

ADSE: Contributos para reflexão e debate sobre o seu futuro

O presente estudo tem como base a intervenção que fiz num debate realizado no dia 12.4.2016 na Ordem dos Médicos. Numa altura em que é necessário que os trabalhadores e os aposentados da Função Pública, beneficiários titulares e exclusivos financiadores da ADSE façam esse debate até porque, por um lado, ele está a ser feito já no espaço público e, por outro lado, o atual governo nomeou uma “comissão de sábios” que, de acordo com o despacho 3177-A/2016 que a constituiu, terá de apresentar até ao dia 30 de junho de 2016, uma proposta de projeto de enquadramento e regulação que contemple a revisão do modelo institucional, estatutário e financeiro da ADSE de acordo com o previsto no Programa do Governo e, tendo em conta, as Recomendações do Tribunal de Contas”, comissão essa donde foram excluídos os principais interessados (os trabalhadores e aposentados da Função Pública), pareceu-me útil divulgar essa intervenção. Portanto, este estudo é apenas um contributo para esse debate. **No entanto, queremos já esclarecer, que ele assim como as propostas que nele constam são apenas da responsabilidade e só vinculam o seu autor.**

1. A ADSE : missão e o que é de facto

De acordo com a informação que consta do seu “site”, a **ADSE -Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Pública-** é um Serviço Integrado do Ministério da Saúde, dotado de autonomia administrativa que tem a responsabilidade de gerir o sistema de proteção social dos trabalhadores do sector público administrativo. A ADSE financia as despesas realizadas pelos beneficiários com o tratamento, reabilitação e vigilância da saúde. Participa, na verificação da doença (visitas domiciliárias e Junta médica).

São beneficiários os trabalhadores e aposentados da Função Pública (os *chamados beneficiários titulares*) desde que que não sejam abrangidos por qualquer outro subsistema de saúde integrado na Administração Pública, assim como os dependentes dos titulares: cônjuges, descendentes e ascendentes ou equiparados. O esquema de benefícios da ADSE encontra-se regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 118/83 de 25 de fevereiro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30.12.2005.

A missão da ADSE, segundo a informação que consta também seu “site”, seria assegurar aos trabalhadores da Administração Pública e seus familiares **o acesso efetivo** à proteção social no âmbito dos cuidados de saúde e prestar apoio aos beneficiários, nomeadamente quando se encontrarem numa situação de grave e continuada carência económica.

Portanto, como a ADSE não possui uma rede própria de serviços, não presta diretamente serviços de saúde, mas através de convenções e do sistema de reembolsos, facilita o acesso a serviços de saúde prestado essencialmente por entidades privadas de saúde. Face às dificuldades enfrentadas pelo SNS para prestar serviços de saúde de forma imediata em certas áreas, causadas fundamentalmente pelo estrangulamento financeiro a que tem sido sujeito pelos sucessivos governos, a ADSE surge como a entidade que **facilita esse acesso** e, para o ter, os beneficiários pagam um determinada contribuição. Portanto, a ADSE não substitui o SNS – os seus beneficiários como quaisquer portugueses pagam impostos que suportam o funcionamento do SNS e têm direito aos serviços prestados por ele – mas funciona como meio complementar de acesso. Também não cria desigualdades, porque esta facilitação do acesso tem como contrapartida, para quem o possui, um custo que é o pagamento de prestação suplementar que não é paga por quem não tem este acesso facilitado.

A ADSE, sendo o seu âmbito apenas aos trabalhadores e aposentados da Função Pública, com a dimensão que tem atualmente, não representa, a nosso ver, um instrumento que provoque uma corrosão significativa ao SNS. Face aos cortes na

ADSE: contributos para o debate sobre o seu futuro

despesa que tem sofrido o SNS (**Despesa total do SNS, segundo o Ministério da Saúde, 2010: 10.455 milhões €; 2011: 9.571 milhões €; 2012: 9.073 milhões €; 2013: 8.829 milhões €; 2014: 8.872 milhões €; 2015: 8.925 milhões €; 2016(P): 8.933 milhões €, e em 2016 há um acréscimo automático de 130 milhões € na despesa do SNS resultante da reposição dos cortes salariais**); repetindo, face aos cortes que os sucessivos governos têm imposto na despesa do SNS (e não se prevê que tal situação se venha alterar a curto prazo, veja-se o que acontece em 2016), o que tem criado dificuldades graves ao seu funcionamento e causado a degradação dos serviços de saúde prestados à população por este, a ADSE tem aliviado a pressão sobre o SNS, à custa de uma prestação suplementar paga pelos beneficiários. O seu alargamento a outros setores da sociedade, como alguns defendem, para além de causar o desvirtuamento e degradação (com o tempo transformar-se-ia num puro seguro de saúde, o que não é agora), determinaria a sua transformação num forte instrumento de corrosão e destruição do SNS, nomeadamente pelo volume de meios financeiros que naturalmente teria e pelo impulso e apoio que daria ao setor privado da saúde.

