se encontrar devidamente regularizada à data de 31 de dezembro próximo, esta Direção-Geral procederá ao cancelamento de direitos de todos os beneficiários que se encontram afetos ao Governo Regional da Madeira e a outras entidades integradas na Região Autónoma e que se encontrem em incumprimento.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor-Geral

Carlos Liberato Baptista

Exmo. Senhor
Chefe de Gabinete de S. Exa. o
Presidente do Governo Regional dos Açores
Palácio de Sant' Ana
Rua José Jácome Correia
9500-077 PONTA DELGADA

Sua Referência	Sua Comunicação	Nº Registo	Data
		GDS-705134	2015-02-19

C/C: Exmo. Senhor Presidente do Tribunal de Contas

Assunto: Descontos dos Trabalhadores Beneficiários da ADSE.

Nos termos do artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 27 de fevereiro, com a redação dada pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e do artigo 8.º-A desta mesma lei, aditado pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, e alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 29-A/2011, de 1 de março e 105/2013 de 30 de julho, a remuneração base dos trabalhadores que exercem funções públicas e sejam beneficiários da ADSE está sujeita ao desconto de 3,5%.

A partir de 2011 (inclusive) o desconto passou a ser processado e entregue diretamente pelas entidades empregadoras ou processadoras de vencimentos dos respetivos trabalhadores que sejam beneficiários da ADSE, e em conformidade com os procedimentos definidos no Despacho n.º 1452/2011, de 06 de janeiro e no Despacho n.º 4726/2013 de 26 de março, ambos de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento.

É na sequência da aplicação destes novos procedimentos que esta Direção-Geral identificou a falta de entrega do desconto retido aos trabalhadores beneficiários titulares no ativo afetos a entidades empregadoras integradas na Região Autónoma dos Açores.

O desconto constitui receita própria da ADSE, nos termos do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 27 de fevereiro, aditado pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, destinando-se ao financiamento do sistema de benefícios de saúde gerido por esta Direção-Geral, o qual envolve a despesa com o regime convencionado e o regime livre e ainda no caso dos beneficiários das Regiões Autónomas a comparticipação medicamentosa, substituindo-se, neste caso, a ADSE ao Serviço Regional de Saúde.

mt-h



Por outro lado, constituindo o desconto receita própria desta Direção-Geral, a entidade empregadora ou processadora de vencimentos apenas assume a qualidade de fiel depositária de verbas que são pertença do beneficiário, com o exposto encargo legal da sua entrega à ADSE.

A partir de janeiro de 2015 as despesas da ADSE são financiadas apenas pelos descontos dos seus beneficiários, tendo deixado de existir a contribuição da respetiva entidade empregadora (com origem no Orçamento de Estado). Deste modo os encargos com os benefícios de saúde dos beneficiários da ADSE das Regiões Autónomas estão a ser financiados pelos descontos dos restantes beneficiários deste subsistema, situação esta que revela uma forte iniquidade que não se pode manter.

Solicita-se assim a colaboração de V. Exa. para prestar os esclarecimentos tidos por convenientes e, muito especialmente para:

- a) Identificar a Entidade que tem assumido a responsabilidade de proceder ao registo contabilístico da receita gerada pelas verbas retidas por conta do desconto para a ADSE;
- b) Mandar providenciar a entrega a esta Direção-Geral das verbas retidas aos respetivos beneficiários, nos anos de 2011 até à presente data;
- c) Criar as condições para passar a assumir através do Orçamento do Serviço Regional de Saúde os encargos decorrentes da comparticipação medicamentosa dos beneficiários da ADSE dessa Região Autónoma.

Mais se informa V. Exa. que se a situação não se encontrar devidamente regularizada à data de 31/12/2015, esta Direção-Geral procederá ao cancelamento de direitos de todos os beneficiários que se encontram afetos ao Governo Regional dos Açores.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor-Geral

Carlos Liberato Baptista



AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

ANEXO 3

Handwritten signature



ADSE MINISTERIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

Visto. Despacho nº 36 / 2015 / SEAO

O proposto deveria ser equacionado no âmbito dos trabalhos de revisão da nova estrutura de gestão dos pers. sistem. Devendo ser evitados os encargos de natureza jurídica para o efeito.

4.02.2015

Helder Reis
Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento

Sua Referência Sua Comunicação

Cab. Sec. Est. Adj. Orçamento	
Ext.º 218	P.º 074
Ext.º 218/15	
O Chefe do Gabinete	
Jaime Alves 28.01.15	
DGO	ESPAP
ADSE	CGA
IGF	SG



Exmo. Senhor
Chefe de Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento
Avenida Infante D. Henrique, n.º 1
1149-009 Lisboa

Nº Registo
GDS-695077

Data
2015-01-26

Lista Anuária

Carlos Liberato Baptista
Diretor-Geral
2015.03.27

Assunto: Juntas Médicas e Verificação Domiciliária da Doença

Uma das missões da ADSE é a atividade da verificação da doença nos termos previstos 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 encargos com:

- a) Os exames médicos por demanda da junta médica;
- b) As avenças e os contratos de prestação de serviços dos médicos;
- c) O apoio administrativo às juntas médicas.

Devendo exigir em 2015 um encargo da Direção Geral na ordem dos 700 mil euros para realizar juntas médicas e verificações domiciliárias da doença.

Face ao modelo de financiamento da atividade da Direção Geral em 2015 ser maioritariamente constituído pela rúbrica de descontos dos beneficiários, não se afigura legítimo que a atividade de verificação da doença nas suas diversas componentes, seja financiada pelo recurso a esta fonte de financiamento (os descontos para a ADSE dos beneficiários titulares), devendo a mesma passar a ser um encargo da respetiva entidade patronal que requer a realização da junta médica ou da verificação domiciliária da doença.

Deste modo proponho a S. Exa. o Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento que se digne aprovar para o ano de 2015, o valor a cobrar pela ADSE à respetiva entidade patronal, para cada uma das rúbricas, a saber:



- Junta Médica por doença natural – €140,00 (cento e quarenta euros);
- Junta Médica por acidente de trabalho – €180,00 (cento e oitenta euros);
- Verificação domiciliária da doença – €120,00 (cento e vinte euros).

Se esta proposta vier a merecer a superior aprovação de S. Exa. o Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, a ADSE passará a divulgar a mesma pelas diversas entidades responsáveis pelo financiamento destes encargos.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor-Geral

Carlos Liberato Baptista



Terceiro ofício

ADSE MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral de Proteção Social aos
Trabalhadores em Funções Públicas



Exmo. Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Avenida Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Sua Referência	Sua Comunicação	Nº Registo GDS-747901	Data 2015-05-06
----------------	-----------------	--------------------------	--------------------

Assunto: Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas – ADSE

Relativamente ao V. Fax de 30 de abril de 2015, no qual nos é apresentado um novo conjunto de catorze questões, tendo sido solicitado pelo Excelentíssimo Senhor Conselheiro da Área, que esta Direção-Geral remetesse resposta aos mesmos quesitos até ao dia 6 de maio de 2015, junto se envia a mesma em anexo.

No entanto gostaríamos de salientar que em relação ao último parágrafo do V. Fax supra mencionado, esta Direção-Geral sempre procurou dar respostas cabais às questões colocadas pelo Tribunal de Contas, cumprindo sempre com o exíguo prazo estabelecido por esse Tribunal para tal, e que se alguma informação não foi completamente prestada, ou algum documento ou informação solicitado não foi disponibilizado, tal apenas se pode ficar a dever ao muito limitado prazo de resposta superiormente estabelecido por esse Tribunal. No entanto, não queremos deixar de manifestar, desde já, a total e devida disponibilidade desta Direção-Geral, para tentar esclarecer eventuais dúvidas que possam subsistir nesse Douto Tribunal face aos esclarecimentos e respostas prestados por esta Direção-Geral.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor-Geral

Carlos Liberato Baptista



PROCESSADO POR COMPUTADOR
Praça de Alvalade, 18 1748-001 LISBOA Fax: 210 059 990 Linha de Atendimento: 707 284 707 Atendimento Online em: www.adse.pt

Ref.GDS-747901 | 1 de 1

DGTC 7 5'15 7710

AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

RESPOSTA AOS QUESITOS CONSTANTES DO FAX, DATADO 30 DE ABRIL, DO TRIBUNAL DE CONTAS

Questão n.º 1 – Considera-se V. Exa. mandatado para prosseguir os objetivos de solidariedade e coesão social (na aplicação de dinheiros privados) que perpassam nas respostas que apresentou no referido ofício?

O Diretor-Geral considera-se mandatado apenas no estrito âmbito da missão e atribuições da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE), que são as seguintes:

1. A ADSE tem por missão assegurar a proteção aos beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.
2. A ADSE prossegue as seguintes atribuições:
 - a) Organizar, implementar e controlar o subsistema de saúde dos trabalhadores em funções públicas, em estreita colaboração com a Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP) e com os serviços e instituições dependentes do Ministério da Saúde, do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e outros organismos estatais ou particulares congéneres;



- 1 -



ADSE MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral de Proteção Social aos
Trabalhadores em Funções Públicas

- b) Propor as medidas adequadas à utilização dos recursos que lhe sejam atribuídos, de forma a prosseguir os seus fins dentro dos princípios de uma gestão por objetivos;
- c) Celebrar os acordos, convenções, contratos e protocolos que interessem ao desempenho da sua missão e acompanhar o rigoroso cumprimento dos mesmos;
- d) Promover o registo dos encargos familiares na Administração Pública e propor a definição de critérios de aplicação do direito às respetivas prestações;
- e) Proceder à gestão dos benefícios a aplicar no domínio da proteção social da Administração Pública;
- f) Administrar as receitas decorrentes do desconto obrigatório e da contribuição da entidade empregadora para a ADSE;
- g) Controlar e fiscalizar as situações de doença;
- h) Contribuir para o desenvolvimento da ação social em articulação com os Serviços Sociais da Administração Pública;
- i) Propor ou participar na elaboração dos projetos de diploma relativos às atribuições que prossegue;
- j) Desenvolver e promover a implementação dos mecanismos de controlo inerentes à atribuição de benefícios;
- k) Aplicar aos beneficiários as sanções previstas na lei quando se detetem infrações às normas e regulamentos da ADSE.

Como existem objetivos de solidariedade e coesão social nas atribuições da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE), então, e apenas nesse âmbito é que o respetivo Diretor-Geral se considera mandatado para prosseguir os mesmos.

Questão n.º 2 - Não existindo um estudo de sustentabilidade da ADSE com projeções no mínimo a 10 anos, mas a mera indicação de medidas avulsas a adotar, como fundamenta numericamente a opinião de que a ADSE será sustentável? Ainda que mantenha:

- a. Os mecanismos de solidariedade existentes (e ainda com a possibilidade de os mesmos serem alargados aos corpos de bombeiros, sem qualquer estimativa da receita e da despesa resultantes de tal alargamento, considerando as remunerações e o perfil de despesa associado);**
- b. A inexistência de limites mínimos e máximos de contribuição;**
- c. Os benefícios para dependentes;**
- d. A ausência de limites de idade e de capitais cobertos;**
- e. A inexistência de autorizações prévias e de justificação de intervenções;**
- f. A inexistência de períodos de carência e de exclusões.**

Solicita-se os cálculos que sustentam esta opinião.

A resposta a esta questão terá de ser lida em conjunto com a resposta à questão n.º 3 colocada pelo Tribunal de Contas.

De facto, já através dos nossos ofícios com a referência GDS-719235 de 30.03.2015 e GDS-729594 de 14-04-2015 dirigidos ao Tribunal de Contas, foi referido que a ADSE deve aproveitar o período em que existe um *superavit* entre as receitas e as despesas previstas, para identificar e proceder à implementação das medidas necessárias que lhe permitam vir a ter um mais efetivo controle sobre as suas despesas. Sem atuar sobre a despesa dificilmente se conseguirá um modelo em que a ADSE é sustentável a longo prazo.

Também não é nossa convicção que se venham a manter inalteráveis as situações existentes e referidas nas alíneas a) a f) indicadas nesta questão pelo Tribunal de Contas.

De facto e em relação às condições expressas nas alínea a) e b), esta Direção-Geral vai em breve apresentar ao Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento uma proposta que vai no sentido de a ADSE ser ressarcida, já a partir de 2016, do facto de existirem 41.713 beneficiários



Direção-Geral de Proteção Social aos
Trabalhadores em Funções Públicas

titulares que não descontam os respetivos 3,5% do seu salário ou pensão para o subsistema, na medida em que recebem uma pensão de valor inferior ao rendimento mínimo garantido.

Esta proposta a vir a ser aceite, pode representar um acréscimo de receita para a ADSE, a partir de 2016, no valor de 8,77 milhões de euros, ou seja se a ADSE for ressarcida diretamente por verbas do OE do valor estimado do desconto em falta, ou seja por 3,5% calculado sobre 85% do rendimento mínimo garantido (que atualmente é de 505,00€) por cada um desses 41.713 beneficiários que atualmente em nada contribuem para o financiamento do subsistema.

Deste modo, apesar de esta ser uma medida de solidariedade dentro do universo dos beneficiários, considera esta Direção-Geral que a mesma não deve ser financiada pelos descontos dos restantes beneficiários titulares, mas sim diretamente pelo Estado que a implementou.

Também uma intervenção da ADSE ao nível da referida na alínea "e) A inexistência de autorizações prévias e de justificação de intervenções;" desta questão n.º 2, está equacionada e nos propósitos da ADSE, mas para se poder implementar tal medida é necessário dotar a Direção-Geral dos recursos humanos necessários e de um *software* que permita dar resposta ao projeto de implementação desta medida em condições de se poder dar uma resposta em tempo oportuno aos beneficiários, sendo que esta resposta se prende também com a questão com o n.º 11 colocada pelo Tribunal de Contas:

Questão n.º 11 - Como justifica a necessidade de reforço/contratação de quadros qualificados sem que exista um plano estratégico para a ADSE e a visão de sustentabilidade vigente se basear na "crença" de que a taxa de desconto de 3,5% é a adequada?

De facto o atual Diretor-Geral da ADSE desempenhou anteriormente funções de vogal do Conselho Diretivo do IASFA, onde era responsável pela gestão do subsistema de saúde da ADM e onde se implementou a necessidade de existência de uma "AP – autorização prévia" para a realização de exames de ressonância magnética. Esta medida provocou objetivamente uma redução do número de ressonâncias no ano seguinte, redução essa que creio foi de cerca 17%. No entanto foi necessário afetar 1,5 recursos humanos diferenciados apenas a esta tarefa, tendo-se estabelecido um prazo máximo (SLA) de resposta às solicitações de 24 horas, sobre o pedido de autorização. Ao mesmo tempo, podemos constatar ter-se verificado um acréscimo do número de



TAC (sem AP) na mesma proporção (cerca de 15%), sendo lógico que o subsistema ficou financeiramente beneficiado atendendo ao custo unitário de cada um destes exames.

No entanto, se na ADM o número de RM andava pela ordem das 8.000 ano e o de TAC na ordem dos 15.000 exames ano, na ADSE essa realidade é potenciada para cerca de 79.270 exames de RM ano e 158.000 exames de TAC ano (dados de 2014). Ou seja a implementação desta medida de controlo da utilização, implica uma resposta média diária a cerca de 950 autorizações prévias, ou o mesmo é dizer que será necessário contar com uma equipa constituída no mínimo por 6 colaboradores. É portanto esta uma das razões que *“justifica a necessidade de reforço/contratação de quadros qualificados”* sem os quais a ADSE não vai ter capacidade de implementar as medidas necessárias que lhe permitam vir a ter um mais efetivo controle sobre as suas despesas, sendo que sem atuar sobre a despesa dificilmente se conseguirá um modelo em que a ADSE seja sustentável a longo prazo.

De salientar ainda que a área de controlo da faturação dos prestadores convencionados está atualmente dotada de um efetivo de apenas 10 colaboradores (chefe de divisão, quadros e assistentes técnicos), sendo que o trabalho de verificação da faturação é realizado de uma forma que não é tão aprofundada como deveria ser, face ao elevado volume de faturas mensalmente recebidas e que necessita de ser processada nos prazos estabelecidos.

É também por este motivo que se considera que é urgente o reforço dos meios humanos da ADSE (em número e em qualificações) sendo que no fim de 2014 o universo de trabalhadores na Direção-Geral era manifestamente insuficiente, para se vir a atingir níveis de maior eficácia e eficiência no cumprimento da missão da Direção-Geral.

Mais urgente se torna agora este reforço sabendo que os meios financeiros são limitados ao desconto estabelecido, financiado na totalidade pelos quotizados e que o mesmo desconto não poderá vir a sofrer qualquer tipo de atualização face ao elevado encargo que representa já para os quotizados.

Como solicitado apresenta esta Direção um mapa previsional de receitas e despesas no qual se estabelece a previsão da evolução por um prazo de dez anos destas variáveis, bem como os pressupostos e as condicionantes à evolução prevista.

- 5 -



ADSE - RECEITAS E DESPESAS

ANOS	Notas	2013	2014	2015(P)	2016(P)	2017(P)	2018(P)	2019(P)	2020(P)	2021(P)	2022(P)	2023(P)	2024(P)
1. RECEITA TOTAL		519,73	652,03	588,00	626,27	614,03	614,85	619,97	649,96	681,51	712,87	744,30	751,74
1.1. DESCONTOS BENEFICIÁRIOS	(1)	285,64	520,94	546,00	560,23	565,83	571,49	577,21	582,98	588,81	594,70	600,64	606,65
1.2. CONTRIBUIÇÃO ENTIDADE EMPREGADORA	(2)	182,45	80,15	2,00	0,50	0,25	0,00	0,00	24,80	50,10	75,14	100,19	101,19
1.3. REEMBOLSO ADMINISTRAÇÃO LOCAL E REGIONAL	(3)	51,64	50,94	40,00	25,00	7,00	2,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1.4. RECEITAS OUTRAS ATIVIDADES		0,00	0,00	0,00	40,54	40,95	41,35	41,77	42,19	42,61	43,03	43,46	43,90
2. DESPESA		512,00	443,97	479,65	548,51	569,84	592,12	615,41	633,55	652,26	671,57	691,50	712,06
2.1. REDE CONVENCIONADA	(4)	310,29	248,30	345,00	357,25	375,11	393,87	413,56	428,04	443,02	458,52	474,57	491,18
2.2. REGIME LIVRE	(5)	132,88	126,55	125,00	155,00	158,10	161,26	164,49	167,78	171,13	174,56	178,05	181,61
2.3. MEDICAMENTOS	(6)	33,35	8,59	8,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2.4. DESPESAS OUTRAS ATIVIDADES		0,48	0,54	0,95	36,26	36,63	36,99	37,36	37,74	38,11	38,49	38,88	39,27
2.5. TRANSFERÊNCIAS SNS		35,00	60,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3. DESPESAS ADMINISTRAÇÃO	(7)	7,45	7,31	9,07	10,50	11,50	12,50	13,00	13,25	13,50	13,75	14,00	14,25
4. SALDO (1 - 2 - 3)		0,29	200,75	99,28	67,26	32,69	10,22	-8,44	3,17	15,75	27,55	38,80	25,44
5. SALDO ACUMULADO	(8)	0,29	201,04	300,31	375,08	417,14	437,80	440,30	454,48	481,59	521,18	573,01	612,77

U: ME

Notas:

(1) Os descontos dos beneficiários devem vir a sofrer em 2016 um acréscimo de 8,77 milhões de euros pela introdução da medida de compensação da ADSE por verbas do OE dos 41.713 beneficiários que não descontam para o subsistema. A partir de 2016 considera-se que o valor dos descontos são atualizados todos os anos a 1% face à previsão de entradas de novos beneficiários e com o efeito de atualização/reposição salarial;

(2) A contribuição da entidade empregadora terminou em 31 de dezembro de 2014, sendo os valores indicados em 2015, 2016 e 2017 a recuperação de dívidas existentes a essa data.

A partir de 2020 considera-se que a contribuição da entidade empregadora será reposta, passando a ser de 0,25% em 2020, 0,50% em 2021, 0,75% em 2022 e de 1% em 2023 e anos seguintes. Pode-se ainda equacionar que a mesma possa ainda crescer até 1,5% se for considerado necessário para a sustentabilidade do sistema.

A lógica de se voltar a introduzir este mecanismo de financiamento por parte da entidade empregadora, justifica-se com o objetivo de se vir a assegurar a sustentabilidade do subsistema e porque é universalmente aceite que as entidades empregadoras cofinanciem (em maior ou menor percentagem) o encargo de planos de saúde para os seus

colaboradores, situação que em Portugal foi interrompida pelas condicionantes do enquadramento macroeconómico de todos conhecido, mas que poderá ser retomado com a gradual melhoria desse enquadramento.

Esta lógica não tem nada a ver com o financiamento pelo Orçamento do Estado do Serviço Nacional de Saúde, mas sim com a definição de uma contribuição que assume a característica de um complemento remuneratório disponibilizado pela entidade empregadora ao universo dos seus funcionários e agentes, e que adicionalmente representa um impacto muito favorável no sistema de saúde base (o SNS) já que reduz a procura (e a pressão) sobre as entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS bem como sobre o seu orçamento;

- (3) O reembolso a cargo da administração local e regional deve terminar em 31.12.2015 sendo que os valores indicados nos anos seguintes dizem respeito à cobrança de valores em dívida nessa data.

De salientar que as dívidas à ADSE nesta rubrica eram de cerca 60 milhões de euros em 31.12.2013 e sofreram uma redução para cerca de 45 milhões de euros em 31.12.2014, face às medidas tomadas pelo Ministério das Finanças e pela Secretaria de Estado do Orçamento em sede de Orçamento de Estado nos últimos anos e pelo reforço da atuação da ADSE neste âmbito;

- (4) Em 2016 está previsto um acréscimo da despesa com o regime convencionado de 12%, que se conjuga nesse ano com uma redução de 10,25 milhões de euros relativos aos encargos que passam a serem financiados pelo SNS e ainda uma outra redução de 12,5 milhões de euros relativa aos encargos com acidentes em serviço que passam a ser imputados à conta respetiva. Em 2017, 2018 e 2019 a despesa desta rubrica cresce a 5% ao ano percentagem que passa, a partir de 2020, a ser de 3,5% ao ano;

- (5) Em 2016 a despesa do regime livre cresce 30 milhões de euros relativos à assunção pela ADSE dos respetivos encargos que até 31.12.2015 são suportados pela administração local e regional. A partir de 2017 considera-se que os encargos desta rubrica crescem a 2% ao ano;



- (6) A despesa com medicamentos em 2015 diz respeito à comparticipação medicamentosa dos beneficiários das Regiões Autónomas, que deixa de ser responsabilidade da ADSE a partir de 31.12.2015;
- (7) As despesas de administração crescem e passam de um peso de 1,65% sobre a despesa, para um peso de 2,11% sobre a despesa em 2018 e 2019 e reduzindo posteriormente o seu peso para 2% em 2024;
- (8) O saldo acumulado é capitalizado à taxa de 2,5% a partir de 2016;

Questão n.º 3 – Esta opinião baseia-se simplesmente na manutenção da taxa de 3,5%, por convicção de que esta é suficiente e sustentável? Ainda que não atraia quotizados dos escalões superiores e aumente o risco de renúncia dos atuais quotizados dos escalões superiores, e na manutenção mais ou menos inalterada do plano de benefícios? E caso essa taxa se venha a revelar insuficiente para cobrir a despesa da ADSE, prevê-se o aumento da mesma ou a introdução de restrições que diminuem o plano de benefícios, bem como o incremento de copagamentos?

A Direção-Geral sempre manifestou nas diversas informações prestadas em sede de contraditório do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas, e das questões colocadas pelo Excelentíssimo Juiz Conselheiro da Área, que “... não nos parecia aconselhável qualquer tipo de redução na taxa de desconto a cargo dos quotizados, a não ser que essa redução, viesse a ser substituída por um igual acréscimo da contribuição da entidade empregadora”.

Aliás foi referido ainda na comparação feita com o caso do sistema de saúde dos SAMS, que o financiamento deste sistema era repartido entre a entidade empregadora e os beneficiários titulares, situação que no caso da ADSE não acontecia devido ao enquadramento macroeconómico de todos conhecido e que no âmbito do programa de assistência financeira levou a que o Governo viesse a instituir a consagração do princípio da autossustentabilidade dos

subsistemas públicos de saúde e que para tal tivesse fixado o valor do desconto a cargo dos quotizados nos 3,5%.

Deste modo o que se procurou evidenciar é que a ADSE necessita no curto prazo de manter um nível de receitas suficientes para fazer face ao nível de despesas previsto, sendo que essas despesas devem ainda vir a ser aumentadas pela assunção pela ADSE de encargos que atualmente são suportados pelas entidades da Administração Local e Regional.

Assim e a curto prazo, parece-nos ser necessário que a ADSE continue a ter o nível de receitas similar ao que se obtém atualmente com o desconto de 3,5%, não sendo competência desta Direção-Geral decidir a forma de repartir esse desconto pelo grupo dos beneficiários titulares ou pela entidade empregadora. Realçámos apenas que como observadores atentos, não acreditamos é que no curto prazo venham a existir condições que permitam, a este ou ao próximo Governo, vir a alterar este paradigma e voltar a instituir uma contribuição da entidade empregadora para financiar a ADSE.

No entanto no médio prazo, consideramos e disso demos nota ao Tribunal de Contas, que este paradigma, agora introduzido, vai necessitar de ser revisto ou complementado, devendo nessa altura ser reequacionada a hipótese de se voltar a introduzir a contribuição da respetiva entidade empregadora, de forma a se conseguir continuar a assegurar o equilíbrio e a sustentabilidade da ADSE, desiderato que todos, especialmente os beneficiários, pretendem ver garantido.

De facto, a curto prazo a ADSE pode ter, assegurada a sustentabilidade da sua atividade principal, considerando a previsão das receitas e das despesas e ainda os saldos verificados quer no exercício de 2014, quer os previstos para o ano atual e os próximos.

Reafirmámos e continuamos a afirmar que neste período de tempo (dois a três anos), é imperativo que a ADSE identifique e procure implementar as medidas necessárias que lhe permitam vir a ter um mais efetivo controle das suas despesas. Sem atuar sobre a despesa dificilmente se conseguirá um modelo em que a ADSE é sustentável a longo prazo, pelo que procurámos também enunciar, algumas das medidas que consideramos importantes equacionar tais como:



- A introdução de mecanismos de faturação mais controlados, como a instituição de preços compreensivos ao nível do ambulatório e nas cirurgias, que venham a incluir todas as linhas de faturação aplicáveis nessas situações, corrigindo a situação da faturação ato a ato, que possibilita a indução da produção de cuidados sem a avaliação rigorosa da sua necessidade (conclusão n.º 96 do relato de auditoria do Tribunal de Contas);
- Pela introdução de níveis de controlo da utilização vulgarmente conhecidos como “*managed care*”, pela introdução de mecanismos de controlo da utilização, como autorizações prévias ou termos de responsabilidade, pela criação de limites quantitativos para alguns atos, que só poderão ser ultrapassados pela apresentação de relatório médico circunstanciado (o exemplo clássico é do n.º de ecografias durante uma gravidez limitado a três);
- Pelo reforço do valor de alguns dos copagamentos a cargo do beneficiário;
- Pelo desenvolvimento de programas de promoção da saúde e de prevenção da doença;
- Pelo forte reforço de procedimentos de auditoria e inspeção, promovendo a contratação de consultores médicos de diversas especialidades que dêem apoio técnico a esses procedimentos.

Também no âmbito da Equipa Técnica constituída no âmbito da RCM n.º 5/2015 se espera que sejam apresentadas soluções que vão ao encontro das diversas recomendações constantes do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas, como por exemplo:

- Identificar claramente os encargos com as prestações que devem ser assumidas pelo SNS e pelos SRS e não pelo subsistema complementar de saúde ADSE, retirando da sua despesa um encargo da ordem dos 18,95 milhões de euros;

- Constituição de uma entidade gestora, que possibilite a participação de representantes dos seus quotizados nos órgãos de gestão, procurando assegurar uma maior responsabilização destes na gestão do subsistema;
- Que essa entidade seja constituída com autonomia administrativa e financeira, possibilitando que a mesma venha a rentabilizar os excedentes financeiros que o subsistema gera e vai continuar a gerar no curto prazo, de forma a possibilitar que esses excedentes capitalizados possam ser poder ser aplicados no financiamento de défices futuros;
- A entidade gestora possa vir a desenvolver outras atividades que apesar de não estarem no âmbito da sua missão primária, mas sendo renumeradas pelos “clientes” gerem receitas e saldos que permitam reforçar a sua situação financeira.

Referimo-nos à atividade do controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas, ao acompanhamento clínico dos sinistrados de acidentes em serviço dos trabalhadores em funções públicas, à prestação aos organismos públicos de serviços de saúde no trabalho e ainda à eventual prestação direta de cuidados de saúde primários em espaços próprios, procurando instituir a figura do “gatekeeper”, sem limitar no entanto a livre capacidade de escolha do prestador pelos seus beneficiários.

Questão n.º 4 - Por que prefere as hipóteses de alargamento do universo de quotizados baseadas em fatores qualitativos não relacionados com a sustentabilidade, como o referido por V. Exa. para o eventual alargamento do sistema aos corpos de bombeiros (“fundamenta-se no princípio de proteção dos elementos dos corpos especiais que cumprem missões de interesse público”)? Como compatibiliza essas escolhas com evidências quantitativas sustentadas em projeções (no mínimo a 10 anos) da receita e da despesa dos grupos visados, tendo em conta fatores quantitativos como a idade média e a remuneração média, tendo como desiderato final a sustentabilidade da ADSE?



Não se trata de uma questão de preferência mas de meras hipóteses de procura e avaliação de eventuais universos de possíveis novos beneficiários da ADSE, procurando acautelar uma questão que cremos vai ao encontro da conclusão n.º 17 do sumário executivo do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas, sendo que esse Tribunal de Contas nessa conclusão refere o seguinte:

Conclusão 17) O sistema é sustentável a curto e eventualmente a médio prazo, tendo em conta as taxas de cobertura pelo desconto dos cuidados de saúde prestados. O seu alargamento aos trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho da Administração Pública ou mesmo a outros interessados que não façam parte do Setor Público, desde que não reduza ou pelo menos não degrade a idade média do quotizado, reforçará a sua sustentabilidade.

Nota: Cremos que o termo “não reduza” está incorretamente utilizado mas depreende-se que a ideia será que “... reduza ou pelo menos não degrade...”)