2. A ADSE NÃO É UM SEGURO DE SAÚDE, POIS TEM CARACTERÍSTICAS MUITO DIFERENTES DE UM SEGURO DE SAÚDE PRIVADO

Contrariamente ao que muitas vezes se pensa e diz a **ADSE não é nem tem caraterísticas de um seguro de saúde privado**. E isto por várias razões.

Em primeiro lugar, e isto é uma caraterística fundamental que a diferencia dos seguros de saúde privados, o seu objetivo não é o lucro como acontece nos seguros de saúde privados. Para estes a saúde é um meio para obter lucro.

Em segundo lugar, uma caraterística importante da ADSE, que a diferencia radicalmente dos seguros de saúde privados, é que ela assenta na solidariedade interprofissional o que não acontece num seguro de saúde privado. A contribuição de cada beneficiário é proporcional ao seu rendimento, não sendo igual para todos como acontece nos seguros privados de saúde, embora todos tenham os mesmos direitos. O quadro seguinte, retirado do Relatório de Atividade da ADSE, mostra de uma forma clara as diferenças de contribuições dos diferentes beneficiários titulares da ADSE.

Quadro 1- Contribuições dos beneficiários titulares da ADSE em 2014 por escalões de valor de contribuições

CAPACIDADE CONTRIBUTIVA MENSAL DO BENEFICIÁRIO TITULAR - 2014

Grupos de entidades	Isentos	0 - 20€	20 - 40€	40 - 60€	60 - 80€	80 - 100€	≥100€
Acordos de Capitação		931	2.952	637	578	118	199
Aposentados		4.657	126.627	39.759	31.430	55.851	36.581
Administração Local		19.558	66.044	18.101	4.541	3.324	1.177
Serviços Autónomos	41.616	6.599	39.162	39.314	18.803	10.113	2.375
Região dos Açores		142	124	41	17	10	11
Região da Madeira		971	4.370	1.894	1.979	520	309
Serviços Integrados		21.971	36.106	37.417	63.449	33.543	18.840
Total	41.616	54.829	275.385	137.163	120.797	103.479	59.492

FONTE; Relatório de Atividades da ADSE – 2014

Em 2014, 41.616 beneficiários titulares da ADSE estavam isentos do pagamento de contribuições porque as suas pensões eram inferiores ao salário mínimo nacional; 54.829 tinham contribuições até 20€ por mês; 275.385 tinham contribuições entre 20€ e 40€ por mês; 137.163 com contribuições entre 40€ e 60€ por mês; 120.797 com contribuições entre os 60€ e os 80€ por mês; 103.479 com contribuições entre os 80€ e 100€ por mês; e 59.492 cujas contribuições eram iguais ou superiores a 100€ por mês. Portanto contribuições diferenciadas de acordo com os diferentes rendimentos dos titulares, apesar de terem idênticos direitos, o que não acontece num seguro privado de saúde.

ADSE: contributos para o debate sobre o seu futuro

Outra característica importante é aquela que ressalta dos dados do quadros 2 e 3.

Quadro 2 – Reembolsos a beneficiários por escalão etário e por custo médio per-capita por escalão 2013 e 2014

Escalão etário	N.º Beneficiários		10 ³ €		Custo médio (€)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
<20	91.434	82.309	14.275,5	12.881,3	156,13	156,50
20-30	27.742	31.134	4.761,4	5.150,5	171,63	165,43
30-40	34.040	23.986	6.242,4	4.285,2	183,38	178,65
40-50	66.741	62.289	12.774,5	11.379,2	191,40	182,68
50-60	86.599	82.936	21.115,9	19.418,6	243,84	234,14
60-70	91.371	94.711	29.172,8	28.821,4	319,28	304,31
70-80	55.086	60.602	22.602,7	23.703,0	410,32	391,13
>80	28.360	33.898	17.977,6	20.908,8	633,91	616,81
Total	481.373	471.865	128.922,8	126.548,0	267,82	268,19

FONTE; Relatório de Atividades da ADSE - 2014

Como revelam os dados do quadro, em 2014, 189.211 (40,1%) beneficiários da ADSE que utilizaram o **sistema livre** (de reembolsos) tinha idades superiores a 60 anos (33.898 tinham mesmo idade superior a 80 anos), com custos médios per-capita que variavam entre 304€ e 616,8€ , portanto muito superiores à custo médio per-capita que era de 268,19€. E aos com custos médios muito elevados não é vedado o acesso à ADSE, nem lhes é exigida uma contribuição superior com acontece nos seguros de saúde privados.