De facto, a hipótese de se estudar um modelo de alargamento do universo dos atuais quotizados tem como principal objetivo a redução da idade média do universo total desses quotizados, tal como aliás é apontado no Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

Para tal a ADSE está a procurar obter internamente um conjunto de dados sobre as captações médias por tipo de beneficiário, por sexo e por escalão etário, para os poder disponibilizar a uma empresa de estudos atuariais a quem se vai procurar adjudicar o trabalho de desenvolver os estudos da especialidade que permitirão definir a hipótese de se vir a alargar o universo de beneficiários da ADSE a outros grupos de potenciais beneficiários (procurando com essas potenciais novas adesões vir a reduzir a idade média do universo dos quotizados).

Tal estudo deve ainda definir as eventuais condições para se poder verificar esse alargamento, como as regras de contribuição financeira para o subsistema que confrontadas com a despesa média desses eventuais beneficiários, permita reforçar o objetivo de que a médio e longo prazo a ADSE seja sustentável.

Importa portanto referir que não existem neste momento na posse desta Direção-Geral “estudos que compatibilizem essas escolhas, com evidências quantitativas sustentadas em projeções (no mínimo a dez anos) da receita e da despesa dos grupos visados”, pelo que não é possível o seu fornecimento ao Tribunal de Contas, tal como solicitado.

No entanto é de realçar que sobre “essas escolhas” não existe também qualquer decisão mas apenas a intenção de estudar as condições em que as mesmas poderão vir a ser implementadas, estando a Direção-Geral a procurar munir-se da informação que permita vir a desenvolver os necessários estudos que a municiem para eventualmente poder vir a propor à sua Tutela essas alterações, mas que devem sempre obrigatoriamente ir ao encontro da referida conclusão n.º 17 do Relato de Auditoria do Tribunal de Contas, porque não se pretende alargar a base de beneficiários por alargar, mas sim, com esse objetivo final.

Questão n.º 5 - Solicitam-se os cálculos subjacentes aos impactos financeiros do conjunto de medidas identificadas no ponto 13 e respetiva calendarização, bem como fundamentação da medida 1 em termos do seu contributo para a sustentabilidade da ADSE.

Na medida 1. a ADSE vai propor proceder à atualização dos valores constantes da sua tabela nas seguintes rubricas:

- **Consulta de clínica geral**

Preço atual	14,47 €
Copagamento beneficiário	3,49 €
Encargo ADSE	10,97 €
- **Consulta da especialidade**

Preço atual	18,46 €
Copagamento beneficiário	3,99 €
Encargo ADSE	14,47 €



Para os seguintes valores:

- **Consulta de clínica geral**

Preço proposto	18,50 €
Copagamento beneficiário	4,00 €
Encargo ADSE	14,50 €

- **Consulta da especialidade**

Preço proposto	20,00 €
Copagamento beneficiário	4,50 €
Encargo ADSE	15,50 €

Esta proposta, mantendo-se constante o número de consultas verificado em 2014, representa um encargo anual adicional para o subsistema de 2,88 milhões de euros para a ADSE e de 1,18 milhões de euros para os beneficiários.

Esta proposta justifica-se, no nosso ponto de vista, já que o valor atual da tabela para as consultas foi fixado à cerca de dezoito anos. Face à desatualização destes valores os prestadores procuram majorar o ato de consulta realizando um conjunto adicional de exames agregados ao ato da consulta, para os quais não existe objetivamente uma justificação clínica, mas servindo apenas para compensarem de um valor tão desatualizado da consulta, sendo que a ADSE consciente desse enquadramento não procura proactivamente corrigir essas práticas desses prestadores desculpando-as com a justificação de um valor de consulta desatualizado.

Em termos de mercado, consideramos que o preço correto para o ato consultas deverá situar-se para uma entidade com as características da ADSE, com o seu universo de beneficiários, a dispersão geográfica, num intervalo entre os 22,00€ e os 25,00€. A proposta de atualização de preços não poderá apenas num ano passar para um valor de 22,00€, já que essa hipótese representaria um encargo para a ADSE de 6,5 milhões de euros e para os beneficiários 2,5 milhões de euros, valores que não são orçamentalmente enquadráveis num único ano.

Em termos de calendarização das diversas medidas apresentadas podemos apresentar as seguintes datas:

- As medidas 1, 2, 4 e 5 deverão entrar em vigor na mesma altura, prevendo-se a hipótese que as mesmas sejam implementadas a partir de 1 de outubro de 2015, ou se o processo “negocial” não o permitir, apenas a 1 de janeiro de 2016;
- As medidas 3 e 7 devem ser implementadas a partir de 1 de setembro próximo, caso não seja possível antecipar esta data para 1 de julho;
- A medida 8 está prevista ser implementada a partir do próximo dia 1 de junho;
- No caso da medida 6, estão em curso os trabalhos conjuntos com a APHP de forma ser possível a sua implementação no mais curto espaço de tempo.

Os cálculos subjacentes aos impactos financeiros do conjunto de medidas identificadas neste ponto são apresentados em anexo e os relativos à medida 6 serão enviados para um endereço de mail, que solicitamos que nos seja indicado pelo Tribunal de Contas, já que são constituídos por várias de folhas de cálculo que não são possíveis de passar ao papel.

Questão n.º 6 - Relativamente ao exposto no ponto 16 do V. Ofício, considera que a atividade da ADSE no controlo de faltas dos trabalhadores em funções públicas, nos quais se incluem os seus quotizados, e independentemente de ser adequadamente remunerada, pode ser assimilada a “policimento” e por isso desenquadrada da visão e da missão da ADSE?

Inicialmente o Tribunal de Contas questionou esta Direção-Geral sobre a forma de financiamento da atividade de controlo e fiscalização de faltas dos trabalhadores em funções públicas, questionando se considerávamos que a mesma era compatível com o financiamento da atividade da ADSE através dos descontos dos quotizados. Como esta Direção-Geral já se tinha antecipado a esta questão, já que, em tempo oportuno, tinha proposto ao Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento um modelo de financiamento alternativo desta actividade, por forma a que o mesmo viesse a ser assumido diretamente pelas respetivas entidades empregadoras que solicitassem a verificação e o controlo das faltas dos trabalhadores em funções públicas, questiona agora o Tribunal de Contas, que esta atividade independentemente de ser



adequadamente remunerada, poder ser assimilada a “policiamento” poderá não se enquadrar na visão e missão da ADSE.

A atividade da ADSE no âmbito do controlo e fiscalização de faltas dos trabalhadores em funções públicas não pode em caso algum ser assimilada a “policiamento”, mas sim a uma normal atividade de controlo e fiscalização, que pode assumir algumas vezes, áreas de conflito com os trabalhadores em funções públicas, mas que não consideramos que fique desenquadrada da visão e da missão desta Direção-Geral.

Caso a ADSE venha no futuro a implementar um mecanismo de controlo da utilização, como a introdução de uma autorização prévia à realização de determinado procedimento médico ou cirúrgico, será que o mesmo não poderá também ser considerado um mecanismo de controlo e de fiscalização? E nessa ótica, uma atividade que pode ser assimilada a “policiamento”?

Questão n.º 7 - Considera que a ligação à Autoridade Tributária é compatível com a imagem que ADSE pretende transmitir e com a estratégia de comunicação que pretende implementar junto dos seus quotizados, financiadores da totalidade do sistema?

A Autoridade Tributária, sempre foi considerada uma entidade idónea, quer dentro, quer fora do Estado e como tal, cremos que a utilização de um serviço facultado por esta mesma entidade, não deve levantar qualquer questão ou objeção junto dos quotizados.

Trata-se simplesmente de um meio, para atingir um fim, a autenticação de utilizadores, que não levanta quaisquer questões de confidencialidade de dados, nem qualquer troca de informações que possam levantar quaisquer suspeitas.

Fundamentalmente, consegue-se atualmente e conseguiu-se nos últimos anos uma poupança extraordinária para a ADSE e conseqüentemente para os seus quotizados, que são paralelamente os financiadores do sistema da ADSE.

Acreditamos que a poupança obtida de 1,4 milhões de euros, só com a expedição de credenciais, será algo defensável por parte da ADSE junto dos seus quotizados para continuar com esta

colaboração com a Autoridade Tributária que se tem mostrado tão eficaz e portanto compatível com estratégia de comunicação que se pretende implementar.

**Questão n.º 8 – Quais os meta-dados trocados entre a ADSE e a Autoridade Tributária?
Solicita-se identificação e descrição de cada um deles.**

No que concerne ao processo de autenticação, o procedimento está conforme o “Manual Técnico do Sistema de Autenticação” fornecido, para o efeito, pela Autoridade Tributária, e que se sintetiza de seguida:

- O endereço <https://www.adse.pt/ar/acesso.aspx> está devidamente registado no servidor da AT com a autorização necessária e associado a um determinado código ‘XXXX’, identificador da ADSE.
- O processo de autenticação inicia-se a partir daquele endereço, sendo redirecionado através de uma mensagem (“post”) para o endereço <https://www.acesso.gov.pt>, alojado na Autoridade Tributária. Nesta mensagem é indicado o código referido ‘XXXX’ (partID), bem como o endereço para o qual a Autoridade Tributária deverá redirecionar o utilizador (<https://www.adse.pt/ar/default.aspx>), após autenticação bem sucedida. Este redirecionamento do servidor da Autoridade Tributária para o da ADSE é efetuado com os parâmetros seguintes:
 - NIF: (nº de identificação fiscal da entidade autenticada)
 - userID: identificador do sub-utilizador, ou 0 se for o utilizador principal
 - sessionID: identificador unívoco da sessão estabelecida no Sistema de Autenticação
 - tc,tv: datas que definem o intervalo de tempo em que a sessão deverá ser considerada válida
 - partID: código identificador da ADSE
 - sign: assinatura de controlo relativa à concatenação dos parâmetros anteriores.



A validação do pedido proveniente da Autoridade Tributária é feita através de pelo menos um dos dois métodos seguintes (ambos utilizados pela ADSE):

- Validação Offline: os parâmetros obtidos são validados contra a assinatura (sign) incluída, utilizando a chave contida num certificado fornecido pela Autoridade Tributária e residente no servidor da ADSE.
- Validação Online: É efetuado um pedido ao servidor da Autoridade Tributária com os parâmetros recebidos (NIF, sessionID, partID e userID), para verificação das credenciais. A resposta obtida da Autoridade Tributária determina a validade da sessão.

No caso de a entidade corresponder a um beneficiário ou a uma entidade empregadora, a ADSE exige ainda a introdução do NUB (nº de beneficiário) ou código de serviço, respetivamente. Caso o valor introduzido não corresponda ao NIF recebido, tal como está registado na base de dados da ADSE, o acesso à ADSE DIRETA é recusado.

Questão n.º 9 - Relativamente à consulta da informação de cada quotizado, relativa aos seus descontos e à sua utilização dos regimes livre e convencionado, existe registo de todos os acessos por parte dos mesmos, de funcionários da ADSE ou de outros organismos? Que mecanismos existem para o controlo e a revisão dos acessos?

A consulta pelos funcionários da ADSE (ou eventualmente das entidades que passamos a indicar) da informação relativa aos beneficiários reside em diferentes sistemas aplicativos, a saber:

- Informação do Desconto é compilada através dos ficheiros rececionados das entidades empregadoras, num Cubo de Desconto. O acesso de consulta e exploração ao cubo de desconto é atribuído a um grupo de utilizadores específico e devidamente identificado, mas não efetuamos registo da informação consultada. (8 utilizadores identificados com acesso).

- Utilização do regime livre, esta informação está disponível para consulta através de três ferramentas:

- Pesquisa Sir: Acesso de consulta generalizado a todos os colaboradores da ADSE, autenticados, pela Active Directory interna (Domínio Windows Server).
Não efetuamos registo das consultas efetuadas, nem por utilizador, nem por registo consultado.

- Documentos de Regime Livre: Aplicação de consulta dos pedidos de reembolso em curso, disponível internamente, na ADSE Direta para o quotizado e para a AMA, nos Balcões Multisserviços e Espaços do Cidadão. Internamente o acesso é generalizado a todos os utilizadores autenticados do domínio da ADSE e não efetuamos registo dos dados consultados. Na ADSE Direta cada quotizado autenticado acede aos seus registos e aos do seu agregado familiar. Nos Balcões Multisserviços e Espaços do Cidadão são, atribuídas credenciais específicas a cada um dos utilizadores, por balcão, podem consultar, registo a registo de um quotizado específico.
Não guardamos registo dos dados consultados.

- Cubo de Regime Livre: Compilação de dados relativos ao pedido de reembolso, nas suas várias dimensões. Acesso restrito a utilizadores específicos, atualmente acessível a 10 utilizadores identificados.
Não guardamos registo dos dados consultados.

- Utilização do regime convencionado, esta informação está disponível para consulta através de duas ferramentas:

- O meu acesso ao prestador convencionado: Esta aplicação de consulta ao historial de utilização da rede de prestadores convencionados está disponível internamente na ADSE e na ADSE Direta para o quotizado (ao seus dados e aos do seu agregado).



Internamente o acesso de consulta está restrito a um grupo de utilizadores específico, mas não efetuamos o registo dos dados consultados.

- Cubo de faturação de Convencionados: Compilação de dados relativos à faturação rececionada de todos os prestadores ativos da rede da ADSE, trabalhada nas suas várias dimensões. Acesso restrito a um grupo de segurança específico.
Não guardamos registo dos dados consultados.

Para efeitos de controlo de sessão e fins estatísticos, é registada a informação seguinte, relativa aos acessos à ADSE DIRETA (AD):

- Identificador de sessão (SessionId)
- Data/Hora de início de sessão
- NIF / sub-utilizador
- Código de entidade
- Tipo de entidade

Para cada sessão são ainda registados todos os acessos às diferentes aplicações da AD.

O controlo e a revisão dos acessos são efetuados de uma de duas formas:

- Por solicitação expressa do dirigente de cada uma das Direções de Serviços (acessos a novos colaboradores e saída dos colaboradores das direções de serviços);
- Através de lista rececionada dos Recursos Humanos com as saídas de colaboradores, verificadas no período.

Questão n.º 10 - Referindo que a futura entidade gestora deverá ter “capacidade no exercício de capitalização dos seus saldos”, rentabilizando, assim, os excedentes em aplicações financeiras, considera que a mesma deverá estar sujeita ao princípio e às regras da unidade de tesouraria do Estado, ou que deverá poder optar pelas aplicações oferecidas pelo mercado financeiro?

Creio que esta é uma matéria que não compete ao Diretor-Geral da ADSE mas à sua Tutela definir.

Mas como foi solicitado que exprimisse a minha opinião, permito-me manifestar a total concordância com a proposta/recomendação apresentada pelo Tribunal de Contas e constante no Relato de Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas, de que a entidade gestora não deverá estar sujeita ao princípio da unidade de tesouraria do Estado e deverá poder optar pelas aplicações oferecidas pelo mercado financeiro.

No entanto e por uma questão cautelar, creio que numa primeira fase, essa entidade gestora deverá apenas considerar as alternativas de aplicações que lhe sejam disponibilizadas pelo IGCP - Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública, E.P.E..

Questão n.º 11 - Como justifica a necessidade de reforço/contratação de quadros qualificados sem que exista um plano estratégico para a ADSE e a visão de sustentabilidade vigente se basear na "crença" de que a taxa de desconto de 3,5% é a adequada?

No seguimento da resposta à questão n.º 2 do Tribunal de Contas, a necessidade de reforço/contratação de quadros qualificados justifica-se pela necessidade da ADSE reforçar a sua capacidade de identificar e implementar as medidas necessárias que lhe permitam vir a ter um mais efetivo controle sobre as suas despesas, sendo que sem atuar sobre a despesa dificilmente se conseguirá um modelo em que a ADSE seja sustentável a longo prazo e não porque existe uma "crença" de que a taxa de 3,5% é a adequada.

De facto a única "crença" que existe na ADSE é que sem uma forte aposta e investimento no reforço dos recursos humanos, quer em termos quantitativos, quer em termos da sua formação e qualificação e ainda do reforço da capacidade da Direção-Geral de poder reter os mais capazes, sem esta aposta repito, é que o subsistema terá muita dificuldade em ser sustentável.



Como foi referido na resposta à questão n.º 2 do Tribunal de Contas a hipótese da ADSE vir a ter uma intervenção ao nível da referida na alínea e) dessa questão n.º 2 “A *inexistência de autorizações prévias e de justificação de intervenções;*”, está equacionada e faz parte dos propósitos da ADSE implementar tal medida, mas para tal é necessário que se venha a dotar a Direção-Geral dos recursos humanos necessários e de um software específico que permita dar resposta à implementação da mesma, em condições que possibilitem responder em tempo oportuno aos beneficiários.

Pelas contas apresentadas anteriormente, para responder diariamente a cerca de 950 pedidos de autorizações prévias (aqui só considerando as AP para as RM e TAC), será necessário contar com uma equipa constituída no mínimo por 6 colaboradores. É portanto esta, uma das razões que “*justifica a necessidade de reforço/contratação de quadros qualificados*” sem os quais a ADSE não vai ter capacidade de implementar as medidas que lhe permitam vir a ter um mais efetivo controle sobre as suas despesas, sendo que sem atuar sobre a despesa dificilmente se conseguirá um modelo em que a ADSE seja sustentável a longo prazo.

De salientar também que a área de controlo da faturação dos prestadores convencionados está atualmente dotada de um efetivo de apenas 10 colaboradores (chefe de divisão, quadros e assistentes técnicos), sendo que o trabalho de verificação de uma faturação, com um volume superior a 300 milhões de euros por ano e com uma complexidade técnica elevada, é realizado de uma forma que não é tão aprofundada como deveria ser, face ao elevado número de faturas mensalmente recebidas e que necessita de ser processada nos prazos estabelecidos.

É também por este motivo que se considera que é urgente o reforço dos meios humanos da ADSE (em número e em qualificações) sendo que no fim de 2014 o universo de trabalhadores na Direção-Geral é manifestamente insuficiente, para vir a atingir níveis de maior eficácia e eficiência no cumprimento da missão da Direção-Geral.

Torna-se então urgente um forte reforço dos recursos humanos da ADSE, que no entanto não se deve apenas pautar pelo reforço quantitativo dos mesmos, mas primordialmente atender ao investimento na sua qualificação e na sua formação e bem assim com o reforço da capacidade da Direção-Geral de poder reter os recursos mais estratégicos e relevantes.

Questão n.º 12 - Nos órgãos da futura entidade gestora prevê-se atribuir o direito de veto aos representantes eleitos pelos quotizados sobre todas as decisões que possam afetar a sustentabilidade no curto, médio e longo prazo, e sobre a aplicação dos excedentes?

Não é competência do Diretor-Geral da ADSE definir ou prever atribuir ou não, direitos especiais ou quaisquer regras de funcionamento de uma eventual nova estrutura organizacional.

Suponho que esses direitos especiais, as normas ou regras devem ser ou devem ficar definidas nos eventuais estatutos da organização ou em acordos parassociais (se for o caso), sendo que se a nova estrutura organizacional for de natureza pública as mesmas devem obrigatoriamente vir a ser aprovados em Conselho de Ministros, pelo que qualquer esclarecimento sobre a questão colocada não pode ser respondido pelo signatário.

Questão n.º 13 - Tratando-se, eventualmente, de uma entidade de natureza pública, confiando-se à Tutela a designação da maioria dos membros executivos do órgão de gestão, como concebe a responsabilidade do "Estado" sobre o desempenho de gestão, caso os resultados dessa gestão comprometam a sustentabilidade do sistema?

Na hipótese de que se venha a constituir uma entidade de natureza pública cuja missão venha a ser a de gerir o sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas (conhecido por ADSE), e que sejam designados pela Tutela os membros dos órgãos de gestão, a responsabilidade do Estado será de todo idêntica à que assume atualmente quando nomeia qualquer dirigente da Administração direta do Estado, ou qualquer membro de um órgão de gestão executiva no caso de entidade que integre a Administração indireta do Estado ou ainda de qualquer entidade pública empresarial.



Questão n.º 14 - A ADSE vai implementar medidas de transparência com vista a que cada quotizado saiba através do portal – ADSE Direta - o seu crédito e o seu débito no esquema de benefícios? Quais? Quando?

A ADSE não equaciona vir a implementar quaisquer medidas invocadas como “de transparência”, com vista a que cada quotizado veja disponibilizada, eventualmente através do portal – ADSE Direta – o seu crédito e o seu débito no esquema de benefícios.

De salientar que não é do nosso conhecimento que alguma instituição que atue na área do financiamento de cuidados de saúde, tais como subsistemas públicos de saúde, subsistemas privados de saúde ou até entidades ou companhias seguradoras, divulgue ou disponibilize esse tipo de informação junto dos seus beneficiários, aderentes ou segurados, até porque o mesmo é contraproducente.



AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

RESPOSTA AOS QUESITOS CONSTANTES DO FAX, DATADO 30 DE ABRIL, DO TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO

MEDIDA 1

mlh



MEDIDA 1. ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS DAS CONSULTAS

SITUAÇÃO ATUAL - 2014								
ENCARGOS ATUAIS POR CONSULTA			IMPACTO FINANCEIRO ADSE 2014					
CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	PREÇO TOTAL	NÚMERO CONSULTAS 2014	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	PREÇO TOTAL
2405	Clínica Geral	10,97 €	3,49 €	14,46 €	192.919	2.116.371,43 €	673.287,31 €	2.789.608,74 €
2406 e	Consulta - Especialidade	14,47 €	3,99 €	18,46 €	2.132.009	30.850.170,23 €	8.506.715,91 €	39.356.886,14 €
					2.324.928	32.966.491,66 €	9.180.003,22 €	42.146.494,88 €

HIPÓTESE 1 - ESTIMATIVA COM Nº CONSULTAS 2014

HIPÓTESE 1 - HIPÓTESE 1								
ENCARGOS POR CONSULTA - HIPÓTESE 1			IMPACTO FINANCEIRO ADSE COM PREÇOS HIPÓTESE 1					
CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	PREÇO TOTAL	NÚMERO CONSULTAS 2014	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	PREÇO TOTAL
2405	Clínica Geral	16,00 €	4,00 €	20,00 €	192.919	3.086.704,00 €	771.676,00 €	3.858.380,00 €
2406 e	Consulta - Especialidade	16,00 €	4,00 €	20,00 €	2.132.009	34.112.144,00 €	8.528.036,00 €	42.640.180,00 €
					2.324.928	37.198.848,00 €	9.299.712,00 €	46.498.560,00 €
						4.232.356,34 €	119.708,78 €	4.352.065,12 €

IMPACTO HIPÓTESE 1 VERSUS SITUAÇÃO ATUAL - 2014

HIPÓTESE 2 - ESTIMATIVA COM Nº CONSULTAS 2014

HIPÓTESE 2 - HIPÓTESE 2								
ENCARGOS POR CONSULTA - HIPÓTESE 2			IMPACTO FINANCEIRO ADSE COM PREÇOS HIPÓTESE 2					
CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	PREÇO TOTAL	NÚMERO CONSULTAS 2014	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	PREÇO TOTAL
2405	Clínica Geral	15,00 €	5,00 €	20,00 €	192.919	2.893.785,00 €	964.595,00 €	3.858.380,00 €
2406 e	Consulta - Especialidade	15,00 €	5,00 €	20,00 €	2.132.009	31.980.135,00 €	10.660.045,00 €	42.640.180,00 €
					2.324.928	34.873.920,00 €	11.624.640,00 €	46.498.560,00 €
						1.907.428,34 €	2.444.636,78 €	4.352.065,12 €

IMPACTO HIPÓTESE 2 VERSUS SITUAÇÃO ATUAL - 2014

HIPÓTESE 3 - ESTIMATIVA COM Nº CONSULTAS 2014

HIPÓTESE 3 - HIPÓTESE 3								
ENCARGOS POR CONSULTA - HIPÓTESE 3			IMPACTO FINANCEIRO ADSE COM PREÇOS HIPÓTESE 3					
CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	PREÇO TOTAL	NÚMERO CONSULTAS 2014	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	PREÇO TOTAL
2405	Clínica Geral	14,50 €	4,00 €	18,50 €	192.919	2.797.325,50 €	771.676,00 €	3.569.001,50 €
2406 e	Consulta - Especialidade	15,50 €	4,50 €	20,00 €	2.132.009	33.046.139,50 €	9.594.040,50 €	42.640.180,00 €
					2.324.928	35.843.465,00 €	10.365.716,50 €	46.209.181,50 €
						2.876.973,34 €	1.185.713,28 €	4.062.686,62 €

IMPACTO HIPÓTESE 3 VERSUS SITUAÇÃO ATUAL - 2014

ent



AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

RESPOSTA AOS QUESITOS CONSTANTES DO FAX, DATADO 30 DE ABRIL, DO TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO

MEDIDA 2

M.A.C.



MEDIDA 2 - FATURAÇÃO OFTALMOLOGIA - CONSULTAS E EXAMES

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	VALOR ADSE	VALOR BENEF
35	Consulta - Oftalmologia (COM EXAMES)	137.069	1.983.388,43 €	546.905,31 €
35	Consulta - Oftalmologia (SEM EXAMES)	123.722	1.790.257,34 €	493.650,78 €
	TOTAL CONSULTAS	260.791	3.773.645,77 €	1.040.556,09 €
4892	EXPLORACAO OFTALMOSCOPICA DIRECTA E INDIRECTA	119.448	1.126.394,64 €	225.756,72 €
4883	AVALIACAO VISAO BINOCULAR E DO EQUIL.OCULO-MOTOR	93.112	1.002.816,24 €	200.190,80 €
	TOTAL EXAMES	212.560	2.129.210,88 €	425.947,52 €
	TOTAL CONSULTAS + EXAMES	473.351	5.902.856,65 €	1.466.503,61 €

HIPÓTESE 1 - LIMITAR O Nº DE EXAMES POR CONSULTA APENAS A 0,5 POR CONSULTA

NUMERO DE CONSULTAS COM EXAMES	137.069
NUMERO DE EXAMES PERMITIDOS	68.535
ENCARGO COM EXAMES PERMITIDOS	686.509,24 €
POUPANÇA OBTIDA ADSE - HIP. 1	- 1.442.701,64 €

HIPÓTESE 2 - LIMITAR O Nº DE EXAMES POR CONSULTA APENAS A 0,25 POR CONSULTA

NUMERO DE CONSULTAS COM EXAMES	137.069
NUMERO DE EXAMES PERMITIDOS	34.267
ENCARGO COM EXAMES PERMITIDOS	343.254,62 €
POUPANÇA OBTIDA ADSE - HIP. 2	- 1.785.956,26 €

HIPÓTESE 3 - LIMITAR O Nº DE EXAMES POR CONSULTA APENAS A 1 POR CONSULTA

NUMERO DE CONSULTAS COM EXAMES	137.069
NUMERO DE EXAMES PERMITIDOS	137.069
ENCARGO COM CONSULTA + EXAMES ADSE	1.373.018,47 €
POUPANÇA OBTIDA ADSE - HIP. 3	- 756.192,41 €

HIPÓTESE 4 - CRIAR UM PREÇO - CONSULTA INCLUI EXAMES DE 27,50 € (ADSE=20€) *

NUMERO DE CONSULTAS COM EXAMES	137.069
ENCARGO COM CONSULTA + EXAMES ADSE	2.741.380,00 €
ENCARGO COMPARATIVO	4.112.599,31 €
POUPANÇA OBTIDA ADSE - HIP. 4	- 1.371.219,31 €

141.181,07 € ACRESCA A REDUÇÃO DO AUMENTO DO PREÇO DAS

CONSULTAS NA MEDIDA ANTERIOR

* SÓ APLICAVEL NAS ATUAIS CONSULTAS COM EXAMES (137.069)

HIPÓTESE 5 - CRIAR UM PREÇO - CONSULTA INCLUI EXAMES DE 27,50 € (ADSE=20€) **

NUMERO DE CONSULTAS COM EXAMES	260.791
ENCARGO COM CONSULTA + EXAMES ADSE	5.215.820,00 €
ENCARGO COMPARATIVO	5.902.856,65 €
POUPANÇA OBTIDA ADSE - HIP. 5	- 687.036,65 €

268.614,73 € ACRESCA A REDUÇÃO DO AUMENTO DO PREÇO DAS

CONSULTAS NA MEDIDA ANTERIOR

** APLICAVEL EM TODAS AS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA (260.791)

AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

RESPOSTA AOS QUESITOS CONSTANTES DO FAX, DATADO 30 DE ABRIL, DO TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO

MEDIDA 3





MEDIDA 3 - BRAQUITERAPIA - ANO 2014 - VALORES PAGOS NO REGIME LIVRE				
PRESTADOR	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS	COMPARTICIPAÇÃO MÉDIA	COMPARTICIPAÇÃO TOTAL ADSE	NOTAS
BRITISH + outros	5	15.000,00 €	75.000,00 €	
CUF TORRES VEDRAS	6	14.420,00 €	86.520,00 €	Preço Fechado
HOSPITAL PARTICULAR DE ALMADA + outros	1	13.500,00 €	13.500,00 €	
CLÍNICA SÃO JOÃO DE DEUS + outros	12	12.816,67 €	153.800,00 €	
HOSPITAL LUZ	4	12.500,00 €	50.000,00 €	Preço Fechado
HSLouis	41	12.500,00 €	512.500,00 €	Preço Fechado
SANTA MARIA PORTO	16	12.500,00 €	200.000,00 €	Preço Fechado
LUSIADAS	5	12.000,00 €	60.000,00 €	Preço Fechado
CUF PORTO	2	12.000,00 €	24.000,00 €	Preço Fechado
CLÍNICA EUROPA + outros	6	11.896,67 €	71.380,00 €	
HOSPITAL PARTICULAR VIANA DO CASTELO	1	11.315,00 €	11.315,00 €	
IDEALMED III	7	10.365,42 €	72.557,91 €	
CLINICA PARTICULAR COIMBRA + outros	24	10.104,96 €	242.519,00 €	
CLIRIA	1	9.736,43 €	9.736,43 €	
SANFIL	10	9.380,00 €	93.800,00 €	
HOSPITAL PRIV SANTAREM	1	9.000,00 €	9.000,00 €	Preço Fechado
INTERCIR + outros	4	7.343,72 €	29.374,87 €	
VALORES TOTAIS E MÉDIOS	146	11.551,70 €	1.715.003,21 €	

VALOR A INTEGRAR NA TABELA DO REGIME CONVENCIONADO DA ADSE	
- PREÇO FECHADO POR PROCEDIMENTO DE BRAQUITERAPIA	7.200,00 €
- ENCARGO ADSE DE 80% DO PREÇO DO PROCEDIMENTO	5.760,00 €

SIMULAÇÃO COM NOVO VALOR E Nº DE PROCEDIMENTOS DE 2014	
VALORES TOTAIS EM 2014	1.715.003,21 €
SIMULAÇÃO 2015 COM NOVO PREÇO	840.960,00 €
IMPACTO NAS CONTAS DA ADSE	874.043,21 €

WJh



AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

RESPOSTA AOS QUESITOS CONSTANTES DO FAX, DATADO 30 DE ABRIL, DO TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO

MEDIDA 4

M.F.H.