Quadro 3 – Beneficiários do regime convencionado por escalões etários e por custo médio anual – 2013 e 2014

Escalão etário	N.º Beneficiários		10 ³ €		Custo médio (€)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
<20	161.426	165.122	18.637,3	19.611,7	115,45	118,77
20-30	49.696	49.863	9.249,1	9.425,3	186,11	189,02
30-40	72.959	63.761	21.232,2	18.555,3	291,02	291,01
40-50	129.485	128.692	35.727,8	37.281,1	275,92	289,69
50-60	164.705	164.621	56.284,4	58.815,4	341,73	357,28
60-70	151.086	156.568	67.410,2	70.983,1	446,17	453,37
70-80	87.842	91.947	51.010,3	55.123,6	580,71	599,52
>80	44.926	48.060	28.964,9	30.010,9	644,72	624,45
Total	862.125	868.634	288.516,2	299.806,6	334,65	345,15

FONTE; Relatório de Atividades da ADSE - 2014

No regime convencionado, a realidade é semelhante à que se verifica no sistema livre. Em 2014, 296.575 (34,1%) beneficiários da ADSE que utilizaram o **sistema convencionado** tinham idades superiores a 60 anos (48.060 tinham mesmo idade superior a 80 anos), com custos médios anuais per-capita que variavam entre 453,37€ e 624,45€ , portanto muito superiores ao custo médio per-capita total que era de 345,15€. E também a estes não é vedado o acesso à ADSE, nem lhes é exigida uma contribuição mais elevada com acontece nos seguros de saúde privado

ADSE: contributos para o debate sobre o seu futuro

Um aspecto que é muitas vezes esquecido pelos beneficiários titulares que contribuem com valores superiores (os que, por ex., tem contribuições superiores a 100€ por mês referidas anteriormente) é que são compensados dessas contribuições mais elevadas, quando alcançam idades mais avançadas, pois embora os seus custos médios suportados pela ADSE aumentem bastante com o aumento da idade e sejam muito superiores às suas contribuições, estas não aumentam por esse facto. A solidariedade interprofissional e intergeracional funciona agora em benefício deles. Este é uma característica que diferencia a ADSE de um seguro de saúde privado.

3. OS TRABALHADORES E OS APOSENTADOS DA FUNÇÃO PÚBLICA E A ADSE

Uma forma que se tem de conhecer atualmente a opinião dos trabalhadores e aposentados da Função Pública sobre a ADSE, é a análise da variação do numero total dos beneficiários titulares (aqueles que a financiam) da ADSE. E como revelam os quadros 4 e 5, nos últimos anos apenas um pequeno numero renunciou à ADSE apesar da saída ser livre e permitida por lei

Quadro 4 – A evolução dos beneficiários da ADSE

	2013	2014
Titulares/ativo:	523.234	508.100
-Regiões autónomas	38.972	37.940
-Autarquias locais	121.273	117.813
-Administração Direta	361.450	350.984
-Ensino particular	1.539	1.363
Titulares/aposentados	331.582	342.644
Familiares	436.000	424.612
Total	1.290.816	1.275.356

FONTE; Relatório de Atividades da ADSE - 2014

No entanto, o mais importante do que a variação é o numero de renúncias. E isto porque a diminuição pode ser causada também por morte do titular ou então por ter acesso a outro sistema. O quadro 5, do relatório de Atividades de 2014, revela o número de renúncias verificadas no período 2012-2014.