MEDIDA 4 - IMPACTO NA FATURAÇÃO À ADSE - NOVA TABELA RM

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD 2014	NOVO PREÇO ADSE	NOVO PREÇO BENEF	NOVO PREÇO	TOTAL ENCARGOS ADSE
18010	RM do crânio	11.512	95,00 €	25,00 €	120,00 €	1.093.640,00 €
18025	RM das ATM	396	95,00 €	25,00 €	120,00 €	37.620,00 €
18030	RM do pescoço	257	95,00 €	25,00 €	120,00 €	24.415,00 €
18040	RM da coluna - cervical, dorsal, lombo-sagrada (cada segment	23.104	95,00 €	25,00 €	120,00 €	2.194.880,00 €
18050	RM articular	19.980	86,00 €	22,00 €	108,00 €	1.718.280,00 €
18060	RM DO TORAX	156	95,00 €	25,00 €	120,00 €	14.820,00 €
18070	RM do abdómen superior	2.417	95,00 €	25,00 €	120,00 €	229.615,00 €
18080	RM PELVICA	2.967	95,00 €	25,00 €	120,00 €	281.865,00 €
18095	RM MEMBROS, CADA SEGMENTO NAO ARTICULAR	4.559	95,00 €	25,00 €	120,00 €	433.105,00 €
18100	RM MAMARIA	1.576	95,00 €	25,00 €	120,00 €	149.720,00 €
18111	RM CARDIACA MORFOLOGICA	333	95,00 €	25,00 €	120,00 €	31.635,00 €
18112	RM cardiaca funcional	349	95,00 €	25,00 €	120,00 €	33.155,00 €
18113	RM CARDIACA PARA ESTUDO DA PERFUSAO DO MIOCARDIO	191	105,00 €	27,00 €	132,00 €	20.055,00 €
18210	RM, SUPLEMENTO DE CONTRASTE	11.472	28,00 €	7,00 €	35,00 €	321.216,00 €
7082	RM - DOENTE HEMODIALISE/TRANSP. (ENCARGO ADSE+BENEF)	1	- €	0	- €	- €
7083	RM - DOENTE HEMOFILICO (ENCARGO ADSE+BENEF)	1	- €	0	- €	- €
TOTAIS COM NOVA TABELA DE PREÇOS DE RM		79.270		1.715.671,00 €		6.584.021,00 €
VALORES VERIFICADOS EM 2014 (COM PREÇOS TABELA ANTERIOR)				2.054.847,00 €		8.219.448,00 €
IMPACTO NOVA TABELA NOS ENCARGOS DA ADSE E DOS BENEFICIÁRIOS				339.176,00 €		1.635.427,00 €

mdm

ADSE - PREÇOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TABELA ATUAL			NOVA TABELA		
		PREÇO TABELA ADSE	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	PREÇO TABELA ADSE	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO
18010	RM do crânio	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18025	RM das ATM	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18030	RM do pescoço	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18040	RM da coluna - cervical, dorsal, lombo-sagrada (cada segmento)	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18050	RM articular	135,00 €	108,00 €	27,00 €	108,00 €	86,00 €	22,00 €
18060	RM DO TORAX	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18070	RM do abdómen superior	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18080	RM PELVICA	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18095	RM MEMBROS, CADA SEGMENTO NAO ARTICULAR	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18100	RM MAMARIA	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18111	RM CARDIACA MORFOLOGICA	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18112	RM cardíaca funcional	150,00 €	120,00 €	30,00 €	120,00 €	95,00 €	25,00 €
18113	RM CARDIACA PARA ESTUDO DA PERFUSAO DO MIOCARDIO	165,00 €	132,00 €	33,00 €	132,00 €	105,00 €	27,00 €
18210	RM, SUPLEMENTO DE CONTRASTE	35,00 €	28,00 €	7,00 €	35,00 €	28,00 €	7,00 €
7082	RM - DOENTE HEMODIALISE/TRANSP. (ENCARGO ADSE+BENEF)						
7083	RM - DOENTE HEMOFILICO (ENCARGO ADSE+BENEF)						

abr-15



ADSE MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral de Proteção Social aos
Trabalhadores em Funções Públicas

AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

RESPOSTA AOS QUESITOS CONSTANTES DO FAX, DATADO 30 DE ABRIL, DO TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO

MEDIDA 5

Mfh

MEDIDA 5 - IMPACTO NOVA TABELA DE TAC

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD	PREÇO ADSE	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	ENCARGOS TOTAIS ADSE
16010	TC do crânio	22.344	63,00 €	50,40 €	12,60 €	1.126.137,60 €
16020	TC maxilo-facial	7.284	62,00 €	49,60 €	12,40 €	361.286,40 €
16030	TC do pescoço (partes moles)	2.093	63,00 €	50,40 €	12,60 €	105.487,20 €
16040	TC da coluna - cervical, dorsal, lombar, sacro-coccígea (cad	27.829	66,00 €	52,80 €	13,20 €	1.469.371,20 €
16060	TC DO TORAX	19.092	68,00 €	54,40 €	13,60 €	1.038.604,80 €
16070	TC do abdómen superior	17.250	76,50 €	61,20 €	15,30 €	1.055.700,00 €
16075	TC RENAL	1.413	76,50 €	61,20 €	15,30 €	86.475,60 €
16077	TC do pâncreas	10	76,50 €	61,20 €	15,30 €	612,00 €
16080	TC PELVICO	12.946	52,50 €	42,00 €	10,50 €	543.732,00 €
16085	COLONOGRAFIA (COLONOSCOPIA VIRTUAL)	488	140,00 €	112,00 €	28,00 €	54.656,00 €
16100	TC dos membros (cada segmento anatómico)	6.918	52,50 €	42,00 €	10,50 €	290.556,00 €
16210	TC sela turca	86	57,50 €	46,00 €	11,50 €	3.956,00 €
16220	TC das órbitas	337	60,00 €	48,00 €	12,00 €	16.176,00 €
16230	TC dos seios perinasais	12.225	60,00 €	48,00 €	12,00 €	586.800,00 €
16240	TC dos ouvidos	2.437	60,00 €	48,00 €	12,00 €	116.976,00 €
16270	TC DA FARINGE	649	60,00 €	48,00 €	12,00 €	31.152,00 €
16325	TC, SUPLEMENTO DE CONTRASTE ENDOVENOSO	13.883	12,00 €	9,60 €	2,40 €	133.276,80 €
16330	TC, contraste oral	7.703	1,30 €	1,00 €	0,30 €	7.703,00 €
16340	TC, CONTRASTE RECTAL	226	3,00 €	2,40 €	0,60 €	542,40 €
16345	Pós processamento		3,00 €	2,40 €	0,60 €	- €
16350	Angio TC (contraste não iónico)		125,00 €	100,00 €	25,00 €	278.000,00 €
7055	TAC - DOENTE HEMODIALISE/TRANSP (ENCARGO ADSE+BENEF)	14	- €	- €	- €	- €
7057	TAC - DOENTE PARAMILOIDOSE (ENCARGO ADSE+BENEF)	1	- €	- €	- €	- €
ENCARGOS ADSE COM PREÇOS DA NOVA TABELA		158.008			1.827.185,40 €	7.307.201,00 €
VALORES VERIFICADOS EM 2014					2.148.451,50 €	8.561.014,88 €
IMPACTO ENCARGOS TOTAIS ADSE E BENEFICIÁRIOS COM PREÇOS NOVA TABELA					321.266,10 €	1.253.813,88 €

632,032

Mh



CÓDIGO	DESCRIÇÃO	ADSE - PREÇOS TAC					
		TABELA ATUAL			NOVA TABELA		
		PREÇO TABELA ADSE	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO	PREÇO TABELA ADSE	ENCARGO ADSE	COPAGAMENTO BENEFICIÁRIO
16010	TC do crânio	74,18 €	59,28 €	14,90 €	63,00 €	50,40 €	12,60 €
16020	TC maxilo-facial	72,78 €	58,18 €	14,60 €	62,00 €	49,60 €	12,40 €
16030	TC do pescoço (partes moles)	74,88 €	59,88 €	15,00 €	63,00 €	50,40 €	12,60 €
16040	TC da coluna - cervical, dorsal, lombar, sacro-coccigea (cad	77,67 €	62,07 €	15,60 €	66,00 €	52,80 €	13,20 €
16060	TC DO TORAX	80,87 €	64,67 €	16,20 €	68,00 €	54,40 €	13,60 €
16070	TC do abdómen superior	90,00 €	72,00 €	18,00 €	76,50 €	61,20 €	15,30 €
16075	TC RENAL	90,00 €	72,00 €	18,00 €	76,50 €	61,20 €	15,30 €
16077	TC do pâncreas	90,00 €	72,00 €	18,00 €	76,50 €	61,20 €	15,30 €
16080	TC PELVICO	61,59 €	49,19 €	12,40 €	52,50 €	42,00 €	10,50 €
16085	COLONOGRAFIA (COLONOSCOPIA VIRTUAL)	165,00 €	132,00 €	33,00 €	140,00 €	112,00 €	28,00 €
16100	TC dos membros (cada segmento anatómico)	65,00 €	52,00 €	13,00 €	52,50 €	42,00 €	10,50 €
16210	TC sela turca	67,59 €	53,99 €	13,60 €	57,50 €	46,00 €	11,50 €
16220	TC das órbitas	70,79 €	56,59 €	14,20 €	60,00 €	48,00 €	12,00 €
16230	TC dos seios perinasais	71,08 €	56,78 €	14,30 €	60,00 €	48,00 €	12,00 €
16240	TC dos ouvidos	69,98 €	55,98 €	14,00 €	60,00 €	48,00 €	12,00 €
16270	TC DA FARINGE	69,29 €	55,39 €	13,90 €	60,00 €	48,00 €	12,00 €
16325	TC, SUPLENTO DE CONTRASTE ENDOVENOSO	12,00 €	9,60 €	2,40 €	12,00 €	9,60 €	2,40 €
16330	TC, contraste oral	1,30 €	1,00 €	0,30 €	1,30 €	1,00 €	0,30 €
16340	TC, CONTRASTE RECTAL	3,00 €	2,40 €	0,60 €	3,00 €	2,40 €	0,60 €
16345	Pós processamento	3,00 €	2,40 €	0,60 €	3,00 €	2,40 €	0,60 €
16350	Angio TC (contraste não iónico)	129,40 €	103,50 €	25,90 €	125,00 €	100,00 €	25,00 €
7055	TAC - DOENTE HEMODIALISE/TRANSP (ENCARGO ADSE+BENEF)						
7057	TAC - DOENTE PARAMILOIDOSE (ENCARGO ADSE+BENEF)						

abr-15

mlh



AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

RESPOSTA AOS QUESITOS CONSTANTES DO FAX, DATADO 30 DE ABRIL, DO TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO

MEDIDA 7

Aut. h.



MEDIDA 6 VALOR PAGO PELA ADSE EM RADIOCIRURGIA EM 2014 - IMPACTO NOVO PREÇO				
NIF	PRESTADOR	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	MEDIA REEMBOLSO
500142742	CUF INFANTE SANTO	gamma knife	13	11.494,00 €
502422386	INSTITUTO CUF DIAGNÓSTICO	radioterapia estereotáxica extracraniana	23	8.000,00 €
507063961	RADIUM	radiocirurgia	13	8.000,00 €
507131827	FUNDAÇÃO CHAMPALIMAUD	radiocirurgia	163	5.000,00 €
507485637	HOSPITAL DA LUZ	radiocirurgia de neoplasias encefálicas sem quadro	6	10.000,00 €
TOTAL E MEDIA			218	6.020,28 €
		Valor pago ADSE (RL)		1.312.422,00 €
		Valor pago ADSE se preço 7500€ (98%)		1.602.300,00 €
		Impacto		289.878,00 €

Nota: para o efeito consideraram-se como do âmbito da "radiocirurgia" também os atos que aparecem com designações como "gamma knife" (literatura referência complementarmente o termo "radiocirurgia") e "radiocirurgia de neoplasias encefálicas sem quadro".

mti



AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES

EM FUNÇÕES PÚBLICAS

- ADSE -

PROCESSO N.º 11/2014

RESPOSTA AOS QUESITOS CONSTANTES DO FAX, DATADO 30 DE ABRIL, DO TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO

MEDIDA 8



ADSE MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

Despacho nº 83 / 2015 / SEAO

GAB. 386. EST. FUNJ. - UNICATÁLOGO	
Ext.º	561 p.º DF 4
Ext.º	132015
O Chefe do Gabinete	
Jaime Alves 5.103.15	
DGO	ESPAP
ADSE	CGA
IGF	SG



*Aprovo o proposto.
Relativamente à secretade
Anónimo D.º da Saúde, Sr. atente
a gravidade dos factos referidos
solicito o envio de auditoria do
que se possa avaliar as medidas
a adotar.*

17.03.2015

Exmo. Senhor
Chefe de Gabinete de Sua Excelência o
Secretário de Estado Adjunto e do
Orçamento
Avenida Infante D. Henrique, n.º 1
1149-009 LISBOA

Sua Referência: **Hélder Reis**
Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento
N.º Registo: GDS-708930
Data: 2015-03-03

Assunto: Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD)

*Urb.
Arquivam.*

Carlos
CARLOS LIBERATO BAPTISTA
Diretor-Geral
2-15.03.27

A ADSE comparticipa os seus beneficiários com os encargos por estes suportados com as despesas com os cuidados respiratórios domiciliários (CRD), dentro das seguintes regras, em vigor desde 1 de Agosto de 2010, que foram aprovadas pelo despacho do Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, de 9 de Abril de 2010:

1. Despesas com a Ventiloterapia:

Aplicam-se os códigos para a ventilação mecânica não invasiva:

- O código 8003 - Ventiloterapia (Cpap e AutoCpap) com a percentagem de reembolso de 80%, com um limite máximo diário de 2,31€;
- O código 8004 - Ventiloterapia (Bipap) com a percentagem de reembolso de 80%, com um limite máximo diário de 4,75€.

A aplicação dos códigos é determinada pela prescrição médica, onde deve constar o diagnóstico clínico do paciente, a especificação do tratamento e do equipamento utilizado (Cpap, AutoCpap, Bipap ou outro) e a duração do mesmo.

No recibo deverá constar a discriminação do tipo de tratamento efetuado, tal como consta na prescrição médica, uma vez que tem que haver coincidência entre os atos prescritos e os realizados, devendo igualmente ser indicado o n.º de dias de tratamento.

mlh

2. Despesas com a Oxigenoterapia:

O reembolso é atribuído através do código 6220 (da Tabela de Diversos), com percentagem de reembolso de 80%, com um limite máximo por litro de 0,006€.

No recibo deverá constar a indicação do n.º de litros de oxigénio, devendo ser apresentada a respetiva prescrição médica.

Em 2013 o SNS negociou uma nova tabela com as entidades prestadoras de CRD, tendo o subsistema da ADM passado a utilizar essa mesma tabela a partir de 01 de setembro de 2013 (Anexo I), procedimento que foi também adotado, já em 2014, pela SAD da GNR e também pela SAD da PSP.

Estas entidades ao celebrarem um acordo de convenção com os respetivos prestadores de CRD possibilitam que os beneficiários paguem diretamente ao prestador, mensalmente, apenas o seu encargo diário (copagamento) de acordo com a respetiva prescrição do médico pneumologista, sendo o remanescente (80%) pago no fim do mês pelo subsistema a esse prestador com os valores definidos na tabela de convenção aprovada.

Deste modo, propomos a Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Ajunto e do Orçamento que autorize a ADSE a retirar da sua Tabela do Regime Livre as referidas participações sobre os encargos suportados pelos beneficiários com os cuidados respiratórios domiciliários (CRD) e que os mesmos passem a integrar a tabela da ADSE do Regime Convencionado, com os códigos, as nomenclaturas e os preços dia (preço Total, preço ADSE e preço Beneficiário) constantes da tabela que se apresenta como Anexo II.

De salientar que o subsistema ADM obteve no ano de 2014 uma redução de encargos na ordem dos 400 mil euros, tendo passado de uma despesa na ordem dos 1,2 milhões de euros (em 2013) para um encargo de cerca de 760 mil euros em 2014, já que conseguiu obter reduções nos valores diários a seu cargo na ordem dos 40%.

O impacto que a aprovação da alteração proposta pode vir a ter para a ADSE, foi estimado utilizando a informação contabilística da ADSE e também os dados fornecidos pela ADM relativos a 2014 e apontam para que se venha a verificar uma redução de encargos na ordem dos 30%, ou seja, um menor custo de 1,38 milhões de euros, assim calculados:

ADSE - Reembolsos efetuados no ano de 2014					
Código	Designação	Nº. de Beneficiários	Nº. de processos	Valor Pago	Valor Reembolso ADSE
6220	Oxigénio/Incl. Prod. Todos Honorários (litro)	1.369	9.231	1.135.732,44 €	901.080,49 €
8003	Ventiloterapia (Cpap e Auto Cpap)	5.746	54.946	4.395.547,95 €	3.312.329,43 €
8004	Ventiloterapia (Bipap)	497	4.075	522.441,56 €	398.672,27 €
Total Geral		7.612	68.252	6.053.721,95 €	4.612.082,19 €



ADSE -2014			NOVA TABELA CONVENÇÃO	
CÓDIGO	ENCARGO ADSE MÊS	ENCARGO ADSE DIA	ENCARGO ADSE DIA	REDUÇÃO % ENCARGO ADSE DIA
6220	97,61 €	3,25 €	1,53 €	-53%
8003	60,28 €	2,01 €	1,28 €	-36%
8004	97,83 €	3,26 €	1,78 €	-45%

Código	Designação	Estimativa Encargo ADSE (nova tabela convenção)
6220	Oxigénio/Incl. Prod. Todos Honorários (litro)	423.507,83 €
8003	Ventiloterapia (Cpap e Auto Cpap)	2.119.890,84 €
8004	Ventiloterapia (Bipap)	219.269,75 €
Total Geral		2.762.668,41 €
Encargos ADSE com novos códigos da nova tabela		469.653,63 €
Total Geral		3.232.322,04 €

Esta redução de encargos está muito dependente do código 8003 – Ventiloterapia (CPAP e AUTOCPAP), que representa na ADM cerca de 78,3% dos atos realizados e no caso da ADSE cerca de 80%, código esse que terá uma redução no preço/dia de 36% na nova tabela. Estimamos ainda que vai passar a existir um recurso por parte dos beneficiários aos novos atos da nova tabela que devem passar a representar um encargo de cerca de 17%, ou seja cerca 470 mil euros ano.

De salientar ainda que os cerca de 7.600 beneficiários da ADSE que utilizam os CRD no seu dia a dia vão também ser confrontados com uma redução dos seus encargos na mesma ordem de grandeza, ou seja em cerca de 30%.

Não despendianda, é ainda a vantagem de passarem a proceder ao pagamento à entidade convencionada apenas do valor relativo ao seu copagamento (20%) ao invés do verificado na situação atual, onde pagavam a totalidade do encargo e ficavam a aguardar pelo reembolso da ADSE.

Este mecanismo possibilitou que uma das entidades prestadoras de CRD (a D'Ar Saúde, S.A.) tivesse criado um mecanismo de crédito aos beneficiários da ADSE, no qual se propunha apenas cobrar ao beneficiário em momento posterior ao reembolso por parte da ADSE, por um determinado valor que permitia obter um reembolso de 80% do subsistema, cobrando-lhe apenas o valor da comparticipação da ADSE de forma a que o mesmo não viesse a suportar qualquer encargo com este serviço, atraindo e angariando um elevado número de beneficiários com esta prática.

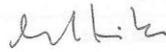
Wih

Esta situação desencadeou por parte do Gabinete de Auditoria da ADSE, um processo de averiguações, que será em tempo sujeito à apreciação Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Ajunto e do Orçamento, e poderia ter lesado esta Direção-Geral em cerca de 226 mil euros, verba que no entanto já foi regularizada por intervenção junto dos beneficiários envolvidos.

Se esta proposta vier a merecer a concordância de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Ajunto e do Orçamento, proponho que não venha ser celebrada convenção com a D' Ar Saúde, S.A., pelos motivos atrás apresentados e que sejam ainda notificados os beneficiários que se recorrerem aos serviços prestados por esta entidade, mesmo em regime livre, os respetivos encargos não serão, também, alvo de qualquer comparticipação por parte da ADSE.

Com os melhores cumprimentos, *Caro Senhor Secretário*

O Diretor-Geral



Carlos Liberato Baptista



ANEXO I

MA



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS
Assistência na Doença aos Militares

CIRCULAR
Nº 005/2013
Pª ADM
DATA: 01SET2013

**ASSUNTO: NOVA TABELA DE SERVIÇOS DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS
DOMICILIÁRIOS**

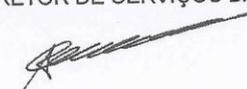
- 1 - O n.º1 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, estabelece que “o objecto e as modalidades de assistência na doença aos beneficiários da ADM, bem como os termos da sua prestação e do seu pagamento, são os previstos no regime da ADSE, com as necessárias adaptações”.
- 2 - No sentido de obter uma maior racionalização e redução de custos para os beneficiários da ADM, bem como para o subsistema de saúde, a Direcção de Serviços da ADM, encetou durante o mês de maio de 2013, um processo negocial com os prestadores de serviços de cuidados respiratórios domiciliários, com o intuito de alterar a tabela de preços em vigor.
- 3 - Este desiderato foi plenamente alcançado após um processo negocial que se arrastou durante três meses e meio, tendo a DSADM conseguido obter um novo acordo com as quatro entidades convencionadas – Linde Saúde, Linde Sogás, VitalAire e Praxair -, às quais se veio ainda a juntar uma nova entidade fornecedora destes serviços – a Acail Gás.
- 4 - A nova tabela de preços de cuidados respiratórios domiciliários, convencionada entre o IASFA/DSADM e as entidades prestadoras, representa em termos médios uma redução de encargos para a ADM de um valor ligeiramente superior a 50%, em relação aos valores constantes da anterior tabela.
- 5 - A repercussão desta redução nos valores dos copagamentos a cargo dos beneficiários da ADM, para o mesmo nível de serviços, deve vir a representar uma redução percentual de idêntica dimensão, o que pode significar uma redução de encargos superior a 100.000,00€ durante o ano de 2014.
- 6 - Relativamente aos encargos suportados pela ADM, estima-se que a aplicação da nova tabela, permita obter uma redução de despesa na ordem dos 500.000,00€ durante o ano de 2014.



7 - A nova tabela de preços dos cuidados respiratórios domiciliários, que se apresenta no quadro seguinte, entrou em vigor a 01 de agosto de 2013 para as entidades Linde Saúde, Linde Sogás e Acail Gás e a 01 de setembro de 2013 para as entidades VitalAire e Praxair.

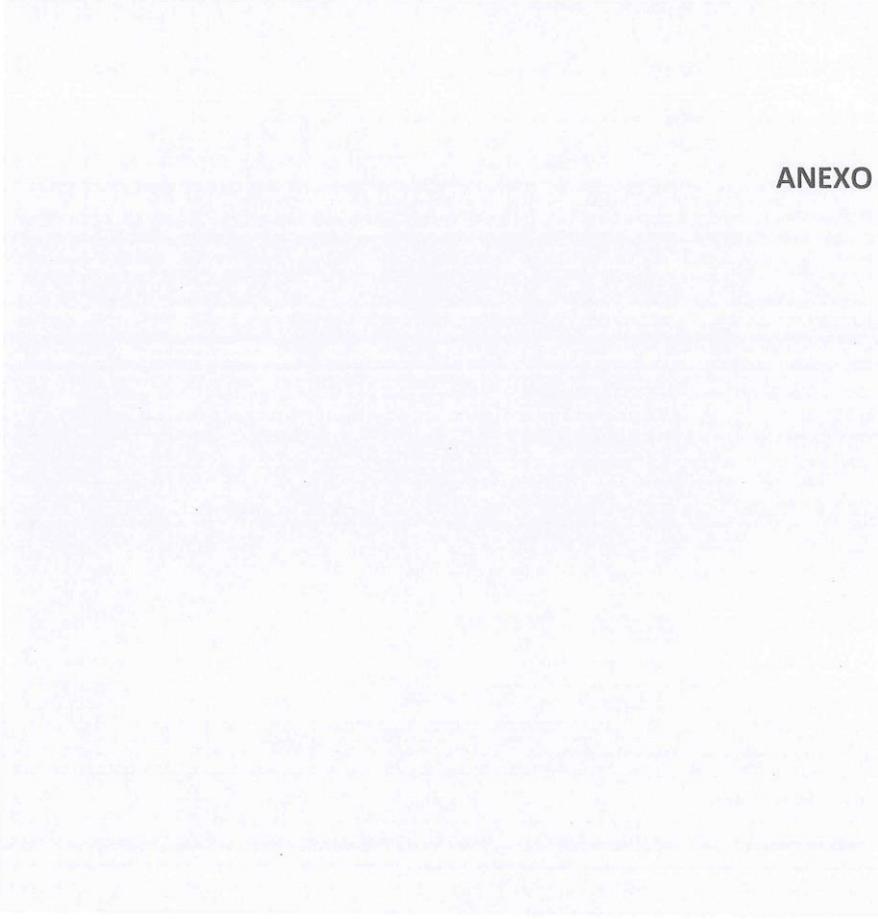
Códigos	Designação	ADM (c/IVA)	Beneficiário (c/IVA)	TOTAL (c/IVA)
A1117	Aerossoterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização pneumáticos	0,76 €	0,19 €	0,95 €
A1118	Aerossoterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização pneumáticos "inteligentes"	3,39 €	0,85 €	4,24 €
A1119	Aerossoterapia - através de sistemas de nebulização ultrassónicos	0,76 €	0,19 €	0,95 €
A1120	Aerossoterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização eletrónicos com membrana oscilatória	1,87 €	0,47 €	2,34 €
A1121	Aerossoterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização eletrónicos com membrana oscilatória e "inteligentes"	3,39 €	0,85 €	4,24 €
O901	Oxigenoterapia - através de Oxigénio Gasoso	1,72 €	0,43 €	2,15 €
O902	Oxigenoterapia - através de Oxigénio Líquido	3,73 €	0,93 €	4,66 €
O903	Oxigenoterapia - através de Oxigénio por Concentrador convencional	1,53 €	0,38 €	1,91 €
O914	Oxigenoterapia - através de Oxigénio por concentrador portátil	2,54 €	0,64 €	3,18 €
V129	Ventiloterapia - através de ventiladores com servo ventilação auto adaptativa	3,56 €	0,89 €	4,45 €
V901	Ventiloterapia - através de ventiladores por pressão positiva contínua (CPAP)	1,10 €	0,28 €	1,38 €
V902	Ventiloterapia - através de ventiladores por pressão positiva contínua (Auto CPAP)	1,28 €	0,32 €	1,60 €
V903	Ventiloterapia - através de ventiladores por pressão positiva binível (S, ST e AVAPS)	1,78 €	0,45 €	2,23 €
V911	Ventiloterapia - através de ventiladores por pressão positiva auto bi-nível	1,78 €	0,45 €	2,23 €
V912	Ventiloterapia - através de ventiladores volumétricos	10,52 €	2,63 €	13,15 €
V 951	Ventiloterapia - através de ventiladores híbridos	10,52 €	2,63 €	13,15 €
A904	Aspirador de Secreções	1,60 €	0,40 €	2,00 €
I901	In-Exsulfador	5,87 €	1,47 €	7,34 €
M901	Monitor cardio-respiratório com capnografia e oximetria integrados	1,95 €	0,49 €	2,44 €

O DIRETOR DE SERVIÇOS DA ADM


ANTÓNIO COSTA COELHO



...
...
...



ANEXO II

O DIRETOR DE SERVIÇOS DA FOM

ANTONIO COSTA COELHO

Handwritten signature



TABELA CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS (CRD)				
PROPOSTA REGIME DE CONVENÇÃO - PREÇO DIA				
Códigos Tabela	Designação	ADSE (c/IVA)	BENEFICIÁRIO (c/IVA)	PREÇO TOTAL (c/IVA)
A1117	Aerosolterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização pneumáticos	0,76 €	0,19 €	0,95 €
A1118	Aerosolterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização pneumáticos "inteligentes"	3,39 €	0,85 €	4,24 €
A1119	Aerosolterapia - através de sistemas de nebulização ultrassónicos	0,76 €	0,19 €	0,95 €
A1120	Aerosolterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização eletrónicos com membrana oscilatória	1,87 €	0,47 €	2,34 €
A1121	Aerosolterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização eletrónicos com membrana oscilatória e "inteligentes"	3,39 €	0,85 €	4,24 €
O901	Oxigenoterapia - através de Oxigénio Gasoso	1,72 €	0,43 €	2,15 €
O902	Oxigenoterapia - através de Oxigénio Líquido	3,73 €	0,93 €	4,66 €
O903	Oxigenoterapia - através de Oxigénio por Concentrador convencional	1,53 €	0,38 €	1,91 €
O914	Oxigenoterapia - através de Oxigénio por concentrador portátil	2,54 €	0,64 €	3,18 €
V129	Ventiloterapia - através de ventiladores com servo ventilação auto adaptativa	3,56 €	0,89 €	4,45 €
V901	Ventiloterapia - através de ventiladores por pressão positiva contínua (CPAP)	1,10 €	0,28 €	1,38 €
V902	Ventiloterapia - através de ventiladores por pressão positiva contínua (Auto CPAP)	1,28 €	0,32 €	1,60 €
V903	Ventiloterapia - através de ventiladores por pressão positiva binível (S, ST e AVAPS)	1,78 €	0,45 €	2,23 €
V911	Ventiloterapia - através de ventiladores por pressão positiva auto bi-nível	1,78 €	0,45 €	2,23 €
V912	Ventiloterapia - através de ventiladores volumétricos	10,52 €	2,63 €	13,15 €
V 951	Ventiloterapia - através de ventiladores híbridos	10,52 €	2,63 €	13,15 €
A904	Aspirador de Secreções	1,60 €	0,40 €	2,00 €
I901	In-Exsufador	5,87 €	1,47 €	7,34 €
M901	Monitor cardio-respiratório com capnografia e oximetria integrados	1,95 €	0,49 €	2,44 €

M. L.

4. DIRETOR-GERAL DE PROTEÇÃO SOCIAL AOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS NO PERÍODO DE 2009-2014

Plc anteriores DAVI-1

Exm.º Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Av.ª Barbosa du Bocage, 61
Lisboa
1069-045 Lisboa

V/ref.ª: DA VI – UAT.1
Proc. Nº 11/2014 – Audit – 2ª Secção 19-03-2015

Assunto: Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas – ADSE.

Nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto¹, e relativamente ao relato do Tribunal de Contas sobre a auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas, designadamente no exposto no Volume I – Sumário Executivo, apresento os seguintes comentários/contributos:

1.- Na INTRODUÇÃO do SUMÁRIO expõe-se que “*Em 2012, juntamente com os outros subsistemas públicos de saúde (ADM; SAD/PSP; SAD/GNR), a ADSE representou cerca de 21% (€ 317 milhões) do financiamento total da despesa em hospitais privados.*”

O que são considerados “hospitais privados”? considera apenas os prestadores com internamento? Porque reportar a 2012? Consideraram os montantes dos pagamentos? Ou os valores de faturação? E consideraram o respetivo valor suportado pelos beneficiários, dos copagamentos e da despesa não reembolsada?

Individualmente, alguns prestadores chegaram a publicitar a representatividade da sua faturação relativa a atividade com a ADSE. Foram referenciados indicadores muito diversos e com expressiva amplitude. Mas nunca se chegou a apurar um valor médio face à dificuldade em reunir informação que respeitasse uma metodologia rigorosa.

Pretendendo-se avaliar a representatividade económica da ADSE no tecido empresarial português, mais concretamente no setor da saúde poder-se-ia recorrer a outros indicadores, com informação mais atualizada e representar melhor o alargado universo da sua intervenção, por exemplo:

¹ Alterada e republicada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, e alterada pelas Leis n.º 35/2007, de 13 de agosto, 3-B/2010, de 28 de abril, 61/2011, de 7 de dezembro e n.º 2/2012, de 6 de janeiro.



- i.- o número de prestadores distribuídos por um critério geográfico. Até 31 de Dezembro de 2014, a ADSE tinha convencionado com todos os grandes prestadores nacionais. De entre os prestadores com forte impacto nos pedidos de reembolso (Regime livre), o SAMS foi o último a convencionar, já em 2014;
- ii.- o número de beneficiários inscritos;
- iii.- o número de beneficiários com acesso ao setor da saúde;
- iv.- o impacto da procura dos beneficiários = Faturação direta à ADSE+copagamento do beneficiário+Valor dos pedidos de reembolso (total da despesa do recibo)+estimativa da despesa associada aos pedidos de reembolso processados pelas entidades empregadoras integradas na Administração local e regional+faturação das farmácias;
- v.- o número de entidades empregadoras com relação direta com a ADSE, de forma regular e periódica. Parece esquecer-se o impacto da Direção-Geral no processo de arrecadação das receitas próprias, porventura por, no passado, as receitas geradas pelo “desconto” do beneficiário serem arrecadadas como receita do Estado, não tendo qualquer reflexo nos documentos de prestação de contas da ADSE. A autossustentabilidade financeira veio a demonstrar a relevância do financiamento da ADSE, muito especialmente a capacidade financeira gerada pela aplicação da taxa de contribuição dos beneficiários titulares, para além de evidenciar a forte complementaridade com a atividade principal da Direção-Geral.

- 2.- Passando ao SUMÁRIO, aos itens formulados a partir das PRINCIPAIS CONCLUSÕES, concretamente no item 2, é referenciado um excedente de 138,9 milhões de euros. No entanto, o saldo de gerência de 2014 poderá atingir os 200 milhões de euros, um valor já referenciado recentemente nos *media* (no Jornal de Notícias) e anotado nos mapas do planeamento financeiro, elaborados para 2014, mas ainda por confirmar com a conclusão da prestação de contas.

O valor também referenciado no item 41 para além de não retratar todo o potencial financeiro da ADSE, também não é relacionado com qualquer outro agregado de modo a evidenciar a magnitude da sua materialidade. Note-se que o saldo de gerência poderá representar mais de 50% dos compromissos financeiros anuais, considerando a parcela das despesas que deveriam ser financiadas no âmbito do SNS.

- 3.- Nos itens 8 e 28, nos exemplos de encargos que devem ser financiados por receitas gerais provenientes dos impostos:

- i.- no caso específico da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, considera-se relevante a especificação do respetivo âmbito. De facto, apenas está em causa a faturação das farmácias da Madeira e dos Açores, na parte que corresponde ao fornecimento de medicamentos a beneficiários afetos a entidades empregadoras integradas na esfera de competência da Administração Regional.
 - ii.- importa substituir a referência à “*assistência médica no estrangeiro*”. Neste domínio integra-se uma componente cuja responsabilidade pertence à ADSE-DG, concretamente a que resulta do exercício do direito de opção do beneficiário. Em causa estão duas outras componentes da assistência no estrangeiro: as despesas a assumir pelo Estado Português com base na capitação fixada para os Estados Membros (da Comunidade Europeia) onde residem os beneficiários e, ainda, a assistência médica no estrangeiro em resultado da decisão médica gerada no SNS.
- 4.- Contrariamente à referência nos itens 9, 28 e 30, a ADSE não exerce qualquer controlo de faltas dos trabalhadores da Administração pública, a não ser dos seus próprios trabalhadores.

O Tribunal de Contas está por certo a referenciar-se à atividade da Direção-Geral relacionada com a verificação da doença, designadamente as perícias médicas e as verificações médicas no domicílio, cuja realização depende da decisão da respetiva entidade empregadora.

A expressão “Verificação da doença” tem sido adotada nos relatórios de atividade da Direção-Geral para referenciar uma atividade pública da Direção-Geral e que é independente da atividade de financiamento das despesas com saúde dos seus beneficiários.

- 5.- As relações causa/efeito expressas no item 13, 14 e 51 são teoricamente possíveis mas não são fundamentadas. A Direção-Geral nunca inventariou os motivos para a decisão de renúncia.

A fixação da taxa de contribuição do beneficiário em 3,5% não poderia deixar de suscitar uma forte apreensão sobre a reação comportamental dos beneficiários.

Beneficiando da experiência de mais de um ano e face ao número insignificante de renúncias, parece justificar-se, ao contrário do exposto no relato, que os beneficiários valorizam a ADSE-Sistema, contrariando também a opinião do Tribunal de Contas sobre a insatisfação dos beneficiários que referencia no item 91.

Será muito interessante avaliar a reação do coletivo dos beneficiários titulares quando perceberem que o seu contributo destinado ao financiamento das despesas com saúde também propiciou a geração de excedente financeiro que poderá ser equiparado a um fundo para o qual



não há qualquer regulamentação sobre a forma de utilizar, a não ser a norma prevista no Orçamento de Estado para 2015 que prevê a transição automática do saldo de gerência de 2014.

Salvo melhor opinião, o número de renúncias ainda não é suficiente para identificar comportamentos ou motivos padronizados. Dispensou a apresentação da série estatística que tem sido reportada nos relatórios de atividade, para além do referencial estatístico publicitado na intranet da ADSE, mensalmente atualizado.

Como se poderá fundamentar que a renúncia se deve a dificuldades de acesso enquanto comportamento generalizado e coletivo? A ADSE-sistema não pode deixar de ser percecionada como um mercado onde interagem diversos interesses, pelo que todo o cuidado nunca será suficiente.

As alegadas dificuldades de acesso também podem ser contrariadas pela permanente “queixa” dos prestadores de que a ADSE pratica “preços sociais”... Mais objetivamente, tomando por base a experiência recente nas diversas revisões das tabelas de preços aplicadas aos prestadores convencionados, serão de referenciar:

- i.- variações negativas dos preços, favoráveis aos beneficiários;
- ii.- a fixação de preços muito inferiores aos valores médios praticados no mercado, tomando por base os valores registados nos pedidos de reembolso (regime livre);
- iii.- a manutenção de preços historicamente fixados como sejam os das consultas, o ato mais frequente no setor da saúde. E para estas consultas estabeleça-se comparação com as taxas moderadoras... ainda que recentemente tenha sido publicitada a revisão destas taxas;
- iv.- a fixação de copagamentos na taxa de 20%, sem deixar de aplicar uma taxa reduzida de 10% nos partos ou mesmo de taxa zero para a radioterapia e quimioterapia.

E ainda há os pensionistas que podem usufruir de isenção de contribuição quando as suas pensões sejam de valor inferior a determinado limite.

E como explicar a reação coletiva dos beneficiários de procurar o setor privado, quando o SNS oferecia serviços gratuitos (antes da profunda revisão das taxas moderadoras em cumprimento do memorando da TROIKA)?

De forma casuística, fui confrontado com a decisão de renúncia de alguns beneficiários e identifiquei as seguintes justificações que não posso considerar como justificação padronizada:

- i.- a dupla cobertura. De facto, houve pessoas que foram obrigadas (por lei) a inscrever-se na ADSE ainda que já beneficiassem de um sistema de proteção para o domínio da saúde. Esta

situação verifica-se, por exemplo, na colaboração na docência do ensino superior complementarmente ao exercício de uma outra atividade profissional. Também há grupos organizados de trabalhadores que promoveram à contratualização de seguros de saúde de grupo, para além de outras formas de complementar o SNS;

ii.- a incorreta alegação de “não querer perder os direitos do SNS”. A Direção-Geral foi confrontada por beneficiários que requereram a denúncia com a justificação de, só assim, serem isentos de pagar as despesas com os cuidados respiratórios no domicílio, medicamento prescritos no SNS... Destas situações à arquivo de expediente na Direção de Serviços de Beneficiários porque, nestes casos, também houve o cuidado de esclarecer o requerente, ainda que em vão, num ou outro caso.

6.- Relativamente ao item 15, já me pronunciei sobre as fragilidades do entendimento do Tribunal de Contas pelo facto da tabela do regime convencionado não contemplar códigos para todos os cuidados praticados no presente.

Sinceramente, temo que esta argumentação possa sustentar certas orientações que não respeitem:

i.- o posicionamento independente da ADSE no que respeita à organização da prestação de cuidados de saúde. A Direção-Geral não tem responsabilidade na gestão e organização da prestação dos cuidados de saúde, nem assume qualquer intervenção no encaminhamento dos beneficiários para os prestadores;

ii.- a decisão do beneficiário de livre escolher o prestador.

Parece esquecer que o financiamento das despesas de saúde é determinado pela natureza da procura do beneficiário e é função da capacidade de oferta dos prestadores privados. A distribuição dessa despesa evidencia acentuada concentração num número reduzido de atos e cuidados. O Tribunal de Contas identificou um alargado número de beneficiários a quem se tenha rejeitado o financiamento? Tratando-se efetivamente de cuidados de saúde...

É agora referenciado no item 91 que as tabelas da ADSE não contemplam os cuidados intensivos.

Mas não há qualquer posição ou orientação para a ADSE excluir os cuidados intensivos, cujos encargos também tem suportado. Coisa diferente é a tabela não ter ainda definido um código para a diária de cuidados intensivos o que não prejudica o prestador de faturar atos e cuidados prestados na área dos cuidados intensivos.



A área dos cuidados intensivos só foi assumida pelos prestadores privados muito recentemente e poucos são os que estão licenciados para o efeito.

A experiência com os cuidados intensivos no setor privado é muito recente. A utilização da diária de cuidados intensivos é um exemplo de um preço compreensivo. Os valores de referência no setor da saúde estão muito sobrevalorizados. Daí a relevância de conhecer a natureza da intervenção clínica que em regra pode acontecer nos cuidados intensivos.

A aceitação de um preço para a diária de cuidados intensivos deve ser acutelada porque são exigidos preços tão elevados que podem induzir o prestador a debitar esta diária em detrimento das diárias com menor preço.

Por isso, é fundamental estabelecer uma fronteira para objetivamente se identificar as situações para a aplicar a diária de cuidados intensivos. Perante certas situações clínicas não haverá a menor dúvida mas há situações “de fronteira”, de difícil definição.

Anote-se também que a ADSE não abrange os cuidados de saúde e os atos prestados na sequência de acidente de trabalho, ou de uma situação que possa envolver a responsabilidade civil, ou inclusive situações relacionadas com a saúde pública. Creio que os prestadores privados não estão abrangidos pelos protocolos de emergência médica. Nestas situações os cuidados intensivos terão um recurso potencial e frequente, devidamente justificado.

A Direção-Geral estabeleceu com dois prestadores a possibilidade de faturar através de um código específico todos os atos e cuidados que não estavam previstos na tabela. Foi assim instituído o código 9999 procurando:

- i.- evitar um recurso ao regime livre;
- ii.- monitorizar os atos e cuidados que não constavam na tabela;
- iii.- exigir a eliminação do recurso à codificação com base na analogia dos atos e cuidados;
- iv.- a partir de certos montantes, submeter a prévia autorização a devida fundamentação clínica.

A área dos cuidados intensivos pelo preço que era cobrado foi sempre sujeita ao pedido prévio de autorização mediante a justificação clínica apresentada pelo prestador.

O código 9999 foi anulado em finais de 2014, dando por findo o processo de monitorização. Com base nesta experiência a Direção-Geral aceitou integrar novos códigos na tabela, mas o número não é significativo como se poderá comprovar nas comunicações remetidas aos prestadores.

E não foi decidido incluir a diária de cuidados intensivos porque a Direção-Geral ainda não dispõe de informação suficiente para se sentir numa posição confortável para impor um preço ou aceitar a proposta do prestador. Mas foram estabelecidas novas regras que facultam a informação detalhada sobre os consumos no decurso de um internamento, mesmo tratando-se de cuidados intensivos.

Será prudente exigir na faturação da diária de cuidados intensivos a manutenção do processamento do reembolso porque assim se poderá contar com uma maior responsabilidade do beneficiário no controlo das despesas. Decerto, não haverá muitas situações de recurso a cuidados intensivos, e para as que justificadamente se venham a verificar a Direção-Geral tem condições para proceder ao pagamento do reembolso num curto período de tempo. Também não será prejudicado se exigir uma boa discriminação dos atos e cuidados praticados. Haverá beneficiários que poderão ser prejudicados, desde que não consigam o recibo detalhado ou que lidem com prestadores que forçadamente justificarão os cuidados intensivos.

É um facto que as tabelas devem sempre ser sujeitas a regulares atualizações. Prova desse exercício está refletido:

- i.- na criação de novas tabelas para a ressonância magnética, radioterapia e medicina nuclear;
- ii.- na incorporação de novos códigos e regras nas tabelas vigentes para a generalidade das tabelas, para a quimioterapia, tomografia axial computadorizada, partos,...;
- iii.- na harmonização das tabelas dos prestadores convencionados, num trabalho conjunto com a ACSS. Esta harmonização teve a preocupação de atualizar as tabelas de forma a considerar todos os atos que poderiam ser realizados. O Tribunal de Contas conseguiu identificar significativa insatisfação dos beneficiários nas áreas da patologia clínica e imagiologia? As tabelas de medicina e cirurgia também foram abrangidas pelo processo de harmonização, mas envolveu uma complexidade técnica que inviabilizou a intervenção célere que havia sido evidenciada aquando dos trabalhos com as tabelas dos meios complementares de diagnóstico. E com aquelas duas tabelas os trabalhos ainda decorriam no final de 2014.

As tabelas utilizadas pela ADSE não condicionaram o desenvolvimento das novas convenções com os prestadores que surgiram recentemente no mercado e que investiram em infraestruturas, sem ter prejudicado o crescimento da sua oferta em quantidade e diversidade, no âmbito da convenção. Muitos códigos das tabelas, mas muitos, nem têm utilização.



7.- No item 16, relativamente às entidades empregadoras que não entregam o desconto retido nas remunerações, não deixa claro que se trata de uma situação muito circunscrita às entidades empregadoras integradas na esfera dos Governos Regionais da Madeira e dos Açores relativamente às quais há um posicionamento político concreto que exigirá uma concertação ao nível governamental.

O desequilíbrio a que se faz referência na conclusão do item 16 é uma consequência óbvia, mas não referencia a materialidade do seu impacto.

O impacto assumirá uma materialidade muito atenuada considerando, desde logo, a reduzida expressão da dimensão do número de beneficiários titulares envolvidos, bem como pelos efeitos dos seguintes fatores:

- i.- nos Açores, o setor privado da saúde tem uma representatividade insipiente;
- ii.- na Madeira, foram sempre assumidos os encargos com os reembolsos dos pedidos dos aposentados, para além de suportar o ónus do processamento, ambas constituindo responsabilidade da ADSE-DG.

Refira-se ainda que tais desequilíbrios nunca foram utilizados para justificar o maior esforço financeiro dos beneficiários.

Questão diferente é exigir-se que seja clarificado o posicionamento no contexto da ADSE-sistema, de modo a evitar qualquer sobreposição com os Serviços Regionais de Saúde.

8.- Nos itens 17 e 59 faz-se referência ao alargamento da ADSE aos trabalhadores com contrato individual na Administração pública. Essa referência parece imprecisa porque atualmente os trabalhadores da Administração Pública com contrato individual podem inscrever-se na ADSE, mesmo por tempo determinado. Estamos a referenciar os contratos para o exercício em funções públicas.

Será que o Tribunal de Contas está a querer referir-se a certos grupos de trabalhadores com sejam os dos Hospitais públicos/Empresa?

Como já advoguei o alargamento do universo dos beneficiários da ADSE só reforça a sua vantagem competitiva. Mas não se poderá deixar de acautelar a devida equidade ao coexistir no sistema dois grupos de beneficiários: os que contribuíram desde o início da sua carreira profissional e aqueles que só contribuem durante parte do seu percurso profissional. Da mesma forma, haveria que considerar condições específicas para o trabalhador que só poderá manter a inscrição por um período curto, de seis meses, um ano,... E agora com a constituição de um

excedente financeiro assume maior acuidade a forma de assegurar um contributo solidário dos beneficiários.

9.- Não tendo ainda informação sobre os custos a apurar pela Direção-Geral no âmbito da prestação de contas em curso, não tenho como validar os valores apresentados no item 23, para 2014.

10.- Os gráficos da página 11 apresentam valores diferentes para os custos de 2014.

11.- Porventura a análise do item 42 não sofrerá alteração mas fundamenta-se em valores apurados aquando da preparação do orçamento da Direção-Geral para 2015.

Note-se que as previsões apontavam para um saldo de gerência de 150 milhões de euros, quando se poderá chegar aos 200 milhões de euros, como já se referiu. Haverá ainda que considerar o valor da dívida vencida a prestadores convencionados, por pagar no final do ano e que compensará parte daquele diferencial.

Assim, as taxas para a contribuição do beneficiário que se apresentam podem ser reajustadas para valores que beneficiam os quotizados.

12.- No item 45 e 91, faz-se referência a uma metodologia que nos seus objetivos não merece qualquer comentário.

No entanto, a referência à cobertura das tabelas exige que se retome a matéria, acrescentando ao já exposto que a ADSE financia todos os cuidados de saúde. Não é possível reconhecer beneficiários a aguardar a prestação de cuidados devido à cobertura das tabelas...

Não esquecer que no regime livre está previsto reembolsar a despesa, mesmo quando não esteja previsto código específico, recorrendo a uma indexação à tabela do SNS. Este procedimento tem, em regra, a intervenção dos Serviços da consultadoria médica.

No item 91 e 92 as referências ao regime livre, exigem reafirmar o seguinte:

i. a redução do impacto do regime livre também é uma consequência direta à criação das novas tabelas no regime convencionado, como foram o exemplo das tabelas da ressonância magnética, da radioterapia e, muito recentemente, da medicina nuclear, para além da incorporação de códigos para a quimioterapia e os consumos na sala cirúrgica. No entanto, esta intervenção foi exercida depois de ponderadas diversas variáveis, relacionadas com preços e até práticas clínicas, suportadas por um cuidado estudo do comportamento da procura e da oferta;



- ii. há, no entanto, determinadas situações que envolvem o reembolso que podem, numa primeira fase, não merecer o interesse em se convencionar, até para proteger os interesses dos beneficiários.

Podem estar em causa práticas clínicas. Relembre-se a experiência recente com a clínica na Alemanha que realizava tratamentos inovadores a doentes oncológicos. Depois das primeiras notícias de sucesso que induziram vários portugueses a recorrer à clínica, foram reconhecidas significativas reservas, provocando uma reviravolta total, fundamentalmente depois da posição assumida pelo INFARMED.

E até podem estar em causa os preços. A definição do preço justo no setor da saúde envolve subjetividades e negociações. Sendo certo que os preços só podem ser assumidos depois de aceites pelas partes;

- iii. a redução do impacto do regime livre pode assumir-se como um objetivo a privilegiar, mas quando se observam prestadores a evidenciar o interesse da procura dos beneficiários por atos já convencionados, com práticas clínicas generalizadas e devidamente aceites pelas Autoridades responsáveis pela regulação;
- iv. o regime livre é um bom meio para observar o setor da saúde privado, para apoiar a decisão de rever preços e a criação de novas regras em ambos regimes: livre e convencionados. Foi assim que se estabeleceram os preços compreensivos para os partos e as demais ações que envolveram as alterações nas tabelas do regime convencionado, com exceção do processo de harmonização;
- v. o regime livre é o melhor instrumento para potenciar o direito de opção do beneficiário. Daí que deverá sempre coexistir. Note-se que apesar de estarem convencionadas as consultas, o regime livre continua a ter um forte impacto deste ato que juntamente com as lentes/armações assumem a maior representatividade financeira;
- vi. a percentagem de reembolso efetivo pode em certas situações representar um valor muito aquém dos 80%, mas não se pode esquecer que o beneficiário no regime livre assume toda a sua subjetividade, em que o preço é apenas mais uma variável, e o prestador age liberalmente;
- vii. ultimamente, a observação do setor da saúde através da informação facultada pelo processamento de reembolsos assume outra relevância depois de ter suportado diversas intervenções no regime convencionado: estabelecendo a parceria com os prestadores mais procurados pelos beneficiários e ajustando as tabelas. As alterações recentes do regime

convencionado foram o resultado do processo de harmonização e as últimas correspondiam a ajustamentos importantes para melhorar o controlo da faturação do prestador convencionado. Mas o regime livre não deixará de ser um meio para melhor conhecer o setor privado da saúde.

A apreciação do Tribunal de Contas sobre a cobertura das tabelas de preços dos prestadores convencionadas não revê todo o trabalho que foi realizado ao longo dos passados anos, devidamente suportado e fundamentado. Esta apreciação do Tribunal de Contas pode ainda incentivar orientações que podem não respeitar os vetores que caracterizam a ADSE: de total independência na esfera da prestação de cuidados de saúde e direito de livre escolha.

13.- A hipótese sustentada no item 48 leva a questionar como a substituição da ADSE pelo SNS se pode traduzir na redução de 50% da despesa?

Será aceitável deduzir algumas componentes da despesa da ADSE, como sejam as armações e lentes, lares e até medicina dentária, porque não terão a mesma aplicação no SNS. Mas estes agregados não representam 50% da despesa total da ADSE. Na medicina dentária, o SNS também suporta o cheque dentista.

Também não há justificação para pressupor que os preços da ADSE sejam o dobro dos praticados no SNS. Compare-se o valor do preço das consultas com os praticados no SNS.

Não será razoável pressupor que os médicos do setor privado, em regra, duplicam os atos. Nem há indicadores a comprovar tal facto, para além da formação académica dos médicos ter praticamente as mesmas raízes.

Nos relatórios de atividades da ADSE tem sido apresentada a distribuição de beneficiários por grupos de números de consultas que muito bem evidenciam um número muito reduzido de beneficiários que realizam um número avultado de consultas que parece justificar-se perante situações clínicas mais complexas. Até estes dados terem sido publicados, não foi possível compreender com se advogou o alegado recurso desregrado dos beneficiários da ADSE.

Haverá situações indevidas? sem justificação clínica? Claro que sim, conforme se conclui nos relatórios do Gabinete de auditoria da ADSE e da operação de controlo da faturação, mas não determina a natureza dos compromissos.

A realização de um menor número de ressonâncias magnéticas no SNS poderá ser um exemplo de uma decisão clínica mais racional ou perfeita. Mas também pode ser o resultado de uma atuação limitada nos meios, até discriminatória...mas entramos no mundo das hipóteses e da



oportunidade de utilizar o argumento mais conveniente para o contexto que se pretenda considerar.

E ter-se-á em consideração que a realização de ressonâncias a beneficiários da ADSE é prescrita por médicos afetos ao SNS. Nestes casos as estatísticas do SNS também consideram tais exames? Para perceber melhor o impacto da prescrição do SNS na despesa da ADSE será de observar o processo de transferência da faturação das farmácias para o SNS. Numa primeira fase, envolveu apenas a parcela da despesa correspondente aos medicamentos que haviam sido prescritos por médicos do SNS. Será de consultar o anexo 39 do relatório de atividades de 2013 e verificar que a despesa em 2010 passou dos 200 milhões de euros, para em 2011 se fixar em 91 milhões de euros. Estes valores espelham bem o nível de intervenção do SNS na geração de despesa a suportar pela ADSE.

Considerar 50% da despesa suscita ainda reserva porque, num processo de transferência dos cuidados de saúde para o SNS, haverá a considerar os valores dos respetivos copagamentos e da despesa não reembolsada e um cenário de substituição:

- i.- envolve efeitos financeiros para além dos já existentes, como reflexo de reações comportamentais complexas, dos utentes e do pessoal médico.
- ii.- terá que equacionar a resposta à procura dos beneficiários da ADSE. Os estabelecimentos do SNS conseguirão satisfazer a demanda? Necessariamente, registar-se-ia uma variação dos custos variáveis. E porventura, o SNS terá que recorrer exatamente aos mesmos prestadores privados face à incapacidade de resposta das unidades públicas. Mas a ADSE não determina o encaminhamento do beneficiário para o prestador, tem um posicionamento independente e dispensa a carga burocrática de concursos de seleção porque a escolha é do beneficiário. O risco é integralmente do prestador porque a ADSE não lhe garante qualquer volume de prestação;
- iii.- consequentemente, como continuar a justificar a continuidade da contribuição financeira do beneficiário? e o Estado acabará por assumir mais um stress orçamental.

A simplicidade matemática equacionada no item 48 pode contribuir para sustentar certas opiniões que não preservam a realidade específica da ADSE-sistema.

14.- No item 51, a referência de que a “ADSE não tem” não deveria substituir-se “A ADSE deve ter”?

O plano de contingência poderá ser equacionado. Mas a Direção Geral teve uma preocupação que antecedeu a elaboração daquele plano: a de demonstrar a necessidade de reajustar a taxa de

contribuição do beneficiário, em função das reais necessidades da ADSE, excluindo as despesas que deverão ser financiadas por receitas gerais que o Tribunal de Contas reconhece.

É bom não esquecer que sempre se passou uma imagem de despesismo da ADSE que levou a pressupor a sua extinção por impossibilidade de garantir a autossustentabilidade financeira.

Face aos excedentes de tesouraria gerados em 2014, a fixação de uma taxa equilibrada para a contribuição do beneficiário, decerto retirará o risco da denúncia pela generalidade dos beneficiários e, desta forma, retirará relevo à necessidade de um plano de contingência.

- 15.- No item 57, a referência de “prejudicou” não deveria substituir-se por “pode prejudicar”, tomando em consideração a evolução que se veio a verificar. Merece reflexão...

Sem pretender contrapor, mas tão somente desenvolver esta matéria, poderei acrescentar que a fixação de uma taxa excessiva para a contribuição do beneficiário também deve ser equacionada, enquanto referencial, pelos potenciais efeitos perversos na reação das entidades que constituem o setor da saúde, quer do segurador quer do próprio SNS.

Quero acreditar que a fixação da taxa de contribuição do beneficiário foi apurada em erro porque chegou a publicitar-se a intenção de praticar 3,75%, em 2015, o que correspondia ao somatório das taxas em vigor, à data, para a contribuição do beneficiário (2,5%) e para a entidade empregadora (1,25%). Não se terão apercebido que cada taxa tinha uma base de cálculo distinta...pelo que a receita gerada pela contribuição da entidade empregadora era possível de conseguir com um aumento muito inferior da taxa da contribuição do beneficiário.

A taxa da contribuição do beneficiário aplica-se a todas as remunerações e pensões, enquanto a da entidade empregadora não se aplicava aos trabalhadores da Administração local e regional, nem aos pensionistas.

Depois da experiência de 2014, poderá questionar-se o reajustamento da taxa da contribuição do beneficiário ainda em vigor de 3,5%.

- 16.- O exposto no item 61 poderá ser interpretado como a não aplicação do princípio de especialização dos exercícios. Ao contrário, a ADSE tem procurado apurar os resultados líquidos com a preocupação de salvaguardar o princípio da especialização dos exercícios e relevar nos documentos de prestação de contas a dívida aos prestadores.

No entanto, esta preocupação tem sido fortemente condicionada pela necessidade de conciliar dois sistemas de informação distintos: o SICOF e o GERFIP.



A ADSE tem autonomia administrativa mas entregou sempre com a conta de gerência: o balanço e a demonstração de resultados.

Outrora, quando utilizou um sistema aplicacional, designado por SPS, já gerava aquelas peças contabilísticas paralelamente aos sistemas contabilísticos utilizados na gestão orçamental e financeira no Ministério das Finanças, o RIGORE. Daí que a conciliação que hoje se realiza com os sistemas de informação vigentes foi precedida com idêntica metodologia para o SPS e o RIGORE.

O módulo do SPS era alimentado com base na ótica de tesouraria em que se sustentava a organização dos Serviços financeiros da ADSE. Assim, para reconhecer os custos relacionados com a faturação dos prestadores convencionados eram arroladas todas as faturas entradas no ano, considerando também o valor das eventuais as correções já assumidas pelas equipas responsáveis pela conferência da faturação dos prestadores. Tratava-se de dois sistemas cuja informação não estava sincronizada, informaticamente, e envolvia uma enorme volumetria de dados.