ADSE: contributos para o debate sobre o seu futuro

Quadro 5 – Renúncias à ADSE por grupos – 2013/2014

	Titulares	Familiares	Total
2012	200	140	340
2013	319	109	428
2014	1.614	1.351	2.965

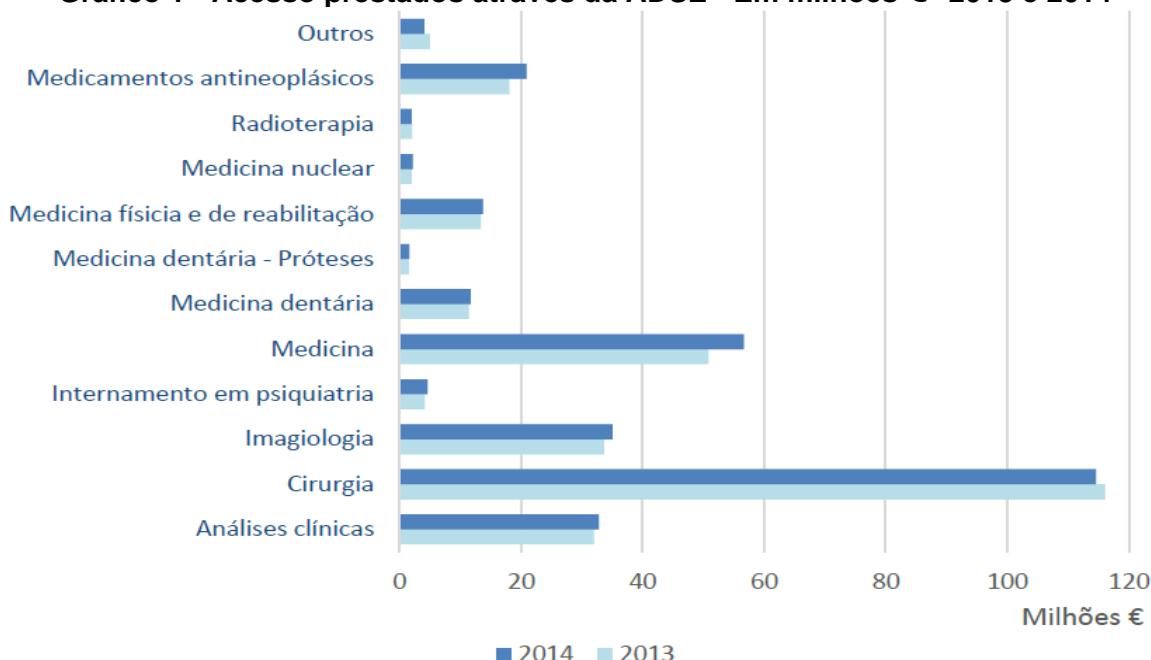
FONTE; Relatório de Atividades da ADSE - 2014

A renúncia de beneficiários titulares somou em três anos apenas 2.133, e elas verificaram-se fundamentalmente devido ao aumento excessivos da taxa contributiva como é fácil de concluir por se ter registado principalmente em 2014.

4. SOBRE O ACESSO RÁPIDO A SERVIÇOS DE SAÚDE DADO PELA ADSE : alguns dados sobre a dimensão da atividade

Como referimos inicialmente a ADSE não possui serviços próprios que preste diretamente serviços de saúde aos seus beneficiários. Ela possui dois sistemas que permitem o acesso a serviços de saúde prestados por outras entidades, nomeadamente privadas, e os beneficiários titulares (trabalhadores e aposentados da Função Pública) pagam uma prestação em dinheiro para terem esse serviço de acesso rápido a serviços de saúde. Para isso, ADSE possui dois regimes: o chamado **regime livre**, em que o beneficiário escolhe o médico ou serviço que pretende ir, paga diretamente esse serviço ao prestador, e depois é reembolsado apenas de uma parcela do custo fixada previamente. O segundo, é o **regime convencionado**, em que o beneficiário escolhe dentro de uma lista de médicos ou serviços privados com os quais a ADSE estabeleceu convenções (contratos), o que precisa, e paga apenas uma parcela reduzida do custo, sendo o restante pago pela ADSE diretamente ao prestador do serviço. Os gráficos seguintes mostram a dimensão desse serviço de acesso rápido a cuidados de saúde obtidos através da ADSE.

Gráfico 1 - Acesso prestados através da ADSE - Em milhões €- 2013 e 2014



ADSE: contributos para o debate sobre o seu futuro

FONTE; Relatório de Atividades da ADSE - 2014

Gráfico 2 – Acesso a cirurgias – Número de beneficiários em 2013 e 2014



FONTE; Relatório de Atividades da ADSE - 2014

Gráfico 3 – Acessos a consultas médicas – Milhares de consultas médicas

	2012	2013	2014
Consultas médicas	2.006	2.165	2.389
Atendimento Médico Permanente	151	159	171
Total	2.157	2.324	2.560

FONTE; Relatório de Atividades da ADSE - 2014

Quadro 4- Número de consultas por beneficiário que teve acesso a consultas

N.º Consultas médicas	N.º Beneficiários		
	2012	2013	2014
1	152.358	161.422	161.217
2	98.227	104.842	108.244
3	66.097	70.994	74.289
4	47.281	51.541	54.663
5	35.044	38.060	40.567
5-10	81.741	89.959	97.312
10-20	29.419	32.475	37.364
20-30	2.939	3.373	4.112
30-40	407	474	585
40-50	76	85	108
> 50	23	28	29
Total	513.612	553.253	578.490

FONTE; Relatório de Atividades da ADSE - 2014

ADSE: contributos para o debate sobre o seu futuro

Finalmente, os dados do quadro 5, dão uma ideia clara do esforço financeiro da ADSE com o regime convencionado e como ele se reparte pelas diversas áreas.