Com a substituição do SPS pelo SICOF, foi eliminado tal módulo, porque, entretanto, fora introduzido o GERFIP. O sistema aplicacional GERFIP é gerido numa lógica de serviços partilhados. Pese embora todo o planeamento na fase prévia ao início da exploração, o GERFIP só veio a ser adaptado à realidade gestonária da ADSE com automatismos e sincronismos ao nível dos movimentos de tesouraria.

Desta forma, o sistema aplicacional dirigido para controlar e conferir a faturação dos prestadores (SICOF) veio a ser desenvolvido para gerar informação que suportasse os registos contabilísticos de valores da faturação dos prestadores, designadamente na entrada na Direção-Geral e de operações de regularização, devolução e anulação.

O SICOF foi desenvolvido para mensalmente identificar os movimentos a considerar no registo contabilístico, exigindo a criação de um histórico das operações com a respetiva cronologia.

Daí que nos anos mais recentes se continuassem a identificar, de forma justificada, regularizações aos registos contabilísticos que resultam da preocupação em aplicar o princípio de especialização dos exercícios e em registar as dívidas vincendas, num contexto de cumprimento rigoroso dos prazos de pagamento. Decerto que sem estas regularizações a aplicação do princípio de especialização será muito mais prejudicado, mas com os recentes desenvolvimentos aplicacionais, os Serviços passaram a dispor de uma ferramenta adequada

para salvaguardar o registo regular das operações resultantes do processo de conferência da faturação dos prestadores.

Relativamente à receita cobrada, a ADSE com o seu regime financeiro, de tão só autonomia administrativa, tinha que acautelar a disponibilidade de tesouraria no primeiro dia útil de Janeiro, para poder assumir os compromissos financeiros a que estava sujeita. Toda a receita foi registada e entregue nos termos da tramitação instituída pelo Ministério das Finanças, mas com prejuízo do registo contabilístico com a observância do princípio de especialização.

Relativamente à faturação das farmácias, foi introduzida a mesma preocupação de aplicar o princípio da especialização dos exercícios na faturação dos prestadores convencionados. Mas nesta área, os pagamentos às farmácias têm um diferimento muito reduzido. A faturação entregue no final de um mês é paga nos primeiros dias do mês imediatamente a seguir. Neste caso, a aplicação do princípio da especialização mereceu uma prioridade diferente no plano de trabalhos porque a sua materialidade, reduzida à faturação das farmácias dos Açores e da Madeira, não tinha expressão relevante.

Todos estes comentários visam sensibilizar para o facto do exposto no item 61 não traduzir, também, o esforço da Direção-Geral em aplicar o princípio contabilístico, nem referenciar a materialidade.

- 17.- Com o exposto no item 62, apenas entendo dever realçar a eficiência da Direção-Geral na gestão dos recursos. O número de trabalhadores reduziu expressivamente devido à decisão de aposentação. Esta redução só foi possível sem efeitos nefastos por ter sido compensada pela reorganização interna com o investimento na plataforma informática, a envolver a substituição de um *mainframe* proprietário, e no desenvolvimento aplicacional. Foram assim criados de raiz novos sistemas de informação, mais adequados para abranger toda a atividade resultante da missão da ADSE.

Sem este investimento, a Direção-Geral não teria conseguido resistir à redução do número de trabalhadores. Em 2003, o número de trabalhadores era de 297 e chegou a 2013 com um grupo de apenas 181.

- 18.- No item 66, a referência ao registo de provisões exige que se lembre que as dívidas com antiguidade está relacionada com entidades integradas na Administração local.

Do trabalho realizado para proceder à recuperação da dívida nunca foi possível assumir a incobrabilidade das dívidas.



A dívida mais antiga resulta de um processo com uma forte vertente política onde participava a Associação Nacional de Municípios. A situação verdadeiramente excepcional era a vivida com a Câmara do Seixal.

A Direção Geral teve ainda que desenvolver diversos exercícios de reorganização dos Serviços responsáveis com o controlo da dívida, de modo a atingir uma atuação sistematizada, regular e a abranger a generalidade do universo, exigindo também um esforço significativo de desenvolvimento aplicacional. E é próprio realçar que todo este trabalho foi realizado numa entidade que apenas detinha autonomia administrativa.

O resultado desta reorganização é reconhecido pelo Tribunal de Contas no item 77.

No entanto, o volume da dívida está a ser reduzido, conseguiu-se já uma cobrança regular das notas de reembolso emitidas nos anos recentes e há recuperação de dívida com antiguidade.

O sucesso na regularização de dívidas das autarquias envolvidas não está comprometido pelos esforços da Direção-Geral e depende fundamentalmente da capacidade de resposta por parte das entidades empregadoras.

Relativamente a eventuais situações de dívidas por conta do desconto, a Direção de Serviços dos Beneficiários tem conseguido utilizar metodologias para identificar em tempo oportuno as situações de eventual incumprimento.

19.- No item 67 não será de reconhecer que “*não é usual a inventariação física dos bens*”.

A Direção Geral sempre procedeu à inventariação física dos bens, até porque no passado utilizou um sistema aplicacional que gerava registo e promovia ao cadastro. E, posteriormente, a exploração do GERFIP também integra procedimentos para inventariar, abater e amortizar os bens.

Nos últimos anos, procedeu-se a vários abates de bens, devidamente autorizados, e uma parte significativa de bens está integralmente amortizada. Os bens possuem também uma identificação do registo de inventário.

O património atual da ADSE resume-se:

- i.- ao mobiliário, parte do qual há muito integralmente amortizado;
- ii.- aos equipamentos informáticos, sendo os mais relevantes os instalados no centro de informática e que foram sujeitos à identificação física por parte das entidades gestoras do financiamento comunitário;
- iii.- as viaturas das quais apenas duas ainda estão no decurso normal da sua vida útil;

- iv.- a certos equipamentos como sejam o elevador exterior no edifício das juntas médicas no parque da saúde e um monta cargas no arquivo de Benfica.

Atualmente, a propriedade das instalações já não pertence à Direção-Geral.

Para os bens de consumo, a entrada e a saída do armazém é sujeita a registo informatizado.

Nesta medida, a anotação do Tribunal de Contas parece merecer revisão.

- 20.- Confirma-se a referência no item 79 de que os processos de regularização da dívida não incluíram as Administrações Regionais.

No âmbito das Administrações Regionais foi desenvolvido um trabalho específico de levantamento das situações vigentes, dentro do âmbito das competências da ADSE, sem deixar de promover aos devidos ajustamentos.

Este trabalho envolveu a colaboração interessada dos representantes das respetivas Administrações Regionais e decorreu sempre num ambiente de cordialidade.

O enquadramento jurídico e político da Administração Regional, conduziu a realidades específicas para a ADSE/sistema, relativamente:

- i.- às notas de reembolso dos valores faturados pelos prestadores convencionados;
- ii.- ao processamento e pagamento de reembolsos;
- iii.- à arrecadação do desconto.

Do trabalho desenvolvido:

- i.- demonstrou-se que a nulidade do protocolo subscrito com o Governo Regional da Madeira, no princípio da década de 80, do século XX;
- ii.- identificou-se e fundamentou-se a falta de entrega do desconto por parte das entidades empregadoras das regiões autónomas;
- iii.- denunciou-se a responsabilidade indevida do Governo Regional da Madeira ao suportar os reembolsos dos pedidos dos beneficiários aposentados;
- iv.- passou-se a pagar os reembolsos diretamente aos aposentados dos Açores, substituindo a tramitação que envolvia o processamento e pagamento àqueles beneficiários pelo Governo Regional, sendo posteriormente reembolsado pela ADSE;
- v.- iniciou-se a emissão de notas de reembolso.



Nesta medida o processo de regularização a envolver a Administração regional tem um enquadramento específico e continua a depender de uma decisão que não é exclusiva da Direção-Geral. No relatório do Tribunal de Contas não se depreende este outro âmbito, perfeitamente segregado do processo de recuperação de dívidas.

- 21.- No item 80 ressalva-se que a recuperação dos saldos em dívida é um processo que transcende as relações da Direção-Geral com a Autarquia e o sucesso não depende da Direção-Geral.

E exatamente o sucesso observado em 2014 elucida bem como a capacidade de algumas Autarquias também pode depender de decisões de terceiros. Neste caso, apesar de reconhecida a dívida, o pagamento só foi assumido perante o recurso ao PAEL.

Há que reconhecer na transferência do controlo das contas correntes para Direção de Serviços de Beneficiários uma eficiência que foi muito difícil de atingir, exigindo muita perseverança desde os tempos em que as equipas, ainda da Direção de Serviços Financeiros, se dedicavam à cópia documental e ao arquivo das notas de reembolso em suporte de papel. O sucesso alcançado também só foi possível depois de várias alterações organizacionais que se consolidaram com o ingresso de uma equipa de trabalhadores que compreendeu os objetivos e soube dar uso às ferramentas informáticas.

Atualmente, a regularização ainda pendente está bem identificada e está circunscrita a entidades com situações muito específicas.

Por outro lado, para alguns Municípios, depois de ter sido autorizada a retenção nas transferências do OE, a Direção Geral das Autarquias Locais veio a propor o diferimento da data início para se iniciar aquela retenção. Mais um elemento para demonstrar a delicadeza do processo de recuperação, a exigir uma intervenção concertada.

- 22.- A Direção-Geral nunca se sentiu legitimada para exigir juros de mora às entidades públicas (item 81).

A Direção-Geral considerou prioritário desenvolver as condições para realizar um controlo da dívida de forma sistemática, envolver a generalidade das entidades empregadoras, bem como retomar um cumprimento regular para as emissões recentes de notas de reembolso.

Por outro lado, como aplicar juros de mora se a Direção-Geral detinha grandes dificuldades em reconhecer a entidade ordenante da transferência de valores?

No passado, esta situação tinha um impacto financeiro muito relevante que também foi ultrapassada com a utilização do Documento único de cobrança. Foi assim necessário

ultrapassar todo um conjunto de adversidades para se conseguir uma atuação eficiente no controlo das dívidas.

Numa fase inicial do processo de recuperação da dívida, os Serviços foram envolvidos em operações de reconciliação das contas correntes. Contrariamente ao referenciado no item 82, a Direção-Geral procedeu à validação dos valores em dívida, procedendo mesmo a várias circularizações de saldos.

Posteriormente, o processo de regularização foi desenvolvido em função da boa gestão dos recursos humanos e da significativa dimensão do universo das entidades empregadoras, pelo que o esforço dos Serviços circunscreveu-se aos maiores devedores.

Em resultado desta intervenção foi possível:

- i.- atualizar as contas correntes, muito especialmente com o registo de verbas que já tinham sido entregues mas sem se reconhecer o ordenante;
- ii.- regularizar as contas correntes a favor da Autarquia. A desatualização da informação sobre o beneficiário, designadamente de óbitos e de aposentação, tinha gerado a emissão indevida de notas de reembolso.

Hoje em dia, os saldos das contas correntes podem ser validados a partir da disponibilização da informação através da ADSE DIRETA. As operações referenciadas no item i e ii já não têm impacto e no processo de controlo realizado pela Direção de Serviços de Beneficiários tem sido conseguida uma intervenção regular, sistematizada e a visar o universo das entidades empregadoras.

23.- Relativamente à preocupação manifesta no item 90, teria interesse em perceber melhor o alcance, a razão e o impacto da preocupação da equipa do Tribunal de Contas.

Contrariamente ao que parece transmitir-se, a ADSE dialoga de forma eficiente e célere com todas as entidades empregadoras. Aproveita-se a ADSE DIRETA que a entidade empregadora tem que utilizar para cumprir a obrigação mensal de remeter os ficheiros de descontos, bem como o registo de inscrição e alteração. No acesso à ADSE DIRETA, são colocadas mensagens sobre as matérias que interessa publicitar. Este procedimento não prejudica a demais contactos pessoais, por meios eletrónicos ou telefone.

No portal disponibiliza-se a ADSE DIRETA que possibilita um acesso fácil à informação da Direção-Geral. Neste acesso garante-se a privacidade através de um processo de autenticação.



Este processo foi desenvolvido e é gerido pela Autoridade Tributária e Aduaneira, tendo a vantagem para o beneficiário de utilizar a mesma palavra-chave.

Este processo de autenticação que se fundamenta no número de contribuinte foi igualmente assumido pelo cartão de cidadão. Este acesso autenticado proporciona flexibilidade ao beneficiário e contribui para a Direção-Geral numa significativa economia de recursos.

24.- A referência no item 94 parece esquecer a responsabilidade médica na prestação do ato. Esta responsabilidade médica deve ser “regulamentada” pela ADSE? A segregação da prestação e do financiamento tem sido apresentada como uma vantagem.

A entidade pagadora do sistema tem sempre a responsabilidade de definir regras de operacionalização e âmbito mas não se deve responsabilizar na decisão médica. Por sua vez, a decisão médica deve ser sujeita ao controlo das Autoridades reguladoras e competentes para o efeito, onde a entidade pagadora se deverá sustentar mas nunca sobrepor.

O que é entendido por regras de acesso? A ADSE tem que privilegiar o direito à livre escolha. A Direção-Geral não assume qualquer responsabilidade na organização da prestação de cuidados de saúde, nem direciona os beneficiários para os prestadores.

A ADSE tem uma intervenção exclusivamente orientada para o financiamento da necessidade identificada pelo beneficiário. No entanto, este financiamento está sujeito a regras, ou será que se desconhece:

- i.- a emissão sistemática de regras, tendo as últimas sido emitidas para os prestadores convencionados no início do último quadrimestre de 2014;
- ii.- as regras previstas na legislação, como é o exemplo da tramitação para o beneficiário recorrer a assistência médica no estrangeiro;
- iii.- as regras previstas nas tabelas do regime livre que fixam limites de valor e quantidade, anuais e plurianuais;
- iv.- o controlo exercido pelos Serviços da ADSE que envolve diversos níveis, onde se processa à validação informática de dados, utilizando a informação dos diversos sistemas de informação da ADSE, à validação de suportes documentais e até à análise suportada na exploração de um datawarehouse, para além do apoio dos Serviços de Consultadoria Médica;

- v.- o apuramento anual da distribuição do número de beneficiários por número de consultas, a demonstrar a apreciação injustificada que outrora era formulada no sentido de se assumir o recurso desregrado às consultas;
- vi.- a exigência de ficheiros que suportam a faturação dos prestadores, onde se tem acrescentado informação, como foi o exemplo da exigência de identificação do dente em certos tratamentos dentários e agora mais recentemente da identificação da codificação do Infarmed. Tais ficheiros permitiram dispor de informação informatizada de toda a atividade convencionada. E mantém o registo da informação de todos os pedidos de reembolso;
- vii.- a observância das orientações das Autoridades Reguladores, como se pôde apreciar no caso já referenciado da Clínica Alemã;
- viii.- a realização de auditorias, a envolver a participação de factos, entre outras, às Ordens, ao Ministério Público e à Autoridade Tributária e Aduaneira;
- ix.- o controlo cruzado da informação gerada pelos sistemas de conferência de faturação e de reembolsos.

25.- A comparação referenciada no item 95 pode traduzir várias realidades que podem ser compreendidas até de forma antagónica:

- i.- desde a ineficiência do acesso dos beneficiários da ADSE;
- ii.- até à resposta ineficiente do SNS em garantir o acesso aos melhores meios de diagnóstico, sem acautelar o mesmo nível acesso à generalidade dos utentes.

Será de questionar a forma como foi apurado o indicador para o SNS. Será que consideram os muitos exames de ressonância magnética que prescreveram no SNS mas que foram pagos pela ADSE?

Com estes comentários apenas se sensibiliza para a precaridade da utilização destes indicadores e demais comparações.

Os Serviços da ADSE responsáveis pela conferência da faturação tinham orientações para cumprir a regra que obrigava o prestador a justificar medicamente as situações em que o beneficiário realizava diversos exames.

E ainda alguém acredita na disponibilidade infinita de uma pessoa para realizar exames vários sem entender a razão? E a suportar os copagamentos? Os copagamentos têm uma aplicação



generalizada, bem diferente do que sucede com a taxa moderadora que prevê várias situações de isenção.

26.- O entendimento expresso no item 96 de que o *sistema de pagamento aos convenionados não promove a utilização eficiente do sistema e o controlo do crescimento da despesa* merecia uma apreciação com os técnicos do Tribunal de Contas. O que sustenta tal entendimento? Que riscos visualizam?

Desde logo, importa considerar que:

- i.- a prática de preço que o Tribunal de Contas advoga corresponde ao que pode ser designado por preço compreensivo, preço global e até por preço/pacote;
- ii.- a fixação de um preço compreensivo por parte de um pagador, para ser bem sucedida, deve dispor de um registo histórico com a inventariação de todos os atos. A ADSE é cinquentenária, mas o Tribunal de Contas já não se confrontou com a utilização do *mainframe* que suportava um sistema de informação informatizado que apenas memorizava parte das despesas do regime convenionado, as dos beneficiários afetos aos serviços com autonomia financeira. Para a outra parte, a memória correspondia ao suporte documental...;
- iii.- mas o regime convenionado passou a incorporar outra tipologia de prestadores que só muito recentemente permitem recolher informação sobre determinados atos ou cuidados;
- iv.- e qual é a informação em alternativa que possa ser utilizada para aceitar o preço compreensivo? No âmbito da harmonização das tabelas em conjunto com a ACSS as dificuldades com a tabela da cirurgia foi bem evidenciada. E as dificuldades publicamente evidenciadas pela ACSS relativamente à colonoscopia?

A ADSE definiu um preço compreensivo para os partos e os resultados foram positivos. Mas dispôs de informação para a fundamentar e, neste caso, beneficiou ainda da prática deste tipo de preço por várias entidades pagadoras.

Tentou alargar esta metodologia a outras áreas, mas nunca conseguiu reunir o consenso dos prestadores. Cada prestador tende a reivindicar situações muito específicas que nem sempre reúnem o consenso.

Já os códigos abertos são uma inevitabilidade e justificam-se pela sua natureza própria sendo de aplicar no material a consumir na sala cirúrgica, nos medicamentos administrados no internamento e nas próteses intraoperatórias.

Não será vantajoso incluir nas tabelas de preços a codificação individual para cada um dos produtos que podem ser utilizados nestas áreas.

Mas facilmente poder-se-á confirmar através da consulta ao portal da ADSE que há regras para o regime convencionado:

- i.- para os consumos em sala cirúrgica que tem obrigado a regularizações sempre que os prestadores excedem uma média apurada por cirurgia e em função da experiência de todos os prestadores.
- ii.- desde outubro de 2014, exige-se a identificação da codificação do INFARMED, permitindo na conferência da faturação assumir o preço mais baixo para os produtos com o mesmo código. Note-se que a codificação do INFARMED ainda não é exaustiva. O que significa que o desenvolvimento do controlo da ADSE depende, entre outros, de uma experiência própria, mas também é condicionada por fatores externos.

E ao contrário do que se possa considerar os prestadores privados estão sujeitos a risco, mesmo que possam ter assumido convenção com a ADSE, porque:

- i.- não lhes é garantido qualquer volume de prestação;
- ii.- a sua gestão é completamente independente.

Os vários prestadores convencionados realizam uma atividade com maior ou menor sucesso em função da sua boa gestão e da procura. A convenção nunca foi uma garantia por si só. Mesmo para prestadores com atividade similar é possível identificar casos de sucesso reconhecido, em simultâneo com situações de insolvência.

Todas estas referências para refletir se a apreciação do Tribunal de Contas não poderá estar induzida por pressupostos que possam sofrer algum enviesamento. A ADSE não regista dívidas em atraso, não gere listas de espera, não tem responsabilidade sobre a gestão da prestação,... e os custos por beneficiário, agora que suporta despesas com radioterapia, quimioterapia,... apresentam valores vantajosos.

A faturação dos prestadores convencionados está a crescer. Pois está. Mas será por ineficiência dos prestadores, utilização desregrada dos beneficiários, falta de controlo da ADSE,...?

Ou será que o setor privado da saúde cresceu significativamente e a sua oferta está a atrair os beneficiários para satisfazer outras necessidades, designadamente cirurgias, tratamentos radiológicos e até quimioterapia... mesmo tendo que suportar copagamentos, sem que a Direção-Geral os direcione para os prestadores. Na atividade dos prestadores privados



convencionados com a ADSE, os meios complementares de diagnóstico já não se assumem como os mais representativos.

No setor da saúde o conluio entre o prestador e o beneficiário prejudica o controlo da entidade pagadora. Mas este setor também tem os seus mecanismos de autocontrolo. Uma pessoa não tolera a continuidade da assistência médica senão perceber as vantagens. Na fisioterapia, é vulgar as pessoas interromperem os seus tratamentos. Uma questão suscitada de forma generalizada quando se impôs a obrigação do prestador em entregar a cópia do recibo emitido do copagamento do beneficiário.

A ADSE pode ser melhor? Todos poderemos ser melhores, no futuro. Mas a qualidade e universo da assistência médica não dependerá da Direção-Geral e qualquer evolução nesse domínio será sempre função da capacidade dos prestadores. É por isso que hoje a ADSE convencionou a quase totalidade da oferta privada em áreas como a do internamento, cirurgia, imagiologia, fisioterapia, quimioterapia, medicina nuclear, patologia clínica, radioterapia,....

- 27.- Reconhece-se que a ADSE não justifica todos os pedidos de reembolso porque em regra tratam-se de situações inelegíveis, copagamentos e aplicação de limites. Na generalidade, tratam-se de situações que os beneficiários conhecem bem.

Por outro lado, todos os beneficiários poderão consultar os seus registos no portal através da ADSE DIRETA. Havendo interesse por parte do beneficiário, na consulta os Serviços de atendimento dispõe de acesso fácil aos registos onde constará sempre a justificação. Alguns trabalhadores das relações públicas nem precisam de consultar os registos para dar resposta tal é a frequência e tipificação das situações envolvidas.

Mas nestas situações, a notificação do beneficiário não está interdita e é efetuada segundo critérios de bom senso.

Entende-se o bom sentido da proposta do Tribunal de Contas reportada no item 102, mas nunca se subestimou o ónus do expediente, nem promoveu as reclamações injustificadas. Por outro lado, face à exiguidade de recursos, sempre se optou por privilegiar o processamento célere do reembolso.

- 28.- Relativamente aos valores apresentados no item 103, de 74,2 milhões de euros, não tenho como avaliar. Somente entendo dever sublinhar que o orçamento da ADSE deixou de inscrever a rubrica orçamental onde outrora se registavam os pagamentos da faturação emitida pelo SNS e SRS.

29.- A antecipação dos pagamentos referenciada no item 111 não pode esquecer que a Direção-Geral a assumiu num contexto orçamental muito próprio e como forma de compensar os prestadores pelo atraso nos pagamentos da ADSE nos finais do ano de 2012.

Os atrasos da ADSE no final daquele ano não foram da responsabilidade da Direção-Geral e, nesse momento, os prestadores não reivindicaram qualquer compensação, quando foram informados atempadamente da impossibilidade em satisfazer os compromissos vencidos.

30.- Excluo quaisquer comentários relativamente aos itens 105 a 108, bem como sobre as recomendações por não ter qualquer responsabilidade no futuro da Direção-Geral.

São estes os meus contributos, reafirmando a minha concordância para o sentido das conclusões expostas no ponto 2., titulado por “PRINCIPAIS CONCLUSÕES”.

Com os melhores cumprimentos

**LUÍS MANUEL DOS
SANTOS PIRES**

Digitally signed by LUÍS MANUEL DOS SANTOS PIRES
DN: c=PT, o=Cartão de Cidadão, ou=Cidadão Português,
ou=Autenticação do Cidadão, sn=DOS SANTOS PIRES,
givenName=LUÍS MANUEL, serialNumber=BI060600624,
cn=LUÍS MANUEL DOS SANTOS PIRES
Date: 2015.03.19 16:44:03 Z

Luís Manuel dos Santos Pires

BGTC 20 3 15 4930



5. GOVERNO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

5.1 Secretaria Regional do Plano e Finanças

S. R.
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DO PLANO E FINANÇAS

Exmo. Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Avenida Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Sua referência: 3667 CONF. Sua comunicação de: 2015-03-06

Sec. Reg. das Finanças
Gabinete do Secretário
SAIDA
SAI01366/15/SRF 15/04/08
Proc:

ASSUNTO: "AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS - ADSE"

Relativamente ao vosso ofício acima mencionado, encarrega-me Sua Excelência o Secretário Regional de junto enviar a V. Exa. as observações ao Relato de auditoria.

Com os melhores cumprimentos.

A CHEFE DO GABINETE,

Sílvia Maria Silva Freitas

ANEXO: CONFORME MENCIONADO NO TEXTO

RR/NF

DGTC 10 4 15 6040

Avenida Arringa • 9004-528 Funchal • Telef. 291-212100 • Fax 291-233126 • Contribuinte 671001310 • <http://srpf.gov-madeira.pt/>



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

GOVERNO REGIONAL

SECRETARIA REGIONAL DO PLANO E FINANÇAS

Considerando o Relato de Auditoria ao Sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas – Processo n.º 11/ 2014 – AUDIT, e na qualidade de parte interessada não auditada são apresentadas as observações abaixo em especial no que concerne às conclusões e recomendações formuladas.

Dadas as elevadas implicações que esta matéria possui ao nível da repartição de encargos a coberto do Orçamento Regional no domínio da proteção social dos trabalhadores em funções públicas e as despesas suportados pela ADSE, a Secretaria Regional do Plano e Finanças considera que este assunto deverá ser prioritário no reequilibrar do relacionamento financeiro com esta entidade, na perspetiva de uma solução de equilíbrio entre a afetação de recursos e partilha de responsabilidades e clarificação das responsabilidades de ambas as partes.

Contudo, face aos encargos que a Região Autónoma da Madeira suporta neste domínio, e à limitação das receitas próprias do Orçamento Regional a Região não poderá prescindir das Receitas provenientes dos descontos dos trabalhadores.

4. PROJETO DE RECOMENDAÇÕES

...

6. Diligenciar junto das entidades dos Governos Regionais, responsáveis pelo sistema de benefícios ADSE, pela regularização:

6.1. Das dívidas à ADSE-DG, se necessário recorrendo às retenções nas transferências dos orçamentos do Estado;

6.2. Da entrega do desconto dos quotizados à ADSE-DG, dando um prazo para o efeito (três meses). Findo este prazo determinar, após notificação pela ADSE-DG aos quotizados, a suspensão da sua condição de beneficiário da ADSE.

...

11.1. Regularização da dívida que os serviços e entidades dos Serviços Regionais de Saúde têm registado como sendo da ADSE-DG;

O expresso no projeto de recomendação n.º 6 e n.º 11.1 só deverá ser operacionalizado após uma clara definição das competências e responsabilidades financeiras inerentes a cada uma das entidades (Serviço Nacional de Saúde e Serviço Regional de Saúde).

Efetivamente foi celebrado, em 3 de dezembro de 1982, um acordo entre o Governo Regional da Madeira e a ADSE, que se tem mantido em vigor nalguns itens, cuja aplicação até com prejuízo do estatuído no Decreto-Lei n.º 118/83, de 27 de fevereiro.

Meramente e a título de exemplo pela redação do Decreto-Lei n.º 118/83, de 27 de fevereiro, as despesas com aposentados deveriam ser assumidas pela ADSE. Contudo, na Região Autónoma da Madeira estas despesas são suportadas pelo Orçamento Regional. No ano de 2012, por exemplo, e segundo nos foi transmitido, o valor total dos reembolsos pagos pelo IA-SAÚDE, IP-RAM (entidade do Governo Regional da Madeira que gere estas despesas) a beneficiários aposentados ascendeu a 1.225.501,00 euros.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DO PLANO E FINANÇAS

Adicionalmente, a Região Autónoma da Madeira assume as despesas com os cuidados de saúde em regime livre aos beneficiários da ADSE integrados na Administração Pública Regional, resultantes de consultas médicas e/ou prestações de serviços no âmbito de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Para além disso, são ainda faturados à Região Autónoma da Madeira, e assumidos por esta, diversos cuidados de saúde prestados aos referidos beneficiários no âmbito de acordos de faturação existentes entre o Governo Regional e prestadores de cuidados de saúde da Região Autónoma da Madeira, que entre 2011 e 2014 totalizaram, de acordo com o IASAÚDE, IP-RAM, 22,3 milhões de euros.

	DESPESA REEMBOLSOS ADSE				(Unidade: euros)
	2011	2012	2013	2014	Total
Despesa cuidados de saúde em regime livre	7.112.370,00	4.783.950,00	4.623.675,79	5.753.038,29	22.273.034,08

Nota: Não inclui os valores dos acordos de faturação

Em sentido inverso, alguns dos descontos sobre os vencimentos dos funcionários da Administração Pública Regional estão a reverter para o Orçamento Regional, exatamente para compensar o financiamento de despesas que estão a ser pagas pela Região e que deveriam ser suportadas pela ADSE, sendo esta a razão pela qual alguns dos descontos não estarão a ser entregues à ADSE.

Daqui resulta a necessidade de rever o acordo de 1982, sendo que neste relacionamento financeiro entre a Região e a ADSE não fará sentido que as despesas sejam suportadas pelo Orçamento Regional e que as receitas revertam para a ADSE.

É fundamental existir um equilíbrio entre receitas e despesas, bem como sensibilidade para a situação particular das Regiões Autónomas.

Obviamente que este acordo deverá ter em consideração a legislação vigente, sendo que não deverá ser descartada a hipótese dessa legislação ter de ser alterada para que seja alcançada uma situação de equilíbrio.

Face ao exposto consideramos que não deverão ser acionados os mecanismos de retenção das transferências do Orçamento do Estado, nem para que a totalidade dos descontos revertam na totalidade em benefício da ADSE.

7. Enveredar todos os esforços para que a ADSE deixe de financiar as Administrações Regionais.

Conforme evidencia o quadro 72 do Relato, os encargos suportados - regime livre - pela Administração Regional da RAM são largamente superiores aos descontos retidos, sendo que



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DO PLANO E FINANÇAS

o diferencial desta despesa de 5,8 milhões de euros é suportado por Receitas próprias do Orçamento Regional. Situação inversa regista-se na Região Autónoma dos Açores que contabiliza um excedente líquido de 5,95 milhões de euros.

Assim, propomos que esta recomendação deverá visar apenas a Região Autónoma dos Açores, visto que a mesma na reação atual por ser genérica é aplicada erroneamente à RAM em que não se verificou qualquer excedente financeiro proporcionado por esta situação.

Dados os elevados encargos que a RAM suporta neste setor esta matéria deverá ser tida em consideração na regularização das relações financeiras da RAM com a ADSE - DG, tendo por finalidade o reequilíbrio entre as contribuições e as despesas que a ADSE - DG suporta com os beneficiários da RAM.

11. Diligenciar junto das entidades dos Governos Regionais, responsáveis pelos Serviços Regionais de Saúde pela:

11.2. Transferência de encargos, ainda em 2015, com a participação de medicamentos dispensados nas farmácias das Regiões Autónomas.

Parece-nos que antes de mais que tem de ser clarificada qual é a entidade a quem compete esta despesa e em que termos ocorreria a transferência de encargos. Em termos da administração central, esta despesa passou a ser assumida pelo SNS, com contrapartidas financeiras da ADSE para a ACSS, tendo as Regiões Autónomas sido excluídas desse acordo.

De acordo com o IASAÚDE, IP-RAM, aquele serviço não tem dotação orçamental que comporte esta despesa que, em 2013, ascendeu a cerca de 4,8 milhões de euros, de acordo com os dados fornecidos pela Direção Geral.

12. Determinar a identificação dos cuidados que, em 2014, ainda foram financiados pela ADSE-DG, e que devem ser transferidos, em 2015, para o Serviço Nacional de Saúde ou para os Serviços Regionais de Saúde, por serem responsabilidade originária destes, envolvendo nessa transferência as entidades responsáveis dos Governos Regionais.

18. Propor aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, os cuidados a transferir, já em 2015, para o Serviço Nacional de Saúde ou para os Serviços Regionais de Saúde, por serem responsabilidade originária destes.

Esta matéria na administração central foi objeto de dois memorandos (em 2010) deixando a ADSE de ter dotação orçamental para fazer face a estas despesas. Contudo, esta negociação não envolveu as Regiões Autónomas pelo que importa clarificar esta matéria.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DO PLANO E FINANÇAS

Conclusão

A Secretaria Regional do Plano e Finanças considera que toda esta matéria deverá ser reequacionada num quadro de equilíbrio e partilha de responsabilidades e de recursos, tendo em consideração as especificidades próprias da Região e a redefinição do quadro legal que regula as relações financeiras entre ambas as entidades.

5.2 Secretaria Regional dos Assuntos Sociais



Exmo. Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Avenida Barbosa du Bocage, n.º 61
1069-045 Lisboa
Gab.dg@tcontas.pt

Sua referência:
DA VI – UAT.1

Sua Comunicação de:
2015/03/06

SRAS – Gab. Secretário Regional

SAIDA

S - 1330 04.15.00
2015/04/08 (ruia)

Assunto: “AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS – ADSE”

Na sequência do Relato de Auditoria ao Sistema de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas – ADSE, processo n.º 11/2014-AUDIT, vosso ofício n.º 3668, e referência mencionada em epígrafe, encarrega-me o Excelentíssimo Secretário Regional dos Assuntos Sociais, de transmitir as observações *infra*, na qualidade de parte interessada não auditada, referentes ao salientado no referido Relato, em especial no que concerne às conclusões e recomendações e informar V.^a Ex.^a o seguinte

1. Pontos 6.1 e 37 do Projeto de Recomendações:

Proceder à regularização da dívida à ADSE por parte da Administração Regional Autónoma da Madeira, resultante do não pagamento das notas de reembolso referentes às despesas com o regime convencionado. O Tribunal de Contas recomenda a sua regularização, se necessário recorrendo às retenções nas transferências do orçamento do Estado para as Regiões Autónomas.

DGTC 10 4 15 6039



Sendo esta, uma matéria que está prevista no Acordo celebrado em 1982 entre a Região Autónoma da Madeira e a ADSE e ainda no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, (que aprova o funcionamento e esquema de benefícios da ADSE), terá necessariamente que ser revista, atendendo que na Região Autónoma da Madeira o valor das quotizações dos beneficiários da ADSE é inferior ao valor dos encargos suportados pela mesma.

De salientar que a Região Autónoma da Madeira pagou até ao ano de 2014 as despesas dos aposentados no regime livre. Este facto terá de ser tido em consideração no acerto global de valores entre a Região e a ADSE.

2. Ponto 32 das Conclusões:

Não reconhecimento da dívida referente à faturação de cuidados prestados pelo SESARAM, E.P.E. a beneficiários da ADSE, por entender que estes não são da responsabilidade da Direção Geral, devendo antes ser financiados por receitas gerais provenientes dos impostos (para os quais os beneficiários da ADSE contribuem em igualdade de circunstâncias com os restantes contribuintes).

Em causa estão os cuidados prestados a trabalhadores (e familiares) dos organismos da Administração Central e a Aposentados. Esta matéria, no território do Continente, foi objeto de dois Memorandos (em 2010) deixando a ADSE de ter dotação orçamental para fazer face a estas despesas.

Não obstante, esta negociação não envolveu a Região Autónoma da Madeira pelo que terá de haver um entendimento sobre esta matéria entre o Governo Regional da Região Autónoma da Madeira e o Ministério que tutela a ADSE.

A este propósito somos a referir a informação do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.) que ora se transcreve:

“Em 2010 foi estabelecido um memorando entre o Ministério da Saúde e os Ministérios que integram subsistemas públicos (entre os quais o ADSE) na



sequência do qual a ADSE deixou de ter dotação orçamental para prover aos encargos com os serviços prestados pelas Instituições e Serviços do SNS.

No entanto, a RAM não foi envolvida nesse memorando pelo que o mesmo não pode ser invocado pela ADSE como motivo de recusa de aceitação da faturação e pagamento da mesma relativamente aos cuidados prestados aos trabalhadores (e familiares) dos organismos da Administração Central e a aposentados.

De facto, vem a ADSE-DG desde o último trimestre de 2009 a recusar a faturação emitida pelo SESARAM com o fundamento acima descrito, i.e., que o memorando de entendimento a partir da sua celebração, não permite a faturação àquela entidade mas sim ao Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Não concordando o SESARAM com esta posição unilateral, questionou a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) a qual em resposta conclui que “a responsabilidade pelos encargos decorrentes das prestações de saúde realizadas pelas Instituições de saúde da RAM aos beneficiários de subsistemas públicos não foi transferida para o SNS, não existindo fundamento legal para que a ACSS-IP assumo o pagamento dos valores em dívida ao Serviço de Saúde da Região da RAM por parte dos subsistemas públicos” (Anexo I).

Ou seja, conclui-se que existe uma dívida de um subsistema público (no caso em apreço da ADSE-DG) que não foi transferida para ACSS i.e., manteve-se na esfera de responsabilidade daquele subsistema.

Por outro, e ainda no âmbito do relacionamento financeiro entre o SESARAM e os subsistemas públicos (incluindo a ADSE-DG), foram realizadas diversas reuniões entre os representantes dos Ministério da Saúde e das Finanças (incluindo diversos subsistemas públicos entre os quais a ADSE-DG) e onde estava igualmente representada a Inspeção-Geral de Finanças (IGF) com vista



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

a dirimir as dívidas existentes entre a RAM e as instituições do SNS por um lado e subsistemas públicos por outro (onde se inclui a ADSE-DG). Nessas reuniões nunca se concluiu por quaisquer irregularidades nos procedimentos de faturação adotados pelo SESARAM.

Por outro, e no âmbito de auditoria da IGF ao SESARAM no ano 2014 (em que apenas foi emitido relatório preliminar para efeitos de contraditório), foram analisados os procedimentos e a faturação ao nível do contrato programa e dos subsistemas públicos, sem que, em momento algum, tenha sido levantada qualquer referência a faturação indevida à ADSE-DG ou duplicação entre o Contrato-Programa (no caso dos aposentados da Administração Local).

Em conclusão, sustenta o SESARAM:

- *Tem procedido à faturação nos termos em que a mesma era efetuada até 2009, sem que nunca tivesse sido contestada ou recusado o seu atempado pagamento, sendo certo que, desde então, não ocorreu qualquer alteração legislativa ou regulamentar que imponha alteração dos procedimentos vigentes;*
- *Não é abrangido pelo Memorando de 2010 acima citado que efetivamente não o vincula conforme reconhecido pela ACSS, pela IGF e pela própria auditoria em análise;*
- *A ACSS e a IGF reconhecem a existência de valores em dívida por parte da ADSE-DG;*
- *A IGF não questiona os procedimentos de faturação vigentes;"*

3. Ponto 48 do Projeto de Recomendações:

Mais recomenda o Tribunal de Contas que seja suprimida nos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde a identificação do utente como beneficiário da ADSE.



Embora se possa conceder, na lógica do Relato, que a identificação do utente como beneficiário da ADSE deva ser suprimida dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde não é de todo recomendável que essa informação seja suprimida da base de dados do cartão de utente.

De facto, o número do utente serve para identificar o beneficiário da ADSE não apenas junto das entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, como também junto das entidades privadas e convencionadas.

Assim, suprimir essa informação do RNU irá comprometer as comparticipações de despesas de saúde dos beneficiários da ADSE, quando recorram a entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde.

Quanto aos demais pontos do presente Relato remetemos a nossa resposta para a resposta elaborada pela Secretaria Regional do Plano e Finanças, que será enviada ao Tribunal de Contas.

Com os melhores cumprimentos,

O CHEFE DE GABINETE,

(Miguel Pestana)



6. GOVERNO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES: VICE-PRESIDÊNCIA DO GOVERNO EMPREGO E COMPETITIVIDADE EMPRESARIAL



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

CR/AR

URGENTE

Exmº Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Dr. José F. F. Tavares
Av. Barbosa du Bocage, nº 61
1069-045 LISBOA

S/ Ref.	S/ Comunicação	N/ Ref.	Nº Processo	Data
11/14-Audit DA VI	2015-03-19	Sai-VPG/2015/135	53-53/01	2015-04-09

ASSUNTO: AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS – ADSE – RELATO – OBSERVAÇÕES DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES NA QUALIDADE DE PARTE INTERESSADA NÃO AUDITADA

O Vice-Presidente do Governo Regional, tendo sido notificado para se pronunciar, na qualidade de parte interessada não auditada, sobre as matérias constantes do relato de auditoria *supra* referenciado, encarrega-me de comunicar a V. Exa. o seguinte:

I) Introdução

1. Apesar de reconhecer que os memorandos de entendimento celebrados em janeiro e novembro de 2010, entre o Ministério da Saúde e os Ministérios das Finanças e da Administração Pública, da Defesa Nacional e da Administração Interna, sobre as relações financeiras entre o SNS e os subsistemas públicos de saúde, «*deixaram algumas questões por resolver*» (Vol. II, p. 21) tendo esquecido «*a descentralização do SNS, nas Regiões Autónomas, não envolvendo qualquer representante dos SRS/RA*» (Vol. II, p. 69), o relato conclui que a **regularização das dívidas da ADSE-DG aos SRS/RA** «*é responsabilidade do Governo da República e/ou dos Governos Regionais, através dos respetivos orçamentos, sendo que o desconto dos quotizados não pode sustentar despesa que já é suportada pelos impostos que estes também suportam*».
2. Esta conclusão/afirmação suscita as seguintes observações:



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

- Em primeiro lugar, as dívidas da ADSE-DG ao SRS Açores que, à data de 31 de dezembro de 2014, atingiam o valor global de **60.589.616,97€**, resultaram, precisamente, do facto de os memorandos de entendimento de 2010 terem esquecido «a descentralização do SNS, nas Regiões Autónomas» (Vol. II, p. 69). Conforme se refere no relato, «na sequência dos Memorandos de 2010, a ADSE-DG deixou de ter dotação orçamental para prover aos encargos com os serviços prestados (...) pelos SRS/RA» (Vol. II, p. 83);
 - Em segundo lugar, os serviços em causa correspondem aos cuidados de saúde prestados pelo SRS Açores a **beneficiários da ADSE cujos descontos não constituem receita da RAA**, como, por exemplo, trabalhadores de organismos autónomos e serviços integrados do Estado e respetivos familiares, cujos descontos são feitos diretamente a favor da ADSE-DG;
 - Em terceiro lugar, os descontos retidos pelas entidades que integram a Administração Regional são entregues na Direção Regional do Orçamento e Tesouro – DROT (Açores), constituindo receita da Região. É com esta receita que a RAA suporta os encargos dos **beneficiários da ADSE-RA**, isto é, dos trabalhadores da Administração Regional e respetivos familiares;
 - Em quarto lugar e à semelhança do SNS, a partir de 1 de janeiro de 2012 e nos termos da Portaria n.º 1903/2011, de 30 de dezembro (publicada no Jornal Oficial da Região Autónoma dos Açores, II Série, n.º 250, de 30 de Dezembro de 2011¹), «os encargos com as prestações de cuidados de saúde, realizadas em estabelecimentos e serviços do Serviço Regional de Saúde (SRS) ou outros a quem estes recorram, relativos aos **beneficiários da ADSE-RA**» (ênfase aditada) passaram a ser suportados pelo orçamento do Serviço Regional de Saúde.
3. Significa isto que o relato não pode, a um tempo, afirmar que os memorandos de 2010 não vinculam os SRS/RA (Vol. II, p. 83) e, a outro tempo, afirmar que a regularização das dívidas dos **beneficiários da ADSE-DG** aos SRS/RA «é responsabilidade do Governo da República e/ou dos Governos Regionais, através dos respetivos orçamentos, sendo que o desconto dos quotizados não pode sustentar despesa que já é suportada pelos impostos que estes também suportam» (Vol. II, p. 84).

¹ Acessível em <http://www.azores.gov.pt/JO/Serie+II/2011/S%3%a9rie+II+N%2%ba+250+de+30+de+Dezembro+de+2011/Portaria+N%2%ba+1903+de+2011.htm>.



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

4. A circunstância de os memorandos de 2010 não serem aplicáveis aos SRS/RA, exige que aquela dívida – que a 31 de dezembro de 2014, atinja o valor global de **60.589.616,97€** – seja assumida pelo Governo da República ou pela ADSE-DG, sendo absolutamente inimaginável e inaceitável que o relato configure a possibilidade de serviços prestados a beneficiários da ADSE-DG, cujos descontos não constituem receita regional, serem financiados pelo orçamento regional!
5. Tratar-se-ia de uma total inversão de responsabilidades, passando o orçamento da RAA a financiar os cuidados de saúde de trabalhadores de organismos autónomos e serviços integrados do Estado e respetivos familiares, cujos descontos são feitos diretamente a favor da ADSE-DG e não constituem receita regional.
6. Assinale-se, a este propósito, que para efeitos do estatuto do SRS Açores (na redação dada pelo Decreto-Legislativo Regional n.º 1/2010/A [DR, 1.ª série, de 4 de janeiro de 2010] que republica), a ADSE é considerada um *subsistema de saúde* e, como tal, **responde pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde no quadro do SRS** (artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores).
7. Trata-se, aliás, de um princípio geral que decorre da Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 47/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), com consagração no artigo 23.º, n.º 1, alíneas a) e b) do Estatuto do SNS, que não pode ser posto em causa apenas pela circunstância de o SNS ser financiado pelo orçamento do Estado ou de o SRS Açores ser financiado pelo orçamento da RAA, tanto mais quanto os memorandos de 2010 não vinculam os SRS/RA (Vol. II, p. 83).
8. Na verdade, mesmo que caiba ao orçamento da RAA o pagamento dos encargos com cuidados de saúde realizados no SRS Açores a favor dos beneficiários da ADSE-RA (cf. Portaria n.º 1903/2011), não é seguramente da sua responsabilidade o pagamento dos cuidados de saúde realizados no SRS Açores a favor dos demais beneficiários da ADSE (nomeadamente trabalhadores de organismos autónomos e serviços integrados do Estado e respetivos familiares), cujos descontos são receita da ADSE-DG.
9. Não oferece dúvidas que o relato tem a virtualidade de alertar para a necessidade de se repensarem as responsabilidades financeiras da ADSE, podendo conduzir a transformações legislativas que contribuam para uma maior clarificação das relações financeiras entre o SNS/SRS RA e ADSE-DG, mas parecem excessivas e pouco fundamentadas, situando-se num plano *de iure condendo*, afirmações genéricas como a de que a «ADSE-DG continua a assumir encargos que não são da sua responsabilidade» e que devem ser financiados pelas receitas gerais do Estado, para as quais os quotizados da ADSE já contribuem através do



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

pagamento de impostos, ou a de que «a alocação do desconto dos quotizados a despesa que deve ser suportada por receitas gerais do Estado constitui uma dupla tributação do seu rendimento» (cf. Vol. I, pp. 8-9).

10. Estas afirmações contrastam com o disposto na Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde, no artigo 23.º, n.º 1, alíneas a) e b) do Estatuto do SNS e no artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores.
11. Efetivamente, é necessário ter em atenção que a ADSE não é o único subsistema de saúde existente e que também os beneficiários de outros subsistemas de saúde contribuem para o financiamento do SNS/SRS RA através do pagamento dos seus impostos, pelo que se considera exagerada e excessiva a afirmação de que no caso da ADSE existe uma situação de «dupla tributação». Aliás, sendo a ADSE-DG financiada até 2011 pelo orçamento do Estado (cf. quadro 7 do relato, Vol. II, p. 25) poderia afirmar-se que haveria, até essa data, um duplo financiamento da ADSE: pelos beneficiários/quotizados e pela generalidade dos contribuintes.
12. Admite-se que as transformações a que foi sujeito o subsistema ADSE devidamente elencadas e caracterizadas no relato (esp. Vol. II, pp. 18-45) possam justificar várias alterações, mas entende-se que as mesmas devem ter lugar de modo global e não parcelar, com envolvimento de todas as partes interessadas, e que, no caso específico das Regiões Autónomas, a posição assumida no relato, especialmente nas recomendações 6, 7, 11, 12, 18, 37 e 39, consideradas no seu conjunto, não tem em conta (i) as responsabilidades pelo financiamento do SRS que resultam para a ADSE-DG da Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde e do artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores;² (ii) não tem em conta o facto de os memorandos de 2010 não se aplicarem às relações entre os SRS/RA e a ADSE, (iii) nem tem em conta as insuficiências legislativas relativas ao enquadramento das relações financeiras entre a ADSE e os SRS/RA, em particular as que decorrem da ausência de norma específica que defina os encargos que devem ser suportados pelas Regiões Autónomas, como se reconhece a págs. 110 do Vol. II do relato, embora se resolva o problema considerando aplicável às Regiões Autónomas o regime dos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira e o regime das autarquias locais (cf. Vol. II, p. 110).

² Onde se estabelece que «além da Região, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SRS: a) os utentes não beneficiários do SRS e os beneficiários deste e dos subsistemas na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais; b) os subsistemas de saúde, neles incluídas as instituições particulares de solidariedade social, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários; (...)».



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

Vejamos melhor:

II) **Responsabilidade das entidades empregadoras no financiamento da ADSE – Dívida da Região Autónoma dos Açores (Conclusões e Observações nºs 74, 77 e 79 e Projeto de Recomendações nºs 6.1 e 37 do Relato)**

13. As “Conclusões e Observações” nºs 74, 77 e 79 e os nºs 6.1 e 37 do Projeto de Recomendações refletem, tanto quanto é possível entender, a questão da *responsabilidade pelo financiamento do regime convencionado* suscitada sob o n.º 11.1.3 do relato (p. 109-114).

14. A este respeito, cumpre notar que a ADSE-DG, nunca comunicou formalmente à RAA a existência desta dívida e que a RAA nunca a reconheceu. No entanto, à data de 31 de março de 2015, o valor das notas de reembolso atinge o montante global de **4 715 739.09€**, pelo que deverá ser atualizado o anexo 23 do relato.

15. Perante isto, a RAA entende que uma eventual regularização destas quantias não pode ter lugar, conforme sugerido nos nºs 6.1 e 37 do Projeto de Recomendações, por retenção de transferências do orçamento do Estado, uma vez que a ADSE-DG é devedora à RAA das seguintes quantias, resultantes de cuidados de saúde prestados aos beneficiários da ADSE-DG cujos descontos não constituem receita da RAA, que, como já se disse, à data de 31 de dezembro de 2014, atingiam o valor global de **60.589.616,97€**, assim desagregado:

Data: 31.12.2014	
Unidade Saúde	Dívida da ADSE Nacional
USI's	14.198.826,01 €
usisma	3.814.226,10 €
usismg	4.796.137,56 €
usit	2.473.484,08 €
usig	487.259,99 €
usisj	741.168,03 €
usip	268.144,41 €
usifa	777.156,78 €
usfl	642.679,79 €
coa	198.569,27 €
Hospitias, EPER	46.390.790,96 €
hdes	26.521.659,31 €
hseit	13.418.478,68 €
hh	6.450.652,97 €
TOTAL	60.589.616,97 €



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

16. Este valor deverá substituir o que consta do quadro 45 (Vol. II, p. 84) com dados até maio de 2014.
17. Afigura-se que, não sendo aplicáveis à RAA os memorandos de 2010, a regularização desta dívida (para que parece apontar a Recomendação n.º 11.1) não poderá ter lugar por via do orçamento da RAA, uma vez que estão em causa despesas da responsabilidade da ADSE-DG nos termos da Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde e do artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores.
18. Transferir o financiamento destas responsabilidades para o orçamento do RAA, para além de violar a Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde e o artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores, significaria isentar os beneficiários da ADSE-DG cujos descontos não constituem receita da RAA do pagamento de quaisquer custos pela prestação de cuidados de saúde na RAA, sendo absolutamente erróneo, no caso em apreço, o argumento de que esta despesa é financiada pelos impostos.
19. Como já se disse, os impostos não asseguram a totalidade do financiamento do SRS Açores, e a circunstância de os beneficiários da ADSE-DG – tal como a generalidade dos utentes dos serviços de saúde – estarem sujeitos à tributação, nos termos gerais, não pode constituir argumento para os dispensar do financiamento do SRS Açores, sob pena de violação da Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde, do artigo 23.º, n.º 1, alíneas a) e b) do Estatuto do SNS e do artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores.

III) O Financiamento privado da ADSE – Responsabilidade das entidades empregadoras pela retenção e entrega dos descontos dos quotizados – Natureza dos descontos dos quotizados – Receita Regional – Encargos com a prestação de cuidados de saúde aos quotizados da ADSE no regime livre (Conclusões e Observações n.ºs 84 a 90 e Projeto de Recomendações n.ºs 6.2, 7 e 39 do Relato)

20. As “Conclusões e Observações” n.ºs 84 a 90 e os n.ºs 6.2, 7 e 39 do Projeto de Recomendações refletem, *(i)* a questão da responsabilidade das entidades empregadoras pela retenção e entrega dos descontos dos quotizados suscitada sob o n.º 11.2 do relato (Vol. II, pp. 116-114) e *(ii)* a questão paralela da responsabilidade pelos encargos com a prestação de cuidados de saúde aos quotizados da ADSE no regime livre (11.1.3, Vol. II, p. 110).

FB



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

21. Quanto à primeira questão, importa assinalar que o relato, muito embora reconheça a inexistência de norma específica que defina os encargos que devem ser suportados pelas Regiões Autónomas, considerando aplicável às Regiões Autónomas o regime dos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira e o regime das autarquias locais (cf. Vol. II, p. 110), entende que os descontos que incidem sobre a remuneração base dos beneficiários/quotizados, constituem receita da ADSE-DG, concluindo que a sua retenção pelas Regiões Autónomas constituiu uma forma de financiamento das administrações regionais (cf. Vol. II, p. 118).
22. Esta forma de analisar a questão sofre de algum enviesamento e não tem qualquer suporte legal, reafirmando-se aqui que os descontos retidos pelas entidades que integram a Administração Regional são entregues na Direção Regional do Orçamento e Tesouro – DROT (Açores), constituindo uma receita da Região.
23. Com efeito, nos termos do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (Regulamento da ADSE)³, considerado aplicável pelo relato às Regiões Autónomas (cf. Vol. II, p. 110), «os funcionários e agentes dos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira e ainda de outros organismos que não sendo financeiramente autónomos sejam dotados de verbas próprias para pagamento do seu pessoal podem adquirir a qualidade de beneficiário titular se, cumulativamente: a) não beneficiarem como titulares de qualquer outro subsistema de saúde integrado na Administração Pública; b) **os respetivos organismos assegurarem pelas verbas inscritas nos seus orçamentos privativos os encargos resultantes dos benefícios concedidos pela ADSE;** (...)» (ênfase aditada).
24. Resulta claro desta disposição legal que os trabalhadores dos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira podem ser beneficiários da ADSE, desde que a respetiva entidade empregadora suporte os encargos resultantes dos benefícios concedidos pela ADSE.
25. Ora, se é a entidade empregadora, no caso vertente a RAA, a suportar os encargos resultantes dos benefícios concedidos pela ADSE, a que título vai transferir os descontos dos trabalhadores para a ADSE-DG?

³ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 90/98, de 14 de Abril; pelo Decreto-Lei n.º 279/99, de 26 de Julho; pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro; pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de Dezembro; pela Lei n.º 64-A/2008, de 31 de Dezembro; pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de Abril; pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro; pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de Dezembro; pelo Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de Julho; pelo Decreto-Lei n.º 161/2013, de 22 de Novembro; pela Lei n.º 30/2014, de 19 de Maio e pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de Dezembro.



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

26. Tal faria sentido se os encargos estivessem a cargo da ADSE-DG, mas já não faz sentido quando os encargos correm por conta da RAA.
27. Assim se compreende o disposto no artigo 46.º, n.º 2 do Regulamento da ADSE (Decreto-Lei n.º 118/83) que, na redação da Lei n.º 30/2014, de 19 de Maio, estabelece que «a receita proveniente dos descontos referidos no número anterior **é consignada** ao pagamento dos benefícios concedidos pela ADSE aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação» (ênfase aditada).
28. Trata-se, como é bom de ver, de uma receita consignada a um determinado fim e não de uma receita própria da ADSE-DG.
29. Por isso, os descontos retidos pelas entidades que integram a Administração Regional não podem ser uma receita própria da ADSE-DG quando os encargos correm por conta dos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira (cf. artigo 4.º, n.º 1, alínea b) do Regulamento da ADSE), regime que o relato considera aplicável à RAA (cf. Vol. II, p. 110).
30. Em face do exposto, os nºs 84 a 90 das Conclusões e Observações e os nºs 6.2, 7 e 39 Projeto de Recomendações, bem como o corpo do relato, devem ser alterados de modo a reconhecer que os descontos que incidem sobre a remuneração base dos beneficiários ADSE-RA são receitas consignadas aos encargos assumidos pela RAA.
31. A circunstância de se encontrar pendente o necessário acerto de contas entre a RAA e a ADSE-DG, nomeadamente o resultante dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários da ADSE-DG pelo SRS Açores, não significa, como se diz no relato, que os descontos da ADSE estejam a financiar o orçamento regional.
32. Bem pelo contrário, é o orçamento regional que está a financiar a ADSE-DG por um valor que já atinge os 60,5 milhões de euros, pelo que muito se estranha que o Tribunal de Contas, em lugar de suscitar esta questão, aponte para recomendações como as constantes dos nºs 6.1, 7, 37 e 39 do Projeto de Recomendações, assentes em medidas unilaterais, envolvendo a retenção de transferências do orçamento do Estado.
33. Julga-se que, neste aspeto, as Recomendações deveriam apontar para métodos bilaterais de resolução deste assunto, em lugar de medidas drásticas e altamente prejudiciais para a RAA, como as apontadas no relato, até porque existem fluxos financeiros credores e devedores de parte a parte que carecem de acerto.



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

IV) A avocação de encargos pelo Serviço Nacional de Saúde – A responsabilidade financeira por cuidados de saúde prestados no Serviço Regional de Saúde dos Açores [SRS Açores] – Dívida da ADSE ao SRS Açores (Conclusões e Observações n.ºs 103 e 104 e Projeto de Recomendações n.ºs 11.1, 12 e 18 do Relato)

34. O n.º 103 das Conclusões e Observações, bem como os n.ºs 11.1, 12 e 18 do Projeto de Recomendações merecem, na sua generalidade, concordância, sendo de salientar que a avocação de encargos pelo Serviço Nacional de Saúde constante dos memorandos de 2010 não tem aplicação na RAA, pelo que a conclusão n.º 104 não é consistente com os n.ºs 11.1, 12 e 18 do Projeto de Recomendações.
35. Com efeito, sem uma alteração legislativa como indicada no n.º 1 do Projeto de Recomendações, a qual envolve uma revisão da Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde, do artigo 23.º, n.º 1, alíneas a) e b) do Estatuto do SNS e do artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores, não se pode sustentar – como é feito na conclusão n.º 104 – que os cuidados de saúde prestados pelo SRS Açores aos beneficiários da ADSE-DG, que, à data de 31 de dezembro de 2014, atingiam o valor global de **60.589.616,97€**, devam ser regularizados pelo orçamento da RAA.
36. Entende-se, aliás, que o relato entra numa contradição quando pretende que os descontos efetuados sobre as remunerações dos beneficiários da administração regional sejam transferidos para a ADSE-DG, mantendo-se todos os encargos a cargo do orçamento regional, incluindo os encargos com beneficiários cujos descontos são entregues à ADSE-DG!
37. Tal seria uma solução, com o devido respeito, inaceitável, porque penderia apenas num único sentido: a RAA teria que financiar os créditos que o SRS Açores detém sobre a ADSE-DG no valor de 60,5 milhões de euros e ainda teria que transferir para a ADSE-DG cerca de 4,7 milhões de euros respeitantes aos reembolsos do regime convencionado (cf. quadro 72 a págs. 117 do Vol. II).
38. Não há dúvida – já se disse e atribui-se mérito à auditoria realizada nesse sentido – que existem diversas insuficiências e equívocos no modelo de relacionamento financeiro entre o SRS / RA e a ADSE, mas não é certamente solução para esses problemas a transposição da avocação de encargos constante dos memorandos de 2010 para a RAA, com efeitos retroativos a 2010, para que se aponta na conclusão n.º 104, sem que se resolva a questão da regularização da dívida da ADSE-DG ao SRS Açores.



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

39. Assim, entende-se que a conclusão n.º 104 deverá ser revista em conformidade com os n.ºs 11.1, 12 e 18 do Projeto de Recomendações, sendo que excluir qualquer possibilidade de assunção pelo orçamento regional da dívida que tem vindo a ser acumulada pela ADSE-DG face ao SRS Açores.