Quadro 5 – Despesa da ADSE em euros com o regime convencionado

ATIVIDADE DO REGIME CONVENCIONADO

	unid.: euros		
	2012	2013	2014
Análises clínicas	37.365.315,72	31.974.773,78	32.788.036,56
Cirurgia	98.803.258,73	116.090.353,78	114.648.619,21
Imagiologia	39.865.850,64	33.673.704,59	35.054.300,26
Internamento em psiquiatria	3.955.399,15	4.130.010,77	4.604.088,71
Medicina	45.358.267,77	50.852.437,22	56.628.079,61
Medicina dentária	10.881.948,88	11.377.083,94	11.697.215,20
Medicina dentária - Próteses	1.573.531,99	1.513.973,58	1.540.683,99
Medicina física e de reabilitação	13.486.932,81	13.376.325,16	13.723.627,04
Medicina nuclear	2.008.864,11	1.995.815,01	2.163.954,68
Radioterapia	1.435.067,72	2.057.011,00	1.995.416,00
Medicamentos antineoplásicos	13.016.668,37	18.007.611,10	20.893.087,07
Outros	4.692.801,97	4.936.935,55	4.069.578,39
Total	272.443.907,86	289.986.035,48	299.806.686,72

FONTE; Relatório de Atividades da ADSE - 2014

Como rapidamente se conclui, e já foi referido anteriormente, é a área da cirurgia, cujos prestadores são principalmente grandes grupos privados de saúde, que levam a maior fatia de despesa do regime convencionado (38,2% da despesa total desde regime)

5. O SISTEMA ATUAL DE FINANCIAMENTO DA ADSE

Os sucessivos governos, e nomeadamente o governo PSD/CDS, alteraram profundamente o sistema de financiamento da ADSE tomando medidas que se traduziram, por um lado, no financiamento da ADSE exclusivamente pelos trabalhadores e aposentados da Função Pública e, por outro lado, em elevados e injustificados saldos líquidos positivos conseguidos à custa de taxas de descontos excessivos que representaram para funcionários e aposentados mais cortes nos seus reduzidos rendimentos como revelam os dados constantes do quadro 6.

Quadro 6 – Custos e receitas da ADSE segundo o seu Relatório de Atividades

RÚBRICAS	2010 Milhões €	2011 Milhões €	2012 Milhões €	2013 Milhões €	2014 Milhões €	2015 Milhões €
RECEITAS						
Orçamento do Estado	260,0	34,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Descontos das Entidades Empregadoras			193,6	182,4	80,2	21,3
Descontos dos beneficiários (Trabalhadores e aposentados)	214,9	221,5	214,7	285,6	520,9	546,0
Reembolsos			49,3	51,6	50,9	40,0
SOMA (Receitas)	474,9	255,9	457,6	519,6	652,0	607,3
DESPESAS						
SNS	0,0	0,0	0,0	35,0	60,0	0,0
Regime convencional	190,8	318,1	238,2	310,8	248,3	317,0
Medicamentos	200,4	91,6	73,6	33,0	8,6	8,7
Regime livre	119,1	140,7	138,2	132,9	126,5	130,0
Despesas administração	8,8	8,9	7,6	7,9	7,8	9,1
SOMA (Despesas)	519,1	559,3	457,6	519,6	451,2	464,8
DIFERENÇA (Receitas-Despesas)	-44,2	-303,4	0,0	0,0	200,8	142,5

FONTE: Relatório de Atividades da ADSE 2014, Plano de Atividades da ADSE 2015

ADSE: contributos para o debate sobre o seu futuro

O Orçamento do Estado deixou totalmente de financiar a ADSE a partir de 2011, e a partir também desse ano as entidades empregadoras, que são os serviços públicos, reduziram progressivamente a sua contribuição, que deixou de existir a partir de 2014. **Portanto, são só os descontos feitos nos salários dos trabalhadores da Administração Pública e nas pensões dos aposentados que financiam atualmente a ADSE.** Para isso, sucessivos governos, e nomeadamente o do PSD/CDS aumentaram as contribuições dos trabalhadores e dos aposentados de 1,5% para 3,5% (*uma subida de 133%*), o que tem determinado elevados saldos positivos, demonstrando que a taxa de desconto é excessiva, tendo acumulado só no ano de 2014 um saldo positivo superior a 200 milhões € e, prevendo a ADSE para 2015 uma saldo também positivo de 142,5 milhões €.

Por outro lado, se olharmos para os custos (*aplicações das receitas obtidas*) conclui-se que, em 2015 por exemplo, foram gastos com o chamado “regime convencionado (médicos privados, clínicas e hospitais privados) 317 milhões de euros e com o “regime livre”, que são também privados, 130 milhões de euros. Por esse facto diz-se, com razão, que a ADSE está a alimentar/financiar o sector privado da saúde com mais de 400 milhões de euros por ano, e que aproveita também os meios financeiros obtidos desta forma para atrair e *desnatar* o SNS de muitos dos seus melhores profissionais pagando remunerações superiores às pagas pelo Estado onde, para além de muitas vezes serem vilipendiados os profissionais de saúde são sujeitos a cortes significativos nas suas remunerações. No entanto, é preciso não esquecer que o próprio SNS, para poder funcionar, recorre a muitos serviços prestados por privados (*uma melhor utilização dos recursos humanos e materiais que o SNS dispõe, determinaria certamente a diminuição da despesa com prestadores privados*).

Os dados quadros 7 e 8, que são oficiais, mostram a dimensão do chamado financiamento dos privados pela ADSE e pelo SNS. :

Quadro 7 – O financiamento dos privados pela ADSE

REGIMES	2010 Milhões €	2011 Milhões €	2012 Milhões €	2013 Milhões €	2014 Milhões €	2015 (P) Milhões €
Regime convencional	190,8	318,1	238,2	310,8	248,3	317,0
Regime livre	119,1	140,7	138,2	132,9	126,5	130,0
SOMA	309,9	458,8	376,4	443,7	374,8	447,0

FONTE; Relatório de Atividades de 2014 e Plano de Atividade de 2015 da ADSE

Quadro 8 – O financiamento dos privados pelo SNS

RÚBRICAS	2014 Milhões €	2015 Milhões €	2016 Milhões €
1-FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS			
1.1. Produtos vendidos em farmácias	1.225,0	1.236,0	1.187,0
1.2. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica e outros contratos	1.370,0	1.333,0	1.300,0
1.3. Parcerias Público-Privadas (PPP)	430,0	438,0	448,0
1.4. Fornecimentos e serviços	643,0	633,0	633,0
SOMA	3.668,0	3.640,0	3.568,0

FONTE: Dados fornecidos aos deputados aquando do debate do Orçamento do Estado de 2016 na Assembleia da República

Em 2015, a despesa do SNS paga a entidades privadas foi 7,4 vezes superior à despesa paga pela a ADSE a privados. No entanto, o SNS é uma entidade prestador de serviços diretos de saúde, enquanto a ADSE é uma entidade que não presta diretamente serviços de saúde, sendo um intermediário que garante o acesso mais rápido a serviços de saúde prestados por privados. E esta é uma diferença importante. No entanto, a mais valia, que não deixa de ser importante para os seus beneficiários, numa área como é a saúde, , pelo qual estes pagam 3,5% das remunerações ou pensões que recebem, o que não deixa de ser significativo, que não é paga por aqueles que utilizam apenas o SNS, é o acesso rápido a certos serviços de saúde. E é preciso não esquecer que os trabalhadores e os aposentados da Função Pública pagam, como quaisquer portugueses, os impostos que financiam também o SNS.

6. OS MODELOS DE GESTÃO PARA A ADSE: vantagens e desvantagens de cada um

A nível de modelos institucionais de gestão da ADSE podem-se considerar, pelo menos, quatro soluções, que interessa analisar e debater profundamente para saber qual é aquela que se adequa melhor à defesa dos interesses e direitos dos trabalhadores e aposentados da Função Pública, que são os beneficiários titulares da ADSE, ou seja, aqueles que a financiam. Sobre elas vamos fazer alguns comentários e exprimir a nossa opinião apenas como contributo para incentivar esse debate. São elas:

- (1) A manutenção da ADSE como uma direção geral, ou seja, tal como existe;
- (2) A transformação da ADSE numa mutua como pretende o governo, e seu eventual alargamento a muitos mais setores da sociedade portuguesa;
- (3) A transformação da ADSE num instituto público de gestão participada, previsto no artº 47º da lei dos Institutos Públicos.
- (4) A extinção pura e simples da ADSE.