V) Conclusões

40. As considerações que antecedem permitem formular as seguintes conclusões fundamentais:

- 1.^a É absolutamente inaceitável que o relato configure a possibilidade de serviços prestados a beneficiários da ADSE-DG, cujos descontos não constituem receita regional e que a 31 de dezembro de 2014, atingiam o valor global de 60.589.616,97€, serem financiados pelo orçamento regional;
- 2.^a Tratar-se-ia de uma total inversão de responsabilidades, passando o orçamento da RAA a financiar os cuidados de saúde de trabalhadores de organismos autónomos e serviços integrados do Estado e respetivos familiares, cujos descontos são feitos diretamente a favor da ADSE-DG e não constituem receita regional;
- 3.^a A posição assumida no relato, especialmente nas recomendações 6, 7, 11, 12, 18, 37 e 39, consideradas no seu conjunto, não tem em conta as responsabilidades pelo financiamento do SRS que resultam para a ADSE-DG da Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde e do artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores, nem o facto de os memorandos de 2010 não se aplicarem às relações entre o SRS e a ADSE;
- 4.^a Em 31 de março de 2015, o valor das notas de reembolso respeitantes ao regime convencionado ascende ao montante global de 4.715.739,09€;
- 5.^a A RAA entende que uma eventual regularização destas quantias não pode ter lugar, conforme sugerido nos n.ºs 6.1 e 37 do Projeto de Recomendações, por retenção de transferências do orçamento do Estado, uma vez que a ADSE-DG é devedora à RAA de quantias resultantes de cuidados de saúde prestados aos quotizados da ADSE-DG cujos descontos não constituem receita regional e que, à data de 31 de dezembro de 2014, atingiam o valor global de 60.589.616,97€;



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Vice-Presidência do Governo
Emprego e Competitividade Empresarial
Gabinete do Vice-Presidente

- 6.^a Não sendo aplicáveis à RAA os memorandos de 2010, a regularização desta dívida não poderá ter lugar por via do orçamento da RAA, uma vez que estão em causa despesas da responsabilidade da ADSE-DG nos termos da Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde e do artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores;
- 7.^a Transferir o financiamento destas responsabilidades para o orçamento do RAA, para além de violar a Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde e o artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores, significaria isentar os beneficiários da ADSE-DG, cujos descontos não constituem receita da RAA, do pagamento de quaisquer custos pela prestação de cuidados de saúde na RAA, sendo absolutamente erróneo o argumento de que esta despesa é financiada pelos impostos;
- 8.^a Os descontos retidos pelas entidades que integram a Administração Regional constituem uma receita da RAA;
- 9.^a Os descontos retidos pela RAA não podem ser uma receita própria da ADSE-DG quando os encargos correm por conta da RAA;
- 10.^a Os n.ºs 84 a 90 das Conclusões e Observações e os n.ºs 6.2, 7 e 39 Projeto de Recomendações, bem como o corpo do relato, devem ser alterados de modo a reconhecer que os descontos que incidem sobre a remuneração base dos beneficiários da ADSE-RA são receitas consignadas aos encargos assumidos pela RAA;
- 11.^a As Recomendações deveriam apontar para métodos bilaterais de resolução dos fluxos financeiros credores e devedores entre a RAA e a ADSE-DG e não para soluções unilaterais assentes em retenção de transferências do orçamento do Estado;
- 12.^a A conclusão n.º 104 deverá ser revista em conformidade com os n.ºs 11.1, 12 e 18 do Projeto de Recomendações, sendo de excluir qualquer possibilidade de assunção pelo orçamento regional da dívida que tem vindo a ser acumulada pela ADSE-DG face ao SRS Açores.

Com os melhores cumprimentos, *e elevada consideração*

O CHEFE DO GABINETE


Luís Manuel Pereira dos Santos Borrego

DGTC 14 4 15 6182

7. PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

S-3586/2015/ACSS-DATA: 06-04-2015



S/referência: Of. 3670, de 06.03.2015
Fax 925/2015, de 25.03.2015

N/referência: 3586/2015/DFI/UGR Coord./ACSS

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Assunto: Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas – ADSE. Proc.º N.º 11/2014 – Audit. Contraditório.

Na sequência das V. comunicações em epígrafe, vem esta Administração Central apresentar os comentários/observações ao relato da "Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas – ADSE", com especial enfoque nas conclusões e recomendações proferidas ao Conselho Diretivo deste Instituto:

ANÁLISE AO PONTO 3 - CONCLUSÕES E OBSERVAÇÕES

98. *As tabelas do regime convencionado da ADSE e as tabelas de preços do Serviço Nacional de Saúde têm vindo a ser harmonizadas, o que se traduziu numa redução do custo por ato. Foram revistas as tabelas de análises clínicas, imagiologia e medicina nuclear de ambos os sistemas, prevendo-se, ainda, a harmonização de tabelas nas áreas de medicina, cirurgia e medicina física e reabilitação.*

R: Confirma-se a informação prestada. Este processo foi desenvolvido por esta Administração Central, nomeadamente pela área do Departamento de Prestações de Saúde que desenvolve as atividades referentes à atualização das tabelas de nomenclaturas, preços e ponderações dos atos a praticar no SNS.

99. *No entanto, e apesar dos ganhos verificados no curto prazo, os preços das tabelas do Serviço Nacional de Saúde, dado o seu caráter administrativo(48), poderão não refletir o justo valor das prestações contratadas e, conseqüentemente, não ser os mais adequados para, a médio/longo prazo, remunerar a atividade dos prestadores privados com os quais a ADSE celebra convenções. Com vista à determinação de preços de eficiência económica, a informação que a ADSE-DG dispõe sobre o mercado, designadamente no âmbito do regime livre, não deve ser desconsiderada.*



R: O ponto 99 não é claro sobre a que "tabelas do Serviço Nacional de Saúde" se refere quando afirma que "(...) os preços os preços das tabelas do Serviço Nacional de Saúde, dado o seu caráter administrativo⁴⁸, poderão não refletir o justo valor das prestações contratadas e, conseqüentemente, não ser os mais adequados para, a médio/longo prazo, remunerar a atividade dos prestadores privados com os quais a ADSE celebra convenções", pois a referência 48 refere-se a uma auditoria do Tribunal de Contas realizada "ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde" mas que analisa a formação de preços dos GDH.

Ainda que seja em relação à formação de preços para a elaboração da tabela de preços na componente dos GDH, importa informar que, tradicionalmente, esta tabela de preços é construída a partir de uma abordagem de custeio top down, a qual considera os custos de internamento obtidos através da Contabilidade Analítica de cada hospital e residentes na Base de dados de elementos analíticos (BDEA), distribuídos de acordo com as diferentes rubricas de custos a considerar nos GDH. Nos últimos anos, esta Administração Central constituiu um grupo de trabalho composto por 13 instituições sentinelas do SNS, para recolha da informação de custos da contabilidade analítica de forma adequada às rubricas dos GDH. Nessa sequência, a tabela de preços de GDH de 2015 por exemplo, e por consequência os pesos relativos utilizados para o cálculo dos Índices de case Mix de internamento e ambulatório em vigor para este ano foram calculados com base no custeio efetuado através deste método. Tendo a ACSS trabalhado diretamente com estas instituições foi possível estruturar uma recolha de custos mais próxima das diferentes rubricas necessárias ao apuramento de custos por GDH, significando uma mais-valia a que a ACSS pretende dar continuidade, prosseguindo com a recolha de custos anuais junto destas instituições.

Ainda assim, e se por tabelas do Serviço Nacional de Saúde se entenderem as tabelas de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), cuja versão mais atual se encontra no Anexo III da Portaria nº 20/2014, de 29 de Janeiro, informa-se o seguinte, com base no conhecimento do processo de atualização desta vertente da tabela do SNS:

- Os preços da tabela do SNS são resultantes dos custos nos hospitais do SNS, representados em painéis de peritos. Trata-se de uma tabela que se destina ao registo estatístico pelas



instituições públicas e faturação de MCDT a terceiros legal e contratualmente responsáveis. Esta tabela tem servido de referência à fixação de preços na área de convenções com o SNS.

- A tabela do SNS é atualizada com base na realidade dos hospitais do SNS. Assim sendo, considera-se que os preços serão sempre mais elevados do que os praticados em instituições privadas, atentando nos seguintes fatores:
 - As instituições do SNS estão permanentemente disponíveis para a realização de MCDT, quer seja em regime de urgência quer de forma programada. O facto de trabalharem 24 horas por dia implica custos mais elevados.
 - As instituições do SNS tratam patologia mais pesada o que também implica um acréscimo de custos.
 - As instituições do SNS colaboram na formação de profissionais de saúde e em projetos de investigação.
- O racional apresentado no ponto anterior justifica que se aceite que os preços do sector privado possam ser cerca de 70-75% dos preços dos MCDT na tabela do Serviço Nacional de Saúde.
- O processo de custeio das tabelas de MCDT foi objeto de auditoria, efetuada pelo ISCTE em 2012, a qual, basicamente validou a metodologia em uso, tendo proposto uma verificação adicional para os materiais de consumo, em tudo semelhante à concebida pela ACSS para a verificação dos recursos humanos.
- Acresce que, está em curso um processo de alteração do modo de contratação dos prestadores Convencionados com o SNS, no cumprimento do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que passa pela entrada de novas entidades e introdução de fatores que estimulem a concorrência e a competitividade em áreas geográficas em existam muitas entidades convencionadas e não existam grandes dificuldades de acessibilidade dos utentes. Concretizando, referimos o concurso público 2015/105 da SPMS, para a "prestação de cuidados de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, na área da endoscopia gastroenterológica", que será replicado para todas as áreas da tabela de Convencionados do SNS.

103. O processo que conduziu à avocação de encargos pelo Serviço Nacional de Saúde não foi suficientemente abrangente e detalhado. Iniciado com os Memorandos de Entendimento de 2010, celebrados entre representantes do Ministério da Saúde e dos



Ministérios que integram subsistemas públicos de saúde, entre os quais a ADSE, este processo não clarificou todas as questões sobre responsabilidades financeiras por cuidados de saúde prestados no Serviço Nacional de Saúde e nos Serviços Regionais de Saúde, designadamente:

- ✚ Os serviços e entidades do Serviço Nacional de Saúde mantêm contabilizadas dívidas da ADSE-DG por serviços prestados aos seus quotizados até 31 de dezembro de 2009, quando tal responsabilidade não lhe pode ser imputada. De facto, decorre dos Memorandos que a entidade devedora passou a ser a Direção-Geral do Orçamento, o que se verificou até 2012. A partir de 2013, com base num acordo entre os Secretários de Estado da Saúde e do Orçamento, a entidade devedora passou a ser a Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- ✚ Os serviços e entidades do Serviço Nacional de Saúde continuam a faturar à ADSE-DG serviços prestados a quotizados da ADSE a partir de 1 de janeiro de 2010, designadamente os prestados por entidades terceiras que contratam com o SNS, sendo que, em resultado dos Memorandos, os encargos financeiros com estes serviços passaram a ser responsabilidade do SNS.
- ✚ (...).

A presente conclusão relaciona-se com o conteúdo do ponto 9.1.1. do volume II do relato de auditoria, no âmbito do qual se apresentam os comentários desta Administração Central:

ANÁLISE AO PONTO “9.1.1. REGISTO NAS CONTAS DAS INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS DO SNS DE DÍVIDAS DA ADSE POR SERVIÇOS PRESTADOS ATÉ 31.12.2009”, DO VOLUME II DO RELATO DE AUDITORIA (PGS. 70 A 75)

R: Confirma-se, na perspectiva da ACSS, assente nos elementos que detemos sobre este assunto, a informação relativa ao processo associado à implementação dos Memorandos celebrados, constante das páginas 70 a 73.

Ainda neste ponto, na pg. 74, o Tribunal de Contas refere que “(...) *relativamente à tranche de € 65 milhões, nada impede que o Secretário de Estado da Saúde diligencie pela regularização da dívida, constante das contas dos serviços e instituições do SNS como sendo da ADSE-DG, por serviços realizados até 31 de dezembro de 2009.*”. Mais acrescenta o Tribunal que na sequência da realização de um procedimento de circularização junto de 56 entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS (incluindo as unidades de saúde em PPP e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e excluindo o IPO do Porto) “(...) *verificou-se*



que, por falta de informação das entidades tutelares, designadamente da ACSS, não é claro para aquelas entidades que a entidade devedora não é, desde 2010, a ADSE-DG, mas o Estado, através do Ministério das Finanças/DGO/ACSS, até 2012, e através do Ministério da Saúde/ACSS, a partir daquela data, por terem assumido aquelas dívidas. Assim, não é legítimo às entidades do SNS que também têm dívidas à ADSE-DG, conforme ponto 11.1.1, justificar o não pagamento das mesmas com as dívidas que a ADSE-DG ainda tem para com elas, referindo a possibilidade de encontro de contas e procedendo, em algumas situações, unilateralmente, a esse encontro. Nas situações em que se registou encontro de contas, a situação deve ser corrigida.”

R: No que respeita a esta matéria, a ACSS considera necessário colher orientações da tutela sobre o procedimento a adotar. Não obstante, sublinhamos o facto da ACSS prever também realizar um processo de circularização junto das entidades do SNS no sentido de se apurar o montante das dívidas registadas até 31.12.2009 e após essa data, conforme também recomenda o Tribunal de Contas ao Conselho Diretivo deste Instituto, por ter verificado divergências entre os valores de dívida reportados e os valores recebidos em entidades do SNS.

PONTO 2. PROJETO DE RECOMENDAÇÕES

Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

46. Diligenciar pela realização de um estudo sobre o impacto no Serviço Nacional de Saúde da extinção ou diminuição da utilização do sistema de proteção social ADSE, considerando as necessidades de financiamento e o acesso.

R: A ACSS considera que a presente recomendação deve ser analisada pela Tutela, cabendo à ACSS a sua execução, caso assim seja entendido e determinado.

47. Emitir orientações às unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde no sentido de:

47.1. Ser clarificada a entidade responsável pelas dívidas relativas a faturação de cuidados prestados até 31 de dezembro de 2009 a quotizados dos subsistemas públicos de saúde, atualmente a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e determinada a transferência do saldo da ADSE-DG para a Administração Central do Sistema de Saúde, IP;



- 47.2. Ser clarificado que o financiamento da prestação de cuidados a quotizados da ADSE, a partir de 1 de janeiro de 2010, passou a estar integrado nos instrumentos de financiamento das entidades do Serviço Nacional de Saúde (v.g., contratos-programa e orçamentos das Administrações Regionais de Saúde), e determinada a anulação da faturação emitida à ADSE-DG por atos prestados após essa data;**
- 47.3. Clarificar que os quotizados da ADSE e de outros subsistemas públicos de saúde são utentes do Serviço Nacional de Saúde não devendo ser objeto de qualquer discriminação relativamente aos restantes utentes;**
- 47.4. Corrigirem os procedimentos de regularização da dívida (encontros de contas unilaterais) da ADSE-DG considerando que esta Direção-Geral não é entidade devedora, desde 1 de janeiro de 2010.**

R: A ACSS considera que no âmbito das últimas circulares normativas emitidas, que determinam as "Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas que devam ser cobradas pelas Instituições hospitalares" e também no âmbito da metodologia para definição dos preços e fixação dos objetivos dos Hospitais Unidades Locais de Saúde que anualmente é definida, estão previstas, em igualdade de circunstâncias e sem qualquer tipo de discriminação, as condições de acesso e financiamento para todos os utentes, sejam eles beneficiários de subsistema ou não.

Por outro lado, com o processo de circularização que nos propomos realizar junto das entidades do SNS, no sentido de se apurar o montante das dívidas registadas até 31.12.2009 e após essa data, pretende-se apurar informação fiável, que sirva de base a uma proposta de decisão superior, no sentido de se vir a proceder à regularização de valores que persistem por pagar. Sublinhamos, contudo e uma vez mais que a ACSS considera que o cumprimento desta recomendação tem como pressuposto a prévia orientação e decisão da Tutela, inclusivamente na vertente que se relaciona com a assunção da responsabilidade do SNS/ADSE sobre determinadas prestações de saúde, como sejam o transporte de doentes, a cedência de medicamentos hospitalares, a Rede de Cuidados Continuados, os CRD, o SIGIC ou a assistência médica no estrangeiro.

Apenas após esta decisão superior, a ACSS poderá recorrer à elaboração e divulgação de Circulares Informativas ou Normativas que contribuam para clarificar as questões identificadas pelo Tribunal de Contas, no sentido de dissipar/esclarecer eventuais dúvidas que subsistam em relação a estas matérias.



48. Confirmar, junto das entidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde o valor da dívida por cuidados prestados a quotizados da ADSE-DG até 31 de dezembro de 2009, e confrontar com os valores já pagos, corrigindo eventuais situações irregulares.

R: A ACSS vai efectuar um processo de circularização junto das entidades, no sentido de apurar a dívida até àquela data e posterior.

49. Suprimir dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde, designadamente da base de dados do cartão de utente a identificação do utente como beneficiário da ADSE.

R: Considera-se que a avaliação desta medida deve ser efectuada no âmbito do Grupo de Trabalho criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro, que tem como missão estudar e propor um modelo de governação transversal aos subsistemas públicos (ADSE, ADM, GNR e PSP).

50. Na harmonização das tabelas do regime convencionado da ADSE com as tabelas de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, caso a mesma prossiga, utilizar, sempre que possível, a informação que a ADSE-DG dispõe sobre o mercado, designadamente no âmbito do regime livre.

R: Essa informação foi já considerada no processo de harmonização de preços entre as tabelas de Convencionados do SNS e da ADSE.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

Digitally Signed by Rui dos Santos Ivo
DN: CN=Rui dos Santos Ivo, OU=Administração Central do Sistema de Saúde IP, O=Ministério da Saúde, C=PT
Reason:
Date: 2015-04-06T19:05:28

(Rui Santos Ivo)



8. DIRETOR - GERAL DO ORÇAMENTO

Director-Geral

De: Paula Quelhas (GEPO-DVEPO) <Paula.Quelhas@dgo.pt>
Enviado: 20 de março de 2015 19:26
Para: Director-Geral
Cc: Anabela Vilão (DIRC); Secdg (DGO)
Assunto: P2655 - 2015 TC Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas - ADSE
Anexos: Oficio DGO_P2655_2015.pdf
Importância: Alta

Boa tarde,

Junto se envia ofício da Senhora Diretora - Geral do Orçamento sobre o assunto em referência.

Melhores cumprimentos.

Paula QLA Santos

DGOOrçamento

Gabinete de Estudos do Processo Orçamental
Divisão de Estudos do Processo Orçamental
Chefe de Divisão
Mail: paula.quelhas@dgo.pt
Tel. 218846485/ ext. 13170

*Deu entrada
Ao DAVII
20150323
[assinatura]*

DGTC 23 3'15 5057

DGO Orçamento

GABINETE DA DIRETORA-GERAL

Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro José F.F. Tavares
Diretor – Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-45 LISBOA

V/Ref. :Of.3671
Data V/Ref. : 6 Mar. 15

N.º Proc : P 2655/2015
Data Emissor : 19 Mar. 15

ASSUNTO: Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas - ADSE

No que respeita ao pedido formulado por esse Digníssimo Tribunal, através do ofício em referência e sobre o assunto identificado em epígrafe, informa-se que esta Direção – Geral não tem comentários a observar sobre o documento apresentado.

Com os melhores cumprimentos.

A Diretora-Geral



Manuela Proença

/PQ



9. PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAUDAÇOR - SOCIEDADE GESTORA DE RECURSOS E EQUIPAMENTOS DA SAÚDE DOS AÇORES, SA

From: SAUDACOR Tó: 0217936033 15/04/2015 18:00 #440 P.001/002
295204256


SAUDAÇOR
SOCIEDADE GESTORA DE RECURSOS E EQUIPAMENTOS DA SAÚDE DOS AÇORES, S.A.

Exmo. Senhor
Director Geral do Tribunal de Contas
Avenida Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Vossa referência N.º: Proc.:	Vossa comunicação de	Nossa referência N.º.: Proc.:	Angra do Heroísmo, 15/04/2015
---	-----------------------------	--	---

Assunto: Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas

Exmo. Senhor,
No seguimento do ofício com a referência DA VI – UAT.1 de 10 de março de 2015, e após análise dos relatórios e elementos enviados em anexo com o mesmo, cumpre comunicar o seguinte:

O âmbito de abrangência das questões referidas no relatório é matéria essencialmente da competência das instituições Tutelares das respetivas áreas, quer na Região Autónoma dos Açores, quer do Continente. Nessa medida remete-se nesta matéria para as observações emitidas ao referido relatório pelas entidades do Governo Regional dos Açores.

Sem prejuízo do exposto, não deverá deixar de se salientar que nos termos da Base XXXIII, n.º 2, alínea b) da Lei de Bases da Saúde e do artigo 28.º, n.º 1, alíneas a) e b) do estatuto do SRS Açores, a ADSE na qualidade de subsistema é legalmente responsável pelos encargos pelas prestações de cuidados de saúde aos seus beneficiários.

Acresce ainda que, desde a Lei do Orçamento de Estado para 2011 (Lei n.º 55-A/2010 de 31.12) os encargos com as prestações de saúde realizadas por estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde aos beneficiários da ADSE, SAD PSP e GNR e ADM passaram a ser suportados pelo Orçamento do Serviço Nacional de Saúde, e não do Serviço Regional de Saúde. De facto, a nível nacional, esta transferência de responsabilidade acompanhou memorandos de acordo entre o Estado e os subsistemas que transferiu também verbas orçamentais destinadas a compensar essa responsabilidade. Uma vez que a RAA não foi envolvida nesses acordos e porque a norma legal aplica-se apenas aos estabelecimentos do continente (SNS) e não aos do SRS, continua a ser legalmente devido o pagamento dos cuidados prestados no SRS a utentes desses subsistemas.

Solar dos Remédios | 9701-855 Angra do Heroísmo | Telf: +351 295 204 273 | Fax: +351 295 204 256 | Email: sres-saud@azores.gov.pt
www.saudacor.pt | nif 512 078 653 | capital social 50.000,00€

From: SAUDAÇOR

Tn: 0217936033
295204256

15/04/2015 18:00

#440 P.002/002



Não poderá existir qualquer "regularização" dessas quantias por retenção de transferências do Orçamento do Estado, uma vez que isso seria totalmente violador do regime legal e constitucional em vigor, na medida em que a ADSE-DG é devedora às entidades do SRS das quantias resultantes de cuidados de saúde prestados aos quotizados da ADSE-DG, por ser um subsistema legal, e por estar legal e expressamente consagrada essa responsabilidade nos termos da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SRS Açores. Os referidos valores à data de 31 de dezembro de 2014, atingiam o valor global de 60.589.616,97€, assim desagregado:

Data: 31.12.2014	
Unidade Saúde	Divida da ADSE
	Nacional
USI's	14.198.826,01 €
usisma	3.814.226,10 €
usismg	4.796.137,56 €
usit	2.473.484,08 €
usig	487.259,99 €
usisj	741.168,03 €
usip	268.144,41 €
usifa	777.156,78 €
usfl	642.679,79 €
coa	198.569,27 €
Hospitais, EPER	46.390.790,96 €
hdes	26.521.659,31 €
hseit	13.418.478,68 €
hh	6.450.652,97 €
TOTAL	60.589.616,97 €

Ao dispor para qualquer esclarecimento complementar que entendam necessário.

Com os melhores cumprimentos,


Rosa Valente de Matos
(Presidente do Conselho de Administração)

LA



10. PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DO INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS



Referência: DA VI - UAT.1 Proc. N.º 11/2014 - Audit N/Referência Proc. Data

Assunto: AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS - ADSE

Ex. Sr. Dir. N.º 11/2014 - Audit

Em resposta ao solicitado pelo v/ofício supra identificado, na qualidade de parte interessada não auditada, cumpre-nos tecer as seguintes observações ao extrato do relato de auditoria remetido a este Instituto:

- 1. Concorde-se, na generalidade, com as conclusões e recomendações vertidas no extrato do relato de auditoria disponibilizado, salientando que algumas instituições e serviços do SNS continuam a faturar à ADM os atos médicos praticados a beneficiários deste subsistema, sendo esta dívida declinada e não reconhecida pela ADM, desconhecendo-se por isso o montante de dívida contabilizado (ponto 9.1.2.);
2. Relativamente à faturação apresentada pelas instituições e serviços dos Serviços Regionais de Saúde, relativa aos cuidados de saúde prestados a beneficiários da ADM, a mesma tem vindo a ser declinada pela ADM com os mesmos argumentos da ADSE (ponto 9.2.1.);
3. No que respeita às considerações do ponto 14. do relatório, sublinha-se que o subsistema de saúde ADM continua a suportar os custos dos Cuidados Respiratórios Domiciliários dos seus beneficiários, bem como os custos decorrentes dos Cuidados Continuados prestados por entidades integrantes da RNCCI aos beneficiários da ADM.

Com os melhores cumprimentos e elevada consideração

O PRESIDENTE

DGTC 24 3 15 5125

FRANCISCO ANTÓNIO FIALHO DA ROSA Tejente-General



11. DIRETOR NACIONAL-ADJUNTO DA UNIDADE ORGÂNICA DE RECURSOS HUMANOS DA POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA



S. R.
 MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA
POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DIRECÇÃO NACIONAL
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA

Ex.mo Senhor
 Diretor Geral
 Direção Geral do Tribunal de Contas
 Av.ª Barbosa du Bocage, 61
 1069 – 045 Lisboa

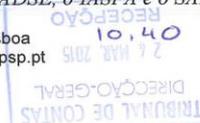
S/Referência	S/Comunicação	N/Referência	N/Data
DA VI – UAT.1 Proc. N.º 11/2014 - Audit	10-03-2015	Of.º N.º 2.712/DAD/DSAD/15	23-03-2015

Assunto: AUDITORIA AO SUBSISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS - ADSE

Relativamente ao assunto referenciado em epígrafe o qual mereceu a nossa melhor atenção, vimos, na qualidade de parte interessada, não auditada, apresentar as seguintes observações referentes ao salientado no extracto do relato de auditoria:

- No que respeita à faturação apresentada pelas instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por serviços prestados a beneficiários do Subsistema de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP), após 1 de Janeiro de 2010, este Subsistema tem procedido à devolução das mesmas, à imagem do procedimento adoptado pela ADSE-DG, conforme referido no ponto 9.1.2 do relato de auditoria, invocando a falta de dotação orçamental, a Lei do Orçamento de Estado, à data, bem como o estatuído no Memorando de Entendimento entre os Ministérios das Finanças e da Administração Pública (MFAP), da Defesa Nacional (MDN) e da Administração Interna (MAI) sobre 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), celebrado em 18 de Janeiro de 2010, nomeadamente o seu n.º 2, o qual refere que *“doravante a ADSE, o IASFA e o SAD da*

Rua Francisco Pedro Curado, Edifício da PSP 1170-139 Lisboa
 Telef. +351 21 811 32 00 Fax: +351 21 811 32 35 depsad@psp.pt





POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

2/4

GNR e da PSP ficam isentos de quaisquer pagamentos por conta dos serviços de saúde ou outros benefícios prestados pelo SNS aos trabalhadores beneficiários daquelas instituições.”

2. Por sua vez, no que respeita a faturação apresentada pelas instituições e serviços dos Serviços Regionais de Saúde (SRS) por serviços prestados a beneficiários do SAD/PSP, antes de 1 de Janeiro de 2010, este Subsistema tem procedido à devolução das mesmas, à imagem do procedimento adoptado pela ADSE-DG, conforme referido no ponto 9.2.1 do relato de auditoria, invocando a falta de dotação orçamental e o Memorando de Entendimento entre o Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde que enquadra o pagamento de dívidas relativas a serviços prestados pelo SNS a beneficiários da ADSE, até 31 de Dezembro de 2009. No que respeita à faturação relacionada com cuidados de saúde prestados pelos SRS a partir de 1 de Janeiro de 2010, este Subsistema tem devolvido os mesmos, invocando a falta de dotação orçamental, a Lei do Orçamento de Estado, à data, e o Memorando de Entendimento referido no ponto 1 do presente ofício, referindo também o facto deste Subsistema ter procedido à transmissão regular dos montantes em dívida ao representante do MAI no Grupo de Trabalho, criado nos termos do n.º 4 do Memorando de Entendimento, celebrado em 18 de Janeiro de 2010, montantes estes que incluíam a dívida ao SRS, bem como foram levados em conta no apuramento do montante a transferir do orçamento do SAD/PSP para o SNS, no ano de 2010 (25 milhões de euros).
3. No entanto, este procedimento (devolução dos documentos de despesa), originou a interposição de uma Injunção pelo Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (Injunção n.º 16325/15.8YIPRT), relacionadas com o fornecimento de medicamentos, através da farmácia hospitalar daquele Centro Hospitalar, estando a decorrer os seus trâmites no Tribunal Administrativo e Fiscal de Leiria. Sobre esta questão em particular, importa referir, no que respeita aos medicamentos o despacho n.º 4.005/2013, conjugado com o n.º 1 do art.º 151.º da Lei do Orçamento de Estado do ano de 2013, e o despacho n.º 13.500/2014, de 29 de Outubro, conjugado com o n.º 1 do Art.º 149.ª da Lei do Orçamento de Estado do ano de 2014, ambos dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento, Adjunto do Ministério da Administração Interna e da Saúde, os quais não excepcionam os

POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

3/4

medicamentos fornecidos em farmácia Hospitalar, sendo entendimento deste Subsistema que estes encargos são da responsabilidade do SNS.

4. O Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, de 17 de Maio de 2011, refere no seu ponto n.º 3.52. que *«Com o objectivo de alcançar um modelo sustentável nos sistemas de cuidados de saúde para trabalhadores em funções públicas, o custo global orçamental dos sistemas actuais – 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.»*
5. No presente ano económico (2015), as dotações orçamentais do SAD/PSP, decorrem apenas do descontos previstos no art.º 24.º do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de Setembro (desconto dos beneficiários titulares e extraordinários), facto pelo qual, é nosso entendimento que este deve funcionar num regime complementar ao do SNS e SRS, não sendo o Subsistema responsável pelos encargos referidos anteriormente, bem como deverá deixar de o ser em relação aos seguintes encargos, uma vez que os seus beneficiários, além de descontarem, os seus impostos e taxas, em igualdade de circunstâncias como os demais cidadãos (trabalhadores dependentes), descontam também para o seu Subsistema:
 - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica prescritos no SNS e SRS e realizados em entidades prestadoras de cuidados de saúde ao abrigo de convenções com o SNS e SRS;
 - Cuidados Respiratórios Domiciliários prescritos no SNS e SRS e realizados em entidades prestadoras de cuidados de saúde ao abrigo de convenções com o SNS e SRS;
 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
 - Proteção na Doença no Estrangeiro;
 - Encargos com a comparticipação às Farmácias das Regiões Autónomas.

Neste âmbito, encontrando-nos perante o órgão supremo de fiscalização da legalidade das despesas públicas e de julgamento das contas que a lei mandar submeter-lhe, nos termos do art.º 214.º da Constituição da República Portuguesa, e deparando-nos perante encargos que



POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

4/4

constituem preocupação da Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública, dado que importa esclarecer quanto à entidade legalmente e financeiramente responsável pelos mesmos, entendemos apresentá-los no sentido de equacionar a sua apreciação e consequentes esclarecimentos/recomendações que forem entendidas por adequadas.

Mantemo-nos ao dispor para qualquer esclarecimento adicional

Com os melhores cumprimentos

O Director Nacional Adjunto da UORH

José Ferreira de Oliveira
Superintendente

DGTC 24 3 15 5124

Rua Francisco Pedro Curado, Edifício da PSP 1170-139 Lisboa
Telef. +351 21 811 32 00 Fax: +351 21 811 32 35 depsad@psp.pt

12. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS

Entradas DA VI



ASSOCIAÇÃO NACIONAL
**MUNICÍPIOS
PORTUGUESES**

AV. MARAÑOCO E SOUSA, 52
3004-511 COIMBRA
TEL: 239 404 434
FAX: 239 701 760 / 862
E-MAIL: ANMP@ANMP.PT
PESSOA COLECTIVA DE
UTILIDADE PÚBLICA
D.R. II SÉRIE Nº 276 DE 30.11.85
NIF: 501 627 413

Ex. mo Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Conselheiro José Tavares
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069 – 045 LISBOA

V.Ref.ª : DA VI – UAT.1 N/Ref.ª OFI_299/2015 DATA: 20/03/2015

Proc n.º 11/2014 Audit.

Via email : jose.carpinteiro@tcontas.pt

ASSUNTO: AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS- ADSE. REMESSA DAS OBSERVAÇÕES DA ANMP NA QUALIDADE DE PARTE INTERESSADA NÃO AUDITADA.

1.Na sequência da Vossa comunicação acima referenciada permitimo-nos, antes de mais, evidenciar a importância e relevo das questões objeto do Relatório de Auditoria junto, cujo conteúdo, conclusões e recomendações poderão ser um instrumento fundamental para uma reflexão cuidada e para que, de forma rigorosa, se estabeleça o quadro do sistema.

Revela-se, no entanto, difícil, a conjugação do referido desiderato com uma análise apenas parcial do Relatório, uma vez que à ANMP apenas foram disponibilizados extratos do mesmo. Naturalmente, uma abordagem incompleta do documento -- que não na sua íntegra -- não propicia condições a uma apreciação global e sistemática de todos os conteúdos em causa.

Com efeito, o Relatório de Auditoria, nos termos em que foi, por V.Ex.ª, disponibilizado à ANMP, é omisso relativamente a um conjunto de aspetos e matérias, cujo conhecimento é fundamental, impedindo um contributo completo e com o rigor que a ANMP entende ser exigível. Parece-nos, designadamente, que a informação relativa aos Municípios auscultados, bem como relativa aos argumentos ou contributos dos mesmos para o presente Relatório, é de cariz determinante, por forma a que a ANMP possa, desde logo, compreender se as preocupações dos Municípios estão alinhadas com os pontos críticos que, no âmbito do funcionamento do subsistema da ADSE, são apontados pela generalidade dos nossos associados, ou se estamos perante circunstâncias mais particularizadas.



ASSOCIAÇÃO NACIONAL
MUNICÍPIOS
PORTUGUESES

AV. MARQUÊS E SOUSA, 52
3004-511 COIMBRA
TEL: 239 404 434
FAX: 239 701 760 / 862
E-MAIL: ANMP@ANMP.PT
PESSOA COLECTIVA DE
UTILIDADE PÚBLICA
D. R. Nº SÉRIE Nº 276 DE 30.11.85
NIF: 501 627 413

A ANMP lamenta, na medida exposta, a metódica utilizada por V.Ex.ªs, no âmbito do presente procedimento de recolha de contributos relativos ao Relatório acima.

Acresce ao expendido o facto de, apesar de a ANMP representar os Municípios Portugueses, esta Associação não exercer quaisquer poderes de tutela ou superintendência sobre os seus Associados, sendo este um ponto particularmente importante na medida em que reforça a necessidade de audição, individualizada, de todos os Municípios integrados no processo de auditoria que deu origem ao Relatório em análise.

2. Relativamente à questão das dívidas da Administração Local à ADSE – abordada, designadamente, no ponto 75, página 10, no ponto 11, página 100, e ponto 11.1.1. página 106, todas do Relatório – não pode deixar de evidenciar que este é um problema se arrasta há já vários anos e que se, num contexto mais recente, até se poderá admitir que “ (...) as notas de reembolso contêm o detalhe suficiente para as entidades poderem confirmar o cuidado de saúde prestado ” (como vem referido no Relatório), de forma alguma poderemos extrapolar esta conclusão para um passado menos recente. As dificuldades na disponibilização, por parte da ADSE, de um suporte documental adequado, rigoroso e perceptível, que permitisse aos Municípios obter a informação necessária à boa e integral compreensão das notas de reembolso emitidas, é uma insuficiência do sistema reconhecida por ambas as partes, ADSE e Municípios.

Não se trata, assim, de uma questão – a das dívidas e créditos antigos – que possa ser objeto de uma leitura descontextualizada, devendo, na opinião da ANMP constar do Relatório este importante elemento contextual que permitirá uma perceção mais real a justa do que, durante, anos, foram as dificuldades dos Municípios e da ADSE relativamente às questões da faturação, e uma leitura adequada do seu reflexo – sem prejuízo, naturalmente, das questões financeiras – na perpetuação de algumas irregularidades.

Foram, aliás, inúmeras, as diligências da ANMP junto dos competentes membros do Governo, no sentido de apontar a persistência do sistema nestas insuficiências, problema grave e cuja existência foi reconhecida, reforce-se, por ambas as partes envolvidas.

Nesta medida, parece-nos excessiva a conclusão a que chega o ponto 75. já referido, devendo o respetivo conteúdo atender a todos os fatores que, na realidade, contribuíram para este contexto de dívidas que, naturalmente, não poderá ser objeto de qualquer solução a curto prazo.

3. Do conteúdo do V. Relatório de Auditoria emerge, com alguma clareza, as reservas do Tribunal de Contas relativamente aos mecanismos de financiamento da ADSE, sendo inúmeras vezes reforçada a ideia de que o sistema se deveria financiar através de impostos.

Ora, a evolução do sistema de financiamento da ADSE tem sido, na opinião da ANMP, objeto de alterações atípicas geradoras, no mínimo, de perplexidade. Apontamos com especial ênfase as



AV. MARAÑO E SOUSA, 52
3004-511 COIMBRA
TEL: 239 404 434
FAX: 239 701 760 / 862
E-MAIL: ANMP@ANMP.PT
PESSOA COLECCIVA DE
UTILIDADE PÚBLICA
D. R. Nº SÉRIE Nº 276 DE 30.11.85
NIF: 501 627 413

alterações introduzidas, desde 2010, em sede de despesas de beneficiários da ADSE, inscritos neste subsistema em virtude de serem trabalhadores das Autarquias, em estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde. Referimo-nos ao sistema de retenções aos orçamentos municipais, imposto pelas sucessivas Leis do Orçamento do Estado, até ao passado ano de 2014, com base em médias e valores estimados, em prejuízo de um sistema de faturação justo e real.

Embora no presente ano de 2015 se perspetive que esta situação possa vir a ser alvo de alguma evolução -- pela norma constante do artigo 154.º do Orçamento do Estado para o presente ano, aprovado pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de Dezembro, que poderá vir a introduzir algumas correções ao sistema -- o certo é nos parece fundamental que o Relatório chame à colação alguma reflexão, também, sobre a atipicidade e falta de clareza deste mecanismo que chegou, inclusivamente, a ser objeto de contencioso junto dos Tribunais que, infelizmente, entendendo que se tratava de um ato político do Governo e, como tal, não sindicável naquelas instâncias, se abstiveram de dar continuidade às demandas de vários Municípios.

Este contexto não obsta, no entanto, a que aproveite o presente momento -- em que o Tribunal de Contas aponta um conjunto de pontos críticos ao funcionamento do sistema -- para uma reflexão cuidada sobre a criação e a evolução deste mecanismo. Rematando este ponto, evidencie-se que a ANMP, desde o ano de 2010, se posicionou de forma muito crítica relativamente à imposição deste regime de retenções -- gerador, aliás, das maiores dúvidas de legalidade -- às Autarquias, fazendo questão de manter, junto do Governo, esta posição clara e bem firmada. Parece-nos, pelo exposto, fundamental que o Relatório aborde e contextualize, também, esta importantíssima questão (designadamente em sede do ponto 7.1.2 do V. Relatório, página 24 relativo ao *Modo de Financiamento dos Benefícios* e ponto 9, página 67 do Relatório).

4. Já quanto ao problema da incidência dos descontos (abordado no ponto 90 das Conclusões, página 22 do Relatório, bem como no ponto 40 das Recomendações ao Director-Geral de Protecção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, página 28 do Relatório e, especificamente no que respeita a Administração Local, no ponto 11.3 da pag. 21, do Relatório) é importante reforçar que, como bem refere o Relatório *“Entre 2012 e 2013 verificou-se uma evolução nas bases de incidência de desconto e da contribuição da entidade empregadora que pode suscitar diversas interpretações da lei.”*.

Trata-se, infelizmente, de um contexto de insegurança jurídica que não é exclusivo desta matéria ou área, sendo frequente o legislador atual avançar e recuar nas soluções normativas, de forma pouco compreensível e, sobretudo, pouco compatível com o rigor e segurança jurídica que seria desejável, desde logo, em matéria conexas com as remunerações dos trabalhadores em funções públicas.

Ora, este tipo de contexto normativo -- pouco estável -- propicia a existência de divergências e, no caso, o facto de a base de incidência de descontos ter, desde 31 Julho de 2013 (com a entrada em vigor do Decreto-lei n.º 105/2013, de 30 de Julho) sido limitada à remuneração base sem que todas



ASSOCIAÇÃO NACIONAL
**MUNICÍPIOS
PORTUGUESES**

AV. MARAÑO E SOUSA, 52
3004-511 COIMBRA
TEL: 239 404 434
FAX: 239 701 760 / 862
E-MAIL: ANMP@ANMP.PT
PESSOA COLECTIVA DE
UTILIDADE PÚBLICA
D. R. II SÉRIE Nº 276 DE 30.11.85
NIF: 501 627 413

as entidades, designadamente, alguns Municípios (e várias entidades da Administração Central) não terem adaptado os respetivos procedimentos em conformidade, na verdade resultou numa transferência, indevida e em excesso, de verba a favor dos cofres da ADSE.

Nestes termos, sem prejuízo da posição do trabalhador, entende a ANMP que, no seu essencial, estamos perante uma questão de devolução, por parte da ADSE, dos valores indevidamente recebidos, com a colaboração, naturalmente, dos Municípios, na identificação das verbas indevidamente entregues àquela Direcção-Geral.

5. Importa, por fim, relativamente e a propósito do futuro do sistema – adiantado e abordado, em parte, no ponto 13.2., na página 126.º do Relatório, a propósito dos “Encargos com o regime livre não suportados pela Direcção-Geral de Protecção Geral dos Trabalhadores em Funções Públicas” -- clarificar que qualquer perspetivação de mudanças no funcionamento do esquema de benefícios e financiamento da ADSE deve ser estudada criteriosamente, de forma global e coerente, procurando soluções de reforma “inteira do sistema”, estruturais, e não medidas atomizadas e atípicas, que apenas retiram ao sistema clareza e coerência.

Parece-nos, ainda, que no atual contexto, esta reflexão, por parte dos Municípios, resultará num diálogo importante e rico, em que cada Município preconizará, naturalmente, a solução que, individualmente, melhor se adapte ao seu perfil, ao perfil dos seus trabalhadores e famílias e, obviamente, à sua condição financeira.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretário-Geral

Rui Solheiro

DTTC 31 3 15 5549

13. DIREÇÃO-GERAL DE PLANEAMENTO E GESTÃO FINANCEIRA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA Direção-Geral de Planeamento e Gestão Financeira

Exmo. Senhor
Diretor-Geral do
Tribunal de Contas
Avenida da República 61

1069-045 - LISBOA

V/ Ref.º:

Data:

N/ Ref.º:

Data:

728/2015

2015-03-20

ASSUNTO: **Auditoria - ADSE**

Na sequência da notificação, que nos foi feita na qualidade de parte interessada, não auditada, relativamente ao Proc. nº 11/2014, e face às conclusões e recomendações resultantes do relatório de auditoria desse Tribunal, vimos em resposta informar o seguinte:

1. Em janeiro de cada ano é procedimento informar os estabelecimentos de ensino, das alterações introduzidas ao processamento das remunerações, resultantes da entrada em vigor da Lei do Orçamento de Estado.
2. Assim, em 2013, através do ofício-circular nº 3/DGPGF/2013, de 8 de janeiro, informamos os estabelecimentos de ensino que *"os suplementos remuneratórios, passavam a constar da base de incidência contributiva para a CGA e ADSE"*, nos termos do art.º 8- A da Lei nº 53-D/2006, de 29/12, e art.º 77º do Dec.Lei nº 36/2013, de 11/03.
3. A informação prestada foi apenas relativamente a suplementos remuneratórios, pelo que não temos conhecimento que os estabelecimentos de ensino tenham feito incidir tal desconto sobre outros abonos, além dos suplementos remuneratórios e da remuneração base.
4. Até ao final de 2013, e quanto à incidência de descontos para a ADSE, não voltou a ser prestada nova informação, por parte desta Direção-Geral, tendo apenas sido prestada informação quanto à alteração da taxa contributiva, que passou a ser aplicável por força do Dec.Lei nº 105/2013, de 30 de julho, naquele ano.
5. Face à alteração da base de incidência contributiva para a ADSE, determinada pelo Dec. Lei nº 105/2013, e às recomendações do relato de auditoria, irá ser divulgada informação junto dos estabelecimentos de ensino, quanto à mencionada alteração, e da necessidade de realizarem as correções devidas no caso de se apurarem valores de desconto para a ADSE incorretamente efetuados no período a partir de 31.07.2013.

Com os melhores cumprimentos,

O Subdiretor-Geral

LUÍS MIGUEL
BERNARDO
FARRAJOTA

Assinado de forma digital por LUÍS MIGUEL BERNARDO FARRAJOTA
DN: cn=LUÍS MIGUEL BERNARDO FARRAJOTA,
ou=Caboço Português,
ou=Instituto da Qualidade do
Caboço, ou=BERNARDO FARRAJOTA,
serialNumber=1000000000,
serialNumber=1000000000, ou=LUÍS
MIGUEL BERNARDO FARRAJOTA
Date: 2015.03.20 16:59:02 Z

Av. 24 de Julho, 134 - 3º, 1350-346 Lisboa
Tel.: (+351) 21 394 92 03 / 46 – Email: geral@dggpf.mec.pt

DGTC 25 3 15 5199



14. DIREÇÃO-GERAL DA ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA E ADUANEIRA

Director-Geral

De: Gabinete Diretor Geral da AT <dg-at@at.gov.pt>
Enviado: 27 de maio de 2015 18:15
Para: Director-Geral
Assunto: Auditoria ao sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas - ADSE
Anexos: Informação 1041_2015_DSIRS.pdf

Exmos Srs

Encarrega-me a Sra Diretora-Geral de remeter em ficheiro anexo as observações da AT consideradas pertinentes no âmbito da auditoria identificada em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos

Rui Sousa Dias

E DGTC 9105 2015/5/28



000000229591

Gabinete Diretora Geral da AT
 Rua da Prata, nº 10 - 2º - 1099-013 Lisboa
 Geral: (+351) 218 812 600 - Fax: (+351) 218 812 938
 CAT - Centro de atendimento telefónico - (+351) 707 206 707
 E-mail: dg-at@at.gov.pt Visite-nos em www.portaldasfinancas.gov.pt

⚠ Este e-mail contém informação privilegiada e confidencial. Caso não seja o destinatário pretendido, não deve divulgar esta informação a terceiros nem a meios de comunicação social. Se não for o destinatário pretendido, deverá ser destruído e não deve ser utilizado para qualquer fim. Obrigado pela atenção.

*Ao DAVI
 POR SE TRATAR
 DE UMA AUDITORIA
 REALIZADA POR ESSE
 DEPARTAMENTO
 27/05/2015*
Luís...
A. D. II
2015.05.27


Aviso de Confidencialidade: Este e-mail e quaisquer ficheiros informáticos com ele transmitidos são confidenciais, podem conter informação privilegiada e destinam-se ao conhecimento e uso exclusivo da pessoa ou entidade a quem são dirigidos, não podendo o conteúdo dos mesmos ser alterado. Caso tenha recebido este e-mail indevidamente, queira informar de imediato o remetente e proceder à destruição da mensagem e de eventuais cópias.

Limitação de Responsabilidade: Como o correio eletrónico pode ser afetado por dificuldades técnicas ou operacionais, não se garante a sua receção de forma adequada e atempada. Quaisquer comunicações que devam observar prazos, deverão também ser enviadas por correio ou fac-símile. Qualquer opinião expressa na presente mensagem é imputável à pessoa que a enviou, a não ser que o contrário resulte expressamente do seu texto. É estritamente proibido o uso, a distribuição, a cópia ou qualquer forma de disseminação não autorizada deste e-mail e de quaisquer ficheiros nele contidos. O correio eletrónico não garante a confidencialidade dos conteúdos das mensagens. Caso o destinatário deste e-mail tenha qualquer objecção à utilização deste meio deverá contactar de imediato o remetente.

Confidentiality Warning: This e-mail and any files transmitted with it are confidential and may be privileged and are intended solely for the use of the individual or entity to whom they are addressed. Their contents may not be altered. If you are not the intended recipient of this communication please notify the sender and delete and destroy all copies immediately.

Liability Limitation: As e-mail can be subject to operational or technical difficulties, the quality of reception may be affected and may be subject to time delays. Therefore, communications that are subject to deadlines should also be sent by post or fax.

Unless otherwise stated, all views and opinions herein contained are solely the expression of the sender. Any unauthorised direct or indirect use, dissemination, distribution or copying of this message and any attachments is strictly prohibited. Please note that the confidentiality of e-mail messages cannot be guaranteed. If the recipient of this message objects to the use of Internet e-mail, please notify the sender immediately.

1



AT
autoridade
tributária e aduaneira

Sec. Apoio Gabinete do Diretor-Geral	
Entrada N.º <u>10858</u>	Saida <input type="checkbox"/>
Edição <u>20/05/2015</u>	Código <input type="checkbox"/>
Rubrica <u>10858</u>	Rubrica <u>DIREÇÃO DE SERVIÇOS DO IMPOSTO SOBRE O RENDIMENTO DAS PESSOAS SINGULARES</u>

Classificação: 040.01.04
Segurança:

Divisão de Conceção

Despacho n.º _____
Data _____
Anotações _____

Despacho:

Analisar e propor a de proposta
a enviar ao Tribunal de Contas.
Informar-me sua conformidade.

27.05.2015
Helena Alves Borges
Diretora-Geral

Concordo, cf. nota de de
de i. p. com o em conformidade.

A considerar superior.
26.05.2015
A Subdirectora-Geral

(Teresa Gil)

Parecer n.º _____
Data _____
Anotações _____

Parecer:

Confirmo.
A Consideração Superior
DSIRS, 22.05.2015
[Assinatura]

INFORMAÇÃO

N.º 1041/15

Data _____

Proc. 2904/2015

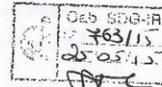
Contribuinte 600084779

Técnico Responsável

Isabel Martins

Assunto: NOTIFICAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS - AUDITORIA AO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS

GABINETE DO DIRETOR GERAL



MOD. 8.3

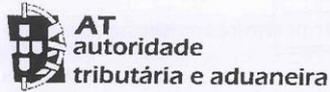
Av.ª Eng.ª Duarte Pacheco, 28 - 6.ª - 1099-013 LISBOA
Email: dsirs@at.gov.pt

www.portaldasfinancas.gov.pt

Tel: (+351) 21 383 42 00

Fax: (+351) 21 383 46 31

Centro de Atendimento Telefónico: (+351) 707 206 707



DIREÇÃO DE SERVIÇOS DO IMPOSTO SOBRE O RENDIMENTO
DAS PESSOAS SINGULARES
Divisão de Conceção

Deu entrada nestes serviços, vindo do Gabinete do Sra. Diretora Geral da Autoridade Tributária e Aduaneira, um pedido para que a Direção de Serviços do IRS se pronuncie no que respeita ao extrato do relato de auditoria elaborado pela Direção-Geral do Tribunal de Contas/Departamento de Auditoria (o qual se dá por integralmente reproduzido), subordinado a matéria sobre o sistema de proteção social dos trabalhadores em funções públicas – ADSE, recomendando à Sra. Ministra das Finanças e ao Conselho de Administração da Autoridade Tributária e Aduaneira as seguintes medidas:

1. Proceder à revisão da informação vinculativa da Autoridade Tributária emitida no Proc.n.º 1448/2010 "Descontos para a ADSE efetuados por trabalhador enquadrado no regime geral da Segurança Social Enquadramento em IRS" considerando a inadequação do seu fundamento e, se necessário, propor a revisão da legislação que sustenta a diferença de tratamento dos descontos inscritos na ADSE até 2005 e após essa data.

Apenas na situação em que se demonstre que o sistema previdencial de segurança social suporta despesas com a prestação de cuidados de saúde é que será admissível considerar a existência de dupla cobertura.

2. Apresentar proposta de alteração do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares com vista a:

- . Eliminar, considerando a equidade fiscal, a dedução fiscal dos descontos facultativos para sistemas de saúde, como os descontos dos quotizados da ADSE, os prémios de seguros voluntários de saúde e as contribuições pagas a associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos;
- . Permitir a dedução da totalidade da despesa com a prestação de cuidados de saúde, ainda que paga por intermédio da entidade gestora dos sistemas de saúde.

3. Propor a realização de um estudo que quantifique o efeito substitutivo dos sistemas de saúde SNS e suporte a definição de uma taxa, real e objetiva, de dedução das despesas de saúde, eliminando o limiar máximo.

Exposto o assunto cumpre prestar a seguinte informação:

1- No que concerne à recomendação mencionada no ponto 1 do relato, sobre a diferença de tratamento fiscal dos inscritos na ADSE e à proposta de revisão da informação contida no Proc.n.º 1448/2010 "Descontos para a ADSE efetuados por trabalhador enquadrado no regime

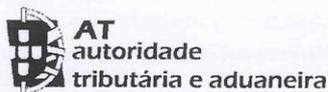
geral da Segurança Social Enquadramento em IRS”, importa desde logo informar que no âmbito do Proc. 3578/2012 foi reapreciada esta matéria na Direção de Serviços do IRS, bem como, dada a existência de dúvidas quanto ao regime legal, pronunciou-se também a Direção de Serviços do Consultoria Jurídica e Contencioso, Parecer N.º 102/2014, quanto à determinação do sentido e alcance da locução legal “contribuições obrigatórias para subsistemas legais de saúde”, insita no n.º 2 do artigo 25.º do CIRS, para se determinar se, em face dos demais normativos aplicáveis, designadamente do artigo. 16.º da Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro e do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, se deveria operar uma distinção entre contribuições obrigatórias efetuadas por trabalhadores que se encontram inscritos na ADSE sem terem efetuado uma opção por essa inscrição e os trabalhadores aos quais foi legalmente conferida tal opção. Neste sentido, tendo em conta a análise ao regime jurídico que regula o Subsistema legal de saúde administrado pela Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, a sua natureza jurídica, o regime de inscrição e a natureza das respetivas contribuições, concluiu-se o seguinte:

a) O Subsistema de Saúde Administrado pela ADSE constitui um Subsistema Legal de Saúde, cuja proteção que assegura não tem natureza meramente complementar, e cujas Contribuições efetuadas pelos respetivos beneficiários titulares são Obrigatórias para os efeitos do disposto no artigo 25.º do CIRS;

Destarte, as Contribuições efetuadas para a ADSE por todos os seus beneficiários actuais, sem exceção, são objeto de dedução específica, nos termos do disposto no artigo 25.º do CIRS, não do benefício fiscal previsto no artigo 74.º do EBF.

b) Este entendimento foi sancionado por despacho do Substituto Legal do Sr. Diretor-Geral, datado de 2014-05-29, passando a considerar-se que as contribuições efetuadas para a ADSE por todos os seus beneficiários têm natureza pública e caráter obrigatório, sem exceção, afastando-se do regime legal dos valores abrangidos na previsão do art. 74.º do EBF, sendo objecto de dedução específica nos termos do disposto no artigo 25.º do CIRS.

c) Face a este novo entendimento, fica sem efeito aquele outro, elaborado no âmbito de um pedido de informação vinculativa, aplicável ao caso concreto e passível de ser revogado após um ano a contar da sua prestação, com a salvaguarda dos direitos e interesses legítimos anteriormente constituídos, n.º 16 do art. 67.º da Lei Geral Tributária.



DIREÇÃO DE SERVIÇOS DO IMPOSTO SOBRE O RENDIMENTO
DAS PESSOAS SINGULARES
Divisão de Concessão

2- Relativamente à recomendação constante do ponto 2, alteração do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares para eliminar, considerando a equidade fiscal, a dedução fiscal dos descontos facultativos para sistemas de saúde, como os descontos dos quotizados da ADSE, os prémios de seguros voluntários de saúde e as contribuições pagas a associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos importa tecer as seguintes considerações:

a) No passado recente foi nomeada a Comissão para a Reforma do Imposto Sobre o Rendimento de Pessoas Singulares para com base numa avaliação ao sistema do IRS, nos diversos estudos e trabalhos realizados propor alterações estruturais do sistema.

b) O trabalho desenvolvido pela Comissão culminou na elaboração de diversas propostas de alteração legislativa, que tiveram consagração na Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro, que procedeu à reforma da tributação das pessoas singulares, alterando o Código do Imposto Sobre o Rendimento Pessoas Singulares.

c) No âmbito da reforma do IRS entendeu o legislador ser de manter a dedução respeitante às contribuições obrigatórias para regimes de proteção social e para subsistemas legais de saúde, conforme n.º 2 do art. 25.º do Código do IRS.

d) A este propósito e em abono da manutenção desta dedução específica da categoria A refira-se que, no âmbito do parecer elaborado pela DSCJC (anteriormente mencionado), ficou explícito que, mantém-se a qualificação da ADSE como um *"Subsistema Legal de Saúde e não tendo caráter meramente complementar em relação à proteção na saúde dos respetivos beneficiários, forçoso é de concluir que as Contribuições pagas pelos mesmos beneficiários são obrigatórias, para os efeitos do disposto no n.º 2 do art. 25.º do CIRS, até porque, o seu caráter obrigatório é inquestionável durante o período de validade da respetiva inscrição. Acrescendo ainda o facto de que, tendo natureza pública e sendo uma receita cobrada por uma entidade pública, integrada na Administração Direta do Estado, é de cobrança coerciva com recurso ao Processo de Cobrança Fiscal nos termos do disposto no art. 64.º-A do Decreto-Lei n.º 118/83, aditado pelo n.º 2 do art. 195.º da Lei n.º 64-B/2011, alteração está que demonstra a sua natureza pública, afastando-se do regime legal dos valores abrangidos na previsão do art. 74.º do EBF."*

e) Mais refere que, *"o regime de proteção na saúde assegurado pela ADSE visa a garantia da proteção na saúde em cumprimento do Direito Económico, Social e Cultural à Saúde, a que se refere o artigo 64.º da Lei Fundamental, sendo este caráter não complementar uma característica*

dos Subsistemas legais de saúde ou dos Regimes de Segurança Social abrangidos pelo art. 25 do CIRS.”

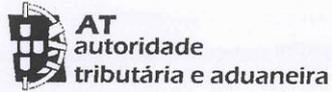
f) Por outro lado, a Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro, veio revogar o art. 74.º do Estatuto dos Benefícios Fiscais que previa uma dedução à coleta dos prémios de seguros de saúde e outras contribuições equiparadas, tendo contemplado na al. b) do n.º 1 do art. 78.º-C, aditado pela citada lei, como dedução à coleta integrada nas despesas de saúde, as importâncias que correspondam a prémios de seguros ou contribuições pagas a associações mutualistas ou instituições sem fins lucrativos que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde.

g) Atendendo a que nos termos do art. 104.º da Constituição da República Portuguesa, os impostos são criados por lei, que determina a incidência, a taxa, os benefícios fiscais e as garantias dos contribuintes, sendo esta matéria da competência exclusiva da Assembleia da República, podendo o Governo legislar mediante uma autorização da Assembleia, e considerando as opções políticas subjacentes às alterações legislativas que obtiveram consagração na reforma do IRS, contempladas na Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro, cabe à DSIRS enquanto organismo executivo apenas a sua implementação técnica,

3- No ponto 3 do relato é recomendada a realização de um estudo que quantifique o efeito substitutivo dos sistemas de saúde SNS e suporte a definição de uma taxa, real e objetiva, de dedução das despesas de saúde, eliminando o limiar máximo.

a) Pelas razões já mencionadas nas observações sobre o ponto g), 2, bem como atendendo às opções políticas subjacentes e subsequentes alterações legislativas ao Código do IRS, no caso das deduções à coleta respeitantes a despesas de saúde não se verificaram alterações relevantes na qualificação das mesmas, encontrando-se limitadas a 15% do valor suportado com o limite global de € 1 000,00.

b) Considerando ainda que esta matéria é particularmente sensível, estando o conceito de “despesas de saúde” relacionado com garantias dos cidadãos constitucionalmente consagradas no art. 64.º da Constituição da República Portuguesa, afigura-se que caberá ao órgão de tutela determinar a realização do estudo proposto, competindo posteriormente à DSIRS, avaliar o efeito da recomendação proposta com base nos elementos que disponha.



AT
autoridade
tributária e aduaneira

DIREÇÃO DE SERVIÇOS DO IMPOSTO SOBRE O RENDIMENTO
DAS PESSOAS SINGULARES
Divisão de Conceção

À Consideração Superior,
DSIRS/DC, 21 de maio de 2015

A Inspectora Tributária
Isabel Martins
Isabel Martins

CONFIRMO
À consideração superior
José Vaz
O Chefe de Divisão
José Vaz
José Vaz