4.1 A PRIMEIRA SOLUÇÃO - a manutenção da ADSE como uma direção geral, tal como é agora. Esta solução, para além disso ir contra aquilo que o governo tem defendido, determinaria que os beneficiários titulares (trabalhadores e aposentados da Função Pública) continuassem a não ter qualquer controlo sobre a gestão e aplicação dos dinheiros da ADSE apesar de serem os atualmente os únicos financiadores da ADSE. Esta total ausência de controlo por parte dos financiadores exclusivos da ADSE tem permitido que os mais de 520 milhões € de contribuições pagas pelos trabalhadores e aposentados da Função Pública estejam a beneficiar eventualmente os grandes grupos privados de saúde com os quais são estabelecidas preferencialmente convenções pois são os representantes destes que têm manifestado publicamente o seu apoio à forma como atualmente é gerida a ADSE, não sendo publicados anualmente quaisquer dados sobre as entidades beneficiárias e os custos dessas convenções.

Embora o decreto-regulamentar 44/2012 que define as normas de funcionamento e a estrutura da ADSE estabeleça no seu artº 5º um **Conselho consultivo composto, segundo o nº1 deste artigo, por:** “a) O diretor -geral da ADSE, que preside; b) Um representante do Ministério da Saúde; c) Um representante da Direção -Geral da Administração e do Emprego Público; d) Um representante dos Serviços Sociais da Administração Pública; e) Um representante da Direção -Geral das Autarquias Locais; f) Um representante do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social; g) **Três representantes das estruturas sindicais representativas dos trabalhadores em funções públicas**” e, **competindo a este conselho, segundo o nº3 do mesmo artigo,: dar parecer sobre** : a) O plano e relatório de atividades anuais; b) O orçamento; c) As contas de gerência e os respetivos relatórios; d) Outros assuntos que o presidente do conselho consultivo decida submeter à sua apreciação”, o certo é que há já vários que este conselho não se reúne, sendo o seu funcionamento boicotado quer pela direção da ADSE quer pelos sucessivos governos, incluindo o atual, que nada fazem para impor ao diretor geral da ADSE o cumprimento da lei criando assim uma falta de transparência que é grave e preocupante.

Por esta razão a gestão e aplicação dos mais de 520 milhões € descontados nos salários dos trabalhadores e nas pensões dos aposentados da Função Pública é totalmente opaca para os únicos financiadores da ADSE, continuando estes a ignorar se os seus dinheiros são aplicados de uma forma rigorosa e eficiente, ou se estão a ser utilizados em benefício preferencial dos grandes grupos privados de saúde. A total ausência de transparência que existe atualmente neste campo, é inadmissível sendo urgente e necessário que acabe rapidamente. Só assim é que se poderá garantir que as contribuições dos trabalhadores e aposentados da Função Pública são aplicados de uma forma correta e rigorosa e assegurada a sustentabilidade. A opacidade que existe na gestão da ADSE, em que se não conhecem quais são as principais entidades beneficiadas com os pagamentos da ADSE, assim como o conteúdo das referidas convenções, só poderá gerar duvidas e preocupações.

ADSE: contributos para o debate sobre o seu futuro

4.3. A SEGUNDA SOLUÇÃO – a transformação da ADSE numa mutua (de seguros?)

– Esta é a única solução que, segundo Pita Barros, presidente da “comissão de sábios” nomeada pelo ministro da Saúde será estudada, o que não deixa de ser, simultaneamente, limitativo e esclarecedor (*nomeia-se uma comissão para apresentar uma proposta de projeto de enquadramento e regulação que contemple a revisão do modelo institucional, estatutário e financeiro da ADSE conforme consta do Despacho nº 3177-A/2016, mas estabelece-se à partida que esse modelo é único e só é um*).

No entanto, uma mutua teria, a nosso ver, a desvantagem de desresponsabilizar totalmente o Estado, transferindo a responsabilidade, na sua totalidade, para os trabalhadores e aposentados. Para além disso, e como revela o caso do Montepio, que é uma associação mutualista com 630.000 associados, é fácil a um pequeno numero de pessoas apoderar-se do controlo (capturar) da mutua, e com o poder que daí advém, perpetuar-se indefinidamente, nomeando os seus sucessores, passando de amigos a amigos, e eliminando qualquer controlo por parte dos associados, o que facilita e dá cobertura a gestão desastrosa ou o aproveitamento desses recursos de acordo com os interesses do próprio grupo que fez a captura, o que permite delapidar, com total impunidade, os recursos financiados à custa das contribuições dos associados, não sendo depois exigida qualquer responsabilização, até porque o supervisor das associações mutualistas, que é o Ministério do Emprego, Solidariedade e Segurança Social não faz, de facto, qualquer controlo. O que se disse é válido tanto para uma mutua de seguros como para uma associação mutualista.

Se este controlo absoluto da mutua por um grupo reduzido de pessoas se associar a abertura da ADSE a todos aqueles que queiram aderir, como alguns defendem, para além de causar o desvirtuamento e degradação da ADSE com as características que ela tem atualmente, será um poderoso instrumento de corrosão e destruição do SNS já que se transformará num grande concorrente do SNS com o apoio dos grupos privados, que anseiam, e que têm a esperança de transformar o SNS num serviço de saúde de mínimos, para os pobrezinhos, como já sucede em outros países, pois assim o mercado de saúde para os privados aumentará significativamente..

4.3 A TERCEIRA SOLUÇÃO – a transformação da ADSE num Instituto Público de gestão participada

– Esta solução é prevista no artº 47º da Lei 3/2004 (Lei dos Institutos Públicos) republicada *Diário da República, I. a serie-Nº 12 -17 de janeiro de 2012* – e teria, a nosso ver, a vantagem, por um lado, de responsabilizar o Estado pela situação existente na ADSE e, por outro lado, permitiria aos beneficiários controlar a aplicações dos dinheiros que são descontados nas suas remunerações e pensões.

Os membros do conselho diretivo deste Instituto Público de gestão participada, embora de nomeação governamental, teriam de ter a aceitação das associações sindicais dos trabalhadores da Função Pública e das associações dos aposentados. Para além disso, deveria existir um Conselho Geral de Supervisão com amplos poderes de fiscalização da atividade do conselho diretivo, nomeadamente das convenções e outros contratos com entidades privadas, dando orientações nesse sentido, conselho este que seria constituído por representantes dos sindicatos dos trabalhadores da Função Pública e das associações de aposentados. Caberia a este conselho também a aprovação do orçamento e do relatório das contas do Instituto, sendo depois homologadas pelo governo.

Desta forma existiria um duplo controlo – financiadores e governo – certamente mais exigente o que daria, a meu ver, melhores garantias de que as contribuições pagas pelos trabalhadores e aposentados da Função Pública seriam aplicadas de uma forma mais rigorosa e eficiente, e mais de acordo com os interesses dos beneficiários. Para além disso, impediria que qualquer grupo se apoderasse do controlo da instituição, e que depois se perpetuasse através da nomeação dos seus sucessores, e que utilizasse os meios da instituição resultantes das contribuições dos trabalhadores e aposentados da Função Pública na satisfação dos seus próprios interesses.

ADSE: contributos para o debate sobre o seu futuro

O próprio artº 47º da Lei 3/2014, a lei dos Institutos Públicos, que trata de Institutos de gestão participada, dispõe que nestes institutos em que “*deva haver participação de terceiros na sua gestão, a respetiva organização pode contemplar as especificidades necessárias para esse efeito, nomeadamente no que respeita à composição do órgão diretivo*”. Portanto, a própria lei em vigor permite que o diploma constitutivo do Instituto Público de gestão participada conteemple “as especificidades necessárias”

4.4- A QUARTA SOLUÇÃO – a sua extinção pura e simples da ADSE– Esta solução para além de ir contra a vontade dos trabalhadores e aposentados da Função Pública, vontade essa manifestada por meio da continuação da sua permanência maciça na ADSE apesar de ser livre a saída, como já se mostrou anteriormente, a extinção determinaria certamente uma elevada sobrecarga e a eventual degradação do SNS, pois seriam mais de 1.200.000 utentes que passariam a utilizar o SNS, nomeadamente a nível quer a nível de consultas nos centros de saúde, onde a falta de médicos de família é já muito elevada, quer a nível de consultas especializadas e a nível de cirurgias onde os tempos de espera são, em muitos casos, demasiadamente longos e muitas inaceitáveis, até porque é de prever que o SNS continue a enfrentar sérias dificuldades financeiras e de outros recursos..

Eugénio Rosa

Agradecemos que enviem a vossa opinião sobre este estudo e as propostas apresentadas para edr2@netacabo.pt, pois ajudar-nos-á a aprofundar a análise e a corrigir eventuais erros.

16.4.2016